



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA DIVISIÓN DE ESTUDIOS
DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL HOSPITAL
DE GINECOOBSTETRICIA / UNIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR NO. 13**

**NIVEL DE ANSIEDAD Y SU RELACION CON REDES DE APOYO
LIMITADAS EN ADULTOS MAYORES DE 65 AÑOS, DE LA UMF 13**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA

GARCÍA SANTILLAN KARINA

DIRECTOR DE TESIS

DRA. ALMA ITALIA GUERRERO MARTÍNEZ

CIUDAD DE MÉXICO 2023





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.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACIÓN 1 NORTE DEL DISTRITO FEDERAL

**PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER LA LIBERACIÓN DE
LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**

**HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA / UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR NO. 13**

**“Nivel de ansiedad y su relación con redes de apoyo limitadas
en adultos mayores de 65 años, de la UMF 13”**

Investigador principal:

Dra. Karina García Santillán
Médico Residente de primer año HGO/UMF13
Matrícula 97351704
e-mail: karina.facmed19@gmail.com

Investigador responsable:


Dra. Alma Italia Guerrero Martínez
Médico Hematólogo HGO/UMF13
Matrícula 99368649
e-mail: Italia.guerrero@imss.gob.mx

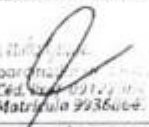

Reforma No. 6, Col. Villa Azcapotzalco, entre Hidalgo y Aztecas, Del. Azcapotzalco,

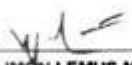
Nivel de ansiedad y su relación con redes de apoyo limitadas en adultos mayores de 65 años, de la UMF 13.


AUTORIZACIONES



DRA. SILVIA CUEVAS LEÓN
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
DIRECTOR MÉDICO DE UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 13


DRA. GARCIA RIVERA BLANCA BERENICE
MÉDICO ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 13


 Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud
Céd. No. 99177/10
Matrícula 993664
DRA. GUERRERO MARTÍNEZ ALMA ITALIA
MÉDICO ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA
SUBDIRECTOR MÉDICO Y ASESOR DE TESIS
HOSPITAL GENERAL DE ZON No. 48


DRA. LIMÓN LEMUS MIRIAM
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 13


DR. VALDEZ GASSER JORGE ALEJANDRO
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 13


DRA. KARINA GARCIA SANTILLAN
MÉDICO RESIDENTE DE SEGUNDO AÑO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.13



DICTAMEN DE APROBADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 3511.
U MED FAMILIAR NUM 14

Registro COFEPRIS 19 CI 09 017 032
Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 09 CEI 012 2018082

FECHA Miércoles, 17 de noviembre de 2021

Dra. ALMA ITALIA GUERRERO MARTINEZ

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Nivel de ansiedad y su relación con redes de apoyo limitadas en adultos mayores de 65 años, de la UMF 13** 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-2021-3511-074

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. ANDRES LEON SANTAMARIA
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3511

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

INDICE

RESUMEN ESTRUCTURADO	1
ABSTRAC.....	2
AGRADECIMIENTOS.....	3
MARCO TEORICO	4
JUSTIFICACIÓN	19
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	20
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	22
OBJETIVOS.....	22
HIPÓTESIS.....	22
MATERIAL Y MÉTODOS.....	23
DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES.....	24
RECURSOS HUMANOS, TECNOLÓGICOS Y FÍSICOS.....	27
ASPECTOS ÉTICOS Y FACTIBILIDAD	27
RESULTADOS	30
DISCUSIÓN.....	34
CONCLUSIONES	35
BIBLIOGRAFÍA	36
ANEXOS.....	39

RESUMEN ESTRUCTURADO

Nivel de ansiedad y su relación con redes de apoyo limitadas en adultos mayores de 65 años, de la UMF 13

García K¹, Guerrero AI²,

1. Médico Residente

2. Coordinador clínico de educación e investigación en salud

Introducción: Las manifestaciones de ansiedad son frecuentes entre las personas mayores pueden ser lo bastante disruptivas en su vida considerándose un problema clínico. Se asocia con consecuencias negativas, como discapacidad, disminución de la sensación de bienestar y satisfacción con la vida, aumento de la mortalidad. Las redes de apoyo constituyen la base sobre la que se dan las ayudas que las personas requieren, contribuyen al sentimiento de pertenencia y generan la integración social. En edades avanzadas evitan el aislamiento e inciden y cobran importancia en la calidad de vida. **Objetivo:** Analizar el Nivel de ansiedad y su relación con redes de apoyo limitadas en adultos mayores de 65 años, de la Unidad de Medicina Familiar No. 13. **Material y métodos:** se realizó un estudio observacional descriptivo transversal analítico en una muestra de 320 adultos mayores de 65 años, adscritos a la UMF 13, previo consentimiento informado se aplicó el inventario de ansiedad de Beck y la escala de apoyo social y datos generales. **Resultados:** se estudió población total de 320 pacientes adultos mayores de 65 años, características sociodemográficas encontradas fueron predominio del sexo femenino 57.5%, el rango de edad predominante 65-70 años 31.9%, escolaridad nivel secundaria 41.3%, las comorbilidades que destacaron Diabetes Mellitus 2 e hipertensión Arterial Sistémica con 29.4%, prevalencia de ansiedad en adultos severa 41.6%. La red de apoyo brindada por familiares es baja 64.7%, ansiedad severa se presentó más en mujeres 24.7 %. **Conclusión:** existe en nuestro medio un alto porcentaje de individuos con ansiedad es de suma importancia que se puedan identificar y canalizar a los servicios correspondientes. Será de utilidad para una oportuna intervención del médico familiar.

Palabras Clave: Adulto mayor, Ansiedad, Redes de apoyo, Salud mental.

ABSTRAC

Level of anxiety and its relationship with limited support networks in adults over 65 years of age, from the UMF 13

Garcia K1, Guerrero AI2,

1. Resident doctor

Clinical coordinator of health education and research

Introduction: Manifestations of anxiety are common among older people and can be disruptive enough in their lives to be considered a clinical problem. It is associated with negative consequences, such as disability, decreased sense of well-being and satisfaction with life, increased mortality. Support networks constitute the basis on which the help that people require is given, they contribute to the feeling of belonging and generate social integration. At advanced ages they avoid isolation and influence and gain importance in the quality of life. **Objective:** To analyze the level of anxiety and its relationship with limited support networks in adults over 65 years of age, from the Family Medicine Unit No. 13. **Material and methods:** an analytical cross-sectional descriptive observational study was carried out in a sample of 320 adults over 65 years of age, enrolled in the UMF 13, with prior informed consent, the Beck anxiety inventory and the social support scale and general data were applied. **Results:** a total population of 320 adult patients over 65 years of age was studied, sociodemographic characteristics found were predominance of the female sex 57.5%, the predominant age range 65-70 years 31.9%, secondary education level 41.3%, comorbidities that highlighted Diabetes Mellitus 2 and Systemic Arterial Hypertension with 29.4%, prevalence of severe anxiety in adults 41.6%. The support network provided by family members is low 64.7%, severe anxiety occurred more in women 24.7%. **Conclusion:** in our environment there is a high percentage of individuals with anxiety, it is of utmost importance that they can be identified and channeled to the corresponding services. It will be useful for timely intervention by the family doctor.

Keywords: Older adults, Anxiety, Support networks, Mental health.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por haberme otorgado una familia maravillosa, quienes han creído siempre en mí, dándome ejemplo de superación, humildad y sacrificio; enseñándome a valorar todo lo que tengo. A ellos les dedico el presente trabajo, porque han fomentado en mí, el deseo de superación y de triunfo en la vida lo que ha contribuido a la realización de este logro espero contar siempre con su valioso e incondicional apoyo.

MARCO TEÓRICO

Salud Mental

La salud mental es más que la mera ausencia de trastornos mentales. La dimensión positiva de la salud mental ha sido subrayada en la definición de salud de la OMS, tal cual consta en la constitución misma: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». ⁽¹⁾

Los conceptos de salud mental incluyen bienestar subjetivo, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente. También ha sido definido como un estado de bienestar por medio del cual los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, y contribuir a sus comunidades. Salud mental se refiere a la posibilidad de acrecentar la competencia de los individuos y comunidades y permitirles alcanzar sus propios objetivos.

La salud mental es materia de interés para todos, y no sólo para aquellos afectados por un trastorno mental. En efecto, los problemas de la salud mental afectan a la sociedad en su totalidad, y no sólo a un segmento limitado o aislado de la misma y por lo tanto constituyen un desafío importante para el desarrollo general. ⁽²⁾ No hay grupo humano inmune, pero el riesgo es más alto en los pobres, el desempleo, en las personas con poco nivel de escolaridad, las víctimas de la violencia, los migrantes y refugiados, las poblaciones indígenas, las mujeres maltratadas y el anciano abandonado. En todos los individuos, la salud mental, la física y la social están íntimamente relacionadas. Con el creciente conocimiento sobre esta interdependencia, surge de manera más evidente que la salud mental es un pilar central en el bienestar general de los individuos, sociedades y naciones.

Para todas las personas, la salud mental y física y el bienestar social son componentes vitales inextricablemente ligados. Con el desarrollo del conocimiento

acerca de esta interrelación, surge más claramente que la salud mental es crucial para asegurar el bienestar general de los individuos, sociedades y países. En efecto, la salud mental puede ser definida como el estado de bienestar que permite a los individuos realizar sus habilidades, afrontar el estrés normal de la vida, trabajar de manera productiva y fructífera, y hacer una contribución significativa a sus comunidades. No obstante, en la mayor parte del mundo, ni remotamente se le atribuye a la salud y los trastornos mentales la misma importancia de la salud física. Por el contrario, la salud mental ha sido objeto de abandono e indiferencia. ⁽³⁾

Es cada vez más evidente que las funciones mentales están interconectadas con el funcionamiento físico y social, y con el estado de salud. Por ejemplo, la depresión constituye un factor de riesgo en el cáncer y en los trastornos cardiovasculares. Por otra parte, la adherencia al tratamiento en personas afectadas por un trastorno físico que además sufren de depresión, ansiedad y uso de sustancias puede flaquear de manera sustancial. Recuérdese también que ciertas conductas adversas, tales como el fumar y la actividad sexual no protegida, están ligadas al origen de varios trastornos físicos tales como el cáncer o el VIH/SIDA.

Las diferentes problemáticas que presentan las personas con alguna enfermedad mental y la heterogeneidad de criterios usados para su definición hacen que dentro del colectivo de la salud mental nos encontremos ante diferentes perfiles con características y necesidades muy diversas. Por ello, es fundamental delimitar correctamente esta población con el fin de identificar sus necesidades y poder diseñar programas de atención y soporte en la comunidad, ya que debido a la gravedad de sus trastornos y al déficit de funcionamiento social que los acompaña, debe constituir un grupo de interés prioritario, tanto de servicios sanitarios como de dispositivos sociales de apoyo. ⁽⁴⁾

En cuanto a la tercera edad comprendida de los 65 años en adelante, hay que considerar que el envejecimiento genera cambios importantes en el estilo de vida y repercusiones para la salud, suele existir mayor deterioro funcional; aunque este puede posponerse manteniendo una vida física, mental y social activa. Por lo tanto, el objetivo en la intervención del sistema de salud no es prolongar la vida, sino mantener la mejor calidad de vida en el tiempo que le queda. Se ha mostrado que

existe relación entre la funcionalidad y los problemas de salud mental en los adultos mayores, siendo más probable que las personas con alguna limitación presenten problemas o trastornos mentales debido a que requieren mayor apoyo para interactuar con su medio, debido a desajustes biopsicosociales que actúan como estresores emocionales, por esto se sugiere una asociación entre la discapacidad, producto de distintas enfermedades, con el inicio y persistencia de un trastorno depresivo en adultos mayores. El proceso de deterioro de salud de los adultos mayores tiene un impacto directo sobre la morbilidad general y la utilización de los servicios de salud, y los egresos hospitalarios se han acrecentado en los últimos seis años. Entre los problemas mentales de mayor demanda en los adultos mayores se encuentran: depresión, ansiedad, trastornos del sueño, trastornos delirantes, demencias y consumo de sustancia especialmente el alcohol. El problema que se plantea es que se consume gran cantidad de recursos en salud mental y es necesario reducir los periodos de morbilidad terminal. En adición, para los tiempos venideros, habrá más población anciana que joven, lo cual se incrementará el problema del cuidado de esta población al haber menor cantidad de cuidadores disponibles que necesitados. Por esto se acentúa la necesidad de que se procure en las intervenciones la conservación de la autosuficiencia de las personas, así se reduciría la necesidad de cuidadores. Tal como se ha planteado la salud mental se ve afectada según la edad de las personas y por ello la calidad de vida también se ve modificada, las condiciones objetivas de vida afectan la calidad de vida subjetiva pues esta depende de que las condiciones de vida se ajusten con las necesidades, deseos y aspiraciones de la persona. Por lo tanto, la atención a los problemas de calidad de vida en relación con el cuidado de la salud mental es especialmente relevante en la evaluación y tratamiento oportuno.

En general, la salud mental está relacionada con la calidad de vida, término que es cambiante según las perspectivas socioeconómicas, culturales, geográficas e históricas (Organización Mundial de la Salud) ⁽¹⁾ donde confluyen factores como: economía, empleo, equidad, cohesión social, urbanización, normas y valores. A pesar de que la calidad de vida no posee una definición unívoca, existe acuerdo en la literatura en atribuirle significados de bienestar social, funcionamiento emocional,

desempeño, satisfacción con la vida, soporte social, etc. Al respecto, se han identificado siete tópicos principales asociados con la calidad de vida: Bienestar/malestar, autonomía, autopercepción, pertenencia, actividad, esperanza/desesperanza y salud física; ellos consideran que una buena calidad de vida está caracterizada por la presencia de estas temáticas en modo positivo; por el contrario, su presencia negativa equivale a una calidad de vida pobre. En el ámbito de la salud es común utilizar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) que representa la parte de la calidad de vida que se relaciona con la salud del individuo, que incluye cuatro dimensiones: funcionamiento físico, sensación somática, funcionamiento social y funcionamiento psicológico.

Se ha observado que la correlación entre la calidad de vida y las psicopatologías depende de factores sociales, institucionales, personales, etc., por lo tanto, en busca de una mejora del estado de la salud mental las intervenciones se deben impartir en todos los niveles. Asimismo, las intervenciones orientadas a la calidad de vida deben dirigirse tanto a los pacientes como a sus familias; y contemplar la rehabilitación comunitaria en lugar de acudir al internamiento, reconociendo que la integración social y comunitaria promueve la calidad de vida y la salud mental. Ahora bien, ni la calidad de vida ni la salud mental se mantienen estáticas, al contrario, son dinámicas y presentan cambios a lo largo de la vida, por lo que se considera valioso indagar ¿Cuáles son los principales problemas de salud mental en diferentes etapas de la vida?, lo cual ofrecerá conocimiento relevante para diseñar e implementar estrategias de intervención más acorde a las necesidades y orientados a la solución.

Trastorno de Ansiedad

La ansiedad es una emoción común en el ser humano, que se expresa con síntomas psíquicos (nerviosismo, inquietud, angustia, etc.) y físicos (palpitaciones, sudoración, temblores, etc.) Cuando su intensidad o la forma en que se produce afecta significativamente a la vida o a la salud, hablamos de trastornos de ansiedad. De acuerdo con la OMS estos trastornos incluyen a los ataques de pánico, el trastorno obsesivo- compulsivo (TOC) y las fobias. La causa de los trastornos de

ansiedad no está aún clara y seguramente responde a la combinación de diferentes factores.

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. De la misma manera los procesos que explican cómo se generan los síntomas ansiosos se basan en hipótesis, entre las cuales destacan las siguientes: anomalías en la función respiratoria, alteración en la función del Locus Coeruleus, un punto donde se concentran los neurotransmisores noradrenérgicos en el cerebro, disfunción serotoninérgica y adeno sinérgica; tanto la noradrenalina, la serotonina y la adenosina son receptores neuronales que modulan normalmente las respuestas emocionales, afectivas y cognoscitivas en el cerebro. Otras teorías proponen una alteración funcional global como en el sistema nervioso autónomo, encargado de los procesos fisiológicos involuntarios, el eje hipotálamo-hipófisis- suprarrenal, o a nivel tiroideo, entre otros. ⁽⁴⁾

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.

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. Pero ¿Cuál sería la trascendencia de esta 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. ⁽⁵⁾

En México existen estudios que muestran una mayor prevalencia entre los 15 y los 45 años, 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.

Los conceptos que se manejan sobre la ansiedad son diversos, confusos y superficiales. Se define como ansiedad a aquel sentimiento desagradable de temor, que se percibe como una señal de alerta que advierte de un peligro amenazante, frecuentemente la amenaza es desconocida, lo que la distingue del miedo donde la amenaza es concreta y definida. Se toman actualmente tanto la ansiedad y la angustia como sinónimos para los manejos clínicos. Cabe aclarar que la ansiedad por si misma no se considera una enfermedad, ya que, partiendo de su función, ésta se encuentra contemplada en la amplia gama de respuestas emocionales que presenta cualquier persona. Cuando conserva cierta frecuencia, intensidad, recurrencia y duración tiene una utilidad y un fin.

(6)

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:

- 2) Trastorno de ansiedad generalizada
- 3) Crisis de pánico
- 4) Fobia social
- 5) Fobia específica
- 6) Trastorno obsesivo compulsivo
- 7) Trastorno de estrés postraumático

Tipos de trastornos por ansiedad

- Trastorno de ansiedad generalizada. Se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos seis meses. La ansiedad se asocia a tres o más de los siguientes síntomas: inquietud, fatigabilidad fácil, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño.
- Trastorno por estrés postraumático. Se presenta cuando el paciente ha estado expuesto a un acontecimiento altamente traumático en que estuviera amenazada su integridad física o la de los demás y se caracteriza por la reexperimentación del evento como recuerdos recurrentes e intrusos que provocan malestar, síntomas debido al aumento de la activación (irritabilidad, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, dificultades para conciliar o mantener el sueño) así como evitación persistente de los estímulos relacionados con el trauma.
- Trastorno obsesivo compulsivo. Se caracteriza por la presencia de obsesiones (pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que causan malestar o ansiedad significativos) y de compulsiones que son comportamientos o actos mentales de carácter repetitivo que se realizan para disminuir la ansiedad provocada por las obsesiones o para prevenir de algún acontecimiento negativo.
- Fobia social. Temor persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que la persona se ve expuesta a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás presentando el temor de actuar de un modo que sea humillante o embarazoso. Las situaciones sociales temidas se evitan o se experimentan con ansiedad y malestar intensos.
- Fobia específica. Temor persistente y acusado que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (animales, sangre, alturas, tormentas, aviones, elevadores).

- Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica. Se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente.
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias. Se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga o fármaco. ⁽⁴⁾

Diagnóstico

El diagnóstico se realiza con una exhaustiva investigación en los antecedentes del paciente y valorando la presentación clínica. ⁽⁵⁾

El sello distintivo del trastorno de ansiedad generalizada es la preocupación excesiva y la expectativa aprensiva de una amplia gama de eventos y actividades normales, como:

1. Responsabilidades e interacciones laborales o escolares
2. Salud y finanzas familiares

Los síntomas psicológicos comunes relacionados con el trastorno de ansiedad generalizada incluyen:

- Estar nervioso e incapaz de relajarse, con sueño deficiente o perturbado
- Preocuparse por asuntos triviales o menores, sin control sobre la preocupación.
- Inquietud extrema e incapacidad para concentrarse
- Irritabilidad
- Miedo a que suceda lo peor y miedo en general.
- Sentir que los objetos son irreales (desrealización) o que el yo "no está realmente aquí" (despersonalización)
- Sensación de perder el control, "volverse loco" o desmayarse
- Miedo a la muerte
- La tensión muscular y la fatiga están altamente correlacionadas con el

trastorno de ansiedad generalizada

Los síntomas físicos comunes relacionados con la ansiedad incluyen los siguientes, clasificados en orden de importancia clínica:

- ✓ Palpitaciones
- ✓ Dispepsia o malestar abdominal
- ✓ Mareo
- ✓ Marcha inestable
- ✓ Disnea
- ✓ Sensación de calor y / o diaforesis, independientemente de la temperatura ambiente.
- ✓ Sensación de desmayo, manos temblorosas y enrojecimiento de la cara.
- ✓ Parestesia marcada por entumecimiento y hormigueo
- ✓ Sensación de asfixia

Otros síntomas físicos comunes incluyen:

- Náusea
- Diarrea
- Extremidades frías
- Xerostomía
- Bruxismo
- Dolor de cabeza

Enfoque terapéutico de los trastornos por ansiedad

La ansiedad sigue siendo una patología desatendida en el anciano, considerada a menudo de menor importancia por parte de muchos de los profesionales implicados

e, incluso, por la población general. Reducir la sintomatología ansiosa parece un ejercicio que cualquiera pudiese realizar, como si dependiera de la propia voluntad. Además, existen cuestiones paradójicas, como el hecho de que el uso continuado de benzodiazepinas en ancianos no está recomendado en las guías de buena praxis cuando, por el contrario, la ansiedad en la mayoría de los pacientes es de curso crónico. Pero entre el 45 y el 60% de los pacientes mayores de 55 años con ansiedad toman al menos unas benzodiazepinas. Asimismo, algunos antidepressivos, también recomendados en ancianos con trastornos por ansiedad, pueden producir alteraciones en el electrocardiograma, y los antipsicóticos con perfil sedante no se recomiendan de entrada por los posibles efectos adversos potencialmente graves. Por lo tanto, el rango de fármacos que se pueden utilizar queda, en la práctica, muy reducido. ⁽⁷⁾

Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico de la ansiedad debe encontrar un adecuado balance en el cociente entre beneficio y riesgo. Adicionalmente, determinados aspectos, como el riesgo de abuso y dependencia, presentan peculiaridades en la edad avanzada. Por ejemplo, estimamos que se debe relativizar el riesgo de dependencia en un anciano con una expectativa de vida limitada, que está recibiendo un efecto favorable de un tratamiento con una benzodiazepina, cuya sintomatología reaparece al retirar el tratamiento y que, por lo tanto, lo toma de forma prolongada. Del mismo modo, deberían hacerse esfuerzos para retirar, si es posible, el tratamiento con benzodiazepinas en un paciente con deterioro cognitivo, si este está afectando a su memoria. ⁽⁸⁾

Los efectos del tratamiento ansiolítico y su cumplimiento por parte del paciente han de ser monitorizados estrechamente. Es preciso prestar atención tanto a su mantenimiento indefinido sin suficiente justificación como a la correcta adherencia al mismo, que puede estar mediada por dificultades cognitivas o de otra índole del propio paciente, o por una intervención incorrecta del cuidador. Hay que evitar siempre variaciones no previstas en las dosis o la interrupción brusca del tratamiento.

Las particularidades del uso de los fármacos ansiolíticos aparecen en el capítulo correspondiente de esta obra. Nos limitamos aquí a dar unas indicaciones de carácter general que pueden ayudar a la selección del tratamiento más adecuado en función del tipo de trastorno.

Tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada

Existen diversas moléculas aprobadas para el tratamiento del TAG. Las más importantes son las siguientes.

Antidepresivos

Varios de estos fármacos, como la duloxetina, la venlafaxina, el citalopram o el escitalopram, han demostrado eficacia en el tratamiento de la ansiedad generalizada. La fluvoxamina, en un ensayo abierto con pocos casos, también demostró eficacia en el TAG, aunque actualmente es un fármaco poco utilizado en ancianos por su mayor capacidad de interacciones.

Los nuevos fármacos antidepresivos, la desvenlafaxina y la vortioxetina, a pesar de no haberse ensayado en el TAG, poseen un perfil interesante farmacodinámico, de eficacia y tolerancia, que justificaría su utilización en esta población.

Buspirona

Dispone de un ensayo clínico específico en el que mostró eficacia en el TAG en ancianos. La experiencia posterior ha sido escasamente satisfactoria, de forma que, en nuestra opinión, queda como un fármaco que solo estaría justificado ensayar en caso de fracaso terapéutico con otras moléculas

Tratamiento psicológico de la ansiedad

La investigación sobre la eficacia de la psicoterapia en personas mayores para el trastorno de ansiedad esta aun en sus inicios, si bien existen algunas evidencias de su bondad. Debido a alguna de las complejidades y dificultades en el manejo médico de la ansiedad de las personas mayores, se ha sugerido buscar alternativas psicosociales a la farmacoterapia. La investigación realizada hasta la fecha ha establecido que la terapia cognitivo conductual (TCC) produce mejoras en los

síntomas de ansiedad de las personas mayores, si bien el beneficio no es tan intenso como en personas más jóvenes. ⁽⁸⁾

Trastorno de ansiedad generalizada en la población geriátrica.

Los trastornos por ansiedad expresados en sus diferentes formas sintomáticas son un motivo frecuente de demanda de atención médica, de solicitud de atención urgente y de reiteración de visitas en atención primaria. Según la experiencia de los médicos especialistas en medicina de familia y la nuestra propia, las quejas de ansiedad en el anciano, especialmente cuando existe ansiedad somática o insomnio, en el contexto de cualquier trastorno psiquiátrico, generan una cascada de demandas por parte del paciente y de la familia, acompañadas de solicitud de exploraciones y premura en la actuación, que se explica por la sensación de gravedad que causan los síntomas físicos en el paciente, la tendencia a la hipocondría, que, a su vez, aumenta la angustia, y la repercusión en la familia y/o los cuidadores del paciente. ⁽⁹⁾

Estas situaciones deben manejarse adecuadamente, evitando infravalorar las quejas proferidas, por ejemplo, por pacientes reiterativos, demandantes, excesivamente teatrales o simplemente por aquellos que son considerados «psicosomáticos», a los que el sistema sanitario erróneamente presta menos atención por considerar sus trastornos poco graves. Esta actitud condiciona un mal enfoque terapéutico, retraso en el diagnóstico de cualquier patología, riesgo de cronicidad, consumo excesivo de benzodiazepinas y desgaste del entorno familiar. En muchas ocasiones, la familia acaba teniendo una conducta hostil hacia el paciente que, tras salir de urgencias o después de varias consultas, ha recibido comentarios médicos del tipo «usted no tiene nada» o «son solo nervios». El entorno puede entonces acusar al paciente de ser un demandante y este angustiarse aún más, con lo que se generan nuevos pensamientos hipocondríacos. Esta situación tan común aquí expuesta ha de servir de reflexión respecto a actitudes médicas aprendidas y reiteradas que, facilitadas por la presión asistencial, pueden agravar los trastornos por ansiedad en esta población. ⁽¹⁰⁾

Siempre habrá que descartar cualquier causa orgánica y/o medicamentosa que pueda cursar con manifestaciones ansiosas. Es importante tener en cuenta las formas de expresión propias de cada paciente, en función de su cultura y nivel social. Otros aspectos que se deben considerar en la valoración del paciente psiquiátrico anciano son sus capacidades sensoriales y la presencia de dificultades comunicativas o afasia, o de un deterioro cognitivo que pueden dificultar la entrevista. Siempre que sea posible escucharemos cómo explica el síntoma el paciente y cómo lo expresa y percibe la familia o su entorno social. ⁽¹¹⁾

es necesario estudiar específicamente los factores de riesgo característicos de las personas mayores, ya que se cree que estos pueden variar con la edad.

El objetivo de este estudio fue analizar los factores de riesgo diferenciales y comunes asociados a la ansiedad y a la depresión en las personas mayores. Esta es una cuestión relevante en las personas mayores por las elevadas tasas de comorbilidad de ambos trastornos en este grupo de edad, lo que ha llevado a sugerir una aproximación más dimensional que categorial de las manifestaciones clínicas emocionales. ⁽¹²⁾

Redes de apoyo

Las redes de apoyo familiar y social constituyen una fuente de recursos materiales, afectivos, psicológicos y de servicios, que pueden ponerse en movimiento para hacer frente a diversas situaciones de riesgo que se presenten en los hogares, como falta de dinero o empleo, como apoyo en caso de una enfermedad o para el cuidado de niñas, niños o personas adultas mayores. Nos referimos a las redes mediante las cuales las personas crean lazos entre sí para brindarse apoyo y no a las extendidas redes virtuales que cada vez cobran mayor importancia con las tecnologías de la información. ⁽¹⁴⁾

Uno de los aspectos positivos de las redes es que pueden evitar problemas de salud mental, como el estrés y la depresión. Algunos estudios han mostrado que la depresión está negativamente relacionada con el apoyo social, es decir, que las personas con bajos niveles de apoyo, suelen presentar una mayor sintomatología

depresiva y viceversa. Las redes también pueden tener un papel fundamental cuando se enfrentan situaciones de crisis en el hogar, sobre todo entre grupos sociales vulnerables (por ejemplo, personas adultas mayores, con discapacidad física o mental o con enfermedades crónicas), no cubiertos por la protección social formal.⁽¹⁵⁾ Por el contrario, las redes de apoyo en comunidades y grupos caracterizados por tener lazos muy fuertes pueden representar un freno para el desarrollo de capital social, y posiblemente tiendan más bien a reproducir la pobreza y la exclusión social. En el sentido positivo o negativo de las redes influyen diversos factores, entre los que se encuentran: las características sociales y económicas, los rasgos de personalidad, los recursos dentro de las redes, la calidad de las relaciones interpersonales y la reciprocidad de apoyo entre las y los integrantes. Además, el lugar donde se vive determina en gran medida las oportunidades y necesidades de las personas, mismas que responden al contexto mayor en el cual se insertan y al funcionamiento del Estado y del mercado. ⁽¹⁰⁾ Son clasificadas en formales (para denominar aquellas institucionalizadas y reconocidas de forma oficial) y las informales (para denominar a los vínculos que realiza el individuo a partir de sus relaciones interpersonales y familiares) ⁽¹⁶⁾. Las redes de apoyo social varían en dependencia de la edad y características de los individuos.

La familia constituye la primera red de apoyo social que posee el individuo a través de toda su vida y por lo tanto se reconoce que esta instancia ejerce función protectora ante las funciones que genera la vida cotidiana. Es para el individuo fuente de amor, satisfacción, bienestar y apoyo, pero también puede representar insatisfacción, malestar y estrés. Las alteraciones de la vida familiar son capaces de provocar alteración emocional, desequilibrio y descompensación del estado de salud. ⁽¹⁷⁾

En la tercera edad las redes sociales de apoyo son importantes condicionantes del estado de salud individual. Cuando por diferentes razones se pierde el vínculo familiar o se necesitan resolver problemas económicos, materiales y/o psicosociales, la familia puede gestionar el ingreso en determinadas instituciones como Hogares de Ancianos, Casas de Abuelos, o vincularlos a otras redes de apoyo

a nivel comunitario. ⁽¹⁸⁾

La satisfacción del anciano con su desempeño en diferentes relaciones sociales que establece en las redes de apoyo constituye un impulso determinante para el bienestar psicológico y el sentimiento de satisfacción por la vida.

JUSTIFICACIÓN

Es importante mencionar que las personas de 60 años o mayores realizan aportaciones valiosas a la sociedad como miembros activos de la familia, voluntarios y participantes activos en la fuerza de trabajo. Aunque la mayoría de las personas mayores tienen una buena salud mental, muchas corren el riesgo de presentar trastornos mentales enfermedades neurológicas o problemas de consumo de sustancias, además de otras afecciones, como la diabetes, la hipoacusia o la artrosis. Por otra parte, a medida que envejecemos aumentan las probabilidades de que padezcamos varias afecciones al mismo tiempo.

Se ha señalado reiteradamente que los trastornos de ansiedad en las personas mayores suelen estar infradiagnosticados e infra tratados, pese a su relevancia clínica. El conocimiento de los factores de riesgo asociados a la ansiedad podría ayudar tanto a su detección temprana, como a su prevención, además, se ha considerado que es necesario estudiar específicamente los factores de riesgo característicos de las personas mayores, ya que se cree que estos pueden variar con la edad.

La situación del adulto mayor genera la necesidad de estudiar variables como la ansiedad y el estrés, las cuales pueden provocarse por diferentes factores como la pérdida de la pareja, la jubilación, las alteraciones dadas en esta etapa, el cambio de hogar, entre otros, ya que causan un impacto negativo en la salud. Siendo más vulnerables quienes se encuentran en condición de abandono al no contar con redes de apoyo. Si logramos identificar estos factores causantes de estrés en los pacientes, que a su vez condicionan ansiedad, podemos dar tratamiento oportunamente y así ayudar a prevenir futuras enfermedades y gastos a nuestra institución de sal

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se observa aumento de la población mundial, puntualmente en la adultez mayor, como lo revelan estadísticas como las cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015), las cuales mencionan que entre el año 2000 y el año 2050 la proporción de los habitantes del planeta mayores de sesenta años se duplicará, pasando del 11% al 22%; lo que significa que este grupo de edad pasará de 605 millones a 2 000 millones, en el transcurso de medio siglo.

En México residen 15.4 millones de personas de 60 años o más, de las cuales 1.7 millones viven solas. Sólo 41.4% son económicamente activos, y 69.4% presentan algún tipo de discapacidad, de acuerdo con la última encuesta especial del INEGI. La Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018 del INEGI alertó que “en México, las personas de 60 años o más que viven solas se exponen a vulnerabilidad, debido a que no cuentan con una red familiar que las apoye en un momento de su vida donde su salud o sus condiciones económicas pueden ser precarias”.

La mayoría de ellos (47.9%) vive en hogares nucleares (formado por un solo núcleo familiar: puede incluir a una pareja con o sin hija(o), solteros o un jefe o jefa con hija(o)s solteros). Casi cuatro de cada 10 (39.8%) residen en hogares ampliados (un solo núcleo familiar o más, y otras personas emparentadas con él o ellos) y 11.4% (1 millón 746,125) conforman hogares unipersonales, es decir, viven solos.

Entre las personas de edad que viven solas, la mayoría se atienden cuando tienen un problema de salud (96.8 por ciento). El IMSS es la principal institución a la que acuden para atenderse (30.7%); una cuarta parte (25.4%) va a los Centros de Salud u hospitales de la Secretaría de Salud y uno de cada cinco (20%), a clínicas o instituciones privadas.

El incremento de personas en la etapa de adulto mayor nos obliga a identificar enfermedades en etapas tempranas para poder tratarla y así evitar que el

paciente pase años sin ser diagnosticado y sin tratamiento. Nuestra misión es tener las herramientas para diagnosticar un trastorno de ansiedad, enseñar a contenerlo y saber medicar a estos pacientes en caso de ser necesario.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el Nivel de ansiedad y su relación con redes de apoyo limitadas en adultos mayores de 65 años, de la UMF 13?

OBJETIVOS

Objetivo general

- Analizar el Nivel de ansiedad y su relación con redes de apoyo limitadas en adultos mayores de 65 años, de la UMF 13

Objetivos Específicos

- ✓ Investigar cuáles son los factores sociodemográficos más prevalentes en los adultos mayores que presentan ansiedad.
- ✓ Identificar las principales redes de apoyo con las que cuentan los pacientes de la UFM 13
- ✓ Calcular la prevalencia de ansiedad en el adulto mayor
- ✓ Categorizar los niveles de ansiedad en la población mayor de 65 años

HIPÓTESIS

Si los niveles de ansiedad tienen relación con redes de apoyo limitadas en adultos mayores de 65 años, de la UMF 13

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar número 13 ubicada en Av. Reforma No. 6, Col. Centro Azcapotzalco C.P. 02000, Delegación Azcapotzalco, Ciudad de México, que pertenece a la Delegación 1 Norte del Instituto Mexicano del Seguro Social. El estudio se llevó a cabo en el área de consulta externa.

Tipo de estudio

Observacional, descriptivo y transversal.

Estudio no probabilístico por conveniencia, paramétrico y se realizó chi cuadrada para el análisis de resultados.

Grupos de estudio

Características del grupo de estudio

El estudio se realizó en pacientes adultos mayores de 65 años derechohabientes de la unidad de medicina familiar No. 13

Grupos de estudio

- **Criterios de inclusión:** se incluyó a pacientes adultos mayores, que tengan una edad mayor a 65 años, hombres y mujeres, derechohabientes de la UMF No 13 del turno matutino que acepten participar en el estudio y tengan la capacidad para realizarlo.
- **Criterios de exclusión:** se excluyeron del estudio pacientes menores de 65 años, pacientes que no acepten participar en el estudio, pacientes que no tengan capacidad física o mental para realizar el estudio, pacientes con diagnóstico de demencia y pacientes que no sean derechohabientes de la UMF No. 13
- **Criterios de eliminación:** Se eliminó del estudio los pacientes que no llenen completamente el cuestionario.

Tipo de muestra

No probabilístico por conveniencia

Tamaño de la muestra:

Tomando en cuenta una población finita de participantes que cumplan con criterios de inclusión y respondan de manera completa a los diferentes cuestionarios enviados y valor Z_{α} de 1.96 con nivel de confianza del 95%, se estimó el tamaño de la muestra de acuerdo con el siguiente método.

$$n = \frac{Z^2 pq N}{NE^2 + Z^2 pq}$$

Donde:

n es el tamaño de la muestra.

Z es el nivel de confianza.

p es la variabilidad positiva.

q es la variabilidad negativa.

N es el tamaño de la población.

E es la precisión o el error.

En base a esta fórmula de población finita el tamaño de la muestra será de 320 pacientes.

DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES

	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	TIPO DE MEDICION
Edad	Biológicamente es el tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Se medirá a través de un cuestionario realizado al inicio del estudio previo consentimiento informado por cada uno de los tres grupos considerados edad cumplida e años al inicio del estudio.	Cuantitativa Discreta	Numérica

Roles por Género	Se refiere a los roles socialmente contruidos, los comportamientos, actividades y atributos que una sociedad dada considera apropiados para los hombres y las mujeres.	Esta variable ser captada a cualitativo a través del cuestionario ver Dicotómica anexo 2.	Nominal Hombre o Mujer
Red de apoyo	Es una estructura que brinda algún tipo de contención a algo o alguien	Se medirá a través del cuestionario que contestará el paciente (Escala de Cuantitativa ordinal apoyo social)	-Totalmente desacuerdo -Bastante desacuerdo -Mas bien desacuerdo -Ni de acuerdo en desacuerdo -Mas bien acuerdo -Bastante acuerdo -Totalmente de acuerdo

Comorbilidad	Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo por causas en general conocidas, manifestadas por síntomas y signos característicos, diagnosticadas previamente al estudio.	Estos datos se obtendrán A través del cuestionario que responderá el Paciente, con previo Consentimiento informado, Y valor si tiene alguna Comorbilidad que predis- ponga a una complicación de la enfermedad	Cualitativa nominal	Nominal Diabetes tipo 1 o 2 Hipertensión Obesidad EPOC Asma Enfermedad Metabólica Hepatopatías EVC Epilepsia
Niveles de Ansiedad	Estado mental que se caracteriza por una gran inquietud, una intensa excitación y una extrema inseguridad.	Se medirá mediante el formulario de Beck	Cualitativa ordinal	Leve Moderada Severa
Nivel de estudio	Años cursados y aprobados en algún tipo de Establecimiento educacional	Estos datos se obtendrán a través del cuestionario que responderá el Paciente, con previo Consentimiento informado	Cualitativa Ordinal	Analfabeta Primaria Media Superior

RECURSOS HUMANOS, TECNOLÓGICOS Y FÍSICOS

Para realizar este protocolo de estudio se utilizaron instalaciones de la UMF 13 del Instituto Mexicano del Seguro Social, con los siguientes recursos:

- **HUMANOS:** Un médico residente participara en el protocolo de estudio.
- **TECNOLÓGICOS:** Un equipo de cómputo con programa Word y Excel 2013 utilizadas para la recolección de información y redacción del protocolo en estudio, así como el programa SPSS para procesamiento de datos; impresora utilizada para la impresión de consentimiento informado, acceso a la red de consulta externa.
- **FÍSICOS:** Aula de enseñanza, carta de confidencialidad, papel bond, una tabla de apoyo, plumas, calculadora, Tablet y teléfono celular.

Los recursos antes citados son proporcionados por el IMSS y el investigador sin aumentar las demandas e insumos disponibles en la unidad médica.

ASPECTOS ÉTICA Y FACTIBILIDAD RIESGO DE LA INVESTIGACIÓN.

Como lo menciona el reglamento de la ley general de salud, artículo 17, en materia de investigación en salud, la presente investigación será de categoría 1, puesto que no presenta ningún riesgo para los participantes ya que implica la obtención de datos, a través de la aplicación de cuestionarios, la revisión del expediente clínico y del SINOLAVE y no se realizaron intervenciones de ningún tipo.

CONTRIBUCIÓN Y BENEFICIOS DEL ESTUDIO PARA LA SOCIEDAD.

La presente investigación contribuirá a la posibilidad de identificar los niveles de ansiedad en los adultos mayores, lo que nos ayudara a evitar que escale y al mismo tiempo saber cuáles son las redes de apoyo con las que cuentan los pacientes para afrontar este trastorno.

Además, se utilizarán recursos que no generan ningún costo al instituto.

El dueño del expediente médico no recibirá ningún tipo de beneficio, remuneración

económica, por participar en la investigación, de igual manera este estudio no generará ningún gasto a estos.

CONFIDENCIALIDAD.

La información recabada en los expedientes clínicos, no se obtendrá el nombre del paciente a fin de guardar la confidencialidad del paciente. No se realizará consentimiento informado ya que no contamos con un participante en forma física. Se informará a todos los participantes de la investigación, que la participación es voluntaria, por lo que pueden retirarse de la investigación sin justificación y en cualquier momento, sin que haya consecuencias o que afecte a sus responsabilidades profesionales.

FORMA DE SELECCIÓN DE LOS PACIENTES.

Se realizará la revisión de los derechohabientes de la UMF 13 que cuenten con los criterios de inclusión de la presente investigación. La selección de la muestra es no probabilística por conveniencia.

La presente investigación se llevó a cabo siguiendo los lineamientos y normas que rigen la investigación en México y el mundo:

DECLARACIÓN DE HELSINKI 1964

Esta declaración se basa en la revisión de investigaciones por un comité de ética, a su vez da origen a nuevos comités de ética para la investigación a nivel internacional. La presente investigación está clasificada en la categoría I, donde no se realiza ningún tipo de intervención, por lo cual no cumple con criterios para ser sometido a un comité de ética.

NORMA OFICIAL MEXICANA 012 SSA 3-2007.

Esta norma establece los criterios para la ejecución de investigaciones para la salud en seres humanos, se especifica cómo debe de llevarse a cabo la revisión y

aprobación de investigaciones en instituciones de salud, con el fin de proteger los derechos y el bienestar de los participantes.

En la presente investigación se tomó en cuenta dicha norma, aplicando solo en algunos aspectos, ya que será una investigación retrospectiva, analizando expedientes clínicos.

Por último, fueron considerados los lineamientos generales para realizar investigación en el Instituto Mexicano del Seguro Social dentro de los cuales destaca lo siguiente: "que toda investigación realizada en el instituto debe ponerse de manifiesto un profundo respeto hacia la persona la vida y la seguridad de todos los derechos que quién participe en ellos rigiéndose por las normas institucionales en la materia", en particular por el Manual de Organización de la Jefatura de los Servicios de Enseñanza e Investigación (Acuerdo No 15; 6 - 84 del 20 de junio de 1984 del Honorable Consejo Técnico).

RESULTADOS

La población total de estudio fue de 320 pacientes adultos mayores de 65 años. Dentro de las características socio demográficas se encontró una predominancia del sexo femenino con 57.5%. El rango de edad que más predominó fue de 65 años a 70 años con 31.9%. Con respecto a la escolaridad el nivel secundaria tuvo 41.3%. Las comorbilidades que destacaron fueron Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión Arterial Sistemica con 29.4%.

Tabla 1 Características sociodemográficas de los adultos mayores de 65 años de la UMF 13

VARIABLE	No.	%
SEXO		
Femenino	184	57.5
Masculino	136	42.5
EDAD (años)		
65-70	102	31.9
71-75	61	19.1
76-80	77	24.1
81-85	43	13.4
≥ 86 AÑOS	37	11.6
ESCOLARIDAD		
Analfabeta	22	6.9
Primaria	104	32.5
Secundaria	132	41.3
Bachillerato	49	15.3
Licenciatura	13	4.1
COMORBILIDADES		
Diabetes mellitus 2	25	7.8
Hipertensión arterial	31	9.7
Obesidad	19	5.9
Diabetes mellitus 2, hipertensión	94	29.4
Diabetes mellitus 2, hipertensión, Obesidad	19	5.9
Hipertensión, obesidad	15	4.7
Hipertensión, evento cerebrovascular	2	0.6
Neumopatía	16	5
Diabetes mellitus 2, obesidad	40	12.5
Otras	59	18.4

En la tabla 2 observamos que la prevalencia de ansiedad en los adultos mayores es severa con 41.6%.

Tabla 2 Prevalencia de ansiedad en adultos mayores de 65 años de la UMF 13

VARIABLE	No.	%
ANSIEDAD		
Mínima	17	5.3
Leve	70	21.9
Moderada	100	31.3
Severa	133	41.6

En la tabla 3 se presenta la distribución de las redes de apoyo en los adultos mayores, en la cual se observó que la red de apoyo brindado por familiares es bajo con 64.7%, la red de apoyo brindado por amigos es bajo con 56.9% y por último la red de apoyo brindado por otras personas es bajo con 72.8%.

Tabla 3 Distribución de las redes de apoyo en los adultos mayores de 65 años de la UMF 13

VARIABLE	No.	%
RED DE APOYO FAMILIAR		
Bajo	207	64.7
Promedio	102	31.9
Alto	11	3.4
RED DE APOYO AMIGOS		
Bajo	182	56.9
Promedio	108	33.8
Alto	30	9.44
RED DE APOYO OTRAS PERSONAS		
Bajo	233	72.8
Promedio	77	24.1
Alto	10	3.1

En la tabla 4 se observan la relación del nivel de ansiedad con las diferentes variables sociodemográficas.

El sexo femenino presentó un nivel de ansiedad leve 12.2%, moderada 19.1% y severa 24.7%. En relación con la edad se presenta para un nivel de ansiedad leve 8.1%, moderado 9.7% y severo 10.9%, para un rango de 65 años – 70 años.

A lo que respecta la escolaridad se obtuvo que el nivel secundaria presento para un nivel de ansiedad leve 7.5% moderada 13.1% y severa 18.8%. Y por ultimo la relación de ansiedad con las comorbilidades mas prevalentes que corresponden a Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión Arterial Sistemica para un nivel de ansiedad leve 9.1%, moderado 8.4% y severo 9.1%.

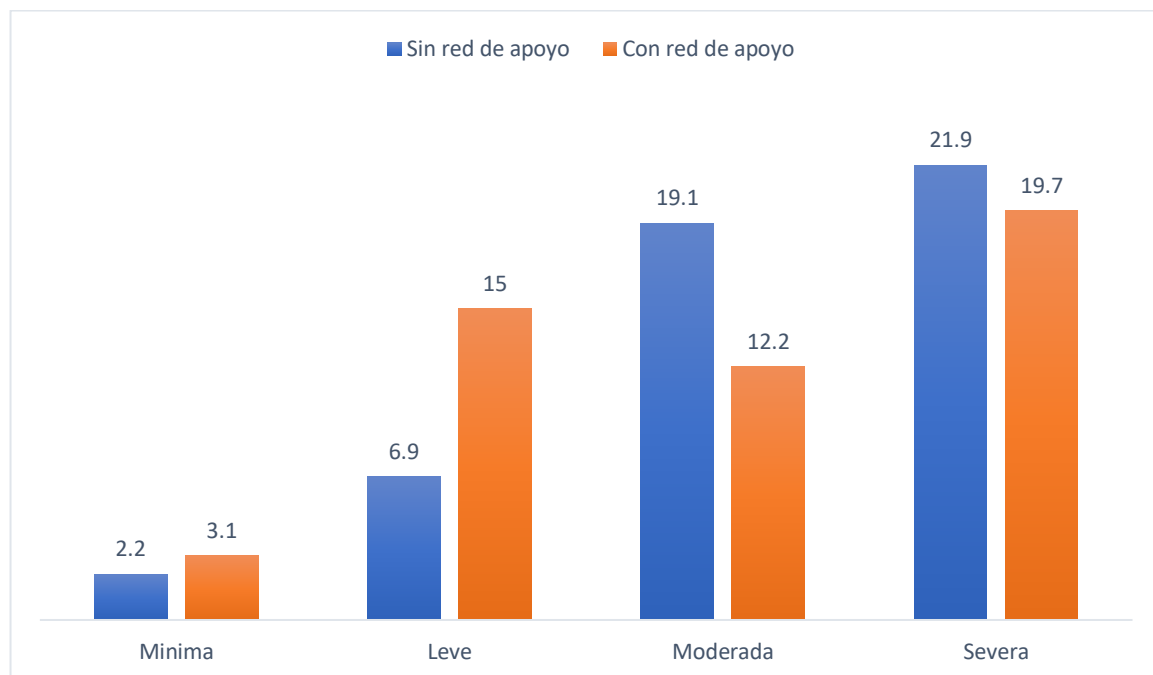
Tabla 4 Evaluación de niveles de ansiedad en relación con sociodemográficos en adultos mayores de 65 años de la UMF 13.

VARIABLE	ANSIEDAD							
	MINIMA		LEVE		MODERADA		SEVERA	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
SEXO								
Femenino	5	1.6	39	12.2	61	19.1	79	24.7
Masculino	12	3.8	31	9.7	39	12.2	54	16.9
EDAD (años)								
65-70	10	3.1	26	8.1	31	9.7	35	10.9
71-75	1	0.3	12	3.8	20	6.3	28	8.8
76-80	5	1.6	15	4.7	26	8.1	31	9.7
81-85	0	0	9	2.8	14	4.4	20	6.3
≥ 86 AÑOS	1	0.3	8	2.5	9	2.8	19	5.9
ESCOLARIDAD								
Analfabeta	1	0.3	6	1.9	5	1.6	10	3.1
Primaria	9	2.8	23	7.8	30	9.4	40	12.5
Secundaria	6	1.9	24	7.5	42	13.1	60	18.8
Bachillerato	1	0.3	11	3.4	18	5.6	19	5.9
Licenciatura	0	0	4	1.3	5	1.6	4	1.3
COMORBILIDADES								
Diabetes Mellitus 2	2	0.6	7	2.2	5	1.6	11	3.4
Hipertensión Arterial	2	0.6	6	1.9	10	3.1	13	4.1
Obesidad	0	0	2	0.6	6	1.9	11	3.4
Diabetes Mellitus 2, Hipertensión	9	2.8	29	9.1	27	8.4	29	9.1
Diabetes Mellitus 2, Hipertensión, Obesidad	2	0.6	9	2.8	5	1.6	3	5.9
Hipertensión, Obesidad	0	0	4	1.3	6	1.9	5	1.6
Hipertensión, Evento Cerebrovascular	0	0	0	0	1	0.3	1	0.3
Neumopatía	1	0.3	2	0.6	4	1.3	9	2.8
Diabetes Mellitus 2, Obesidad	0	0	3	0.9	20	6.3	17	5.3
Otras	1	0.3	8	2.5	16	5	34	10.6

En la tabla 5 se presenta la relación de los niveles de ansiedad con la presencia ó ausencia de redes de apoyo. Sin la presencia de redes de apoyo se obtuvo 6.9% para ansiedad leve, 19.1% para ansiedad moderada y 21.9 % para ansiedad severa.

Tabla 5 Relación de los niveles de ansiedad con la presencia ó ausencia de redes de apoyo en adultos mayores de 65 años de la UMF 13.

VARIABLE	ANSIEDAD							
	MINIMA		LEVE		MODERADA		SEVERA	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
RED DE APOYO								
Sin red de apoyo	7	2.2	22	6.9	61	19.1	70	21.9
Con red de apoyo	10	3.1	48	15	39	12.2	63	19.7



Gráfica 1 Relación de los niveles de ansiedad con la presencia ó ausencia de redes de apoyo en adultos mayores de 65 años de la UMF 13.

DISCUSION

En el estudio se demostró que la prevalencia de ansiedad es mayor en el sexo femenino lo que concuerda con lo publicado por Reyes Marrero donde público que las mujeres son las más afectadas (1-5,6%), varones (0,6-1,5%).⁽⁵⁾

En México existen estudios que muestran una mayor prevalencia entre los 15 y los 45 años, estudiando a la población de adultos mayores de 65 años la edad que predomino fue de 65-70 años con 31.9% lo cual sería congruente con lo publicado por Vink donde se demostró que la edad es un factor protector para desarrollar ansiedad.⁽¹¹⁾

La ansiedad severa predomino en el estudio acompañada de la ausencia de redes de apoyo lo que confirmaría la hipótesis planteada al inicio de este.

CONCLUSIONES

Existe en nuestro medio un alto porcentaje de individuos con ansiedad por lo que es de suma importancia que se puedan identificar y canalizarlos a servicios de salud mental con el fin de que se les otorgue un tratamiento integral oportuno. Un alto porcentaje de pacientes de la tercera edad carecen de redes de apoyo por lo que será necesario la creación e implementación de programas sociales que permitan combatir esta situación con el objetivo de mantener la mejor calidad de vida, el papel del médico familiar consiste en identificar los casos a través del estudio médico de la familia para canalizarlos a las instancias correspondientes.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Salud mental [Internet]. Who.int. Disponible en:
<https://www.who.int/es/news-room/facts-in-pictures/detail/mental-health>
2. Rodríguez Miguel M, Juliá-Sanchis R, Pérez Esquerdo Á, Pérez Esquerdo V, Pastor-Bernabeu MV. Experiencia de voluntariado de salud mental en estudiantes de enfermería. Una aproximación cualitativa. Rev Esp Enferm Salud Ment [Internet]. 2018;(6). Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.35761/reesme.2018.6.02>
3. González Gaviria MA, Bedoya Gallego DM. Vinculación emocional y salud mental en adultos mayores institucionalizados. Rev Psicol Univ Antioq. 2020;11(2):99–121.
4. Peralta LPG, Castillo DP. Aspectos familiares, redes de apoyo y discapacidad en personas mayores chilenas. Prisma soc. 2020;(29):282–90.
5. Reyes Marrero R, de Portugal Fernández del Rivero E. Trastornos de ansiedad. Medicine. 2019;12(84):4911–7.
6. Mohammadi MR, Pourdehghan P, Mostafavi S-A, Hooshyari Z, Ahmadi N, Khaleghi A. Generalized anxiety disorder: Prevalence, predictors, and comorbidity in children and adolescents. J Anxiety Disord. 2020;73(102234):102234.
7. Padrós Blázquez F, Montoya Pérez KS, Bravo Calderón MA, Martínez Medina MP. Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, Beck Anxiety Inventory) en población general de México. Ansiedad

estrés. 2020;26(2-3):181-7.

8. Pilar de Azpiazu Artigas y Joaquín Pujol Domènech. Trastornos de ansiedad. *Psiquiatría geriátrica*, Capítulo 21, 369-387 Fernández AA, Granados JJM. Trastornos de ansiedad en el paciente anciano. *Medicine*. 2015;11(84):5022
9. Luzmila Cordón Espinosa, Leslie María Buitrago Bonilla. Niveles de ansiedad y estrés en adultos mayores en condición de abandono familiar. *Integración Académica en Psicología*. Volumen 6. Número 17. 2018. ISSN: 2007-5588
10. Dora E. Granados-Ramos. Influencia de factores psicosociales en depresión y ansiedad. *Hacia el envejecimiento saludable*. *Revista de Enfermería Neurológica*. ISSN: 1870-6592, Vol. 18, núm. 2, mayo-junio 2019: pp. 81-86
11. Isabel Cabrera e Ignacio Montorio. Ansiedad y envejecimiento. *Rev Esp Geriatria Gerontol*. 2009;44(2):106-111
12. Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, Beck Anxiety Inventory) en población general de México.
13. Notas de Poblacion: Numero Especial Redes de Apoyo Social de Las Personas Mayores. Nueva York, NY, Estados Unidos de América: United Nations; 2004.
14. De apoyo social EH de CCR. Redes de apoyo social [Internet]. Disponible en:
https://ccp.ucr.ac.cr/espam/descargas/ESPAM_cap5web.pdf
15. Unam.mx. [cited 2021 Jun 25]. Available from:
<http://envejecimiento.sociales.unam.mx/articulos/redesapoyo.pdf>

16. Cuadra-Peralta, Alejandro; Medina Cáceres, et al, Relación de bienestar psicológico, apoyo social, estado de salud física y mental con calidad de vida en adultos mayores de la ciudad de Arica. *Límite*, vol. 11, núm. 35, 2016, pp. 56-67
17. Lepeley J. Generalized anxiety disorder: A wonderful journal for an awesome life. Independently Published; 2019.

**Nivel de ansiedad y su relación con redes de apoyo limitadas en
adultos mayores de 65 años, de la UMF 13**

ANEXO 1. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

	<p align="center">INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</p>
Nombre del estudio:	CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)
Lugar y fecha:	
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	<p>Nivel de ansiedad y su relación con redes de apoyo limitadas en adultos mayores de 65 años, de la UMF 13</p> <hr/> <p>Hospital de Ginecoobstetricia Y Unidad de Medicina Familiar No. 13, Azcapotzalco, CDMX.</p>
Procedimientos: Posibles riesgos y molestias: Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	<p>Lo estamos invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivo conocer la relación que tiene las</p> <hr/> <p>redes de apoyo nulas con los niveles de ansiedad de los adultos mayores que acuden a la UMF13</p> <hr/> <p>Se realizará encuesta en electrónico utilizando la plataforma de Google Forms</p> <hr/> <p>Ninguno.</p>
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	<p>Usted no recibirá un pago por su participación en este estudio, tampoco implica gasto alguno para usted. No omito mencionarle que los resultados del presente estudio contribuirán a identificar si existe una relación entre los niveles de ansiedad y la nula red de aporo en los adultos mayores de la UMF 13</p>
Participación o retiro:	<p>Si durante la realización del estudio, hubiera cambios en los riesgos o beneficios por su participación en esta investigación, existe el compromiso por parte del investigador de informarle, aunque esta información pueda cambiar su opinión respecto a su participación en este estudio.</p>
Privacidad y confidencialidad:	<p>Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Si usted decide no participar, seguirá recibiendo la atención médica brindada por el IMSS y conservará su derecho a obtener los servicios de salud u otros servicios que recibe por parte del instituto. Incluso si en un principio</p>

desea participar y posteriormente cambia de opinión, usted puede abandonar el estudio en cualquier momento.

La información que nos proporcione que pudiera ser utilizada para identificarlo (a) (nombre y número de seguridad social) será guardada de manera confidencial y por separado al igual que sus respuestas a los cuestionarios para garantizar su privacidad. Cuando los resultados de este estudio sean publicados o presentados en conferencias, no se dará información que pudiera revelar su identidad. Para proteger su identidad le asignaremos un número que utilizaremos para identificar sus datos, y usaremos ese número en lugar de su nombre en nuestras bases de datos.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador responsable: Garcia Santillan Karina. Residente de Medicina Familiar HGO/UM13. Matrícula:97351704

Asesor metodológico Dra. Alma Italia Guerrero Martínez MNF, Matrícula 99368649
e-mail: Italia.guerrero@imss.gob.mx. teléfono: 55-61-27-00

Colaboradores: Garcia Santillan Karina . Residente de medicina familiar HGO/13. Matrícula 97351704

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: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

obtiene el consentimiento Testigo 1

2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien

Testigo

Nombre, dirección, relación y firma

**Nivel de ansiedad y su relación con redes de apoyo limitadas en adultos
mayores de 65 años, de la UMF 13**

ANEXO 2. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Formato de identificación					
DATOS DEMOGRÁFICOS					Fecha: ___de___del 2020
Nombre					
Numero de seguridad social					
Edad	años	Sexo	Masculino	Femenino	
ESCOLARIDAD					
Analfabeta	Primaria	Secundaria	Nivel medio superior	Superior	
ANTECEDENTES					
Diabetes Mellitus tipo 1 o 2	Hipertensión	Obesidad = o >40	EPOC	Asma	
Enfermedad metabólica	Hepatopatías	Evento cerebrovascular	Epilepsia	Otras:	
<p>Indique para cada uno de los siguientes síntomas el grado en que se ha visto afectado por cada uno de ellos durante la última semana y en el momento actual. Elija de entre las siguientes opciones la que mejor se corresponde:</p> <p>0= En absoluto 1= Levemente, no me molesta mucho. 2= Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo. 3= Severamente, casi no podía soportarlo.</p>					
					0 1 2 3
1	Hormigueo o entumecimiento				
2	Sensación de calor				
3	Temblor de piernas				
4	Incapacidad de relajarse				
5	Miedo a que suceda lo peor				
6	Mareo o aturdimiento				
7	Palpitaciones o taquicardia				
8	Sensación de inestabilidad e inseguridad física				
9	Terrores				
10	Nerviosismo				
11	Sensación de ahogo				

12 Temblores de manos				
13 Temblor generalizado o estremecimiento				
14 Miedo a perder el control				
15 Dificultad para respirar				
16 Miedo a morir				
17 Sobresaltos				
18 Molestias digestivas o abdominales				
19 Palidez				

20 Rubor facial					
21 Sudoración (no debida al calor)					

Total:

ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO (EMAS)

Lee cada una de las siguientes frases cuidadosamente. Indica tu acuerdo con cada una de ellas empleando esta escala.

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente en de	Bastantemente desacuerdo acuerdo	Bastante en desacuerdo	Más bien en ni en desacuerdo	Ni de acuerdo de desacuerdo	de acuerdo	Más bien

- | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|----------------------|
| 1. Hay una persona que está cerca cuando estoy en una
6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 7 situación difícil. |
| 2. Existe una persona especial con la cual yo puedo
7 compartir penas y alegrías. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. Mi familia realmente intenta ayudarme. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 7 |
| 4. Obtengo de mi familia la ayuda y el apoyo emocional
7 que necesito. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. Existe una persona que realmente es una fuente de
7 bienestar para mí. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6. Mis amigos realmente tratan de ayudarme. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 7 |
| 7. Puedo contar con mis amigos cuando las cosas van
7 mal | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8. Yo puedo hablar de mis problemas con mi familia. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 7 |
| 9. Tengo amigos con los que puedo compartir las penas y
6 alegrías. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 7 |
| 10. Existe una persona especial en mi vida que se
7 preocupa por mis sentimientos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11. Mi familia se muestra dispuesta a ayudarme para tomar
6 decisiones. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 7 |
| 12. Puedo hablar de mis problemas con mis amigos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 7 |