



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



COORDINACION DE PLANEACION Y ENLACE INSTITUCIONAL
COORDINACION AUXILIAR DE COORDINACION EN SALUD
COORDINACION AUXILIAR MEDICA DE INVESTIGACION EN SALUD

HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No. 24 DEL IMSS

**FACTORES PRECIPITANTES ASOCIADOS A TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN
PACIENTES ADULTOS DE 20 A 50 AÑOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE
ZONA CON MEDICINA FAMILIAR 24 DEL IMSS DE NUEVA ROSITA COAHUILA**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

DRA ROSA MARIA RUBALCABA RODRIGUEZ

ASESOR DE TESIS:

DR. LEOPOLDO ABDI GONZALEZ MORENO

NUEVA ROSITA COAHUILA

2021



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**FACTORES PRECIPITANTES ASOCIADOS A TRASTORNOS DE
ANSIEDAD EN PACIENTES ADULTOS DE 20 A 50 AÑOS EN EL HOSPITAL
GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR 24 DEL IMSS DE NUEVA
ROSITA COAHUILA**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. ROSA MARIA RUBALCABA RODRIGUEZ

AUTORIZACIONES



**DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA
JEFE DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INV ESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**




**FACTORES PRECIPITANTES ASOCIADOS A TRASTORNOS DE ANSIEDAD
EN PACIENTES ADULTOS DE 20 A 50 AÑOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE
ZONA CON MEDICINA FAMILIAR 24 DEL IMSS DE NUEVA ROSITA
COAHUILA**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO
DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. ROSA MARIA RUBALCABA RODRIGUEZ

AUTORIZACIONES:



DR. LEOPOLDO ABDI GONZALEZ MORENO

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS
ADSCRITO AL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR
NUMERO 24 DE NUEVA ROSITA, COAHUILA



DRA. CARLA GRACIELA GARCIA NAVA

COORDINADORA CLINICA DE EDUCACION E
INVESTIGACION EN SALUD
ADSCRITA AL HOSPITAL GENERAL DE ZONA
CON MEDICINA FAMILIAR NUMERO 24 DE NUEVA ROSITA, COAHUILA

**FACTORES PRECIPITANTES ASOCIADOS A TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN
PACIENTES ADULTOS DE 20 A 50 AÑOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE
ZONA CON MEDICINA FAMILIAR 24 DEL IMSS DE NUEVA ROSITA COAHUILA**

INDICE

RESUMEN	1
MARCO TEORICO	2
JUSTIFICACION	14
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
PREGUNTA DE INVESTIGACION	15
OBJETIVOS	16
HIPOTESIS	17
METODOLOGIA	18
DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO	22
IMPLICACIONES ETICAS	23
RESULTADOS	30
TABLAS Y GRAFICAS	33
ANALISIS DE RESULTADOS	45
DISCUSIÓN	53
CONCLUSIÓN	55
RECOMENDACIONES	57
BIBLIOGRAFIA	58
ANEXOS	62

FACTORES PRECIPITANTES ASOCIADOS A TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN PACIENTES ADULTOS DE 20 A 50 AÑOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR 24 DEL IMSS DE NUEVA ROSITA COAHUILA

RESUMEN

Se calcula que, en el 2015, la proporción de la población mundial con trastornos de ansiedad es de 3,6%. Del mismo modo que en el caso de la depresión, los trastornos de ansiedad son más comunes en las mujeres que en los hombres (4,6% en contraste con 2,6%, a nivel mundial).

En nuestra región, se estima que el 30% de la población presenta algún tipo de ansiedad.

Objetivo: Identificar los factores precipitantes asociados a trastornos de ansiedad en pacientes adultos de 20 a 50 años en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar 24 del IMSS de Nueva Rosita Coahuila.

Material y métodos: Se realizó un estudio de corte transversal, observacional y descriptivo para valorar a los pacientes con trastorno de ansiedad e identificar factores precipitantes del Hospital General de Zona con Medicina Familiar 24 de Nueva Rosita Coahuila.

Resultados: Se encontró que en los pacientes de 20 a 50 años hubo mayor incidencia en el sexo femenino, en nivel educativo secundaria, en estado civil casados y en mayores de 40 años.

Conclusiones: Dichos factores no son modificables, por lo cual es imposible evitar el inicio y desarrollo de la enfermedad, así como la posibilidad de llegar a presentar incapacidad por la misma

Palabras clave: factores precipitantes, trastorno de ansiedad

MARCO TEÓRICO

La ansiedad, como la vergüenza, la ira, la tristeza, la alegría, la sorpresa, el miedo, etc., es una emoción más, con una finalidad específica, una manera de exponernos algo importante, una forma de aviso contundente que agita intensamente estructuras cerebrales y determina una ingente producción cognitiva y conductual con objeto de conseguir la máxima eficacia adaptativa posible. Detrás de cada emoción hay siempre un mensaje interno, algo que nuestros sistemas automáticos han percibido y realizado con objeto de ofrecer rápidamente una respuesta a lo que se observa comprometedor. En el caso de la ansiedad, este mensaje es verdaderamente claro, como también sucede con cualquiera de las otras emociones apuntadas; por tanto, toda emoción tiene un porqué y la ansiedad no es en absoluto diferente. (1)

Los trastornos de ansiedad se contemplan como un grupo de trastornos dentro de la clasificación Internacional de Enfermedades mentales de la Organización Mundial de la Salud DSM-V: (2)

Según el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) el Trastorno de Ansiedad por Separación (TAS) se caracteriza por un exceso de miedo y ansiedad, con repercusiones conductuales, durante un mínimo de cuatro semanas en niños. Se estima una prevalencia en torno a 4%, predominio en el sexo femenino, siendo la edad media de los individuos diagnosticados con este trastorno de 9 años. Dentro del trastorno predominan pensamientos catastróficos como son: miedo a perder las figuras de apego por enfermedad, muerte o desastres naturales; miedo a ser secuestrado, tener un accidente o enfermarse; miedo a salir y alejarse del hogar para ir al colegio o trabajo; y negativa a dormir sin estar acompañado. Aunque la prevalencia demuestra que esta sintomatología suele disminuir con el paso de la edad, si es cierto que las conductas relacionadas con el trastorno pueden perdurar hasta la adultez. (3)

El **mutismo selectivo** (MS) es un trastorno caracterizado por un fracaso constante de hablar en situaciones específicas (p.ej., escuela, situaciones sociales) a pesar de hacerlo en otras situaciones (p.ej., hogar). El MS es un cuadro clínico poco frecuente pero importante, que causa un impacto negativo significativo en el funcionamiento social y académico si no es tratado. Desde la publicación en 2013 del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013), el MS se clasifica como un trastorno de ansiedad, y su nombre cambió de mutismo electivo a selectivo, reflejando un cambio en la comprensión del MS, de una acción voluntaria, a la incapacidad de hablar en situaciones específicas (4)

La **fobia** específica es uno de los trastornos de ansiedad caracterizados según DSM - V debido a la presencia de miedo excesivo y siempre relacionado con una situación u objeto específico y puede desarrollarse a partir de un evento traumático. (5)

La **fobia social** —fs—, también conocida como trastorno de ansiedad social, se caracteriza por un miedo intenso a las situaciones sociales en las que el individuo puede ser analizado de forma negativa. Este temor se manifiesta de forma desproporcionada al riesgo real, tal como lo señala la Asociación Americana de Psiquiatría —apa— en el Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales —dsm 5— (apa, 2014). De acuerdo con esta organización (2014), los criterios diagnósticos para la fobia social son: temor intenso frente a las situaciones sociales en las que la persona se ve expuesta a ser valorada negativamente por otras personas y temor a ser humillado o avergonzado. La ansiedad no está directamente relacionada con la situación presentada, pues se da de manera recurrente por seis meses o más, genera deterioro significativo en el ámbito social y laboral y en otros ámbitos importantes de la vida. (6)

Trastorno de Pánico. Un ataque de pánico es la aparición súbita de miedo o de malestar intenso (se puede producir desde un estado de calma o desde un estado de ansiedad) que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro (o más) de los síntomas siguientes:

1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardiaca.
2. Sudoración.
3. Temblor o sacudidas
4. Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.
5. Sensación de ahogo.
6. Dolor o molestias en el tórax.
7. Náusea o malestar abdominal
8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo
9. Escalofríos o sensación de calor.
10. Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo)
11. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).
12. Miedo a perder el control o de “volverse loco”.
13. Miedo a morir. Nota: se pueden observar síntomas específicos de la cultura (p.ej. zumbidos de oídos, dolor de cuello, dolor de cabeza, gritos o llanto incontrolable).

Al menos a uno de los ataques le ha seguido un mes (o más) de uno o los dos hechos siguientes:

1. Inquietud o preocupación continua a cerca de otros ataques de pánico o de sus consecuencias (p. ej., pérdida de control, tener un ataque de corazón “volverse loco”).
2. Un cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques (p. ej., comportamientos destinados a evitar los ataques de pánico). (7)

Según el DSM-5, la **agorafobia** consiste en un miedo o ansiedad intenso y desproporcionado de dos o más de cinco situaciones (transportes públicos, espacios abiertos, espacios cerrados, estar en una cola o muchedumbre, salir solo fuera de casa) que la persona teme o evita al pensar que el escape puede ser difícil o que puede no disponer de ayuda caso de que ocurran síntomas similares a los del pánico (los 13 incluidos en los criterios para un ataque de pánico) u otros síntomas incapacitantes o embarazosos (miedo a caerse en personas mayores, pérdida del control de esfínteres, vómito, molestias cardíacas). Las situaciones agorafóbicas son evitadas, requieren la presencia de un acompañante o son soportadas con gran ansiedad. (8)

El **trastorno por uso de sustancias** se caracteriza por un patrón de comportamiento desadaptativo relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas. Los criterios que se han establecido para su diagnóstico pueden ser: pérdida de control sobre el uso de sustancias, dificultades en la vida social, consumo riesgoso de la sustancia, criterios farmacológicos. El diagnóstico del trastorno por uso de sustancias se establece cuando el individuo cumple con al menos uno de los siguientes criterios:

1. El individuo consume cantidades mayores de la sustancia o durante periodos más largos de los que originalmente había planeado.
2. El individuo expresa deseos de dejar de consumir, pero ha fracasado en múltiples intentos.
3. El individuo invierte mucho tiempo en conseguir la sustancia, en consumirla o en recuperarse de sus efectos.
4. Craving (ansia por consumir la sustancia).
5. El uso recurrente de la sustancia provoca incumplimiento de obligaciones en trabajo, escuela u hogar.
6. El individuo continúa usando la sustancia a pesar de experimentar de manera recurrente problemas sociales o interpersonales o bien estos se ha exacerbado a causa del uso de la sustancia.

7. Reducción o abandono de importantes actividades sociales, recreativas u ocupacionales debido al uso de la sustancia.
 8. Uso de la sustancia en situaciones peligrosas.
 9. El individuo continúa consumiendo a pesar de saber que tiene problemas físicos o psicológicos recurrentes que pueden ser causados o exacerbados por el uso de la sustancia.
 10. Tolerancia (necesidad de dosis mayores para conseguir el efecto deseado).
 11. Abstinencia (serie de síntomas que ocurren cuando las concentraciones de una sustancia han disminuido después de haberse mantenido un consumo fuerte por un periodo prolongado, dichos síntomas varían en función de la sustancia en cuestión).
- (9)

Trastorno de Ansiedad debido a otra afección médica. Trastorno mental que se caracteriza por la presencia de ataques de pánico o ansiedad excesiva como consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica. (10)

Trastorno de ansiedad no especificado. Presencia de síntomas clínicamente significativos característicos de algún TA que no llegan a cumplir todos los criterios diagnósticos de ninguno de esos trastornos. No se especifican las causas por las que no se cumplen los criterios diagnósticos por falta de información (e.g. en urgencias). (10)

El **trastorno de ansiedad generalizada (TAG)** se encuentra clasificado dentro de los trastornos de ansiedad según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición (DSM-5), de la American Psychiatric Association. Sus manifestaciones clínicas principales son un estado de anticipación aprensiva y dificultad para controlar la preocupación. Uno de los posibles síntomas asociados es la dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.

En la práctica clínica, los pacientes con TAG manifiestan frecuentemente quejas cognitivas y una falta de confianza respecto a su rendimiento cognitivo, que a menudo interfiere con su funcionalidad a nivel ocupacional. (11)

Se calcula que, en el 2015, la proporción de la población mundial con trastornos de ansiedad fue de 3,6%. Del mismo modo que en el caso de la depresión, los trastornos de ansiedad son más comunes en las mujeres que en los hombres (4,6% en contraste con 2,6%, a nivel mundial).

Las tasas de prevalencia no varían sustancialmente entre los grupos etarios, aunque se puede observar una tendencia a una menor prevalencia en los grupos de mayor edad.

El número total estimado de personas con trastornos de ansiedad en el mundo es de 264 millones en el 2015, lo que refleja un aumento de 14,9% desde el 2005 a consecuencia del crecimiento y el envejecimiento de la población. (12)

Los trastornos de ansiedad son el segundo trastorno mental más incapacitante en la mayoría de los países de la Región de las Américas. Existe un patrón subregional aún más tangible que con la depresión, con Brasil en primera posición (7,5%); todos los países sudamericanos, salvo uno, muestran una discapacidad por encima del promedio por países (4,7%) y del total regional (4,9%); y 8 de los 10 países principales en cuanto a la discapacidad pertenecen a esta subregión. América del Norte se encuentra en el otro extremo del espectro: Canadá muestra la menor discapacidad (3,4%), seguida de México (3,6%) y Estados Unidos (4,1%), también bastante por debajo del promedio y del total regional. (13)

La prevalencia de vida de los trastornos de ansiedad llega alrededor de un 29% en los Estados Unidos; y los pacientes que los padecen experimentan una menor calidad de vida, disminución de su productividad y una mayor necesidad del uso de servicios de salud. (14)

En un país latinoamericano como Perú, se encontró que los trastornos de ansiedad fueron más frecuentes que otros 17 trastornos mentales evaluados,

presentando un 14,9%. También la edad de inicio fue más temprana para los trastornos de ansiedad (15 años) que para los demás trastornos. En Colombia la prevalencia es más alta. En el último estudio de salud mental, se reporta que el 50,5% de las personas presentan por lo menos 4 problemas referidos en las subescalas de ansiedad, según el cuestionario de autoreporte de síntomas utilizado. La proporción por sexo fue mayor en las mujeres, con 58,7%, que, en los hombres, quienes presentaron un 39,0%. (15)

Los síndromes ansiosos como los depresivos, son las formas de psicopatología más frecuente en México. Estudios reportados para 1999 en población mexicana encontraron que el 14.8% presentaba algún trastorno de ansiedad. (2)

En México existen estudios que muestran una mayor prevalencia entre los 15 y los 45 años de edad, con una proporción mayor para las mujeres que para los hombres, de 2 a 1 respectivamente. (2)

Cada país ha reportado una prevalencia diferente, en un rango entre 2.4 y 25%, como es el caso de Italia y Nueva Zelanda respectivamente (16)

Respecto a las características socio-demográficas de los pacientes con TAG, se ha visto que éste es más frecuente en adultos jóvenes, con un rango de presentación de inicio entre los 25 y 35 años de edad. Aquí cabe mencionar que la prevalencia de este diagnóstico aumenta con la edad, sin cambios en los mayores de 60 años. Respecto al sexo, se han visto tasas mayores en las mujeres, en una relación 2:1. El TAG es más frecuente en personas separadas, así como en sujetos con niveles socioeconómicos bajos y desempleados. (17)

En la región carbonífera el 30% de la población presenta algún tipo de ansiedad, predominando la ansiedad y depresión 50%, ansiedad generalizada 20%, adicciones 12 %, trastorno de pánico 8%, las fobias en un 5%, TOC 5%. (18)

Pero ¿Cuál sería la trascendencia de ésta información para nosotros como población general? Primero, el escaso conocimiento popular sobre las cuestiones de salud mental ha venido a representar uno de los principales problemas para el manejo de estas patologías. Los conceptos que se manejan sobre la ansiedad, son diversos, confusos y superficiales. (2)

Es común que coincidan con trastornos depresivos y esto complique aún más su manejo, viéndose esto en aquellas personas con tratamiento tardío. Además, el pronóstico parece ser menos favorable para los trastornos de ansiedad que para los depresivos en forma separada, esto significa que el retorno a una adecuada funcionalidad (recuperación) es menor en esta clase de padecimientos. (2)

A la hora de efectuar el diagnóstico debe considerarse que los trastornos de ansiedad generalmente se caracterizan por ansiedad excesiva, miedo, preocupación y evitación y que dichos síntomas generan una disfunción y un malestar significativos. Ante la sospecha de un trastorno de ansiedad, será necesario evaluar las características de los síntomas y realizar un diagnóstico diferencial para descartar un cuadro secundario a otras enfermedades médicas o psiquiátricas y detectar la existencia de comorbilidades. La presunción de un trastorno de ansiedad aumenta en presencia de antecedentes familiares o personales de trastornos de ansiedad o del estado de ánimo y de eventos estresantes. Asimismo, la soledad, el nivel educativo bajo, el entorno familiar adverso y las enfermedades somáticas crónicas aumentan el riesgo de ansiedad. (19)

Los avances en la investigación biomédica de años recientes indican que los trastornos depresivos y ansiosos comparten aspectos biológicos y ambientales con los trastornos dolorosos crónicos y el insomnio. Entre los factores biológicos, se han encontrado determinantes genéticos que incluyen genes que regulan la señalización de neurotransmisores y citocinas neurotróficas e inflamatorias. (20)

El vínculo entre la tiroides y el estado de ánimo es una de las relaciones más reconocidas históricamente desde el punto de vista neuroendocrino, con las descripciones de la “locura mixedematosa”. Actualmente, se sabe que la mayoría de los casos de depresión relacionados con hipotiroidismo no son extremos, sino que existe un extenso espectro de presentaciones clínicas variables. De manera alarmante, algunos reportes plantean que podría ser más frecuente en los pacientes con hipotiroidismo subclínico. Se ha observado que los pacientes con hipotiroidismo de distinta severidad muestran puntuaciones significativamente elevadas en las escalas de evaluación de depresión y ansiedad y que esta situación parece mejorar parcial o totalmente con la terapia de remplazo hormonal. A pesar de que no se han dilucidado enteramente los mecanismos moleculares vinculando la disfunción tiroidea con la depresión y ansiedad, la utilidad de las HT en el manejo clínico de estos trastornos ha sido comprobada. Tanto T3 como T4 son ampliamente utilizadas en el tratamiento de la depresión refractaria, con buenos resultados. Así mismo el tratamiento con HT también se ha asociado a mejoría de los síntomas de ansiedad. Por otro lado, la administración de TRH y TSH sólo ha mostrado mejorías mínimas o nulas en la sintomatología depresiva. (21)

La ansiedad es un estado mental y psicológico que se puede retroalimentar y cuyos efectos pueden interferir en la realización de tareas que exijan focalización y mantenimiento prolongado de la concentración, y se hace presente en individuos de cualquier clase, raza, sexo y religión. Frecuentemente acompaña a una gran gama de los trastornos psicológicos y psicosomáticos de la clasificación nosológica y es una de las principales causas de asistencia a servicios de salud mental. (22)

La existencia de respuestas de ansiedad es útil para reaccionar ante situaciones que nuestro organismo considera amenazantes. Sin embargo, existe un nivel de ansiedad que es normal, denominado umbral emocional. No obstante, si la ansiedad supera un límite determinado, puede llegar a ser una patología, afectando negativamente a las relaciones sociales. (23)

Al analizar los factores asociados a los trastornos, se encuentran diferentes características. Por ejemplo, los relacionados con trastornos de ansiedad se relacionan con ser mujer, la edad, los menores recursos económicos, estar separado o viudo, el consumo de alcohol, los eventos estresantes en la infancia, las comorbilidades médicas y el antecedente de enfermedad mental en los padres. (24)

Los siguientes factores pueden incrementar el riesgo de padecer un trastorno de ansiedad:

- Trauma. Los niños que soportaron maltratos o traumas o que presenciaron eventos traumáticos tienen mayor riesgo de manifestar un trastorno de ansiedad en algún momento de sus vidas. Los adultos que atraviesan un evento traumático también pueden manifestar trastornos de ansiedad.
- Estrés debido a una enfermedad. Tener un problema de salud o una enfermedad grave puede causar gran preocupación acerca de cuestiones como el tratamiento y el futuro.
- Acumulación de estrés. Un evento importante o una acumulación de situaciones estresantes más pequeñas de la vida pueden provocar ansiedad excesiva, por ejemplo, la muerte de algún familiar, estrés en el trabajo o preocupaciones continuas por la situación financiera.
- Personalidad. Las personas con determinados tipos de personalidad son más propensas a sufrir trastornos de ansiedad que otras personas.
- Otros trastornos mentales. Las personas que padecen otros trastornos mentales, como depresión, a menudo también padecen un trastorno de ansiedad.

- Drogas o alcohol. El consumo o el uso indebido o la abstinencia de drogas o alcohol pueden provocar o empeorar la ansiedad. (25)
- Estilo de crianza. También hay factores relacionados con el estilo de crianza que pueden generar una predisposición a desarrollar un trastorno de ansiedad. Un vínculo inseguro entre el bebé y sus cuidadores (por ejemplo, no satisfacer las necesidades del menor cuando hace demandas, aplicar un estilo de crianza contradictorio o no transmitirle seguridad ni amor incondicionales), así como un estilo de crianza excesivamente autoritario o demasiado sobreprotector, están relacionados con una mayor vulnerabilidad a tener estos trastornos. (26)
- Genes: Se ha visto que la variante s/s del alelo del gen transportador de la serotonina se asocia a un mayor riesgo de padecer depresión en algún momento de la vida. De igual forma la depresión materna por pérdidas desde un año antes del parto, expone al infante recién nacido a tener depresión a lo largo de su vida. El uso de sustancias durante el embarazo (tabaco, alcohol, marihuana y otros) también se asocia a una mayor incidencia de depresión en el producto.
- Factores perinatales: hipoxia, bajo peso al nacer, parto traumático. Daños al sistema nervioso central (SNC) en los primeros meses de vida (intoxicación por plomo, falla para crecer, infecciones y otros).
- Estrés temprano severo, en especial el trauma infantil en forma de maltrato, negligencia, abuso físico, sexual y psicológico; divorcio de los padres y encarcelamiento de un progenitor.

- Enfermedad mental en un progenitor, enfermedad médica prolongada, historia de alcoholismo o drogadicción en los padres, separaciones de los padres por periodos prolongados. Todos estos factores producen hipersecreción crónica de cortisol, ocasionando daño estructural y funcional durante el neurodesarrollo. (27)

JUSTIFICACIÓN

La ansiedad es la psicopatología más frecuente en México, de ahí la importancia de conocer los factores de riesgo modificables y no modificables que conducen a la población entre 20 y 50 años a padecer esta enfermedad, el impacto que esta patología tiene en el entorno familiar, laboral, educativo y social del paciente, así como la discapacidad o incapacidad que pudiese generar en dichos pacientes.

También se debe informar y educar a la población para que conozca las manifestaciones de esta enfermedad, los factores de riesgo para que sepa reconocerla y busque atención a tiempo para su oportuna detección y tratamiento.

Es primordial identificar los factores precipitantes más comunes en nuestra población para de esta manera incidir en un diagnóstico y manejo oportuno con la finalidad de evitar condiciones de incapacidad en los pacientes portadores de esta patología.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México existen estudios que muestran una mayor prevalencia entre los 15 y los 45 años de edad, con una proporción mayor para las mujeres que para los hombres, de 2 a 1 respectivamente. Es común que coincidan con trastornos depresivos y esto complique aún más su manejo, viéndose esto en aquellas personas con tratamiento tardío.

Además, el pronóstico parece ser menos favorable para los trastornos de ansiedad que para los depresivos en forma separada, esto significa que el retorno a una adecuada funcionalidad (recuperación) es menor en esta clase de padecimientos. El inicio de la ansiedad frecuentemente se asocia con la presencia de algún evento adverso para el paciente. A pesar de que la mayor parte de los trastornos de ansiedad siguen un curso crónico, éste es fluctuante, es decir hay intervalos asintomáticos. En cuanto a la etiología de estos trastornos se ha propuesto como entidades de carácter hereditario, aunque aún no se tienen las bases concretas para asegurarlo.

En nuestro país, los síndromes ansiosos como los depresivos, son las formas de psicopatología más frecuente. Estudios reportados para 1999 en población mexicana encontraron que el 14.8% presentaba algún trastorno de ansiedad, esto ha ido en aumento debido a los factores estresantes, la dependencia física a sustancias y los factores socioeconómicos en los que se encuentra la mayoría de la población mexicana.

POR LO CUAL NUESTRA PREGUNTA DE INVESTIGACION FUE:

¿Cuáles son los factores precipitantes asociados a trastornos de ansiedad en pacientes adultos de 20 a 50 años en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar 24 del IMSS de Nueva Rosita, Coahuila?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- **Identificar los factores precipitantes para el desarrollo de trastorno de ansiedad en pacientes de 20 a 50 años adscritos al hospital general de zona 24 con Medicina Familiar del IMSS de Nueva Rosita, Coahuila.**

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar los factores precipitantes más frecuentes en este tipo de pacientes.
- Mostrar el sexo más afectado por esta patología (masculino / femenino).
- Conocer el grupo de edad con mayor prevalencia.
- Verificar en qué nivel de estudio de los pacientes es más frecuente este diagnóstico.
- Establecer cuál es el estado civil más afectado.

HIPÓTESIS

- El nivel de educación bajo presenta un alto índice en trastornos de ansiedad
- Los pacientes con mayor nivel educativo presentan mayor grado de ansiedad

METODOLOGÍA

A). TIPO DE ESTUDIO

Estudio Transversal, observacional y descriptivo.

B). POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO.

El estudio se llevó a cabo en pacientes con diagnóstico de ansiedad adscritos al Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 24 del IMSS de Nueva Rosita Coahuila. En el periodo del 1 Diciembre 2019 al 30 de Noviembre 2020.

C). TIPO TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Se realizó el cálculo del tamaño de la muestra con un universo de trabajo de **547** pacientes del departamento de consulta de medicina familiar adscritos al HGZ MF 24 del IMSS de Nueva Rosita Coahuila, con un nivel de confianza (k) de: 1.96, un margen de error (e) de: 5% y una “q” de .5 y “p” de .5

En donde sustituyendo los valores con la fórmula:

$$n = \frac{k^2 * p * q * N}{(e^2 * (N-1)) + k^2 * p * q}$$

Obtenemos un cálculo del tamaño de **227** pacientes del servicio de consulta adscritos al HGZ MF 24 del IMSS de Nueva Rosita Coahuila que estaremos estudiando

N: es el tamaño de la población o universo (número total de posibles encuestados).

k: es una constante que depende del nivel de confianza que asignemos. El nivel de confianza indica la probabilidad de que los resultados de nuestra investigación sean ciertos: un 95 % de confianza. Los valores k más utilizados y sus niveles de confianza son:

K	1,15	1,28	1,44	1,65	1,96	2	2,58
Nivel de confianza	75%	80%	85%	90%	95%	95.5%	99%

D). CRITERIOS DE SELECCION

1. **Inclusión:** Todos los pacientes con trastorno de ansiedad de 20 a 50 años adscritos al Hospital General de Zona 24 con Medicina Familiar del IMSS de Nueva Rosita Coahuila.
2. **Exclusión:** Pacientes menores de 20 y mayores de 50 años con diagnóstico de trastorno de ansiedad
3. **Eliminación:** pacientes que no contestaron la escala de ansiedad de forma correcta.

E). INFORMACIÓN A RECOLECTAR (VARIABLES A RECOLECTAR).

Se recabaron Variables: edad, sexo, nivel educativo y estado civil.

VARIABLE DEPENDIENTE: trastorno de ansiedad

DEFINICION CONCEPTUAL: Es un estado emocional consistente en reacciones de miedo o aprensión anticipatorios de peligro o amenazas, acompañados de activación del sistema nervioso autónomo.

DEFINICIÓN OPERACIONAL. Estado de presión y miedo constante que pueden ser por causas específicas o inespecíficas, dentro de los trastornos neuróticos. Medidas mediante la aplicación de test de Hamilton.

VARIABLE INDEPENDIENTE: factores precipitantes: Edad, género, escolaridad, estado civil.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Elemento que causa o contribuye a la producción de una enfermedad.

DEFINICION OPERACIONAL: Son los padecimientos estresantes, en particular las dificultades en las relaciones interpersonales, las enfermedades físicas y los problemas laborales.

VARIABLES INDEPENDIENTES

Variable	Definición conceptual	Tipo de naturaleza	Indicador	Escala de medición	Categoría	Medio de verificación
EDAD	Tiempo de existencia desde el nacimiento hasta el tiempo de la vida actual	CUANTITATIVA	Edad actual	ORDINAL NUMERICO	20 a 30 31 a 40 41 a 50	Entrevista
SEXO	Conjunto de caracteres que diferencian a los machos de las hembras	DICOTOMICA	<ul style="list-style-type: none"> • Hombre • Mujer 	NOMINAL	1=Hombre 2=Mujer	Entrevista
ESTADO CIVIL	Situación de una persona en la que se encuentra con otra, en una relación o no, donde se crean lazos jurídicamente.	CUALITATIVA	Estado civil actual	ORDINAL	Soltero Casado Concubinato Viudo Divorciado	Entrevista
NIVEL EDUCATIVO	Grado de estudio más alto realizado en cursos o en definitiva incompletos	CUALITATIVA	Grado de estudio alcanzado actualmente.	ORDINAL	Primaria Secundaria Bachillerato Universidad Posgrado	Entrevista
FACTOR DE RIESGO	Estado emocional consistente en reacciones de miedo o aprensión anticipatoria de peligro o amenazas, acompañados de activación del sistema Nervioso Autónomo	CUALITATIVO	Factor de riesgo	ORDINAL	Edad Sexo Estado civil Nivel educativo	Entrevista

ESCALA DE MEDICION: Se llevó a cabo mediante la aplicación de la Escala de Hamilton (*Med Clin (Barc)* 2002;118(13):493-9) y se graficaron resultados.

FUENTE DE INFORMACION: Entrevista

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO

Previa autorización del protocolo por parte del Comité de Ética en Investigación y el Comité Local de Investigación en Salud, se otorgó consentimiento informado a todos los pacientes muestreados adscritos al Hospital General de Zona con Medicina Familiar No 24 del IMSS de Nueva Rosita Coahuila. Se aplicó la escala de Hamilton, la cual consiste en una escala heteroadministrada por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 14) y en la ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento.

PROCEDIMIENTO UTILIZADO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN.

Mediante entrevista al paciente y se concentraron los resultados en una base de datos en el programa SPSS del HGZ N°24, con la cual posteriormente se realizaron gráficas.

IMPLICACIONES ÉTICAS.

En la realización del presente estudio se respetaron los acuerdos de la Declaración de Helsinki en sus principios básicos del 6 al 9 los cuales mencionan lo siguiente:

6.- El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

7.- La investigación médica está sujeta a Normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

8.- Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.

9. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

Además, para la investigación es importante mencionar el artículo 100 de la Ley General de Salud, el cual menciona: La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica;

- II. Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo;
- III. Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación;
- IV. Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud;
- V. Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes;
- VI. El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, invalidez o muerte del sujeto en quien se realice la investigación, y
- VII. Las demás que establezca la correspondiente reglamentación

Finalmente se señala que el proyecto sigue la normatividad vigente del reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, publicada en el Diario Oficial de la Federación del 2 de abril de 2014, en el título segundo capítulo primero “De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos”, lo siguiente:

ARTÍCULO 13.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

ARTÍCULO 14.- La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

- I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica;

- II. Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos;
- III. Se deberá realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo;
- IV. Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles;
- V. Contará con el consentimiento informado del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal, en caso de incapacidad legal de aquél, en términos de lo dispuesto por este Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables;
- VI. Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación;
- VII. Contará con el dictamen favorable de los Comités de Investigación, de Ética en Investigación y de Bioseguridad, en los casos que corresponda a cada uno de ellos, de conformidad con lo dispuesto en el presente Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables;

ARTICULO 15.- Cuando el diseño experimental de una investigación que se realice en seres humanos incluya varios grupos, se usarán métodos aleatorios de selección para obtener una asignación imparcial de los participantes en cada grupo y deberán tomarse las medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo o daño a los sujetos de investigación.

ARTÍCULO 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTÍCULO 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías:

I. Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta;

II. Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 Ml. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros, y

III. Investigación con riesgo mayor que el mínimo: Son aquéllas en que las probabilidades de afectar al sujeto son significativas, entre las que se

consideran: estudios radiológicos y con microondas, ensayos con los medicamentos y modalidades que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, ensayos con nuevos dispositivos, estudios que incluyan procedimientos quirúrgicos, extracción de sangre mayor al 2% del volumen circulante en neonatos, amniocentesis y otras técnicas invasoras o procedimientos mayores, los que empleen métodos aleatorios de asignación a esquemas terapéuticos y los que tengan control con placebos, entre otros.

ARTÍCULO 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

ARTÍCULO 21.- Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

- I. La justificación y los objetivos de la investigación;
- II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales;
- III. Las molestias o los riesgos esperados;
- IV. Los beneficios que puedan obtenerse;
- V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto;
- VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto;
- VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento;

VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad;

IX. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando;

X. La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución de atención a la salud, en el caso de daños que la ameriten, directamente causados por la investigación, y

XI. Que si existen gastos adicionales, éstos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.

ARTÍCULO 22.- El consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos:

I. Será elaborado por el investigador principal, señalando la información a que se refiere el artículo anterior y atendiendo a las demás disposiciones jurídicas aplicables;

II. Será revisado y, en su caso, aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la institución de atención a la salud;

III. Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación;

IV. Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe, y

V. Se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal.

ARTICULO 23.- Derogado.

Artículo derogado DOF 02-04-2014

Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico confidencialidad: esta norma establece los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico. Campo de aplicación esta norma, es de observancia obligatoria para el personal del área de la salud y los establecimientos prestadores de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado, incluidos los consultorios, para el caso no amerita elaboración y asentamiento de carta de consentimiento informado, ya que es un estudio no intervencionista y los datos requeridos se tomarán del expediente clínico, sin necesidad de entrevista con el paciente por el investigador.

El investigador declara no existe conflicto de interés y que todos los datos obtenidos se respetaron y fueron confidenciales.

Todos los datos obtenidos se respetarán y serán confidenciales.

RESULTADOS

De los 227 pacientes del servicio de Medicina Familiar, de los cuales presentan un rango de edad mínima de 20 años representando el 4.4 %, que corresponden a 10 pacientes y un rango de edad máxima de 50 pacientes que representan el 10.1 %, que corresponden a 23 pacientes (Gráfica 1).

Con respecto al género se observó 157 pacientes femeninas representando 69.2 % del total de pacientes y 70 pacientes masculinos representando el 30.8 % del total de pacientes, observando una mayor incidencia en el sexo femenino respecto al masculino (Gráfica 2).

En lo referente al estado civil 146 pacientes se refirieron casados, que representan el grupo más grande de esta categoría, representando el 64.3%, en unión libre encontramos 39 pacientes representando el 17.2%, solteros fueron 27 pacientes, representando el 11.9%, divorciados 14 pacientes, representando el 6.2% y 1 paciente en estado de viudez, representando el 0.4 %. (Gráfica 3)

Con relación al grado de estudios, 93 pacientes cuentan con escolaridad secundaria, representando un 41.0%, 65 pacientes nivel bachillerato, representando un 28.6%, 46 pacientes con nivel universitario, representando un 20.3%, primaria 16 pacientes, representando un 7.0%, y 7 pacientes con estudios de posgrado, representando un 3.1%. (Gráfica 4).

Se aplicó a los pacientes la Escala de Ansiedad de Hamilton, obteniendo los siguientes resultados, respecto al estado de ánimo, preocupaciones, anticipa lo peor, aprensión, irritabilidad: en 85 pacientes se encontraba moderado, representando un 37.4%, 66 pacientes con grado leve, representando un 29.1 %, grado grave se encontraron 34 pacientes, representando un 15.0 %, 25 pacientes ausente, representando 11%, y muy grave 17 pacientes, representando un 7.5%. (Gráfica 5)

En los pacientes encuestados respecto al insomnio, la dificultad para dormir, el sueño interrumpido, el sueño insatisfactorio, el cansancio al despertar: en 85 pacientes se encontraba moderado, que corresponde a el 37.4%, 50 pacientes con grado grave, correspondiente al 22.0%, leve 48 pacientes, correspondiente al 21.1 %, 27 pacientes con grado ausente, correspondiente al 11.9% y muy grave 17 pacientes, correspondiente al 7.5%. (Gráfica 6)

En los pacientes encuestados respecto al estado intelectual cognitivo, dificultad para concentrarse, mala memoria, se encontraba moderado en 84 pacientes, representando un 37.0 %, 59 pacientes leve, correspondiente a un 26.0%, grave en 40 pacientes, correspondiente a un 17.6 %, ausente en 35 pacientes, correspondiente a un 15.4 % y muy grave en 9 pacientes, representando un 4.0 %. (Gráfica 7).

En los pacientes encuestados respecto al estado de ánimo deprimido, perdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, en 79 pacientes se encontraba moderado, representado un 34.8 %, grave en 54 pacientes, representando un 23.8 %, leve en 44 pacientes, representando un 19.4 %, ausente en 42 pacientes, representando un 18.5 % y muy grave en 8 pacientes, representando un 3.5 %. (Gráfica 8).

En los pacientes encuestados respecto a los síntomas somáticos generales (musculares) dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa se encontró moderado en 72 pacientes, representando un 31.7 %, leve en 71 pacientes, representando un 31.3 %, grave en 44 pacientes, representando un 19.4 %, ausente en 31 pacientes, representando un 13.7 % y muy grave en 9 pacientes, representando un 4.0 %. (Gráfica 9).

En los pacientes encuestados respecto a los síntomas cardiovasculares, taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístoles se encontraba moderado en 79 pacientes, representando un 34.8 %, ausente en 59 pacientes, representando un 26.0 %, leve en 48 pacientes, representando un 21.1 %, grave en 33 pacientes, representando un 14.5 % y muy grave en 8 pacientes, representando un 3.5 %. (Gráfica 10).

En los pacientes encuestados respecto a los síntomas gastrointestinales, dificultad para tragar, gases, dispepsia, dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, estreñimiento, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos, diarrea, pérdida de peso, estreñimiento, se encontraba moderado en 87 pacientes, representando un 38.3 %, leve en 59 pacientes, representando un 26.0 %, ausente en 43 pacientes, representando un 18.9 %, grave en 32 pacientes, representando un 14.1 % y muy grave en 6 pacientes, representando un 2.6 %. (Gráfica 11).

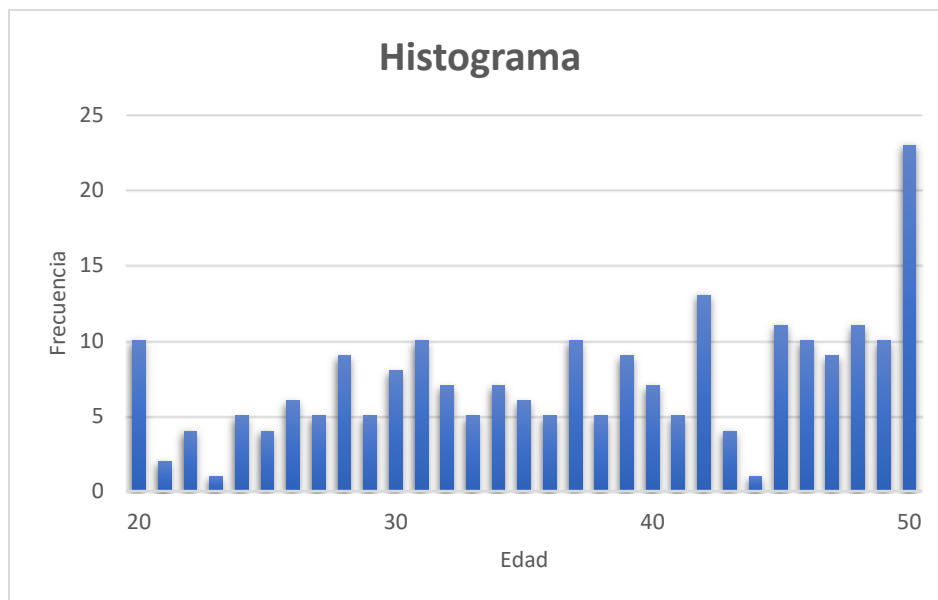
TABLAS Y GRÁFICAS

Se identificó un universo de trabajo de 547 pacientes de edad en un rango entre los 20 a 50 años. Identificando que el grupo más afectado es entre los 40 y 50 años.

Cuadro 1.- EDADES. Estudio realizado en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 24

Estadísticos		
EDAD		
N	Válido	227
	Perdidos	0
Media		37.59
Mediana		38.00
Moda		50
Mínimo		20
Máximo		50

Grafica 1.- Histograma de edades, estudio realizado en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 24

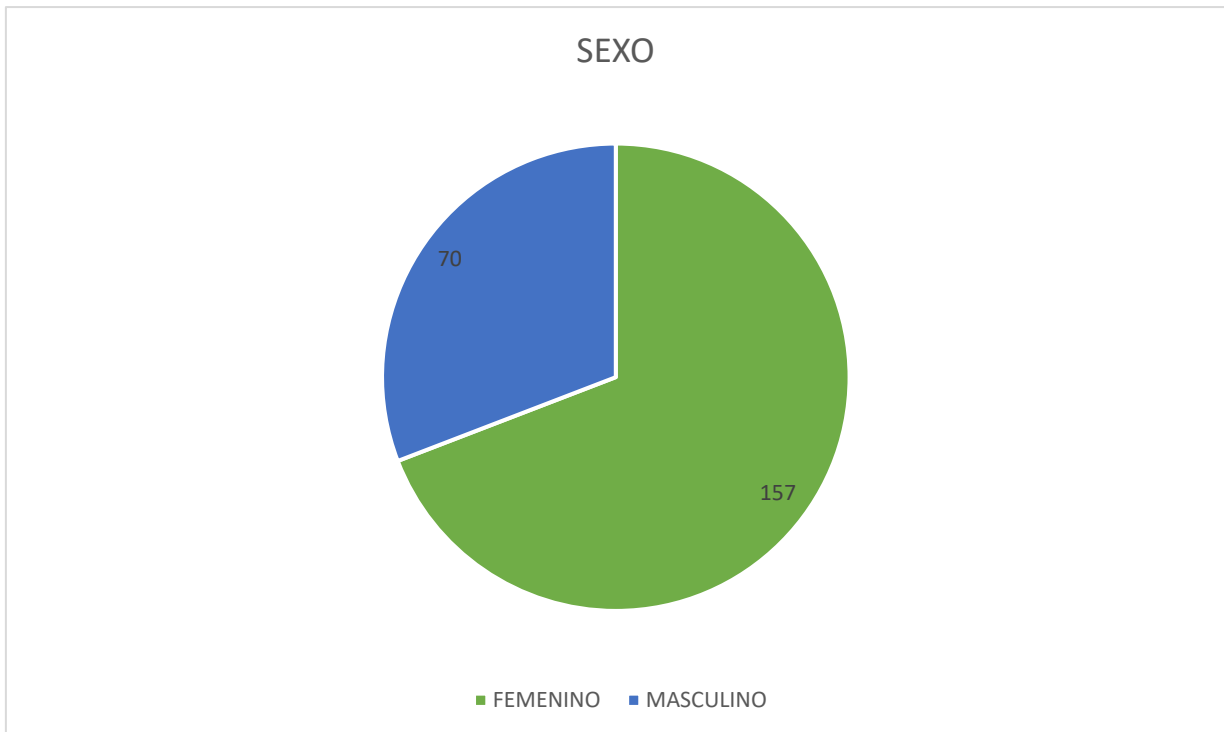


Con una moda de 50, mediana de 38.00, media de 37.59. con una edad mínima de 20 con porcentaje de 4.4 % y máxima de 50 con un porcentaje de 10.1 % en relación a la edad.

Cuadro 2. SEXO, estudio realizado en Hospital General de zona con Medicina Familiar No 24

		SEXO			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	FEMENINO	157	69.2	69.2	69.2
	MASCULINO	70	30.8	30.8	100.0
	Total	227	100.0	100.0	

Grafica 2. SEXO. Estudio realizado en el Hospital de zona con Medicina Familiar No. 24

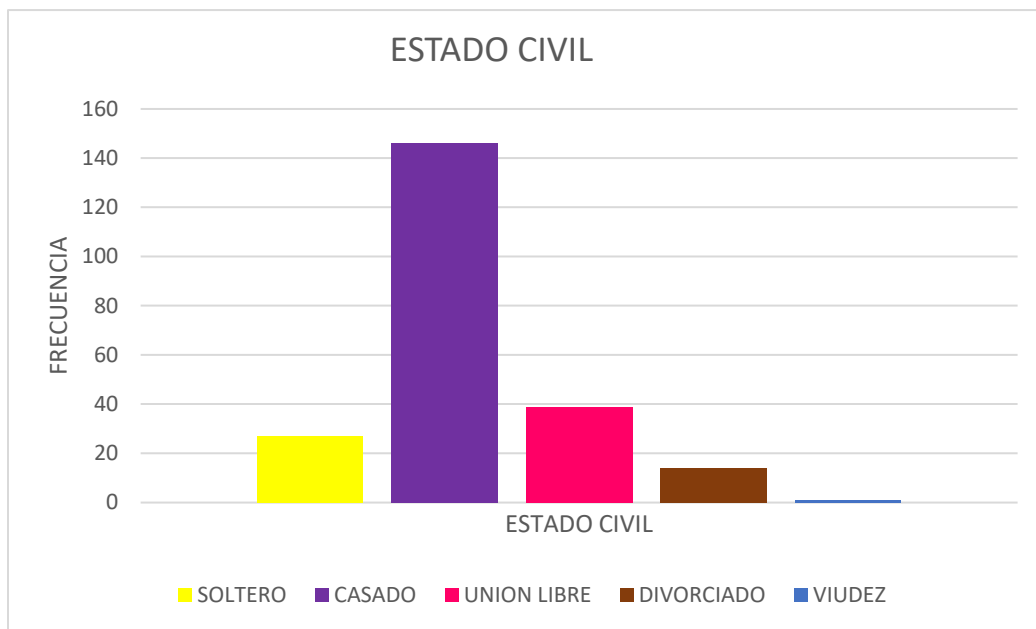


De los 227 pacientes encuestados se observó una mayor incidencia en el sexo femenino respecto al masculino con un porcentaje de 69.2 % en el femenino y 30.8 % en el masculino.

Cuadro 3. ESTADO CIVIL. Estudio realizado en Hospital de Zona con Medicina Familiar No 24.

		ESTADO CIVIL			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SOLTERO	27	11.9	11.9	11.9
	CASADO	146	64.3	64.3	76.2
	UNION LIBRE	39	17.2	17.2	93.4
	DIVORCIADO	14	6.2	6.2	99.6
	VIUDEZ	1	.4	.4	100.0
	Total	227	100.0	100.0	

Grafica 3, ESTADO CIVIL, estudio realizado en Hospital de Zona con Medicina Familiar No.24

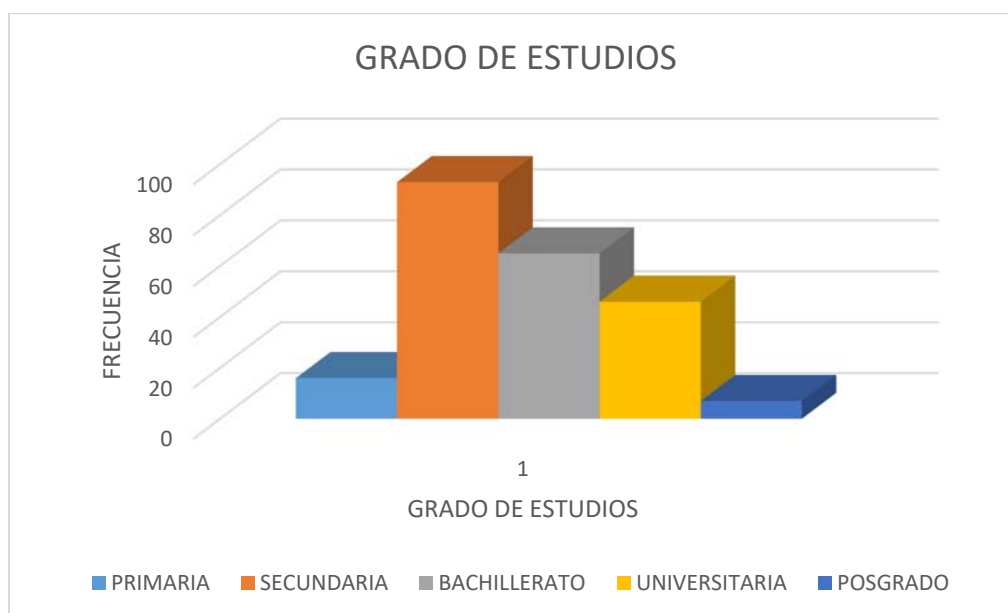


En relación a las encuestas se obtienen los siguientes datos respecto al estado civil: 64% casados, 17.2% unión libre, 11.9% solteros, divorciados 6.2%, viudez .4 %.

Cuadro 4. GRADO DE ESTUDIOS. Estudio realizado en Hospital de Zona con Medicina Familiar No 24.

		GRADO DE ESTUDIOS			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	PRIMARIA	16	7.0	7.0	7.0
	SECUNDARIA	93	41.0	41.0	48.0
	BACHILLERATO	65	28.6	28.6	76.7
	UNIVERSITARIA	46	20.3	20.3	96.9
	POSGRADO	7	3.1	3.1	100.0
	Total	227	100.0	100.0	

Grafica 4. GRADO DE ESTUDIOS, Estudio realizado en Hospital de Zona con Medicina Familiar No 24



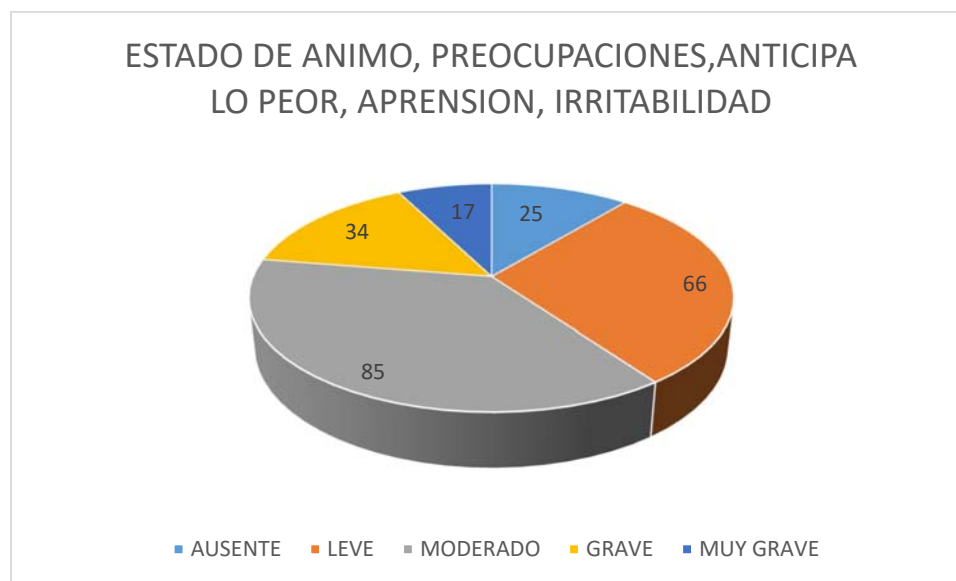
En base a las encuestas realizadas se obtienen los siguientes datos; 41.0% con estudios de secundaria, 28.6% con bachillerato, 20.3% con universitaria, 7.0% con primaria, 3.1% con estudios de posgrado.

Cuadro 5. ESTADO DE ANIMO, PREOCUPACIONES, ANTICIPA LO PEOR, APRENSION, IRRITABILIDAD. Estudio realizado en Hospital de Zona Con Medicina Familiar no. 24

**ESTADO DE ANIMO, PREOCUPACIONES, ANTICIPACION DE LO PEOR, APRENSION,
IRRITABILIDAD**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	AUSENTE	25	11.0	11.0	11.0
	LEVE	66	29.1	29.1	40.1
	MODERADO	85	37.4	37.4	77.5
	GRAVE	34	15.0	15.0	92.5
	MUY GRAVE	17	7.5	7.5	100.0
	Total	227	100.0	100.0	

Grafica 5. ESTADO DE ANIMO, PREOCUPACIONES, ANTICIPA LO PEOR, APRENSION, IRRITABILIDAD, Estudio realizado en Hospital de Zona con Medicina Familiar No 24.



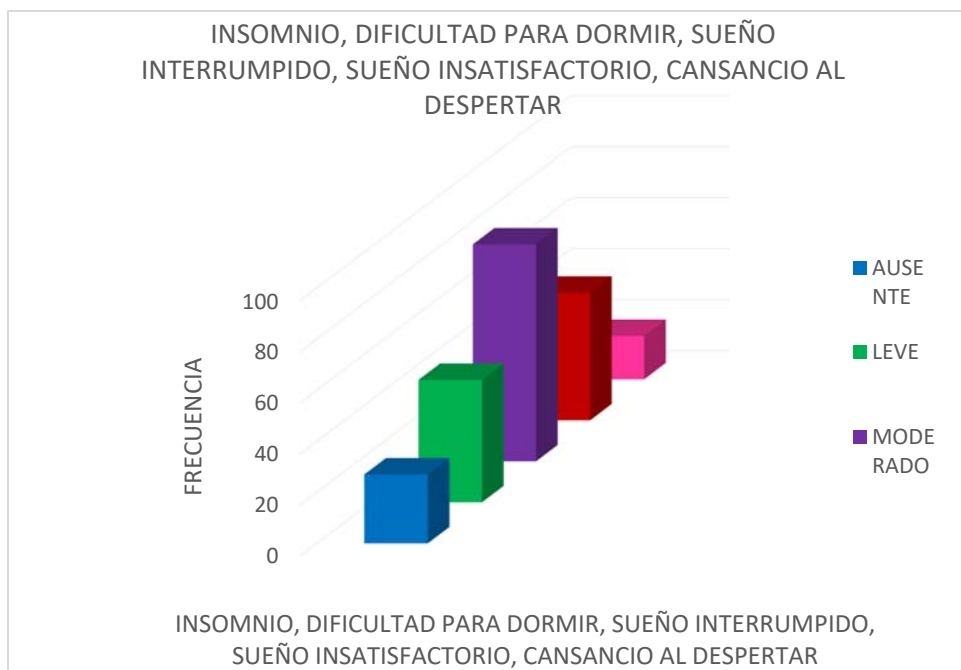
En el estudio realizado a 227 pacientes se observó que el 37.4% se encontraba moderado, 29.1 % leve, 15.0 % grave, 11% ausente, y muy grave en el 7.5%.

Cuadro 6. INSOMINIO, DIFICULTAD PARA DORMIR, SUEÑO INTERRUMPIDO, SUEÑO INSATISFACTORIO, CANSANCIO AL DESPERTAR. Estudio realizado en Hospital de Zona con Medicina Familiar No 24.

**INSOMNIO, DIFICULTAD PARA DORMIR, SUEÑO INTERRUMPIDO, SUEÑO
INSATISFACTORIO, CANSANCIO AL DESPERTAR**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	AUSENTE	27	11.9	11.9	11.9
	LEVE	48	21.1	21.1	33.0
	MODERADO	85	37.4	37.4	70.5
	GRAVE	50	22.0	22.0	92.5
	MUY GRAVE	17	7.5	7.5	100.0
	Total	227	100.0	100.0	

Grafica 6. INSOMNIO, DIFICULTAD PARA DORMIR, SUEÑO INTERRUMPIDO, SUEÑO INSATISFACTORIO, CANSANCIO AL DESPERTAR, estudio realizado en Hospital de Zona con Medicina Familiar No 24.



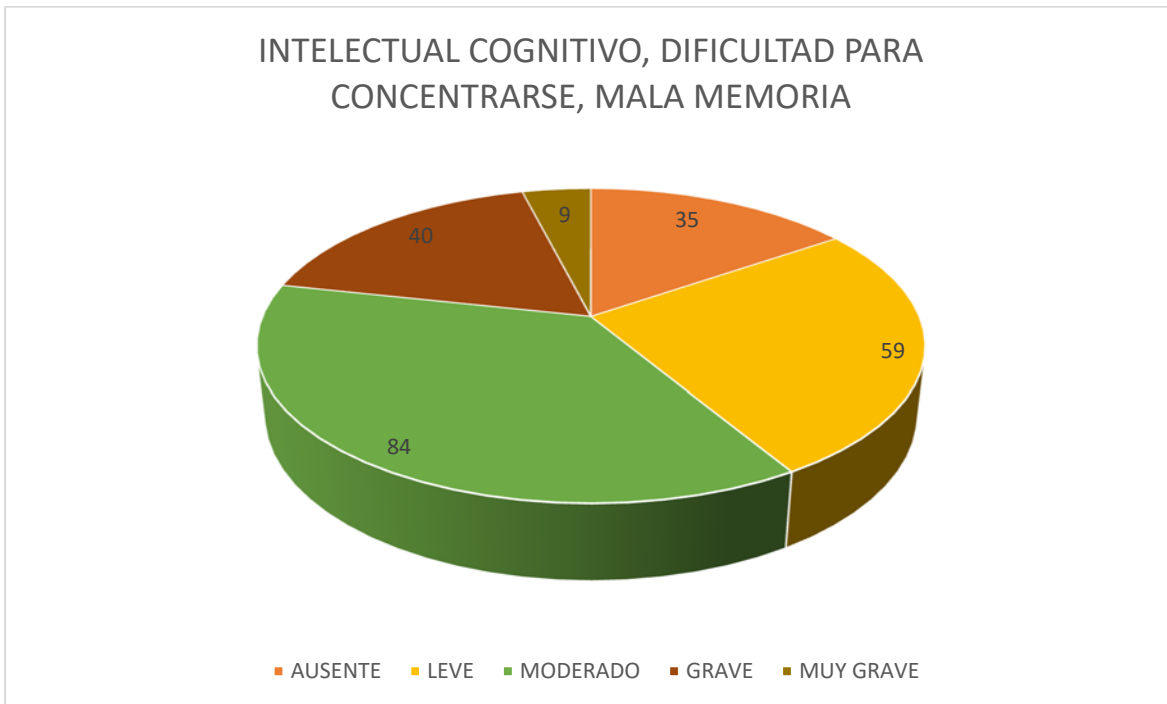
En el estudio realizado a 227 pacientes se observó que el 37.4% se encontraba moderado, el 22.0% grave, el 21.1 % leve, el 11.9% ausente y el 7.5% muy grave.

Cuadro 7. INTELLECTUAL COGNITIVO, DIFICULTAD PARA CONCENTRARSE, MALA MEMORIA. Estudio realizado en Hospital de Zona con Medicina Familiar No 24.

INTELLECTUAL COGNITIVO, DIFICULTAD PARA CONCENTRARSE, MALA MEMORIA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	AUSENTE	35	15.4	15.4	15.4
	LEVE	59	26.0	26.0	41.4
	MODERADO	84	37.0	37.0	78.4
	GRAVE	40	17.6	17.6	96.0
	MUY GRAVE	9	4.0	4.0	100.0
	Total	227	100.0	100.0	

Gráfica 7. INTELLECTUAL COGNITIVO, DIFICULTAD PARA CONCENTRARSE, MALA MEMORIA. Estudio realizado en Hospital de Zona con Medicina Familiar No 24.



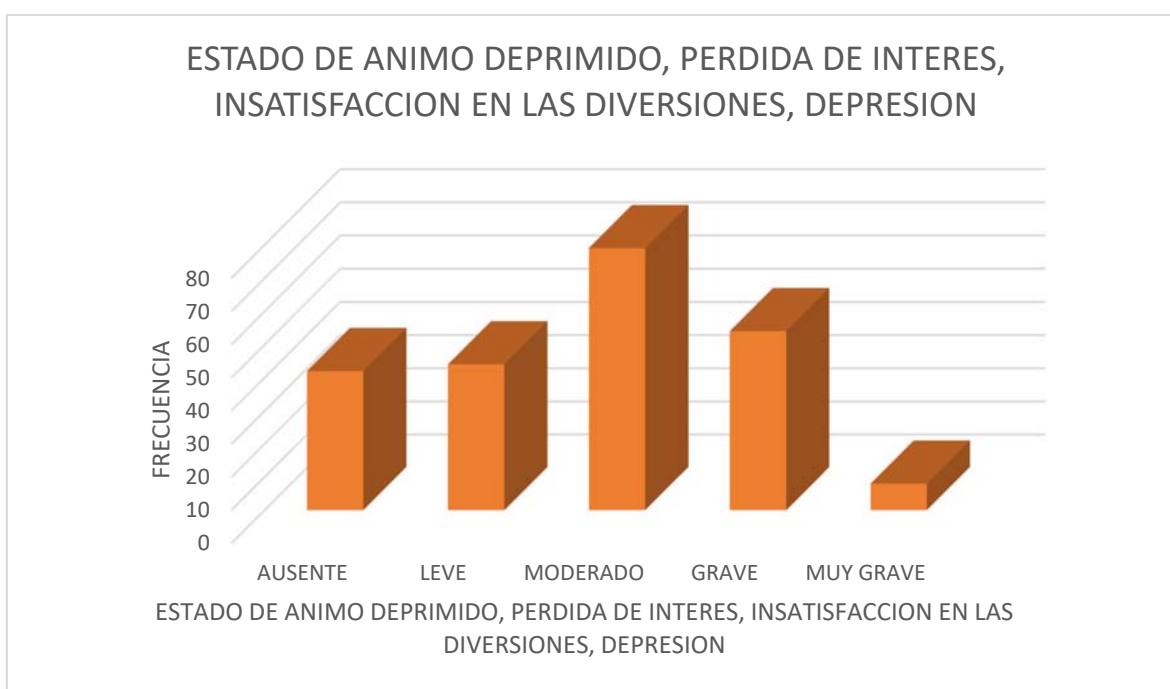
En el estudio realizado a 227 pacientes se observó que se encontraba moderado en un 37.0 %, leve en 26.0%, grave en 17.6 %, ausente en 15.4 % y muy grave en 4.0 %.

Cuadro 8. ESTADO DE ANIMO DEPRIMIDO, PERDIDA DE INTERES, INSATISFACCION EN LAS DIVERSIONES, DEPRESION. Estudio realizado en Hospital de Zona con Medicina Familiar No 24.

ESTADO DE ANIMO DEPRIMIDO, PERDIDA DE INTERES, INSATISFACCION EN LAS DIVERSIONES, DEPRESION

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	AUSENTE	42	18.5	18.5	18.5
	LEVE	44	19.4	19.4	37.9
	MODERADO	79	34.8	34.8	72.7
	GRAVE	54	23.8	23.8	96.5
	MUY GRAVE	8	3.5	3.5	100.0
	Total	227	100.0	100.0	

Gráfica 8. ESTADO DE ANIMO DEPRIMIDO, PERDIDA DE INTERES, INSATISFACCION EN LAS DIVERSIONES, DEPRESION. Estudio realizado en Hospital de Zona con Medicina Familiar No 24.



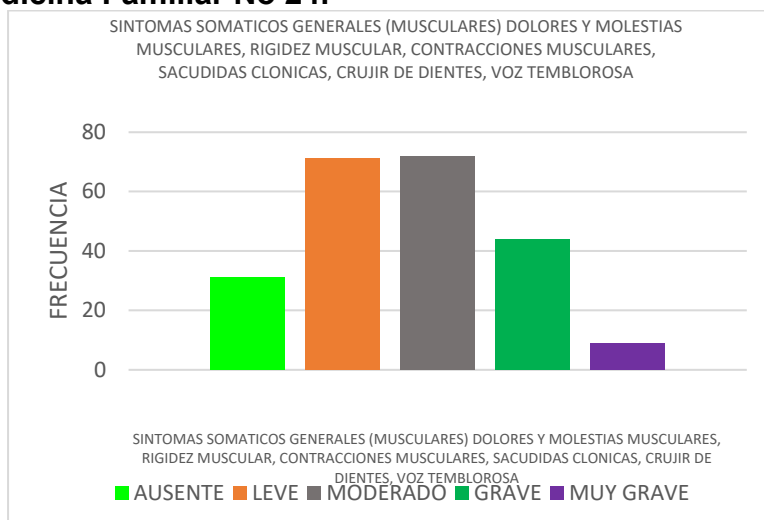
En el estudio realizado a 227 pacientes se observó que en 34.8 % se encontraba moderado, grave en 23.8 %, leve en 19.4 %, ausente en 18.5 % y muy grave en 3.5 %.

Cuadro 9. Síntomas Somáticos Generales (Musculares) Dolores Y Molestias Musculares, Rigidez Muscular, Contracciones Musculares, Sacudidas Clónicas, Crujir De Dientes, Voz Temblorosa. Estudio realizado en Hospital de Zona con Medicina Familiar No 24.

SINTOMAS SOMATICOS GENERALES (MUSCULARES) DOLORES Y MOLESTIAS MUSCULARES, RIGIDEZ MUSCULAR, CONTRACCIONES MUSCULARES, SACUDIDAS CLONICAS, CRUJIR DE DIENTES, VOZ TEMBLOROSA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	AUSENTE	31	13.7	13.7	13.7
	LEVE	71	31.3	31.3	44.9
	MODERADO	72	31.7	31.7	76.7
	GRAVE	44	19.4	19.4	96.0
	MUY GRAVE	9	4.0	4.0	100.0
	Total	227	100.0	100.0	

Gráfica 9. Síntomas Somáticos Generales (Musculares) Dolores Y Molestias Musculares, Rigidez Muscular, Contracciones Musculares, Sacudidas Clónicas, Crujir De Dientes, Voz Temblorosa. Estudio realizado en Hospital de Zona con Medicina Familiar No 24.



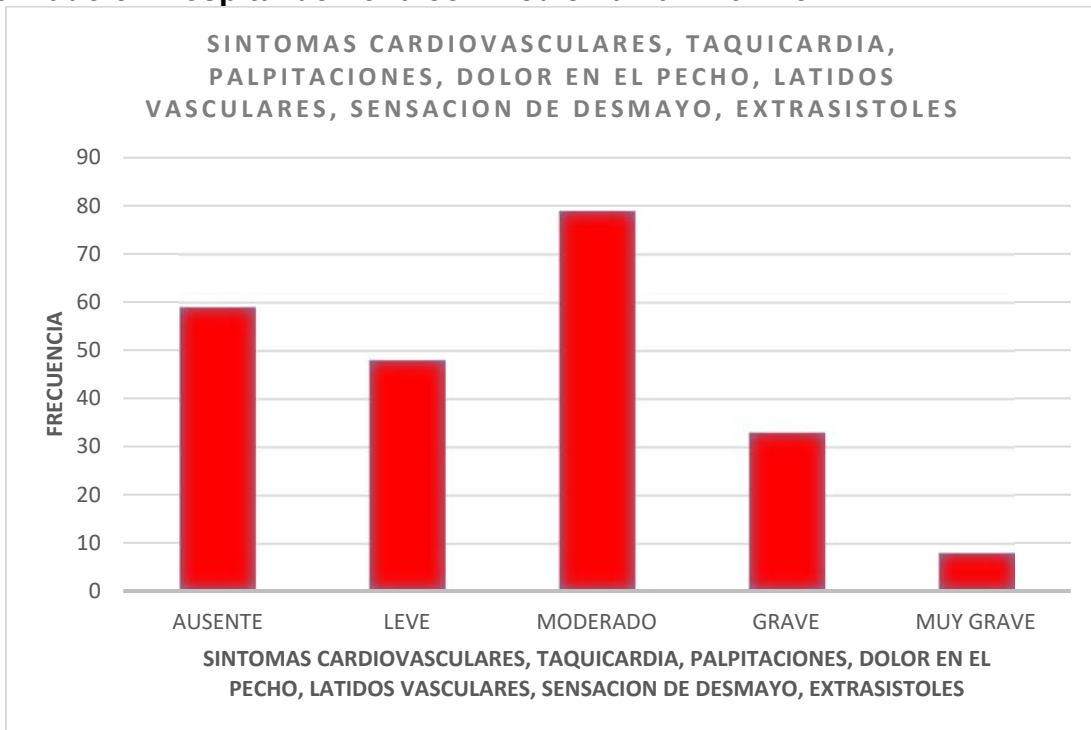
En las encuestas aplicadas, respecto a los síntomas somáticos se encontró moderado en 31.7 %, leve en 31.3 %, grave en 19.4 %, ausente en 13.7 % y muy grave en 4.0 %.

Cuadro 10. Síntomas Cardiovasculares, Taquicardia, Palpitaciones, Dolor En El Pecho, Latidos Vasculares, Sensación De Desmayo, Extrasístoles. Estudio realizado en Hospital de Zona con Medicina Familiar No 24.

SINTOMAS CARDIOVASCULARES, TAQUICARDIA, PALPITACIONES, DOLOR EN EL PECHO, LATIDOS VASCULARES, SENSACION DE DESMAYO, EXTRASISTOLES

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	AUSENTE	59	26.0	26.0	26.0
	LEVE	48	21.1	21.1	47.1
	MODERADO	79	34.8	34.8	81.9
	GRAVE	33	14.5	14.5	96.5
	MUY GRAVE	8	3.5	3.5	100.0
	Total	227	100.0	100.0	

Gráfica 10. Síntomas Cardiovasculares, Taquicardia, Palpitaciones, Dolor En El Pecho, Latidos Vasculares, Sensación De Desmayo, Extrasístoles. Estudio realizado en Hospital de Zona con Medicina Familiar No 24.



En las encuestas realizadas se observó que se encontraba moderado en un 34.8 %, ausente en 26.0 %, leve en 21.1 %, grave en 14.5 % y muy grave en 3.5 %.

Cuadro 11. Síntomas Gastrointestinales, Dificultad Para Tragar, Gases, Dispepsia, Dolor Antes Y Después De Comer, Sensación De Ardor, Sensación De Estómago Lleno, Vómitos Acuosa, Estreñimiento, Sensación De

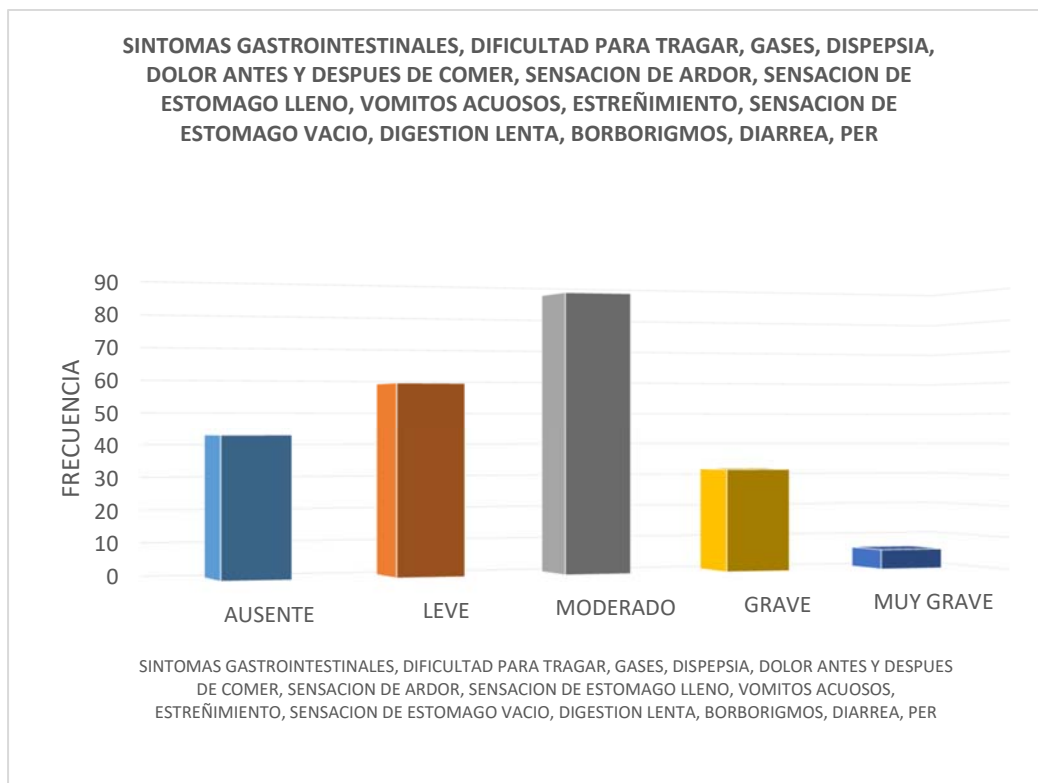
Estómago Vacío, Digestión Lenta, Borborismos, Diarrea, Pérdida De Peso, Estreñimiento. Estudio realizado en Hospital de Zona con Medicina Familiar No 24.

SINTOMAS GASTROINTESTINALES, DIFICULTAD PARA TRAGAR, GASES, DISPEPSIA, DOLOR ANTES Y DESPUES DE COMER, SENSACION DE ARDOR, SENSACION DE ESTOMAGO LLENO, VOMITOS ACUOSOS, ESTREÑIMIENTO, SENSACION DE ESTOMAGO VACIO, DIGESTION LENTA, BORBORISMOS, DIARREA, PERDIDA DE PESO, ESTREÑIMIENTO.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	AUSENTE	43	18.9	18.9	18.9
	LEVE	59	26.0	26.0	44.9
	MODERADO	87	38.3	38.3	83.3
	GRAVE	32	14.1	14.1	97.4
	MUY GRAVE	6	2.6	2.6	100.0
	Total	227	100.0	100.0	

Gráfica 11. Síntomas Gastrointestinales, Dificultad Para Tragar, Gases, Dispepsia, Dolor Antes Y Después De Comer, Sensación De Ardor, Sensación De Estómago Lleno, Vómitos Acuoso, Estreñimiento, Sensación De

Estómago Vacío, Digestión Lenta, Borborismos, Diarrea, Pérdida De Peso, Estreñimiento. Estudio realizado en Hospital de Zona con Medicina Familiar No 24.



En las encuestas aplicadas se observó que se encontraba moderado en un 38.3 %, leve en 26.0 %, ausente en 18.9 %, grave 14.1 % y muy grave 2.6 %.

ANALISIS DE RESULTADOS

Identificar los factores precipitantes para el desarrollo de trastorno de ansiedad en pacientes de 20 a 50 años adscritos al hospital general de zona 24 con Medicina Familiar del IMSS de Nueva Rosita, Coahuila.

Se identificaron los factores precipitantes, los cuales corresponden a la edad de 20 a 50 años encontrándose con mayor frecuencia entre el grupo de 40 a 50 años de edad; respecto al sexo, se encontró que el sexo femenino se ve afectado con más frecuencia, en un 69.2%, en comparación con 30.8% correspondiente al sexo masculino; en cuanto al estado civil se identificó que tiene mayor frecuencia entre los casados, con 64.3% y el más bajo en la viudez con un 0.4%; respecto al grado de estudios, se encontró que el grupo más afectado es el de secundaria con un 41% y el menos afectado el de posgrado, con 3.1%. El cuadro de contingencia de Chi-cuadrada de Pearson demuestra valor mayor al 5% con una alta relación entre las variables edad y estado de ánimo. Por lo cual determinamos que los mayores de 40 años tienen más predisposición a padecer síntomas de trastorno de ansiedad. El cuadro de contingencia de Chi-cuadrada de Pearson demuestra valor ligeramente mayor al 5% con una escasa relación entre las variables sexo y estado de ánimo. Por lo que determinamos que el sexo femenino tiene mayor predisposición a presentar y/o padecer síntomas de trastorno de ansiedad. El cuadro de contingencia de Chi-cuadrada de Pearson demuestra valor menor al 5% sin una relación entre las variables grado de estudios y estado de ánimo.

Por lo cual determinamos que el grado de escolaridad no tiene relación con síntomas de trastorno de ansiedad.

SEXO, ESTADO DE ANIMO, PREOCUPACIONES, ANTICIPACION DE LO PEOR, APRENSION, IRRITABILIDAD tabulación cruzada

			ESTADO DE ANIMO, PREOCUPACIONES, ANTICIPACION DE LO PEOR, APERNSION, IRRITABILIDAD					Total
			AUSENTE	LEVE	MODERADO	GRAVE	MUY GRAVE	
SEXO	FEMENINO	Recuento	15	37	69	23	13	157
		% dentro de SEXO	9.6%	23.6%	43.9%	14.6%	8.3%	100.0%
	MASCULINO	Recuento	10	29	16	11	4	70

	% dentro de SEXO	14.3%	41.4%	22.9%	15.7%	5.7%	100.0%
Total	Recuento	25	66	85	34	17	227
	% dentro de SEXO	11.0%	29.1%	37.4%	15.0%	7.5%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

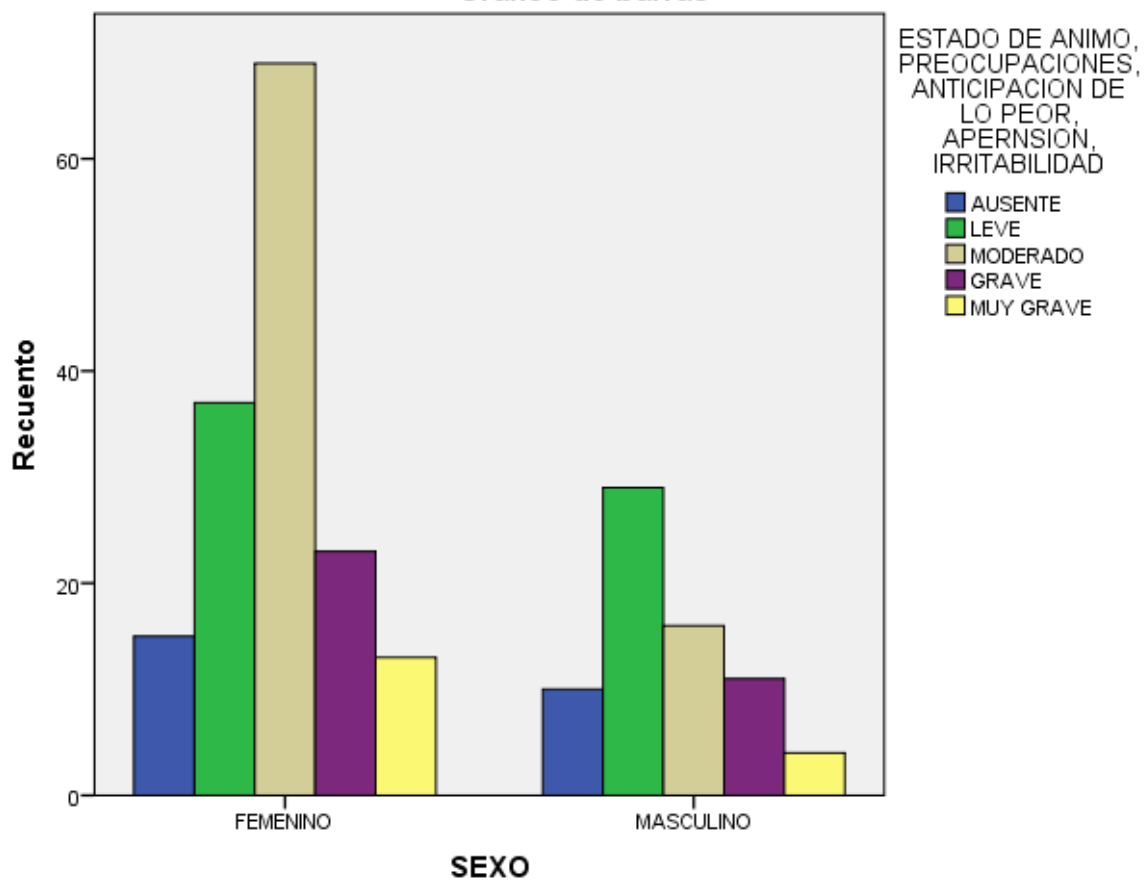
	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	12.511 ^a	4	.014
Razón de verosimilitud	12.725	4	.013
N de casos válidos	227		

a. 0 casillas (0.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5.24.

El cuadro de contingencia de Chi-cuadrada de Pearson demuestra valor ligeramente mayor al 5% con una escasa relación entre las variables sexo y estado de animo

Por lo que determinamos que el sexo femenino tiene mayor predisposición a presentar y/o padecer síntomas de trastorno de ansiedad.

Gráfico de barras



EDAD*ESTADO DE ANIMO, PREOCUPACIONES, ANTICIPACION DE LO PEOR, APERNSION, IRRITABILIDAD tabulación

cruzada

			ESTADO DE ANIMO, PREOCUPACIONES, ANTICIPACION DE LO PEOR, APERNSION, IRRITABILIDAD					Total
			AUSENTE	LEVE	MODERADO	GRAVE	MUY GRAVE	
EDAD	20	Recuento	2	3	5	0	0	10
		% dentro de EDAD	20.0%	30.0%	50.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	21	Recuento	0	1	1	0	0	2
		% dentro de EDAD	0.0%	50.0%	50.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	22	Recuento	0	0	3	1	0	4
		% dentro de EDAD	0.0%	0.0%	75.0%	25.0%	0.0%	100.0%
	23	Recuento	0	0	0	1	0	1
		% dentro de EDAD	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%
	24	Recuento	1	3	1	0	0	5
		% dentro de EDAD	20.0%	60.0%	20.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	25	Recuento	0	0	4	0	0	4
		% dentro de EDAD	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	26	Recuento	1	1	2	2	0	6
		% dentro de EDAD	16.7%	16.7%	33.3%	33.3%	0.0%	100.0%
	27	Recuento	3	0	1	1	0	5
		% dentro de EDAD	60.0%	0.0%	20.0%	20.0%	0.0%	100.0%
	28	Recuento	0	5	1	1	2	9
		% dentro de EDAD	0.0%	55.6%	11.1%	11.1%	22.2%	100.0%
	29	Recuento	2	2	1	0	0	5
		% dentro de EDAD	40.0%	40.0%	20.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	30	Recuento	0	4	3	0	1	8
		% dentro de EDAD	0.0%	50.0%	37.5%	0.0%	12.5%	100.0%
	31	Recuento	1	5	4	0	0	10
		% dentro de EDAD	10.0%	50.0%	40.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	32	Recuento	0	2	1	2	2	7
		% dentro de EDAD	0.0%	28.6%	14.3%	28.6%	28.6%	100.0%
	33	Recuento	1	1	0	3	0	5
		% dentro de EDAD	20.0%	20.0%	0.0%	60.0%	0.0%	100.0%
	34	Recuento	1	2	3	1	0	7
		% dentro de EDAD	14.3%	28.6%	42.9%	14.3%	0.0%	100.0%

35	Recuento	1	0	3	0	2	6
	% dentro de EDAD	16.7%	0.0%	50.0%	0.0%	33.3%	100.0%
36	Recuento	0	1	2	2	0	5
	% dentro de EDAD	0.0%	20.0%	40.0%	40.0%	0.0%	100.0%
37	Recuento	0	6	4	0	0	10
	% dentro de EDAD	0.0%	60.0%	40.0%	0.0%	0.0%	100.0%
38	Recuento	1	3	0	1	0	5
	% dentro de EDAD	20.0%	60.0%	0.0%	20.0%	0.0%	100.0%
39	Recuento	0	2	6	1	0	9
	% dentro de EDAD	0.0%	22.2%	66.7%	11.1%	0.0%	100.0%
40	Recuento	1	1	2	2	1	7
	% dentro de EDAD	14.3%	14.3%	28.6%	28.6%	14.3%	100.0%
41	Recuento	0	0	4	1	0	5
	% dentro de EDAD	0.0%	0.0%	80.0%	20.0%	0.0%	100.0%
42	Recuento	2	3	7	1	0	13
	% dentro de EDAD	15.4%	23.1%	53.8%	7.7%	0.0%	100.0%
43	Recuento	0	0	1	3	0	4
	% dentro de EDAD	0.0%	0.0%	25.0%	75.0%	0.0%	100.0%
44	Recuento	0	1	0	0	0	1
	% dentro de EDAD	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
45	Recuento	2	3	4	2	0	11
	% dentro de EDAD	18.2%	27.3%	36.4%	18.2%	0.0%	100.0%
46	Recuento	1	4	5	0	0	10
	% dentro de EDAD	10.0%	40.0%	50.0%	0.0%	0.0%	100.0%
47	Recuento	0	1	4	1	3	9
	% dentro de EDAD	0.0%	11.1%	44.4%	11.1%	33.3%	100.0%
48	Recuento	1	1	4	1	4	11
	% dentro de EDAD	9.1%	9.1%	36.4%	9.1%	36.4%	100.0%
49	Recuento	2	4	3	1	0	10
	% dentro de EDAD	20.0%	40.0%	30.0%	10.0%	0.0%	100.0%
50	Recuento	2	7	6	6	2	23
	% dentro de EDAD	8.7%	30.4%	26.1%	26.1%	8.7%	100.0%
Total	Recuento	25	66	85	34	17	227
	% dentro de EDAD	11.0%	29.1%	37.4%	15.0%	7.5%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	161.136 ^a	120	.007
Razón de verosimilitud	165.675	120	.004
N de casos válidos	227		

a. 153 casillas (98.7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .07.

El cuadro de contingencia de Chi-cuadrada de Pearson demuestra valor mayor al 5% con una alta relación entre las variables edad y estado de ánimo.

Por lo cual determinamos que los mayores de 40 años tienen más predisposición a padecer síntomas de trastorno de ansiedad.

GRADO DE ESTUDIOS*ESTADO DE ANIMO, PREOCUPACIONES, ANTICIPACION DE LO PEOR, APRENSION, IRRITABILIDAD

tabulación cruzada

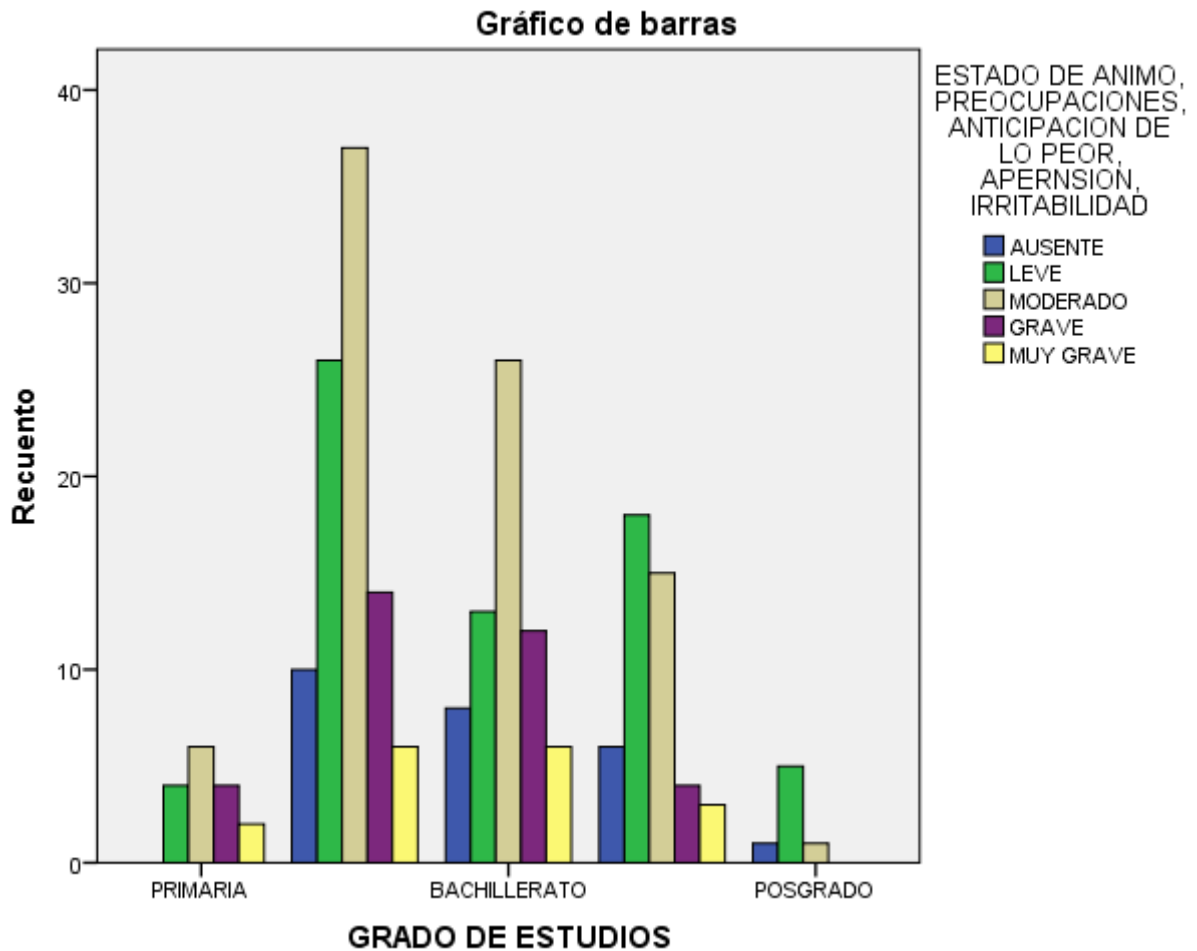
			ESTADO DE ANIMO, PREOCUPACIONES, ANTICIPACION DE LO PEOR, APRENSION, IRRITABILIDAD					Total
			AUSENTE	LEVE	MODERADO	GRAVE	MUY GRAVE	
			E					
GRADO DE ESTUDIOS	PRIMARIA	Recuento	0	4	6	4	2	16
		% dentro de GRADO DE ESTUDIOS	0.0%	25.0%	37.5%	25.0%	12.5%	100.0%
	SECUNDARIA	Recuento	10	26	37	14	6	93
		% dentro de GRADO DE ESTUDIOS	10.8%	28.0%	39.8%	15.1%	6.5%	100.0%
	BACHILLERATO	Recuento	8	13	26	12	6	65
		% dentro de GRADO DE ESTUDIOS	12.3%	20.0%	40.0%	18.5%	9.2%	100.0%
	UNIVERSITARIA	Recuento	6	18	15	4	3	46
		% dentro de GRADO DE ESTUDIOS	13.0%	39.1%	32.6%	8.7%	6.5%	100.0%
	POSGRADO	Recuento	1	5	1	0	0	7
		% dentro de GRADO DE ESTUDIOS	14.3%	71.4%	14.3%	0.0%	0.0%	100.0%
Total		Recuento	25	66	85	34	17	227
		% dentro de GRADO DE ESTUDIOS	11.0%	29.1%	37.4%	15.0%	7.5%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	16.913 ^a	16	.391
Razón de verosimilitud	19.264	16	.255
N de casos válidos	227		

a. 11 casillas (44.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .52.

El cuadro de contingencia de Chi-cuadrada de Pearson demuestra valor menor al 5% sin una relación entre las variables grado de estudios y estado de ánimo. Por lo cual determinamos que el grado de escolaridad no tiene relación con síntomas de trastorno de ansiedad.



DISCUSIÓN

A nivel mundial, la proporción de la población con trastornos de ansiedad es de 3,6%. Del mismo modo que en el caso de la depresión, los trastornos de ansiedad son más comunes en las mujeres que en los hombres (4,6% en contraste con 2,6%, a nivel mundial).

Las tasas de prevalencia no varían sustancialmente entre los grupos etarios, aunque se puede observar una tendencia a una menor prevalencia en los grupos de mayor edad.

Los síndromes ansiosos como los depresivos, son las formas de psicopatología más frecuente en México. Estudios reportados para 1999 en población mexicana encontraron que el 14.8% presentaba algún trastorno de ansiedad.

En México existen estudios que muestran una mayor prevalencia entre los 15 y los 45 años de edad, con una proporción mayor para las mujeres que para los hombres, de 2 a 1 respectivamente. En nuestro estudio se observó una mayor prevalencia entre los 20 años con porcentaje de 4.4 % y edad máxima de 50 años con un porcentaje de 10.1 % en relación a la edad dato similar al nacional. La prevalencia respecto al sexo es mayor en el sexo femenino respecto al masculino con un porcentaje de 69.2 % en el femenino y 30.8 % en el masculino como lo menciona la estadística nacional.

Asimismo, en México es más frecuente en personas separadas, así como en sujetos con nivel educativo bajo. En nuestro estudio se observó mayor prevalencia en casados en un 64%, 17.2% unión libre, 11.9% solteros, divorciados 6.2% y viudez en un .4 %. En cuanto al nivel educativo se observó mayor prevalencia en pacientes con educación secundaria en un 41.0%, 28.6% con bachillerato, 20.3% con universitaria, 7.0% con primaria, 3.1% con estudios de posgrado.

En lo que se refiere al nivel educativo máximo que tenían los participantes, encontramos que a menor nivel educativo aumenta el riesgo de presentar ansiedad, ya que el 41 % de los encuestados refirió haber concluido la educación secundaria, en relación al 3.1 % que tenían como grado académico máximo posgrado.

Se encontró que el sexo femenino fue predominante en este estudio, lo cual puede ser factor predisponente de crisis en la dinámica familiar, ya que, por lo general, la mujer, sea o no trabajadora, es la encargada de las labores del hogar, cuidado de los hijos, resultando en la reestructuración de los miembros del hogar.

Tras la aplicación de encuestas se encontró que los participantes presentan prevalencia de ansiedad en un grado moderado.

Para obtener los resultados de este estudio, se incluyeron a 227 pacientes, a los que se les aplicó la Escala de Ansiedad de Hamilton.

CONCLUSIONES

En nuestra unidad se identificaron los factores precipitantes, los cuales corresponden a la edad de 20 a 50 años encontrándose con mayor frecuencia entre el grupo de 40 a 50 años de edad, con una moda de 50, mediana de 38.00, media de 37.59. con una edad mínima de 20 con porcentaje de 4.4 % y máxima de 50 con un porcentaje de 10.1 % en relación a la edad.

Respecto al sexo, se encontró que el sexo femenino se ve afectado con más frecuencia, en un 69.2%, en comparación con 30.8% correspondiente al sexo masculino.

En cuanto al estado civil se identificó que tiene mayor frecuencia entre los casados, con 64.3% y el más bajo en la viudez con un 0.4%; en unión libre 17.2%, soltero 11.9% y divorciado 6.2%.

Respecto al grado de estudios, se encontró que el grupo más afectado es el de secundaria con un 41% y el menos afectado el de posgrado, con 3.1%; primaria 7%, bachillerato 18.64%, universitario 10.3%.

El cuadro de contingencia de Chi-cuadrada de Pearson demuestra valor mayor al 5% con una alta relación entre las variables edad y estado de ánimo. Por lo cual determinamos que los mayores de 40 años tienen más predisposición a padecer síntomas de trastorno de ansiedad.

El cuadro de contingencia de Chi-cuadrada de Pearson demuestra valor ligeramente mayor al 5% con una escasa relación entre las variables sexo y estado de ánimo. Por lo que determinamos que el sexo femenino tiene mayor predisposición a presentar y/o padecer síntomas de trastorno de ansiedad.

El cuadro de contingencia de Chi-cuadrada de Pearson demuestra valor menor al 5% sin una relación entre las variables grado de estudios y estado de ánimo. Por lo cual determinamos que el grado de escolaridad no tiene relación con síntomas de trastorno de ansiedad.

Se observó que el nivel de ansiedad en los encuestados se encuentra en grado moderado, esto es preocupante, ya que muchos de los pacientes se encuentran bajo tratamiento médico

Dichos factores no son modificables, por lo cual es imposible evitar el inicio y desarrollo de la enfermedad, así como la posibilidad de llegar a presentar incapacidad por la misma.

Consideramos, por esta razón que es importante que el médico familiar cuente con el conocimiento de la enfermedad para saber identificar a tiempo los síntomas y así iniciar tratamiento oportunamente y de ser necesario dar manejo conjunto con equipo multidisciplinario, con la finalidad de evitar condiciones de incapacidad en los pacientes portadores de esta patología.

RECOMENDACIONES

- 1) Educar a la población con presencia de los factores precipitantes detectados para que solicite atención oportunamente, en caso de presentar sintomatología sugestiva de trastornos de ansiedad.
- 2) Capacitar al personal médico, de enfermería, trabajo social, para que sepan identificar al paciente con trastornos de ansiedad.
- 3) Al identificar al paciente con trastornos de ansiedad ofrecer apoyo multidisciplinario.
- 4) Enviar a psicología o psiquiatría para diagnosticar y tratar la ansiedad del paciente y evitar la incapacidad, o en grado muy extremo, el suicidio.
- 5) Educar al paciente sobre maneras sanas de descargar la ansiedad, como lo son: realizar ejercicio, escuchar música, pintar, escribir, aprender técnicas de relajación.
- 6) Identificar redes de apoyo, como la familia, amigos, compañeros de trabajo.

BIBLIOGRAFIA

1. Luengo D. LOS SECRETOS DE LA ANSIEDAD 1ª edición, octubre 2015, Ed. Paidós.
https://www.planetadelibros.com/libros_contenido_extra/31/30752_Los_secretos_de_la_ansiedad.pdf
2. Virgen Montelongo R, Lara Zaragoza A . Los trastornos de ansiedad.. Revista Digital Universitaria 10 de noviembre 2005 • Volumen 6 Número 11 • ISSN: 1067-6079
3. Yang de la Cruz S. CASO CLÍNICO: TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN. Psicosomática Y Psiquiatría No 7 Octubre Noviembre Diciembre Año 2018.: 20-27 http://www.psiquiatriapsicologia-dexeus.com/IMAGES_12/completa-n7-psicosomatica.pdf#page=20
4. Oerbeck B. y cols. Mutismo Selectivo. Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP, 2018.: 2
<https://iacapap.org/content/uploads/F.5-Mutismo-Selectivo-Spanish-2018.pdf>
5. Voss Guimarães A. y cols. TRASTORNOS DE ANSIEDAD: UN ESTUDIO DE PREVALENCIA EN FOBIAS ESPECÍFICAS E IMPORTANCIA DE LA AYUDA PSICOLÓGICA. Ciencias biológicas y de la salud | Maceio | v. 3 | n.1 | p. 115-128 | Noviembre 2015 | periodicos.set.edu.br
https://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:E25bkn7EK1AJ:scholar.google.com/+fobia+espec%C3%ADfica+&hl=es&as_sdt=0,5
6. Sotelo, M. (2018). Fobia social y terapia cognitiva: un estudio de caso basado en la evidencia. Revista de Psicología Universidad de Antioquia, 10(2): 131-156.
<https://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/psicologia/article/view/330903/pdf>
7. Torres Achicanoy G. El trastorno de pánico, un estudio de caso. 2018.
<https://reunir.unir.net/bitstream/handle/123456789/7415/GABRIELA%20BEATRIZ%20TORRES%20ACHICANOY.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

8. Bados A. AGORAFOBIA Y PÁNICO. Universitat de Barcelona, Facultat de Psicologia Departament de Psicologia Clínica i Psicobiologia. 2017. <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/115723/1/Agorafobia%20y%20p%C3%A1nico.pdf>
9. Aguilar-Bustos E. Trastorno por uso de sustancias y su relación con el trastorno por déficit de atención. Rev Esp Méd Quir 2014;19:326-331. <https://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2014/rmq143k.pdf>
10. Tortella-Feliu M. Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5.. Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace revista iberoamericana de psicosomática nº 110 – 2014.: 62-69
11. Langarita-Llorente R., Gracia-García P. Neuropsicología del trastorno de ansiedad generalizada: revisión sistemática. REV NEUROL 2019;69:59-67 <https://doi.org/10.33588/rn.6902.2018371>
12. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. PAHO/NMH/17-005.
13. Organización Panamericana de la Salud. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018. Washington, D.C.: OPS; 2018. http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y
14. Lozano-Vargas A., Vega-Dienstmaier J. Construcción y propiedades psicométricas de la Escala de Ansiedad de Lima de 20 ítems (EAL-20). Rev Neuropsiquiatr 81(4), 2018. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v81n4/a03v81n4.pdf>
15. Tilano L., García H., (julio-diciembre, 2018). Mediciones fisiológicas de la ansiedad: avances y posibilidades. Revista Investigium IRE: Ciencias Sociales y Humanas, IX (2), pp.68 – 81 http://investigiumire.unicesmaq.edu.co/index.php/ire/article/view/278/pdf_32
16. Macías-Carballo M., Pérez-Estudillo C. Trastornos de ansiedad: revisión bibliográfica de la perspectiva actual. Revista eNeurobiología, Universidad Veracruzana, vol. 10, 2019.

<https://www.uv.mx/eneurobiologia/vols/2019/24/Mac%C3%ADAs/HTML.html>
<#>

17. Marjan López M. de la Parra et. al. Calidad de vida y discapacidad en el trastorno de ansiedad generalizada. Salud mental Vol. 37, No. 6, noviembre-diciembre 2014, pag. 2.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2014/sam146i.pdf>
18. Dr Guajardo O., Psiquiatra. Hospital General Nueva Rosita 2019.
19. Colección: Guías Distinguidas. Serie: Salud Mental Comité de Redacción Científica de SIIC. Vol. 1, abril 2016, N° 3. Línea Neuropsiquiátrica Roemmers. Trastornos de ansiedad.
https://www.siicsalud.com/pdf/gd_roem_trastor_ansiedad_40116.pdf
20. Arango-Dávila C., Rincón-Hoyosa H., Trastorno depresivo, trastorno de ansiedad y dolor crónico: múltiples manifestaciones de un núcleo fisiopatológico y clínico común. Rev. Colomb. Psiquiat. 2018; 47(1): 46–55.
<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.10.007>
21. Vera Ramírez K., Dávila Morocho J. Función tiroidea y trastornos mentales: una relación subestimada. Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica, Vol. 38, número 2, 2019: 63-67
http://www.revistaavft.com/images/revistas/2019/avft_2_2019/12funcion_tiroidea_trastornos_mentales.pdf
22. Barradas Alarcón M., Fernández Mojica N. Trastornos afectivos: Nivel de ansiedad y depresión en universitarios. Revista Iberoamericana de Producción Académica y Gestión Educativa Publicación # 02 Enero – Junio 2015 <https://www.pag.org.mx/index.php/PAG/article/view/493/532>
23. Núñez Vázquez I. y Crismán Pérez R. La ansiedad como variable predictora de la autoestima en adolescentes y su influencia en el proceso educativo y en la comunicación. Revista Iberoamericana de Educación / Revista Iberoamericana de Educação vol. 71, núm. 2 (15/07/2016), pp. 109-128.
https://www.researchgate.net/profile/Rafael_Crisman-Perez/publication/330913482_La_ansiedad_como_variable_predictora_de_la_autoestima_en_adolescentes_y_su_influencia_en_el_proceso_educativo_y_en_la_comunicacion/links/5c5b5abe45851582c3d3d136/La-ansiedad-

[como-variable-predictora-de-la-autoestima-en-adolescentes-y-su-influencia-en-el-proceso-educativo-y-en-la-comunicacion.pdf](#)

24. Gómez-Restrepo C., Tamayo Martínez N. Trastornos depresivos y de ansiedad y factores asociados en la población adulta colombiana, Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. rev colomb psiquiat. 2016;45(S1):58–67.
<http://www.redalyc.org/pdf/806/80650839009.pdf>
25. Forcadell E., Lázaro L. Trastornos de Ansiedad.
<https://portal.hospitalclinic.org/enfermedades/trastornos-de-ansiedad/causas-y-factores-de-riesgo>
26. Córdova Castañeda A., De Santillana Hernández S. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IM., SS-392-10. Guía de práctica clínica GPC Diagnóstico y Tratamiento de los trastornos de ansiedad en el adulto. Evidencias y recomendaciones.
27. Schnaas F., Avances en el diagnóstico y tratamiento de la ansiedad y la depresión. Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría 2017; 45 (1): 22-25.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2017/nnp171e.pdf>

FACTORES PRECIPITANTES ASOCIADOS A TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN PACIENTES ADULTOS DE 20 A 50 AÑOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR 24 DEL IMSS DE NUEVA ROSITA COAHUILA

ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN (ADULTOS)

Nombre del estudio:	FACTORES PRECIPITANTES ASOCIADOS A TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN PACIENTES ADULTOS DE 20 A 50 AÑOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR 24 DEL IMSS DE NUEVA ROSITA COAHUILA
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	Nueva Rosita Coahuila México. 1 de Diciembre 2019 a 30 Noviembre 2020
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Valorar los factores precipitantes asociados a trastorno de ansiedad en pacientes adultos de 20 a 50 años en el hospital de zona con medicina familiar 24 del IMSS de Nueva Rosita Coahuila.
Procedimientos:	Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar una encuesta.
Posibles riesgos y molestias:	Solo lo que implica llenar la encuesta.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Disminución de discapacidad e incapacidad.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Mejorar la calidad de vida.
Participación o retiro:	Voluntaria
Privacidad y confidencialidad:	Absoluta
Declaración de consentimiento:	
Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:	
<input type="checkbox"/>	No acepto que mi familiar o representado participe en el estudio.
<input type="checkbox"/>	Si acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros, conservando su sangre hasta por ____ años tras lo cual se destruirá la misma.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	Determinar los factores precipitantes y el grado de ansiedad psiquica y somatica
Beneficios al término del estudio:	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dra. Rosa María Rubalcaba Rodriguez Tel: 844 879 81 78
Colaboradores:	
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comité.eticainv@imss.gob.mx	

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

FACTORES PRECIPITANTES ASOCIADOS A TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN PACIENTES ADULTOS DE 20 A 50 AÑOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR 24 DEL IMSS DE NUEVA ROSITA COAHUILA

Anexo 2: Escala de ansiedad de Hamilton

Todos los campos son obligatorios.

Hombre: ____ Mujer: ____ 20-30 años ____ 30-40 años ____ 40-50 años ____

Soltero ____ casado ____ viudo ____ Divorciado ____ Unión Libre ____

Estudios: Sin formación: ____ Primaria ____ Secundaria ____

Bachillerato ____ Universitaria ____ Posgrado ____

Marque la respuesta más adecuada:

SINTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente (0)	Leve (1)	Moderado (2)	Grave (3)	Muy grave/ incapacitante (4)
1.Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa) irritabilidad.					
2.Tension. sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.					
3.Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes					
4.Insomnia. dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.					
5.Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria					
6.Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.					

7.Síntomas somáticos generales (musculares). Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa					
8.Síntomas somáticos generales (sensoriales). Zumbidos de oídos visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.					
9.Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístoles.					
10.Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.					
11.Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia, dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.					
12.Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, urgente, amenorrea, menorragia, aparición de frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.					

13. Síntomas autónomos. Boca seca, Rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefalea de tensión, piloerección (pelos de punta)					
14.Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico). Tenso, no relajado, agitación nerviosa, manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento de tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 respiraciones por minuto, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo ocular), sudor, tics en párpados.					

Ansiedad Psíquica	
Ansiedad Somática	
PUNTUACIÓN TOTAL	

Población diana: población general. Se trata de una escala heteroadministrada por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 14) y en la ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento. Validación de Escala de Hamilton, *Med Clin (Barcelona)* 2002;118(13):493-9. Autor: Lobo A. Camorro L. Luque A.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 506.
H GRAL ZONA -MF- NUM 24

Registro COFEPRIS 17 CI 05 032 070
Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 05 CEI 001 20170331

FECHA Jueves, 21 de noviembre de 2019

Dra. ROSA MARIA RUBALCABA RODRIGUEZ

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **FACTORES PRECIPITANTES ASOCIADOS A TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN PACIENTES ADULTOS DE 20 A 50 AÑOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR 24 DEL IMSS DE NUEVA ROSITA COAHUILA** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2019-506-020

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE


Dr. Gonzalo Martínez Leon
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 506

Imprimir

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL