



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA**



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS  
DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 14  
DELEGACIÓN NORTE DEL D. F.**

**TITULO DE LA TESIS:**

**“LA ANSIEDAD EN EL PACIENTE ADULTO MAYOR CON  
ENFERMEDAD CRÓNICA Y SU ESTRUCTURA FAMILIAR”**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER:**

**EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**JOSEFINA JUÁREZ SÁNCHEZ**

**MÉXICO D. F.**

**2006**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

TITULO DE LA TESIS:


**“LA ANSIEDAD EN EL PACIENTE ADULTO MAYOR CON ENFERMEDAD CRÓNICA Y SU ESTRUCTURA FAMILIAR”**

Trabajo que para obtener El Diploma de Especialista en Medicina Familiar

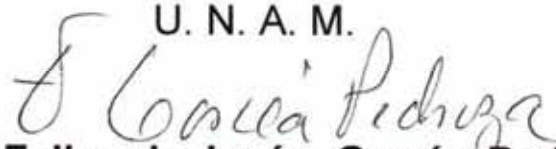
Presenta:

**Dra. JOSEFINA JUÁREZ SÁNCHEZ**


Autorizaciones:



**Dr. Miguel Ángel Fernández Ortega**  
Jefe del Departamento de Medicina Familiar  
Facultad de Medicina  
U. N. A. M.



**Dr. Felipe de Jesús García Pedroza**  
Coordinador de Investigación  
del Departamento de Medicina Familiar  
Facultad de Medicina  
U. N. A. M.



**Dr. Isaías Hernández Torres**  
Coordinador de Docencia  
Departamento de Medicina Familiar  
Facultad de Medicina  
U. N. A. M.

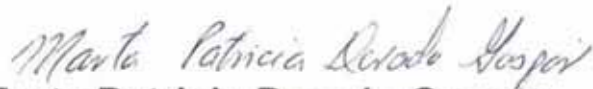
**TITULO DE LA TESIS:**

**“LA ANSIEDAD EN EL PACIENTE ADULTO MAYOR CON ENFERMEDAD CRONICA Y SU ESTRUCTURA FAMILIAR”**


**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**


**PRESENTA: DRA JOSEFINA JUAREZ SANCHEZ**


**AUTORIZACIONES:**



**Dra. Marta Patricia Dorado Gaspar  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN  
MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 14**

  
**Dra. Laura Olalde Montes de Oca  
ASESOR METODOLOGICO DE LA TESIS  
COORDINADOR CLINICO EDUCACION E INVESTIGACION EN  
SALUD U.M.F. No 14 IMSS**

  
**Dr. Miguel Palomar Baena  
ASESOR DEL TEMA DE TESIS  
COORDINADOR CLINICO EDUCACION E INVESTIGACION EN  
SALUD HOSPITAL PSIQUIATRICO MORELOS IMSS**

  
**Dra. Laura Olalde Montes de Oca  
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN  
SALUD U.M.F. No 14 IMSS**

*A la memoria de mi padre Enrique Juárez Mendoza  
quien fue el inspirador e impulsor de mi amor por la medicina.*

*La extensa investigación en la que se sustenta esta tesis hubiera sido  
imposible sin el apoyo y la presencia de  
mi madre Asunción Sánchez Velásquez.*

*Al entusiasmo. Dedicación y tesón de Todos Mis Maestros especialmente de  
mis asesores, mis familiares y amigos que han contribuido a la elaboración  
y construcción de este proyecto.*

*Josefina Juárez Sánchez*

<b>ÍNDICE</b>	<b>Página</b>
INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	3
ANTECEDENTES	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
OBJETIVOS	16
METODOLOGÍA	17
TIPO DE ESTUDIO	
UNIVERSO DE TRABAJO	
SELECCIÓN DE MUESTRA	
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	18
MATERIALES Y MÉTODOS	20
PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO	21
RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS Y FINANCIEROS	22
FACTIBILIDAD	23
ASPECTOS ÉTICOS	23
RESULTADOS	24
DISCUSIÓN	48
CONCLUSIONES	51
BIBLIOGRAFÍA	54
ANEXOS	57

## INTRODUCCIÓN

El progresivo envejecimiento de la población y el aumento de la esperanza de vida y una mayor prevalencia de factores de riesgo determinan que los trastornos crónicos ocupen un lugar primordial en importancia social y sanitaria.

Por lo que México, al igual que los países de Latinoamérica y del mundo, atraviesa en los últimos años una transición demográfica cuyo resultado es el aumento notable de las personas mayores de 65 años. Se considera que para el año 2010 serán 6.8 millones de personas adultas. (1)

El estudio de la enfermedad crónica tiene un doble interés, por un lado la repercusión psicológica adaptativa desde el primer momento en que se conoce la enfermedad hasta la rehabilitación y la compleja integración del paciente una vez que ha concluido adecuadamente un proceso adaptativo a su nueva realidad. Por otra parte está la aparición frecuente de trastornos psiquiátricos, ya sea en forma reactiva o sintomática, generalmente se puede considerar que entre un 20 a 50 % de los pacientes crónicos manifiestan problemas psiquiátricos como ansiedad y/ o depresión. (4)

La enfermedad crónica es una pesada carga física y psicológica ya que los pacientes habitualmente se sienten impotentes y con baja autoestima ante la situación y, como consecuencia, las relaciones familiares se perturban por la enfermedad, se vuelven dependientes de otras personas o se sienten frustrados porque la expectativa de una vida normal se desvanece, esto origina en ellos una situación de ansiedad por no encontrar, en muchas ocasiones, una respuesta a su problemática. (11)

Lo anterior repercute en la relación del paciente con su familia ya que se generan problemas por la falta de empleo, cambios en el nivel económico, pérdida del estatus, alteraciones en las relaciones y lazos afectivos en el grupo familiar y en lo social. (6)

Por todo lo anterior aparecen los trastornos de ansiedad, los cuales son uno de los trastornos mentales más comunes, con una prevalencia de un mes del 7.3% en adultos de todas las edades. En adultos mayores de 65 años esta prevalencia mensual baja al 5.5%, se acerca al 20% en un período de 6 meses y al 35% en el ciclo vital. (7)

El proceso normal envejecimiento, la instalación de una enfermedad crónica, así como la aparición de trastornos del afecto y su repercusión familiar y social hacen que sea necesario un estudio serio y profundo de la ansiedad en el paciente adulto mayor con enfermedad crónica.



## JUSTIFICACIÓN

A la disminución progresiva de la fertilidad y al aumento de la esperanza de vida, la población del mundo presentará un proceso de envejecimiento más rápido en la mitad del siglo que ahora se inicia.

Como resultado del patrón mundial, el aumento de la población mostrará un incremento progresivo y un número mayor de personas de 65 años y más.

La edad avanzada se asocia con una disminución de la capacidad física, mental, económica y social. Con frecuencia el anciano desarrolla una dependencia derivada de la pérdida de autonomía y de sus capacidades, el proceso de envejecimiento de la población va acompañado de trastornos afectivos como lo son la ansiedad y la depresión. Esto origina que aumente la frecuencia de asistencia a consultas médicas y mayor consumo de medicamentos, lo cual provoca mayores gastos tanto a nivel familiar como en seguridad social, así como repercusiones en la estructura familiar, manifestándose como crisis o disfunción familiar.

Ante la incertidumbre de nuevos obstáculos, menos capacidades, la cercanía de la muerte, cambios del estatus social y poca aceptación del adulto mayor como un ser biopsicosocial, éste se torna más susceptible y por lo tanto presentará mayor vulnerabilidad para el desarrollo de trastornos afectivos por lo que es necesario una atención integral.

Se ha identificado en la unidad de medicina familiar 35, en un periodo de 10 años, que la consulta del adulto mayor se ha incrementado en forma considerable por la aparición de un mayor número de enfermedades crónico degenerativas, lo que ocasiona mayor frecuencia en la asistencia a la consulta de Medicina Familiar, además de que el adulto mayor no es acompañado por algún familiar; también se aprecia que presentan con mucha frecuencia cambios afectivos como ansiedad y depresión, por lo que es de vital importancia el estudio de las personas mayores para que se les brinde una atención integral y para que se logre una mejor calidad de vida en este grupo de pacientes.

Por lo anterior se investigará cuáles son los niveles de ansiedad que presentan los enfermos crónicos adultos mayores y cual es su estructura familiar de acuerdo al número de elementos que la constituyen

## ANTECEDENTES

Se considera que para el año 2010 serán 6.8 millones de adultos mayores en la República Mexicana. Los factores que han favorecido este panorama demográfico son diversos, sin embargo destacan: una baja en el índice de natalidad, menor mortalidad en las zonas urbanas con mejores servicios sanitarios y, sobre todo, una mayor esperanza de vida. Los mexicanos hemos aumentado esta esperanza de vida en más de tres decenios en los últimos años, lo que se refleja en el promedio de vida actual, que alcanza ya los 73 años. (1)

México, al igual que la mayoría de los países de América latina y del mundo, atraviesa en los últimos decenios por una transición demográfica que representa una inversión de la pirámide poblacional, cuyo resultado es el aumento notable de personas mayores de 65 años. (1)

Hasta la década de los 60 en la que consideraron desde un punto de vista integrado y holista las experiencias de enfermedades de los pacientes, en lo que Engel denominó modelo biopsicosocial (1977), muchos fueron los esfuerzos para intentar definir que es la enfermedad. Tres son las significaciones originales que los pueblos más diversos han dado a la afección morbosa y que han sido adoptados por prácticamente todas las culturas sucesivas: Daño o mal, deficiencia o flaqueza. (2)

En los países desarrollados, los grandes avances médicos y técnicos, y el crecimiento del nivel socioeconómico y cultural de la población han hecho posible el control en incidencia y prevalencia de las enfermedades agudas, lo que unido al envejecimiento de la población, con un aumento en la esperanza de vida y una mayor prevalencia de los factores de riesgo determinan que los trastornos crónicos ocupen un lugar primordial en importancia social y sanitaria. (3)

Algunos autores señalan que en la actualidad el 50% de la población padece algún trastorno crónico que requiere atención. Estos pueden variar en un amplio aspecto desde los relativamente benignos como la pérdida de agudeza visual hasta enfermedades graves como cardiovasculares, cáncer, sida o diabetes. La etiología de estas enfermedades esta sometida a una gran variedad de factores hereditarios y ambientales. (4)

El estudio de la enfermedad crónica tiene un doble interés, por un lado la repercusión psicológica adaptativa desde el primer momento del diagnóstico

de la enfermedad hasta la rehabilitación y la compleja integración del paciente, una vez que ha concluido adecuadamente el proceso adaptativo a su nueva realidad; por otro lado la aparición con gran frecuencia de trastornos psiquiátricos que puede ser reactivos o sintomáticos. Se puede considerar que entre un 20 a un 50% de los pacientes crónicos presentan problemas psiquiátricos como la ansiedad y depresión. (4)

El Glosario Psiquiátrico Americano, séptima edición (1997), define a la ansiedad como “aprehensión; tensión o inquietud por la anticipación de un peligro cuya fuente es mayormente desconocida o no reconocida. (5)

La traducción al español del DSM IV engloba a la crisis de angustia dentro de los trastornos de ansiedad, no estableciendo diferencias en particular entre ambos términos.(6)

Los trastornos de ansiedad son las perturbaciones psiquiátricas más frecuentes, las que mayores gastos determinan en consultas médicas y en consumo de medicamentos.

Más allá del sufrimiento que provoca la ansiedad, se promueven serias repercusiones en la calidad de vida de los pacientes así como también deterioro en su salud psíquica y física. Se presenta poco preciso el límite que separa a la “ansiedad normal” de la “ansiedad patológica”.

Es cierto que un nivel de angustia forma parte de nuestra normalidad, pero no podemos hablar de normalidad cuando afecta nuestras vivencia, nuestro desempeño y nuestra relación con el entorno. (6)

La ansiedad puede presentarse como un síntoma, en síndrome o un trastorno o ser un estado psiquiátrico comorbido, (por ejemplo de depresión o demencia) o ser provocado por enfermedades o medicamentos.

El diagnóstico preciso de los trastornos de ansiedad en el anciano puede ser especialmente dificultoso por la gran superposición de sus síntomas con los cuadros de ansiedad de origen orgánico asociados tanto a enfermedades físicas como a los medicamentos utilizados para tratarlas. (7)

Los trastornos de ansiedad son, como grupo, las enfermedades mentales más comunes, con una prevalencia de un mes del 7.3% en adultos de todas las edades.

En adultos mayores de 65 años esta prevalencia mensual baja al 5.5%, se acerca al 20% en un período de 6 meses y al 35% en el ciclo vital. En la mayoría de los casos, el trastorno comienza en la vida adulta y tiende a cronificarse, con recaídas de diversos grados intercalados hasta llegar a la vejez. (7)

En la tercera edad se presentan algunas características propias de este grupo como son la aparición de estrés por la disminución de las capacidades físicas y mentales en comparación con las que el individuo tenía años atrás, la cercanía real con la muerte, cambios en su status social y en relación con las nuevas generaciones.

El origen del trastorno puede deberse a varias causas simultáneamente. Estos conflictos pueden aparecer en la conciencia del sujeto o permanecer en un nivel inconsciente y expresarse como trastornos somáticos, trastornos de memoria o enfermedades inespecíficas. (7)

Por ello es importante efectuar una cuidadosa historia clínica y un examen físico exhaustivo.

Es primordial establecer la relación temporal entre el cuadro ansioso y la presencia de otros trastornos físicos, ingesta de medicamentos, cambios en el medio ambiente del anciano etc. Muchas veces no se considera importante situaciones que pueden ser de gran valor para el anciano como: mudanzas, aún el cambio de habitación o de cama en un geriátrico puede ser importante, divorcios en la familia, problemas económicos financieros del paciente o de sus allegados, muerte de seres queridos, trastornos del sueño o dolencias corporales, enfermedades banales, etc. (7)

Si los estudios muestran que los síntomas se deben a algún factor físico, químico o iatrogénico el diagnóstico correcto es “trastorno de ansiedad de origen orgánico”; en cambio, si la ansiedad coexiste con un trastorno orgánico que puede exacerbarla pero esta no es su causa, corresponde diagnosticar “trastorno de ansiedad”. Estas discriminaciones no suelen ser sencillas. Los viejos constituyen el grupo etareo más propenso a presentar este síndrome por la alta prevalencia de enfermedades médicas y la consecuente presencia de polifarmacia. En general los viejos consultan a diferentes especialistas, quienes indican medicamentos para diferentes patologías, favoreciéndose la interacción farmacológica. La depresión ansiosa es la forma de presentación más común de la ansiedad en la vejez: el 95% de los ancianos deprimidos presenta síntomas de ansiedad, la

ansiedad a su vez, puede afectar el curso y pronóstico a corto y largo plazo de la depresión. (7)

En el paciente crónico con tratamientos prolongados presenta una patología psicológica asociada, afectando su convivencia familiar y social. A través del abordaje psicológico se encontró angustia en el 100% de los casos que fue acompañado por: Sentimientos de incapacidad (90% de los casos), ansiedad (80%), discriminación del interés o del placer en todas las actividades (70%), depresión de diferentes grados (50%), irritabilidad (40%), deterioro socio – familiar (40%), disfunción sexual (20%), negación (1%), respecto al abordaje familiar se observó con mayor frecuencia abandono familiar y falta de contención.

Se observó mecanismos de regresión, egocentrismo y dependencia, entendiéndose por regresión a la disminución del tiempo y del espacio del paciente. Otro síntoma de importancia es el insomnio, como manifestación de alteración psicológica. (8) (9)

Respecto a las otras sintomatologías (sentimientos de incapacidad, disminución del interés, deterioro sociofamiliar) fueron abordados mediante entrevistas permitiendo a los pacientes la posibilidad de canalizar su angustia, generando un espacio de reflexión para que puedan hablar de su realidad psíquica en relación a su enfermedad orgánica tendiente a lograr cierta modificación en sus estructuras psicológicas. (10)

Los factores psicológicos asociados a la enfermedad crónica tienen consecuencias prácticas significativas en la evolución orgánica, agregando complicaciones diagnósticas y terapéuticas en caso de no ser tenidos en cuenta en el diagnóstico integral de la enfermedad (intervenciones, escasa colaboración del paciente, cuadros dolorosos, por descenso de tolerancia del umbral. (11)

La enfermedad crónica es una situación que acompaña a ciertos individuos por mucho tiempo, en ocasiones para toda la vida, la que cambia en forma permanente e irreversible.

Esta circunstancia origina situaciones muy particulares sobre el propio individuo enfermo y sobre la relación con su familia. Los tratamientos médicos de las enfermedades crónicas pueden implicar importantes limitaciones, e incluso ser causa de problemas físicos de gravedad para la integridad del enfermo crónico que los tiene que cumplir. (11)

Por las características de las enfermedades crónicas (larga duración, periodos de ausencia de síntomas, variaciones periódicas de las manifestaciones clínicas) quienes la padecen y sus allegados muestran actitudes y conductas peculiares, basados fundamentalmente en la falta de comprensión de la naturaleza de la enfermedad, es frecuente que los pacientes nieguen o duden de la existencia de la misma, opinión que puede estar reforzada o rebatida por familiares o amigos. (11)

Muchas enfermedades crónicas van a obligar al paciente a una adecuación en su situación laboral. Las respuestas adaptativas del sujeto a esta nueva situación laboral van a condicionar en gran medida su adaptación general a la realidad de enfermo crónico y van a depender de su grado de capacitación, de los recursos físicos y cognitivos de los que disponga, del apoyo social y de la edad del paciente (más fácil cuanto más joven.) (11)

La enfermedad crónica es una pesada carga física y psicológica. Los pacientes con enfermedades crónicas habitualmente se sienten sobrepasados e impotentes ante su situación; su autoestima es habitualmente baja, sus relaciones familiares se han perturbado por su enfermedad, y se han vuelto dependientes de otras personas en mayor o menor medida.

Se sienten frustradas porque las expectativas acerca de una vida normal se desvanecen. Están angustiados y ansiosos por encontrar una opinión positiva acerca de su padecer y un tratamiento curativo, o se sienten decepcionados por la medicina porque no les ofrece cura. Pueden albergar sentimientos de culpa, auto impuesto o inculcado por otros. (11)

La enfermedad crónica obliga a una modificación del modo de vida del paciente, ya que hablamos de trastornos orgánicos o funcionales. Las características diferenciales de las enfermedades crónicas son las siguientes: (11)

- ☞ Son permanentes e irreversibles, cruzando con alteraciones residuales.
- ☞ Son multicausales y se deben afrontar desde una perspectiva multicausal.
- ☞ Requieren del entrenamiento específico del paciente y de su familia para asegurar su cuidado y de la colaboración de ambos con el equipo de salud.

- ☞ Precisan largos periodos de cuidados y tratamientos para su control y para los efectos de la enfermedad.
- ☞ Conllevan sentimientos de pérdida como componente específico y predominante en cualquier tipo de enfermedad crónica.
- ☞ Son muchas clasificaciones propuestas para las enfermedades crónicas.

Atendiendo a los aspectos predominantes en cada una de ellas podemos agruparlas según propone Kiely (1985):

- Enfermedades que provocan un intensivo sentimiento de pérdida o amenaza física.
- Enfermedades de mal pronóstico: oncológicas, sida, etc.
- Enfermedades que provocan gran dependencia: renales, neurológicas, etc.
- Enfermedades que causan gran dolor o mutilación.
- Enfermedades que cursan con dolor crónico: artritis reumatoide.
- Enfermedades que determinan pérdidas en la imagen corporal: Amputaciones, colostomía, etc.

En México, las enfermedades crónicas, son las responsables del 8% del total de las limitaciones funcionales y el 3.6% de las mismas imposibilitan al individuo para realizar las actividades de la vida diaria.

Enfermedades que obligan, por su evolución, modificaciones en el estilo de vida .

Entre las que destacan en la prevalencia nacional es la hipertensión arterial (30.05%), la diabetes mellitus (10.75%), la hipercolesterolemia mayor de 200mg (43%) y la obesidad (24.4%).

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de mortalidad en nuestro país. Enfermedades respiratorias EPOC es la quinta causa de incapacidad mundial (12)

Ante el diagnóstico de una enfermedad crónica, el paciente y su familia responden de una manera muy semejante a la descrita por Kubler-Ross (1969) en su trabajo *On Death and Dying* para las situaciones de duelo

**1.-** Fase inicial de rechazo o negación. En un primer momento el descubrimiento de la enfermedad y su característica de incurable es difícil de asimilar y conduce a negar o minimizar síntomas, el diagnóstico y la propia enfermedad, haciendo planes para el futuro no acudiendo a los controles médicos o incluso incumpliendo las prescripciones médicas. Esta fase dura unos días después de confirmado el diagnóstico y es tanto más intensa cuanto más inesperado por la notificación de la enfermedad; Se trata de un mecanismo de defensa útiles en los primeros momentos, que sirve de amortiguador ante el impacto de la realidad.

**2.** Cuando el paciente no puede seguir manteniendo la negación la sustituye por sentimientos de ira, rabia y resentimiento. Se muestra difícil, intolerante, quejumbroso y exigente. Esta conducta hostil aleja, a veces, a la familia y a quienes le asistan, aumentando su frustración y, por tanto, su agresividad, el paciente necesita comprensión, paciencia y que no se responda a su irritación con agresividad o aislándolo, sino que seamos capaces de ponernos en su lugar y ayudarle a exteriorizar su rencor, proyectando a menudo sobre el personal médico.

**3.-**La posterior racionalización o evidencia de la sintomatología lleva a una situación de búsqueda de apoyo emocional en el equipo sanitario, en los amigos o en la familia para hacer frente a la realidad que poco a poco va aceptando.

**4.-**Con el tiempo entra a un estado que podríamos definir de depresión reactiva en el cual existen lamentos por las pérdidas sufridas y por aquellas futuras a las que habrá de enfrentarse.

Es una fase que puede entrañar grandes dificultades para el personal sanitario y para la familia, pudiendo agravarse con la aparición de ideas y comportamientos suicidas.

**5.-**En la mayoría de los casos el paciente supera esta cuarta fase y entra en un periodo de dependencia que lo conduce a multiplicar el número de visitas y a consultar problemas mínimos. (13)

En la fase terminal la familia entra en un proceso que le hace sentir dos tipos diferentes de emociones al anticipar la muerte de un ser amado. La primera



consiste en la tristeza de la separación o distanciamiento, no necesariamente físico, pero si intrapsíquico, alejándose y despidiéndose emocionalmente del enfermo, ocupándose por el bienestar físico del enfermo mas que el involucramiento afectivo. Cuando el paciente se enfrenta a la muerte experimenta con frecuencia ansiedad impotencia y depresión. La depresión se relaciona con pérdidas pasadas, tal vez la persona ya no siente placer ante la comida, la actividad sexual o cualquier actividad física. Deja de trabajar y pierde su rol social y familiar. Pierde autonomía y control de la situación. (13)

En el área familiar los problemas más relevantes están vinculados a la pérdida de la economía del paciente y la consiguiente alteración de la homeostasis familiar anterior. Los problemas sociales dependerán de la pérdida de relaciones y lazos afectivos. Los más significativos son el cambio de status (motivado por los cambios de empleo o nivel económico), el aislamiento social, cambios en la utilización del tiempo libre y modificaciones en la calidad o cantidad de interacciones sociales. (14)

Es también un hecho que toda enfermedad puede amenazar el curso del ciclo evolutivo familiar. Las necesidades familiares pueden quedar subordinadas a las necesidades del miembro enfermo, lo que puede desencadenar conductas sobre protectoras o de predominio, se puede decir que las enfermedades tienen la virtud de acercar o alejar a los familiares ante una enfermedad crónica los miembros de la familia pueden organizarse de diferentes maneras. Existen dos extremos: unirse y centrarse en la discapacidad perjudicando la independencia de todos los miembros o desintegrarse, distanciándose unos de otros. Entre estos dos extremos existe una gama de posibilidades inmediatas. (14)

La conducta que adopte la familia se vincula directamente con la fase del ciclo vital que esta atravesando, la estructura y el funcionamiento familiar anterior a la enfermedad, el tipo de enfermedad y la red de apoyo comunitario y profesional.

Toda enfermedad plantea exigencias familiares, supone cambios en las rutinas e implica un desequilibrio inicial que puede no ser revertido con rapidez, y puede resultar inadecuado. Algunas familias con características estructurales particulares pueden verse tan sobrecargados que la crisis por la enfermedad misma les resulta magnificada. Cuando las responsabilidades recaen en una sola persona y resultan demasiadas para ella, aparece la denominada crisis del cuidador. (14)

La manera mediante la cual una familia intenta enfrentar la situación que plantea una enfermedad revela cuales son sus debilidades, las destrezas que ya posee y las que debe aprender. Es muy importante como se comparten las responsabilidades, cómo se diferencian éstas dentro de la familia y cómo se diferencian de las del sistema medico. Existirán ciertas adaptaciones a la enfermedad que amenaza en mayor o menor grado las distintas funciones familiares como pueden ser las de crianza y las de socialización de sus miembros según la etapa evolutiva en la cual se halle la familia puede intentar aferrarse o no a viejas pautas de interrelación, o bien buscar pautas sustitutas que solo le permitirán recobrar la estabilidad.

La forma e intensidad que tiene la enfermedad para alterar el equilibrio familiar depende de su naturaleza la posición del enfermo dentro de la estructura familiar, la flexibilidad del sistema ante el cambio de las circunstancias, de la historia de la familia con respecto a las enfermedades y del momento en que aquellas aparecen dentro de un ciclo vital.

La enfermedad puede interferir en la resolución de tareas propias de la etapa evolutiva durante la cual se presenta. Puede interferir en la crianza de los hijos en un rol parental antes de tiempo, atentando de este modo en contra de su adecuada emancipación. (14)

Cuando una enfermedad crónica, “organiza” gran parte de la vida familiar se menoscaban los procesos evolutivo normales de la familia cuando su presencia moldea en demasía el desarrollo familiar es necesario advertir a los miembros de esa familia lo que esta ocurriendo y ayudarlos a reubicar los cuidados que se dispersan. Esto implica la renegociación de algunos vínculos interpersonales que mantienen una organización disfuncional. (14)

En 1985, Me Goldvick y Gasson recomendaron construir una línea de tiempo familiar que indique los episodios estresantes como parte de la evaluación familiar, buscando investigar también las estrategias de resolución que posee la familia y sus recursos para adaptarse a la situación actual. (14)

En las familias en las cuales hay un integrante con una enfermedad crónica es bastante común que aparezcan adaptaciones inadecuadas que generen resistencia a los límites y a los cuidados necesarios, o por el contrario, el poner el centro de modo excesivo de la vida familiar en el paciente (14).

Desde hace 30 años, Haley (1976) dio un paso fundamental en el tratamiento psicológico de las familias con un integrante enfermo crónico al reconocer que el sujeto terapéutico es la familia nuclear, más que el individuo; posteriormente, esta unidad de tratamiento se expandió para

abarcarse a otros pacientes significativos, así como su grupo de iguales. Hoy día resulta evidente que para comprender cualquier problema que se suscite en un individuo, en su amplia y basta dimensión debe de incluirse en el análisis tanto a su entorno social como al mundo profesional en el cual se desenvuelve. En el caso de los enfermos crónicos es primordial considerar al sistema hospitalario, al de rehabilitación, así como el personal de salud que labora en ellos. (15)

En general, las enfermedades crónicas ejercen una fuerza centrípeta sobre el individuo y su organización familiar. La presencia de una enfermedad crónica dentro del sistema familiar se puede comparar con la aparición de un nuevo integrante en el grupo familiar.

La adaptación familiar a la enfermedad crónica puede seguir uno de dos cursos Koch, 1985:

1. Cuando las familias son flexibles y las reglas permiten a sus miembros expresar emociones, la adaptación familiar es eficaz y continúa funcionando efectivamente aún cuando de forma diferente,
2. La adaptación ineficaz ocurre cuando los roles son rígidos o cuando las reglas familiares prohíben la expresión emocional.(16)

Leahey y Wright (1985) presentan puntos que deben considerarse al tratar de ayudar a una familia con un enfermo crónico, entre los cuales se encuentran:

- Los familiares varían en su nivel de tolerancia a las condiciones físicas del paciente.
- Las familias bajo estrés tienden a mantener patrones de conducta previamente probados, sean éstos efectivos o no.
- La familia participa de manera importante en alentar o desalentar al enfermo crónico para que participe en cualquier tipo de terapia, o bien, decido iniciar algún tipo de tratamiento.
- Las familias reaccionan ante una conducta particular del enfermo.
- Muchas tienen dificultades para adaptarse a una enfermedad física crónica por estar mal informados respecto a la misma.
- Se deben reajustar las expectativas con respecto al miembro enfermo, y a ellos mismos.

- La percepción que la familia tiene sobre la enfermedad tiene la máxima influencia sobre su habilidad para manejarla .(17)

En el caso de la enfermedad crónica que amenaza la vida del paciente, éste y su familia se enfrentan, quizá por primera vez, a la ineludible realidad de que son mortales (Casares de Castro, 1990). Cuando el paciente se da cuenta que puede fallecer y la familia se enfrenta a la posibilidad de perder a uno de sus miembros, ambos sufren un desequilibrio. (17)

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los últimos años con el avance de la medicina, la tecnología, el crecimiento del nivel socioeconómico y cultural de la población, la esperanza de vida ha aumentado.

Esto esta originando que el adulto mayor tiene que enfrentarse a nuevos estilos de vida, alteración en la estructura familiar, mayor incertidumbre ante la vida diaria, en donde también disminuye el apoyo de la familia así como de los servicios de salud.

Por tal motivo se presentan respuestas emocionales de diferente índole como la ansiedad

Lo que origina que el paciente asista solo a la consulta, se dificulta el control de sus enfermedades crónico degenerativas y se torna difícil darle el apoyo adecuado en la unidad de medicina familiar.

Por lo que nos hacemos las siguientes preguntas.

¿Cuales son los niveles de ansiedad que presentan los adultos mayores con enfermedad crónica que acuden a la UMF 35?

¿Cual será la estructura familiar que predomina en el adulto mayor con enfermedad crónica que acude a la UMF 35?

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Determinar el nivel de ansiedad y su estructura familiar del paciente adulto mayor con enfermedad crónica.

### **OBJETIVO PARTICULAR**

Identificar el género predominante de los adultos mayores con enfermedad crónica y ansiedad

Identificar en que tipo de estructura familiar predomina el nivel de ansiedad.

## **METODOLOGIA.**

### **TIPO DE ESTUDIO**

Descriptivo Observacional Transversal Prospectivo

### **UNIVERSO DE TRABAJO**

Nuestra población son los pacientes que lleguen a la consulta externa de Medicina Familiar que sean adultos mayores con enfermedad crónica de Octubre del 2004 a diciembre del 2004.

### **SELECCIÓN DE MUESTRA**

La muestra se toma del total de los pacientes adultos mayores adscritos a la UMF # 35.

### **TIPO DE MUESTREO**

No probabilística por conveniencia.

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN.**

Todos los pacientes adultos mayores de 60 años que acepten participar en el estudio.

Ambos géneros.

Que presenten al menos una enfermedad crónica como la diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cardiopatía, enfermedad articular degenerativa y otros.

Derechohabientes de la Unidad

Sin deterioro cognitivo.

Turno matutino.

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Pacientes con enfermedad crónica que no sean adultos mayores.

Que no acepte el estudio.

## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

<b>Nombre de la Variable</b>	<b>Definición Conceptual</b>	<b>Definición Operacional</b>	<b>Tipo de Variable</b>	<b>Escala</b>
Genero	Diferencia físicas constitutiva del hombre y de la mujer	Fenotipo externo	Nominal	Masculino femenino
Edad	Tiempo transcurrido desde El nacimiento	Referida por el paciente en el momento del estudio.	Escalar	Años
Estado civil	Condición de un individuo en lo que toca a sus relaciones con la sociedad	Referida por el paciente en el momento del estudio	Ordinal	Casado, soltero, viudo, divorciado separado
Escolaridad	Conjunto de los cursos que un estudiante sigue en un colegio	Referida por el paciente en el momento del estudio	Ordinal	Analfabeta, Alfabeto, Primaria, Secundaria, Preparatoria, Profesional
Ocupación	Acción y efecto de ocupar	Referida por el paciente en el momento del estudio	Ordinal	Hogar Obrero empleado profesionista
Jubilado	Eximir del servicio a un empleado funcionario por motivo de ancianidad o enfermedad	Referida por el paciente en el momento del estudio	Escalar	Tiempo en años
Vivienda	Alojamiento habitación cuarto estudio departamento	Referida por el paciente en el momento del estudio	Nominal	Propia Rentada
Num. de personas que viven con él	Entidad física o moral capaz de derechos y obligaciones	Referida por el paciente en el momento del estudio	Ordinal	Esposa, Hijos,Nietos, Sobrinos, Solo, Nuera y Yerno
Dependenci a economía	Orden el gasto de una casa	Referida por el paciente en salario mínimo por día (\$45)	Escalar	No. De Salarios Mínimos (1 a 3, 3 a 5, 5 a 8, 8 y más )



<b>Nombre De La Variable</b>	<b>Definición Conceptual</b>	<b>Definición Operacional</b>	<b>Tipo De Variable</b>	<b>Escala</b>
Estructura Familiar	Es la unidad primaria de la salud ,base de la sociedad , sistema abierto constituido por 2 o mas personas bajo el mismo techo, interrelacionada entre si por lazos sanguíneos matrimonio o adopción	Referido por el paciente en el momento del estudio	Ordinal	Nuclear Extensa Extensa compuesta
Enfermedad crónica	Es una situación o afección que acompaña a ciertos individuos por mucho tiempo y en ocasiones para toda la vida , a la que cambia en forma permanente e irreversible	Diagnostico expresado en el Expediente clínico del paciente en estudio	Ordinal	DM HTA CARDIOPAT A EPOC EAD OTROS
Ansiedad	Estado emocional desagradable que consiste en respuestas psicofármaco lógicas a la anticipación de un peligro irreal o imaginario	Aplicación del test psicométrico de ansiedad de Hamilton	Nominal	0 ausente 1 intensidad ligera 2 intensidad media 3 intensidad elevada 4 intensidad extrema (invalidante)

## MATERIAL Y METODOS

Se realizara un estudio transversal en la UMF 35 de octubre a diciembre del 2004, en los adultos mayores con enfermedad crónica como diabetes mellitus 2 hipertensión arterial enfermedad pulmonar obstructiva crónica cardiopatía enfermedad articular degenerativa y otras patologías, que acuden a consulta de Medicina Familiar.

Se les aplicara una cedula de datos de identificación personal y de estructura familiar con 9 ítems se preguntara sexo edad estado civil escolaridad ocupación si es jubilado o no, tipo de vivienda, número de miembros de la familia, se identificará mediante el expediente clínico la enfermedad crónica que presenta, para darnos cuenta de un panorama general del adulto mayor .

También se aplicara la escala de ansiedad de Hamilton se trata de una escala heteroaplicada de 14 ítems, 13 referentes a signos y síntomas ansiosos. Y el último valora el comportamiento de los pacientes durante la entrevista que no debe durar más allá de 30 minutos. Consta de 14 ítems el cual va de un rango de 0a 4 valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. La puntuación es la suma de cada uno de los ítems el rango va de 0 a 56 puntos.

Si bien todos los ítems están ligados a un factor general de ansiedad, se pueden aislar dos factores específicos: a) ansiedad psíquica (humor ansioso, tensión, miedos insomnio, funciones intelectuales, depresión, y conducta en la entrevista), y b) ansiedad somática (síntomas musculares, sensoriales cardiovasculares, respiratorios, gastrointestinales genitourinarios y vegetativos). Se puede, pues calcular una puntuación total o una puntuación para ansiedad psíquica (suma de puntuaciones de los ítems 1,2,3,4,5,6,14, ) y para la ansiedad somática ( suma de las puntuaciones de los ítems 7,8,9,10,11,12,13, La escala permite emitir un juicio cuantitativo sobre la intensidad de la ansiedad del paciente . En este estudio se empleara para valorara el estado de ansiedad en el momento que se esta entrevistando al paciente, no podemos hacer Diagnóstico de ansiedad generalizada ya que la heterogeneidad de los síntomas reservados impide descubrir un trastorno de ansiedad del otro. (18)

## PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANALISIS ESTADISTICO

Se tendrán sabanas de registro correspondiente a datos sobre la ansiedad y adulto mayor con enfermedad crónica y estructura familiar

La tabulación de la información se hará presentando tablas y graficas estadísticas de datos variable por variable

Para las variables se utilizaran cuadros y graficas.

El análisis estadístico se hará mediante cálculo de proporciones, porcentajes y promedios. Y análisis con prueba no parametrica Chi cuadrada, utilizando programa de SPSS V10.

## RECURSOS HUMANOS, FISICOS Y FINANCIEROS

### RECURSOS HUMANOS:

- El investigador
- El tutor técnico
- El tutor metodológico
- Los pacientes participantes

### RECURSOS MATERIALES:

- Formatos de la Escala de Hamilton de ansiedad de 14 ítems.
- Cuestionario de datos personales.
- Lápices.
- Hojas para el vaciamiento de datos.
- Sistema de Cómputo y consumibles.

### RECURSOS FINANCIEROS:

- Aportados por el investigador.

## **FACTIBILIDAD**

Sí es factible la realización de este estudio ya que los pacientes están adscritos a la unidad de medicina familiar, acuden con frecuencia a la unidad para control de sus enfermedades, la cantidad de sujetos a estudiar es un número bien definido y sí pueden ser entrevistados por la investigadora para aplicarles la escala de ansiedad. No representa altos costos para su realización y los puede absorber la investigadora.

## **ASPECTOS ÉTICOS:**

La investigación se apega y sustenta en las bases de la ley general de salud en materia de salud e investigación, con respaldo legal para su desarrollo en la declaración de Helsinki modificada en Tokio y en Venecia.

Debido a que se trata de un estudio que no implica riesgo alguno para la integridad física y mental de los pacientes no requiere de Carta de Consentimiento Informado.

En caso de participantes derechohabientes del IMSS, la atención médica que recibía el paciente en esta Institución no es afectada si desea retirarse del estudio.

## RESULTADOS

De un total de 100 pacientes, se apreciaron los siguientes datos, como se señalan a continuación.

Del total de la muestra estudiada, el 62% corresponden al género femenino y el 38% al masculino, se obtuvo el 30 % de los pacientes están ubicados en el rango de edad entre 60- 65 años; y un 57 % de toda la muestra son jubilados **(Tabla 1, 2, 6)**.

Respecto a la estructura familiar vemos que en todos los casos predomina la familia extensa con el 59 sobre la nuclear del 41 **(Tabla 10)**.

El 98% de ellos presentan al menos un padecimiento crónico, y el 40% presentan más de dos padecimientos crónicos, de los cuales los más frecuentes son la hipertensión arterial con un 28%, y la diabetes mellitus con un 9% **(Tabla 11)**.

Del total de los sujetos estudiados se encontró que de los que presentaron enfermedad crónica el 22 % presentó ningún nivel de ansiedad, con ansiedad menor fue el 29% y con ansiedad mayor el 49 % **(Tabla 12)**.

De los sujetos que tuvieron más de dos enfermedades crónicas que encontró que el 86% presentó algún nivel de ansiedad, y con ansiedad mayor fue el 58%.

De los pacientes con Hipertensión arterial el 79% presentó algún nivel de ansiedad, y el 43% presentó un nivel mayor de ansiedad.

De los pacientes con Diabetes mellitus tipo 2 el 56% no presentó ansiedad, y solo el 22% presentó nivel mayor de ansiedad **(Tablas 13-15)**.

Con un mayor predominio de los pacientes con Diabetes mellitus tipo 2 en la familia extensa se obtuvo el 67%. Mientras que en los pacientes con Hipertensión Arterial el 57% pertenece a familias extensas. Y en el caso de pacientes con más de dos patologías el 60% también mostraron predominio de familias extensas **(Tablas 13-15)**.

Respecto a la estructura familiar se encuentra que predominan los individuos que pertenecen a una familia extensa en todos los rubros de padecimientos sin que exista una diferencia significativa entre ellos **(Tablas 13, 14)**.

Respecto al estado civil se encontró que el 34% son hombres casados y el 28% mujeres. En los hombres casados se observó que el 24% mostró ansiedad mayor. En las mujeres casadas se observó que el 54% presentó un nivel de ansiedad mayor **(Tablas 16-19)**.

El género predominante con ansiedad mayor fue el femenino con un 37% y en el masculino sólo el 11% presentó ansiedad mayor, con una significancia notoria de  $p = 0.001$  **(Tabla 20)**.

La estructura familiar que predominó fue la extensa en los pacientes estudiados en el 59 y en el 41 la nuclear. Encontrando en la estructura familiar extensa ansiedad mayor en el 42% y ansiedad menor en el 31%.

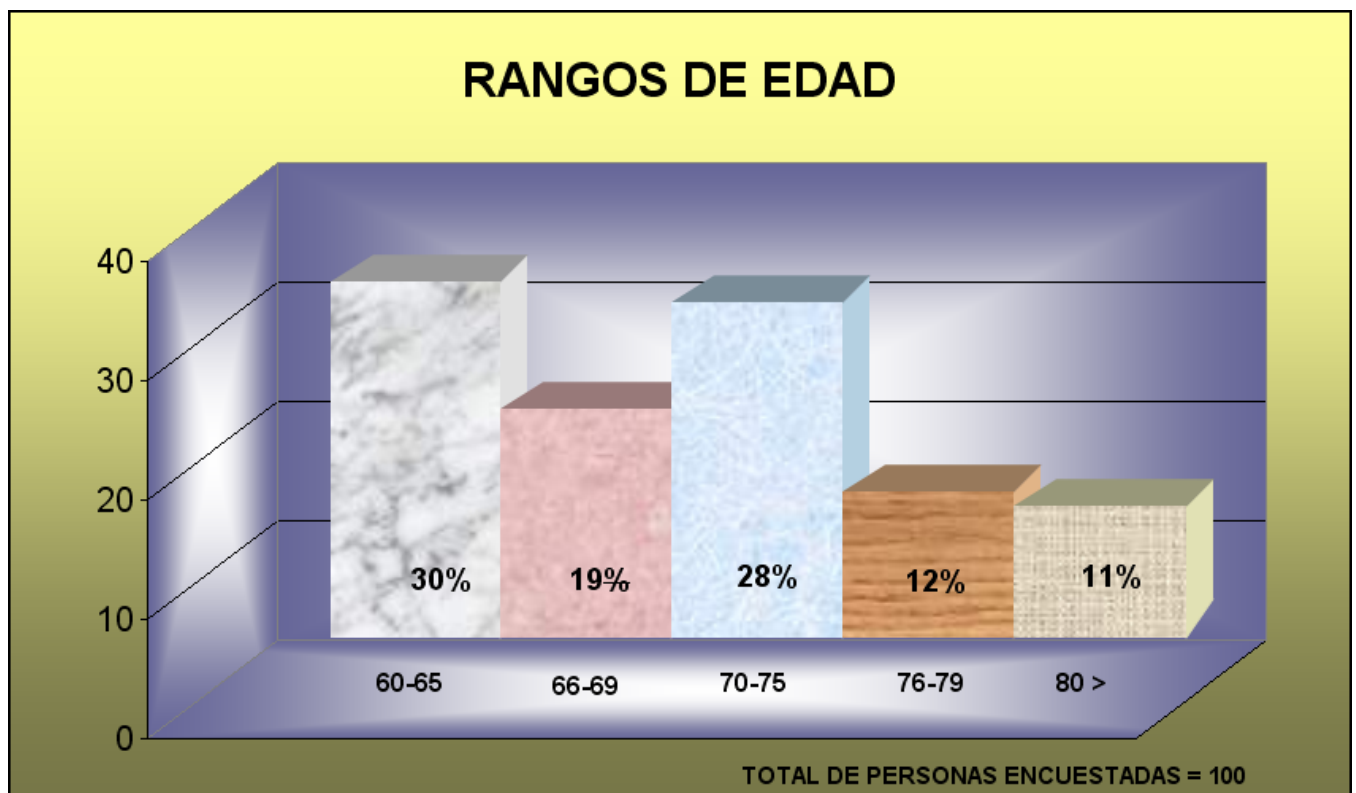
En la estructura familiar nuclear con ansiedad mayor en un 54% de los casos y ansiedad menor en un 37% de los pacientes. **(Tablas 21, 22)**

Los resultados del estudio realizado de 100 pacientes con enfermedad crónica del adulto mayor y su estructura familiar fueron los siguientes:

De los pacientes estudiados se observó que el 30% tuvo un rango de edad de 60-65 años (**tabla 1**)

<b>TABLA NO. 1</b>		
<b>RANGOS DE EDAD</b>		
<b>RANGOS DE EDAD</b>	<b>NO.</b>	<b>%</b>
<b>60 – 65</b>	<b>30</b>	<b>30</b>
66 – 69	19	19
70 – 75	28	28
76 – 79	12	12
80 >	11	11

**GRAFICA NO. 1**

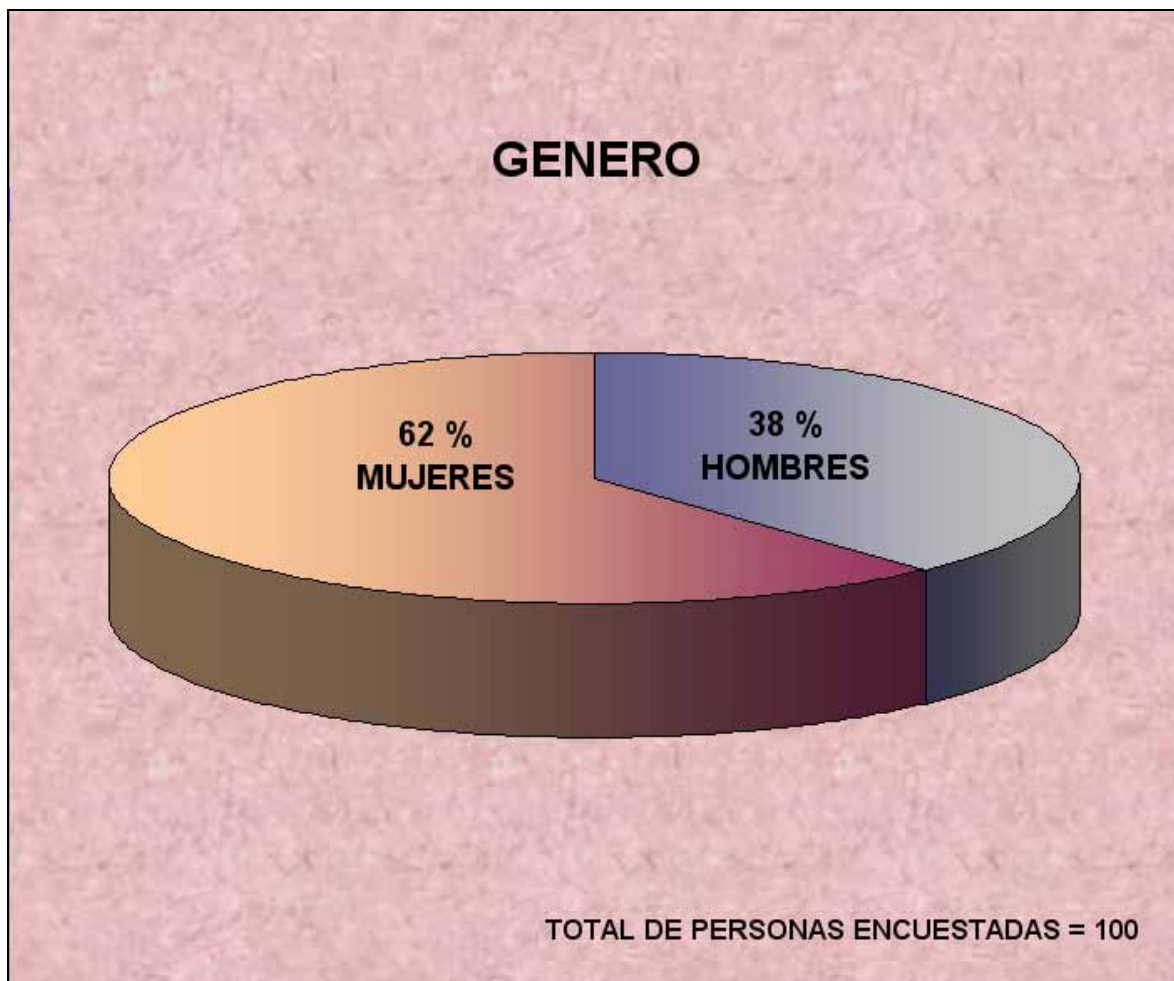




De los pacientes estudiados el género femenino predominó en un 62% (tabla 2)

<b>TABLA NO. 2</b>		
<b>GENERO</b>		
<b>GENERO</b>	<b>NUMERO</b>	<b>%</b>
<b>MASCULINO</b>	<b>38</b>	<b>38</b>
<b>FEMENINO</b>	<b>62</b>	<b>62</b>

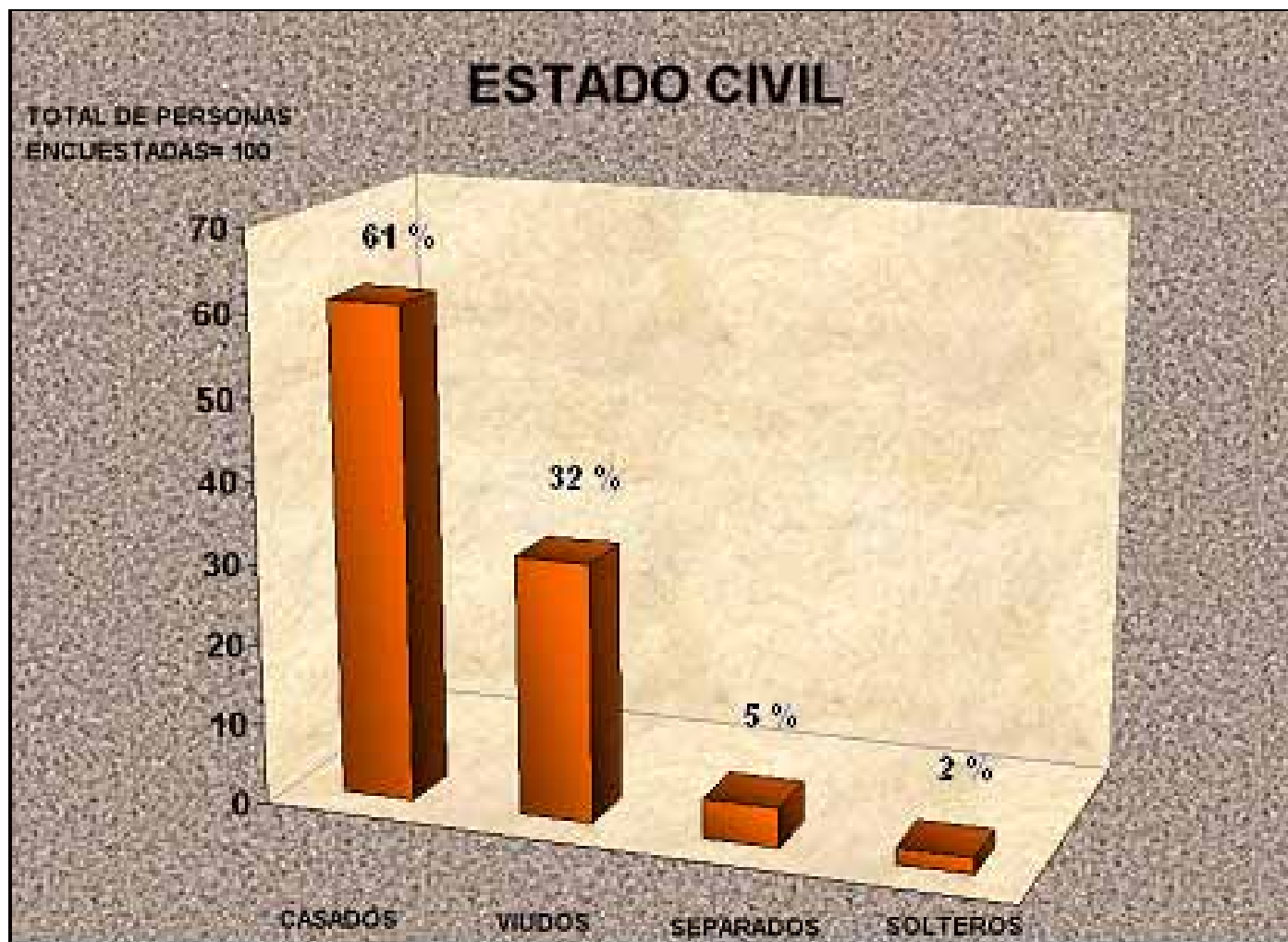
**GRAFICA NO. 2**



El estado civil de los pacientes estudiados corresponde al 61% de casados (tabla 3).

TABLA NO. 3		
ESTADO CIVIL		
ESTTADO CIVIL	NUMERO	%
CASADOS	61	61
VIUDOS	32	32
SEPARADOS	5	5
SOLTEROS	2	2

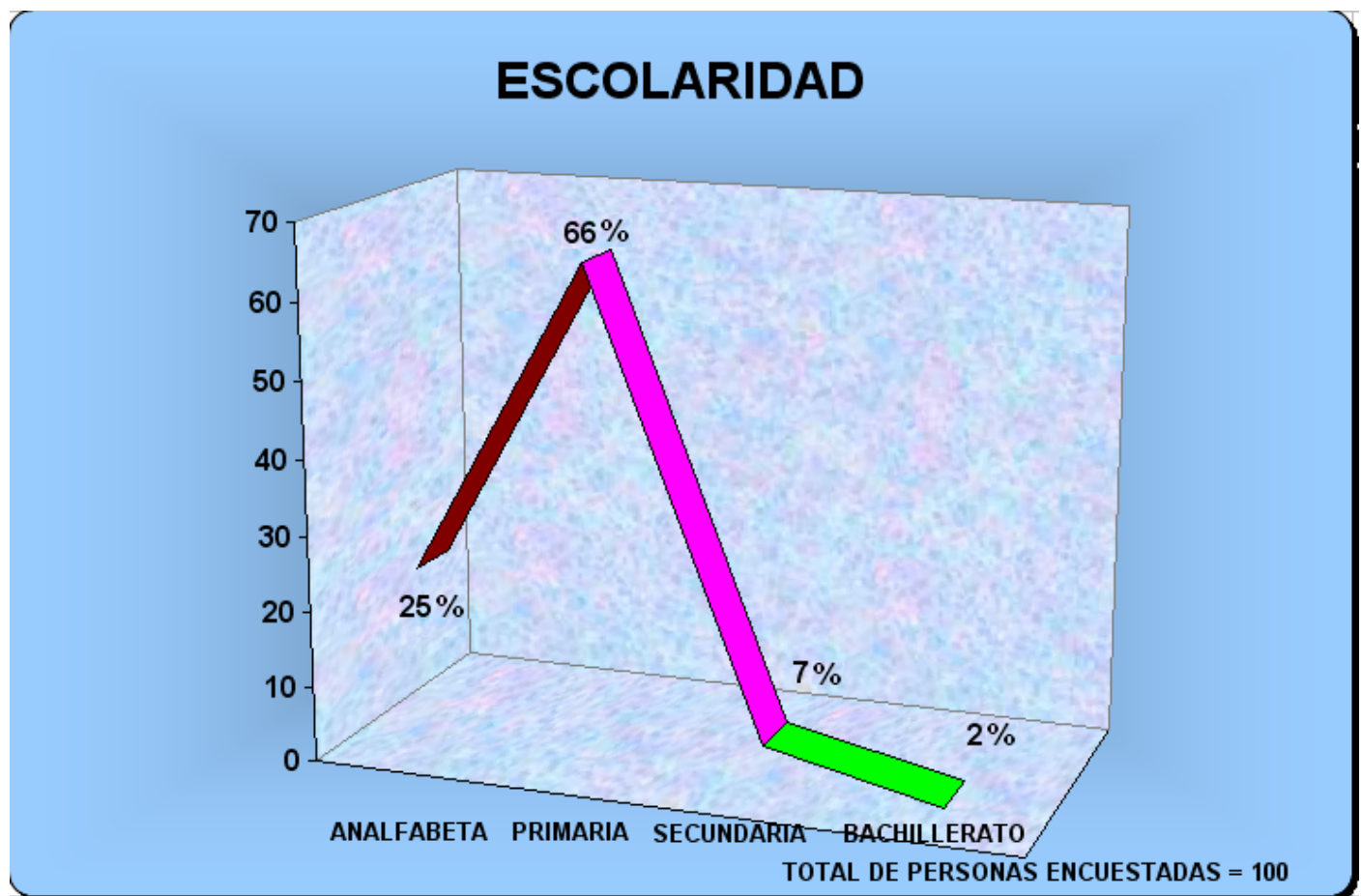
GRAFICA NO. 3



En la población de adultos mayores con enfermedad crónica degenerativa su escolaridad es primaria en un 66%. (tabla 4)

TABLA NO. 4		
ESCOLARIDAD		
ESCOLARIDAD	NUMERO	%
ANALFABETA	25	25
<b>PRIMARIA</b>	<b>66</b>	<b>66</b>
SECUNDARIA	7	7
BACHILLERATO	2	2

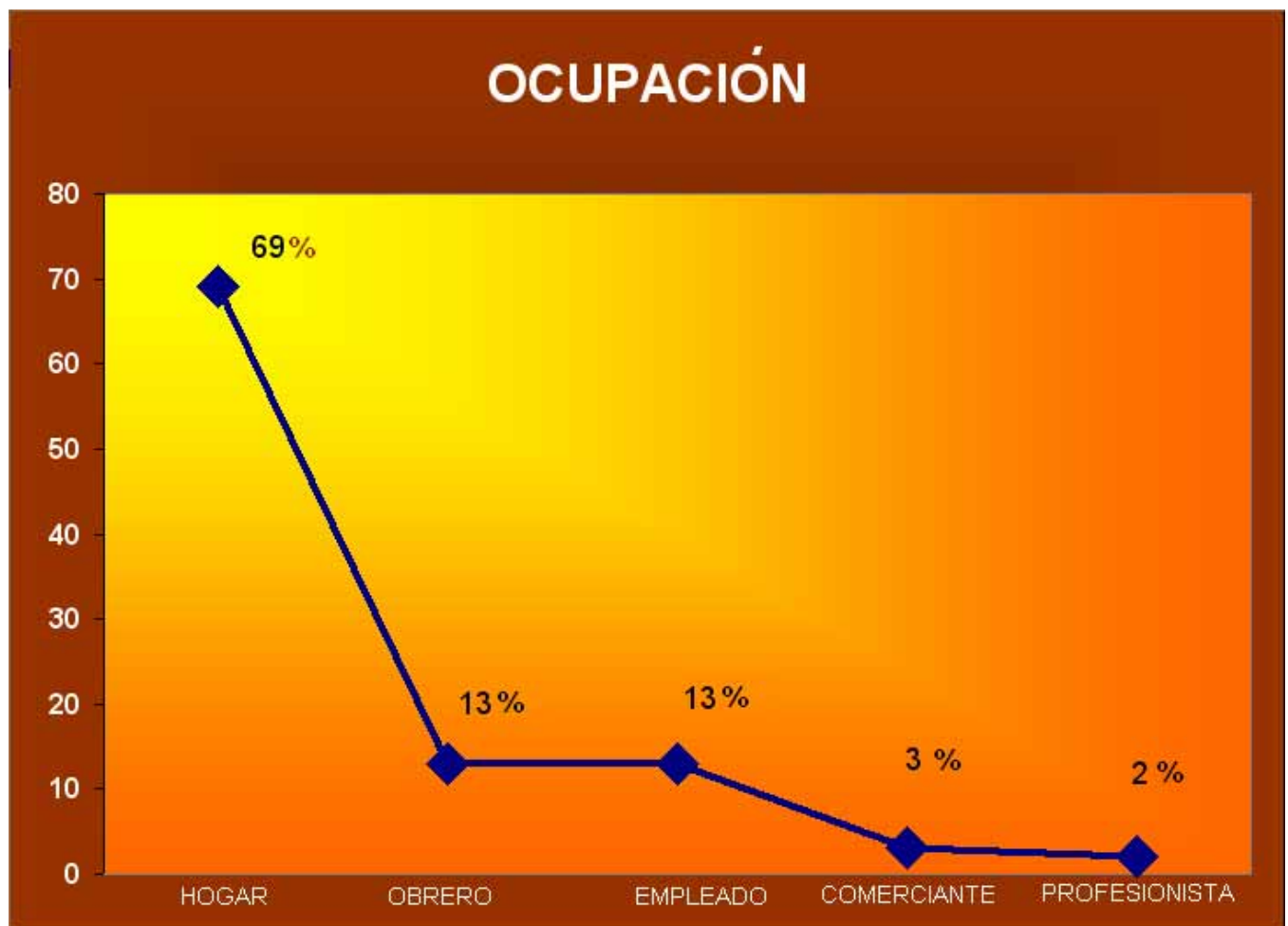
GRAFICA NO. 4



La ocupación de los adultos mayores estudiados fue en el hogar el 69% como segundo lugar de importancia el obrero con 13% (**tabla 5**).

TABLA NO. 5		
OCUPACIÓN		
OCUPACIÓN	NUMERO	%
HOGAR	69	69
OBRERO	13	13
EMPLEADO	13	13
COMERCIANTE	3	3
PROFESIONISTA	2	2

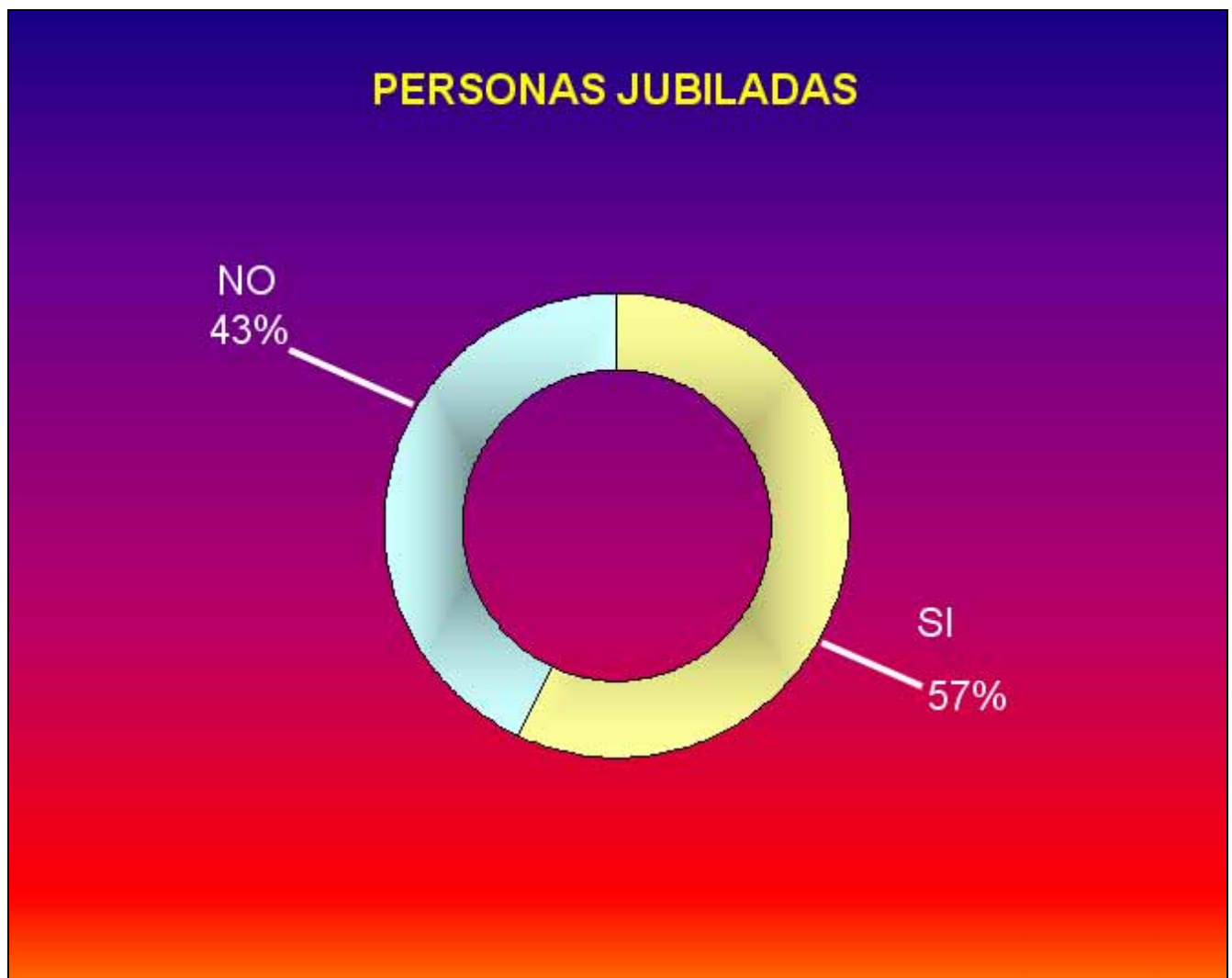
**GRAFICA NO. 5**



En la muestra estudiada se encontró que el 57% de las personas mayores de 60 años están jubiladas tabla 6).

<b>TABLA NO. 6</b>		
<b>PERSONAS JUBILADAS</b>		
<b>PERSONAS JUBILADAS</b>	<b>NUMERO</b>	<b>%</b>
<b>SI</b>	<b>57</b>	<b>57</b>
<b>NO</b>	<b>43</b>	<b>43</b>

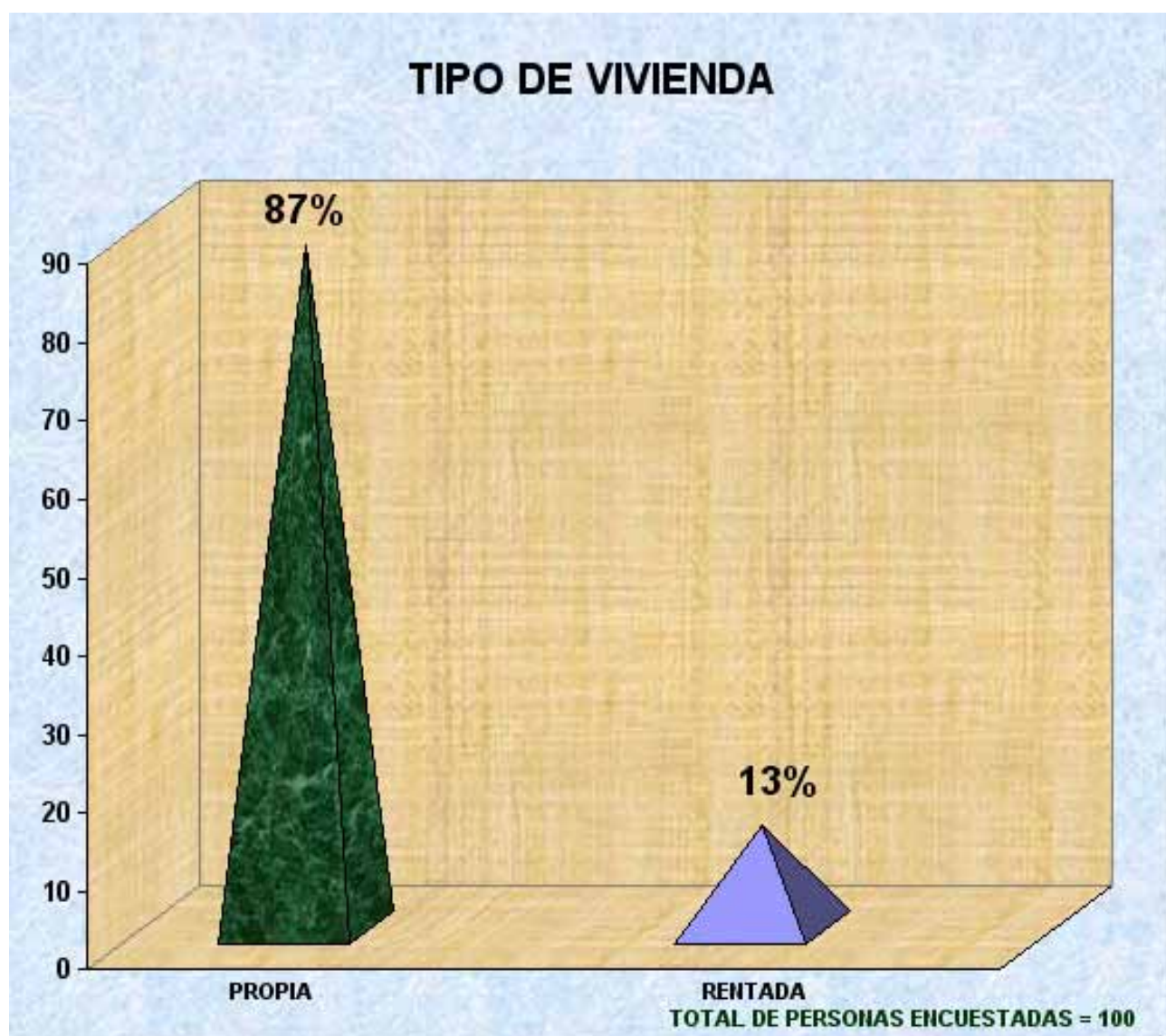
GRAFICA NO. 6



La vivienda de los pacientes estudiados el 87% fue propia (**tabla 7**).

TABLA NO. 7		
TIPO DE VIVIENDA		
	NUMERO	%
PROPIA	87	87
RENTADA	13	13

GRAFICA NO. 7



Al estudiar al adulto mayor en este rubro encontramos que el 71% viven con los hijos (**tabla 8**).

<b>TABLA NO. 8</b>		
<b>PERSONAS CON QUIEN VIVE</b>		
	NUMERO	%
ESPOSA	25	25
<b>HIJOS</b>	<b>71</b>	<b>71</b>
SOBRINOS	3	3
SOLO	1	1

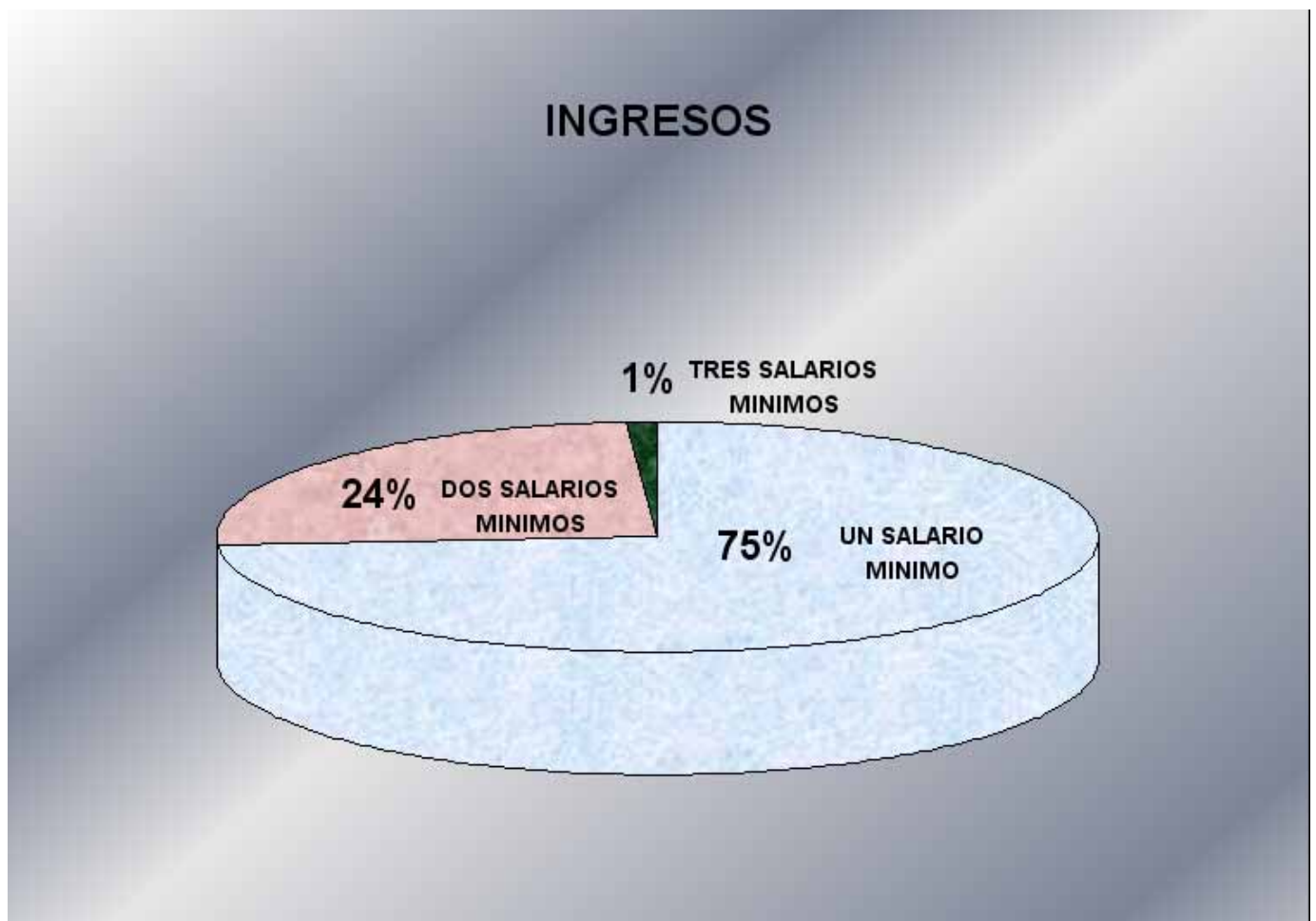
**GRAFICA NO. 8**



Los pacientes que se estudiaron el 71% sólo tienen como ingreso un salario mínimo (**tabla 9**).

<b>TABLA NO. 9</b>		
<b>INGRESOS EN SALARIOS MINIMOS</b>		
<b>INGRESOS EN SALARIOS MINIMOS</b>	<b>NUMERO</b>	<b>%</b>
<b>UN SALARIO MINIMO</b>	<b>71</b>	<b>71</b>
DOS SALARIOS MINIMOS	24	24
TRES SALARIOS MINIMOS	1	1

**GRAFICA NO. 9**

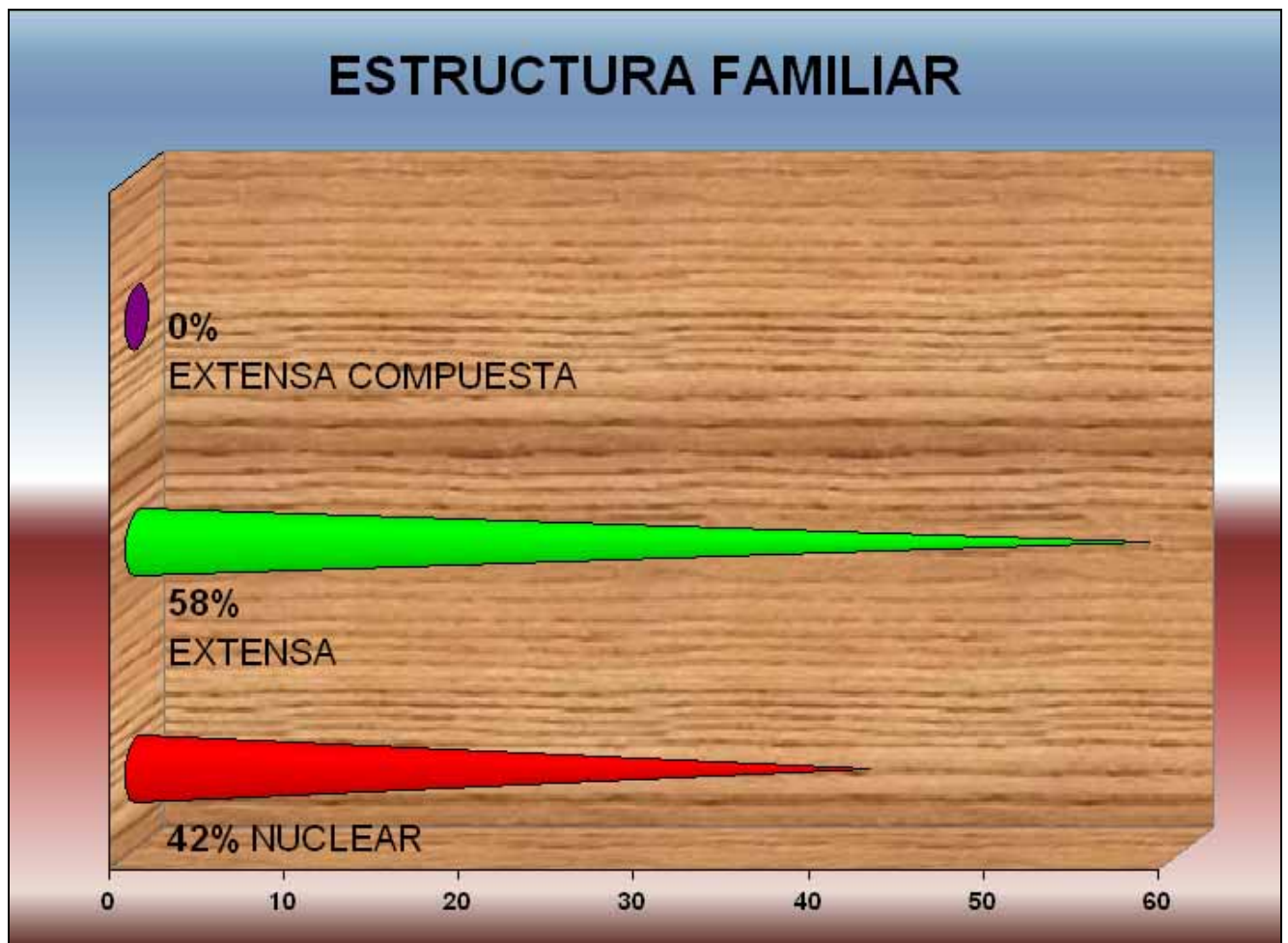




La familia extensa fue la que predomino en un 58% (**tabla 10**).

<b>TABLA NO. 10</b>		
<b>INGRESOS EN SALARIOS MINIMOS</b>		
	NUMERO	%
NUCLEAR	41	41
<b>EXTENSA</b>	<b>59</b>	<b>59</b>
EXTENSA COMPUESTA	0	0

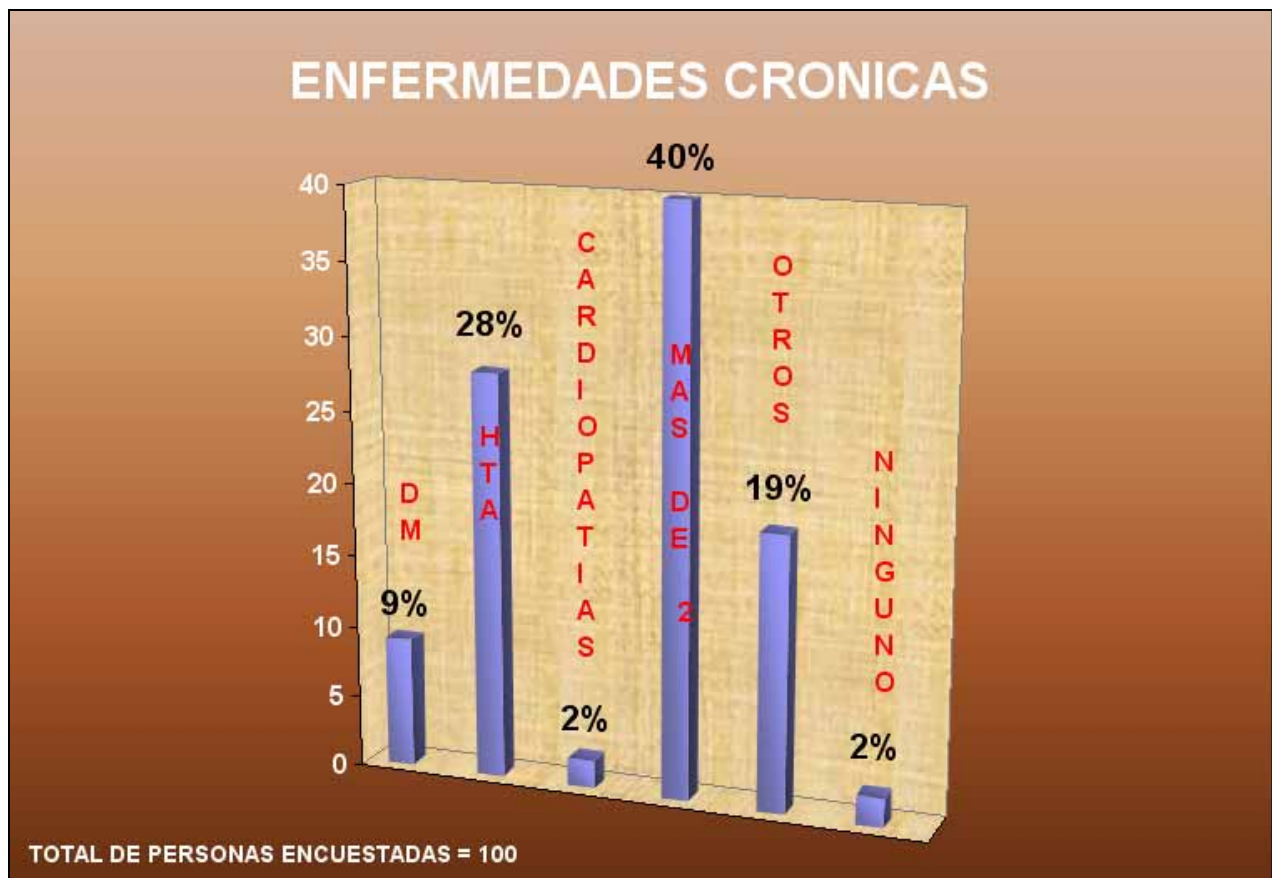
**GRAFICA NO.10**



De enfermedades crónicas degenerativas estudiados el paciente curso con más de dos de ellas en el 40% (tabla 11).

TABLA NO. 11		
ENFERMEDADES CRONICAS DEGENERATIVAS		
ENFERMEDADES	NUMERO	%
DM	9	9
HTA	28	28
CARDIOPATIAS	2	2
<b>MAS DE 2</b>	<b>40</b>	<b>40</b>
OTROS	19	19
NINGUNO	2	2

GRAFICA NO. 11



De la muestra estudiada el 98% de los sujetos el 22% no presenta ningún nivel de ansiedad, el 29% presentó un nivel de ansiedad menor y finalmente en el 49% de los sujetos en estudio presentó nivel de ansiedad mayor (**tabla 12**).

TABLA NO. 12		
NIVELES DE ANSIEDAD		
	NUMERO	%
NO ANSIEDAD	22	22
ANSIEDAD MENOR	29	29
<b>ANSIEDAD MAYOR</b>	<b>49</b>	<b>49</b>

**GRAFICA NO. 12**

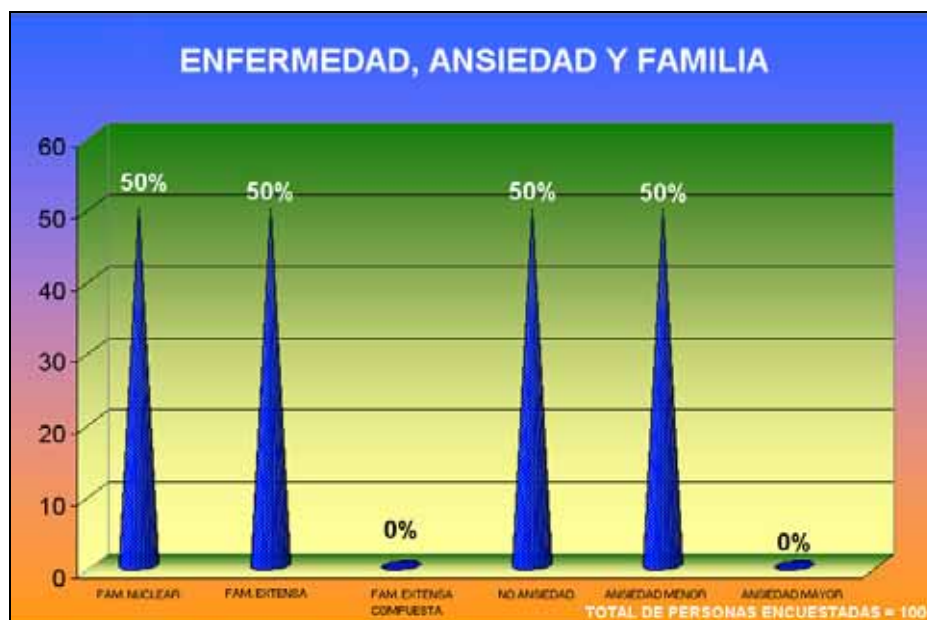


Respecto a la estructura familiar vemos que en todos los casos predomina la familia extensa sobre la nuclear, siendo mayor este predominio en los pacientes con Diabetes Mellitus en el 67%, mientras que la Hipertensión Arterial el 57% pertenece a la familia extensa y en el caso de pacientes de más de dos padecimientos es el 60%.

En el rubro que presenta mayor ansiedad es en dos o más padecimientos, donde encontramos que el 85% presentan algún tipo de ansiedad y de estos el 58% presenta un nivel de ansiedad mayor (**tabla 13**).

<b>TABLA NO. 13</b>		
<b>ENFERMEDAD ANSIEDAD Y FAMILIA</b>		
<b>MAS DE 2 = 40</b>	<b>NUMERO</b>	<b>%</b>
FAM. NUCLEAR	16	40
FAM. EXTENSA	24	60
FAM. EXTENSA COMPUESTA	0	0
NO ANSIEDAD	6	14
ANSIEDAD MENOR	11	28
ANSIEDAD MAYOR	23	58

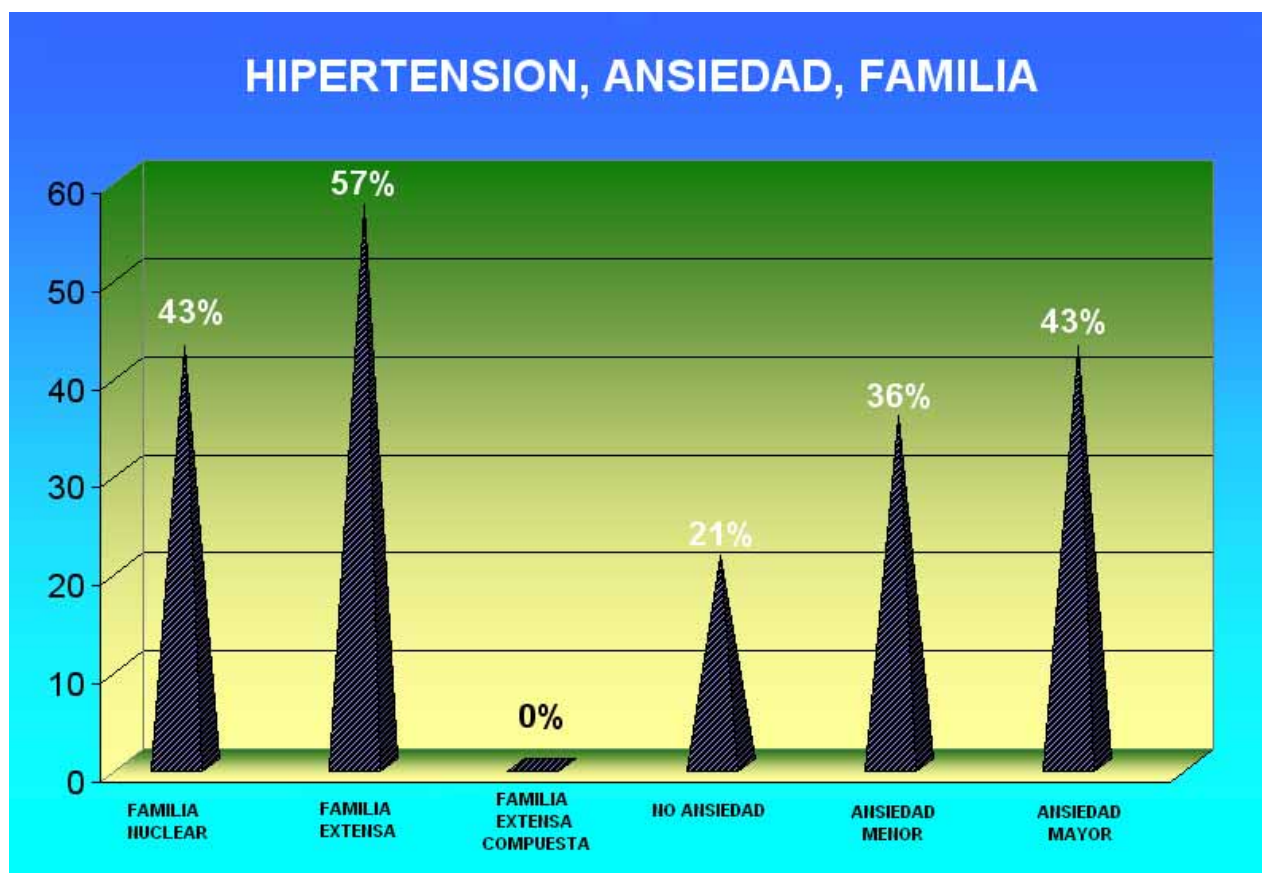
**GRAFICA NO. 13**



En los hipertensos el 79% presenta algún nivel de ansiedad, siendo el 43% quienes presentaron un nivel de ansiedad mayor (tabla 14).

TABLA NO. 14		
ENFERMEDAD ANSIEDAD Y FAMILIA		
HIPERTENSION = 28	NUMERO	%
FAM. NUCLEAR	12	43
FAM. EXTENSA	16	57
FAM. EXTENSA COMPUESTA	0	0
NO ANSIEDAD	6	21
ANSIEDAD MENOR	10	36
ANSIEDAD MAYOR	12	43

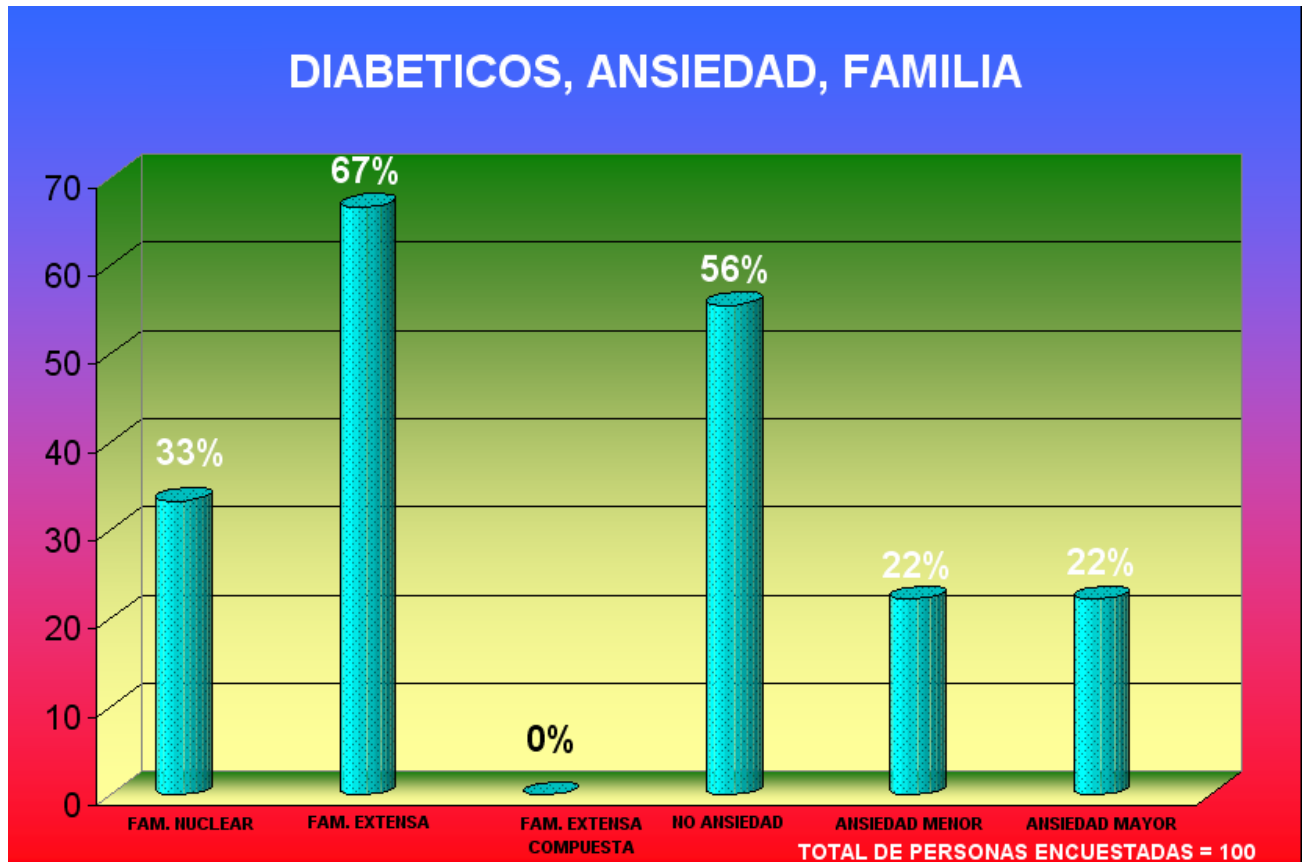
GRAFICA NO. 14



En los individuos referidos con Diabetes Mellitus Tipo 2, el 56% no presento ningún tipo de ansiedad y sólo el 22% presenta nivel de ansiedad mayor (tabla 15).

TABLA NO. 15		
ENFERMEDAD ANSIEDAD Y FAMILIA		
HIPERTENSION = 28	NUMERO	%
FAM. NUCLEAR	3	33
FAM. EXTENSA	6	67
FAM. EXTENSA COMPUESTA	0	0
NO ANSIEDAD	5	56
ANSIEDAD MENOR	2	22
ANSIEDAD MAYOR	2	22

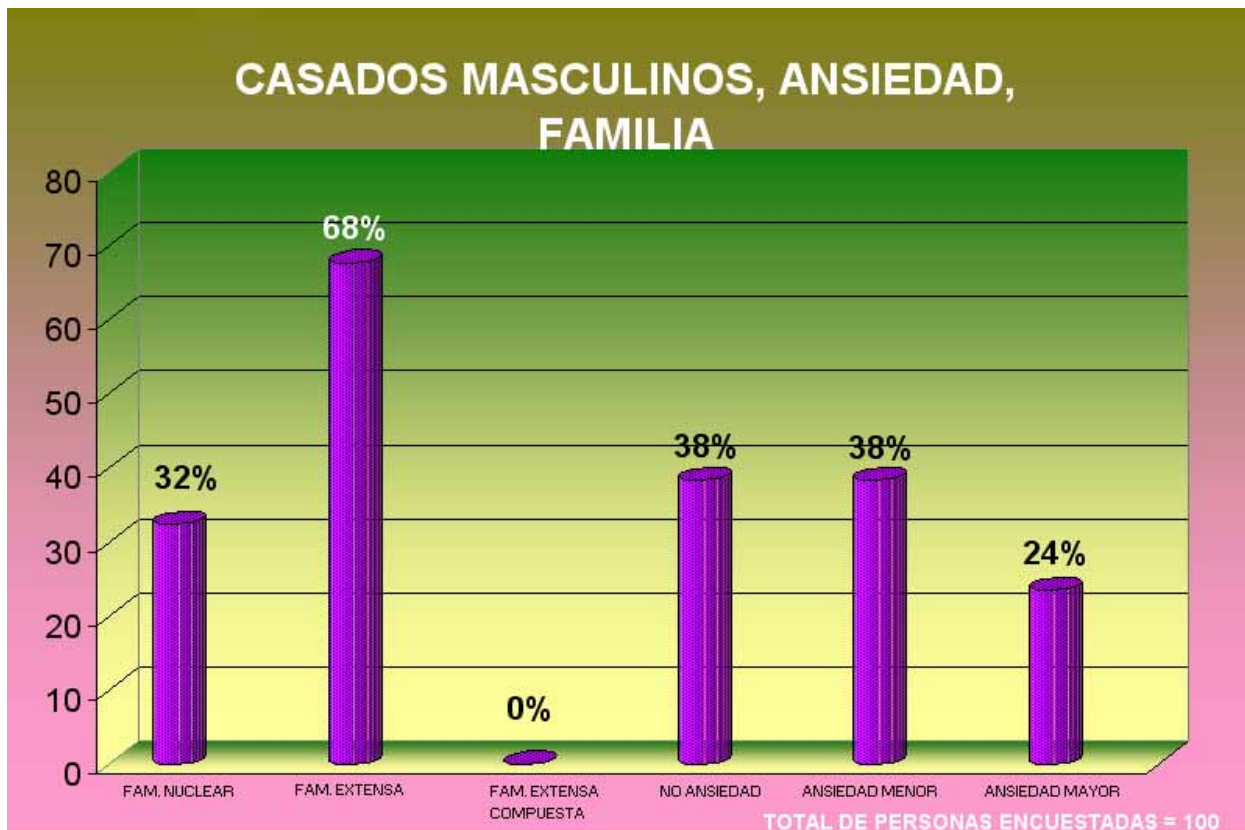
GRAFICA NO. 15



Respecto al estado civil encontramos que el 34% son hombres casados y el 28% son mujeres casadas de estos hombres se observó que el 38% no tienen ansiedad y tienen ansiedad mayor el 24% (tabla 16).

TABLA NO. 16		
ESTADO CIVIL, ANSIEDAD Y FAMILIA		
CASADOS MASCULINOS = 34	NUMERO	%
FAM. NUCLEAR	11	32
FAM. EXTENSA	23	68
FAM. EXTENSA COMPUESTA	0	0
NO ANSIEDAD	13	38
ANSIEDAD MENOR	13	38
ANSIEDAD MAYOR	8	24

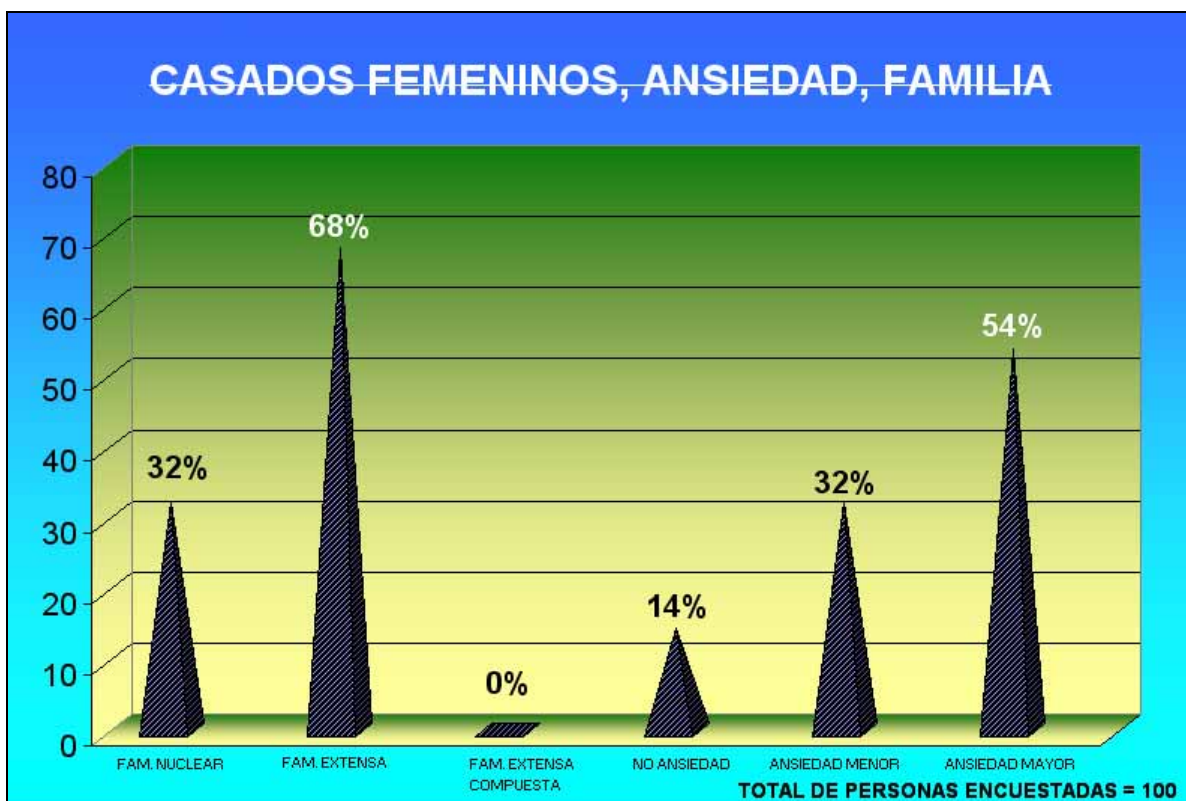
GRAFICA NO. 16



En las pacientes femeninas casadas el 54% tienen ansiedad mayor y el 32% ansiedad menor y el 14% no tiene ningún tipo de ansiedad, llamando la atención que en el grupo femenino se encuentra la mayor frecuencia de ansiedad (**tabla 17**).

<b>TABLA NO. 17</b>		
<b>ESTADO CIVIL, ANSIEDAD Y FAMILIA</b>		
<b>CASADOS FEMENINOS = 28</b>	<b>NUMERO</b>	<b>%</b>
FAM. NUCLEAR	9	32
FAM. EXTENSA	19	68
FAM. EXTENSA COMPUESTA	0	0
NO ANSIEDAD	4	14
ANSIEDAD MENOR	9	32
ANSIEDAD MAYOR	15	54

**GRAFICA NO. 17**

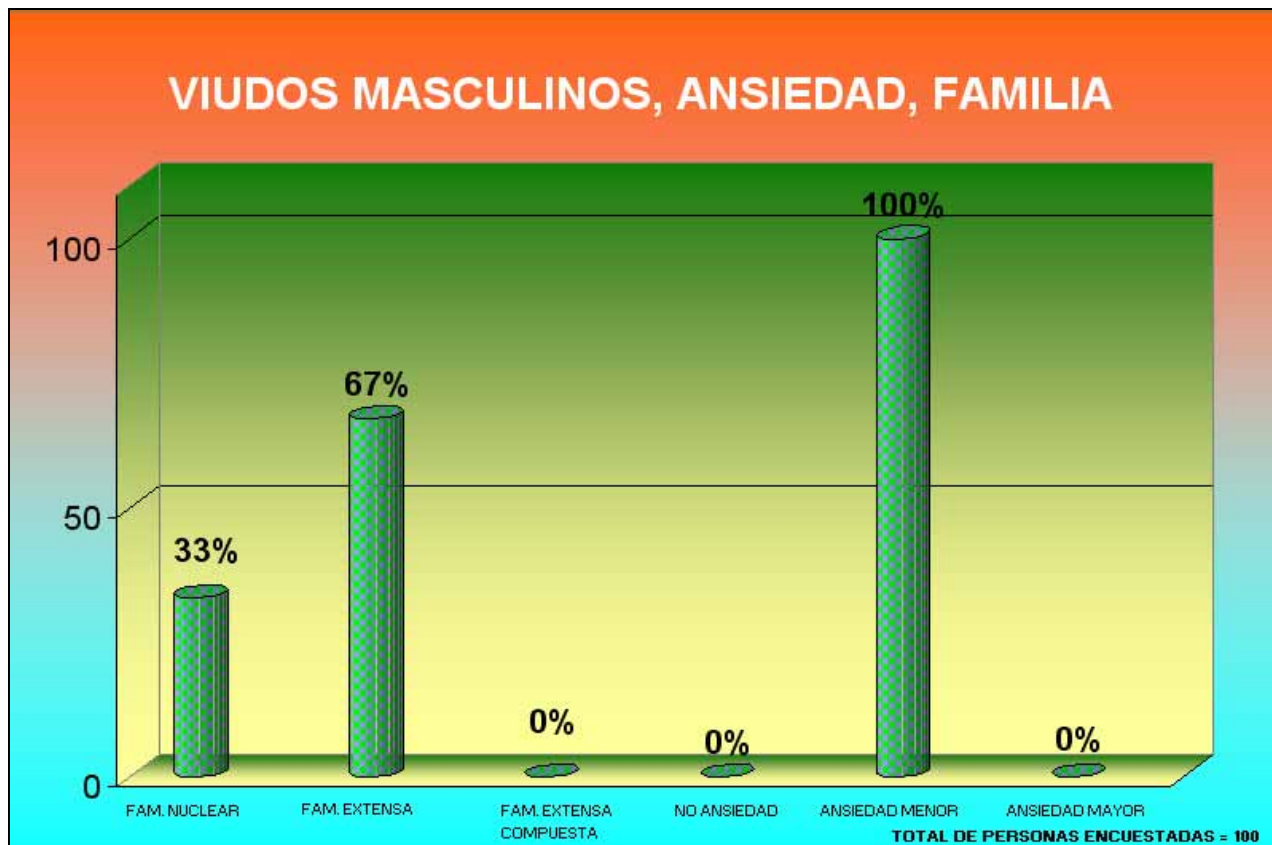




En el grupo de hombres viudos se encontró que el 100% presenta ansiedad menor, predominando la familia extensa (tabla 18).

TABLA NO. 18		
ESTADO CIVIL, ANSIEDAD Y FAMILIA		
VIUDOS MASCULINOS = 3	NUMERO	%
FAM. NUCLEAR	1	33
FAM. EXTENSA	2	67
FAM. EXTENSA COMPUESTA	0	0
NO ANSIEDAD	0	0
ANSIEDAD MENOR	3	100
ANSIEDAD MAYOR	0	0

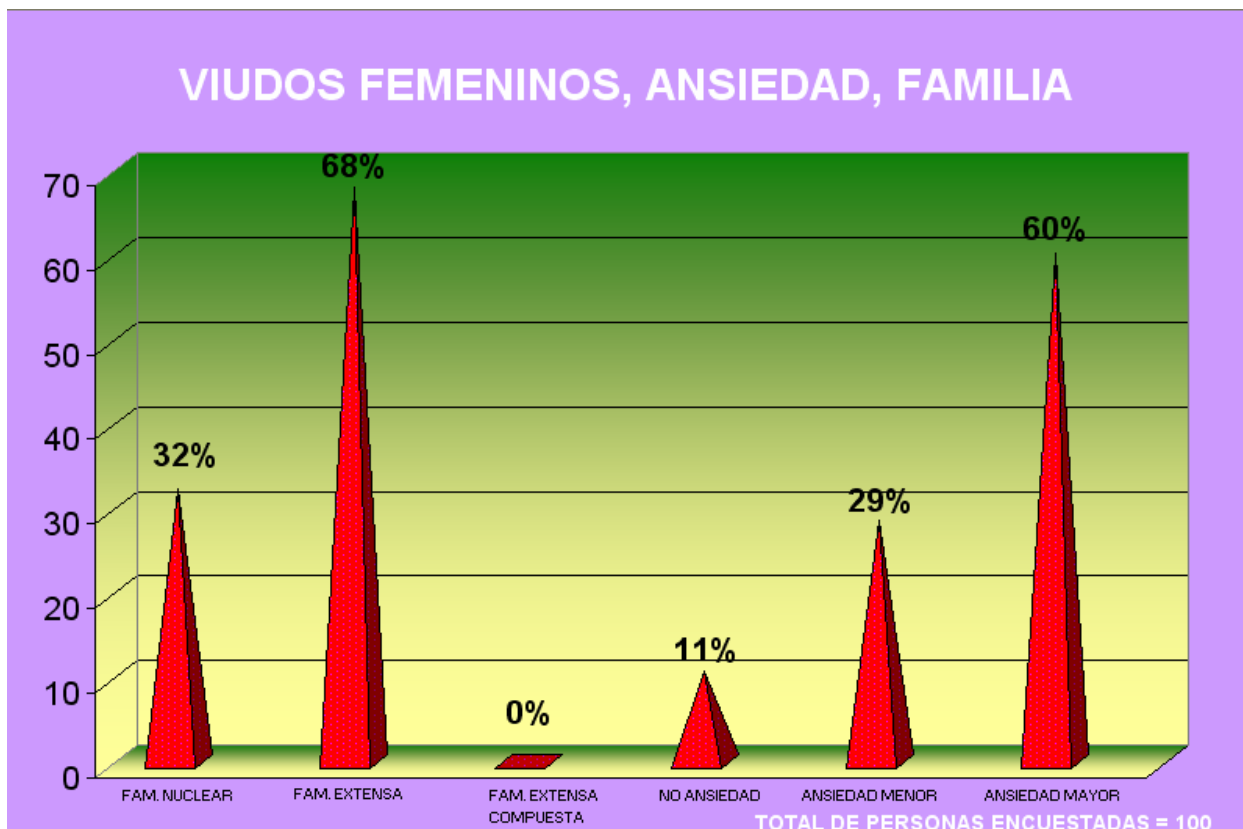
GRAFICA NO. 18



En el grupo de viudas femeninas presentó que el 60% tiene ansiedad mayor y el 29% presenta ansiedad menor, con el 68% con una familia extensa (tabla 19).

TABLA NO. 19		
ESTADO CIVIL, ANSIEDAD Y FAMILIA		
VIUDOS FEMENINOS = 28	NUMERO	%
FAM. NUCLEAR	9	32
FAM. EXTENSA	19	68
FAM. EXTENSA COMPUESTA	0	0
NO ANSIEDAD	3	11
ANSIEDAD MENOR	8	29
ANSIEDAD MAYOR	17	60

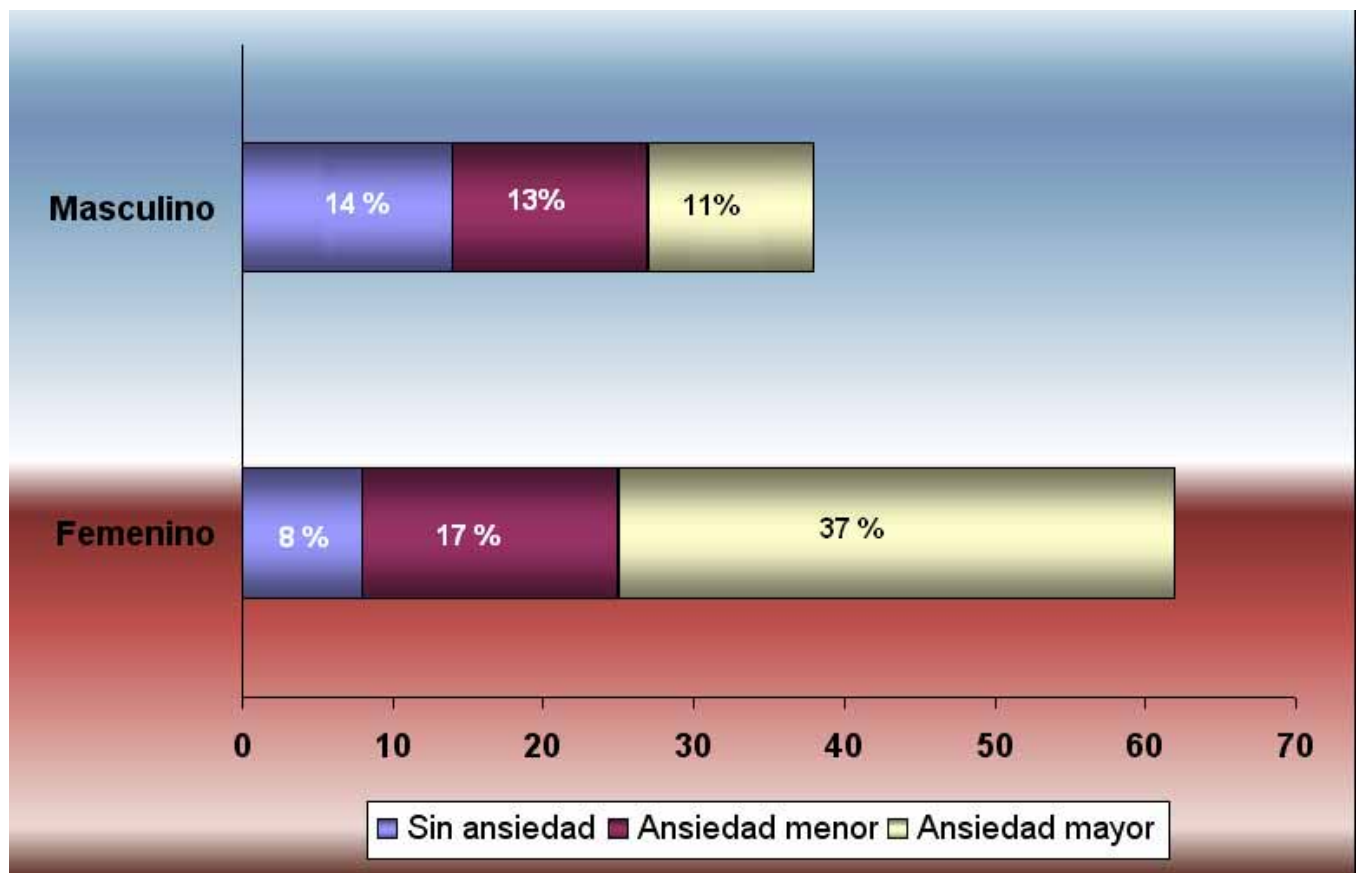
**GRAFICA NO. 19**



En el grupo femenino fue el genero predominante con ansiedad en el 37% con una importancia notoria (de  $p=0.001$ ). (**Tabla 20**)

TABLA No.20					
SEXO	SIN ANSIEDAD	ANSIEDAD MENOR	ANSIEDAD MAYOR	TOTAL	*p
FEMENINO	8	17	37	62	0.001
MASCULINO	14	13	11	38	
TOTAL	22	30	48	100	

**GRAFICA No. 20**



La estructura familiar que predominó en el estudio fue la extensa en el 59% y la nuclear en 41%, encontrando en la extensa ansiedad mayor en el 42% y ansiedad menor en el 31% y no ansiedad en el 27%. En la familia nuclear la ansiedad mayor estuvo presente en el 51% y la ansiedad menor en el 37% y no ansiedad en el 12%. Respecto a la estructura familiar se encuentran que predominan los individuos que pertenecen a una familia extensa en todos los rubros de padecimientos, estado civil y genero, sin que exista una diferencia significativa entre ellos con un porcentaje del 57 al 60% (**tabla 21**).

<b>TABLA NO. 21</b>		
<b>FAMILIA NUCLEAR= 41</b>		
	<b>NUMERO</b>	<b>%</b>
NO ANSIEDAD	5	12
ANSIEDAD MENOR	15	37
ANSIEDAD MAYOR	21	51

**GRAFICO 21**

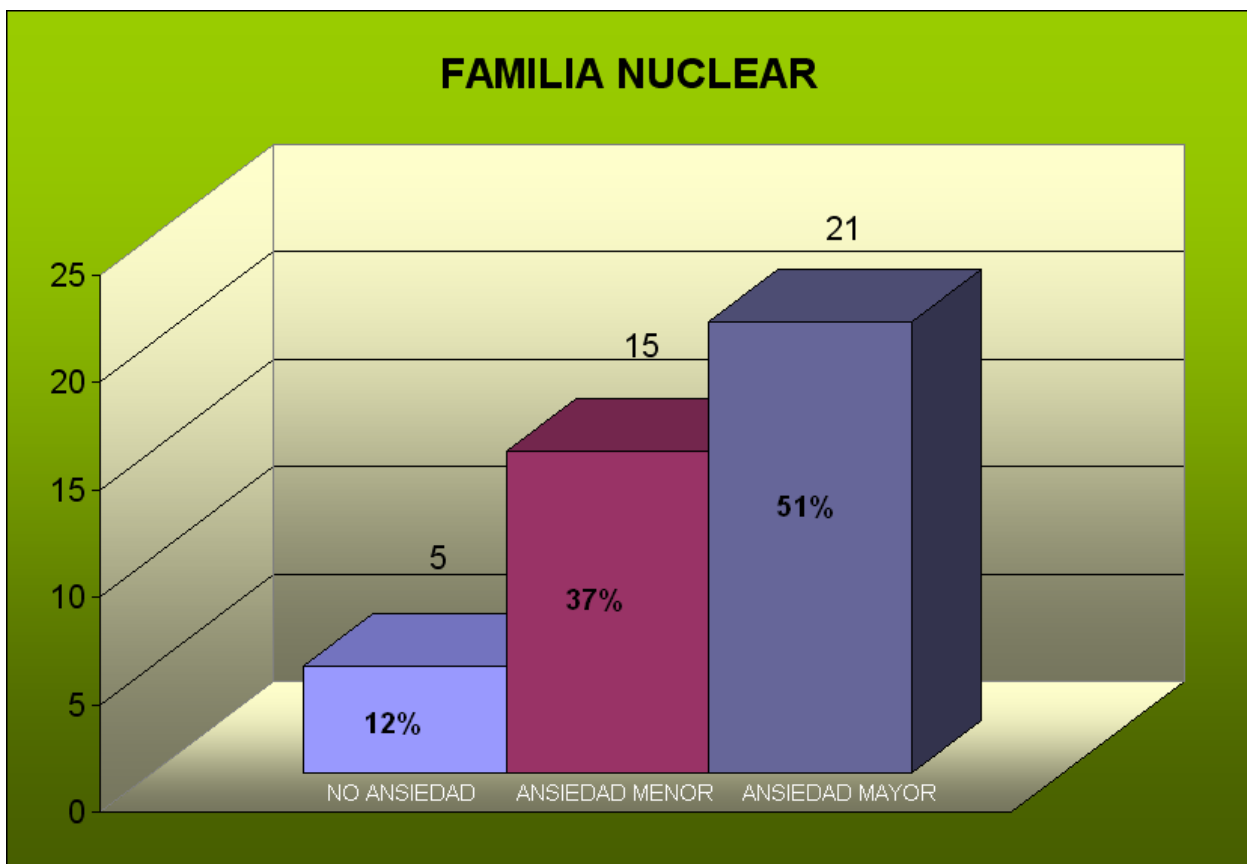
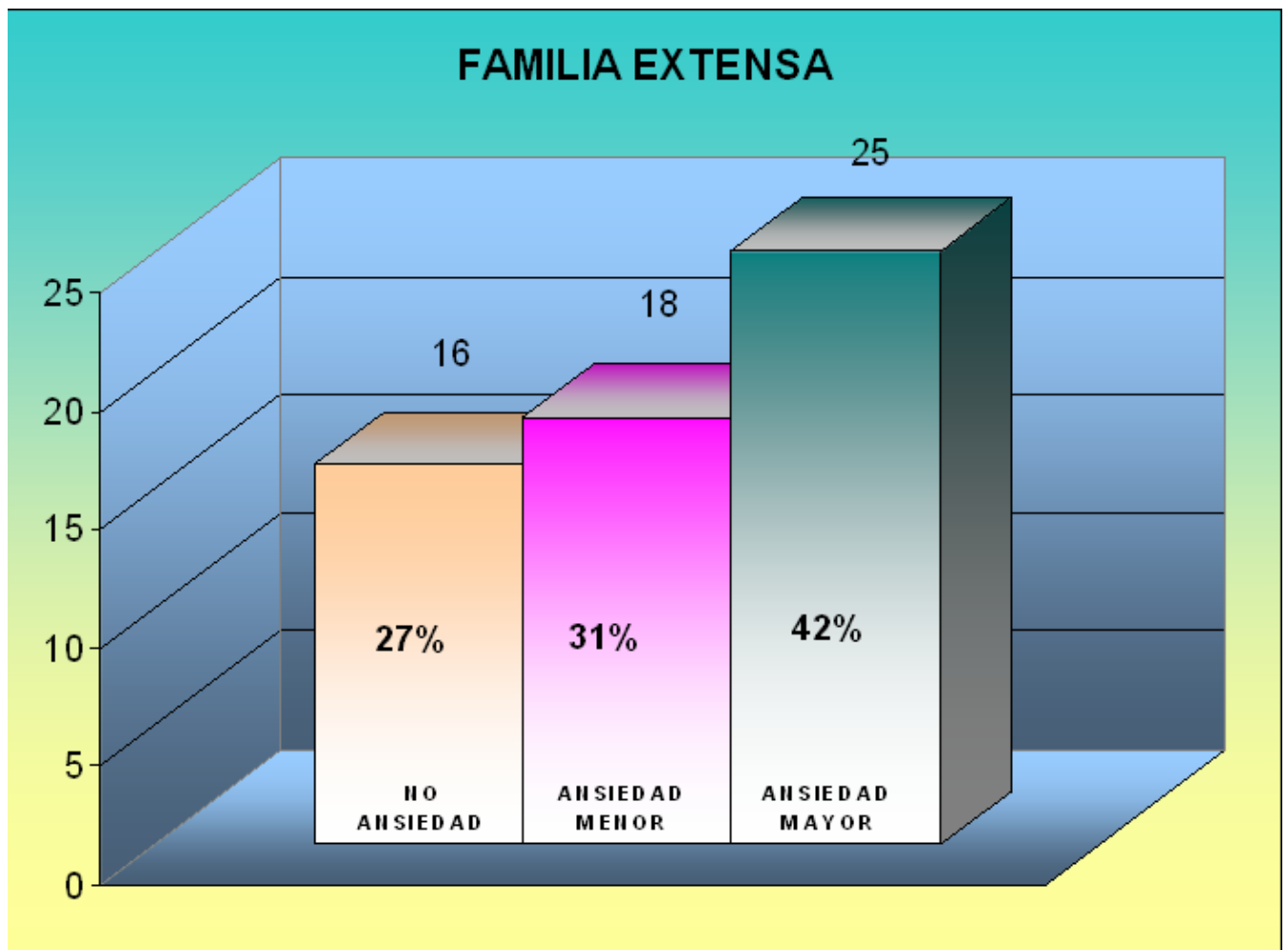


TABLA NO. 22		
FAMILIA EXTENSA = 59	NUMERO	%
NO ANSIEDAD	16	27
ANSIEDAD MENOR	18	31
ANSIEDAD MAYOR	25	42

**GRAFICO No. 22**



## DISCUSION

En nuestro estudio, de los 100 pacientes entrevistados el género femenino fue predominante en un 62% con respecto al masculino 38% de los cuales el 61% son casados y el 32% son viudos. La familia nuclear represento el 42% y la extensa el 58% y el 1% vive solo.

Lo anterior coincide con que se encuentra reportado la Encuesta Nacional Representativa de los adultos mayores IMSS DE 1998 – 199 en cuanto predomina el genero femenino sobre el masculino.

Se reporta que la mayoría de los ancianos viven en una familia extensa 57.4% y en familias nucleares viven el 32,5% En esta encuesta se describe que el 7% viven solos y en la muestra estudiada solo el 1%. También hay diferencia en cuanto a los viudos ya que la encuesta del IMSS reporta el 65% contra el 32% de nuestro estudio (19).

Se encontró en nuestro estudio que el 78% de la muestra total presento niveles de ansiedad y de los sujetos con mas de dos enfermedades crónicas (n=40) en el 86% de estos tuvieron también niveles de ansiedad. En los hombres y mujeres casadas se observo en ellos ansiedad en un 24 % mientras en ellas fue mucho mayor en un 54 %.

Los trastornos de ansiedad son un campo relativamente poco estudiado en la psiquiatría del anciano que, frecuentemente e inadecuadamente, ha asumido como propias nociones de estudios basados en poblaciones jóvenes , teniendo como consecuencia la perdida de especificidad (23).

La epidemiología de la ansiedad geriátrica esta llena de obstáculos. En primer lugar porque las personas ancianas son muy reticentes a manifestar síntomas de sufrimiento emocional y tienden más a centrarse en signos y síntomas físicos.

El diagnostico exacto se complica aun mas por la tendencia de gran cantidad de enfermedades somáticas seniles como las cardiacas pulmonares y otras crónicas. De tal forma que se llegan a referir tasas de prevalencia de trastornos de ansiedad desde un 55% hasta un 20% en la población mayor de 65 anos y estas tasas se describen hasta en un 40% en la población adulta mayor que cursan con enfermedad crónica.

En consonancia con la distribución por sexos descrita entre los adultos mayores mas jóvenes, los trastornos de ansiedad abundan mas entre las ancianas (23) (24) (25) (26).

Es importante destacar que en nuestro estudio descriptivo observacional y transversal y se aplico una escala para conocer solo si se presentan estados de ansiedad y no se realizo diagnostico psiquiátrico, lo cual puede explicar la diferencia tan marcada en nuestro estudio en comparación con las referencias. Por tal motivo seria importante realizar estudios longitudinales con evaluación psiquiátrica o aplicación de escalas más específicas para diagnosticar trastornos de ansiedad.

Estos resultados nos hablan que los cambios sociales, económicos y demográficos, así como el aumento de la esperanza de vida en las últimas décadas han influido en las características de las familias actuales en donde la mujer tiene un rol importante en el funcionamiento de la familia.

Uno de los cambios familiares en los últimos años es el papel como “jefa de familia” de la mujer, la cual tiene importancia por su vulnerabilidad a las asimetrías que establece la sociedad, segregación e inequidades de genero (21)

Al respecto es necesario reconocer la jefatura femenina a partir de la ausencia del cónyuge , ya sea física o emocional , que constituye solo un aparte de la problemática de las responsabilidades y de las aportaciones tanto materiales como emocionales y afectivas que se debe dar en cada grupo familiar . (21)

Existen otras mujeres que viven una problemática de género dentro y fuera del hogar y comparten con las jefas del hogar, situaciones de inequidad y discriminación. Son también las principales proveedoras de la economía y tienen responsabilidades en la administración de los escasos recursos del hogar. (19) (21) (22)

Otra característica de la población femenina es que utiliza mas servicios de salud porque aumentan las enfermedades crónicas y las discapacidades , se encuentra menos protegida por el sistema de jubilaciones y dependen generalmente de la pareja por lo que están desprotegidas también económicamente . La mujer sobrevive mas que el hombre a pesar que el tiene mejores condiciones de salud que ella. Las mujeres muchas veces tienen poca estima para su persona y para el cuidado de su salud y la

atención adecuada de sus enfermedades crónicas, y tienden más a sufrir depresión y ansiedad (22)



## CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en la muestra estudiada el objetivo general fueron logrados.

En los pacientes adultos mayores con enfermedad crónica se encontró que el 49% presento un nivel de ansiedad mayor y el 29% ansiedad menor, predominando esta característica en los pacientes que cursan con dos o más enfermedades, lo cual coincide con lo que dice la literatura.

En la muestra estudiada el genero femenino presento mayores niveles de ansiedad sobre todo en mujeres casadas en un 69% fue el doble en comparación con el genero masculino que solo fue de 31% , lo cual nos obliga a considerar la necesidad de mas estudios para poder comprender mejor porque la mujer presenta mayor ansiedad en esta etapa de la vida .

En la estructura familiar en cuanto al número de elementos que la constituyen no hay diferencia significativa en cuanto a la nuclear y la extensa con respecto a los niveles de ansiedad

Acciones del medico familiar para pacientes adultos mayores con enfermedad crónica

Promoción y educación para la salud.

- Aceptación y conocimiento de las reacciones psicológicas y cambios físicos y mentales de las enfermedades crónicas
- Prevención a través del esquema básico de vacunación, control de peso detección oportuna de diabetes mellitus e hipertensión, alimentación, ejercicio y cambios en el estilo de vida.
- Aceptación de las perdidas y a los cambios de los roles familiares y sociales en el transcurso de la vida
- aceptación de las limitantes e incapacidades que provocan las enfermedades crónicas
- Orientación de cómo enfrentar las pérdidas, el duelo y la muerte.

## Grupos de autoayuda

- Reuniones con personas que comparten los mismos problemas y experiencias vitales
- Apoyo y soporte de todos los miembros del grupo
- Puesta en común de experiencias personales y conocimientos que puedan ayudar a otras personas

## Grupos y clubes de la tercera edad

- Favorecer la socialización e integración así como los conocimientos básicos para prevenir y controlar las enfermedades y evitar complicaciones

## El equipo de salud debe ser interdisciplinario y multidisciplinario

- Ser capaces de conocer todos los aspectos biopsicosociales que influyen en la complejidad de las enfermedades crónicas de los adultos mayores.
- Ofrecer una atención integral y de calidad.
- Conocer todas las repercusiones psicológicas de las enfermedades crónicas y detección de los trastornos de ánimo como la ansiedad y depresión para una intervención oportuna de estos problemas lo cual evitara que exista un mayor número de consultas , consumo de medicamentos y complicaciones .
- Prevención y control con todas las acciones que realicen los integrantes del equipo de salud en las enfermedades crónicas en los adultos mayores para ofrecer una mejor calidad de vida.
- Conocimientos tanatológicos

## La Familia.

- Participación activa de los familiares en el cuidado y atención del enfermo crónico adulto mayor
- Educación al familiar acerca de los cambios psicológicos, físicos y mentales que se generan en el adulto mayor con enfermedad crónica.
- Integración, adaptación y socialización del paciente adulto mayor en el ámbito familiar y social para tratar de romper el espacio intergeneracional.
- Orientación como enfrentar las pérdidas el duelo y la muerte.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Consejo nacional de población. La población de la tercera edad en México 1950 – 1990. Serie: sociodemográfica del envejecimiento en México, noviembre 1994: 7 – 23
- 2.- Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science: 196, 1129, 1136.
- 3.- Sierra A. Y Torres A. Enfermedades crónicas. Epidemiología y prevención de las enfermedades cardiovasculares. En Piedrola (ed.) medicina preventiva y salud pública. Salvat, Barcelona, 1988, 691 – 704
- 4.- Benit PS. La enfermedad crónica, en psicología de la salud. SM Latorne, ed. Telac, albacete, 1987, 206 – 218
- 5.- Folks Dg, Fuller Wc. Anxiety disorders and insomnia in geriatric patients. Psychiatric Clinics NA 20 (137-164, 1997)
- 6.- <http://www.gaddor.com/iyd/ansie2/rojtm1.htm>. Trastornos de Ansiedad en Medicina General y Psiquiatría: 2005.
- 7.- <http://www.gaddor.com/iyd/ansie2/rojtm1.htm> Trastornos de Ansiedad de la tercera Edad.
- 8.- Rodríguez Abrego Gabriela y Rodríguez Abrego Isabela “disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica” revista medica IMSS 2004: 42(2) 97-102.
- 9.- Bueno, Denis, Inchausti, Enrique. Tendría que existir el congreso de estudio psicológico del paciente con insuficiencia renal?, Rev., Nefrodial. Y Transp, N 49, diciembre 1999, pp. 23 – 24
- 10.- Vinokur, Enrique y Bueno Dennis “ Aspecto psicológico del paciente renal “. Instituto de Urología y Nefrología. Revista de Nefrología, Diálisis y Trasplantes. No. 56 marzo / junio 2002 Pág. 11 – 14

11. Novel G, MT Lluch y Rourena A. Aspectos psicosociales del enfermo crónico, en enfermería psicosocial. Vol. II. Salvat, Barcelona, 1991, 239 – 241
12. Dirección General de Epidemiología SSA INNSC “SZ”. ENEC. México. Secretaria de Salud 1993.
- 13.- Sivensen, C. H. And Fuller, S. R. (1992) Expression of love, marriage problems, commitment and anticipatory grief in the marriage of cancer patiente. Journal of marriage, and the family
- 14.- Fernández Ortega Miguel Ángel, El Impacto de la Enfermedad en la Familia,  
Rev. Fac. Med. UNAM Vol. 47 No.6 Noviembre-Diciembre 2004.  
( [www.facmed.unam.mx](http://www.facmed.unam.mx) )
- 15.- Haley J. (1976) Terapia para resolver problemas. Buenos Aires, Argentina: Editorial Amorrostu
- 16.- Koch, A. (1985) A stratgy for prevention: Role, Flexibility and affective reactivity asfactors in family coping. Family Systems Medicine (3:70.81).
- 17.- Leahey, M. And Wright, M. (1985) Intervening With families with chronici illoness. Family sistems medicine (3:60-69)
- 18.- Balbuena Villarosa, Antonio.; E. Berrios, German; Larrinoa Palacios, Pedro Fernando, “Medición clínica en psiquiatría y psicología “ Editorial Masson. Barcelona. España 2000 Págs. 369 a 375.
- 19.- Sandra Reyes, Peter Braman ; Carmen García -Peña, Claudia Espinel. “La salud del adulto Mayor “. Instituto Mexicano Del Seguro Social. México 2004.
- 20.- Instituto Nacional De Estadística Geografía Informática. Las Familias Mexicanas México, 1999 [http:// WWW, INEGI. Gob. Mx](http://WWW, INEGI. Gob. Mx).
- 21.- Fuentes, Luis Mario, López de la Paz, Maria “Ámbitos De Familia”, Sistema Nacional para el Desarrollo Integral De la Familia, México. DF; 1997

- 22.- Reyes Frausto ,Sandra “Population Ageing in the Mexican Institute of Social Security” :Health Policy and Economic Implications “Instituto Mexicano Del Seguro Social. Fundación Mexicana para la salud México 2001.
- 23.- Aguera Ortiz, Luís; Martín Carrasco, Manuel; Cerrilla Ballesteros, Jorge: “Psiquiatría Geriátrica “ Editorial, Masson S:A Barcelona, España 2002
- 24.- Stein, Dan; Hollander, Eric “Tratado de Trastornos De la Ansiedad “Editorial ARS Medica Barcelona, España 2004.
- 25.-Flint. A. J “ Epidemiology and Comorbidity of anxiety disorders in the elderly. Am. Psychiatry 151 ; 640 -649 1 994.
26. - Brenes, Gretchen A; Guralnik, M: D.Williamson, Jeff; Fried, Linda P. Penninx, Brenda. “Correlates of Anxiety Symptoms in Physically Disabled Older Women. Am.J Geriatr psychiatry 13: 1 , January 2005.
- 27.- Cuidados de Pacientes Crónicos ( [www.Yahoo.com.mx](http://www.Yahoo.com.mx)) [personawandoo, es/ aniorte- nic / apunt- cuidad- cronic 2htm](http://personawandoo.es/aniorte-nic/apunt-cuidad-cronic2htm) .

## **ANEXOS**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 DELEGACION 2 NORESTE DEL DF  
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 35  
 ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR MODALIDAD  
 SEMIPRESENCIAL  
 PROTOCOLO DE INVESTIGACION NIVELES DE ANSIEDAD EN  
 ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDAD CRONICA**

**NOMB** \_\_\_\_\_ **No.**  
**RE:** \_\_\_\_\_ **AFILIACION**  
 \_\_\_\_\_ **N**  
**EDAD** \_\_\_\_\_ **SE** **M /** **ENFERMEDAD** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ **XO** **H** **CRONICA** \_\_\_\_\_  
**FECH** \_\_\_\_\_ **NUMERO**  
**A** \_\_\_\_\_ **CEDULA** \_\_\_\_\_

**SELECCIONA DE CADA REACTIVO LA OPCION QUE MEJOR  
 CARACTERICE AL PACIENTE EN EL MOMENTO DE LA EVALUACION**

**TEST PSICOMETRICO DE ANSIEDAD DE HAMILTON.**

**0 AUSENTE    1 INTENSIDAD LIGERA    2 INTENSIDAD MEDIA  
 3 INTENSIDAD ELEVADA    4 INTENSIDAD MAXIMA (INVALIDANTE)**

<b>RUBRO</b>	<b>SINTOMAS</b>	<b>P</b>	<b>U</b>	<b>N</b>	<b>T</b>	<b>O</b>
<b>1.- HUMOR ANSIOSO</b>	Inquietud, espera de lo peor, aprehensión (anticipación temerosa) irritabilidad.	0	1	2	3	4
<b>2.- TENSION</b>	Sensación de tensión, fatigabilidad, sobresaltos, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar, incapacidad de relajarse					
<b>3.- MIEDOS</b>	A la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales, al trafico, a la multitud					
<b>4.-INSOMNIO</b>	Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, sueños penosos, pesadillas, terrores nocturnos					
<b>5-- FUNCIONES INTELECTUALES</b>	Dificultad de concentración. Mala memoria.					
<b>6.- HUMOR DEPRESIVO</b>	Falta de interés, no disfruta ya con los pasatiempos, tristeza, insomnio de					



	madrugada, variaciones de humor durante el día.					
<b>7 SINTOMAS SOMATICOS (MUSCULARES)</b>	Dolores y cansancio muscular, rigidez, sacudidas mioclónicas, chirrido de dientes, voz poco firme, tono muscular aumentado.					
<b>8.- SINTOMAS SOMATICOS GENERALES (SENSORIALES)</b>	Zumbido de oídos, visión borrosa, sofocos, o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo					
<b>9-SINTOMAS CARDIOVASCULARES</b>	Taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístoles					
<b>10 SINTOMAS RESPIRATORIOS</b>	Peso o presión torácica, sensación de ahogo, o falta de aire, suspiros o disnea.					
<b>11 SINTOMAS GASTROINTESTINALES</b>	Dificultad para deglutir, meteorismo, dolor abdominal, náusea, vómitos, borborigmo, sensación de estómago vacío, pérdida de peso estreñimiento					
<b>12 SINTOMAS GENITOURINARIOS</b>	Micciones frecuentes, urgencia de micción, amenorrea, menorragia, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, pérdida de apetito sexual, disfunción eréctil					

A partir de 16 puntos de calificación se considera la existencia de un cuadro ansioso de moderada intensidad

PUNTAJE \_\_\_\_\_

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR MODALIDAD  
 SEMIPRESENCIAL  
 PROTOCOLO DE INVESTIGACION NIVELES DE ANSIEDAD EN  
 ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDAD CRONICA**

**CEDULA DE INVESTIGACION**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **No. AFILIACION** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
**EDAD** \_\_\_\_\_ **SEXO** \_\_\_\_\_ **M / H** \_\_\_\_\_ **FECHA** \_\_\_\_\_

**1- ESTADO CIVIL:**

1) CASADO      2) SOLTERO      3) VIUDO      4) DIVORCIADO      5) SEPARADO

**2- ESCOLARIDAD:**

1) ANALFABETA      2) PRIMARIA      3) SECUNDARIA      4) PREPARATORIA

**3- OCUPACION:**

1) HOGAR      2) OBRERO      3) EMPLEADO      4) PROFESIONISTA

**4- JUBILADO:**

1) SI AÑOS:      2) NO

**5- TIPO DE VIVIENDA:**

1) PROPIA      2) RENTADA

**6- PERSONAS CON QUIEN VIVE:**

1) ESPOSA      2) HIJOS      3) NIETOS      4) YERNOS  
 5) NUERA      6) SOBRINOS      7) SOLO

**7- DEPENDENCIA ECONOMICA (salarios mínimos)**

1) 1-3      2) 3-5      3) 5-8      4) 8 ó mas

**8- ESTRUCTURA FAMILIAR**

1) NUCLEAR      2) EXTENSA      3) EXTENSA COMPUESTA

**9- ENFERMEDAD CRONICA**

1) DM      2) HTA      3) CARD      4) EPOC      5) EDAD      6) OTRO