



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Postgrado
Instituto Mexicano del Seguro Social
Unidad de Medicina Familiar No. 20

**NIVELES DE ANSIEDAD, NEUROSIS Y SOMATIZACIÓN EN
DERECHOHABIENTES ATENDIDOS EN UNIDAD DE PRIMER Y
SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN MÉDICA**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

Presenta:
JOSÉ CRUZ RAMÍREZ GRANADOS

Tutora:
DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA

Generación 2007 – 2010



MÉXICO D.F.

2009



Universidad Nacional
Autónoma de México



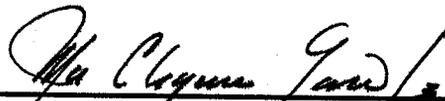
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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.

TUTORA



DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA TITULAR DEL CURSO EN ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR EN LA UMF No. 20

Vo. Bo.



DRA. SANTA VEGA MENDOZA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO EN ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR EN LA UMF No. 20

Vo. Bo.



DRA. VICTORIA PINEDA AQUINO
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR, MAESTRA EN CIENCIAS,
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
EN SALUD EN LA UMF No. 20

AGRADECIMIENTOS:

A DIOS:

*Gracias Señor...
Por esa heridas que me abriste,
surcos rojos
donde nació la vida
y florecieron mis rosas
sin ninguna espina.*

*Por ese dolor
que enlutó mi cielo
y me hizo conocer
los destellos nuevos.*

*Por esas lagrimas
que vertí en tu seno.
Fueron mis sonrisas
al pasar el tiempo.*

*Gracias a tu enojo,
a veces congoja para mis desvelos,
a veces la luz,
para ignotos puertos.*

Gracias Señor...

*Llenaste de versos
mis noches sin lunas ni estrellas...
y supe de todas las formas
que esconde el amor.*

*Por que a través de tus benditas
manos,
llegue a reconocer mi camino,
que es tu sendero de luz, dicha y vida;
ya que, brinde a mis padres. . .
Tu misericordia infinita.*

Gracias Señor ...

A MIS PADRES:

*Quienes me han heredado el tesoro más valioso que puede dársele a un hijo: **amor**.
A quienes sin escatimar esfuerzo alguno, han sacrificado gran parte de su vida para
formarme y educarme. A quienes la ilusión de su vida ha sido convertirme en
persona de provecho. A quienes nunca podré pagar todos sus desvelos ni aún con
las riquezas más grandes del mundo y que ha pesar de su ausencia; ustedes me
observan, cuidan, protegen y orientan; a través de su luz.
Por esto y más...*

Gracias.

A MIS HERMANAS Y SOBRINOS:

ANDREA, BEATRIZ, JULIA, ACENET, HUMBERTO, ERIK, PELON Y BEREMBE; por darme la estabilidad emocional, económica, sentimental; para poder llegar hasta este logro, que definitivamente no hubiese podido ser realidad sin ustedes. GRACIAS por darme la posibilidad de que de mi boca salga esa palabra...FAMILIA.

ANDREA, serás siempre mi inspiración para alcanzar mis metas, por enseñarme que todo se aprende y que todo esfuerzo es al final recompensa. Tu esfuerzo, se convirtió en tu triunfo y el mío, TE AMO.

A TI MIRELLA:

Porque gracias a tú cariño, guía y apoyo he llegado a realizar uno de mis anhelos más grandes de mi vida, fruto del inmenso apoyo, amor y confianza que en mi se depositó y con los cuales he logrado terminar mis estudios profesionales que constituyen el legado más grande que pudiera recibir y por el cual te viviré eternamente agradecido.

Con cariño y respeto.

A MIS INSTRUCTURAS:

DRA. MARÍA DEL CARMEN, DRA. SANTA Y DRA. VICTORIA:

En testimonio de gratitud limitada por su apoyo, aliento y estímulo; mismos que posibilitaron la conquista de esta meta:

Mi formación profesional con admiración y respeto.

A MIS PROFESORES DE PRÁCTICA CLÍNICA:

Como un testimonio de gratitud y eterno reconocimiento, por el apoyo que siempre me han brindado y con el cual he logrado terminar mi carrera profesional, siendo para mí, la mejor, de las herencias.

Con admiración y respeto.

A MIS COMPAÑEROS RESIDENTES:

No es fácil llegar, se necesita ahínco, lucha y deseo, pero sobre todo apoyo como el que he recibido durante este tiempo.

Ahora más que nunca se acreditan mi cariño, admiración y respeto.

Gracias por lo que hemos logrado.

A TODOS USTEDES MUCHAS GRACIAS

ÍNDICE

TITULO

RESUMEN

- I. MARCO TEÓRICO
- II. JUSTIFICACIÓN
- III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
- IV. HIPÓTESIS
- V. OBJETIVOS
- VI. SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS
- VII. RESULTADOS
- VIII. DISCUSIÓN
- IX. CONCLUSIONES
- X. RECOMENDACIONES
- XI. BIBLIOGRAFÍA
- XII. ANEXOS

**NIVELES DE ANSIEDAD, NEUROSIS Y SOMATIZACIÓN EN
DERECHOHABIENTES ATENDIDOS EN UNIDAD DE PRIMER Y SEGUNDO
NIVEL DE ATENCIÓN MÉDICA**

NIVELES DE ANSIEDAD, NEUROSIS Y SOMATIZACIÓN EN DERECHOHABIENTES ATENDIDOS EN UNIDAD DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN MÉDICA

Ramírez-Granados José Cruz*; Aguirre-García María del Carmen**

*Residente de tercer año de Medicina Familiar, ** Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar No. 20, Delegación 1 Norte del DF. Instituto Mexicano del Seguro Social.

OBJETIVO: Determinar los niveles de ansiedad, neurosis y somatización en derechohabientes atendidos en unidad de primer y segundo nivel de atención médica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio transversal analítico, muestreo por conglomerado en 412 pacientes atendidos en UMF # 20 y HGZ # 24, se entrevistaron previo consentimiento informado, periodo Octubre-Diciembre del 2008. Y se midieron niveles de ansiedad (Escala Hamilton), neurosis (Escala Tyrer), somatización (Test Othmer-Souza), perfil sociodemográfico y factores asociados. Utilizando estadística descriptiva (frecuencias y porcentajes) e inferencial ($p=0.005$, OR e IC95%), mediante los programas SPSS y EPI-INFO.

RESULTADOS: Participaron 206 pacientes en cada nivel de atención; edad promedio 38 ± 5 años, 238 fueron mujeres (57.8%); 102 con secundaria (24.8%); 175 empleados (42.5%); 160 con nivel de pobreza II (38.8%); 228 casados (55.3%); 193 con pareja e hijos (46.8%). 194 con Auto-percepción de mala salud (47.1%); 378 negaron antecedentes de ansiedad (91.7%) y 381 de neurosis (92.5%). 200 pacientes manifestaron niveles de ansiedad leve (48.5%), 52 ansiedad moderada a severa (12.6%); 76 neurosis leve (18.4%), 4 neurosis moderada (100%), 100 con posible somatización (24.3%). Estos niveles se asociaron a: Ser mayor de 80 años; analfabeta; divorciado; pensionado; nivel III de pobreza; percepción de mal estado de salud; turno de atención matutino, consulta de primera vez y antecedente de ansiedad.

CONCLUSIONES: La ansiedad, neurosis y somatización, se presenta en la mitad de pacientes atendidos en unidades de primer y segundo nivel en semejante porcentaje. El presente estudio es el inicio para motivar nuevas investigaciones, con el fin de evaluar la continuidad y la predicción de estos problemas.

Palabras claves: ansiedad, neurosis, somatización, primer y segundo nivel de atención médica.

I MARCO TEÓRICO

La historia de los llamados "trastornos de ansiedad" está estrechamente vinculada al concepto clínico de "neurosis". Como en otros casos, el contenido original del término establecido por el psiquiatra escocés Cullen en 1769 en su *Synopsis nosologiae methodicae*, no corresponde estrictamente al uso que hasta hace pocos años se ha hecho de tal denominación. Cullen se refería a una afección general del sistema nervioso que cursaba sin fiebre ni afección local de algún órgano, y que comprometía "el sentido" y "el movimiento", mezclándose en ella desde síncope hasta el tétanos y la hidrofobia, pasando por la histeria, la melancolía, la demencia y la manía (1).

Juan José López-Ibor publicó en 1966 un voluminoso texto titulado "Las neurosis como enfermedades del ánimo". En él confirma y hace suya la idea de que las neurosis tienen como elemento central y fundente a la angustia, la ubicación de esta en la vida emocional del ser humano corresponde al estrato de los sentimientos vitales; en donde la vida emocional del ser humano corresponde a este estrato y emerge desde el mismo ser vital, en que lo hace la "tristeza" de la melancolía, y que es el asiento ontológico del "estado de ánimo". El autor español afirma también que las defensas contra la angustia vital darían origen al miedo, es decir, "la patencia de la nada surgida de la angustia, es transformada en miedo a algo que nos hace frente en el mundo". Por ello, si esta no tiene un contenido concreto, no es posible entenderla "adecuadamente" ligada a situaciones o conflictos de la vida cotidiana. El sujeto normal puede experimentar miedo ante situaciones específicas y concretas. Pero, este sujeto también conoce la angustia al aproximarse más profundamente a su propia existencia, esto es, a la condición de finitud inescapable que la constituye, es decir, cuando comprende abiertamente su destinación a la muerte y la nada. Pero no sólo esto, sino también, al aproximarse al desvalimiento, a lo inabarcable e incomprensible. Lo que el enfermo experimenta, es decir, la angustia patológica, es paradójicamente, la angustia normal. "Lo que siente el enfermo –afirma– es su angustia básica, originaria, patentizada por una experiencia concreta (2,3).

El concepto de ansiedad del DSM IV tiene muchos significados que no son precisamente del tipo clínico, por lo que es preciso tener en cuenta qué se entiende por ansiedad patológica y hemos visto en forma operativa que él ser excesivo, frecuente y persistente; constituyen las características cuantitativas más empleadas para asumir el carácter patológico de este proceso y lógicamente deben tenerse en cuenta otras características de tipo cualitativo ya que sus diversas formas constituyen; así mismo, el elemento sintomático central de los denominados trastornos de ansiedad. Tanto la ansiedad normal como la subclínica o clínica, poseen diversos componentes que han sido sistematizados históricamente mediante

el denominado triple sistema de respuesta: “subjetivo-cognitivo, fisiológico-somático y motor-conductual” (3-5).

El DSM-IV introduce nuevas categorías de trastorno de ansiedad, no incluidas en anteriores ediciones. Específicamente, <<el trastorno de estrés agudo>>, <<el trastorno por ansiedad por condición médica general>> y <<el trastorno de ansiedad>>, inducido por sustancias. Dentro del grupo <<reacciones al estrés intenso y trastornos de adaptación>> la CIE 10 ha descrito previamente el trastorno denominado reacción de estrés agudo, que comparte un complejo sintomatológico que incluye elevado nivel de ansiedad, ataques de pánico, obsesiones o compulsiones. La diferencia radica en la causa del trastorno: “En un caso viene dada por la presencia de una enfermedad médica (por ejemplo, hipertiroidismo), y en el segundo por el uso de sustancias (anfetaminas, cafeína, alcohol. Cocaína) (3).

Los trastornos de ansiedad también comparten síntomas de forma significativa con los trastornos somatoformes (por ejemplo las hipocondrías) psicósomáticos, disfunciones sexuales, alteraciones del sueño, alcoholismo y drogadicción. Algunos autores incluso han sugerido que la ansiedad es una característica central en casi todos los trastornos psicósomáticos. El concepto de comorbilidad se utiliza también para indicar que dos o más trastornos diferentes se dan conjuntamente (co-ocurren) en la misma persona, pues el paciente reúne los criterios para más de un trastorno (esto es, se presenta un diagnóstico múltiple). La comorbilidad parece ser elevada en este tipo de trastornos, por ello la ansiedad en comorbilidad con neurosis posee enormes implicaciones desde terapéuticas; la co-ocurrencia de dos diagnósticos diferentes suele implicar estrategias de intervención diferente para cada cuadro. Pero tiene también muchas otras implicaciones relacionadas con el origen, curso, pronóstico del trastorno psicopatológico, ya que la presencia de está incrementa la posibilidad de que aparezca otro trastorno de ansiedad (4)

Basándome en lo anterior; el médico a lo largo de su práctica clínica, entra en contacto con diversos cuadros clínicos caracterizados por una alteración de la conducta y/o del equilibrio emocional del sujeto que precisan atención urgente e intervención terapéutica inmediata(6). De los cuales, los trastornos psiquiátricos son comunes en los pacientes que consultan un servicio de urgencias por síntomas físicos y, aunque muchos de estos trastornos son detectados en el primer nivel de atención, otros no son diagnosticados y constituyen lo que Goldberg denomina morbilidad psiquiátrica oculta, ampliamente corroborada por estudios epidemiológicos y psiquiátricos (7-9).Múltiples trabajos realizados en atención primaria en diferentes áreas, sitúan los límites de la ansiedad y neurosis en una tasa de prevalencia en un 25 – 46%, esta alta variabilidad está en función del método de detección utilizado, pero es útil como guía aproximada (7,10) y otros proyectos epidemiológicos como el Epidemiological Catchmen Area Program (ECA) o el Munich

Follow-up Study (MFS). Han constatado que únicamente el 33.8% de todos los casos de ansiedad recibe diagnóstico, lo que concuerda con los datos del programa ECA que revelan que entre el 30% - 80% de las personas con diagnóstico de ansiedad, posee al menos otro diagnóstico de trastorno de ansiedad (4). Algunos estudios llevados a cabo en Europa han estimado el gasto en trastornos mentales como porcentaje de todos los costes de asistencia sanitaria: en Holanda era del 23.2% y en el Reino Unido sólo los gastos de los pacientes hospitalizados ascendían al 22%. El coste de los «trastornos cerebrales» en Europa representa un 35% de la carga económica global de las enfermedades, superando al de la diabetes y el cáncer juntos. Según un estudio de Murray et al., los trastornos mentales y neurológicos son responsables del 30.8% de la carga de enfermedad a nivel mundial, y tres trastornos neuropsiquiátricos figuran entre las 20 causas principales, de años de vida ajustados a discapacidad y perdidos para el conjunto de todas las edades. Entre un 19% y un 43% de los pacientes que acuden a un servicio de urgencias, tienen un problema mental (11-13) y un amplio porcentaje de las consultas relacionadas con patología psíquica (33.7%) son atendidas exclusivamente por él (13). Se sabe que los trastornos depresivos y de ansiedad son más frecuentes en las poblaciones económicamente más desfavorecidas (14-16), y estudios observacionales han demostrado que las personas pobres con depresión o ansiedad experimentan una evolución clínica más desfavorable (16).

El concepto de ansiedad tiene muchos significados que no son precisamente de tipo clínico, por lo que es preciso tener en cuenta que se entiende por ansiedad patológica. Hemos visto, que las personas con características de ser excesivas, persistente y extrovertidas; constituyen las características cuantitativas más empleadas para asumir el carácter patológico de la ansiedad. Así pues; definimos a la Ansiedad “como un estado emocional consistente en reacciones de miedo o aprensión anticipatorias de peligro o amenaza, acompañados de activación del sistema nervioso autónomo” (4).

Los trastornos de ansiedad se encuentran entre los problemas de salud mental más frecuentes, vistos en el contexto de la atención médica global. Hasta una tercera parte de los pacientes de un servicio de urgencias, presentan síntomas de ansiedad importantes (17). Aproximadamente el 15 % padece un trastorno de ansiedad en curso, y el 24 %, un trastorno de ansiedad a lo largo de la vida, evaluados mediante una entrevista diagnóstica (18). Los pacientes de atención médica con trastornos de ansiedad suelen presentar una discapacidad considerable y deterioro de la actividad (19,20). También hacen un uso elevado de los servicios médicos generales, con el consiguiente coste elevado de atención sanitaria (21).

Suscitándose un fenómeno de hiperfrecuentación, que es motivo de preocupación en todo el sistema sanitario. Esta elevada demanda tiene grandes

consecuencias a nivel organizativo, administrativo y económico, siendo además uno de los factores identificados como precipitantes del llamado “burnout” profesional (22).

En un estudio internacional, se concluyó que la hiperfrecuentación se genera a partir de verdaderas necesidades físicas y psicosociales: un 41% de los casos se puede atribuir a enfermedades crónicas, el 31% a trastornos mentales y un 15 % a estrés agudo y crónico. Los tres factores anteriores juntos explican dos tercios del fenómeno (23). Por lo que necesario la aplicación de las escalas diagnósticas; de evaluación de depresión y ansiedad, que son herramientas que apoyan y refuerzan objetivamente el diagnóstico de estos trastornos, elaborado fundamentalmente a través de la entrevista clínica y la exploración psicopatológica. En ningún caso la administración de estas escalas sustituye a la historia clínica que debe recoger antecedentes médicos, psicopatológicos y consumo de fármacos, síntomas actuales (afectivos, emocionales, cognitivos, volitivos y somáticos), momento de inicio, duración e intensidad de éstos, historia toxicológica y acontecimientos vitales estresantes, además de antecedentes familiares de este tipo de patologías (24,25). La utilización de escalas para medir variables psicosociales y somáticas, es muy habitual y ofrece ventajas a la hora de llevar a cabo proyectos de investigación. Es bueno que el médico se habitúe a utilizarlas porque así llegará a una mejor comprensión de lo que está ocurriendo en el transcurso de la enfermedad y por ende conseguirá una atención sanitaria de más calidad a los usuarios. En este sentido hay que tener presente que para una correcta aplicación de estos instrumentos es importante considerar una serie de directrices básicas que van desde la estimación de la utilidad potencial de dichas escalas en cuanto a la evaluación que se pretende efectuar, a los aspectos relacionados con el sesgo de los cuestionarios y la interpretación adecuada de los resultados obtenidos (26,27). En función de su fiabilidad, especificidad y eficiencia, y que no exigen un entrenamiento especial para su aplicación e interpretación, son las siguientes:

Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg.
Escala de Hamilton para la Depresión (HDRS).
Escala de Hamilton para la Ansiedad (HARS).
Escala de Depresión de Montgomery- Asberg (MADRS).
Escala Geriátrica abreviada de la Depresión de Yesavage.

Otros cuestionarios útiles son:

Escala autoaplicada para la medida de la Depresión de Zung y Conde.
Inventario de Depresión de Beck (BDI).
Escala Breve de Ansiedad de Tyrer (BSA).
Cuestionario de Screening de Ansiedad (ASQ-15).
Patient Health Questionnaire (PHQ-9) (24, 27,28).

La comprensión de la relación entre el deterioro de la calidad de vida y los rasgos clínicos específicos de los diferentes trastornos afectivos y de ansiedad, planeando mejorar las intervenciones terapéuticas y facilitar la distribución más idónea de los escasos recursos asistenciales sanitarios. Existe, por lo tanto, la necesidad de examinar la contribución relativa de los factores específicos de la enfermedad (gravedad de los síntomas, comorbilidad psiquiátrica y duración de la enfermedad) y de los factores demográficos sobre la calidad de vida en los trastornos afectivos y de ansiedad (29). Aunque los signos y síntomas siguen siendo las características que definen la nosología psiquiátrica, existe un acuerdo cada vez más unánime de que los campos de exploración deberían incluir dimensiones de mayor alcance, como el grado de funcionamiento y la calidad de vida. Esto ha conducido al axioma cada vez más frecuente de que un tratamiento exitoso no debe conformarse con atenuar los signos y síntomas sino perseguir objetivos más ambiciosos, como devolverle al individuo su salud.

La definición de salud formulada por la OMS en 1948, calificándola de «un estado de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad », ha resurgido como una piedra de toque importante para evaluar los resultados terapéuticos físicos y mentales (29). Así, una evaluación minuciosa de la calidad de vida de los pacientes psiquiátricos y del impacto de nuestras intervenciones terapéuticas sobre la calidad de vida que constituyen aspectos cada vez más importantes para los Médicos Familiares (30).

II JUSTIFICACIÓN

Aunque se ha denunciado ampliamente la difícil aplicabilidad de las clasificaciones psiquiátricas a la atención primaria, hasta el momento son escasas las investigaciones destinadas a definir y sistematizar las demandas reales con respecto a dichos sistemas nosológicos.

La Conferencia Internacional de Alma-Ata el 12 de septiembre de 1978 declaró a la atención primaria de salud (APS) pieza clave en la estrategia de «salud para todos». El objetivo básico de construir una APS «esencial, participativa, universal y pertinente» en países en vías de desarrollo y los programas enfocados al diagnóstico de calidad y la mejora en términos de eficiencia de este primer nivel en los países desarrollados siguen siendo hoy día prioritarios en la planificación y gestión sanitarias mundiales.

Cada vez más se impone un concepto holístico de salud en el que destacan los aspectos relacionados con el bienestar psíquico. Por razones sociológicas, culturales y de mercado la salud mental ha ido constituyéndose en causa prominente del consumo de recursos sanitarios y se ha revelado como uno de los factores primordiales de productividad social del individuo. Las muestras de esta tendencia son varias: Algunos estudios llevados a cabo en Europa han estimado el gasto en trastornos mentales como porcentaje de todos los costes de asistencia sanitaria: en Holanda era del 23,2% y en el Reino Unido sólo los gastos de los pacientes hospitalizados ascendían al 22%. El coste de los «trastornos cerebrales» en Europa representa un 35% de la carga económica global de las enfermedades, superando al de la diabetes y el cáncer juntos. Según un estudio de Murray et al.⁶, los trastornos mentales y neurológicos son responsables del 30,8% de la carga de enfermedad a nivel mundial, y tres trastornos neuropsiquiátricos figuran entre las 20 causas principales de daños a la vida, ajustados a discapacidad y perdidos para el conjunto de todas las edades. Estos hechos tienen una gran repercusión en el primer nivel de asistencia sanitaria: Entre un 19 y un 43% de los pacientes que acuden al médico de atención primaria tienen un problema mental y un amplio porcentaje de las consultas relacionadas con patología psíquica (33,7 %) son atendidas exclusivamente por él.

Aunque con dificultades, el sistema nacional de salud ha instrumentado en los últimos años estrategias que pretenden prevenir el desarrollo de los padecimientos más frecuentes en la población mexicana. PREVENIMSS es el programa que el Instituto Mexicano del Seguro Social ha implementado recientemente para tratar de reducir los altos costos que genera un modelo curativo más que preventivo. El programa está encaminado a prevenir padecimientos tales como cáncer, diabetes, hipertensión arterial, etc. Las líneas de acción están articuladas en documentos oficiales que son reproducidos por todas las unidades de medicina familiar del

instituto, estas incluyen entre otras la capacitación al personal derechohabiente. A pesar de la importancia de la salud mental esta no es mencionada como un objetivo prioritario, sin embargo la capacitación que se imparte si contempla temáticas en este rubro. Con el objeto de determinar la congruencia entre la capacitación que se oferta y las necesidades de los usuarios se realizó una entrevista abierta a 143 usuarios de entre 20-59 años de edad que asistieron a una sesión de capacitación del programa PREVENIMMS en la Unidad de Medicina Familiar Número 38 del IMSS-Oaxaca, en la entrevista se les cuestionó acerca de las problemáticas que les resultaban mas estresantes. Los resultados indican que existen discrepancias entre los factores estresantes de la población (la economía, el trabajo, la educación de los hijos, la relación de pareja) y las temáticas que se abordan al capacitar a los usuarios del programa señalado. Se sugiere la creación de un programa sistemático y serio sobre salud mental en la que se incluyan elementos para reducir la ansiedad cognitiva y el desarrollo de un sistema paralelo de capacitación para el trabajo, intentando implementar este plan estratégico en la Unidad de Medicina Familiar #20, ya que carece de esta instrucción y capacitación.

Los problemas de salud mental requieren abordaje en los diferentes niveles de atención; sin embargo, en el primer y segundo nivel de atención medica, se presta menor interés en este tipo de pacientes por recursos escasos o limitados. Por ello, nuestros organismos dispensadores de salud; deben cambiar sus paradigmas y procurar estudiar más a fondo, los problemas de salud mental en sus derechohabientes, para así diseñar propuestas que con el apoyo del grupo interdisciplinario puedan ser adaptadas, aplicadas, y ejecutadas en forma efectiva a las necesidades de este grupo de pacientes. Por lo tanto es necesario; ampliar los contenidos, especialmente los referidos al diagnóstico diferencial y al manejo de los trastornos psiquiátricos y psicológicos que los médicos de atención primaria asumen como tratables en su medio, así como los criterios de derivación y el posible papel del clínico en aquellos problemas fundamentalmente atendidos por el especialista.

- a. En primer lugar, tratar de excluir las causas orgánicas (en algunos casos indicando un protocolo de pruebas analíticas, si fuera necesarias) y a continuación aquellos trastornos con los que frecuentemente habrá que plantearse el diagnóstico diferencial.
- b. Desarrollo de programas educativos para médicos de atención primaria (como cursos de formación continuada o talleres).
- c. Programas de formación en psiquiatría durante la residencia de Medicina Familia y Comunitaria.

d. La aparición de guías clínicas, monografías específicas y otro tipo de publicaciones en el campo de la psiquiatría; aplicables en atención primaria.

III PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Más de la mitad de los pacientes con un problema psiquiátrico reciben tratamiento para sus síntomas del médico de atención primaria y no del especialista en salud mental. Los médicos de familia facilitan o impiden también el acceso a los servicios psiquiátricos especializados mediante las decisiones de derivación. Una encuesta de adultos norteamericanos con trastornos depresivos y de ansiedad constató que sólo el 1,9 % visitó a un especialista de salud mental sin haber visto a un médico de atención primaria. Los trastornos de ansiedad se encuentran entre los problemas de salud mental más frecuentes vistos en el contexto de la atención primaria. Hasta una tercera parte de los pacientes de atención primaria presentan síntomas de ansiedad importantes. Aproximadamente el 15 % padece un trastorno de ansiedad en curso, y el 24 %, un trastorno de ansiedad a lo largo de la vida, evaluados mediante una entrevista diagnóstica. Los pacientes de atención primaria con trastornos de ansiedad suelen presentar una discapacidad considerable y deterioro de la actividad. También hacen un uso elevado de los servicios médicos generales, con el consiguiente coste elevado de atención sanitaria.

A pesar de la importancia de la salud mental en el PREVENIMSS esta no es mencionada como un objetivo prioritario, sin embargo la capacitación que se imparte de manera cotidiana incluye la incorporación de los psicólogos prestadores de servicio social con el abordaje de temáticas tales como la autoestima, la comunicación, violencia intrafamiliar, adicciones, alcoholismo, etc. Desafortunadamente hasta la fecha no se ha determinado la utilidad de esta capacitación y el grado con el que atiende las necesidades de los usuarios. Con esta intención en el presente documento reportamos un primer estudio, cuyo objetivo es valorar la frecuencia de ansiedad y neurosis de los derechohabientes del IMSS y el de evaluar la congruencia entre los contenidos del programa PREVENIMSS y las necesidades de los usuarios.

Lo anterior nos lleva a preguntarnos:

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿Cuáles son los niveles de ansiedad, neurosis y somatización en derechohabientes atendidos en unidad de primer y segundo nivel de atención médica?

IV HIPÓTESIS

Existen altos los niveles de ansiedad, neurosis y somatización; en el derecho habiente que acude a solicitar un servicio, en unidades de primer y segundo nivel de atención médica.

V OBJETIVOS

1) OBJETIVO GENERAL:

- ★ Determinar los niveles de ansiedad, neurosis y somatización; en derechohabientes atendidos, en unidad de primer y segundo nivel de atención médica.

2) OBJETIVOS PARTICULARES:

- ★ Identificar los niveles de ansiedad, detectados en derechohabientes atendidos en unidad de primer y segundo nivel de atención médica.
- ★ Identificar los niveles de neurosis, detectados en derechohabientes atendidos en unida de primer y segundo nivel de atención médica.
- ★ Identificar los niveles de Somatización, detectados en derechohabientes atendidos en unidad de primer y segundo nivel de atención médica.
- ★ Identificar el perfil sociodemográfico detectados en derechohabientes atendidos en unidad de primer y segundo nivel de atención médica; como: edad, sexo, estado civil, ocupación, escolaridad y factores ambientales.
- ★ Identificar los factores ambientales que influyan en los estados de ansiedad, neurosis y somatización detectados en derechohabientes atendidos en unidad de primer y segundo nivel de atención médica; como: convivencia familiar, número de hijos, autopercepción de salud, servicio solicitante, turno en que otorgo el servicio, tiempo de espera de la consulta.
- ★ Identificar el motivo actual de consulta por primera vez o subsecuente, detectados en derechohabientes atendidos en unidad de primer y segundo nivel de atención médica.
- ★ Identificar el perfil de la atención médica de los derechohabientes atendidos en unidad de primer y segundo nivel de atención médica.
- ★ Identificar las variables de estudios, asociadas a la presencia de ansiedad, neurosis y somatización en los derechohabientes atendidos en unidad de primer y segundo nivel de atención médica.

VI SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS

a) Área de Estudio:

El presente estudio se realizó en las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar #20 y en el Hospital General de zona # 24 del Instituto Mexicano del Seguro Social, que se encuentran ubicadas en Av. Vallejo y Av. de los Insurgentes; las cuales, son clínicas de primer y segundo nivel de atención y acuden derechohabientes para recibir servicio y en quienes se realizó el presente estudio.

b) Diseño:

Trasversal analítico.

c) Tipo de Estudio:

Estudio transversal analítico en 412 derechohabientes por muestreo probabilístico por conglomerado, que solicitaron atención médica en primero (n=206) y segundo nivel de atención médica (n=206), durante Octubre a Diciembre del 2008.

d) Criterios de inclusión:

Pacientes Heterogéneos adultos mayores de 18 años y menores de 70 años. Que acepten participar en el estudio. Sin distinción de turno. Que estén presentes al momento del estudio.

e) Criterios de exclusión:

Pacientes que se encuentren con deterioro del estado neurológico o patologías que le imposibilite contestar el cuestionario.
Pacientes renuentes que no deseen participar en el estudio.
Pacientes diagnosticados previamente de ansiedad y/o neurosis y en tratamiento.

f) Criterios de Eliminación:

Pacientes que se encuentren ya valorados o internados en un servicio de Hospitalización.
Pacientes que no contestan el cuestionario.
Alta voluntaria de la entrevista.

g) **Tipo de Muestreo:**

Probabilístico por conglomerado, tomando en cuenta los diversos servicios y consultorios tanto de primer como de segundo nivel de atención médica (entre 3-4 pacientes por servicio y consultorio).

h) **Tamaño de la muestra:**

Se estimó la muestra, en base a una prevalencia con nivel de confianza del 95% y una precisión del 4%; de acuerdo a estudios previos que anticipan una prevalencia del 33.8% según el Munich Follow-up Study (MFS). En pacientes que acudieron entre el periodo del 01 de Octubre al 31 de Diciembre del 2008, a los servicio de primer y segundo nivel de atención médica.

$$\text{Formula: } n_1 = \frac{(Z \text{ alfa})^2 \{p(1-p)\}}{(d)^2} = \frac{(1.961)^2 \{0.338(1-0.338)\}}{(0.05)^2}$$

$$n_1 = \frac{(3.845)(0.2237)}{(0.0025)} = \frac{0.8601}{0.0025} = 344.04$$

$$n_1 = 344 \text{ Pacientes} + 20\% = 412 \text{ pacientes.}$$

i) Definición de las variables

Variable	Dependiente	Independiente	Definición Operacional	Definición Conceptual	Escala de Medición	Prueba Estadística
EDAD		X	Se midió en años cumplidos mediante intervalos, cuando conteste el cuestionario y serán: 1) 18-35 años, 2) 36 – 65 años, 3) 66 – 85 años, 4) + 85 años.	Tiempo transcurrido desde el nacimiento estimado en años.	Cuantitativa Intervalo	Frecuencias Porcentajes
SEXO		X	Se midió mediante la pregunta directa en el cuestionario y en forma clínica; determinado: 1) Masculino 2) Femenino	Definido desde el nacimiento.	Cualitativa Nominal Dicotómica	Frecuencias Porcentajes
ESTADO CIVIL		X	Se obtuvo mediante la pregunta directa en el cuestionario y se clasificará en: 1) Soltero, 2) Casado, 3) unión libre, 4) Divorciado o Separado , 5) Viudo.	Condición de un individuo en lo que toca a sus relaciones con la sociedad.	Cualitativa Nominal	Frecuencias Porcentajes
OCUPACIÓN (Situación Laboral)		X	Basado en su historial ocupacional con tarjetón de pago o nominal: 1) Ama de casa, 2) Empleado, 3) Desempleado, 4) Comerciante o técnico que presta un servicio en forma independiente. 5) Pensionado 6) Jubilado.	Condición de un individuo que presta un servicio, actividad o función; dentro de una empresa o institución, para recibir a cambio un pago monetario.	Cualitativa Nominal	Frecuencias Porcentajes
ESCOLARIDAD (Grado máximo de estudios)		X	Se obtuvo mediante la pregunta directa en el cuestionario y se clasificará: 1) Analfabeta, 2) Primaria, 3) Secundaria, 4) Preparatoria, 5) Carrera técnica, 6) licenciatura, 7) Posgrado, Doctorado o Maestría.	Nivel de estudios alcanzados.	Cualitativa Nominal	Frecuencias Porcentajes

<p>NIVEL</p> <p>Socioeconómico</p>		X	<p>Basado en el Nivel de condiciones y estilo de vida. Satisfaciendo las necesidades mínimas de la canasta básica:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Sin pobreza (donde el Jefe del hogar aporta para los gastos necesarios y proporciona para vacaciones y esparcimiento ocasional). 2) Nivel I pobreza (alcanza para la canasta básica, calzado y vestimenta, no para vacaciones y esparcimiento) 3) Nivel II de Pobreza (Alcanza para la canasta básica no para vestimenta ni calzado, mucho menos para vacaciones ni esparcimiento). 4) Nivel III de Pobreza (no alcanza ni para la canasta básica). 	<p>Tomando en cuenta su lugar de residencia, casa propia, ocupación, nivel de escolaridad, uso de automóvil propio, monto de salario mensual y vacaciones con recreación.</p>	<p>Cualitativa</p> <p>Ordinal</p>	<p>Frecuencias</p> <p>Porcentajes</p>
<p>Ansiedad</p>	X		<p>Que consta de 14 ítems en la Escala de Hamilton y proporciona una medida global de ansiedad, que se obtiene sumando la puntuación obtenida en cada uno de los ítems y los cortes de puntos recomendados son :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ 0 – 5 No Ansiedad ❖ 6 – 14 Ansiedad Leve. ❖ = o > 15 Ansiedad Moderada a Severa. 	<p>Es el estado emocional en el que se experimenta una sensación de angustia y desesperación permanentes, por causas no conocidas a nivel consciente. Puede afectar a personas de todas las edades y sobretodo a aquellas que están sometidas a una tensión constante y que manifiesta: Reacciones de miedo o aprensión anticipatorias de peligro o amenaza, acompañados de activación del sistema nervioso autónomo.</p>	<p>Cualitativa</p> <p>Ordinal</p>	<p>Frecuencias</p> <p>Porcentajes</p>

Ansiedad / Neurosis	X		<p>15 ítems en la escala Breve de Ansiedad/Neurosis de Tyrer. Proporciona una puntuación total que es la suma de las puntuaciones en cada uno de los 15 ítems y que puede oscilar 0 -60 puntos.</p> <p>A mayor puntuación, mayor gravedad de la Ansiedad/Neurosis.</p>	<p>Las neurosis son episodios de desequilibrio psicológico que se presentan en personas que han alcanzado una función mental relativamente adecuada; a menudo los síntomas incluyen angustia y una exageración o hiperactividad de los mecanismos que el paciente emplea comúnmente para resolver su angustia y el estrés.</p>	<p>Cualitativa</p> <p>Ordinal</p>	<p>Frecuencias</p> <p>Porcentajes</p>
Tiempo de espera de la consulta		X	<p>Definido en base al tiempo de espera en:</p> <p>a) Menos de 15min. b) 15 – 30 min. c) Más de 30 min.</p>	<p>Basado en el tiempo desde su llegada al servicio y el tiempo que transcurre antes de la consulta.</p>	<p>Cuantitativo</p> <p>de</p> <p>Intervalo</p>	<p>Frecuencias</p> <p>Porcentajes</p>
Convivencia Familiar		X	<p>Se obtuvo mediante la pregunta directa de convivencia. Definido por:</p> <p>1) Vive solo, 2) Con la pareja, 3) Con pareja e hijos, 4) Con otras personas.</p>	<p>Se define como el establecimiento de vínculos entre personas consanguíneas que habitan en un mismo sistema territorial y comparten sentimientos, principios o metas en común.</p>	<p>Cualitativa</p> <p>Nominal</p>	<p>Frecuencias</p> <p>Porcentajes</p>
Número de hijos		X	<p>Se obtuvo mediante la pregunta directa en el cuestionario y se clasificará en:</p> <p>1) menos de tres hijos. 2) mas de tres hijos. 3) sin hijos.</p>	<p>Basado en las actas de nacimiento en donde se manifiesta la patria protestad de los mismos.</p>	<p>Cuantitativa</p> <p>De</p> <p>Intervalo</p>	<p>Frecuencias</p> <p>Porcentajes</p>

Auto percepción		X	Se obtuvo mediante la pregunta directa: 1) Se considera persona estresada. 2) Se considera feliz en su vida. 3) Se percibe con mala salud. 4) Esta satisfecho.	Se define como el conocimiento propio, supone la madurez de conocer cualidades y defectos, en un proceso reflexivo para conocer cuales son todas nuestras cualidades aceptando las buenas y cambiando todas las que nosotros vemos que están mal.	Cualitativa Nominal	Frecuencias Porcentajes
Antecedente de neurosis y ansiedad		X	Antecedente de cursar ya con trastorno de ansiedad o depresión ya diagnosticado previamente por algún facultativo	Conocimiento del paciente curse con trastorno y conteste afirmativo o negativamente al interrogatorio	Cualitativa Nominal Dicotómica	Frecuencias Porcentajes
Motivo actual de Solicitud de atención medica		x	Causa de demanda, de atención médica al ingresar a la unidad médica: a) Primera Vez. b) Subsecuente. c) Urgencia	A través del interrogatorio abierto Motivo por el cual acude	Cualitativa nominal	Frecuencias Porcentajes

j) DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Muestras

Se realizó un estudio transversal analítico en 412 derechohabientes por muestreo probabilístico por conglomerado, que solicitaron atención médica en primero (n=206) y segundo nivel de atención médica (n=206), durante el periodo de Octubre a Diciembre del 2008; que cumplieran los criterios de inclusión establecidos y previo consentimiento informado, que fueron entrevistados.

Instrumentos

Los niveles se definieron al término de la aplicación de:

La escala de ansiedad de Hamilton (HARS). Escala heteroadministrada por un clínico, tras una entrevista que consta de 14 preguntas. El rango de puntuación oscila entre 0 y 56 puntos:

Una puntuación mayor o igual a 15 corresponde a Ansiedad Moderada/Grave.

Una puntuación de 6 a 14 corresponde a ansiedad leve.

Una puntuación de 0 a 5 corresponde a ausencia o remisión del trastorno.

Ansiedad/neurosis con la Escala Breve de Tyrer (BSA); que consta de 10 ítems en escala de like que proporciona una puntuación total, que es la suma de las puntuaciones en cada uno de los 10 ítems y que puede oscilar 0 -60 puntos. A mayor puntuación, mayor gravedad de la Ansiedad/Neurosis.

Y para la somatización, mediante la aplicación del Test de Othmer y De Souza. Que consta de 7 ítems, donde cada respuesta positiva vale 1 punto; la puntuación total se obtiene sumando la puntuación en cada uno de los 7 ítems por lo que oscila de 0 -7 y el punto de corte recomendado es:

- a) 0 - 2 Sin Trastorno de Somatización.
- b) 3 - 6 Posible Trastorno de Somatización.

La entrevista en la aplicación de esta encuesta constituyó el método de captura de la información.

k) ANÁLISIS DE DATOS

Utilizamos el programa estadístico SPSS versión 16, previa codificación de variables se ingresaron al mismo, posteriormente se utilizó estadística descriptiva (frecuencias y porcentajes) e inferencial (valor de P, OR e IC al 95%).

Así mismo se utilizó el programa EPI INFO versión 6 para la realización de tablas de 2x2, donde solo se incluyeron las variables de significación $P < 0.005$, $OR > 3$ y un I.C. 95%.

VII RESULTADOS:

Se entrevistaron 206 derechohabientes en cada nivel de atención (HGZ No. 24 y UMF No. 20); edad promedio 34 ± 12 años ($n=66$), intervalo de edad de 60 a 69 años 20.1% ($n=83$); 238 fueron mujeres (57.8%); 102 con secundaria (24.8%); 228 casados (55.3%); 175 empleados (42.5%); 160 con nivel de pobreza II (38.8%); menos de 3 hijos 59.7% ($n=246$) y 193 con convivencia familiar con pareja e hijos (46.8%) (Cuadro 1).

Las características de la atención médica a considerar fueron: servicio solicitante urgencias 25% ($n=103$), consulta externa de primer 50% ($n=206$) y segundo nivel 25% ($n=103$); tiempo de espera más de 30 min. 59% ($n=243$), turno en que se otorgó el servicio fue matutino 46.4% ($n=191$), consulta subsecuente 46.4% ($n=191$) y con autopercepción de mala salud y estresado, con un 47.1% ($n=194$) (Cuadro 2).

Antecedentes previos de ansiedad negada en el 91.7% ($n=378$) y sin antecedentes de neurosis 92.5% ($n=381$) (Cuadro 3).

De acuerdo a la escala de Hamilton se encontró: ansiedad leve con un 48.5% ($n=200$), ausencia de ansiedad 38.8% ($n=160$) y ansiedad de moderada a grave en 12.6% ($n=52$) (Cuadro 4).

La escala de Tyrer mostro que el 80.6% ($n=332$) no presenta ansiedad, el 18.4% ($n=76$) ansiedad leve y el 1% ($n=4$) ansiedad moderada (Cuadro 5).

El Test de Othmer y de Souza mostró sin trastorno de Somatización con un 75.7% ($n=312$) y posible somatización el 24.3% ($n=100$) (Cuadro 6).

El perfil sociodemográfico de acuerdo al nivel de atención solicitado fue el siguiente: en el **primer nivel de atención** predomina: intervalo de edad entre 60-69 años 26.2% ($n=54$), sexo femenino 64.6% ($n=133$), escolaridad secundaria completa 27.2% ($n=56$), casado 60.7% ($n=125$), ocupación ama de casa 38.3% ($n=79$) con un nivel socioeconómico de nivel de pobreza II 43.2% ($n=89$), con pareja e hijos 48.1% ($n=99$) y con menos de 3 hijos 58.7% ($n=121$). Así mismo, en el **segundo nivel de atención** fue: intervalo de edad entre 30 – 39 años 20.9% ($n=43$), sexo femenino 51% ($n=105$), escolaridad secundaria completa 22.3% ($n=46$), casado 50% ($n=103$), de ocupación empleado 51.7% ($n=107$), con un nivel socioeconómico de nivel de pobreza II 34.5% ($n=71$), convivencia de pareja con hijos con un 45.6% ($n=94$) y con menos de 3 hijos 60.7% ($n=125$) (Cuadro 7).

En el perfil de la atención médica de acuerdo al nivel de atención solicitado, **en el primer nivel de atención**: tiempo de espera de más de 30 minutos 58.7% ($n=121$), turno en el que se otorgo el servicio matutino 50% ($n=103$) consulta subsecuente 59.7% ($n=123$) con una autopercepción de buena salud y feliz con un 42.7% ($n=88$).

En tanto el **segundo nivel de atención** fue: tiempo de espera de más de 30 minutos 59.2% ($n=122$), turno en el que se otorgo el servicio matutino 42.7% ($n=88$),

consulta de Urgencia 53.4% (n= 110) con una autopercepción de mala salud y estresado 51.9% (n= 107) (Cuadro 8).

El antecedente referido para ansiedad de acuerdo al nivel de atención solicitado fue: en el primer nivel un 8.7% (n=18) y en segundo nivel un 7.8% (n=16). Así mismo se conocían portadores de neurosis en el primer nivel un 8.3% (n= 17) y en segundo nivel 6.8% (n=14) (Cuadro 9).

La evaluación de la escala de Hamilton para ansiedad mostro de acuerdo a el nivel de atención que el 47.5% (n=95) en el primer nivel y 52.5% (n=105) en el segundo nivel presentaban ansiedad leve, el 57.7% (n=30) en el primer nivel y 42.3% (n=22) en el segundo nivel presentaban ansiedad moderada a grave (Cuadro 10).

La evaluación de escala de Tyrer para neurosis en el nivel de atención se encontró que el 47.4% (n=36) primer nivel y en el 52.6% (n=40) segundo nivel presentó un estado leve de neurosis/ansiedad; y el 100%(n=4) en el primer nivel se encontraron con neurosis moderada (Cuadro 11).

La evaluación del Test de Othmer y De Souza para somatización encontró: un 49% (n=49) en el primer nivel y un 51% (n=51) con un posible trastorno de Somatización (Cuadro 12).

Del **perfil sociodemográfico** de acuerdo a la escala de **Hamilton para ansiedad leve** se encontró: Edad de 60-69 años un 22% (n=44), sexo femenino 56.5% (n=113), escolaridad primaria completa 26.5% (n=53), estado civil casado 52.5% (n=105), ocupación empleado 41.5% (n=83), nivel socioeconómico nivel II de pobreza 39.5% (n=79), convivencia familiar con pareja e hijos 48.5% (n=97) con menos de tres hijos 63% (n=126) (Cuadro 13).

Perfil de la atención Médica de acuerdo a la Escala de Hamilton para **Ansiedad leve**, se identifica en el servicio solicitante de consulta externa de Primer nivel un 47.5% (n=95), tiempo de espera más de 30 minutos 57.5% (n=115), turno en que se otorgó el servicio vespertino 48.5% (n=97), atención consulta subsecuente 48% (n=96) y con una autopercepción de mala salud y estresado 58% (n=116) y antecedentes de ansiedad en el 7.5% (n=15) y con antecedente de neurosis el 8% (n=16) (Cuadro 14,15).

Perfil de la Sociodemográfico de acuerdo a la **Escala de Tyrer Ansiedad/Neurosis para ansiedad leve** fue: intervalo de edad de 60-69 años 23.7% (n=18), sexo femenino 65.8% (n=50), escolaridad secundaria completa 32.9% (n=25), estado civil casado 47.4% (n=36), ocupación ama de casa 39.5% (n=30), nivel socioeconómico nivel III de pobreza 42.1% (n=32), convivencia familiar con pareja e hijos 43.4% (n=33) con menos de tres hijos 69.7% (n=53) (Cuadro 16).

Perfil de la atención Médica para Ansiedad/Neurosis de acuerdo a la **Escala de Tyrer**, se identifica: servicio solicitante de consulta externa de primer nivel de atención 47.3% (n=36), tiempo de espera más de 30 minutos 61.8% (n=47), turno en que se

otorgó el servicio matutino 48.7% (n=37), consulta subsecuente 50% (n=38) con una autopercepción de mala salud y estresado 75% (n=57) antecedentes de portador de ansiedad en el 19.7% (n=15) y antecedente de neurosis en el 17.1% (n=13) (Cuadro 17 y 18).

Perfil de la Sociodemográfico de para posible **somatización de acuerdo al Test de Othmer** y de Souza fue: intervalo de edad de 60-69 años un 24% (n=24), sexo femenino 74% (n=74), escolaridad primaria completa 27% (n=27), estado civil casado 50% (n=50), ocupación ama de casa 44% (n=44), nivel socioeconómico nivel II de pobreza 42% (n=42), convivencia familiar con pareja e hijos 42% (n=42) con menos de tres hijos 56% (n=56) como factores predisponentes para manifestar un posible estado de somatización (Cuadro 19).

Perfil de la atención para posible somatización médica de acuerdo al Test de Othmer y de Souza, fue: servicio solicitante de consulta externa de Primer nivel 49% (n=49), tiempo de espera más de 30 minutos 62% (n=62), turno en que se otorgó el servicio vespertino 52% (n=52), motivo actual de atención consulta subsecuente 53% (n=53) y con una autopercepción de mala salud y estresado 69% (n=69) que se relacionan a factores predisponentes para un posible trastorno de somatización (Cuadro 20 y 21).

VARIABLES DE ESTUDIO, ASOCIADAS A LA PRESENCIA DE ANSIEDAD EN BASE A LA ESCALA DE HAMILTON (HARS)

Leve/Ausencia: Intervalo de edad: 70-79 años/30-39 años (OR 4.38, IC 1.52-13.03 y p 0.00201), Escolaridad: Primaria Completa/Profesional (OR 3.29, IC 1.31-8.34 y p 0.00474), Estado civil: Viudo/Unión Libre (OR 3.18, IC 1.21-8.47 y p 0.00912), Ocupación: Pensionado Jubilado/Desempleado (OR 5.53, IC 1.11-30.72 y p 0.01364), Autopercepción del estado de salud: Con mala salud y estresado /buena salud (OR 5.11, IC 3.02-8.66 y p 0.000), portador de ansiedad si/no (OR 4.24, IC 1.13-18.79 y p 0.0151) y portador de neurosis si/no (OR 6.87, IC 1.48-43.94 y p 0.00354) (Cuadro 22).

Moderada/Ausencia: Intervalo de edad: Más de 80 años/60-69 años (OR 18.29, IC 1.48-507.01 y p 0.00286), Escolaridad: Primaria Incompleta/Bachillerato Incompleto (OR 19, IC 2.03-443 y p 0.00128), Estado civil: Divorciado/Soltero (OR 12.5, IC 1.46-135.34 y p 0.00375), Nivel Socioeconómico: Nivel III de pobreza/Nivel I de pobreza (OR 8.5, IC 2.5-30.11 y p 0.000048), Autopercepción del estado salud: Con mala salud y estresado /pasivo Insatisfecho (OR 5, IC 1.73-15.15 y p 0.00075), portador de ansiedad si/no (OR 23.26, IC 5.92-106.6 y p 0.0000) y portador de neurosis si/no (OR 26.33, IC 5.31-176.33 y p 0.0000) (Cuadro 22).

Moderada/Leve: Escolaridad: Primaria Incompleta/Bachiller Incompleto (OR 11.37, IC 1.23-258.21 y p 0.00957), Turno en que se otorgo el servicio: Matutino/Nocturno (OR 7.92, IC 1.05-164.72 y p 0.02158), Motivo de Consulta: Consulta de Primera Vez/Urgencia Médica (OR 3.15, IC 1.2-8.44 y p 0.00947), Portador de ansiedad: Si/No (OR 5.48, IC 2.32-12.99 y p 0.000005) y Portador de Neurosis Si/No (OR 3.83, IC 1.59-9.26 y p 0.00063) (Cuadro 22).

Variables de estudios, asociadas a la Presencia de Ansiedad/Neurosis en base a la escala de Tyrer.

Leve/Ausencia: Intervalo de edad: Más de 80 años/ 30-39 años (OR 6.39, IC 1.34-31.21 y p 0.00402), Escolaridad: Analfabeta/Bachiller Incompleto (OR 11.67, IC 1.75-22.97 y p 0.00287), Estado civil: Divorciado/Soltero (OR 9.81, IC 2.3-45.23 y p 0.00016), Nivel Socioeconómico: Nivel III de pobreza/Sin pobreza (OR 12.16, IC 3.28-53.21 y p 0.0000036), Autopercepción del estado de salud: Con mala salud y estresado /buena salud (OR 4.42, IC 2.22-8.92 y p 0.0000021), Portador de Ansiedad Si/No (OR 4.86, IC 2.14-11.01 y p 0.0000098) y Portador de Neurosis Si/No (OR 4.36, IC 1.85-10.27 y p 0.000092). Moderada/Ausencia: Portador de Ansiedad Si/No (OR 59.25, IC 5.02-1569.9 y p 0.00000) y Portador de Neurosis Si/No (OR 63.4, IC 5.33-1686 y p 0.00000). Moderada/Leve: Portador de Ansiedad Si/No (OR 12.2, IC 1-328.42 y p 0.0103) y Portador de Neurosis Si/No (OR 14.54, IC 1.18-395.08 y p 0.00505) (Cuadro 23).

Variables de estudios, asociadas a la Presencia de Ansiedad en base al Test de Othmer y de Souza para Somatización.

Intervalo de edad: Más de 80 años/20-29 años (OR 9.15, IC 1.88-46.97 y p 0.00054), Estado civil: Viudo/Soltero (OR 11.22, IC 3.18-43.44 y p 0.000005), Nivel Socioeconómico: Nivel III de pobreza/Nivel I de pobreza (OR 4.22, IC 1.99-9.06 y p 0.00003), Autopercepción del estado de salud: Con mala salud y estresado /buena salud (OR 3.24, IC 1.83-5.76 y p 0.000011), Portador de Ansiedad Si/No (OR 3.11, IC 1.44-6.73 y p 0.00123) (Cuadro 24).

A. CUADROS
PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LOS DERECHOHABIENTES ATENDIDOS EN
UNIDAD DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN MÉDICA

VARIABLE	n	%
INTERVALO DE EDAD		
Menos de 20 años	15	3.6
20 a 29 años	69	16.7
30 a 39 años	81	19.7
40 a 49 años	61	14.8
50 a 59 años	54	13.1
60 a 69 años	83	20.1
70 a 79 años	38	9.2
80 a más	11	2.7
GENERO		
Femenino	238	57.8
Masculino	174	42.2
ESCOLARIDAD		
Analfabeta	8	1.9
Primaria Incompleta	43	10.4
Primaria Completa	86	20.9
Secundaria Incompleta	29	7.0
Secundaria Completa	102	24.8
Bachiller o Equivalente Incompleto	38	9.2
Bachiller o Equivalente Completo	69	16.7
Profesional	37	9.0
ESTADO CIVIL		
Soltero	55	13.3
Casado	228	55.3
Unión Libre	59	14.3
Divorciado ó Separado	23	5.6
Viudo	47	11.4
OCUPACIÓN		
Empleado	175	42.5
Desempleado	10	2.4
Comerciante o Técnico Dependiente	17	4.1
Pensionado ó Jubilado	73	17.7
Ama de Casa	128	31.1
Estudiante	9	2.2
NIVEL SOCIOECONOMICO		
Sin Pobreza	61	14.8
Nivel I de Pobreza	109	26.5
Nivel II de Pobreza	160	38.8
Nivel III de Pobreza	82	19.9
NÚMERO DE HIJOS		
Menos de 3	246	59.7
Más de 3	55	13.3
Sin Hijos	111	26.9
CONVIVENCIA FAMILIAR		
Vive Solo	16	3.9
Con la Pareja	46	11.7
Con Pareja e Hijos	193	46.8
Con Otras Personas	155	37.6

(CUADRO 1)

**CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN MÉDICA DE LOS DERECHOHABIENTES
ATENDIDOS EN UNIDAD DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL**

VARIABLE	n	%
SERVICIO SOLICITANTE		
Urgencias	103	25.0
Consulta Externa de Primer Nivel	206	50.0
Consulta Externa de segundo Nivel	103	25.0
TIEMPO DE ESPERA		
Menos de 15 Min.	18	4.4
De 15 a 30 Min.	151	36.7
Más de 30 Min.	243	59.0
TURNO EN QUE SE PRESTO EL SERVICIO		
Matutino	191	46.4
Vespertino	186	45.1
Nocturno	35	8.5
MOTIVO ACTUAL DE ATENCION MEDICA		
Urgencia Médica	123	29.9
Consulta de Primera Vez	98	23.8
Consulta Subsecuente	191	46.4
AUTOPERCEPCIÓN		
Con mala Salud y Estresado	194	47.1
Buena Salud y Feliz	151	36.7
Pasivo e insatisfecho	67	16.3

(CUADRO 2)

**ANTECEDENTES DE NEUROSIS / ANSIEDAD EN DERECHOHABIENTES
ATENDIDOS EN UNIDAD DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN MÉDICA**

VARIABLE	n	%
SE CONOCE PORTADOR DE ANSIEDAD		
SI	34	8.3
NO	378	91.7
SE CONOCE PORTADOR DE NEUROSIS		
SI	31	7.5
NO	381	92.5

(CUADRO 3)

**NIVELES DE ANSIEDAD EN DERECHOHABIENTES ATENDIDOS EN UNIDAD DE
PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN MÉDICA DE ACUERDO A LA
ESCALA DE HAMILTON**

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
NIVEL	De 0-5 Ausencia o Remisión del Trastorno	160	38,8
	De 6-14 Ansiedad Leve	200	48,5
	Mayor o igual a 15 Ansiedad Moderada a Grave	52	12,6

(CUADRO 4)

**NIVELES DE NEUROSIS EN DERECHOHABIENTES ATENDIDOS EN UNIDAD DE
PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN MÉDICA
DE ACUERDO A LA ESCALA DE TYRER**

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
NIVEL	-20 Sin Ansiedad/Neurosis	332	80,6
	20-39 Ansiedad /Neurosis Leve	76	18,4
	40-49 Ansiedad/Neurosis Moderada	4	1,0

(CUADRO 5)

**NIVELES DE SOMATIZACIÓN EN DERECHOHABIENTES ATENDIDOS EN
UNIDAD DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN MÉDICA
DE ACUERDO AL TEST DE OTHMER Y DE SOUZA**

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
NIVEL	0-2 Sin Trastorno de Somatización	312	75,7
	De 3-7 Posible Trastorno de Somatización	100	24,3

(CUADRO 6)

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE ACUERDO AL NIVEL DE ATENCIÓN SOLICITADO POR LOS DERECHOHABIENTES ATENDIDOS EN UNIDAD DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN MÉDICA

VARIABLE	NIVEL DE ATENCIÓN MÉDICA			
	UMF # 20		HGZ # 24	
	n	%	n	%
INTERVALO DE EDAD				
Menos de 20 años	5	2.4	10	4.9
20 a 29 años	34	16.5	35	17.0
30 a 39 años	38	18.4	43	20.9
40 a 49 años	30	14.6	31	15.0
50 a 59 años	21	10.2	33	16.0
60 a 69 años	54	26.2	29	14.1
70 a 79 años	22	10.7	16	7.8
80 a más	2	1.0	9	4.4
GENERO				
Femenino	133	64.6	105	51.0
Masculino	73	35.4	101	49.0
ESCOLARIDAD				
Analfabeta	6	2.9	2	1.0
Primaria Incompleta	21	10.2	22	10.7
Primaria Completa	52	25.2	34	16.5
Secundaria Incompleta	14	6.8	15	7.3
Secundaria Completa	56	27.2	46	22.3
Bachiller o Equivalente Incompleto	18	8.7	20	9.7
Bachiller o Equivalente Completo Profesional	25	12.1	44	21.4
Bachiller o Equivalente Completo Profesional	14	6.8	23	11.2
ESTADO CIVIL				
Soltero	19	9.2	36	17.5
Casado	125	60.7	103	50.0
Unión Libre	25	12.1	34	16.5
Divorciado ó Separado	12	5.8	11	5.3
Viudo	25	12.1	22	10.7
OCUPACIÓN				
Empleado	68	33.0	107	51.9
Desempleado	6	2.9	4	1.9
Comerciante o Técnico Dependiente	7	3.4	10	4.9
Pensionado ó Jubilado	41	19.9	32	15.5
Ama de Casa	79	38.3	49	23.8
Estudiante	5	2.4	4	1.9
NIVEL SOCIOECONÓMICO				
Sin Pobreza	32	15.5	29	14.1
Nivel I de Pobreza	50	24.3	59	28.6
Nivel II de Pobreza	89	43.2	71	34.5
Nivel III de Pobreza	35	17.0	47	22.8
NÚMERO DE HIJOS				
Menos de 3	121	58.7	125	60.7
Más de 3	26	12.6	29	14.1
Sin Hijos	59	28.6	52	25.2
CONVIVENCIA FAMILIAR				
Vive Solo	10	4.9	6	2.9
Con la Pareja	28	13.6	20	9.7
Con Pareja e Hijos	99	48.1	94	45.6
Con Otras Personas	69	33.5	86	41.7

(CUADRO 7)

**PERFIL DE LA ATENCIÓN MÉDICA DE ACUERDO AL NIVEL DE ATENCIÓN SOLICITADO
POR LOS DERECHOHABIENTES ATENDIDOS EN
UNIDAD DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL**

VARIABLE	UMF # 20		HGZ # 24	
	n	%	n	%
SERVICIO SOLICITANTE				
Urgencias	0	0	103	50
Consulta Externa de Primer Nivel	206	100	0	0
Consulta Externa de segundo Nivel	0	0	103	50
TIEMPO DE ESPERA				
Menos de 15 Min.	17	8.3	1	0.5
De 15 a 30 Min.	68	33.0	83	40.3
Más de 30 Min	121	58.7	122	59.2
TURNO EN QUE SE PRESTO EL SERVICIO				
	103	50	88	42.7
Matutino	103	50	83	40.3
Vespertino	0	0	35	17.0
Nocturno				
MOTIVO ACTUAL DE ATENCIÓN MÉDICA				
Urgencia Médica	13	6.3	110	53.4
Consulta de Primera vez	70	34.0	28	13.6
Consulta Subsecuente	123	59.7	68	33.0
AUTOPERCEPCIÓN				
Con mala Salud y Estresado	87	42.2	107	51.9
Buena Salud y Feliz	88	42.7	63	30.6
Pasivo e insatisfecho	31	15.0	36	17.5

(CUADRO 8)

ANTECEDENTE DE NEUROSIS/ANSIEDAD DE ACUERDO AL NIVEL DE ATENCIÓN SOLICITADO POR LOS DERECHOHABIENTES ATENDIDOS EN UNIDAD DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN MÉDICA

VARIABLE	UMF # 20		HGZ # 24	
	n	%	n	%
SE CONOCE PORTADOR DE ANSIEDAD				
SI	18	8.7	16	7.8
NO	188	91.3	190	92.2
SE CONOCE PORTADOR DE NEUROSIS				
SI	17	8.3	14	6.8
NO	189	91.7	192	93.2

(CUADRO 9)

**NIVELES DE ANSIEDAD DE ACUERDO AL NIVEL DE ATENCIÓN MÉDICA
BASADOS EN LA ESCALA DE HAMILTON EN DERECHOHABIENTES
ATENDIDOS EN UNIDAD DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL**

		Escala Hamilton para ansiedad		
		0-5 Ausencia o remisión del trastorno	6-14 Ansiedad leve	Mayor o = a 15 Ansiedad moderada a grave
Nivel de atención médica	Primero			
	Escala Hamilton para ansiedad	81 50,6%	95 47,5%	30 57,7%
	Segundo			
	Escala Hamilton para ansiedad	79 49,4%	105 52,5%	22 42,3%

(CUADRO 10)

**NIVELES DE NEUROSIS DE ACUERDO AL NIVEL DE ATENCIÓN MÉDICA
BASADOS EN LA ESCALA DE TYRER EN DERECHOHABIENTES ATENDIDOS
EN UNIDAD DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL**

		Escala de ansiedad de Tyrer		
		-20 sin Ansiedad/ neurosis	20-39 Ansiedad/ neurosis leve	40-49 Ansiedad/ neurosis moderada
Nivel de atención médica	Primero			
	Escala de Tyrer	166 50,0%	35 47,4%	4 100,0%
	Segundo			
	Escala de Tyrer	166 50,0%	40 52,6%	0 0%

(CUADRO 11)

**NIVELES DE SOMATIZACIÓN DE ACUERDO AL NIVEL DE ATENCIÓN
MÉDICA BASADOS EN EL TEST DE OTHMER Y DE SOUZA
EN DERECHOHABIENTES ATENDIDOS EN UNIDAD
DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL**

		Test de Othmer y De Souza para somatización	
		0 – 2 Sin trastorno de somatización	3 – 7 Posible trastorno de somatización
Nivel de atención médica	Primer Nivel	157 50.3%	49 49%
	Segundo Nivel	155 49.7%	51 51%

(CUADRO 12)

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LOS DERECHOHABIENTES DE ACUERDO A
LOS NIVELES DE ANSIEDAD ENCONTRADOS CON
LA ESCALA DE HAMILTON**

VARIABLE	ESCALA DE HAMILTON PARA ANSIEDAD					
	AUSENCIA O REMISIÓN		ANSIEDAD LEVE		ANSIEDAD MODERADA A GRAVE	
	n	%	n	%	n	%
INTERVALO DE EDAD						
Menos de 20 años	7	4.4	8	4.0	0	0.0
20 a 29 años	35	21.9	29	14.5	5	9.6
30 a 39 años	40	25.0	30	15.0	11	21.2
40 a 49 años	20	12.5	31	15.5	10	19.2
50 a 59 años	18	11.2	29	14.5	7	13.5
60 a 69 años	32	20.0	44	22.0	7	13.5
70 a 79 años	7	4.4	23	11.5	8	15.4
80 a más	1	0.6	6	3.0	4	7.7
GENERO						
Femenino	92	57.5	113	56.5	33	63.5
Masculino	68	42.5	87	43.5	19	36.5
ESCOLARIDAD						
Analfabeta	2	1.2	5	2.5	1	1.9
Primaria Incompleta	12	7.5	19	9.5	12	23.1
Primaria Completa	23	14.4	53	26.5	10	19.2
Secundaria Incompleta	12	7.5	14	7.0	3	5.8
Secundaria Completa	39	24.4	46	23.0	17	32.7
Bachiller o Equivalente Incompleto	19	11.9	18	9.0	1	1.9
Bachiller o Equivalente Completo	33	20.6	31	15.5	5	9.6
Bachiller o Equivalente Profesional	20	12.5	14	7.0	3	5.8
ESTADO CIVIL						
Soltero	25	15.6	28	14.0	2	3.8
Casado	91	56.9	105	52.5	32	61.5
Unión Libre	28	17.5	24	12.0	7	13.5
Divorciado ó Separado	5	3.1	13	6.5	5	9.6
Viudo	11	6.9	30	15.0	6	11.5
OCUPACIÓN						
Empleado	70	43.8	83	41.5	22	42.3
Desempleado	7	4.4	3	1.5	0	0.0
Comerciante o Técnico	5	3.1	12	6.0	0	0.0
Dependiente	19	11.9	45	22.5	9	17.3
Pensionado ó Jubilado	54	33.8	54	27.0	20	38.5
Ama de Casa	5	3.1	3	1.5	1	1.9
Estudiante						
NIVEL SOCIOECONOMICO						
Sin Pobreza	33	20.6	24	12.0	4	7.7
Nivel I de Pobreza	51	31.9	46	23.0	12	23.1
Nivel II de Pobreza	59	36.9	79	39.5	22	42.3
Nivel III de Pobreza	17	10.6	51	25.5	14	26.9
NÚMERO DE HIJOS						
Menos de 3	89	55.6	126	63.0	31	59.6
Más de 3	19	11.9	28	14.0	8	15.4
Sin Hijos	52	32.5	46	23.0	13	25.0
CONVIVENCIA FAMILIAR						
Vive Solo	7	4.4	6	3.0	3	5.8
Con la Pareja	25	15.6	14	7.0	9	17.3
Con Pareja e Hijos	71	44.4	97	48.5	25	48.1
Con Otras Personas	57	35.6	83	41.5	15	28.8

(CUADRO 13)

**PERFIL DE LA ATENCIÓN MÉDICA DE LOS DERECHOHABIENTES
DE ACUERDO A LOS NIVELES DE ANSIEDAD ENCONTRADOS CON
LA ESCALA DE HAMILTON**

VARIABLE	ESCALA DE HAMILTON PARA ANSIEDAD					
	AUSENCIA O REMISIÓN		ANSIEDAD LEVE		ANSIEDAD MODERADA A GRAVE	
	n	%	n	%	n	%
SERVICIO SOLICITANTE						
Urgencias	36	22.5	59	29.5	8	15.4
Consulta Externa de Primer Nivel	81	50.6	95	47.5	30	57.7
Consulta Externa de Segundo Nivel	43	26.9	46	23.0	14	26.9
TIEMPO DE ESPERA						
Menos de 15 Min.	9	5.6	6	3.0	3	5.8
De 15 a 30 Min.	62	38.8	79	39.5	10	19.2
Más de 30 Min.	89	55.6	115	57.5	39	75.0
TURNO EN QUE SE PRESTO EL SERVICIO						
Matutino	72	45.0	84	42.0	35	67.3
Vespertino	73	45.6	97	48.5	16	30.8
Nocturno	15	9.4	19	9.5	1	1.9
MOTIVO ACTUAL DE ATENCIÓN MEDICA						
Urgencias Médicas	44	27.5	69	34.5	10	19.2
Consulta de Primera Vez	47	29.4	35	17.5	16	30.8
Consulta Subsecuente	69	43.1	96	48.0	26	50.0
AUTOPERCEPCIÓN						
Con mala Salud y Estresado	39	24.4	116	58.0	39	75.0
Buena Salud y Feliz	91	56.9	53	26.5	7	13.5
Pasivo e insatisfecho	30	18.8	31	15.5	6	11.5

(CUADRO 14)

**ANTECEDENTE DE NEUROSIS/ANSIEDAD DE LOS DERECHOHABIENTES
DE ACUERDO A LOS NIVELES DE ANSIEDAD ENCONTRADOS CON
LA ESCALA DE HAMILTON**

VARIABLE	ESCALA DE HAMILTON PARA ANSIEDAD					
	AUSENCIA O REMISIÓN		ANSIEDAD LEVE		ANSIEDAD MODERADA A GRAVE	
	n	%	n	%	n	%
SE CONOCE PORTADOR DE ANSIEDAD						
SI	3	1.9	15	7.5	16	30.8
NO	157	98.1	185	92.5	36	69.2
SE CONOCE PORTADOR DE NEUROSIS						
SI	2	1.2	16	8.0	13	25.0
NO	158	98.8	184	92.0	39	75.0

(CUADRO 15)

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LOS DERECHOHABIENTES
DE ACUERDO A LOS NIVELES DE NEUROSIS
DETECTADOS POR LA ESCALA DE TYRER**

VARIABLE	ESCALA DE TYRER PARA ANSIEDAD					
	AUSENCIA O REMISIÓN		ANSIEDAD/ NEUROSIS LEVE		ANSIEDAD/NEUROSIS MODERADA A GRAVE	
	n	%	n	%	n	%
INTERVALO DE EDAD						
Menos de 20 años	15	4.5	0	0.0	0	0.0
20 a 29 años	60	18.1	9	11.8	0	0.0
30 a 39 años	69	20.8	9	11.8	3	75.0
40 a 49 años	50	15.1	11	14.5	0	0.0
50 a 59 años	42	12.7	12	15.8	0	0.0
60 a 69 años	64	19.3	18	23.7	1	25.0
70 a 79 años	26	7.8	12	15.8	0	0.0
80 a más	6	1.8	5	6.6	0	0.0
GENERO						
Femenino	187	56.3	50	65.8	1	25.0
Masculino	145	43.7	26	34.2	3	75.0
ESCOLARIDAD						
Analfabeta	4	1.2	4	5.3	0	0.0
Primaria Incompleta	32	9.6	11	14.5	0	0.0
Primaria Completa	73	22.0	12	15.8	1	25.0
Secundaria Incompleta	20	6.0	9	11.8	0	0.0
Secundaria Completa	75	22.6	25	32.9	2	50.0
Bachiller o Equivalente Incompleto	35	10.5	3	3.9	0	0.0
Bachiller o Equivalente Completo	61	18.4	8	10.5	0	0.0
Profesional	32	9.6	4	5.3	1	25.0
ESTADO CIVIL						
Soltero	51	15.4	4	5.3	0	0.0
Casado	188	56.6	36	47.4	4	100.0
Unión Libre	48	14.5	11	14.5	0	0.0
Divorciado ó Separado	13	3.9	10	13.2	0	0.0
Viudo	32	9.6	15	19.7	0	0.0
OCUPACIÓN						
Empleado	147	44.3	25	32.9	3	75.0
Desempleado	9	2.7	1	1.3	0	0.0
Comerciante o Técnico Dependiente	16	4.8	1	1.3	0	0.0
Pensionado ó Jubilado	54	16.3	19	25.0	0	0.0
Ama de Casa	97	29.2	30	39.5	1	25.0
Estudiante	9	2.7	0	0.0	0	0.0
NIVEL SOCIOECONOMICO						
Sin Pobreza	57	17.2	3	3.9	1	25.0
Nivel I de Pobreza	96	28.9	11	14.5	2	50.0
Nivel II de Pobreza	129	38.9	30	39.5	1	25.0
Nivel III de Pobreza	50	15.1	32	42.1	0	0.0
NÚMERO DE HIJOS						
Menos de 3	190	57.2	53	69.7	3	75.0
Más de 3	49	14.8	6	7.9	0	0.0
Sin Hijos	93	28.0	17	22.4	1	25.0
CONVIVENCIA FAMILIAR						
Vive Solo	11	3.3	5	6.6	0	0.0
Con la Pareja	38	11.4	9	11.8	1	25.0
Con Pareja e Hijos	157	47.3	33	43.4	3	75.0
Con Otras Personas	126	38.0	29	38.2	0	0.0

(CUADRO 16)

**PERFIL DE LA ATENCIÓN MÉDICA DE LOS DERECHOHABIENTES
DE ACUERDO A LOS NIVELES DE NEUROSIS
DETECTADOS POR LA ESCALA DE TYRER**

VARIABLE	ESCALA DE TYRER PARA ANSIEDAD/NEUROSIS					
	AUSENCIA O REMISIÓN		ANSIEDAD/NEURPSIS LEVE		ANSIEDAD/NEUROSIS MODERADA A GRAVE	
	n	%	n	%	n	%
SERVICIO SOLICITANTE						
Urgencias	87	26.2	16	21.1	0	0.0
Consulta Externa de Primer Nivel	166	50.0	36	47.3	4	100.0
Consulta Externa de Segundo Nivel	79	23.8	24	31.6	0	0.0
TIEMPO DE ESPERA						
Menos de 15 Min.	17	5.1	1	1.3	0	0.0
De 15 a 30 Min.	123	37.1	28	36.9	0	0.0
Más de 30 Min.	192	57.8	47	61.8	4	100.0
TURNO EN QUE SE PRESTO EL SERVICIO						
Matutino	151	45.5	37	48.7	3	75.0
Vespertino	149	44.9	36	47.4	1	25.0
Nocturno	32	9.6	3	3.9	0	0.0
MOTIVO ACTUAL DE ATENCIÓN MÉDICA						
Urgencias Médicas	104	31.3	19	25.0	0	0.0
Consulta de Primera Vez	76	22.9	19	25.0	3	75.0
Consulta Subsecuente	152	45.8	38	50.0	1	25.0
AUTOPERCEPCIÓN						
Con mala Salud y Estresado	135	40.7	57	75.0	2	50.0
Buena Salud y Feliz	136	41.0	13	17.1	2	50.0
Pasivo e insatisfecho	61	18.3	6	7.9	0	0.0

(CUADRO 17)

**ANTECEDENTE DE NEUROSIS/ANSIEDAD DE LOS DERECHOHABIENTES
DE ACUERDO A LOS NIVELES DETECTADOS DE NEUROSIS
POR LA ESCALA DE TYRER**

VARIABLE	ESCALA DE TYRER PARA ANSIEDAD					
	AUSENCIA O REMISIÓN		ANSIEDAD LEVE		ANSIEDAD MODERADA A GRAVE	
	n	%	n	%	n	%
SE CONOCE PORTADOR DE ANSIEDAD						
SI	16	4.8	15	19.7	3	75.0
NO	316	95.2	61	80.3	1	25.0
SE CONOCE PORTADOR DE NEUROSIS						
SI	15	4.5	13	17.1	3	75.0
NO	317	95.5	63	82.9	1	25.0

(CUADRO 18)

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LOS DERECHOHABIENTES DE ACUERDO A
POSIBLE SOMATIZACIÓN EN BASE AL TEST DE OTHMER Y DE SOUZA**

VARIABLE	TEST DE OTHMER Y DE SOUZA PARA SOMATIZACIÓN			
	SIN TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN		CON POSIBLE TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN	
	n	%	n	%
INTERVALO DE EDAD				
Menos de 20 años	14	4.5	1	1.0
20 a 29 años	61	19.6	8	8.0
30 a 39 años	64	20.5	17	17.0
40 a 49 años	46	14.7	15	15.0
50 a 59 años	40	12.8	14	14.0
60 a 69 años	59	18.9	24	24.0
70 a 79 años	23	7.4	15	15.0
80 a más	5	1.6	6	6.0
GENERO				
Femenino	164	52.6	74	74.0
Masculino	148	47.4	26	26.0
ESCOLARIDAD				
Analfabeta	6	1.9	2	2.0
Primaria Incompleta	26	8.3	17	17.0
Primaria Completa	59	18.9	27	27.0
Secundaria Incompleta	24	7.7	5	5.0
Secundaria Completa	76	24.4	26	26.0
Bachiller o Equivalente Inc.	34	10.9	4	4.0
Bachiller o Equivalente Completo	58	18.6	11	11.0
Profesional	29	9.3	8	8.0
ESTADO CIVIL				
Soltero	51	16.3	4	4.0
Casado	178	57.1	50	50.0
Unión Libre	45	14.4	14	14.0
Divorciado ó Separado	13	4.2	10	10.0
Viudo	25	8.0	22	22.0
OCUPACIÓN				
Empleado	146	46.8	29	29.0
Desempleado	10	3.2	0	0.0
Comerciante o Técnico	14	4.5	3	3.0
Pensionado ó Jubilado	49	15.7	24	24.0
Ama de Casa	84	26.9	44	44.0
Estudiante	9	2.9	0	0.0
NIVEL SOCIOECONOMICO				
	51	16.3	10	10.0
Sin Pobreza	94	30.1	15	15.0
Nivel I de Pobreza	118	37.8	42	42.0
Nivel II de Pobreza	49	15.7	33	33.0
Nivel III de Pobreza				
NÚMERO DE HIJOS				
Menos de 3	190	60.9	56	56.0
Más de 3	33	10.6	22	22.0
Sin Hijos	89	28.5	22	22.0
CONVIVENCIA FAMILIAR				
	10	3.2	6	6.0
Vive Solo	33	10.6	15	15.0
Con la Pareja	151	48.4	42	42.0
Con Pareja e Hijos	118	37.8	37	37.0
Con Otras Personas				

(CUADRO 19)

**PERFIL DE LA ATENCIÓN MÉDICA DE LOS DERECHOHABIENTES
DE ACUERDO A POSIBLE SOMATIZACIÓN EN BASE AL
TEST DE OTHMER Y DE SOUZA**

VARIABLE	TEST DE OTHMER Y DE SOUZA PARA SOMATIZACIÓN			
	SIN TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN		CON POSIBLE TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN	
	n	%	n	%
SERVICIO SOLICITANTE				
Urgencias	84	26.9	19	19.0
Consulta Externa de Primer Nivel	157	50.3	49	49.0
Consulta Externa de Segundo Nivel	71	22.8	32	32.0
TIEMPO DE ESPERA				
Menos de 15 Min.	17	5.4	1	1.0
De 15 a 30 Min.	114	36.5	37	37.0
Más de 30 Min.	181	58.0	62	62.0
TURNO EN QUE SE PRESTO EL SERVICIO				
Matutino	145	46.5	46	46.0
Vespertino	134	42.9	52	52.0
Nocturno	33	10.6	2	2.0
MOTIVO ACTUAL DE ATENCIÓN MÉDICA				
Urgencias Médicas	103	33.0	20	20.0
Consulta de Primera Vez	71	22.8	27	27.0
Consulta Subsecuente	138	44.2	53	53.0
AUTOPERCEPCIÓN				
Con mala Salud y Estresado	125	40.1	69	69.0
Buena Salud y Feliz	129	41.3	22	22.0
Pasivo e insatisfecho	58	18.6	9	9.0

(CUADRO 20)

**ANTECEDENTE DE NEUROSIS/ANSIEDAD DE LOS DERECHOHABIENTES
DE ACUERDO A POSIBLE SOMATIZACIÓN EN BASE AL
TEST DE OTHMER Y DE SOUZA**

VARIABLE	TEST DE OTHMER Y DE SOUZA PARA SOMATIZACIÓN			
	SIN TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN		CON POSIBLE TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN	
	n	%	n	%
SE CONOCE PORTADOR DE ANSIEDAD				
SI	18	5.8	16	16.0
NO	294	94.2	84	84.0
SE CONOCE PORTADOR DE NEUROSIS				
SI	19	6.1	12	12.0
NO	293	93.9	88	88.0

(CUADRO 21)

FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE ANSIEDAD EN BASE A LA ESCALA DE HAMILTON (HARS) DE LOS DERECHOHABIENTES ATENDIDOS EN UNIDAD DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN MÉDICA

<i>FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE ANSIEDAD</i>	<i>OR > 3</i>	<i>IC 95 %</i>	<i>Valor de p < 0.03</i>
LEVE/AUSENCIA			
INTERVALO DE EDAD			
70 a 79 /20 a 29	3.97	1.36 – 11.93	0.00458
70 a 79 / 30 a 39	4.38	1.52 – 13.03	0.00201
ESCOLARIDAD			
Primaria Completa/Profesional	3.29	1-31 – 8.34	0.00474
ESTADO CIVIL			
Viudo/Unión Libre	3.18	1.21 – 8.47	0.00912
OCUPACIÓN			
Pensionado Jubilado/Desempleado	5.53	1.11 – 30.72	0.01364
AUTOPERCEPCION DEL ESTADO DE SALUD			
Con Mala Salud y Estresado/Buena Salud y Feliz	5.11	3.02 – 8.66	0.00000
PORTADOR DE ANSIEDAD			
SI/NO	4.24	1.13 – 18.79	0.01510
PORTADOR DE NEUROSIS			
SI/NO	6.87	1.48 – 43.94	0.00354
MODERADA/AUSENCIA			
INTERVALO DE EDAD			
70 a 79 / 20 a 29	8	1.68 – 40.99	0.00165
70 a 79 / 30 a 39	4.16	1.06 – 16.74	0.01777
Más de 80 /20 a 29	28	2.11 – 823.28	0.00043
Más de 80 /30 a 39	14.55	1.28 – 380.59	0.00526
Más de 80 /60 a 69	18.29	1.48 – 507.01	0.00286
ESCOLARIDAD			
Primaria Incompleta/Bachiller Incompleto	19	2.03 – 443	0.00128
Primaria Incompleta/Bachiller Completo	6.6	1.67 – 27.65	0.00167
Primaria Incompleta/Profesional	6.67	1.33 – 37.72	0.00718
Secundaria Completa/Bachiller Incompleto	8.28	1.02 – 179.17	0.02293
ESTADO CIVIL			
Divorciado/Soltero	12.5	1.46 – 135.34	0.00375
NIVEL SOCIOECONOMICO			
Nivel III de Pobreza/Sin Pobreza	6.79	1.71 – 29.29	0.00150
Nivel III de Pobreza/Nivel I de Pobreza	8.5	2.5 – 30.11	0.000048
AUTOPERCEPCION DEL ESTADO DE SALUD			
Con Mala Salud y Estresado/Pasivo Insatisfecho	5	1.73 – 15.15	0.00075
PORTADOR DE ANSIEDAD			
SI/NO	23.26	5.92 – 106.6	0.00000
PORTADOR DE NEUROSIS			
SI/NO	26.33	5.31 – 176.73	0.00000
MODERADA/LEVE			
ESCOLARIDAD			
Primaria Incompleta/Primaria Completa	3.35	1.22 – 10.13	0.01446
Primaria Incompleta/Bachiller Incompleto	11.37	1.23 – 258.21	0.00957
Primaria Incompleto/Bachiller Completo	3.92	1-05 – 15.34	0.02085
TURNO EN QUE SE OTORGO EL SERVICIO			
Matutino/Nocturno	7.92	1.05 – 164.72	0.02158
MOTIVO DE CONSULTA			
Consulta de primera Vez/Urgencia Médica	3.15	1.2 – 8.44	0.00947
PORTADOR DE ANSIEDAD			
SI/NO	5.48	2.32 – 12.99	0.000005
PORTADOR DE NEUROSIS			
SI/NO	3.83	1.59 – 9.26	0.00063

(CUADRO 22)

FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE NEUROSIS EN BASE A LA ESCALA DE TYRER DE LOS DERECHOHABIENTES ATENDIDOS EN UNIDAD DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN MÉDICA

FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE ANSIEDAD/NEUROSIS		OR > 3	IC 95 %	VALOR DE p < 0.03
LEVE/AUSENCIA				
INTERVALO DE EDAD				
	70 a 79 /20 a 29	3.08	1.05 – 9.17	0.02148
	70 a 79 / 30 a 39	3.54	1.21 – 10.49	0.00880
	Más de 80 /20 a 29	5.56	1.16 – 27.25	0.00903
	Más de 80 /30 a 39	6.39	1.34 – 31.21	0.00402
ESCOLARIDAD				
	Analfabeta/Primaria Completo	6.08	1.08 – 34.93	0.01055
	Analfabeta/Bachiller Incompleto	11.67	1.75 – 22.97	0.00287
	Analfabeta/Bachiller Completo	7.63	1.26 – 48.02	0.00485
	Analfabeta/Profesional	8	1.08 – 66.53	0.01076
	Secundaria Incompleta/Bachiller Incompleto	5.25	1.11 – 28.05	0.01513
	Secundaria Incompleta/Bachiller Completo	3.43	1.04 – 11.51	0.02099
ESTADO CIVIL				
	Divorciado/Soltero	9.81	2.3 – 45.23	0.00016
	Divorciado/Casado	4.02	1.5 – 10.74	0.00133
	Divorciado/Unión Libre	3.36	1.04 – 11	0.02142
	Viudo/Soltero	5.98	1.65 – 23.6	0.00152
NIVEL SOCIOECONOMICO				
	Nivel I de Pobreza/Nivel II de Pobreza	4.93	1.23 – 22.93	0.00889
	Nivel III de Pobreza/Sin Pobreza	12.16	3.28 – 53.21	0.0000036
	Nivel III de Pobreza/Nivel I de Pobreza	5.59	2.45 – 12.94	0.0000032
AUTOPERCEPCION DEL ESTADO DE SALUD				
	Con Mala Salud y Estresado/Buena Salud y Feliz	4.42	2.22 – 8.92	0.0000021
PORTADOR DE ANSIEDAD				
	SI/NO	4.86	2.14 – 11.01	0.0000098
PORTADOR DE NEUROSIS				
	SI/NO	4.36	1.85 – 10.27	0.000092
MODERADA/AUSENCIA				
PORTADOR DE ANSIEDAD				
	SI/NO	59.25	5.02 – 1569.9	0.000000
PORTADOR DE NEUROSIS				
	SI/NO	63.4	5.33 -1686	0.000000
MODERADA/LEVE				
PORTADOR DE ANSIEDAD				
	SI/NO	12.2	1 – 328.42	0.01030
PORTADOR DE NEUROSIS				
	SI/NO	14.54	1.18 – 395.08	0.00505

(CUADRO 23)

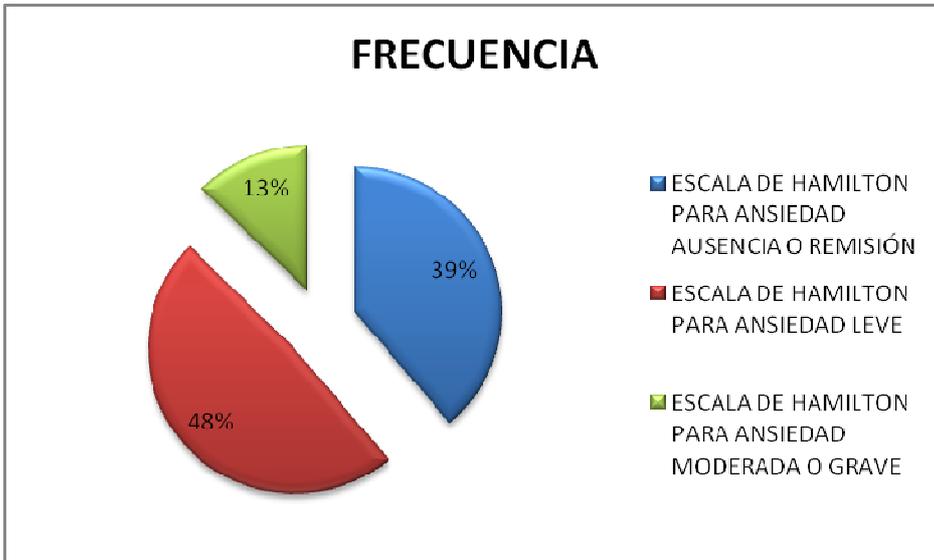
FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE SOMATIZACIÓN EN BASE AL TEST DE OTHMER Y DE SOUZA DE LOS DERECHOHABIENTES ATENDIDOS EN UNIDAD DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN MÉDICA

FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE SOMATIZACIÓN			
	OR > 3	I.C. 95%	VALOR DE P < 0.03
INTERVALO DE EDAD			
70 a 79/20 a 29	4.97	1.69 – 14.98	0.00082
Más de 80/20 a 29	9.15	1.88 – 46.97	0.00054
Más de 80/30 a 39	4.52	1.05 – 19.97	0.01645
ESTADO CIVIL			
Divorciado/Soltero	9.81	2.3 – 45.23	0.00016
Viudo/Soltero	11.22	3.18 – 43.44	0.000005
NIVEL SOCIOECONÓMICO			
Nivel III de Pobreza/Sin Pobreza	3.43	1.43 – 8.38	0.00217
Nivel III de Pobreza/Nivel I de Pobreza	4.22	1.99 – 9.06	0.00003
AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD			
Con mala Salud y Estresado/Buena Salud y Feliz	3.24	1.83 – 5.76	0.000011
SE CONOCE PORTADOR DE ANSIEDAD			
SI/ NO	3.11	1.44 – 6.73	0.00123

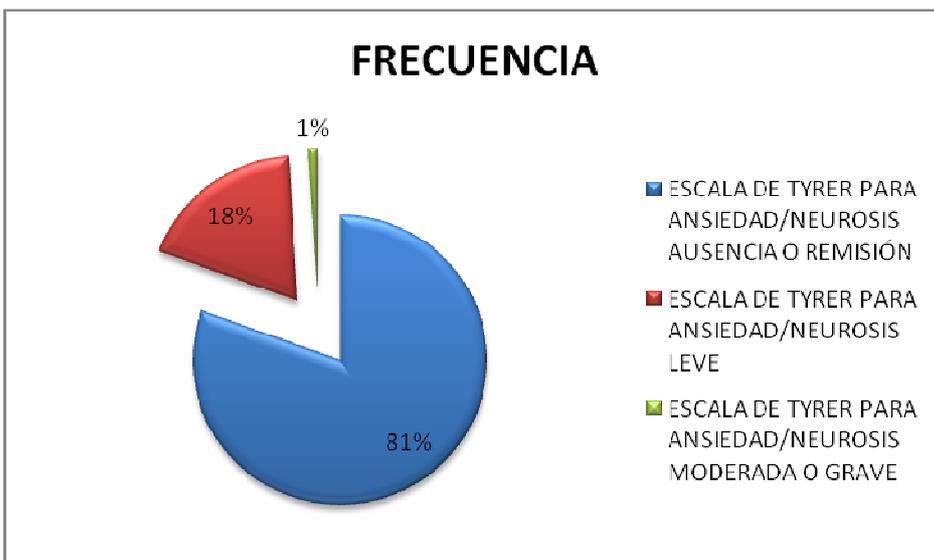
(CUADRO 24)

B. FIGURAS

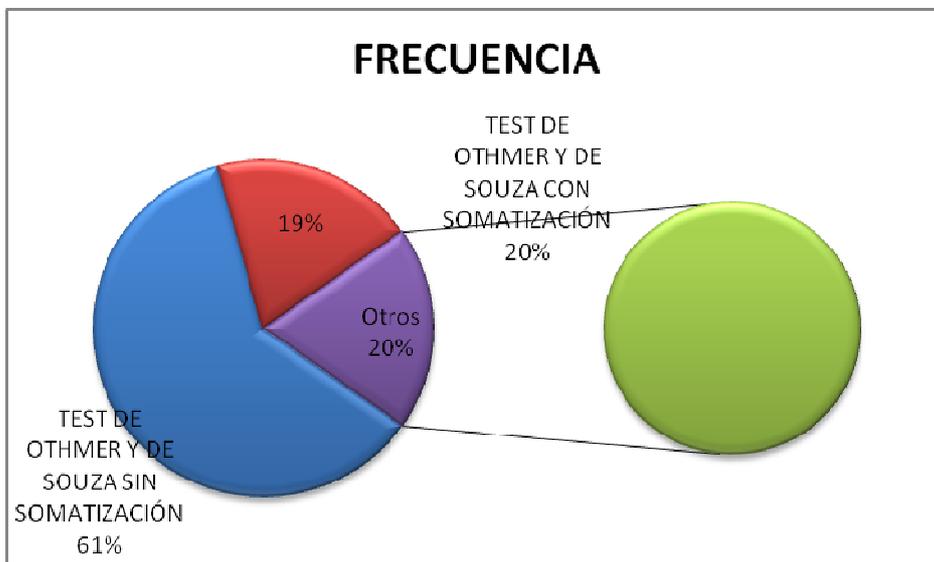
I. FRECUENCIA DE ANSIEDAD EN DERECHOHABIENTES ATENDIDOS EN UNIDAD DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN MÉDICA CON LA ESCALA DE HAMILTON (HARS)



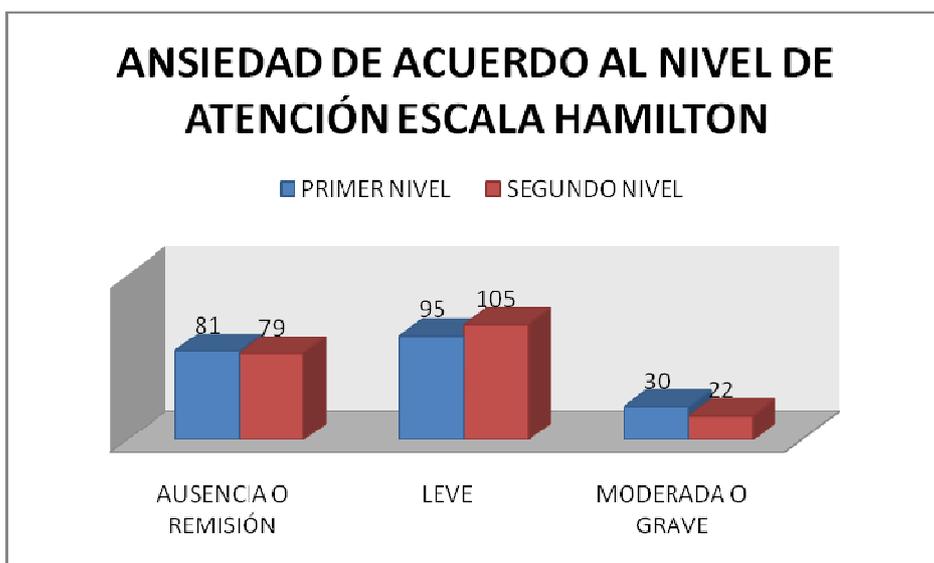
II. FRECUENCIA DE NEUROSIS EN DERECHOHABIENTES ATENDIDOS EN UNIDAD DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN MÉDICA CON LA ESCALA DE TYRER



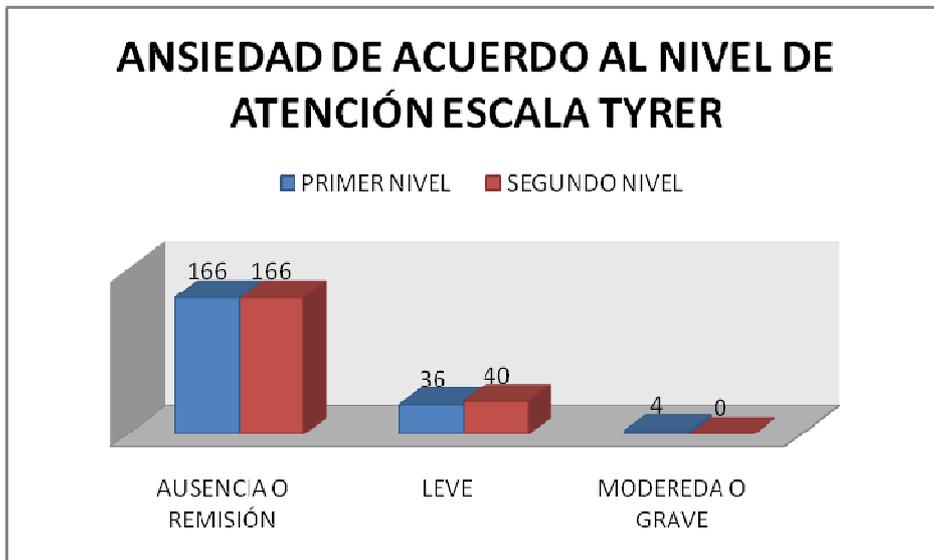
III. FRECUENCIA DE SOMATIZACIÓN EN DERECHOHABIENTES ATENDIDOS EN UNIDAD DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN MÉDICA CON EL TEST DE OTHMER Y DE SOUZA



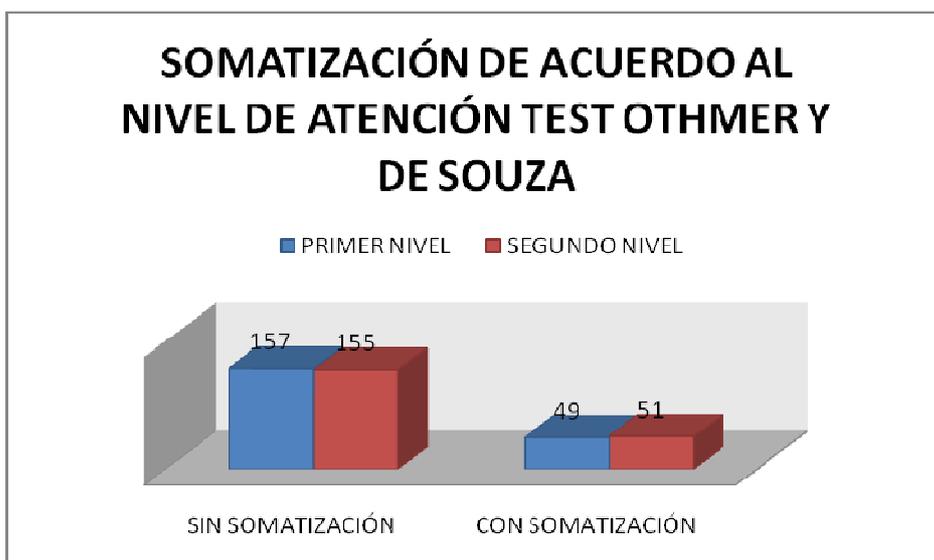
IV. FRECUENCIA DE ANSIEDAD DE ACUERDO AL NIVEL DE ATENCIÓN MÉDICA EN DERECHOHABIENTES ATENDIDOS. CON LA ESCALA DE HAMILTON (HARS)



V. *FRECUENCIA DE NEUROSIS/ANSIEDAD DE ACUERDO AL NIVEL DE ATENCIÓN MÉDICA EN DERECHOHABIENTES ATENDIDOS. CON LA ESCALA DE TYRER*



VI. *FRECUENCIA DE SOMATIZACIÓN DE ACUERDO AL NIVEL DE ATENCIÓN MÉDICA EN DERECHOHABIENTES ATENDIDOS. CON EL TEST DE OTHMER Y DE SOUZA*



VIII. DISCUSIÓN

La presente investigación demuestra que, se presento ansiedad y neurosis en, casi la mitad de pacientes de primer, como de segundo nivel de atención médica y la somatización hasta en un 30% del total de pacientes en ambos niveles de atención.

Los factores asociados a ansiedad, neurosis y somatización fueron: mayor edad, ser divorciado/soltero, estar pensionado/desempleado, menor escolaridad/analfabeta, mayor nivel de pobreza (nivel III de pobreza/ nivel I de pobreza), percepción de mal estado de salud (con mala salud/pasivo insatisfecho), turno de atención matutino (Matutino/nocturno), consulta de primera vez (consulta de primera vez/urgencias) y antecedente de neurosis y ansiedad.

Existen pocos artículos encaminados a la búsqueda de la prevalencia de ansiedad sin embargo Virues Elizondo (31) en su estudio, señala que los trabajadores latinoamericanos presentan frecuentemente un cuadro de ansiedad, en donde el 13% se queja de dolores de cabeza, un 17%, de dolores musculares, 30% de dolor de espalda, 20% con fatiga y 28% con algunos componentes de somatización. Estos efectos traen consigo un desgaste emocional y comportamental demasiado serio y complicado que repercute en el ámbito laboral. Así mismo Saucedo Martínez y col.(32), planteo una frecuente co-morbilidad hasta del 35.5% en mujeres después de los 60 años en el trastorno de ansiedad generalizada, las cuales no tenía antecedentes de patología psiquiátrica, siendo las causas que identificaron como origen de esos síntomas: el duelo (11.7%), problemas familiares (17.6%), problemas de pareja (11.7%), combinación de los anteriores (41.10%), otros no especificados (5.8%) y sin causa aparente (12%).

Mella Mejía, Cesar y col. (33) describe en su estudio de pacientes de la consulta externa de República Dominicana que los estados ansiosos se manifiestan más frecuentemente en un 44% del total de los hombres y hasta un 64% de las mujeres que origina una proporción de 3:1. Los cuales son referidos como síntomas somáticos y una alta hiper-frecuentación del servicio que sin embargo enmascaraban trastornos ansiosos o depresivos de fondo a diferencia de pacientes que solo acudían con síntomas físicos de enfermedad. Apoyando a lo anterior Augusto Granel (34), describe que la problemática de los síntomas somatomorfos sin explicación clínica representa del 15 al 25% de las consultas en atención primaria y que 30 a 70% de este tipo de consultas permanece sin explicación luego de una evaluación , que repercute en su calidad vida en forma similar a quienes padecen enfermedades crónicas graves o trastornos del ánimo como ansiedad o depresión, con la desventaja que son más persistentes y refractarios al tratamiento médico, lo anterior se reafirma por Pérez L. y cols.(35) quienes refieren que los trastornos psíquicos se han convertido en un fenómeno masivo, y por lo tanto, en un problema social, incluso en los países mas desarrollados; ya que, las enfermedades de ansiedad y trastornos emocionales, son la fuente de sufrimiento e incomodidad, que pueden empeorar el bienestar psíquico de dos tercios de la población.

Riveros Q. y cols. (36) encontraron una prevalencia del 49,8% para depresión y del 58,1% para ansiedad, cuyas asociaciones que resultaron estadísticamente significativas

fueron: sexo femenino, pérdidas afectivas; académicas, económicas y de salud; insatisfacción de los servicios; dificultades en sus relaciones, incremento de responsabilidades, y comportamiento suicida. Tales afirmaciones son corroboradas por Josué D. y cols (37); donde hubo un porcentaje mayor del sexo femenino; ya que este aspecto tiene relación con lo consultado en la bibliografía, en que un gran número de autores coinciden, que es en este sexo donde la ansiedad, depresión y somatización es más frecuente, dado por múltiples factores endógenos y psicosociales, la mujer es la más expuesta y estadísticamente la que más asiste a consulta solicitando ayuda. Se conoce que la pérdida de un apoyo social, emocional en múltiples ocasiones, constituye un factor predisponente para el inicio o brote del trastorno afectivo, muy relacionado con la motivación e interés. Así mismo Rodríguez M. y cols. (38) plantean en su estudio en Atención Primaria, una relación entre ansiedad y neurosis; en aquellos pacientes hiperfrecuentadores del sexo femenino, mayor edad, familia nuclear en una etapa de decaída de su ciclo vital y con cierto grado de disfunción familiar, que son incapaces de responder a las necesidades de sus miembros, afrontar los cambios y tensiones de su entorno. Concluyendo que el elevado porcentaje de pacientes hiperfrecuentadores manifiestan dificultades emocionales y relacionales influidas por síntomas ansioso-depresivos derivados del momento y/o situación actual, caracterizándose por ser individuos reactivos a su entorno, con dificultad para adquirir seguridad en sí mismos, y con desconfianza en su habilidad para dominar los acontecimientos del ambiente.

Lo anterior se refuerza con nuestro estudio, donde la frecuencia de ansiedad y neurosis se observó hasta un 50% y en somatización en 30% del total de pacientes en ambos niveles de atención, y que a pesar de tener en existencia pocas investigaciones, la posible similitud que encontramos en prevalencia de dichas patologías, sugiere que pasan desapercibidas en la consulta del primer y segundo nivel, además de que los pacientes son derivados con un subdiagnóstico o con otros diagnósticos. Por lo que los resultados proporcionan una información descriptiva sobre factores que influyen en su manifestación como: mayor edad, ser divorciado, estar pensionado, menor escolaridad, mayor nivel de pobreza, percepción de mal estado de salud, turno de atención matutino y consulta de primera vez. Donde, estos hallazgos nos inquietan ya que se ha demostrado una relación existente entre los síntomas psicósomáticos y la ansiedad en personas con diversas patologías, no solo biológicas, sino posiblemente psiquiátricas, lo que resalta la importancia de realizar nuevas investigaciones para esclarecer estas asociaciones no solo desde el punto de vista biológico, sino además de su entorno biopsicosocial, y como parte de una unidad que es la familiar.

Al analizar los resultados del presente trabajo, se deben tomar en cuenta algunas limitaciones como: heterogeneidad de la muestra, variabilidad por conglomerado y que se trata de una población que, al estar aquejada de alguna patología que amerite consulta médica, ello condiciona la existencia de manifestaciones de ansiedad, neurosis o somatización.

En conclusión una tercera parte de la población que acude a solicitar atención en la consulta externa de ambos niveles es subdiagnosticada; sin embargo, se deberá realizar ampliación en su búsqueda, en otros diferentes niveles de atención, explorando otros factores como de otras patologías psiquiátricas tales como depresión, angustia,

trastornos mixtos, trastornos distimicos o del estado de animo, que son infradiagnosticadas en los servicios de primer y segundo nivel de atención médica. Ya que es frecuente la presencia de algún nivel de ansiedad o la posible somatización en los pacientes que acuden a un servicio médico sin que este sea el motivo de su solicitud de consulta, además de que existen una serie de factores individuales o institucionales que influyen en su presencia.

VIII. CONCLUSIONES

- El perfil sociodemográfico y ambiental de predominio fue: intervalo de edad entre 60-69 años 26.2%, sexo femenino 64.6%, escolaridad secundaria completa 27.2%, casado 60.7%, ocupación ama de casa 38.3% con un nivel socioeconómico de nivel de pobreza II 43.2%, con pareja e hijos 48.1% y con menos de 3 hijos 58.7%.
- En el perfil de la atención médica de acuerdo al nivel de atención solicitado, en el primer nivel de atención: tiempo de espera de más de 30 minutos 58.7%, turno en el que se otorgo el servicio matutino 50%, consulta subsecuente 59.7%, con una autopercepción de buena salud y feliz con un 42.7%. En tanto el segundo nivel de atención fue: tiempo de espera de más de 30 minutos 59.2%, turno en el que se otorgo el servicio matutino 42.7%, consulta de Urgencia 53.4% con una autopercepción de mala salud y estresado 51.9%.
- Los niveles de ansiedad basados en la escala de Hamilton fueron: 47.5% en el primer nivel y 52.5% en el segundo nivel presentaban ansiedad leve, el 57.7% en el primer nivel y 42.3% en el segundo nivel presentaban ansiedad moderada a grave.
- Los niveles para ansiedad/neurosis basados en la escala de Tyrer fueron: 47.4% primer nivel y en el 52.6% segundo nivel presentó un estado leve de neurosis/ansiedad; y un 100% en el primer nivel se encontraron con neurosis moderada.
- La presencia de posible somatización, basada en el Test de Othmer y De Souza se encontró en un 49% en el primer nivel y un 51% en segundo nivel de atención.
- Los factores asociados a ansiedad, neurosis y somatización fueron: mayor edad, ser divorciado/soltero, estar pensionado/desempleado, menor escolaridad/analfabeta, mayor nivel de pobreza (nivel III de pobreza/ nivel I de pobreza), percepción de mal estado de salud (con mala salud/pasivo insatisfecho), turno de atención matutino (matutino/nocturno), consulta de primera vez (consulta de primera vez/urgencias) y antecedente de neurosis y ansiedad.

IX. RECOMENDACIONES

El presente trabajo cuantificó los niveles de ansiedad, neurosis y somatización que derivan de patologías psiquiátricas, que repercuten en nuestra población derechohabiente, obteniendo datos de prevalencia a nivel local para motivar nuevas investigaciones.

Aún cuando no fue mi objetivo directo, el analizar los factores asociados a la presencia de ansiedad, neurosis y somatización, se encontró que la atención médica se encuentra estrechamente vinculada, ya que todo el personal institucional (médico, enfermería, administrativo, radiología, laboratorio y de servicios básicos) se relacionan con los derechohabientes de manera despersonalizada, por lo que es necesario adquirir una consciencia de solidaridad, para corregir las deficiencias en la estructura y el proceso de la calidad del servicio médico. Además recomiendo, que en investigaciones futuras se tome en cuenta otros aspectos familiares, sociodemográficos e institucionales, que tiendan a favorecer el incremento de estas entidades.

El documentar los patrones que propician las alteraciones psicoafectivas, es una tarea difícil que requiere de nuestra intervención como residentes de medicina familiar; que nos permita avalar las estrategias actuales, procurando validar su aplicabilidad en nuestro campo de trabajo ó modificarlas a partir de resultados fidedignos. Para un abordaje integral de estos problemas y llegar a planificar una estrategia de intervención institucional, grupal e individual; dirigidos a prevenir la aparición de estas entidades psiquiátricas.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Ojeda C. Historia y redescrición de la angustia clínica. Rev. Chil. Neuro-psiquiatr.2003 Abr; 41 (2): 95 -102.
2. López-Ibor JJ: Las neurosis como enfermedades del ánimo.1ra ed. Madrid (España): Ed.Gredos; 1966.p. 20-57.
3. López-Ibor JJ: DSM-IV-TR. 2do ed. México: Ed. Masson J Doyma; 2005.p. 50-77.
4. Belloch A, Sandin B, Chorot P. Manual de psicopatología UNED.1ra ed. Madrid (España): Ed. Doyma; 1995.p. 62-77.
5. American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders.4ta ed. Washington DC: Ed. American Psychiatric Press; 1994.p. 429-512.
6. De Soja-Peyra IA. Medicina Psicosomática. 1ra ed. Barcelona (España): Ed. Doyma; 1988.p. 26–30.
7. Montero JL, Perula de Torres LA, Larrea MJ: Mareo y su relación con la Ansiedad y la depresión en un servicio de urgencias de atención primaria. Aten Primaria.2006 Sep; 38 (4): 200-2005.
8. Van Hemmert AM, Hawton K, Bolk JH, Fagg J: Key Symptoms in the detection of affective disorders in medical patients. J Psychosom Res.1993; 37: 397–404.
9. López-Torres J, Escobar F, Fernández C, González L, Urbistondo L, Requeza M: Trastornos Mentales y Utilización de las Consultas de Medicina General. Aten Primaria.1992; 10: 665-670.
10. Chocrón L, Vilalta J, Legazpi I, Auquer K, Franch L: Prevalencia de Psicopatología en un centro de Atención Primaria. Aten Primaria. 1995; 16: 586-593.
11. Ormel J, Koeter MWJ, Van de Willige G: The extent of nonrecognition of mental health problems in primary care and its effects in management and outcome.1ra ed. Londres (Inglaterra).1992: Ed. Psychological disorders in general medical settings.p.154-165.
12. Bridges KW, Goldberg DP: Somatic presentation of DSM-III disorders in primary care. J Psychosom Res 1985; 29: 563-9.
13. López-Ibor JJ, Varela-González O: Revisión de la versión para atención primaria de la CIE-10 Trastornos mentales; Actas Esp Psiquiatr. 2007; 35 (2): 130-140.

14. Weich S, Lewis G: Poverty unemployment, and common mental disorders: population based cohort study. *BMJ* 1998; 317: 115–119.
15. Bruce ML, Takeuchi DT, Leaf PJ: Poverty and psychiatric status: longitudinal evidence from the New Haven Epidemiologic Catchment Area study. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 470–474.
16. Roy-Byrne P., Sherbourne C, Miranda J, Stein M, Craske M, Golineli D; et al: Pobreza y respuesta terapéutica de los pacientes con trastorno de angustia en atención primaria. *Am J Psychiatry (Ed Esp)* 2006 Ago; 163: 1419-1425.
17. Fifer SK, Mathias SD, Patrick DL, Mazonson PD, Lubeck DP, Buesching DP: Untreated anxiety among adult primary care patients in a health maintenance organization. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 740–750
18. Nisenson LG, Pepper CM, Schwenk TL, Coyne JC: The nature and prevalence of anxiety disorders in primary care. *Gen Hosp Psychiatry* 1998; 20: 21–28
19. Roy-Byrne PP, Stein MB, Russo J, Mercier E, Thomas R, McQuaid, et al. : Panic disorder in the primary care setting: comorbidity, disability, service utilization, and treatment. *J Clin Psychiatry* 1999; 60: 492–499
20. Sherbourne CD, Wells KB, Meredith LS, Jackson CA, Camp P: Comorbid anxiety disorder and the functioning and well-being of chronically ill patients of general medical providers. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 889–895
21. Simon G, Ormel J, VonKorff M, Barlow W: Health care costs associated with depressive and anxiety disorders in primary care. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 353–357
22. Rodríguez-Muñoz C, Cebriá-Abreu J, Corbella SS, Sobreques SJ, Segura-Bernal J: Rasgos de personalidad y malestar psíquico. *MEDIFAM* 2003; 13 (3): 143-150.
23. Báez K, Aiarzaguena JM, Grandes G, Pedrero E, Aranguren J, Retolaza A: Understanding patient-initiated frequent attendance in primary care: a case control study. *Br J Gen Pract.* 1998 Dec; 48 (437): 1824–1827.
24. Vallejo-Ruiloba J, Gastó-Ferrer C: Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. 1ra ed. Barcelona (España). Ed. Salvat Masson 2000. p. 13-23, 181-209.
25. García-Portilla MP, Bascarán MT, Sáiz PA, Bousoño M, Bobes JG: Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 2da ed. Barcelona (España). Psiquiatría editores (Ars Médica) 2002.p. 299-305.

26. Cuesta L: Guía para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos psiquiátricos en asistencia primaria. 1ra ed. Barcelona (España). Ed. Glosse; 2003.
27. Chamorro-García L: Guía de manejo de los trastornos mentales en atención primaria. 1ra ed. Barcelona (España). Ed. Salvat Masson 2002.
28. Montón C, Pérez-Echeverría MJ, Campos R, García-Campayo J, Lobo A: Escalas de ansiedad y depresión Goldberg: Una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. Atención primaria. 1993; 12 (6): 345-9.
29. Hyman-Rapaport M, Clary C: Deterioro de la calidad de vida en los trastornos depresivos y de ansiedad. Am J Psychiatry (Ed Esp) 2005; 33(5):504-511.
30. Kastchnig H, Freeman H: ¿How Useful is the concept of quality of live in psychiatry? In Quality of live in mental Disorders. 2da ed. New York (EEUU). Ed. Jhon Wiley & Son's. 1997. p.13-16.
31. Virues-Elizondo RA: Estudio sobre ansiedad. Psicología Científica (serial on line) 2005 mayo. (Referido en 2005 Mayo 25); 1 (1): (22 paginas en pantalla). Disponible en: URL : [http:// www .psicologíacientífica.com/bv/imprimir-69- estudio-sobre-ansiedad.html](http://www.psicologíacientífica.com/bv/imprimir-69-estudio-sobre-ansiedad.html).
32. Saucedo-Martínez DE: Relación entre ansiedad y depresión con quejas somáticas de tipo doloroso en mujeres mayores de 60 años. 1ra ed. Distrito Federal (México). Ed. Medicina Universitaria 2005; 7(28): 123-7.
33. Mella-Mejía C, García-Álvarez R: Ansiedad en el paciente de consulta externa. Act. Med. Dom. 1989 Nov-Dic; 11 (6): 212-216
34. Granel A: Pacientes con síntomas somáticos no explicables. Evid. Actual. práct. ambul. 2006 Nov-Dic-; 9 (6): 176-180.
35. Pérez-Lovelle R: Los trastornos de la ansiedad, como problema masivo del mundo actual y la búsqueda de programas terapéuticos específicos. 1ra ed. La habana (Cuba). Ed. Instituto superior de ciencias médicas de la Habana 2004. p.1-11.
36. Riveros M, Hernández H, Rivera J: Niveles de Depresión y Ansiedad en estudiantes universitarios de lima universitaria. Revista IIPSI. 2007 Mar; 10 (1): 91-102.
37. Díaz LJ, Torres-Lio-coo V, Font-Darias I, Cardona M, Sánchez-Arrastia D: Depresión-Ansiedad oculta en consulta externa. Rev Cubana Med Milit 2006 Jun; 35 (4): 1-5.

38. Corbella SS, Segura-Bernal J: Rasgos de personalidad y malestar psíquico asociado a los pacientes hiperfrecuentadores de consultas de atención primaria. MEDIFAM 2003; 13 (3): 143-150
39. Ronalds C, Kapur N, Stone K, Weeb S, Tomenson B and Creed F: Determinants of consultation rate in patients with anxiety and depressive disorders in primary care. Fam Practice. 2002 Feb; 19 (1): 23-28.
40. Sanchez-Pérez JA, López-Cardenas A: Escalas diagnósticas y de evaluación que se utilizan en atención primaria, para depresión y ansiedad. Salud Global. Cádiz (España) 2005; Año V (3): 1-8.
41. Caballero JR: Como citar referencias bibliográficas en los escritos biomédicos: Normas de Vancouver. Rev Paceyña Med Fam. 2008; 5 (7): 59-62.

ANEXOS

- **ANEXO 1 OFICIO DE AUTORIZACIÓN PARA INVESTIGACIÓN.**
- **ANEXO 2 HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.**
- **ANEXO 3 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

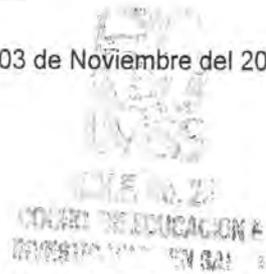
DELEGACION NORTE DEL D.F.
JEFATURA DELEGACIONAL DE PRESTACIONES MEDICAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20

ANEXO 1

03 de Noviembre del 2008

35-01-26-2110/3611

DOCTOR
LUIS ENRIQUE ALTAMIRANO RAZO
Director del H. G. Z. No. 24
Delegación Norte del D. F.



Atn: **DR. JUAN JOSE VEGA ESCOTO**
Coord. Clínico de Educ. e Invest. En Salud.

Por este conducto le solicito de la manera mas atenta y si no hay inconveniente de su parte, se otorguen las facilidades al Dr. José Cruz Ramírez Granados médico residente del segundo año Curso de Especialización en Medicina Familiar para que lleve a cabo su proyecto de investigación: "Ansiedad y Neurosis en el paciente que acude a solicitar servicio en unidades de primer y segundo nivel de atención" con no. de registro R- 2008- 3404-11.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para enviarle un cordial saludo y agradecerle de antemano las atenciones que le brinde a la presente solicitud.

Atentamente


DR. EDUARDO JARAMILLO MENDOZA
Director


EJM/VPA/CAG



IMSS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACIÓN 1 NORTE D. F.

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA FOLIO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANEXO 2

FECHA: _____

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20

Por medio de la presente, acepto participar en el proyecto de investigación titulado:

“NIVELES DE ANSIEDAD, NEUROSIS Y SOMATIZACIÓN EN DERECHOHABIENTES ATENDIDOS EN UNIDAD DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN MÉDICA”

Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud o la CNIC **R- 2008 – 3404 -11.**

El objetivo del estudio es: Identificar la frecuencia de ansiedad y neurosis; así como, sus grados en un grupo de pacientes heterogéneos procedentes de las unidades de primer y segundo nivel del Instituto Mexicano Del Seguro Social.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en permitir al investigador, aplicarme una encuesta de ansiedad y neurosis; donde me permite la participación activa y consistente en responder una serie de preguntas que evalúan un estado ansioso o neurótico, agregado en los pacientes que acuden a solicitar servicio, sin que viole los principios éticos de los derechohabientes ni las pautas éticas internacionales para la experimentación biomédica en seres humanos de investigación. Declaro que se me ha informado ampliamente y que no se tienen riesgos, ni inconvenientes, o molestia alguna; y si beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: “Ayudar a obtener una evaluación que de manera general nos informe sobre los estados de ansiedad y neurosis, que amplíen los contenidos en su diagnóstico diferencial y al manejo de los trastornos psiquiátricos y psicológicos para una atención prioritaria”. El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que se le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que se otorga en el Instituto.

El investigador principal me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del Paciente

DR. RAMÍREZ GRANADOS JOSÉ CRUZ

R3MF 99353450

Nombre, firma y matrícula del investigador

Números telefónicos a los cuáles puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio, 53 33 11 00 ext. 15320.

Testigos

CLAVE 2810-003-002



CUESTIONARIO PARA DETERMINAR NIVELES DE ANSIEDAD, NEUROSIS Y SOMATIZACIÓN EN DERECHOHABIENTES ATENDIDOS EN UNIDAD DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN MÉDICA

ANEXO 3 No. AFILIACIÓN: _____

FOLIO: _____

Instrucciones: Marcar con una x la respuesta que considere conveniente:

Sociodemográficos:

1. Edad:

20-29 años () 30-39 años () 40-49 años () 50-59 años ()

60-69 años () 70 años y mas ()

2. Sexo: Femenino () Masculino ()

3. Estado civil: Soltero () Casado () Unión libre ()

Divorciado o Separado () Viudo ()

4. Escolaridad:

() Analfabeta

() Primaria incompleta

() Primaria completa

() Secundaria incompleta

() Secundaria completa

() Bachiller o equivalente incompleto.

() Bachiller o equivalente completo.

() Profesional.

5. Ocupación:

Empleado () Desempleado () Comerciante o Técnico Dependiente ()

Pensionado o Jubilado ()

Otra (especifique) _____

6. Nivel Socio-Económico:

() Sin pobreza (donde el Jefe del hogar aporta para los gastos necesarios y proporciona para vacaciones y esparcimiento ocasional).

() Nivel I pobreza (alcanza para la canasta básica, calzado y vestimenta, no para vacaciones y esparcimiento).

() Nivel II de Pobreza (Alcanza para la canasta básica no para vestimenta ni calzado, mucho menos para vacaciones ni esparcimiento).

() Nivel III de Pobreza (no alcanza ni para la canasta básica).

7. Tiempo de Espera para Consulta:

Menos de 15 minutos () De 15 a 30 minutos ()

Más de 30 minutos ()

8. Convivencia Familiar:

() Vive solo.

() Con la pareja.

() Con pareja e Hijos.

() Con otras personas.

9. Numero de Hijos:

() Menos de 3 hijos.

() Mas de 3 hijos.

() Sin Hijos.

10. Autopercepción:

() Se considera con mala salud y estresado.

() Se considera Feliz en su Vida y ecuánime.

() Se considera pasivo e insatisfecho.

11. Motivo actual de atención medica:

() Urgencia Medica.

() Consulta de primera vez.

() Consulta Subsecuente.

12. Se conoce Usted Portador de Ansiedad y/o Neurosis:

Si () No ()

En Caso Afirmativo especifique desde cuando y con que lo manejan:

Escala de Hamilton para Ansiedad (HARS)

Escoja en cada pregunta el número de opción, que más se acerque a la intensidad de su comportamiento:

(0) Ausente.

(1) Intensidad ligera.

(2) Intensidad Media.

(3) Intensidad Elevada

(4) Intensidad Máxima Invalidante.

13. () **Humor Ansioso:** Inquietud. Expectativas de catástrofe. Aprensión (anticipación temerosa. Irritabilidad.

14. () **Tensión:** Sensaciones de tensión. Fatigabilidad. Imposibilidad de estar quieto. Reacciones de sobresalto. Llanto fácil. Temblores. Sensación de incapacidad de esperar.

15. () **Miedos:** A la oscuridad. A los desconocidos. A quedarse Solo. A los animales. A la circulación. A la muchedumbre.

16. () **Insomnio:** Dificultades de conciliación. Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio. Con cansancio al despertar. Sueños penosos. Pesadillas. Terrores nocturnos.

17. () **Funciones Intelectuales** (cognitivas): Dificultad de concentración. Mala Memoria.

18. () **Humor Depresivo:** Perdida de interés. No disfruta del tiempo libre. Depresión. Insomnio de madrugada. Variaciones anímicas a lo largo del día.

19. () **Síntomas Somáticos Musculares:** Dolores musculares. Rigidez muscular. Sacudidas musculares. Sacudidas Clónicas. Rechinar de dientes. Voz quebrada.

20. () **Síntomas Somáticos Generales:** Zumbido de oídos. Visión Borrosa. Oleadas de calor o Frío, Sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos u hormigueos).

21. () **Síntomas Cardiovasculares:** Taquicardia. Palpitaciones. Dolor torácico. Sensación pulsátil en vasos. Sensaciones de baja presión o desmayos. Extrasístoles (arritmias cardiacas benignas).

22. () **Síntomas Respiratorios:** Opresión pre torácica. Constricción precordial. Sensación de ahogo o falta de aire. Suspiros. Disnea (dificultad para respirar).

23. () **Síntomas Gastrointestinales:** Dificultades evacuatorias. Gases. Dispepsias. Dolores antes o después de comer. Ardor, hinchazón abdominal, nauseas, vómitos, constricción epigástrica. Cólicos (espasmos) abdominales. Borborigmos. Diarrea. Pérdida de peso. Estreñimiento.

24. () **Síntomas Genitourinarios:** Micciones frecuentes. Micción imperiosa. Amenorrea (falta de periodo menstrual). Metrorragia (hemorragia genital). Frigidez. Eyaculación precoz. Impotencia (ausencia de erección).

25. () **Síntomas del Sistema Nervioso Autónomo:** Boca seca. Accesos de enrojecimiento. Palidez. Tendencia a la sudoración. Vértigos, cefalea (dolor de cabeza) tensión.

26 () **Conducta en la conducta del Test:** tendencia al abatimiento. Agitación: manos inquietas, juega con los dedos, cierra los puños, tic, aprieta el pañuelo en las manos. Inquietud: va y viene. Temblor en las manos, rostro preocupado. Aumento del tono muscular o contracturas musculares. Respiración entrecortada. Palidez facial. Traga saliva. Eructos. Taquicardia o palpitaciones. Ritmo respiratoria acelerado. Sudoración. Pestañeo.

Es una escala heteroadministrada por un clínico, tras una entrevista que consta de 14 preguntas. El rango de puntuación oscila entre 0 y 56 puntos:

Una puntuación mayor o igual a 15 corresponde a Ansiedad Moderada/Grave.

Una puntuación de 6 a 14 corresponde a ansiedad leve.

Una puntuación de 0 a 5 corresponde a ausencia o remisión del trastorno.

Escala Breve de Ansiedad/Neurosis de Tyrer

Escoja en cada pregunta el número de opción, que más se acerque a la intensidad de su comportamiento:

27. () Tensión Interna: (Representando sentimientos de inconformidad mal definidos, inquietud, confusión interna, tensión mental llegando a pánico, terror y angustia. Clasificar según intensidad, frecuencia, duración y extensión).
0. Apacible. Solamente tensión interna pasajera.
 2. Sentimientos ocasionales de inquietud e incomodidad mal definidos.
 4. Sentimientos continuos de tensión interna, o intermitente que el/la paciente puede controlar con cierta dificultad.
 6. Terror o angustia sin ceder.
28. () Sentimientos de hostilidad: (Representando cólera, hostilidad y sentimientos de agresión sin considerar si se actúa sobre ellos o no. Clasificado según intensidad, frecuencia y la cantidad de provocación tolerada).
0. No es fácilmente provocado.
 2. Fácilmente provocado. Comunica sentimientos de hostilidad que son fácilmente disipados.
 4. Reacciona a la provocación con cólera y hostilidad excesiva.
 6. Cólera persistente, rabia u odio intenso que es difícil o imposible de controlar.
29. () Hipocondríasis:(Representando preocupación exagerada o preocupación no real sobre estar enfermo o la enfermedad. Distinguir entre la preocupación sobre cosas de poca importancia o dolores).
0. No preocupación sobre estar enfermo.
 2. relacionando a lo menor disfunción del cuerpo con presagio. Temor o fobia exagerados a la enfermedad.
 4. convencido de que hay una enfermedad, pero puede ser tranquilizado solo por un periodo breve.
 6. convicciones hipocondriacas, absurdas e incapacitantes (se le pudre el cuerpo, las tripas han funcionado durante meses).
30. () Preocupación por Pequeñas Cosas: (Representando aprensión y preocupación excesiva por pequeñas cosas que es difícil de parar y que no guarda proporción con las circunstancias).
0. Ninguna preocupación en concreto.
 2. preocupación excesiva, que no puede quitarse de encima.

4. Aprensivo o preocupado por pequeñas cosas o rutinas cotidianas de poca importancia.
6. preocupación que no cesa o dolorosa. El consuelo es ineficaz.
31. () Fobias: (Representando sentimientos de fobia/temor no razonable en situaciones específicas [como el autobús, el supermercado, la multitud, sentirse encerrado, estar solo] que son evitados si es posible).
0. Ninguna Fobia.
2. Sentimientos de malestar vago en situaciones que pueden ser dominadas sin ayuda o tomar precauciones simples como evitar la hora punta cuando es posible.
4. Ciertas situaciones causan malestar marcado y se evitan sin perjudicar el rendimiento social.
6. Fobias incapacitantes que restringen gravemente las actividades por ejemplo, completamente incapaz de salir de casa.
32. () Sueño Reducido: (Representando una experiencia subjetiva de duración o profundidad del sueño reducidos comparado con el propio patrón normal del sujeto cuando esta bien).
0. duerme como siempre.
2. Ligera dificultad en coger el sueño o sueño ligero levemente reducido.
4. El sueño esta reducido o interrumpido por lo menos 2 horas.
6. Menos de 2 0 3 horas de sueño.
33. () Perturbación Autonómica: (Representando descripciones de palpitaciones, dificultades en respirar, mareos, sudor incrementado, manos y pies fríos, boca seca, diarrea, micción frecuente. Distinguir detención interna y dolores).
0. Ninguna perturbación Autonómica.
2. Síntomas autonómicos ocasionales que ocurren bajo estrés emocional.
4. Alteraciones Autonómicas intensas o frecuentes que están experimentadas como incomodidad o inconveniente social.
6. Alteraciones autonómicas muy frecuentes que interrumpen otras actividades o son incapacitantes.
34. () Dolores: (Representado por comunicación de malestar corporal, dolores. Clasificar según intensidad, frecuencia y duración y alguna petición para el alivio. No considerar cualquier síntoma de causa orgánica. Distinguir de Hipocondríasis, perturbación autonómica y tensión muscular).
0. Dolores ausentes o transitorios.
2. Dolores ocasionales definitivos.

4. Dolores inconvenientes y prolongados. Peticiones de analgésicos efectivos.
6. Dolores muy intensos o que interfieren gravemente.
35. () Alteraciones Autonómicas: (Representado signos de disfunción autonómica, hiperventilación o suspiros frecuentes, rubor, sudor, manos frías, pupilas dilatadas boca seca y desmayo)
0. Alteraciones autonómicas no observadas.
2. Alteraciones autonómicas leves u ocasionales tal como ruborizarse o palidecer o sudar bajo estrés.
4. Alteración autonómica obvia en varias ocasiones incluso cuando no esta bajo estrés.
6. Alteraciones autonómicas que interfieren con la entrevista.
36. () Tensión Muscular: (Representando tensión muscular observada como mostrada por la expresión facial, postura y los movimientos)
0. Parecer relajada.
2. Cara y Postura ligeramente tensa.
4. Cara y postura moderadamente tensa (fácilmente vistos en la mandíbula y músculos del cuello. Parece que no puede encontrar una posición relajada cuando esta sentado).
6. Marcadamente tenso. A menudo se siente encorvado o agachado o en tensión o rígidamente recto al borde de la silla.

Proporciona una puntuación total, que es la suma de las puntuaciones en cada uno de los 10 ítem's y que puede oscilar 0 -60 puntos.

A mayor puntuación, mayor gravedad de la Ansiedad/Neurosis.

Test de Othmer y De Souza Para la Detección de Somatización

Escoja en cada pregunta el número de opción, que más se acerque a la manifestación de su comportamiento:

(0) Negativo no lo manifiesta.

(1) Positivo lo manifiesta.

37. () ¿Ha tenido alguna vez dificultad para tragar o sensación de nudo en la garganta?

38. () ¿Ha tenido alguna vez sensación de quemazón en los órganos sexuales o en el recto?

39. () ¿Ha tenido alguna vez dificultad para recordar lo que había hecho horas o días antes (descartando el consumo de drogas o alcohol en ese periodo).

40. () ¿Ha tenido alguna vez dificultad para respirar?

41. () ¿Ha padecido alguna vez vómitos frecuentes?

42. () ¿Ha sufrido de forma repetida dolores menstruales intensos o cólicos?

43. () ¿Ha padecido dolores frecuentes en los dedos de las manos o de los pies?

Cada respuesta positiva vale 1 punto; la puntuación total se obtiene sumando la puntuación en cada uno de los 6 ítems por lo que oscila de 0 -6 y el punto de corte recomendado es:

0 0 - 2 Sin Trastorno de Somatización.

1 3 - 6 Posible Trastorno de Somatización.