

11226

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



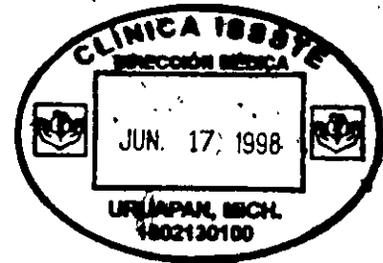
116

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO**
CLINICA HOSPITAL URUAPAN
Uruapan Michoacán

FRECUENCIA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN PACIENTES
TRABAJADORAS QUE ACUDIERON A CONSULTA EXTERNA EN EL
CONSULTORIO N° 1 TURNO VESPERTINO, EN EL PERIODO DE JULIO-
DICIEMBRE DE 1995.

3002 252

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA
DR. ROBERTO RODRÍGUEZ ALVAREZ



Uruapan Michoacán

~~1996~~

2001



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

FRECUENCIA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN PACIENTES
TRABAJADORAS QUE ACUDIERON A CONSULTA EXTERNA, EN
EL CONSULTORIO No. 1 TURNO VESPERTINO, EN EL PERIODO
DE JULIO-DICIEMBRE DE 1995

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

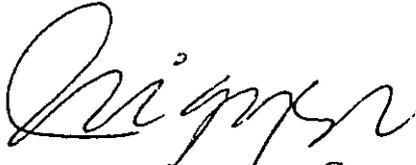
PRESENTA:

DR. ROBERTO RODRÍGUEZ ALVÁREZ

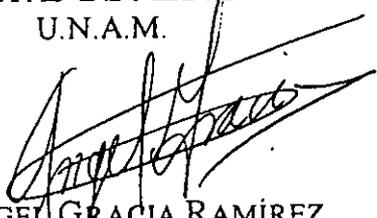
AUTORIZACIONES



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



DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. ÁNGEL GRACIA RAMÍREZ
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

FRECUENCIA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN PACIENTES
TRABAJADORAS QUE ACUDIERON A CONSULTA EXTERNA, EN EL
CONSULTORIO N° 1 TURNO VESPERTINO, EN EL PERIODO JULIO-DICIEMBRE
DE 1995.

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:
DR. ROBERTO RODRÍGUEZ ALVAREZ

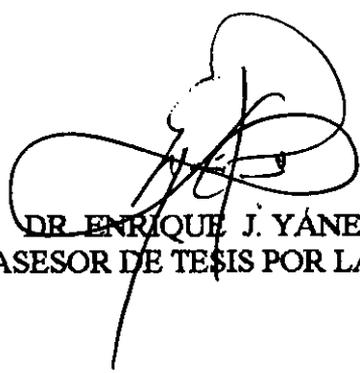
AUTORIZACIONES:



DR. DANIEL VALDEZ CASTELLANOS
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN CLINICA HOSPITAL URUAPAN
Uruapan Michoacán.



DRA. MARTHA PATRICIA CHAGOLLA VILLASEÑOR
ASESOR DE TESIS CLINICA HOSPITAL URUAPAN



DR. ENRIQUE J. YÁNEZ PUIG.
ASESOR DE TESIS POR LA U.N.A.M



DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN MEDICA CONTINUA.
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL I.S.S.S.T.E.

FRECUENCIA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN PACIENTES TRABAJADORAS QUE
ACUDIERON A CONSULTA EXTERNA, CONSULTORIO N°.1, TURNO VESPERTINO EN EL
PERIODO DE JULIO-AGOSTO DE 1995.

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS.

A MIS PADRES:

Roberto y Victoria, porque me guiaron e impulsaron hasta convertirme en hombre.

A MI ABUELO:

José, por su cariño y porque me dio las primeras enseñanzas durante mi niñez.

A MI ESPOSA:

Gema, por su amor, comprensión y ayuda.

A MIS HIJOS:

Mahelí y Roberto porque son otro motivo más para vivir y superarse.

A MIS MAESTROS:

Dr. Daniel Valdez y Dra. Patricia Chagolla por su apoyo tanto, académico como por su motivación durante el curso de especialización.

INDICE GENERAL

1.- INTRODUCCION.....	1
2.- TRASTORNOS DE ANSIEDAD (Marco teórico).....	2
2.1.- Concepto	
2.2.- Antecedentes historicos	
2.3.- Frecuencia	
2.4.- Clasificación	
2.5.- Etiología	
2.6.- Fisiopatología	
2.7.- Cuadro clínico	
2.8.- Diagnóstico	
2.9.- Tratamiento	
3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	19
4.- JUSTIFICACION.....	20
5.- OBJETIVO.....	21
6.- METODOLOGIA.....	22
6.1.- Tipo de estudio	
6.2.- Población, lugar y tiempo	
6.3.- Muestra	
6.4.- Criterios de inclusión y exclusión	
6.5.- Recolección de información	
6.6.- Consideraciones éticas	
7.- RESULTADOS.....	29
7.1.- Gráficas	
7.2.- Descripción de resultados	
8.- ANALISIS.....	40
9.- CONCLUSIONES.....	41
10.- BIBLIOGRAFIA.....	42
11.- ANEXOS.....	44

INTRODUCCION

Los trastornos de angustia son un fenómeno universal, considerado como una enfermedad del presente siglo, la cual está aumentando de frecuencia en todos los niveles de la sociedad debido a la crisis económica, política y social que se está viviendo actualmente.

Es por esto, que la ocupación de la mujer fuera del hogar se ha ido incrementando a un ritmo acelerado y constante durante las últimas décadas. En México, las mujeres que se incorporan a la productividad ha aumentado de 13.6% en 1950 a 34.7% en 1990 según datos del INEGI..

Las mujeres trabajadoras, están matizadas por un cúmulo de tensiones tanto físicas como emocionales debido a diversos factores como la crisis económica, condiciones laborales inadecuadas y por su género, la cual se refleja en menores sueldos, falta de prestaciones y discriminaciones.

Otras tensiones que se añaden a las mujeres que desempeñan un trabajo, son los diferentes roles de acuerdo a su condición como el de madre de familia, la cual multiplica las demandas en el ámbito familiar y laboral, así como, la adaptación de sus horarios para atender estos ámbitos.

Por esta razón, se realizó un estudio en mujeres derechohabientes del ISSSTE que desempeñan un trabajo y estudiar la frecuencia de los trastornos de ansiedad en este grupo de mujeres.

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

CONCEPTO:

Pocos conceptos en Psicopatología y Psiquiatría clínica han provocado tantas ambigüedades en su interpretación como los conceptos de ansiedad, fobia y pánico, aunque los síntomas y las condiciones de estos conceptos no son fenómenos raros ni refractarios al análisis clínico.

Freud en 1895 llamaba comportamientos neuroticos al conjunto de síntomas constituidos por las manifestaciones de una angustia permanente, determinadas por un desequilibrio hormononeurovegetativo.

Marks y Lader en 1973 nos dicen que la ansiedad es un estado de ánimo desagradable que se caracteriza por incertidumbre, miedo y síntomas físicos que en su mayoría son consecuencia de la hiperactividad del sistema nervioso simpático.
Referencia (1).

Otro concepto de la ansiedad la define como la respuesta psicológica, fisiológica y conductual similar al miedo, pero con la diferencia de que es desencadenada por un estímulo interior desconocido e inapropiado a la realidad.
Referencia (2).

ANTECEDENTES HISTORICOS:

La angustia ha acompañado al hombre a lo largo de su historia, sin embargo, sólo en ciertas condiciones se le debe considerar como estado patológico. Existe un reporte de Da Costa de 1871 en el describe un cuadro con manifestaciones cardiovasculares tales como taquicardia, dolor precordial, sensación de asfixia y opresión torácica, que él atribuyó a un estado nervioso, al que se le conoció como Síndrome Da Costa, síndrome de esfuerzo, neurosis cardiaca y astenia neurocirculatoria.

En 1894 el Psiquiatra Vienés Sigmund Freud describió un síndrome de ansiedad patológica que presenta como síntoma fundamental un estado de angustia y que definió como neurosis de angustia, término que se mantuvo por largo tiempo e influyó en la Psiquiatría moderna, hasta que en 1980 se le acuña el nombre de Trastornos de ansiedad dentro de la clasificación de la DSM III.
Referencia (1).

FRECUENCIA:

La angustia es un fenómeno universal que se observa con distintas manifestaciones en todas las culturas.

Se ha estimado que los trastornos de ansiedad tienen una prevalencia en la población general de entre el 2 y el 5% al año. La probabilidad de sufrir la enfermedad durante la vida es del 15% y estudios de seguimiento

han encontrado que menos del 25% de los pacientes que la presentan llegan a tener una recuperación completa. Estos trastornos son más comunes en las mujeres, gente joven y en individuos con poca educación. De acuerdo con varios estudios, el ambiente tiene también una participación importante en la etiopatogénesis de estos trastornos. Es más común es el trastorno de ansiedad generalizada que varía de 2.5% a 6%. Entre el 25% y el 40% de los pacientes hospitalizados tienen ansiedad, pero la mayoría de ellos no están identificados debido a la falta de conocimiento de médicos generales y psiquiatras. Alrededor de la cuarta parte de la gente que tiene trastornos de ansiedad no recurre al médico y por lo tanto no recibe tratamiento, y la mayoría de la gente que acude al médico recibe un diagnóstico equivocado, y por consiguiente un tratamiento inadecuado. Referencia (3,4).

CLASIFICACION DE LOS TRASTORNOS DE ANGUSTIA

En 1894 Freud diferenció a la neurosis de angustia, de acuerdo a sus manifestaciones como ansiedad crónica y ataques de ansiedad. Años después las investigaciones de Donald Klein sobre el descubrimiento del efecto antiangustia de la imipramina, sentaron las bases para la identificación precisa del proceso primario que permitió la modificación en la clasificación. Referencia (1).

Entre las modificaciones que introdujo el DSM III (1980) sobresale la de los trastornos de ansiedad, en este grupo de incluyen a aquellos cuadros en los que la ansiedad ocupa un lugar predominante, como las crisis de angustia y la ansiedad generalizada o bien aquellos padecimientos en los que el individuo experimenta ansiedad cuando intenta controlar sus síntomas como en el caso de las fobias o el trastorno obsesivo-compulsivo.

Referencia (5).

Esta clasificación difiere de otras anteriores, como la de la Organización Mundial de la Salud como se observa en el siguiente cuadro.

CIE -9	DSM-III
Estados fóbico	Agarofobia con crisis de angustia Agarofobia sin crisis de angustia Fobia social
Estados de ansiedad	Crisis de angustia Trastorno de ansiedad generalizada
Trastornos obsesivos- Compulsivo	Trastorno obsesivo-compulsivo Trastorno de estrés postraumático Trastorno de ansiedad atípico

Referencia (5).

ETIOPATOLOGIA DE LA ANGUSTIA

Freud fue el primero en tratar de explicar la etiología de los trastornos de ansiedad. Esto llevo a freud a crear una escuela de pensamiento Psicológico basada casi por entero, en observaciones relacionadas con frustraciones sexuales y las investigaciones que siguieron demostraron que los motivos sociales son causas

tan efectivas de ansiedad como el sexo. Freud amplió su propia definición del impulso sexual para inclinar casi todos los otros impulsos corporales y motivos sociales, a esto llamo "libido".

La ansiedad, en consecuencia es una señal de frustración reprimida una o varias veces, el mecanismo de represión conduce a desajuste por no cumplir con su misión y el material reprimido queda en el "inconciente" y este material continúa provocando reflejos emocionales que pueden ser activados por estímulos substitutos iniciando así la angustia.

Otra causa de la angustia es la represión de la agresividad o colera reprimida en la cual el sujeto no puede tolerar su propio sentimiento de odio. La tensión ansiógena puede ser desencadenada por situaciones de agresividad simbólicas o fantasmáticas: así ocurre en las angustias desencadenadas o entretenidas por el éxito en un examen o la satisfacción de una ambición.

Existen tambien varias teorías que tratan de explicar la causa de la angustia, llamadas " teorías causales de la ansiedad" y que a continuación se describirán:

TEORIA INTRAPERSONAL:

Esta teoría afirma que la persona desarrolla un mecanismo de defensa para protegerse a sí mismo de la ansiedad que surge de conflictos internos. El ego experimenta conflictos entre las demandas del mismo y de las reprimendas del superego. La ansiedad resultante es expulsada del conocimiento conciente por el uso de la represión, proyección, desplazamiento o simbolización.

TEORIA INTERPERSONAL:

Los defensores de esta teoría creen que las personas con trastornos de ansiedad se sienten ansiosas cuando se teme la desaprobación por parte de personas significativas, son incapaces de comportarse enérgicamente durante el conflicto. Así la ansiedad experimentada durante el conflicto interpersonal se desplaza hacia los alrededores inmediatos, lo que les permite negar problemas interpersonales.

TEORIA COGNITIVA:

Esta teoría nos dice que el sujeto ansioso tiene dificultad para tomar decisiones. Los aspectos inciertos aumentan la ansiedad lo que lleva a pensamientos negativos sobre la expectativa de fallo y el peligro de cometer un error. Son tan temerosos de la desaprobación de otros, que son incapaces de darse aprobación a sí mismos y los pensamientos negativos se convierten en un modelo fijado.

La teoría cognitiva explica estos trastornos sobre todo en sujetos con fobias, en una secuencia de tres partes:

1.- Estas personas tienen pensamientos negativos que aumentan la ansiedad y preceden realmente al sentimiento de miedo en la situación fóbica.

2.- Estos pensamientos y sentimientos anticipatorios aumentan el nivel de surgimiento psicológico incluso antes de encontrarse en la situación fóbica.

3.- El nivel de seguimiento psicológica se malinterpreta. Aunque piense que está causado por un objetivo extraño o situación, que viene causado por sus pensamientos negativos y expectativas irracionales y esta mala clasificación de sentimientos permite a las personas fóbicas desplazar los sentimientos sobre objetos y situaciones que puedan evitarse.

TEORIA DEL APRENDIZAJE:

Los teóricos del aprendizaje observan que los trastornos de ansiedad son originados por reacción a prácticas sobrecontroladas que llevan a la infancia. Los modelos tienen un fuerte énfasis en normas, regulación y expectativas irrealísticamente altas del niño. El niño recibe mucha desaprobación y castigo por comportamientos incorrectos y sólo una aprobación mínima por comportamientos correctos. El niño pronto aprende lo que debe hacerse para evitar el castigo y cuando el niño intenta lograr una autonomía mayor de sus padres, se impone una disciplina más estricta. Como resultado de las restricciones paternas, el niño no desarrolla sentimientos de competencia y autovalía. Cuando el niño madura, las restricciones paternas, la disciplina y la crítica se convierten en internos. Los comportamientos obsesivo-compulsivo, las fobias, son reacciones aprendidas para evitar situaciones que producen ansiedad, las cuales fueron también aprendidas al observar a los padres experimentando ansiedad y las reacciones de respuesta.

TEORIA CONDUCTISTA:

Muy relacionada con la teoría del aprendizaje, los teóricos del comportamiento creen que los trastornos de ansiedad son reacciones condicionadas y aprendidas. El condicionamiento clásico se da cuando un estímulo produce ansiedad o dolor, desarrollando la persona un miedo sobre ese estímulo en particular y la evitación del objeto o de la situación desarrolla un descenso de la ansiedad. Puesto que la persona experimenta menos ansiedad cuando evitan el objeto o la situación, la evitación se hace una reacción habitual.

TEORIA DEL PAPEL SEXUAL:

Esta teoría se ha utilizado para explicar el número desproporcionado de mujeres que experimentan agorafobia. Estos teóricos creen que las mujeres han sido enseñadas y condicionadas en el comportamiento estereotípico del papel de la mujer, que las predispone a desarrollar agorafobia. Las mujeres han sido reforzadas a ser dependientes de otros y a ser las creadoras del hogar. Esto da como resultado, a menudo, que las mujeres adultas sean incapaces de asumir responsabilidades por sí mismas y se observan como incompetentes e impotentes. Estos síntomas se refuerzan por miembros de la familia que también han sido socializados para esperar que las mujeres sean impotentes y dependientes.

Tenemos otros factores que se mencionan en la etiología de la ansiedad como son:

CONSTITUCION ANSIOSA:

En este aspecto, el enfermo parece estar abocado a la angustia por la misma organización de su personalidad. El sujeto, desde la infancia ha manifestado una tendencia hacia la inquietud, a las posiciones de repliegue y ha pedido sin cesar protección, así la madre, el hermano mayor, los profesores, amigos, etc., se convierten en los soportes necesarios para su seguridad. El matrimonio, amistades y profesión están dominados por el deseo perpetuo de apoyo y amor, pero en contrapartida, los fracasos y diversos aspectos que contrarían al individuo da lugar a la presentación de la angustia, la cual domina su vida entera.

Es frecuente encontrar en la familia de estos enfermos una herencia neurotica y en su tipología una calidad de aparente fragilidad y su adaptación esta siempre condicionada. Son los candidatos a las intolerancias alimentarias, medicamentosas, débil resistencia a las infecciones, colitis espasmódica, migraña y asma.
Referencia (6).

Torgesen, en un amplio estudio desarrollado en pares de gemelos, tanto monocigóticos como dicigóticos, encuentra que los trastornos de ansiedad tienen una concordancia 3 veces mayor entre gemelos monocigóticos, en comparación con los dicigóticos, lo que es muy similar a lo que se ha encontrado en estudios generales de esquizofrenia, depresión unipolar y bipolar. El autor concluye, que en parte, los trastornos de ansiedad tienen una transmisión genética que se modifica con los factores ambientales.
Referencia (1).

FISIOPATOLOGIA DE LA ANGUSTIA

En los últimos 20 años se han efectuado diversos estudios sobre la fisiopatología de los trastornos de ansiedad y de las crisis de angustia. Se han identificado y estudiado agentes capaces de provocar las crisis de angustia, estos agentes reproducen en los pacientes los síntomas típicos que caracterizan la enfermedad, lo que ha facilitado comprender la fisiopatología y sustentar distintas hipótesis en cuanto a su patogénesis.

Los efectos ansiógenos de diversos agentes sugieren fuertemente que hay distintos sistemas de neurotransmisores que participan e interactúan en la ansiedad, así, el sistema de inhibición gabaérgico, al ser bloqueado, dejaría que actuaran libremente otros sistemas como el noradrenérgico, serotoninérgico y el dopaminérgico. Esto explicaría los efectos ansiógenos de los fármacos que disminuyen la acción del GABA. De hecho algunos autores opinan que los pacientes con angustia podrían presentar baja sensibilidad del receptor GABA.

El papel del sistema serotoninérgico puede ser aún más complejo en las reacciones de ansiedad, por ejemplo, la administración de fenfluramina y la m-clorofenilpiperazina, así como el tratamiento de las crisis de pánico con antidepresivos que bloquean específicamente la recaptura de la serotonina, tales como la fluoxetina y fluvoxamina, provocan inicialmente el incremento de las crisis de angustia. En contraste, la administración prolongada a dosis bajas de estos antidepresivos, parece ser tan eficaz como otros tratamientos.

La serotonina interactúa con otros sistemas neuronales que han sido relacionados con la angustia, por ejemplo, algunas neuronas 5HT de los núcleos del rafe o núcleos serotoninérgicos del tallo cerebral, ejercen una acción inhibitoria en el locus coeruleus. Por otro lado se cree que la hiperactividad serotoninérgica se relaciona con las reacciones de ansiedad que acompañan a la abstinencia de benzodiazepinas. Referencia (9).

A pesar de la extensa investigación realizada en los pacientes con angustia no ha sido posible comprobar que tengan hipersensibilidad beta adrenérgica, pero no se puede dudar del papel que desempeña el núcleo noradrenérgico locus coeruleus en la generación de los síntomas de ansiedad y de la conducta del miedo. Los resultados de la investigación por Charney y cols. sobre la acción de la yohimbina, sugieren que los pacientes con trastornos de angustia, presentan una inestabilidad autonómica secundaria a una mala regulación del sistema noradrenérgico. Referencia (10).

Aún sabemos muy poco acerca del papel que desempeñan otros sistemas de neurotransmisión en la angustia. La cafeína podría actuar por intermedio de la adenosina y los tetrapéptidos colescistoquinina y pentagastrina, por medio de una acción aún incierta a nivel del sistema nervioso central. Referencia (11).

El papel de la dopamina ha sido poco estudiado, pero se sabe que los fármacos que bloquean los receptores dopaminérgicos como los antipsicóticos, empeoran la condición clínica de los pacientes que padecen angustia. Por otro lado, en relación con el sistema colinérgico, la perfusión de fisostigmina, un inhibidor de la enzima colinesterasa que produce un aumento de la actividad colinérgica a nivel del sistema nervioso central, no produce cambios fisiológicos o de la conducta en los sujetos con angustia, pero sí en los pacientes que sufren de depresión mayor o de trastorno bipolar o esquizoafectivo. Referencia (12).

La perfusión de lactato es una maniobra experimental reconocida para desencadenar la angustia y muchos investigadores coinciden en afirmar que existe una sensibilidad biológica particular a esta sustancia en los pacientes que sufren angustia.

En los años 40 se observó que los niveles séricos de ácido láctico estaban elevados durante el ejercicio, en los sujetos que sufrían la denominada "neurosis de angustia". Pitts y Mac Clure supusieron que estos altos niveles de lactato sérico podían ser ansiógenos y demostraron por primera vez que las perfusiones de lactato provocaban angustia en pacientes que sufrían de la misma. Reiman y cols. han mostrado, gracias a la tomografía por emisión de positrones, que los pacientes con angustia y sensibles al lactato, presentaban una asimetría anormal del flujo sanguíneo, volumen sanguíneo y del metabolismo por extracción de oxígeno a nivel del giro parahipocámpico del lóbulo temporal. Referencia (13).

CUADRO CLINICO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Los síntomas de ansiedad se encuentran en muchos trastornos físicos y mentales, así como en situaciones comunes de la vida diaria social e interpersonal.

Los criterios siguientes de trastornos de ansiedad, estan basados sobre el DSM-III publicado en 1987 por la American Psychiatric Association.

TRASTORNO DE ANGUSTIA CON O SIN AGAROFobia

El dato característico de este trastorno es la presencia de crisis de angustia que consisten en periodos definidos (1 a 60 minutos de duración) de miedo o incomodidad intensa, que aparecen de forma inesperada y no desencadenados por situaciones en las que el individuo es el centro de atención de otras personas.

Para establecer el diagnóstico, el paciente debe sufrir cuatro crisis en un período de cuatro semanas, o uno o más ataques seguidos de temor persistente a experimentar otra crisis durante por lo menos un mes. Además, al menos cuatro de los síntomas siguientes deben haber existido durante por lo menos una de las crisis.

- Disnea o sensación de ahogo
- Mareo, sensación de inestabilidad o desvanecimiento
- Palpitaciones o taquicardia
- Temblor o agitación
- Sudoración
- Atragantamiento
- Náuseas o molestias abdominales
- Despersonalización o desrealización
- Sensaciones de entumecimiento u hormigueo
- Accesos de calor o frío
- Dolor o molestias en el tórax
- Miedo a morir
- Miedo a volverse loco o hacer algo incontrolado

El patrón típico consiste en que las crisis se desarrollen súbitamente y aumenten de intensidad con rapidez. Para establecer el diagnóstico no debe existir un factor orgánico capaz de iniciar o mantener el trastorno. La mayoría de los pacientes desarrollan agarofobia, que consiste en miedo a encontrarse en lugares o situaciones de los que pudiera ser difícil o embarazoso escapar, o en los que no podría contarse con ayuda si se produjese una crisis de ansiedad.

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

Deben cumplirse cinco criterios clínicos para establecer el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada.

El primero consiste en ansiedad y preocupación sin base real o excesiva sobre dos o más circunstancias vitales. Este humor preocupado persiste durante un periodo de 6 meses o más, y a lo largo de ese tiempo la persona esta preocupada la mayor parte de los dias.

En segundo lugar, si existe otro diagnóstico psiquiátrico, el foco de la ansiedad y la preocupación del individuo no está relacionado con ese diagnóstico.

En tercero, el trastorno no coexiste con una alteración del humor ni con trastorno psicótico.

En cuarto, el individuo afecto sufre síntomas que pueden clasificarse en tres grupos: tensión motora, hiperactividad vegetativa y vigilancia y exploración.

Tensión motora:

- Temblor, contracciones o sensación de agitación
- Tensión o dolorimiento de los músculos
- Inquietud
- Fatigabilidad fácil

Hiperactividad vegetativa:

- Disnea o sensación de ahogo
- Palpitaciones o taquicardia
- Sudoración o manos frías y húmedas
- Boca seca
- Mareo o sensación de inestabilidad
- Náuseas, diarrea u otras molestias abdominales
- Sofocos o escalofríos
- Micción frecuente
- Dificultad para deglutir

Vigilancia y exploración:

- Sensación de que va a suceder algo
- Respuesta de alarma exagerada
- Dificultad para concentrarse
- Dificultad para conciliar el sueño o para permanecer dormido
- Irritabilidad

El quinto, no puede demostrarse un factor orgánico, como hipertiroidismo o intoxicación por cafeína.

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

Estos trastornos pueden distinguirse por la presencia de dos elementos: obsesiones y compulsiones. Las obsesiones son ideas, pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes, de carácter intrusivo, indeseado, injustificado y repugnante. El individuo intenta ignorar o suprimir tales pensamientos o impulsos, o neutralizarlos con algún otro pensamiento o acción y además reconoce que éstas, proceden del interior de su mente y que no están impuestas desde fuera.

De forma típica, las obsesiones provocan ansiedad, que conducen a compulsiones.

Las compulsiones son comportamientos repetitivos, sin objetivo e intencionados que se llevan a cabo como respuesta a una obsesión. El sujeto considera que el comportamiento neutralizará o evitará el sufrimiento. En general, la persona reconoce que el comportamiento es excesivo e irrazonable.

Las obsesiones o compulsiones causan sufrimiento marcado y consumen más de una hora al día. Además, interfieren de modo significativo con la rutina normal.

FOBIAS

Estos, estados pueden ser de dos tipos:

Fobia social:

El dato característico de este trastorno es el miedo persistente a una o más situaciones en las que el individuo se siente objeto de escrutinio y teme hacer algo humillante o embarazoso. La exposición al estímulo fóbico específico provoca casi siempre una respuesta de ansiedad inmediata. Para establecer el diagnóstico, el comportamiento de evitación debe interferir de modo significativo con el funcionamiento laboral, con actividades sociales o con relaciones interpersonales.

Fobia simple:

La fobia simple es el miedo persistente a un objeto, animal o a una situación, como volar. La exposición al estímulo fóbico provoca casi siempre ansiedad inmediata. Para establecer el diagnóstico, la fobia debe interferir de modo significativo con la rutina y las relaciones sociales normales del paciente.

TRASTORNO DE ESTRES POSTRAUMÁTICO

Este trastorno se presenta cuando un paciente ha experimentado un evento traumático fuera de la experiencia humana usual, como por ejemplo amenazas serias para la vida o integridad física, destrucción súbita del hogar o la comunidad. El paciente presenta al menos un síntoma indicativo de reexperiencia persistente del trauma y por lo menos tres síntomas de evitación persistente, además, presenta al menos dos síntomas persistentes de una alerta aumentada desde el trauma y estos síntomas se han experimentado durante por lo menos un mes.

TRASTORNOS SOMATOMORFOS

Las características esenciales de los trastornos somatomorfos son síntomas físicos para los que no existe causa orgánica demostrable ni mecanismos fisiológicos conocidos y para los que existe evidencia positiva o presunción fuerte de una relación con conflictos o factores psicológicos. Puesto que los síntomas inespecíficos de varios sistemas orgánicos pueden constituir la forma de presentación de la ansiedad y de un trastorno somatomorfo, pueden producirse confusiones diagnósticas entre ambos procesos.

Las cuatro categorías principales de los trastornos somatomorfos según el DSM-III son hipocondría, trastorno de somatización, trastorno de conversión y trastorno de dolor somatomorfo. Puesto que las dos primeras

coexisten más frecuentemente con un trastorno de ansiedad, se describen a continuación:

Hipocondría:

La hipocondría es el miedo a tener o la creencia de que se tiene una enfermedad grave, los criterios para el diagnóstico son:

- Miedo a tener una enfermedad grave, sobre la base de la interpretación personal de signos físicos como evidencia de una enfermedad física.
- La queja de un trastorno físico no se apoya por la evaluación apropiada y no cumple los criterios de crisis de angustia.
- Miedo persistente de tener una enfermedad grave, a pesar de que las pruebas demuestren lo contrario.
- El trastorno dura por lo menos 6 meses.
- El miedo erróneo no alcanza la intensidad de un delirio; el paciente reconoce la posibilidad de estar equivocado.

Los hipocondríacos verdaderos experimentan gran sufrimiento, sus miedos y preocupaciones pueden alterar el funcionamiento social y las relaciones personales.

Trastorno de somatización:

Este, se caracteriza también por preocupaciones relacionadas con quejas somáticas, el paciente centra más esas quejas en síntomas específicos, en vez de enfermedades concretas como en la hipocondría. Es más frecuente en las mujeres. Los síntomas para el criterio diagnóstico de este trastorno son:

Síntomas gastrointestinales:

- Vómitos
- Dolor abdominal
- Náuseas
- Meteorismo
- Diarrea
- Intolerancia a varios alimentos

Síntomas dolorosos:

- Dolor en extremidades
- Dolor de espalda
- Dolor articular
- Dolor durante la micción

Síntomas cardiopulmonares:

- Disnea sin relación con el ejercicio

- Palpitaciones
- Dolor torácico
- Vahidos

Síntomas de conversión o pseudoneurológicos:

- Amnesia
- Dificultad para deglutir
- Pérdida de la voz
- Sordera
- Visión doble
- Visión borrosa
- Ceguera
- Desvanecimiento
- Contracciones o convulsiones
- Dificultad para caminar
- Parálisis o debilidad muscular
- Retención urinaria o dificultad para orinar

Síntomas sexuales:

- Indiferencia sexual
- Dispauremia
- Impotencia

Síntomas del aparato reproductor femenino:

- Menstruación dolorosa
- Periodos menstruales irregulares
- Hemorragia menstrual excesiva
- vomitos durante el embarazo

Estos sujetos buscan repetidamente explicación médica para sus síntomas físicos y están dispuestos a someterse a procedimientos diagnósticos, intervenciones quirúrgicas y ensayos clínicos, aunque tales intentos raramente tienen éxito.

Referencia (5,14).

DIAGNOSTICO

El médico de atención primaria ve por lo menos un paciente al día con algún trastorno de ansiedad, por lo que es importante revisar una metodología para el diagnóstico de estos trastornos. A continuación se describen seis pasos en el diagnóstico de los trastornos de ansiedad.

1.- Escuchar:

Escuchar la descripción que hace el paciente del patrón de quejas.

2.-Interrogar:

Si el patrón de quejas concuerda con un trastorno de ansiedad, hay que interrogar sobre la presencia de otros síntomas comunes o buscar un grupo de síntomas de ansiedad.

3.- Evaluar:

Evaluar el aspecto y comportamiento del paciente, es decir, el humor, el afecto, el flujo y contenido del habla, el contenido del pensamiento y la función intelectual, la percepción de la enfermedad, el juicio y el grado de incapacidad y adaptación social.

4.- Explorar:

Llevar a cabo una exploración física adecuada para buscar otros trastornos e identificar problemas médicos coexistentes. Indicar las pruebas de laboratorio necesarias para descartar otros problemas.

5.- Informar:

En caso de existir síntomas de ansiedad, informar al paciente la posibilidad de un trastorno de ansiedad y explorar las atribuciones y creencias del sujeto.

6.- Aclarar:

Buscar evidencia de un trastorno asociado, como el caso de toxicomanías u otras enfermedades psiquiátricas y revisar todos los hechos y establecer un diagnóstico específico.
Referencia (14).

INSTRUMENTOS PARA EL DIAGNOSTICO.

Actualmente se han utilizado escalas de calificación de ansiedad, así como entrevistas estructuradas para evaluar a estos pacientes. Las entrevistas son con fines diagnósticas, mientras que las escalas, se prefieren para medir la gravedad y los cambios a lo largo del tiempo y pueden identificarse aspectos que puedan mejorarse. Estos instrumentos pueden ser guías útiles para el médico de primer nivel, ya que ayudan a identificar la naturaleza de la enfermedad y permite proporcionar una terapia más específica para el paciente.

De las escalas para identificar la ansiedad tenemos; la escala de SHEEHAN y la de HAMILTON, las cuales se describen a continuación:

ESCALA DE ANSIEDAD AUTOVALORADA DE SHEEHAN

Presenta las siguientes características:

- Se le proporciona al paciente, para que éste la responda.
- Identifica y mide la gravedad de los síntomas asociados de la ansiedad.
- El cuestionario consta de 35 preguntas de síntomas relacionados con la ansiedad.

- Consta de cinco columnas frente a cada pregunta y le asigna un número de 0 a 4 en cada columna.
- Las puntuaciones mayores de 30 se consideran anormales y las mayores de 80 indican afectación grave. El objetivo del tratamiento es disminuir la puntuación a menos de 20.

ESCALA DE HAMILTON:

El Dr. Max Hamilton publicó su escala en 1959, diseñada para evaluar la neurosis de ansiedad como un síndrome y no para evaluar la ansiedad como síntoma.

La escala presenta las siguientes características:

- Consiste en 12 incisos referentes cada uno a un grupo de síntomas, junto con una variable en el inciso 13 que se refiere a la conducta durante la entrevista.
- El médico es el entrevistador y pregunta de manera abierta.
- El propio médico asigna un número que va del 0 a 4 de acuerdo al grado de intensidad del síntoma, anotando el número en un paréntesis colocado a cada lado de los 13 incisos.
- Su uso ha sido limitado debido a dos factores: primero, porque no incluye todos los trastornos de ansiedad y segundo porque no proporciona una calificación de la ansiedad, sin embargo, ofrece la posibilidad de evaluar tanto síntomas psíquicos como físicos.
- Puede ser de gran ayuda como auxiliar de diagnóstico y para evaluar la evolución del cuadro.
- La puntuación que se le ha asignado para la presentación del síndrome de ansiedad es: de 7 a 20 se considera leve, de 21 a 34 moderada, de 35 a 48 severa y mayor de 48 es muy severa e incapacitante.

TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Un diagnóstico exacto y una identificación cuidadosa de los objetivos terapéuticos son esenciales para el éxito del tratamiento. La medicación correcta puede controlar con frecuencia muchos síntomas de los trastornos de ansiedad y facilitar el éxito de la psicoterapia y otras formas de tratamiento no farmacológico.

BENZODIACEPINAS

Durante los últimos 20 años, las benzodiazepinas han sustituido a otros medicamentos en el tratamiento de los trastornos de ansiedad, como por ejemplo, a los barbitúricos y otros sedantes hipnóticos. La seguridad y menor potencial de adicción de las benzodiazepinas, proporcionan eficacia consistente con menos sedación, efectos adversos e interacciones farmacológicas.

Cuando una benzodiazepina es clínicamente eficaz, el alivio aparece a los pocos días y debe usarse la dosis eficaz mínima y deberán programarse visitas periódicas para monitorizar la respuesta, el cumplimiento y los efectos secundarios. El complejo de los receptores GABA/benzodiazepina se adapta de forma gradual a la terapia benzodiazepínica continua, así pues, la medicación debe disminuirse gradualmente antes de suspenderla.

GUIA GENERAL PARA LA PRESCRIPCION:

- Usar como complemento a la modificación del estilo de vida, la terapia de relajación, la psicoterapia u otras medidas no farmacológicas.
- Siempre que se pueda minimizar la duración de la terapia o usarla intermitentemente.
- Identificar y monitorizar síntomas específicos.
- Prescribir la mínima dosis eficaz.
- Limitar la cantidad prescrita y el número de envases.
- Los agentes sin metabolitos activos pueden ser preferibles en los pacientes ancianos o con enfermedades médicas existentes.
- Tener precaución en los sujetos predispuestos a la dependencia.
- Mantener contacto frecuente con el paciente.

INCONVENIENTES:

- Los efectos secundarios sobre el SNC pueden ser sutiles e imitar una enfermedad psiquiátrica.
- Los agentes con metabolitos activos pueden acumularse en pacientes ancianos o con enfermedades médicas coexistentes.
- Depresión aditiva del SNC cuando se toma alcohol, medicamentos psicotrópicos, anticonvulsivos, antihistaminicos y otros depresores.
- Algún potencial de abuso.

TITULACION DE LA DOSIS:

Agente	dosis inicial	dosis diaria total
- Alprazolam	0.25-0.5 mg	0.75-4.0 mg
- Clordiacepóxido	5 mg	15-100 mg
- Cloracepato	7.5-15 mg	15-60 mg
- Diacepam	2 mg	4-40 mg
- Halacepam	20 mg	40-160 mg
- Loracepam	1 mg	2-6 mg
- Oxacepam	10 mg	30-90 mg
- Pracepam	10 mg	20-60 mg

ANSIOLITICOS NO BENZODIACEPINICOS:

La buspirona es el primer miembro de una nueva clase de ansiolíticos (azaespirodecanedionas), no guarda relación con las benzodiacepinas, carece de efectos sedantes y relajantes musculares y parece tener

potencial de dependencia escaso o nulo. El comienzo del efecto clínico se retrasa hasta dos semanas y el fármaco puede ser útil para los pacientes con trastornos de ansiedad crónicos.

La dosis inicial es de 5 mg y la dosis total diaria es de 15-60 mg.

ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS:

Los antidepresivos tricíclicos producen grados variables de efectos sedantes y anticolinérgicos y se dividen en dos categorías de acuerdo con sus efectos sobre los neurotransmisores.

Los dimetilados, que son los más antiguos como la amitriptilina, doxepín e imipramina que actúan predominantemente bloqueando la recaptación de serotonina y presentan un alto potencial de efectos secundarios.

Los monometilados, tienen efectos sobre la noradrenalina y efectos secundarios relativamente menos frecuentes.

La terapia con antidepresivos tricíclicos debe iniciarse a dosis bajas e irse aumentando en forma gradual cada dos a cinco días, mientras se vigila al paciente para valorar su mejoría clínica. Pueden ser necesarias hasta seis semanas de tratamiento para obtener una respuesta óptima. Los pacientes con trastornos de ansiedad pueden experimentar aumento de la ansiedad durante la primera o dos primeras semanas de terapia, sin embargo, ese efecto remite más adelante.

La imipramina, es el tricíclico más utilizado, tiene efecto sobre los síntomas de la crisis de angustia y es menos efectiva para la ansiedad anticipatoria. La clomipramina se ha mostrado prometedora en el trastorno obsesivo-compulsivo.

GUIA PARA LA PRESCRIPCION:

- Iniciar la terapia con una dosis baja.
- Aumentar la dosis en forma gradual de 25-50 mg/día cada dos a cinco días.
- Pauta de dosificación al acostarse cuando sea posible.
- Continuar la medicación durante por lo menos 4-6 semanas a niveles de dosificación terapéuticos, antes de hacer una evaluación final de la eficacia.
- En los pacientes con respuesta, tratar durante 2 o más meses después de la respuesta completa y disminuir gradualmente de 25 a 50 mg cada 2 semanas.

CONTRAINDICACIONES:

- Periodo de recuperación después del infarto de miocardio.

- Usarse con precaución en sujetos con historia de enfermedad cardiaca, presión intraocular aumentada, glaucoma de ángulo estrecho, retención urinaria o trastornos convulsivos.

- Precaución extrema en pacientes con tendencia suicida ya que la sobredosificación es peligrosa e inclusive mortal.

- No deben combinarse con inhibidores de la MAO, excepto en situaciones especiales.

DOSIFICACION:

Agente	Dosis inicial	Dosis total diaria
- Desipramina	25-50 mg	150-300 mg
- Imipramina	25-50 mg	150-300 mg
- Trimipramina	25-50 mg	150-300 mg

Referencia (21,22).

INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA (MAO)

Los inhibidores de la MAO actúan interrumpiendo el catabolismo de las monoaminas con acción central. Son los fármacos de primera elección en la depresión atípica. Estos fármacos tienen acción en los trastornos de angustia con agorafobia y en los trastornos fóbicos.

La Fenelcina puede ser el medicamento más eficaz para los casos severos y crónicos de trastornos de angustia refractarios al tratamiento con benzodiazepinas o tricíclicos.

GUIA GENERAL DE PRESCRIPCION:

- Iniciar la terapia con dosis bajas y titular según necesidad y tolerancia.

- Vigilar con frecuencia la presión arterial.

- Resaltar la observación estricta de las restricciones dietéticas y farmacológicas. Se debe tener cuidado con alimentos que contengan tiramina o triptófano ya que desencadenan crisis hipertensivas.

DOSIS:

- Fenelcina a dosis inicial de 15 mg y dosis diaria total de 45-90 mg. Referencia (23,24).

BETABLOQUEANTES

Los betabloqueadores como el propanolol, 10 a 40 mg, 45 a 60 minutos antes de la actividad temida, han sido útiles para pacientes con fobias sociales como miedo al escenario y la ansiedad de los exámenes.

Los betabloqueadores pueden reducir ciertas respuestas autonómicas, como taquicardia, hiperventilación y temblor.

Las contraindicaciones son: historia de asma bronquial, insuficiencia cardíaca congestiva y bradicardia significativa.
Referencia (25).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los trastornos de ansiedad son considerados como una enfermedad del presente siglo y afecta a ambos sexos, la mujer ha tenido que incorporarse al trabajo fuera de su hogar, desempeñando doble rol, es decir, como fuerza de trabajo y ama de casa. Por lo tanto, este puede ser un factor que desempeñe un papel en esta patología. Por esta razón nos planteamos la siguiente pregunta:

¿ Son frecuentes los transtronos de ansiedad en las mujeres que desempeñan un trabajo fuera de su hogar y que tan graves son ?, así mismo, ¿ tienen repercusión en el ámbito familiar y laboral ?.

JUSTIFICACION

Los trastornos psicoafectivos, son enfermedades muy comunes en las sociedades humanas desde tiempos muy remotos, sin embargo, y específicamente, la ansiedad es un padecimiento que se ha acrecentado en el presente siglo.

Datos epidemiológicos y de acuerdo con la frecuencia (ver frecuencia), la mujer es la que con mayor frecuencia presenta este tipo de trastornos y si a esto le agregamos que cada día más mujeres se incorporan a la fuerza laboral, además de atender un hogar, consideramos que los trastornos de ansiedad se presentan más frecuentemente en este grupo de mujeres y probablemente con mayor grado. Por esta razón se determino, llevar a cabo un estudio que nos proporcione información al respecto para analizar los siguientes puntos:

- a).- Conocer la frecuencia de estos transtornos en las mujeres que trabajan en la Ciudad de Uruapan y específicamente en la Clínica ISSSTE en donde hay derechohabientes trabajadoras.
- b).- Establecer la gravedad de estos transtornos y su repercusión en la vida familiar de estas trabajadoras.
- c).- De acuerdo a la gravedad, valorar la incapacidad médica como parte de la terapia y su consecuencia en el aspecto laboral.

OBJETIVO

OBJETIVO GENERAL.

El objetivo general del presente trabajo de investigación es:

a).- Identificar los trastornos de ansiedad en las personas del sexo femenino que trabajan fuera del hogar y que acudieron a la Clínica Hospital de Uruapan ISSSTE.

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO :

El estudio que se llevó a cabo, es de tipo prospectivo, mediante la entrevista, aplicando la escala de Hamilton para detectar la presencia de ansiedad, su grado y una vez detectada mediante interrogatorio, se investigó la repercusión a nivel familiar y su desempeño laboral.

POBLACION:

La investigación fué dirigida a los derechohabientes del sexo femenino que acudieron a atención médica al consultorio N° 1 de Medicina familiar en el turno vespertino, en la Clínica Hospital ISSSTE Uruapan.

LUGAR:

Clínica Hospital ISSSTE Uruapan, en Uruapan Michoacán

TIEMPO

Período comprendido del mes de Julio a Diciembre de 1995.

TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA:

570 mujeres que acudieron a la consulta externa de la Clínica Hospital Uruapan, entre Julio a Diciembre de 1995 y que tienen de 20 a 50 años, siendo estudiadas un total de 110 mujeres que desempeñan su trabajo fuera del hogar y muestran ansiedad.

CRITERIOS DE INCLUSION:

- a).- Pacientes del sexo femenino que desempeñan un trabajo, fuera del hogar, entre las edades de 20 a 50 años.
- b).- No necesariamente casadas, pero si tener relación familiar.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- a).- Pacientes del sexo femenino menores de 20 años y mayores de 50 años aunque desempeñaban un trabajo fuera del hogar.
- b).- Pacientes con tratamiento a base de ansiolíticos.
- c).- Pacientes con patología orgánica que simulaban estados de ansiedad.
- d).- Pacientes que habian dejado de laborar un mes antes.
- e).- Pacientes que no desempeñaban un trabajo fuera de su hogar.
- f).- Pacientes femeninos con patología psiquiátrica diagnosticada previamente y bajo tratamiento.

CRITERIOS DE ELIMINACION.

- a).- Pacientes del sexo femenino con enfermedades crónico-degenerativas, principalmente diabetes mellitus e hipertensión arterial sistémica.

INFORMACION A RECOLECTAR:

- a).- Síntomas y signos o cuadro clínico de la paciente en forma dirigida por un cuestionario (Escala de Halminton), aplicada por el médico durante la consulta médica, el cual fue resuelto por la paciente o individuo seleccionado para la investigación.
- b).- Disfunción familiar secundaria, esto a través del interrogatorio.
- c).- Problemas de tipo laboral, esto también, a través del interrogatorio, durante la consulta.

METODO O PROCEDIMIENTO PARA LA CAPTURA DE INFORMACION

- Informe diario de la consulta médica.
- Expediente médico para confirmar los criterios de inclusión y de exclusión.
- Escala de Halminton: que se aplicó a las mujeres que reunían los criterios de inclusión.
- Cuestionario previamente elaborado para investigar disfunción familiar a consecuencia de la ansiedad y problemas laborales.

CONSIDERACIONES ETICAS:

De acuerdo a las normas de Helsinky y considerando que es un trabajo de investigación, en donde los métodos serían aplicados a seres humanos, se llevo a cabo los siguiente:

- a).- Se le informo a cada una de las personas que participaron, los objetivos de la investigación y de los métodos utilizados.
- b).- Se les informo que el trabajo de investigación no presentaba ningún riesgo físico ni mental.
- c).- Se les informo de la libertad de participar o no en el trabajo de investigación.
- d).- El trabajo de investigación fue asesorado por personal médico calificado, previo protocolo de investigación que fue aprobado.

DESCRIPCION DE RESULTADOS.

Durante 6 meses, se llevo a cabo este estudio y en este lapso de tiempo se estudiaron un total de 110 pacientes mujeres que desempeñaban un trabajo y que reunieron los criterios de inclusión, vistas en la consulta externa por otro padecimiento distinto al transtorno de ansiedad.

Estas pacientes se dividieron en tres grupos de acuerdo a la edad, siendo el grupo mayor, el comprendido entre los 30 a 39 años ocupando el 61.81% como se puede apreciar en la tabla n° 1 y en la gráfica n° 1, esto para conocer la edad que predominó en este estudio.

En la tabla y gráfica n° 2 se agrupan a las pacientes de acuerdo a la ocupación, con el objetivo de conocer el tipo de ocupación laboral que predominó en el presente estudio, siendo la ocupación de secretaria, la que predominó con un porcentaje del 25.45% del total.

En la tabla y gráfica n° 3, se agrupan las pacientes estudiadas por profesión y grado de ansiedad y de acuerdo a la calificación que otorga la escala de Hamilton, que es la siguiente: de 0 a 6 puntos hay ausencia de ansiedad, de 7 a 20 puntos hay ansiedad leve, de 21 a 34 hay ansiedad moderada y de 35 a 48 hay ansiedad severa y mayor de 49, la ansiedad es muy severa. Como se puede apreciar, en el grupo de las secretarias predominó la ansiedad leve, así como en los auxiliares administrativos y personal de enfermería, llamando la atención que las mujeres dedicadas a la labor de intendencia, presento mayor número de pacientes con ansiedad moderada con respecto a las demas ocupaciones, aunque predominó en este grupo la ansiedad leve.

En la tabla y gráfica n° 4 se agrupa a las pacientes por grado de ansiedad en forma general, obteniendose los siguientes resultados, 66 de las 110 pacientes calificaron de ansiedad leve, es decir el 60%, 34 de las 110 calificaron como ausente ocupando el 30.90% y solo 10 calificaron como ansiedad moderada ocupando el 9.09% del total.

En la tabla y gráfica n° 5 se anotan los síntomas que predominaron en el grupo de mujeres estudiadas con la escala de Hamilton, siendo más frecuentes las preocupaciones, sensación de tensión, temores y cefalea tensional.

En la tabla n° 6 se encuentran los resultados acerca de la repercusión familiar y laboral, encontrandose unicamente 5 mujeres que pertenecen al grupo de intendencia con problemas familiares y 1 paciente con problema laboral que correspondió al grupo de enfermeras, que en porcentaje del total de mujeres estudiadas corresponde al 4.5% y 0.9% respectivamente.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

TABLAS:

Tabla n°1. Pacientes por grupo de edad.

Grupo de edades	Número	Porcentaje
20 a 29 años	20	18.18%
30 a 39 años	68	61.81%
40 a 49 años	22	20.00%
Total	110	99.99%

Tabla n° 2. Pacientes agrupadas por tipo de trabajo

Tipo de trabajo	Número	Porcentaje
Secretarias	28	25.45%
Aux. administrativo	20	18.18%
Enfermeras	20	18.18%
Intendentes	20	18.18%
Maestras	10	9.09%
Med. Familiar	6	5.45%
Asistente médico	2	1.81%
Trab. Social	2	1.81%
Quimicofarmacobiologo	2	1.81%
Total	110	99.96%

Tabla n° 3. Grados de ansiedad por ocupación, de acuerdo al puntaje de la escala de Hamilton.

Ocupación	Ausente	leve	moderada	severa
Secretarias	8	18	2	0
Aux. Administrativo	6	14	0	0
Enfermeras	8	10	2	0
Intendentes	6	8	6	0
Maestras	2	8	0	0
Médico Familiar	0	6	0	0
Asistente médico	2	0	0	0
Q.F.B.	0	2	0	0
Trabajo Social	2	0	0	0
total	34	66	10	0

Tabla n° 4. Grados de ansiedad.

Grado de ansiedad	Número de pacientes	Porcentaje
Ausente	34	30.90%
Leve	66	60.00%
Moderada	10	9.09%
Total	110	99.99%

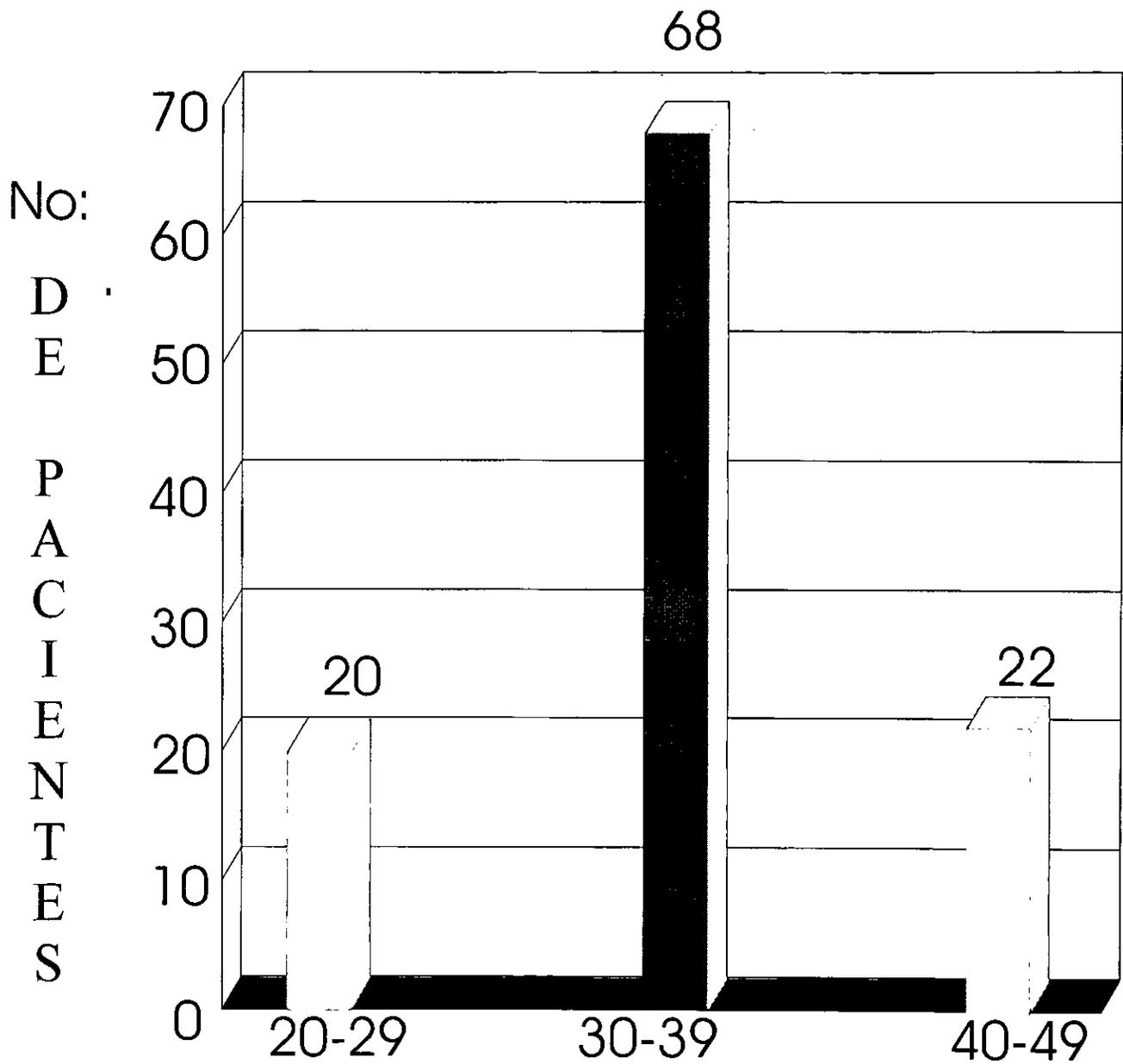
Tabla n° 5. Síntomas más comunes.

Síntomas predominantes	Número	Porcentaje
Preocupaciones	10	9.09%
Irritabilidad	8	7.27%
Sensación de tensión	10	9.09%
Llanto fácil	8	7.27%
Fatigabilidad	8	7.27%
Temores	10	9.09%
Sueño interrumpido	6	5.45%
Pesadillas	4	3.63%
Dificultad para conciliar el sueño	8	7.27%
Memoria pobre	6	5.45%
Depresión	8	7.27%
Somatización	8	7.27%
Cefalea tensional	10	9.09%
Dificultad para concentrarse	4	3.63%
Pérdida del apetito sexual	2	1.81%
Total	110	99,95%

Tabla n° 6. Repercusión familiar y laboral

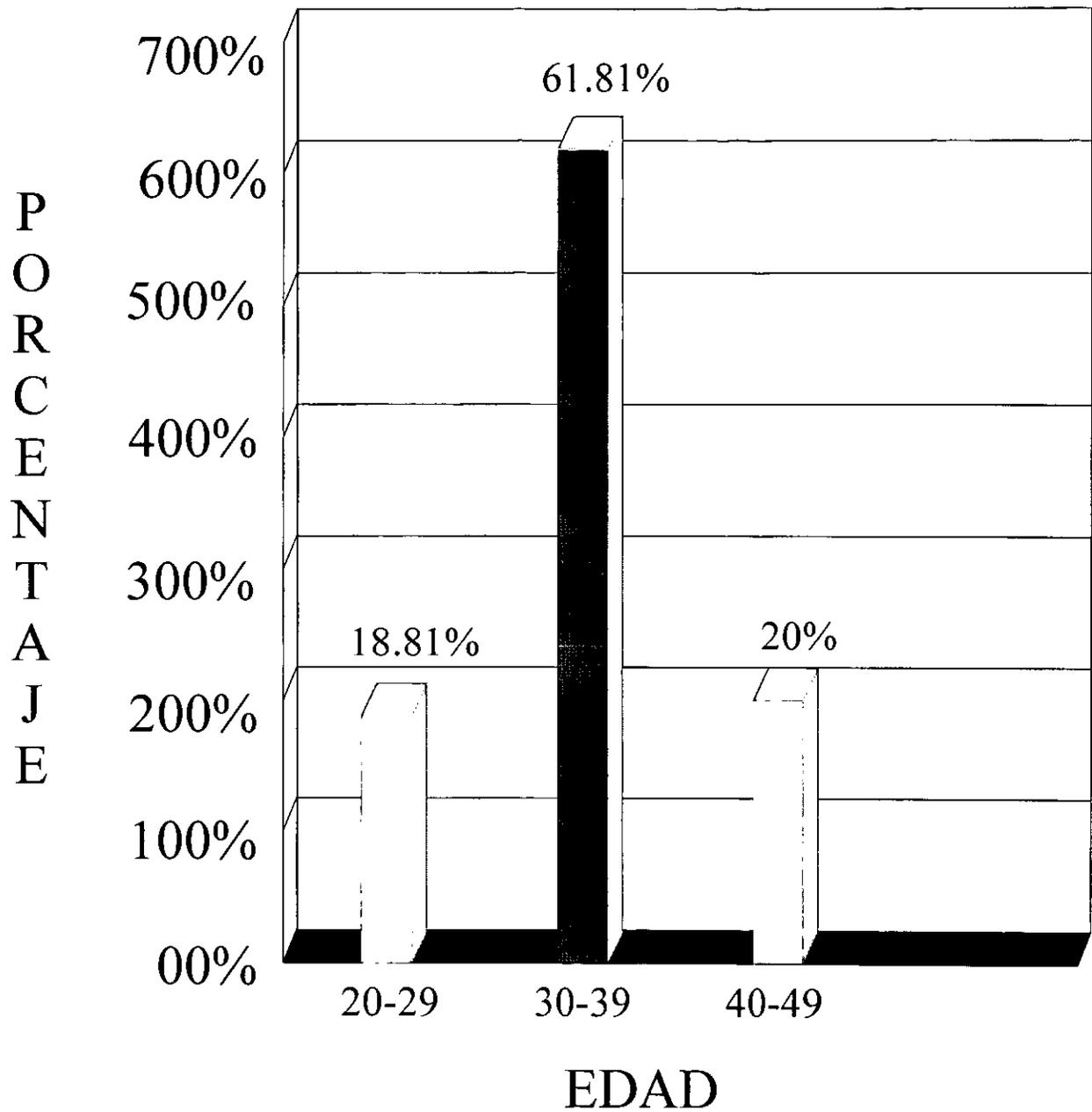
Ocupación	Problemas familiares	Problemas laborales
Secretarías	0	0
Aux. Admo.	0	0
Enfermeras	0	1
Intendentes	0	0
Maestras	0	0
Médico Familiar	0	0
Trab. social	0	0
Asistente médico	0	0
Q.F.B.	0	0
Total	5	1

GRAFICA No1



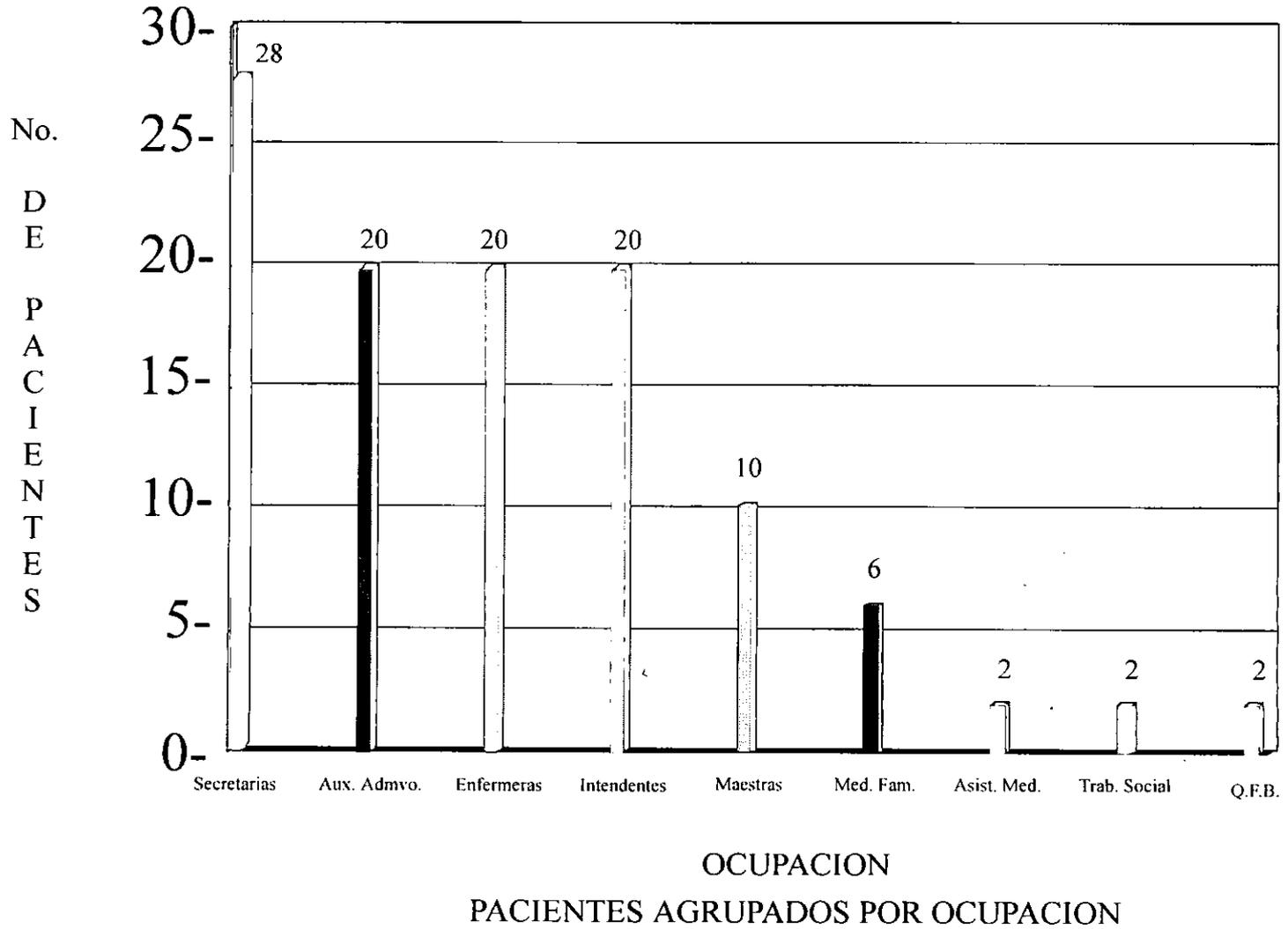
PACIENTES
AGRUPADOS POR
EDAD

GRAFICA No 2

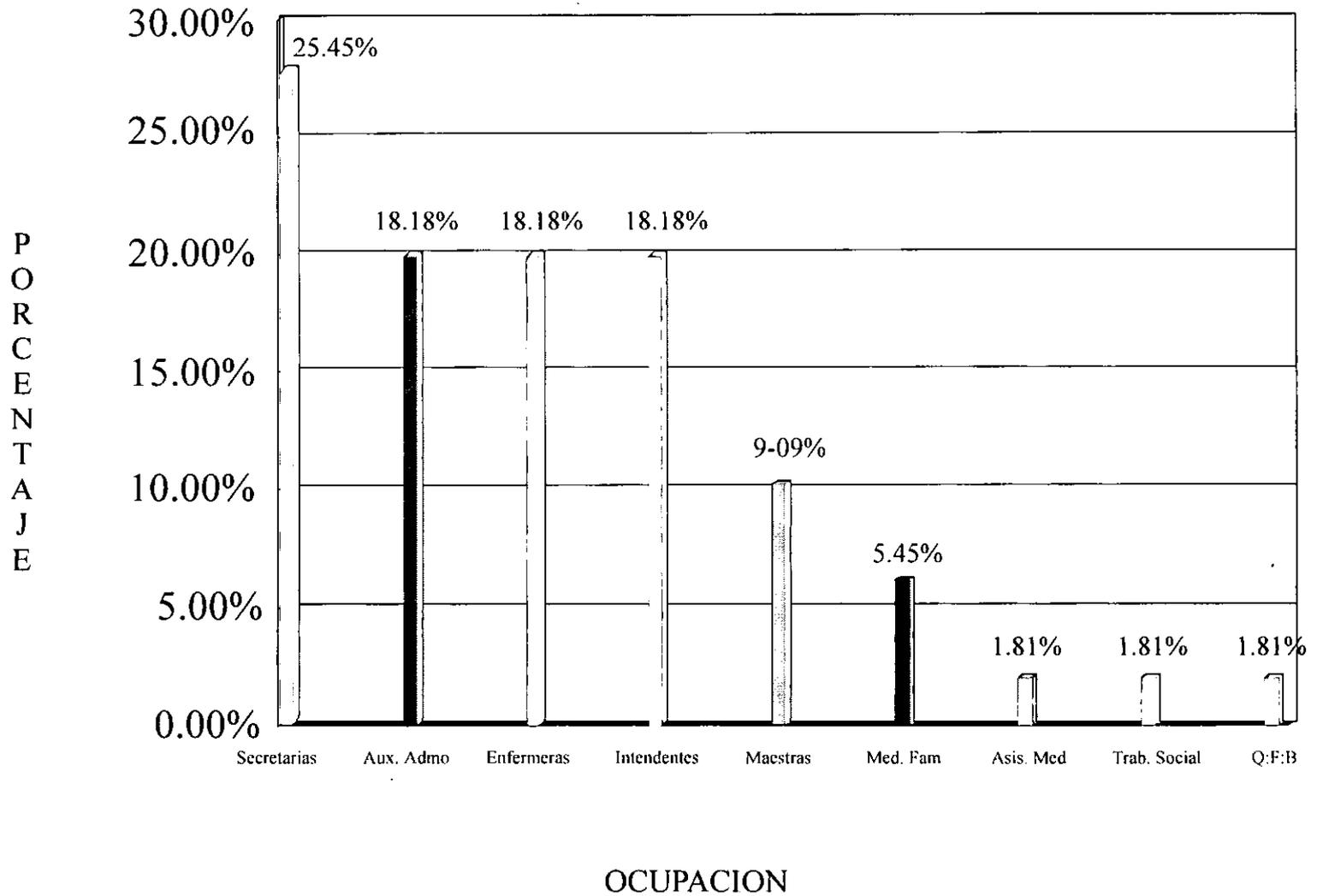


PORCENTAJE DE PACIENTES AGRUPADAS POR EDAD

GRAFICA No3



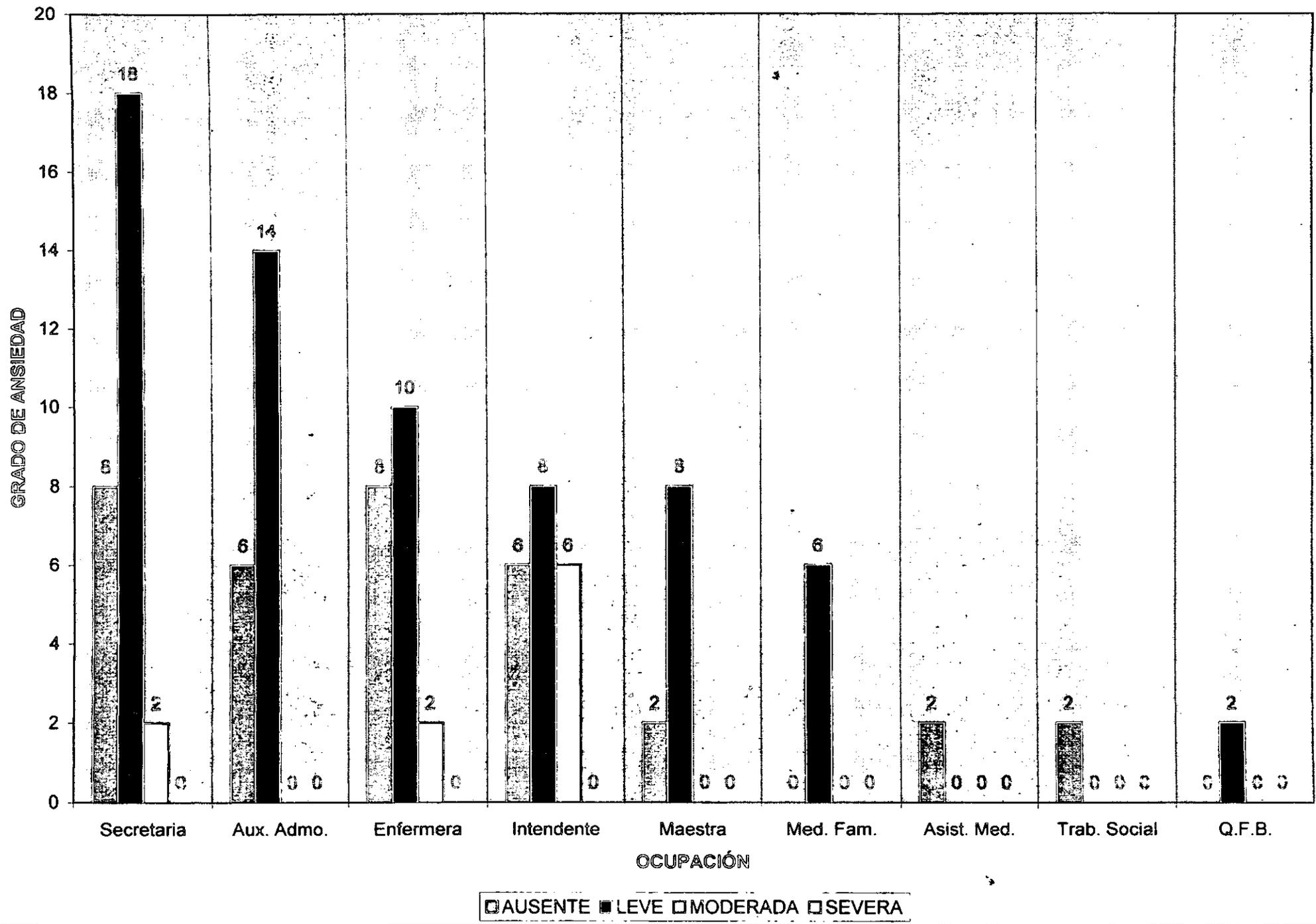
GRAFICA No 4

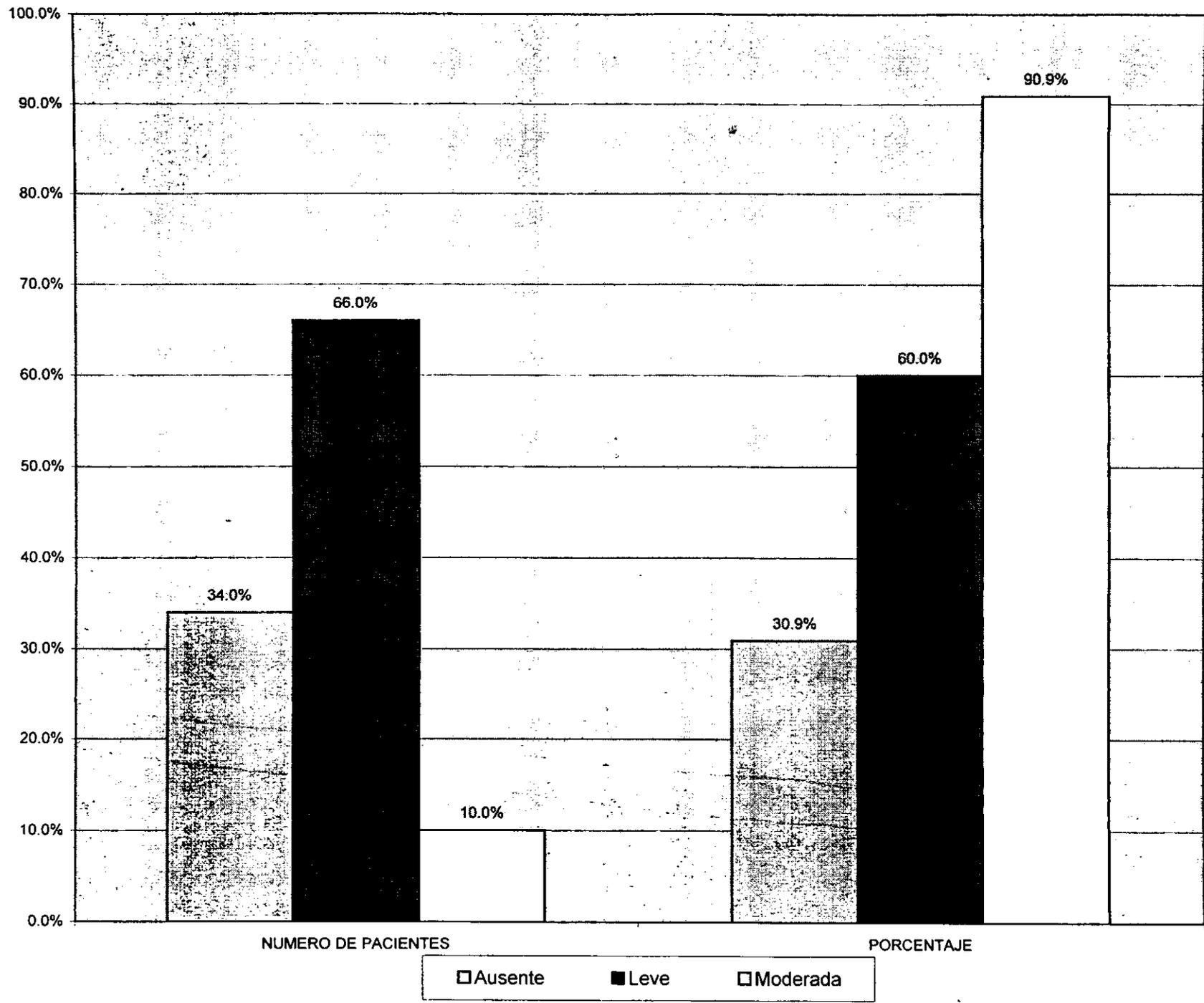


PORCENTAJE DE PACIENTES AGRUPADOS POR OCUPACION

GRAFICA N° 5

LE

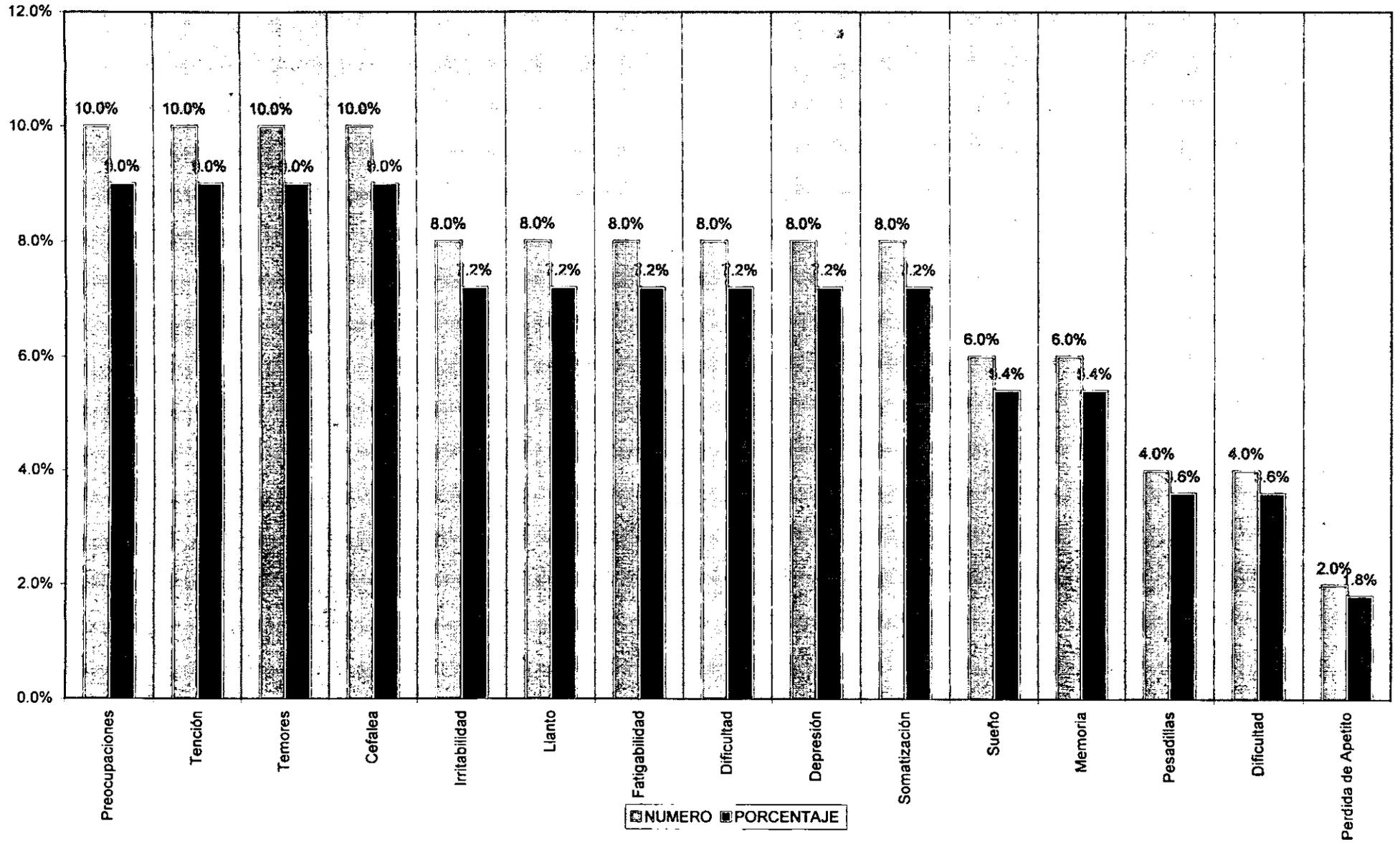




GRADOS DE ANSIEDAD

88

GRAFICA N° 7



SINTOMAS MAS COMUNES

ANALISIS

En el presente estudio, encontramos una frecuencia de ansiedad del 69.09% del total de mujeres estudiadas, es decir, más de la mitad de este grupo que se investigó. Este resultado corrobora la frecuencia que se menciona en la bibliografía consultada, principalmente a De La Fuente Ramón en Salud Mental y a Marks y Lader en Anxiety States, en la que menciona que la población tiene una probabilidad de sufrir este trastorno durante su vida es del 15% y que es más frecuente en mujeres, gente joven y en individuos con poca educación.

La probable explicación, es que a la mujer se le ha enseñado un rol social de atención al hogar y a la dependencia económica por parte de su compañero y cuando este rol se rompe o se altera puede generar la aparición de trastornos de ansiedad, como se señala en las teorías causales de la ansiedad, específicamente en la teoría del rol sexual, descritas en el texto de Psiquiatría de Cook y Fontaine.

La sintomatología que predominó en este grupo, fueron las preocupaciones, sensación de tensión, temores y cefalea tensional que coinciden con el cuadro clínico del trastorno de ansiedad generalizada descrito en la clasificación del DSM-III publicado en 1987 por la American Psychiatric Association.

En el presente estudio, hubiese sido importante corroborar las alteraciones bioquímicas y medir la presencia de lactato, como se menciona en los trabajos de Ontiveros y Fontaine con crisis de angustia provocadas por agentes evocadores, pero nuestro laboratorio en la Clínica Hospital Uruapan, no cuenta con el equipo y material necesarios para llevar a cabo este tipo de estudios.

También se considera que el estudio estuvo limitado a una sola población circunscrita a un solo consultorio y un solo turno, probablemente este tipo de estudios se podrían hacer más extensos tanto en población, como en la participación de más compañeros médicos con el objeto de contar con una estadística más confiable y así mismo elaborar un programa de ayuda a este tipo de personas.

CONCLUSIONES

El presente estudio demostró, que el trastorno de ansiedad está presente en la población femenina y aumenta su frecuencia en las mujeres que se emplean en trabajos fuera del hogar, aunque la intensidad de estos trastornos no tuvieron repercusión significativa en la relación familiar y laboral, así como tampoco fueron incapacitantes, al menos en la población que se estudió.

Sin embargo considero que la ansiedad actualmente está en aumento y se debería llevar a cabo en forma rutinaria, una detección de los trastornos de ansiedad a todo paciente que acude a consulta, y establecer una estadística confiable, ya que estos trastornos con el tiempo, si no es que ya, se pueden convertir en un problema de salud pública y lleguen a tener repercusión familiar, laboral e incapacitante.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Berlanga Carlos. Sosa Ana. L. Validez diagnóstica de los trastornos de ansiedad generalizada y de las crisis de angustia. *Salud Mental V.II* Nº 3, pág. 2, 1998.
- 2.- Costa e Silva Jorge. Ansiedad. Programa de educación médica continua. *Boletín de la Asociación Mundial de Psiquiatría*. 1993.
- 3.- De la Fuente R. Angustia normal y angustia patológica. *Salud Mental* 3 (4): 13-17. 1980.
- 4.- Marks I, Lader A. Anxiety states (anxiety neurosis) a review. *J. Nerv. Ment. Dis.* 150. 3-18, 1979.
- 5.- American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical of mental disorders*, 3ª Edición, Washington, D.C. 1987.
- 6.- Cook J.S., Fontaine K.L.: *Reacciones psicológicas de la ansiedad*, *Psiquiatría* 240-307, Ed. Interamericana, 1990.
- 7.- Ontiveros Alfonso, Fontaine Rejean. Crisis de angustia provocadas; Agentes evocadores e hipótesis fisiopatológicas II. *salud Mental V.16*, nº 3, 31-34. 1993.
- 8.- Gray J.A. *The Neuropsychology of anxiety: An inquiry into the functions of the hippocampal system*. Oxford University Press. 1982.
- 9.- Insel T.R. Ninan P.T.: A benzodiazepine receptor mediated model of anxiety: Studies in non human primates and clinical implications. *Arch. General Psychiatry*, 1984;41, 7411-750.
- 10.- Reiman, E.M., Raichle M.E., Butler F.K. et al: Pet focal brain abnormality in panic disorder, *Nature* 1984: 310; 683-685.
- 11.- Boulenger Jp, Patel J, Marangos PJ, Effects of caffeine and theophylline on adenosine and benzodiazepine receptors in human brain. *Neurosci Lett*, 30: 161-166, 1982.
- 12.- Gorman JM; *Panic disorders*. Mod. En: Klein DF, *Probl Pharmacopsychiatry*, vol 22. Karger Basel, 36-90, New York, 1987.
- 13.- Ontiveros A. Fontaine R. Crisis de angustia provocadas: Agentes evocadores e hipótesis fisiológicas I. *Salud Mental*. 1992.
- 14.- McGlynn J. Thomas. Metcalf Harry. Clasificación del paciente con ansiedad. *Diagnóstico y Tratamiento de los trastornos de ansiedad*. 21-25, VII, 1993.
- 15.- Burnside JW., McGlynn TJ: Physician relationship and the patient interview, in *Physical diagnosis*, Ed, Baltimore, Williams and Wilkins, 1987, chap 2.
- 16.- McGlynn JT, Metcalf Harry: Instrumentos de evaluación en trastornos de ansiedad. *Educación médica continua, Diagnóstico y Tratamiento de los trastornos de ansiedad*, 111-115, VIII, 1993.
- 17.- Hamilton A: Diagnosis and rating of anxiety. *British Journal of Psychiatry: Special Publication* Nº 3, 76-79, 1969.
- 18.- Van Rooyen JM, Offermeier J.: Pharmacokinetics of the benzodiazepines. *S Afr. Med J.* 68 (suppl 8); 10-13, 1985.
- 19.- Sheehan DV.; Benzodiazepines in panic disorder and agoraphobia. *J Affective Disord.* 13 169-181. 1987.
- 20.- Feighner JP.; Buspirone in the long term treatment of generalized anxiety disorder. *J. Clin Psychiatry*; 48 (suppl 12): 3-6. 1987.
- 21.- Klein DF, Fink M: Psychiatry reaction patterns to imipramine. *Am J Psychiatry* 1962; 119: 432-438.
- 22.- Kahn RJ. McNair DM, Lipman RS Et al: Imipramine and chlordiazepoxide in depressive and anxiety disorders. II. Efficacy in anxious outpatients. *Arch. Gen. Psychiatry* 1986; 43: 79-85.
- 23.- Sheehan DV, Claycomb JB; The use of MAO inhibitors in clinical practice, in Manschreck TC (ed): *Psychiatry Medicine Update*.

Massachusetts General Hospital Review for physicians New York. Elsevier.
1980.

24.-Tollefson GD; Monoamine Oxidase Inhibitors: A review J: Clin.
Psychiatry, 1983; 44: 280-289.

25.- Gorman JM: Generalized Anxiety disorders. Mod. Probl.
Pharmacopsychiatry, 1987; 22: 127-140.