

**UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA**



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E  
INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 53  
GUADALAJARA, JALISCO MÉXICO

“PARTICIPACIÓN DEL EQUIPO DE SALUD MENTAL EN  
TRASTORNOS ANSIO/DEPRESIVOS U.M.F 167 IMSS”.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA  
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. LILIA AGUIAR DELGADO.

ZAPOPAN, JALISCO.

2006



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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 esta 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.

“PARTICIPACIÓN DEL EQUIPO DE SALUD MENTAL EN TRASTORNOS  
ANSIO/DEPRESIVOS U.M.F 167 IMSS”.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA  
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. LILIA AGUIAR DELGADO.

AUTORIZACIONES:

DRA. PRISCILA MIREYA JIMÉNEZ ARIAS.

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA  
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN LA UNIDAD DE MEDICINA  
FAMILIAR No. 53 DEL IMSS.

DR. ARTURO CHÁVEZ LÓPEZ

ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS  
JEFE DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA UMF 3 DEL IMSS

DR. JAIME BARRERA PARRAGA

ASESOR CLINICO  
JEFE DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA UMF 171  
DEL IMSS

DR. ALBERTO JAVIER GUTIERREZ CASTILLO

JEFE DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA UMF 53 DEL IMSS

ZAPOPAN, JALISCO.

2006

“PARTICIPACIÓN DEL EQUIPO DE SALUD MENTAL EN TRASTORNOS  
ANSIO/DEPRESIVO DE LA UMF. 167 DEL IMSS”.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. LILIA AGUIAR DELGADO.

AUTORIZACIONES:

DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.

DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN EN EL DEPARTAMENTO DE  
MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.

### AGRADECIMIENTOS:

A la Dra. Martha Elisa Reyes González por su impulso y motivación en mi realización de la especialidad de Medicina Familiar Semipresencial.

Al Dr. Arturo Chávez López por su gran apoyo y asesoría en el presente trabajo de investigación.

Al Dr. Jaime Barrera Párraga por su apasionada entrega en la terapia grupal brindada a todos mis pacientes.

### DEDICATORIAS:

A mis padres por haberme brindado las bases de mi formación como profesional.

A mis hijos Liliana y Alejandro por ser el motivo principal de superación en mi vida.

A mi suegra por su incondicional apoyo en la realización de mi especialidad ya que siempre a sido mi brazo derecho e izquierdo.

A mis maestros por la enseñanza brindada a través de estos tres años.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE  
POSGRADO E INVESTIGACIÓN  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INDICE GENERAL

- 1.- MARCO TEORICO
- 2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
- 3.- JUSTIFICACION
- 4.- OBJETIVOS
- 5.- HIPOTESIS
- 6.- METODOLOGIA
- 7.- RESULTADOS
- 8.- DISCUSIÓN
- 9.-CONCLUSIONES
- 10.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS
- 11.- ANEXOS

## MARCO TEORICO:

La depresión es uno de los mayores padecimientos de nuestro tiempo. Millones de personas en todo el mundo, sin importar razas, nacionalidades o culturas sufren esta enfermedad que aparece cuando sentimos que nuestra vida no está de acuerdo a nuestras expectativas y tomamos el camino de la resignación y el desánimo sin poder encontrar ninguna otra salida<sup>1</sup>.

La ansiedad es un problema común que enfrenta todo médico familiar en su práctica médica el 3 % a 5% de los motivos de consulta de medicina familiar corresponden a la ansiedad y depresión. La ansiedad es un síntoma frecuente de la patología mental con doble etiología orgánica y psicógena. Es de suma importancia establecer el diagnóstico y tratamiento oportuno para evitar en los individuos el deterioro para funcionar en las áreas laboral social o de cualquier otra actividad importante en su vida. La ansiedad es un fenómeno biológico que se expresa en las esferas psicológica y existencial que involucra al individuo en su totalidad siendo su presentación polimorfa con síntomas somáticos, mentales y conductuales. La ansiedad tiene una cualidad patológica que la hace peligrosa y destructiva amenazando la existencia del ser humano. La ansiedad existencial involucra a la esencia misma de la persona, es una vivencia necesaria para sustentar los riesgos que implica la libertad y autonomía del individuo al desarrollar la creatividad, crecimiento y curiosidad de todo individuo. La ansiedad patológica, desorganiza al individuo por originar fuerzas regresivas que obstaculizan la creatividad, crecimiento y curiosidad. De tal manera que lo limita en su propio espacio y le niega expectativas que interfieren con la autonomía, libertad y toma de decisiones. Meyers al estudiar 3 comunidades en 6 meses con poblaciones de 9000 adultos se encontró que el 6.5% de los hombres y el 15% de mujeres presentaban criterios para establecimiento de un trastorno de ansiedad específico<sup>2</sup>.



## TRASTORNOS AFECTIVOS

### Depresión:

La depresión como la ansiedad es una enfermedad frecuente que enfrentan los médicos familiares en la unidades de atención primaria donde deben tomar en cuenta factores como la edad enfermedades medicas y psiquiátricas, síntomas específicos y el entendimiento de los efectos del fármaco sobre los neurotransmisores para la selección de un agente terapéutico que presente una menor incidencia de efectos colaterales y toxicidad.

La prevalencia de la enfermedad depresiva en la población general es del 5%, sin embargo, la población medica general oscila entre el 10% a 15% y en los pacientes con enfermedad crónica entre el 25% a 50%. En muestras de comunidad se ha encontrado que la enfermedad depresiva es 2 veces mas frecuente en mujeres que en los hombres y las tazas más altas para la enfermedad depresiva en el grupo de edad que comprende de los 25 a 44 años <sup>3</sup>.

Si la depresión no es manejada adecuadamente se presenta un deterioro significativo de las funciones sociales, cognitivas y conductuales con un grado variable de incapacidad, que va desde perder la capacidad de relacionarse o de trabajar hasta los casos extremos de ser incapaz de cuidarse a si mismo o tener una mínima higiene personal. La evaluación de los síntomas de un episodio depresivo mayor es difícil cuando se asocia a enfermedades médicas y psiquiátricas comorbidas y estresores psicosociales crónicos. La consecuencia mas grave en un episodio depresivo mayor es el riesgo de suicidio en un 15% de los pacientes deprimidos especialmente en sujetos con síntomas psicóticos, historia previa de intentos de suicidios o historia familiar con suicidio consumado.

A los síntomas pueden dividirse en emocionales (disforia, irritabilidad, anhedonia, retraimiento), cognoscitivos (auto- crítica, sentimiento de culpa o inutilidad, desesperanza, mala concentración, alteración de la memoria, ilusiones o alucinaciones) y manifestaciones vegetativas (fatiga, disminución de la energía, insomnio, hipersomnio, anorexia, retraso o agitación psicomotora, alteración de la libido).

## B. Diagnóstico:

El diagnóstico de los trastornos depresivos se establece de acuerdo a los criterios elaborados en el IV manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV), por la Asociación Psiquiátrica Americana. Es un sistema de clasificación diagnóstica que proporciona un marco de referencia y asiste al médico para su práctica profesional. Una historia clínica completa y los hallazgos de un examen físico orientarán para solicitar los estudios de laboratorio e imagenología con el propósito de excluir o ratificar la etiología de la enfermedad depresiva. La entrevista clínica juega un papel importante en el establecimiento del diagnóstico y plan terapéutico de la depresión con el individuo y la familia. Los objetivos de la entrevista pretenden lograr los siguientes aspectos fundamentales:

Participación del paciente, una buena relación médico/paciente, historia clínica incluyendo la valoración de la seguridad del paciente, investigar la severidad y criterios de un trastorno psiquiátrico, valorar tratamiento para los síntomas depresivos, analizar opciones de tratamiento con el paciente y la familia y decidir la referencia a psiquiatría en caso necesario.

Los criterios de la DSM-III-R para diagnosticar un síndrome depresivo mayor son que el enfermo presente al menos 5 de los siguientes síntomas durante al menos 2 semanas, y que representen un cambio sobre su nivel de funcionamiento anterior<sup>4</sup>.

La disforia o la anhedonia deben estar incluidas:

Estado de ánimo deprimido o irritable (la mayor parte del día, casi todos los días).

- . Disminución del interés/placer en todas o casi todas las actividades.
- . Cambios significativos en el apetito o el peso en ausencia de un esfuerzo intencionado para alterarlo.
- . Insomnio o hipersomnio.
- . Agitación o retraso psicomotor.
- . Fatiga o disminución del nivel de energía.
- . Sentimiento de inutilidad o de culpa inadecuada.

- . Mala concentración/indecisión.
- . Pensamientos repetidos de muerte/ideación suicida. Estos síntomas no deben ir acompañados de factores orgánicos desencadenantes, ni de una pérdida emocional significativa anterior. Tampoco deben existir signos de trastornos psicóticos precedentes<sup>5</sup>.

## C. Estudio

### I. Historia

Existen varios inventarios que ayudan a valorar la depresión (p. ej., el de Beck) y que pueden ser útiles para seguir el proceso durante el tratamiento. Muchos pacientes tienen una historia familiar positiva de depresión o de alcoholismo.

La escala de depresión de Beck es uno de los instrumentos más empleados para la evaluación de los síntomas depresivos en adolescentes y adultos, incluye 21 reactivos de síntomas de la depresión y cada reactivo consiste en un grupo de 4 afirmaciones, de las cuales una tiene que ser seleccionada en relación a la forma en la que se ha sentido el paciente durante la última semana. Estas afirmaciones reflejan la severidad del malestar producido por los síntomas depresivos y se califican de 0 (mínimo) a 4 (severo). La puntuación total de la escala se obtiene sumando los 21 reactivos siendo 0 la mínima puntuación y 64 la máxima a obtener.

Los puntos de corte de la escala se emplean para hacer una categorización de la severidad de la depresión por lo que una puntuación de 0-9 refleja la ausencia o presencia mínima de síntomas depresivos; de 10-16 indica una depresión media; de 17-29 refleja una depresión moderada y puntuaciones de 30-63 indican una depresión severa (Beck y Steer, 1993). El tiempo de aplicación de la escala varía de 5-8 minutos. Se concluye que la escala de depresión de Beck (EDB) posee propiedades psicométricas adecuadas para la evaluación de síntomas depresivos en poblaciones de habla hispana debido a los diversos resultados clínicos obtenidos en estudios realizados en México y otras poblaciones de habla hispana del mundo<sup>6</sup>.

## 2. Exploración

Hay que someter al paciente a una exploración física completa para valorar posibles situaciones causales o médicas que puedan estar relacionadas con su proceso (como anemia, hipotiroidismo, infecciones crónicas, efectos secundarios de medicaciones, como anticonceptivos orales, antihipertensivos, drogadicción, dependencia, retirada, etc.).

## 3. Analítica:

Considerar la conveniencia de hacer una detección de las situaciones médicas mencionadas mediante un recuento y fórmula sanguínea, estudio bioquímico general, incluidos electrolitos, función hepática y renal y estudios tiroideos.

## D. Tratamiento:

### 1. Hospitalización:

Está indicada si existe una clara ideación suicida (con un plan y acceso a los medios), pensamientos ocasionales de suicidio e historia de actos impulsivos, situaciones médicas que compliquen la enfermedad, ambiente domiciliario insatisfactorio (falta de apoyo adecuado)<sup>7</sup>.

### 2. Psicoterapia:

El tratamiento de apoyo siempre forma parte del tratamiento de la depresión. Otros tipos de psicoterapia pueden o no ser útiles, dependiendo de las circunstancias de cada caso.

### 3. Medicación:

Está indicada en casi todos los episodios de depresión mayor. Los fármacos más utilizados son los antidepresivos tricíclicos; sin embargo, los nuevos y más seguros antidepresivos como la paroxetina, actúan incluso sobre el componente de ansiedad,

frecuente en estos pacientes. Paroxetina, a dosis única al día de 20 mg se recomienda para la mayoría de los pacientes. En caso necesario puede graduarse su dosis. Se recomienda su administración una vez al día por las mañanas. La dosis de mantenimiento es igual a la de inicio (20 mg diarios)<sup>8</sup>.

#### 4. Tratamiento electroconvulsivo:

Sigue siendo el más eficaz y rápido medio de tratar los episodios de depresión mayor. Está indicado en los episodios que no responden a la medicación, en los pacientes que no toleran los efectos secundarios de los antidepresivos, en los activamente suicidas y en los deprimidos con graves síntomas vegetativos. La decisión de administrar el TEC la debe tomar un psiquiatra.

Algunos de los antidepresivos usados son:<sup>9</sup>

- ❖ Amitriptilina
- ❖ Desipramina
- ❖ Imipramina
- ❖ Nortriptilina
- ❖ Paroxetina

Sus efectos secundarios son:

Visión borrosa, estreñimiento, sequedad de boca, retención urinaria.

La ansiedad se presenta como un sistema de alerta en el organismo ante acontecimientos que lo ponen en desventaja y amenaza su existencia.

En el área de los trastornos de la ansiedad se han hecho diversos intentos para tratar de dividir a lo que llamamos ansiedad como un estado también conocida como sintomática, y la ansiedad como un rasgo (un nivel habitual de ansiedad), de acuerdo al curso de los síntomas las escalas que evalúan los trastornos ansiosos estarán encaminadas a medir la ansiedad como estado o bien como diagnóstico.

La ansiedad es una palabra que es común a sanos y a enfermos. Toda persona puede relatarnos algún momento de su vida en el que se ha sentido ansiosa. Sin embargo es importante el distinguir a la ansiedad como sensación común al hombre y cuando ésta se convierte en un padecimiento<sup>10</sup>.

Existen varias pautas que nos indican como definir la ansiedad. La primera es una sensación de aprehensión molesta y difusa que se acompaña de varias sensaciones corporales. Se ha postulado que este estado funciona como un mecanismo adaptativo para enfrentar situaciones potencialmente peligrosas<sup>11</sup>.

También el término ansiedad se ha asociado mucho al de estrés. De hecho cada vez que el individuo enfrenta una situación potencialmente amenazante se puede decir que se enfrenta a un situación estresante, sin embargo, no toda situación estresante conlleva a la sensación de ansiedad, y mucho menos a un trastorno por ansiedad. Esto depende de que tan bien equipado se encuentre el individuo tanto psicológica como biológicamente para enfrentar éstas situaciones. De lo anterior podemos derivar que existen ciertos individuos que están en mayor vulnerabilidad para sufrir de ansiedad. En este sentido los diversos avances de la medicina tanto clínicos como tecnológicos, han permitido el identificar con mayor claridad ha aquellos individuos que padecen estos trastornos y clasificarlos en diferentes sub-tipos de acuerdo a una serie de síntomas particulares a cada uno de ellos que hacen de cada grupo una enfermedad diferente y donde uno de los síntomas cardinales es la ansiedad<sup>12</sup>.

#### ANSIEDAD GENERALIZADA:

La ansiedad se presenta como la preocupación excesiva y exagerada sobre dos o más circunstancias de la vida. Como ejemplos de estas tenemos a la salud, la situación económica, el desempeño en el trabajo y la situación marital.

Para poder establecer el diagnostico de este padecimiento, es necesario que se presenten dichas molestias todos los días y durante un periodo mayor a los seis meses. También es requisito que se manifiesten cuando menos seis de los siguientes síntomas que se han agrupado en tres apartados:

- 1) Tensión motora manifestada por temblores, tensión muscular y fatigabilidad.
- 2) Hiperactividad autonómica caracterizada por falta de aire, palpitaciones, sudoración, boca seca, zumbidos de los oídos, náuseas, escalofrío y dificultades al orinar ya sea por sensación de aumento de tamaño de la vejiga o una mayor frecuencia de la micción.
- 3) Vigilancia y alerta en que se presenta sentimiento de estar atrapado o en el límite, respuesta exagerada a los sustos, problemas en la concentración, en el sueño e irritabilidad <sup>13</sup>.

Esta enfermedad o trastorno por angustia afecta al 3% de la población y no tiene preferencia por algún sexo. Generalmente hace su aparición en el inicio de la segunda década (alrededor de los 20 años) y lo común es que la enfermedad permanezca en el paciente por largos periodos de tiempo y que la severidad fluctúe con el paso del tiempo. Este padecimiento incrementa a su vez el riesgo para sufrir otras enfermedades mentales como trastornos de ansiedad, cuadros depresivos y abuso de sustancias (principalmente alcohol).

La primera escala que se diseñó para medir la ansiedad fue hecha por Guttman y su grupo (AG), durante la Segunda Guerra Mundial con la finalidad de evaluar el estrés sufrido por los soldados posterior al combate, sin embargo esta escala debido a que se orienta principalmente a la evaluación de las manifestaciones somáticas de la ansiedad no ha logrado una gran popularidad (Suchman, 1950) <sup>14</sup>.

De manera alternativa y con la finalidad de evaluar la ansiedad como rasgo o característica constante en un individuo, se diseñó la escala de ansiedad manifiesta de Taylor (AMT) (1953), la cual se derivó del inventario de personalidad de Minnesota (MMPI) y fue diseñada para medir la ansiedad crónica o habitual. Posteriormente Spielberg (1970) diseñó otra escala para medir ansiedad de estado y rasgo (EARS). Esta escala ha alcanzado una buena aceptación y cabe mencionar que la sección que evalúa la ansiedad como rasgo correlaciona bastante bien con la de Taylor <sup>15</sup>.

Por otro lado los niveles de ansiedad pueden ser medidos empleando entrevistas semiestructuradas diseñadas para trastornos ansiosos en general o bien, empleando escalas basadas en entrevistas. En este sentido la escala de evaluación de la ansiedad de Hamilton, abreviada con frecuencia como HAM-A, es la más ampliamente usada y la mejor conocida. Este instrumento se encuentra traducido al español y ha sido usado en varias investigaciones (Nicolini y cols., 1988; Berlanga y cols., 1993). Es importante señalar que esta escala se ha empleado también para evaluar la ansiedad del trastorno de pánico. De hecho la escala no hace una clara diferencia de cuales son los síntomas producidos directamente por la ansiedad generalizada o bien por las crisis de pánico. En este mismo sentido es importante señalar que el diagnostico diferencial de los trastornos por ansiedad todavía no se ha resuelto del todo desde la perspectiva clinimetrica. La escala de ansiedad de Hamilton (HAM-A) ha sido muy utilizada para valorar la severidad de la enfermedad, el intervalo de tiempo que debe transcurrir entre una aplicación y la siguiente es de 72 horas de manera que sea sensible al cambio. Consta de 14 preguntas. Cada una de ellas se clasifica del 0 al 4. La confiabilidad de esta escala es del 80% entre observadores. La validez interna del instrumento indica que contiene dos dimensiones, la de ansiedad psíquica y la somática. Por otro lado, la validez de concepto, obtenida por medio del análisis factorial apoya la idea de un factor psiquiátrico y otro somático.

Debido a que esta escala incluye también algunos síntomas propios de la depresión presenta una buena correlación con escalas para la depresión, como la misma escala de Hamilton (HAM-D). De hecho, la combinación de ambas escalas ha sido muy usada como evaluación para los pacientes médicamente enfermos en el hospital general <sup>16</sup>.



## EQUIPO DE SALUD MENTAL:

La psicoterapia es el tratamiento de los trastornos mentales o de la personalidad mediante métodos psicológicos o psicofisiológicos. El empuje principal de la teoría actual de la motivación psicológica surgió del estudio de Freud de pacientes neuróticos, que atrajo la atención sobre el conflicto de las necesidades y pulsiones antagónicas para su expresión o compromiso. Inicialmente, la psicoterapia era competencia de psiquiatras y psicoanalistas, pero en la actualidad también la practica personal no psiquiatra, por ejemplo, psicólogos clínicos, trabajadores sociales, enfermeras, sacerdotes y muchos para profesionales. También pueden actuar como psicoterapeutas antiguos pacientes, ya que han experimentado un distrés similar al padecido por aquellos a los que ahora atienden (especialmente drogodependientes, alcohólicos, delincuentes y criminales). Se conocen más de 130 formas de psicoterapia distintas, clasificadas en 4 escuelas principales: orientación analítica, conductista, humanista y transpersonal. Otras, como numerosos grupos y comunidades de orientación terapéutica, pueden clasificarse como panteoréticas; algunas, como la terapia primal, no se avienen a la clasificación<sup>17</sup>.

En cierto modo, como resultado de la amplia extensión de estas psicoterapias, ha surgido un nuevo papel de la psicoterapia, es decir, como un método de enfrentarse a los esfuerzos de la vida cotidiana y no sólo una forma de tratar los trastornos psicológicos profundos e incapacitantes. Se proporciona ayuda a personas que no se ajustan a las tradicionales categorías diagnósticas de psicosis y neurosis, por ejemplo, personas que solicitan terapia por problemas vitales (como problemas de empleo, duelo o enfermedades familiares). Se han desarrollado métodos de tratamiento a corlo plazo en los que el terapeuta es más activo que en el tradicional psicoanálisis<sup>18</sup>.

## OBJETIVOS DEL EQUIPO DE SALUD MENTAL:

Jerome Frank propuso las 6 características siguientes como las más comunes a todas las psicoterapias: mantener una relación confidencial, intensa y cargada emocionalmente, con una persona que ayuda, a menudo con la participación de un grupo; efectuar una exposición racional o imaginaria que incluya una explicación de la causa del distrés del paciente y un método para aliviarlo; proveer nueva información acerca del origen y naturaleza de los problemas del paciente y de posibles alternativas para enfrentarse a ellos; fortalecer las expectativas de ayuda del paciente a través de las cualidades personales del terapeuta, facilitado por su posición social y lugar donde trabaja; aportar experiencias positivas que despierten en el futuro las esperanzas del paciente y faciliten su sensación de dominio, competencia interpersonal y capacidad, y facilitar la expresión emocional, lo cual parece ser un requisito para obtener cambios de actitudes y comportamiento.

Los grupos de autoayuda/ayuda mutua existen desde hace 50 años, aunque, en un sentido más amplio, son bastante antiguos, ya que la ayuda mutua se ha practicado desde que existen las familias. Cada individuo requiere un soporte social que satisfaga su necesidad de ser aceptado, cuidado y emocionalmente apoyado, en particular en épocas de estrés <sup>19</sup>.

Durante este siglo, los cambios sociales han disminuido este tradicional apoyo, y en la actualidad la ayuda, el apoyo y la información, no siempre proporcionados por sistemas de apoyo natural o profesional, son suplementados o complementados por grupos de ayuda mutua, por ejemplo grupos de autoayuda para los que padecen enfermedades físicas o mentales. Grupos de reforma para conductas de adicción y grupos de defensa de ciertas minorías (inválidos, ancianos, homosexuales, etc.). Aunque los profesionales han creado muchos grupos, la mayoría de ellos no dependen (pero pueden funcionar bien con ellos) de profesionales o agencias profesionales. Los psiquiatras pueden ayudar a los líderes de grupo a evitar los riesgos de excesivas esperanzas o de objetivos poco realistas y también a aprender más sobre los mecanismos psicológicos esenciales de la inspiración y la esperanza inherentes

al movimiento de autoayuda. Los psiquiatras tienen una importante responsabilidad en aconsejar y apoyar a las familias de los enfermos mentales.

El equipo de salud mental de la U.M.F N°92 del IMSS se conforma por un medico familiar que recibió una adiestramiento en salud mental por parte de medico psiquiatra de su H.G.R N°46 del IMSS. El objetivo fundamental de este equipo de salud mental es que los pacientes que presentan trastornos de ansiedad o depresión puedan ser manejados en atención primaria de la salud, conceptualizando la salud mental como el manejo de sentimientos, control de los impulsos incrementos de conocimientos a través de una terapia de grupo en la que se llevan a cabo las siguientes actividades:

1.- Terapia de relajación: procedimiento de auto control de situaciones que producen malestar y sobrecarga emocional. La tecnica de relajación muscular progresiva de Jacobson y la técnica de la respiración natural completa son esenciales ya que reduce la ansiedad, fatiga, irritabilidad, decaimiento y etc.

2.- Catarsis: es donde los individuos expresan sus sentimientos, pensamientos acciones y necesidades, a través del cuestionamiento.

3.- Platicas sobre temas de salud mental: con la finalidad de que adquieran los conocimientos, refuerzos de sus sentimientos y se llevan a cabo cambios importantes en los pacientes.

En cuanto a la terapia grupal las técnicas utilizadas son:

\*Cognitivo conductual la cual se centra en el control de las respuestas del paciente que presenta trastornos de ansiedad y depresión en el momento presente y que se manifiesta por medio del pensamiento emociones y conductas observables. La terapia conductual deriva de la teoría de aprendizaje refiriendo que la ansiedad es un hábito aprendido. El objetivo es buscar cambios específicos por medio del aprendizaje con la teoría de la eliminación de pensamientos. El tratamiento a base de psicoterapia pretende eliminar, modificar, retardar los síntomas y/o atenuar revertir los trastornos de modelos de comportamientos promoviendo un crecimiento y desarrollo positivo de la personalidad <sup>19</sup>.

\*Psicoterapia de apoyo: orientada a educar, ayudar al paciente en el control de sus síntomas y de la conflictiva sin requerir una intervención dinámica.

\*Terapia experiencial: se basa en desarrollar el propio conocimiento de las sensaciones corporales, posturales y movimientos es decir, tener conciencia en el aquí y ahora enfatizando la espontaneidad de los sentimientos y el eliminación de la intelectualización ya que es una manera de defensa contra los sentimientos y las vivencias que experimentan los individuos<sup>19</sup>.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

La U.M.F 167 del IMSS tiene una población usuaria de 32 000 derechohabientes con una prevalencia de ansiedad de 7.78 por 1000 dh y en depresión de 10.8 por 1000 dh.

La salud mental tiene como objetivo fundamental que el individuo se identifique a si mismo como un ser humano conociendo sus conductas biológicas, intelectuales y humanas para saber utilizarlas en las relaciones humanas, aprender a mejorar sus sentimientos en forma humana motivando la búsqueda de la salud mental en cada momento de nuestra vida, por medio de saber escuchar, comprender, respetar y cuidar los sentimientos tanto de uno como de los demás nos conducirá a tener unas mejores relaciones humanas.

La conceptualización del ser humano se da en forma triaxial, el primer eje el “Biológico” necesario para la existencia del ser humano, en el se incluyen los instintos como son: los de conservación, protección, sexuales, siendo la parte que nos une a los demás seres biológicos.

El segundo eje es el “Intelectual” en donde se estructura el razonamiento, las normas, reglas etc... y lo ayuda a convivir dentro del medio que lo rodea, sea físico, biológico o con otros seres humanos, satisfaciendo así sus necesidades instintivas.

El tercer eje es el que nos identifica como seres humanos y es el de los “Sentimientos” son las sensaciones que se generan después de cualquier conducta pensamiento o razonamiento.

Cada eje se va desarrollando en el ser humano desde su nacimiento. Al principio predominan los instintos, con forme va madurando su estructura biológica los instintos decrecen.

La parte intelectual se encuentra al inicio partiendo de cero, y esta va aumentando de acuerdo a la estimulación ambiental que va recibiendo. De esta manera si su estructura biológica y el ambiente son favorables llegará a una mediana edad con gran funcionamiento de esta área. En cambio la parte humana, o sea los sentimientos al principio están ausentes estos se van generando de acuerdo a las necesidades instintivas y a la satisfacción o insatisfacción de las mismas y de la utilización adecuada o inadecuada de la parte intelectual, de tal modo estos se van incrementando y al llegar a la ancianidad es lo único que se conserva y se puede manejar.

De acuerdo al tipo de sentimiento que hemos vivenciado y manejado será como nos encontramos: si estos han sido desagradables, al final solo tendremos intranquilidad, tristeza, desconfianza, coraje etc... Si estos sentimientos han sido agradables estaremos viviendo con tranquilidad, confianza, paciencia, alegría, etc...

\*El equipo de salud mental de la U.M.F N°92 del IMSS es el que brinda la asesoría clínica a los pacientes detectados como ansio/depresivos en la U.M.F N°167 utilizando las escalas de medición de ansiedad de Hamilton y la escala de Beck para la depresión. Se enviaron 77 pacientes para su terapia grupal.

¿LA PARTICIPACIÓN DEL EQUIPO DE SALUD MENTAL DISMINUYE EL TRASTORNO ANSIO/DEPRESIVO EN LOS PACIENTES DERECHOHABIENTES DE LA U.M.F. 167?

## JUSTIFICACION

Padecen depresión 5% de los mexicanos

En México el cinco por ciento de la población sufre depresión, y en el mundo 150 millones de personas tienen este mismo padecimiento.

La depresión, problema de los jóvenes, este trastorno y la ansiedad se presentan tanto en niños como en adultos, aunque en ambos casos las mujeres son las más afectadas.

En los jóvenes es factor de alto riesgo para que el alcohol y las drogas sean una fuga del malestar que produce y en la afectación severa, las ideas de muerte y las auto-agresiones empiezan a concretarse.

En la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la UNAM (FCPyS), indicó que el suicidio es más alto en los hombres y los medios son distintos. Las mujeres generalmente se cortan las venas y toman pastillas, mientras que los varones se ahorcan o se dan un balazo tras tomar una decisión impulsiva.

Esta enfermedad se manifiesta de los 15 a 21 años y luego en la sexta década. De acuerdo a cálculos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en México hay cinco millones de personas con depresión, por lo que se trata de un problema de salud pública.

Este padecimiento comienza en las mujeres a partir de la tercera década y es riesgoso, pues interrumpe la crianza de los hijos, quienes tienden a repetir los cuadros clínicos.

Ello porque las condiciones de tensión sostenida provocan modificaciones en el sistema nervioso central, lo que explica su reproducción, además de que los antecedentes familiares duplican o triplican el riesgo, abundó.

Otros factores se desencadenan en personalidades con tendencia al abatimiento bajo presión o a depender de los demás; es decir, en aquellas sin autonomía, sin capacidad para la socialización, con

tendencia al aislamiento, a autoculparse, con inseguridad, obsesividad o muchas preocupaciones.

El diagnóstico evalúa una serie de elementos de manera persistente por más de dos semanas como: pesimismo, tristeza, incapacidad para afrontar o resolver problemas cotidianos, pérdida de capacidad para disfrutar, autorreproches, indecisión, dudas, pensamiento obsesivo y desesperanza.

También ansiedad, sentimientos de culpa, vergüenza, autodesprecio, irritabilidad e intranquilidad. Son comunes las faltas al trabajo y los estudiantes muestran una disminución en su rendimiento escolar, lo que indica un trastorno multifactorial.

Otra característica es el insomnio y además se producen dolores de cabeza, mareos, disminución del interés sexual, cansancio, retardo motriz y agitación; regularmente, la persona se siente mal por la mañana y mejora en la tarde.

El 25 y 60 por ciento de los pacientes de los servicios de medicina general o interna presentan problemas psiquiátricos, más que médicos. Por ejemplo, en los seis meses posteriores al parto puede haber depresión por cambios hormonales y alteraciones de rol.

En todo el mundo, los trastornos de la salud mental representan cuatro de las 10 causas principales de discapacidad en las economías de mercado establecidas, como la de Estados Unidos, y son las siguientes: la depresión grave (también llamada depresión clínica), el trastorno maníaco depresivo (también llamado trastorno bipolar), la esquizofrenia y el trastorno obsesivo compulsivo.

Se calcula que un 22,1 por ciento de los estadounidenses de 18 años de edad o mayores (alrededor de uno de cada cinco adultos, o más de 44 millones) padece algún tipo de trastorno mental diagnosticable anualmente.



Muchos sufren más de un trastorno mental a la vez. En particular, las enfermedades depresivas tienden a presentarse junto con el abuso de drogas y los trastornos de ansiedad.

Aproximadamente 18,8 millones de estadounidenses adultos (es decir, el 9,5 por ciento) de 18 años de edad o mayores padecen alguna enfermedad depresiva cada año (depresión grave, trastorno bipolar o distimia).

Las mujeres tienen casi el doble de probabilidades de sufrir depresión que los hombres. Sin embargo, los hombres y las mujeres tienen las mismas probabilidades de desarrollar el trastorno bipolar.

La depresión grave puede desarrollarse a cualquier edad, pero la edad promedio de aparición es alrededor de los 25 años.

En el caso del trastorno bipolar, que afecta aproximadamente a 2,3 millones de estadounidenses adultos por año (es decir, alrededor del 1,2 por ciento de estadounidenses de 18 años o mayores) la edad promedio de aparición del primer episodio maníaco es entre los 20 y los 25 años.

Más del 90 por ciento de los suicidas tienen algún trastorno mental diagnosticable: los más comunes son un trastorno depresivo o el abuso de drogas.

El número de hombres que se suicidan es cuatro veces mayor que el de las mujeres. Sin embargo, la frecuencia de intentos de suicidio en las mujeres es 2 a 3 veces mayor que en los hombres.

El índice más alto de suicidio en Estados Unidos se observa en los hombres caucásicos mayores de 85 años. Sin embargo, el suicidio es también una de las principales causas de muerte de adolescentes y adultos entre los 15 y 24 años de edad.

Aproximadamente 19,1 millones de estadounidenses adultos de 18 a 54 años de edad, es decir, el 13,3 por ciento de los individuos de estas edades, padecen cada año algún trastorno de ansiedad. Entre los diversos trastornos de ansiedad podemos citar el pánico, el trastorno obsesivo compulsivo (TOC), el trastorno de estrés postraumático, el trastorno de ansiedad generalizada (GAD) y las fobias (fobia social, agorafobia y fobias específicas).

El trastorno de pánico se desarrolla típicamente en los últimos años de la adolescencia o en los primeros años de la edad adulta.

Los primeros síntomas del TOC suelen aparecer durante la niñez o la adolescencia.

Alrededor del 30 por ciento de los veteranos de la guerra de Vietnam han experimentado el trastorno de estrés postraumático (PTSD) en algún momento después de la guerra.

El trastorno de ansiedad generalizada (GAD) puede empezar en cualquier momento, aunque el riesgo es mayor entre la niñez y la madurez.

La fobia social comienza típicamente en la niñez o en la adolescencia.

Se calcula que del 0,5 al 3,7 por ciento de las mujeres sufren anorexia y del 1,1 al 4,2 por ciento sufren bulimia en algún momento de su vida. Las mujeres tienen más probabilidades de desarrollar algún trastorno alimentario que los hombres.

El trastorno hiperactivo de déficit de atención (ADHD) es uno de los trastornos mentales más comunes en niños y adolescentes. Afecta aproximadamente al 4,1 por ciento de los jóvenes entre los 9 y los 17 años en un período de 6 meses.

El interés de llevar a cabo este estudio de investigación es porque dentro de la consulta de medicina familiar diaria, se dan con frecuencia pacientes con sintomatología tanto de ansiedad y depresión que no reconocen y como tal no aceptan presentar algún trastorno de ansio/depresión por tanto no desean la ayuda de grupos de apoyo.

Se buscara la manera de persuadir a estos pacientes para que inicien un manejo adecuado y concientizarlos también a que el mismo sea concluido ya que esto les ayudara a tener en lo sucesivo una mejor calidad de vida.

## **OBJETIVOS DEL ESTUDIO**

Objetivo General:

Evaluar la participación del equipo de salud mental en la disminución de los trastornos ansio/depresivos de los pacientes derechohabientes de la U.M.F. N° 167

Objetivo específico:

Identificar el grado de trastorno ansio/depresivo de los pacientes derechohabientes de la U.M.F. N° 167. Antes y después de la participación del equipo de salud mental

## **HIPOTESIS**

H<sub>0</sub> La sintomatología de los trastornos ansio/depresivos de los pacientes de la UMF 167 167 persiste igual a pesar de la intervención del equipo de salud mental.

H<sub>1</sub> Disminuye la sintomatología de los pacientes adscritos a la U.M.F. No 167, con trastornos ansio-depresivos con la participación del equipo de salud mental,

## METODOLOGIA

Tipo de estudio:

Estudio antes y después.

Comparativo, Prospectivo.

Población:

Pacientes con trastornos ansio-depresivos que acudan a consulta a la U.M.F. N° 167 en los meses de Junio a Octubre de 2005, que acepten participar en el estudio y que son enviados al equipo de salud mental para su tratamiento.

Lugar y Tiempo de estudio:

Pacientes masculinos y femeninos derechohabientes de la UMF 167 entre los 20-60 años de edad que acudan a la consulta externa con algún trastorno ansio depresivo antes de la participación del equipo de salud mental.

Previo consentimiento informado el investigador responsable del proyecto y sus colaboradores, de lunes a viernes en consulta externa, proporcionarán a los pacientes los cuestionarios de las escalas de medición de ansiedad y depresión, para valorar los grados de ansiedad y depresión antes de ser enviados al equipo de apoyo. Al concluir sus 6 sesiones se les aplicará de nuevo los cuestionarios para valorar la intervención del grupo de apoyo.

Tipo de muestra y tamaño de la muestra:

Población usuaria = 32,000 Derechohabientes

Prevalencia de ansiedad de 7.78 por 1000 Dh.

Prevalencia de depresión de 10.8 por 1000 Dh.

$$T.M.M = \frac{Z^2 P \cdot Q}{d^2} = \frac{1.96^2(9)(91)}{5^2} = 126 \text{ DH}$$

Co.Co. de 95 %  $\alpha = 0.05$

95 % = 1.96 (puntuación z)

$Z = 95\% = 1.96$

P= Porcentaje o tasa del fenómeno a estudiar.

Q= Su complemento a 100 es decir  $P+Q= 100$

d= Rango o tolerancia que asume tenga P

d=5

Mínimo 4

P=9

14 máximo

## Criterios de Inclusión, No Inclusión y Exclusión:

### Criterios de Inclusión:

- Pacientes de ambos sexos que tengan de 20 a 60 años de edad.
- Pacientes con sintomatología de trastornos ansio/depresivos
- Pacientes adscritos a la U.M.F. N° 167.
- Que acudan a consulta en los meses de Junio a Octubre de 2005
- Pacientes enviados para su atención por el equipo de salud mental de la UMF 92
- Pacientes que cumplieron con las seis sesiones terapéuticas que aplica el equipo. el equipo.

### Criterios de No Inclusión:

- Pacientes que no acepten acudir al grupo de salud mental.
- Pacientes que inician tratamiento psiquiátrico.
- Pacientes con medicación con psicofármacos.
- Pacientes con trastornos psiquiátricos
- Pacientes que cursen con alguna enfermedad crónica o adicciones.
- Pacientes con trastorno ansio/depresivo que haya estado con anterioridad en grupo de apoyo de salud mental.

### Criterios de Exclusión:

- Pacientes que cambien de adscripción.
- Pacientes dados de baja.
- Paciente que no acudió al 100% de las sesiones

### Variable

VARIABLE	DEFINICION OPERATIVA	NATURALEZA	CONDICIONES DE MEDICIÓN
PARTICIPACION DEL EQUIPO DE SALUD	El equipo de salud mental de la U.M.F N°92	El manejo se da en base a la asistencia de 6	Es importante cumplir con las 6 sesiones, si se falta a alguna de ellas el paciente

SALUD.	del IMSS se conforma por un medico familiar adiestrado en salud mental. 2 psicólogos y 1 trabajadora social	sesiones que se dan en forma de terapia grupal NOMINAL	tendrá que reanudar la terapia grupal. SI -NO
TRASTORNOS ANSIOS/DEPRESIVOS	Grado de Ansiedad : 0-6 ausente 7-20 leve 21-34 moderada 35-48 severa +49 incapacitante Grado de Depresión: 0-9 ausente o mínimo 10-16 media 17-29 moderada 30-63 severa	ORDINAL	Aplicación de la escala de ansiedad de Hamilton, (Valores) escala de depresión de Beck (valores)

VARIABLE	DEFINICION OPERATIVA	NATURALEZA	CONDICIONES DE MEDICIÓN
Edad	20-60 años	CRONOLOGICA	Detección del grado de trastorno ansio/depresivo
Sexo	Masculino y Femenino.	NOMINAL	Determinar en que sexo se da con mayor frec. el trastorno ansio/dep.
Estado Civil	Casado, soltero, viudo, divorciado, separado.	NOMINAL	Determinar en que edo. civil se da con mayor frecuencia el trastorno.
Escolaridad	Analfabeta, primaria, secundaria, preparatoria, licenciatura.	NOMINAL	Determinar si el grado de escolaridad influye a la mayor presencia de ansio/depresión.
Ocupación	Ama de casa, obrero empleado, profesionista, etc...	NOMINAL	Determinar con que frecuencia se presenta el trastorno.

Sistema de captación de la información:

Encuesta antes y después de la participación del equipo de salud mental.

De los 77 pacientes enviados al equipo de salud mental para su terapia grupal que consistió en 6 sesiones, se aplicó al término de la terapia de nuevo el test de ansiedad y depresión para evaluar la respuesta terapéutica.

Se utilizó el programa epi info 2002

Prueba de  $X^2$  para dos muestras independientes

Criterio de rechazo: si  $X^2$  experimental > de  $X^2$  crítica rechazo hipótesis nula

Si  $P < 0.05$  rechazo  $H_0$

Consideraciones éticas aplicables al estudio:

Consentimiento informado de acuerdo a las normas éticas contempladas en la ley general de salud en materia de investigación para la salud con la declaración de Helsinki de 1983. Acuerdo de Nuremberg, y la Ley general de salud.



## RESULTADOS

No se alcanzó la muestra de 126 por : menor inscripción a la esperada.

De los 77 pacientes que se inscribieron solamente 64 (83.1%) completaron las seis sesiones de terapia grupal (cuadro 1).

63 (81.82%), son mujeres con un  $\bar{X}$  de edad 45.30,  $S = 12.07$  y 14 (18.18%) hombres con un  $\bar{X}$  de edad 39.57 y una  $S = 11.84$  (Figura 1).

La escolaridad de nuestros pacientes fue: analfabetas 3 (3.90%), primaria 38 (49.35%), secundaria 26 (33.76%), Bachillerato 3 (3.90%), técnica 6 (7.79%), licenciatura 1 (1.30%) (figura 2).

Ansiedad:

Después de la participación del equipo de salud disminuye significativamente el grado de ansiedad de los pacientes con una  $X^2=28.10$ ;  $P=0.00000079$ , (cuadro 2). Pos-curso se disminuye la ansiedad moderada y severa y se incrementa la proporción de leves y sin ansiedad ( $X^2=51.57$ ;  $P < 0.0000000$  (cuadro 3).

Depresión:

Después del curso se disminuyó el grado de depresión y se incremento la proporción de pacientes sin depresión con una  $X^2=12.35$ ;  $P < 0.00628$  (cuadro 4).

Apreciamos que la relación con la escolaridad y la ansiedad, en los analfabetas y los de primaria disminuyen en mayor proporción el grado de ansiedad pos-curso, así como los de secundaria, bachillerato, técnica y licenciatura, (cuadros 5,6 y 7).

En el grado de depresión en los analfabetas y primaria se disminuyó en forma significativa pos-curso,  $X^2=7.96$ ;  $P =0.00479$ , no así en los de secundaria, bachillerato, técnica y licenciatura, (cuadros 8,9 y 10).

De los pacientes con antecedentes familiares de trastornos ansio-depresivos de tener 3 con ansiedad severa y 5 con moderada posterior al curso solo existen 3 con leve y 5 sin ansiedad, mejorando los 8 pacientes,  $P.E.F. = 0.04$  (cuadro 11).

Con antecedentes familiares de trastornos ansio-depresivos no existe diferencia significativa en la mejoría antes y después del curso, (cuadro 12), así como al comparar con y sin antecedentes (cuadro 13).

La influencia del estado civil y el grado de ansiedad, los casados mejorara su grado de ansiedad en forma altamente significativa pos-curso,  $X^2=39.13$ ;  $P < 0.0000000$ , los separados, solteros, unión libre y viudos también mejoraron pos-curso pero con menor significado,  $X^2=7.91$ ;  $P = 0.0049$  (cuadros 14.15 y 16).

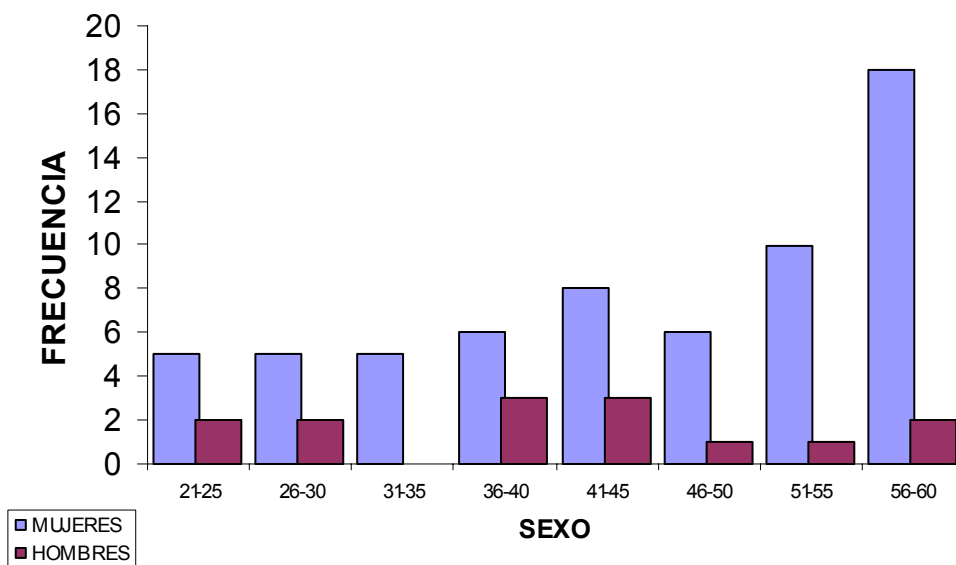
En el grado de depresión los solteros mejoraron en forma significativa ( $X^2=5.98$ ;  $P = 0.014$ ), no existiendo diferencia significativa en los separados, solteros en unión libre y viudos, (cuadros 17,18 y 19).

Al analizar el grado de ansiedad y depresión por turnos no existe diferencia significativa, (cuadros 20 y 21).

Al comparar el ingreso económico y el grado de ansiedad y depresión antes y después del curso no se presentaron diferencias significativas, (cuadros 22 y 23).

## **Figuras y cuadros**

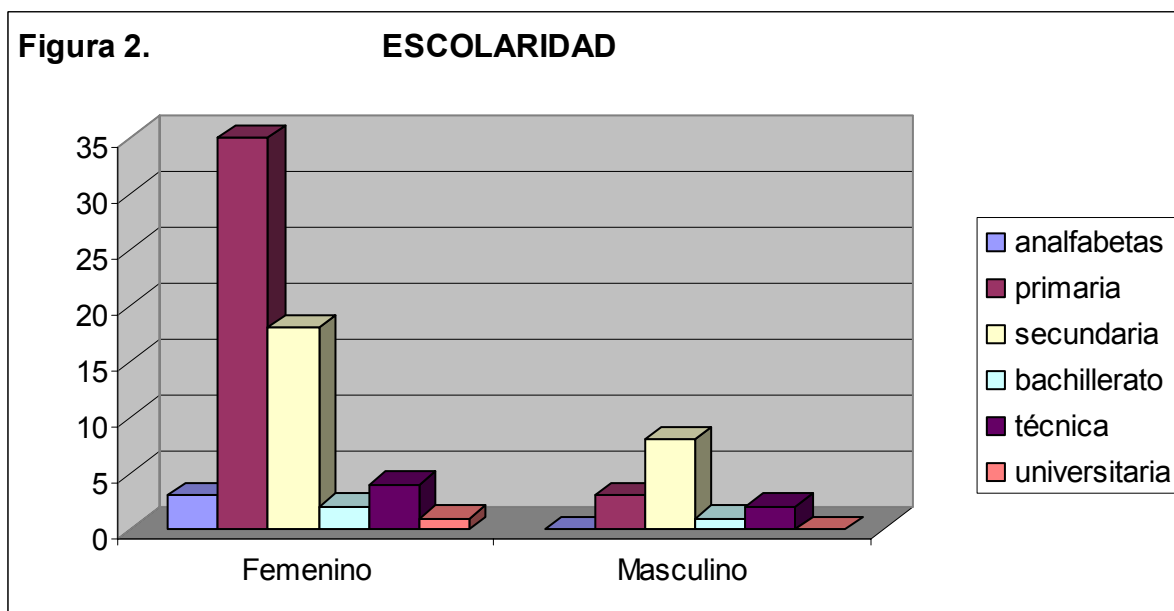
**Figura 1. PACIENTES POR SEXO Y GRUPO DE EDAD**



**Mujeres:  $\bar{X} = 45.30$ ; S = 12.07**

**Hombres:  $\bar{X} = 39.57$ ; S = 11.84**

**Figura 2. ESCOLARIDAD**



**Cuadro 1. CITAS CUMPLIDAS**

CITAS CUMPLIDAS	FRECUENCIA	%
1	1	1.3
2	3	3.9
3	5	6.5
4	4	5.2
6	64	83.1
TOTAL	77	100

Cuadro 2. GRADO DE ANSIEDAD POST-CURSO

	SIN ANSIEDAD	LEVE	MODERADA	SEVERA	TOTAL
ANTES	0	17	41	19	77
DESPUES	24	29	8	3	64
	24	46	49	22	141

$$X^2=28.10; P=0.00000079$$

CUADRO 3. DISMINUCION DE LA ANSIEDAD MODERADA Y SEVERA

	LEVE Y S/ANSIEDAD	MODERADA Y SEVERA	
ANTES	17	60	77
DESPUES	53	11	64
	70	71	141

$$X^2=51.57; P < 0.0000000$$

CUADRO 4. DEPRESION POST-CURSO

	S/DEP. Y LEVE	MEDIA	MODERADA	SEVERA	
ANTES	19	10	24	24	77
DESPUES	30	11	16	7	64
	49	21	40	31	141

$$X^2=12.35; P < 0.00628$$

CUADRO 5. GRADO DE ANSIEDAD Y ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	ANTES			DESPUES			S/ ANSIEDAD
	LEVE	MODERADA	SEVERA	LEVE	MODERADA	SEVERA	
ANALFABETAS	1	1	1	1	1	0	1
PRIMARIA	10	20	8	15	4	0	12
SECUNDARIA	5	14	7	12	0	2	8
BACHILLERATO	0	3	0	1	0	0	2
TECNICA	1	2	3	0	3	1	1
UNIVERSITARIA	0	1	0	0	0	0	0
TOTAL	17	41	19	29	8	3	24

$$X^2=23.23; P=0.0000014$$

CUADRO 6. DISMINUCION DEL GRADO DE ANSIEDAD EN ANALFABETAS Y CON PRIMARIA

	S/A. Y LEVE	MODERADA	SEVERA
ANTES	11	30	41
DESPUES	29	5	34
	40	35	75

$$X^2=23.23; P=0.0000014$$

CUADRO 7. DISMINUCION DEL GRADO DE ANSIEDAD POS-CURSO EN PACIENTES CON SECUNDARIA, BACHILLERATO, TECNICA Y LICENCIATURA.

	S/A. Y LEVE	MODERADA Y	SEVERA
ANTES	6	30	36
DESPUES	24	6	30
	30	36	60

$$X^2=23.98; P=0.0000010$$

CUADRO 8. GRADO DE DEPRESION Y ESCOLARIDAD

	ANTES					DESPUES				
	S/DEP	LEVE	MEDIA	MOD	SEV	S/DEP	LEVE	MEDIA	MOD	SEV
ANALFABETAS	0	0	0	1	2	0	1	1	0	1
PRIMARIA	3	4	8	12	11	12	5	4	7	3
SECUNDARIA	2	9	2	7	6	7	2	5	5	3
BACHILLERATO	0	1	0	1	1	3	0	0	0	0
TECNICA	0	0	0	3	3	0	0	1	4	0
UNIVERSITARIA	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
TOTAL	5	14	10	24	24	22	8	11	16	7

CUADRO 9. DISMINUCION DEL GRADO DE DEPRESION EN ANALFABETAS Y PRIMARIA POS-CURSO

	S/DEP, LEVE, MEDIA	MODERADA Y SEVERA	
ANTES	12	26	38
DESPUES	23	11	34
	35	37	72

$$X^2=7.96; P =0.00479$$

CUADRO 10. DISMINUCION DEL GRADO DE DEPRESION EN SECUNDARIA BACHILLERATO, TECNICA Y LICENCIATURA

	S/DEP, LEVE, MEDIA	MODERADA Y SEVERA	
ANTES	12	22	34
DESPUES	18	12	30
	30	34	64

$\chi^2=2.98$ ; P =0.084 N.S.

CUADRO 11. CON ANTECEDENTES FAMILIARES DE DEPRESION

	SI	NO	
SI	8	0	8
NO	51	27	78
	59	27	86

Prueba E Fisher=0.04

CUADRO 12. CON ANTECEDENTES FAMILIARES DE DEPRESIÓN PRE Y POS-CURSO

	SIN, LEVE , MEDIA	MODERADA Y SEVERA	
ANTES	3	4	7
DESPUES	7	1	8
	10	5	15

PEF=0.10 N.S.

CUADRO 13. CON ANTECEDENTES ANSIODEPRESIVOS POS-CURSO

	SIN, LEVE,	MODERADA Y
--	------------	------------

	MEDIA	SEVERA	
SI	7	1	8
NO	33	22	55
	40	23	63

PEF=0.13 N.S.

CUADRO 14. GRADO DE ANSIEDAD Y ESTADO CIVIL

	ANTES			DESPUES			
	LEVE	MODERADA	SEVERA	LEVE	MOD	SEV	S/A
CASADOS	13	31	15	20	6	2	22
SEPARADOS	1	2	1	2	0	0	1
SOLTEROS	1	3	1	4	0	1	0
UNION LIBRE	0	2	0	1	0	0	0
VIUDOS	2	3	2	2	2	0	1

$X^2=39.13$ ;  $P < 0.0000000$

CUADRO 15. DISMINUCIÓN DEL GRADO DE ANSIEDAD EN CASADOS

	S/ ANSIEDAD Y LEVE	MODERADA Y SEVERA	
ANTES	13	46	59
DESPUES	42	8	50
	55	54	109

$X^2=39.13$ ;  $P < 0.0000000$

CUADRO 16. GRADO DE ANSIEDAD EN SEPARADOS, SOLTEROS, EN UNION LIBRE Y VIUDOS.

	S/ ANSIEDAD Y LEVE	MODERADA Y SEVERA	
ANTES	4	14	18
DESPUES	11	3	14
	15	17	32



$$X^2=7.91; P <0.0049$$

CUADRO 17. GRADO DE DEPRESION POR ESTADO CIVIL

EDO. CIVIL	ANTES					DESPUES				
	LEVE	MEDIA	MOD	SEV	S/DEP	LEVE	MED	MOD	SEV	S/DEP
CASADOS	10	9	18	17	5	6	8	12	5	19
SEPARADOS	0	0	1	3	0	0	1	2	0	0
SOLTEROS	2	0	1	2	0	2	1	1	1	0
UNION LIBRE	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1
VIUDOS	1	1	4	1	0	0	1	1	1	2

CUADRO 18. DISMINUCION DE DEPRESION EN LOS CASADOS POS-CURSO

	S/D,LEVE,MEDIA	MODERADA Y SEVERA	
ANTES	24	35	59
DESPUES	33	17	50
	57	52	109

$$X^2=5.98; P=0.014$$

CUADRO 19. GRADO DE DEPRESION EN SOLTEROS, SEPARADOS, UNION LIBRE Y VIUDOS

	S/D, LEVE, MEDIA	MODERADA Y SEVERA	
ANTES	5	13	18

DESPUES	8	6	14
	13	19	32

$\chi^2=1.73$ ;  $P=0.19$  N.S.

CUADRO 20. GRADO DE ANSIEDAD Y DEPRESION POR TURNOS

TURNO	ANTES			DESPUES			S/A
	LEVE	MOD	SEV	LEVE	MOD	SEV	
MAT	7	8	1	6	1	0	9
VESP	9	30	15	22	3	2	14
TOTAL	15	38	16	28	4	2	23

CUADRO 21. GRADO DE DEPRESION POR TURNO POS-CURSO

TURNO	ANTES					DESPUES				
	LEVE	MEDIA	MOD	SEV	S/D	LEVE	MEDIA	MOD	SEV	S/D
MAT	7	1	4	2	2	2	3	4	0	7
VESP	7	8	19	17	3	6	6	10	4	15
TOTAL	14	9	23	19	5	8	9	14	4	22

CUADRO 22. GRADO DE ANSIEDAD DE ACUERDO AL SALARIO

	ANTES				DESPUES			
	LEVE	MOD	SEV	LEVE	MOD	SEV	S/A	
SALARIO MINIMO	0	2	0	1	0	0	0	
SUPERIOR AL MINIMO	5	18	7	14	2	1	9	

NIVEL MEDIO SUPERIOR AL NIVEL MEDIO	6	9	6	7	3	1	9
	6	11	6	6	3	1	6

CUADRO 23.GRADO DE DEPRESION DE ACUERDO AL SALARIO

	ANTES					DESPUES				
	LEVE	MEDIA	MOD	SEVERA	S/D	LEVE	MEDIA	MOD	SEV	S/D
SALARIO MINIMO SUPERIOR AL MINIMO NIVEL MEDIO SUPERIOR AL NIVEL MEDIO	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1
	8	3	10	8	1	6	3	5	2	10
	3	3	4	9	2	0	7	6	3	4
	2	4	8	7	2	2	1	5	2	6

## DISCUSIÓN

La población usuaria de U.M.F 167 es de 32 000 derechohabientes con el apoyo de los médicos familiares (12) se aplicaron los test de las escalas de medición de ansiedad de Hamilton y para la depresión la de Beck. Del TMM de 126 derechohabientes fueron 77 pacientes enviados a la terapia grupal, encontrándose que en el sexo femenino se presentaron mas casos de trastornos de ansiedad y depresión 63 (81.82%) masculinos 14 (18.82%). Meyers de más de 9000 adultos 6.5% fueron hombres y el 15% mujeres que presentaron criterios para el establecimiento de un trastorno de ansiedad específico<sup>1</sup>.

La psicoterapia cognitivo conductual es una psicoterapia de tiempo limitado y su eficacia ah sido demostrada en el tratamiento de la depresión severa. En el presente estudio quedó demostrado el trabajo desarrollado por el equipo de salud mental que logro

disminuir en forma importante la depresión y la ansiedad en los pacientes que cumplieron con el 100% de las sesiones<sup>10, 11</sup>.

La depresión continua siendo frecuente en pacientes que acuden a consulta externa y aún en los hospitalizados por enfermedad física o comorbilidad psiquiátrica por lo que es de importancia además del tratamiento farmacológico apoyarse con manejo psicoterapéutico<sup>3</sup>. Los grados de ansiedad detectados en los pacientes evaluados disminuyeron importantemente y los pacientes reconocieron a la ansiedad necesaria para la vida y que encausada de forma inadecuada puede ser patológica<sup>1</sup>.

En el test aplicado para ansiedad se encontró que las manifestaciones neurovegetativas fueron las más frecuentes y fáciles de detectar por sus características. Las manifestaciones psicológicas son las que se reconocen más tardíamente como son: los sentimientos (desesperación, intranquilidad, irritabilidad, etc).

Se evaluaron ansiedad y depresión de acuerdo a edad, sexo, escolaridad, estado civil y de acuerdo al salario, en todas las variables se demostró que grado de ansiedad y depresión, disminuyó.

Para el médico familiar es un reto el convencer a los pacientes que se detectaron con síntomas ansio/depresivos para canalizarlos a un equipo de salud mental, ya que los pacientes al principio no aceptan cursar con un trastorno de ansiedad y depresión, pero aquellos que voluntariamente aceptaron su terapia llevan hoy en día una mejor calidad de vida.

## **CONCLUSIONES**

-La participación del equipo de salud mental mejoro significativamente en el grado de depresión y ansiedad de los pacientes.

-Los mejores resultados se presentaron en los pacientes de menor grado escolar.

-La mejoría fue mayor en los casados

-No existen diferencias en las mejorías del grado de depresión y ansiedad con relación al ingreso económico y el turno de consulta.

-Es importante valorar el grado de ansiedad y depresión mediante las escalas utilizadas en el presente trabajo para enviar a los pacientes a terapia grupal y evitar en lo sucesivo la fármaco-dependencia.

-Se fomentará con los médicos familiares de la U.M.F 167 el tomar o llevar a cabo un adiestramiento en salud mental para que en forma conjunta con trabajo social se canalice a los pacientes detectados en la consulta externa diaria.

-De los pacientes estudiados solo uno no respondió a la terapia de grupal y fue necesario su envió al segundo nivel.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- 1.- Carlos. Art. Camacho Uribe. Fascículos de salud mental HGR 46. IMSS. Ansiedad y su manejo. 2002
- 2.- Carlos. Art. Camacho Uribe. Fascículos de salud mental HGR 46. IMSS. Programa de manejo de ansiedad en los tres niveles de atención. 2002
- 3.-Ruiz L.G Manejo psicoterapéutico en apoyo al tratamiento depresivo PAC. Psiquiatría 2, libro 10, p. 7, 1ra edición 2000
- 4.- Littler J Timothy Momany trastornos afectivos. Manual practico de medicina Universidad de IOWA 1ra Edición 1994 España p. 551-558.
- 5.- Lopez J.M del Hipnotismo a Freud. Orígenes históricos de la psicoterapia Rev. chil. Neuro-psiquiatría. 2003; 41 (4)
- 6.- Rivera S O. Tanimoto WM. Uso de los medicamentos en la clínica. Agentes terapéuticos en psiquiatria, p. 421- 435 Editorial: Mc Graw Hill Interamericana 1ª edición 1999
- 7.- Berkow R. J. Fletcher M. B manual Merck 9a Edición neurosis Ansiedad España 1994 p. 1760-1761
- 8.- Walter W, Rosser, Burins, M Audet. D. Anxiety diagnosing anxiety disorders in family practice. Diagnosis and Management. Can. Fam Phyc; 1994; 40 : 81-88
- 9.- Apiquián R. Fresán A. Nicolini H. Evaluación de la Psicopatología escalas en español. 1ra edición México D.F Editorial: JGH editores 2000 p. 37-41, 51-52
- 10.- Colin R.,Pica Y. Psicoterapia cognitivo conductual PAC Psiquiatría 2 libro 3 p. 40. 1ra edición 1999
- 11.- Colin R.,Pica Y. Objetivos individualizados para psicoterapia cognitivo conductual. Psiquiatría 2, libro 3, p. 42 1ra edición 1999
- 12.- Colin R.,Pica Y. Terapia cognitiva y terapia interpersonal PAC Psiquiatría 2 libro 3 1ra edición 1999 pagina 39.

13.- Flores L. G. Compendio de medidas de psicoterapia PAC  
Psiquiatría 2 libro 10 Edición 2000 p. 7

14.- Subash C, Bhatia, MD, Bhatia, SH MD Major Depression  
Selecting safe and effective treatment. Am. Fam. Physc. 1997;55(5):  
1686-1693

15.- Masson. DSMO IV Manual diagnostico y estadístico de los  
trastornos mentales. 1996

16.- Camacho A. Fascículos de salud mental. Estrés diario HGZ 46  
IMSS 2002

17.- Baughan. DM. Barriers to diagnosing anxiety disorders in family  
practice. Am. Fam. Physc. 1995; 52 (2): 4447-450

18.- Ruiz L. G. Conceptos básicos de la terapia interpersonal PAC  
Psiquiatría 2 libro 10 p. 12 2003

19.- Carlos Art. Camacho Uribe Fascículos de salud mental HGR 46  
IMSS, Duelo a Depresión 2002

20.- Esquizofrenia y salud mental  
<http://www.esquizo.com>

## ANEXOS:

### INSTRUMENTOS PARA LA CAPTACION DE LA INFORMACION.

#### Anexo 1

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

N° de Afiliación: \_\_\_\_\_

Consultorio: \_\_\_\_\_ Turno: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Estado

civil: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Ingreso familiar: \_\_\_\_\_

Antecedentes familiares de trastornos ansio/depresivos: SI( ) NO( )

Grado de ansiedad antes: \_\_\_\_\_ después \_\_\_\_\_

Grado de depresión antes: \_\_\_\_\_ después \_\_\_\_\_



## ANEXO 2

### Escala de calificaciones de la ansiedad de Hamilton

Nombre:	
Edad:	Sexo:
Instrucciones: conteste de acuerdo a lo siguiente:	
0= Ausente	3= Casi siempre
1= A veces	4= Siempre
2= Frecuente	

		0	1	2	3	4
1.-humor ansioso	Se siente preocupado, irritable, temeroso					
2.-tensión	Siente tensión, fatiga, sobresalto, llora fácilmente, esta inquieto, tiene dificultad para relajarse.					
3.-temores	De la oscuridad, de los extraños, de quedarse solo, de los animales, del tráfico, de las multitudes					
4.-insomnio	Dificultad para dormir, sueño insatisfactorio y fatiga al despertar, pesadillas, sueño interrumpido					
5.-habilidades cognitivas	Dificultad para concentrarse, memoria deficiente.					
6.-humor depresivo	Perdida del interés, ausencia de placer, despertar precoz.					
7.- somáticos (musculares)	Dolores, achaques, molestias, rechinar los dientes, contorsiones, rigidez, tensión muscular, voz temblorosa					
8.-somáticos (sensoriales)	Tinnitus, visión borrosa, crisis de frío o de calor, debilidad.					
9.-síntomas cardiovasculares	Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, pulsaciones, sensaciones de desmayo.					
10.-síntomas respiratorios	Presión en el pecho, ahogo, disnea.					
11.-síntomas gastrointestinales	Dificultad para tragar, flatulencia, náuseas, vómito, ardor, sensación de plenitud, pérdida de apetito, estreñimiento.					
12.-síntomas genitourinarios	Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, frigidez, eyaculación prematura, pérdida de la libido, impotencia.					
13.-síntomas del sistema nervioso autónomo	Boca seca, rubor, sudoración excesiva, dolor de cabeza, vértigo, pérdida de apetito.					
14.-conducta durante la entrevista	Intranquilidad, temblor de manos, ceño fruncido, rostro contraído, respiración agitada, palidez, pupilas dilatadas.					
	Suma de frecuencias:					
	Factor de valoración X:					
	Puntaje:					
	Puntaje total:					
	Grado de ansiedad:					

Puntaje total:

Se obtiene sumando las frecuencias de cada columna y multiplicando esta suma por el factor de valoración correspondiente a cada columna. Este valor se anota en la casilla de Puntaje de cada columna, para después sumar los valores de las cuatro columnas y obtener el total.

Grado de ansiedad:

Un puntaje total de 0-6 ansiedad ausente, un puntaje total de 7-20 representa una ansiedad leve, un puntaje total de 21-34 representa una ansiedad moderada, un puntaje total de 35-48 representa una ansiedad severa, un puntaje total mayor de 49 representa una ansiedad muy severa, altamente incapacitante.

Escala de calificación de la ansiedad:

Leve: ocurre irregularmente y su duración es breve.

Moderada: ocurre constantemente y con duración prolongada, requiere, considerable esfuerzo del paciente por sobreponerse.

Severa: es continua y domina la vida del sujeto.

Muy severa: incapacitante.

## Anexo 3

### Escala de Depresión de Beck

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Este cuestionario cuenta con 21 grupos de enunciados. Después de leer cuidadosamente los cuatro enunciados correspondientes a cada grupo, marque el número (0, 1, 2 o 3) que se encuentre junto al enunciado de cada grupo que mejor describa la manera como usted se ha sentido durante la última semana, incluyendo el día de hoy. Si considera que dentro de un mismo grupo de

enunciados; varios pueden aplicarse de la misma manera, circule cada uno de ellos. Asegúrese de leer todos los enunciados de cada grupo antes de elegir su respuesta.

1)

0 = No me siento triste.

1 = Me siento triste.

2 = Me siento triste todo el tiempo.

3 = Me siento tan triste o infeliz que no puedo soportarlo.

2)

0 = No me encuentro particularmente desanimado con respecto a mi futuro.

1 = Me siento más desanimado que antes con respecto a mi futuro.

2 = No espero que las cosas me resulten bien;

3 = Siento que mi futuro no tiene esperanza y que seguirá empeorando.

3)

0 = No me siento como un fracasado.

1 = Siento que he fracasado más de lo que debería. .

2 = Cuando veo mi vida hacia atrás, lo único que puedo ver son muchos fracasos.

3 = Siento que como persona soy un fracaso total.

4)

0 = Obtengo tanto placer como siempre de las cosas que me gustan.

1 = No disfruto tanto de las cosas como antes.

2 = Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.

3 = Siento que como persona soy un fracaso total.

5)

0 = No me siento particularmente culpable.

1 = Me siento culpable con respecto a muchas cosas que he hecho o debía hacer.

2 = Me siento bastante culpable casi todo el tiempo.

3 = Me siento culpable todo el tiempo.

6)

0 = No siento que esté siendo castigado.

1 = Siento que tal vez seré castigado.

2 = Espero ser castigado.

3 = Siento que estoy siendo castigado.

7)

0 = Me siento igual que siempre acerca de mi mismo.

1 = He perdido confianza en mi mismo.

2 = Estoy desilusionado de mi.

3 = No me agrado.

8)

0 = No me critico ni me culpo más de lo usual.

1 = Soy más crítico de mi mismo de lo que solía ser.

2 = Me critico por todas mis fallas y errores.

3 = Me culpo por todo lo malo que sucede.

9)

0 = No tengo ningún pensamiento acerca de matarme.

1 = Tengo pensamientos acerca de matarme, pero no los llevaría a cabo.

2 = Me gustaría matarme.

3 = Me mataría si tuviera la oportunidad.

10)

0 = No lloro más de lo usual.

1 = Ahora lloro más que antes.

2 = Ahora lloro por cualquier cosa.

3 = Siento ganas de llorar pero no puedo.

11)

0 = No me siento más tenso que lo usual.

1 = Me siento más inquieto o tenso que lo usual.

2 =-Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta trabajo quedarme quieto.

3 = Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar moviéndome o haciendo algo constantemente.

12)

0 = No he perdido interés en otras personas o actividades.

1 = Ahora me encuentro menos interesado que antes en otras personas o actividades.

2 = He perdido la mayor parte de mi interés en otras personas o actividades.

3 = Me resulta difícil interesarme en cualquier cosa.

13)

0 = Puedo tomar decisiones casi tan bien como siempre.

1 = Me resulta más difícil tomar decisiones ahora que antes.

2 = Ahora tengo mucho mayor dificultad para tomar decisiones que antes.

3 = Me cuesta trabajo tomar cualquier decisión.

14)

0 = Me siento devaluado.

1 = No me siento tan valioso o útil como antes.

2 = Me siento menos valioso comparado con otros.

3 = Me siento francamente devaluado.

15)

- O = Tengo tanta energía como siempre.
- 1 = Tengo menos energía de la que solía tener.
- 2 = No tengo suficiente energía para hacer gran cosa.
- 3 = No tengo suficiente energía para hacer nada.

16)

- O = No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.
- 1a = Duermo más de lo usual.
- 1b = Duermo menos de lo usual.
- 2a = Duermo mucho más de lo usual.
- 2b = Duermo mucho menos de lo usual.
- 3a = Duermo la mayor parte del día.
- 3b = Me despierto 1 Ó 2 horas más temprano y no me puedo volver a dormir.

17)

- O = No estoy más irritable de lo usual.
- 1 = Estoy más irritable de lo usual.
- 2 = Estoy mucho más irritable de lo usual.
- 3 = Estoy irritable todo el tiempo.

18)

- O = No he sentido ningún cambio en mi apetito.
- 1a = Mi apetito es menor que lo usual.
- 1b = Mi apetito es mayor que lo usual.
- 2a = Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b = Mi apetito es mucho mayor que antes.
- 3a = No tengo nada de apetito.
- 3b = Tengo ganas de comer todo el tiempo.

19)

- O = Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 = No puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 2 = Me resulta difícil concentrarme en algo durante mucho tiempo.
- 3 = No puedo concentrarme en nada.

20)

- O = No estoy más cansado o fatigado que lo usual.
- 1 = Me canso o fatigo más fácilmente que antes.
- 2 = Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer cosas que solía hacer.
- 3 = Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayor parte de las cosas que solía hacer.

21)

- O = No he notado ningún cambio reciente en mi interés en el sexo.
- 1 = Me encuentro menos interesado en el sexo que antes.
- 2 = Me encuentro mucho menos interesado en el sexo ahora.
- 3 = He perdido completamente el interés en el sexo.

TOTAL (\_\_\_\_\_)

La escala de depresión de Beck es uno de los instrumentos mas empleados para la evaluación de los síntomas depresivos en adolescentes y adultos, incluye 21 reactivos de síntomas de la depresión y cada reactivo consiste en un grupo de 4 afirmaciones, de las cuales una tiene que ser seleccionada en relación a la forma en la que se ha sentido el paciente durante la ultima semana.

Los puntos de corte de la escala se emplean para hacer una categorización de la severidad de la depresión por lo que una puntuación de 0-9 refleja la ausencia o presencia mínima de síntomas depresivos; de 10-16 indica una depresión media; de 17-29 refleja una depresión moderada y puntuaciones de 30-63 indican una depresión severa (Beck y Steer, 1993). El tiempo de aplicación de la escala varía de 5-8 minutos.