



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO DE
INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
UNIDAD ACADÉMICA: UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR 222.
TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO.

“PREVALENCIA DE ANSIEDAD EN PACIENTES DE 20 A 59 AÑOS
EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DE
LA U.M.F. 220 DE TOLUCA, MÉXICO.”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE

MÉDICO ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR.

P R E S E N T A

ALEJANDRO DE JESUS LUNA BARRIENTOS.

TOLUCA ESTADO DE MEXICO

DICIEMBRE 2007



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.

“PREVALENCIA DE ANSIEDAD EN PACIENTES DE 20 A 59 AÑOS EN LA
CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DE LA U.M.F. 220 DE TOLUCA,
MEXICO.”

PRESENTA

ALEJANDRO DE JESUS LUNA BARRIENTOS.

AUTORIZACIONES



DRA. MARIA DEL CARMEN GARCIA MANZANARES
COORDINADORA CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION MÉDICA
DEL HGZ No. 220



DRA. MARIA ESTHER REYES RUIZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN
TOLUCA, MÉXICO



DRA. MARÍA ESTHER REYES RUIZ
DIRECTORA DE TESIS
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.



DRA. SILVIA LANDGRAVE IBÁÑEZ.
ASESORA METODOLOGICO.
PROFESORA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA
FAMILIAR, UNAM.

TOLUCA, MÉX. 2007

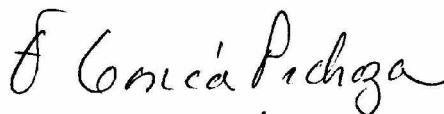
**"PREVALENCIA DE ANSIEDAD EN PACIENTES DE 20 A 59 AÑOS EN LA
CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 220 DE TOLUCA,
MEXICO"**

PRESENTA

LUNA BARRIENTOS ALEJANDRO DE JESUS

AUTORIZACIONES

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



**DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

**DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

TOLUCA, EDO. MEX.

2007

INDICE

	Introducción	1
1	Marco teórico	2
1.2	Planteamiento del problema	9
1.3	Justificación	10
1.4	Objetivos	15
1.4.1	a. General.	15
1.4.2	b. Específicos	15
2	Metodología	16
2.1	Tipo de estudio	16
2.2	Población, Lugar, Espacio	16
2.3	Tiempo de estudio	16
2.4	Tipo de muestra	16
2.5	Tamaño de muestra	16
2.6	Criterios de inclusión, no inclusión y eliminación	16
2.7	Variables	17
2.8	Método para captar la información	19
2.9	Consideraciones éticas	20
3	Resultados	21
4	Discusión	30
5	Conclusiones	31
6	Bibliografía	32
7	Anexo 1	34
8	Anexo 2	35

INTRODUCCION

La ansiedad constituye el quinto diagnostico mas frecuente en el primer nivel de atención. Igualmente, se acepta que, aproximadamente la cuarta parte de los pacientes, que acuden al medico familiar, presentan cuadros de ansiedad, bien en forma de trastornos ansiosos específicos o asociados a otras enfermedades medicas y siquiátricas. En Estados Unidos de América, según datos del ECA. (Epidemiologic Catchement Area), señalan unas prevalencias, significativamente elevadas para los distintos síndromes ansiosos: Ansiedad generalizada (2.5-6.6 %), trastornos de pánico (0.4-.2%), agorafobia, (2.5-8%), y trastorno obsesivo-compulsivo (1.3-2 %)¹

No hay que olvidar, la alta repercusión económica, social y familiar que generan estos trastornos, tanto en el presupuesto destinado al sector salud del país como en el área psicoafectiva; el Instituto Mexicano del Seguro Social presenta la mayor cobertura en dicho sector y cuyo impacto se manifiesta directamente en la atención medica de los pacientes con trastornos de ansiedad, el costo excesivo de los medicamentos controlados, repercusión en el incremento de la ausencia laboral, etc., todo lo anterior se ve reflejado en el costo-beneficio para la institución y el paciente, debido a la alta incidencia que en la actualidad se tiene en la sociedad . Aunado a lo anterior, existe otro factor como es el socio-familiar, lo que conlleva también a otros trastornos que pueden ser mas severos como la depresión que si no es atendida a tiempo puede generar incapacidad al individuo, incluso la muerte.

El propósito de este estudio es determinar la prevalencia de ansiedad en los derechohabientes de 20 a 59 años que acuden a la Unidad de Medicina Familiar número 220 de la Ciudad de Toluca Estado de México.

En el presente estudio, se utilizo la escala de Hamilton para ansiedad; ya que es de fácil aplicación, y en virtud de que esta validado para su aplicación.

En lo referente a su interpretación brinda un panorama general del grado de intensidad en que se encuentra el paciente y permite valorar su derivación al especialista.

MARCO TEORICO

ANSIEDAD

La ansiedad puede definirse como un estado del organismo, en que éste se dispone en situación de alerta-alarma, con respecto a una amenaza a su integridad (física o psicológica), con objeto de posibilitar un gasto suplementario de energía (como el que se precisa para una respuesta de agresión o huida)¹.

El termino ansiedad, proviene del latín “anxietas”, congoja o aflicción caracterizado por una sensación de inquietud, intranquilidad, inseguridad o como una amenaza inminente y de causa indefinida. La diferencia básica entre la patológica es que esta última se basa en una valoración irreal o distorsionada de la realidad. La ansiedad, si es muy severa y aguda puede llegar a paralizar al individuo transformándose en angustia^{1 16}.

El fenómeno de hipersensibilidad neurológica que asienta en el sistema limbico de una persona con trastorno de ansiedad puede obedecer a diversas causas que determinen una excitación repetida de las estructuras limbicas o una estimulación aguda de naturaleza traumática.

La agrupación tradicional en categorías diagnosticas de los estados de ansiedad fue realizada a finales del siglo pasado por Freud².

En opinión del creador del psicoanálisis, se trata de trastornos sin base orgánica, motivados por un conflicto intrapsíquico y cuya diferenciación sería determinada por los distintos mecanismos de defensa manejados por el individuo para enfrentar un conflicto instintivo.

En 1894, Freud, define la neurosis nuclear o básica cuando afirma “damos a este complejo de síntomas, el nombre de neurosis de ansiedad por la circunstancia de que todos sus componentes pueden ser agrupados en torno a uno que es el principal, la ansiedad”. De esta forma de neurosis se derivan las restantes: histeria de angustia o neurosis fóbica, la neurosis obsesiva, etc².

El carácter unitario de los síndromes de ansiedad, propio del modelo psicoanalístico, con independencia de su presentación y curso clínico, es replanteado por la Asociación Americana de Psiquiatría DSM-III-R(1987), que reorganiza los trastornos de angustia sobre bases conceptuales radicalmente distintas, basándose en la presencia de síntomas comunes y abandonando el termino neurosis y por consiguiente el modelo psicodinámico. En el DMS-IV, los trastornos de ansiedad se amplían con respecto a las clasificaciones anteriores con nuevas categorías:

1. Crisis de angustia (ataques de pánico).
2. Agorafobia.
3. Trastorno por angustia con o sin agorafobia (trastornos por ataques de pánico).
4. Agorafobia sin crisis de angustia.
5. Fobia simple.
6. Fobia social.
7. Trastorno obsesivo compulsivo.
8. Trastorno por estrés agudo.
9. Trastorno por ansiedad generalizada.
10. Trastorno por estrés postraumático.
11. Trastorno por ansiedad inducido por sustancias.

La Clasificación Internacional de Enfermedades-10 (CIE), clasifica todos estos cuadros en el epígrafe común de los "trastornos neuróticos" secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos", pero diferenciando los trastornos de ansiedad propiamente dichos (pánico, ansiedad generalizada, trastorno mixto ansioso-depresivo) de los trastornos de ansiedad fóbica (agorafobia, fobias sociales, fobias específicas), el trastorno obsesivo-compulsivo, las reacciones a estrés y adaptación, los trastornos somatomorfos y los trastornos disociativos y otros trastornos neuróticos³.

Los trastornos mentales son frecuentes en el primer nivel de atención, en donde se observa que alteran la capacidad de las personas de algunas enfermedades crónicas y severas.

Actualmente existe una amplia evidencia científica que los trastornos mentales son una enfermedad médica. Existe, por tanto, la necesidad de mejorar la identificación, el diagnóstico y la gestión de enfermedades mentales en atención primaria, motivo por el cual la CIE-10 ha elaborado una versión de la clasificación de los trastornos mentales, específica para la atención primaria.

Hay factores orgánicos que pueden provocar síntomas de ansiedad ejemplo: los pacientes frecuentemente experimentan ansiedad durante el estadio inicial de la demencia. Por ello es prioritario diagnosticar y tratar el problema de base. No obstante la presencia de un problema médico no psiquiátrico no siempre excluye la posibilidad de un síndrome ansioso concomitante.

De todos los trastornos mentales, los trastornos de ansiedad son, probablemente los más habituales. Teniendo factores predisponentes y/o precipitantes que se asocian con el inicio de los trastornos de ansiedad.

- a) herencia genética.
- b) enfermedades somáticas.
- c) traumas psicológicos.
- d) ausencia de mecanismos de afrontamiento,
- e) pensamientos, creencias y procesamiento cognitivo distorsionado.

Desde una perspectiva bio-psicosocial, el origen de la ansiedad ha sido abordado desde modelos neurobiológicos, psicológicos (teoría psicoanalítica y conductista), y ambientales.

Los factores culturales parece que influyen más en la forma de manifestación sintomatológica que en las cifras de prevalencia de los distintos trastornos de ansiedad.

A continuación se analizarán por su relevancia los modelos psicológico y biológico.

A. Modelo Psicológico

A.1. Teoría psicoanalítica:

Para Sigmund Freud la angustia es el resultado de la excitación sexual no liberada y pone en marcha mecanismos de defensa, siendo la angustia, la consecuencia del fracaso de esta elaboración psíquica.

A.2. Teoría conductista:

Según la teoría del aprendizaje, la ansiedad constituiría la respuesta condicionada o aprendida, ante estímulos estresantes del medio ambiente.

B. Modelo biológico:

Modernamente la aportación de estudios clínico-epidemiológicos, sugieren que la ansiedad puede ser considerada básicamente como un fenómeno biológico, debido en gran parte a factores genéticos compartidos por los familiares más que al efecto del medio ambiente familiar.

La evidencia genética procede del estudio de árboles genealógicos de familias afectadas, estudio de gemelos, marcadores genéticos (antígenos leucocitarios humanos o HLA), etc.

De gran relevancia científica han sido los estudios sobre el sistema de neurotransmisión noradrenergico y especialmente del "locus coeruleus", que apoyan la hipótesis de una hiperactividad noradrenergica, como factor determinante de los ataques de pánico. Igualmente se ha señalado una hipofunción del sistema serotoninergico en los pacientes con agorafobia y ataques de ansiedad y del sistema GABA, asociado a los receptores específicos para las benzodiazepinas.

En resumen si un individuo con predisposición-vulnerabilidad genética, es expuesto a una situación de estrés, puede aprender una respuesta mal adaptada a esta circunstancia, siendo la ansiedad el resultado de tal interacción. Ejemplo.

Ansiedad: Etiología.

Genética

Estrés

Aprendizaje

Según varios estudios los trastornos de ansiedad se presentan en el 15% de la población general y en el 18 % de los enfermos que padecen una enfermedad crónica. Los hallazgos señalan la existencia de la contribución genética al trastorno⁴.

La generalidad de las personas experimenta ansiedad, de hecho la ansiedad tiene cualidades protectoras de la propia vida, como detectora de amenazas de daño corporal, dolor, indefensión posible castigo o frustración de necesidades sociales o corporales; de separación de los seres queridos; de amenaza al éxito o estatus personal y finalmente de amenazas a la unidad o integridad de si mismo. Incita a la persona a tomar las medidas necesarias para prevenir la amenaza o reducir las consecuencias.

Por otro lado se convierte en una patología cuando:

- La respuesta de alerta-alarma se desencadena ante estímulos o situaciones objetivamente irrelevantes.
- Se produce una persistencia en el tiempo de la respuesta de manera innecesaria.

No existe, por consiguiente una frontera precisa que deslinda la ansiedad “normal” de la patológica, ya que en ambos casos se presenta la misma fenomenología psíquica, neurofisiológica o bioquímica, diferenciándose únicamente en la intensidad y tiempo de respuesta⁵.

En consecuencia, una cierta dosis de ansiedad, es imprescindible para la realización de tareas, resolución de problemas y alcanzar los objetivos propuestos⁶.

Diagnostico:

Los síntomas característicos de la ansiedad desde un enfoque psico-somático son:

Síntomas subjetivos, cognitivos o de pensamiento:

Preocupación:

- Inseguridad
- Miedo o temor
- Aprensión
- Pensamientos negativos (inferioridad, incapacidad)
- Anticipación de peligro o amenaza
- Dificultad de concentración
- Dificultad para la toma de decisiones
- Sensación general de desorganización o pérdida de control sobre el ambiente.

Motores u observables:

- Hiperactividad
- Paralización motora
- Movimientos torpes y desorganizados
- Tartamudeo y otras dificultades de expresión verbal
- Conductas de evitación fisiológicas o corporales
- Síntomas cardiovasculares: palpitaciones, pulso rápido, tensión arterial alta.

- Síntomas respiratorios: sensación de sofoco, ahogo, respiración rápida y superficial.
- Síntomas gastrointestinales: náuseas, vómitos, diarrea, aerofagia, molestias digestivas.
- Síntomas genitourinarios: micciones frecuentes, enuresis, eyaculación precoz, frigidez.
- Síntomas neuromusculares: tensión muscular, temblor, hormigueo, dolor de cabeza.
- Síntomas neurovegetativos: sequedad de boca, sudoración excesiva, mareos.

Por lo que las situaciones estresantes cotidianas de la vida tales como: enfermedades, accidentes o pérdidas materiales y humanas pueden provocar ansiedad en los pacientes y familiares, pueden provocar al individuo ansiedad⁷.

El diagnóstico se complementa con test o escalas que se pueden encontrar en la literatura y existen algunas, las cuales pueden ser de auto aplicación o aplicadas por el equipo de salud, la que se utilizó en este estudio fue la de Hamilton.

ESCALAS DIAGNOSTICAS Y DE EVALUACIÓN QUE SE UTILIZAN EN ATENCIÓN PRIMARIA PARA DEPRESIÓN Y ANSIEDAD

Partiendo de los antecedentes clínicos y de la sintomatología del paciente, actualmente el diagnóstico sindrómico de los trastornos de ansiedad y del ánimo se realiza en primer lugar, mediante la aplicación de los criterios contenidos en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV o en la clasificación internacional de las enfermedades (CIE-10) y, secundariamente, mediante el uso de escalas de evaluación clínica. A pesar de su utilidad como elemento de apoyo al diagnóstico clínico, estas escalas se utilizan principalmente como instrumento de medida de la gravedad de la sintomatología asociada al trastorno, por lo que alertan sobre la existencia de enfermedad depresiva o ansiosa al mismo tiempo que establecen su gravedad, resultando útiles tanto en la práctica asistencial como en estudios clínicos.⁸

Teniendo en cuenta que el médico de atención primaria dispone de un tiempo limitado en la consulta, que la prevalencia de estos trastornos es alta (cifras), que como motivo de consulta representa entre un 20 y un 25 % y además, que existen presentaciones atípicas tanto de los trastornos de ansiedad como de los depresivos; se entiende que más del 50 % queden sin diagnosticar y sin tratamiento correcto. Por tanto se hace necesario conocer y disponer de escalas breves y de fácil aplicación y manejo, que permitan la detección, evaluación y seguimiento de estas patologías.

Es conveniente que el médico se habitúe a utilizarlas ya que le permitiría llegar a una mejor comprensión de lo que está ocurriendo en el transcurso de la enfermedad y por ende conseguirá una atención sanitaria de mayor calidad a los usuarios. En este sentido hay que tener presente que para una correcta aplicación de estos instrumentos es importante considerar una serie de directrices básicas que van desde la estimación de la utilidad potencial de dichas escalas en cuanto a la evaluación que se pretende efectuar, a los aspectos relacionados con el sesgo de los cuestionarios y la interpretación adecuada de los resultados obtenidos.⁹⁻¹⁶

Las escalas de evaluación y diagnóstico de depresión y ansiedad, de más fácil y de frecuente utilización, en función de su fiabilidad, especificidad y eficiencia, y que no exigen un entrenamiento especial para su aplicación e interpretación, son las siguientes.¹⁰

- Escala de ansiedad y depresión de Goldberg.
- Escala de Hamilton para la ansiedad (HARS).
- Escala de depresión de Montgomery -Asberg (MADRS).
- Escala Geriátrica abreviada de la depresión de Yesavage.

Otros cuestionarios útiles en Atención Primaria son:

- Escala autoaplicada para la medida de la Depresión de Zung y Conde.
- Inventario de depresión de Beck (BDI)
- Escala breve de ansiedad de Tyrer (BSA).
- Cuestionario de Screening de Ansiedad (ASQ – 15)
- Patient Health Questionnaire (PHQ – 9)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La ansiedad, como emoción, acompaña frecuentemente las actividades del ser humano. Tiene una función protectora, ya que ayuda al individuo a afrontar adecuadamente vicisitudes familiares, escolares, laborales o sociales.⁶

Sin embargo al rebasar el límite provoca en el sujeto una alteración en su homeostasis al trascender en el núcleo bio-psicosocial, repercutiendo directamente en un deterioro en la calidad de vida del paciente y su familia, lo cual conlleva a una elevación en los costos en su atención, en la institución donde es atendido.²

Dada la importancia de este trastorno, se hace imperativo conocer la prevalencia de este fenómeno en nuestro medio, específicamente en la población derechohabiente de la unidad de medicina familiar numero 220 del IMSS, de la ciudad de Toluca, México, en virtud de que no se cuenta con datos estadísticos al respecto.

Pregunta de investigación:

¿Cuál es la prevalencia de la ansiedad en la población de 20 a 59 años de edad, derechohabiente de la unidad de medicina familiar numero 220 del IMSS, de la ciudad de Toluca, México?

JUSTIFICACION

La ansiedad es un problema de salud de gran magnitud, que afecta a todos los grupos de edad de todos los grupos sociales.

Según datos epidemiológicos de la OMS en el 2006, (con criterios de la CIE 10) se encontró más de 25,000 pacientes con ansiedad generalizada en centros de atención primaria.

A nivel mundial se encontró una prevalencia de 7.9% en el 2006, en población adulta.

En el 2006 se estima que un 5.2% la padece en Europa en Asia 8.6% y en los Estados Unidos 3.5%.⁴

En la Ciudad de México en el 2006 se encontró una prevalencia a l largo de la vida 90 por cada 1000 habitantes adultos, entre 18 y 65 años. Dentro del primer nivel de atención ocupa un quinto lugar como motivo de consulta .¹⁴

Este trastorno tiene gran trascendencia ya que influye en forma negativa en la esfera biopsicosocial del individuo y la familiar, repercutiendo en otras áreas, un deterioro en la productividad del individuo o llegar a incapacitarlo laboralmente.

La medicina familiar es la base de los servicios de salud en México, por lo tanto el medico familiar es quien atiende a los pacientes en el primer nivel de atención.

Esta especialidad se fundamenta en tres ejes: atención al individuo y la familia en su contexto, anticipación al riesgo o prevención y continuidad o seguimiento del paciente, es en estos ejes donde el medico familiar debe de actuar en la practica diaria.

Es importante que el medico familiar detecte este tipo de padecimiento y la prevalencia que presenta, ya que le permitirá realizar un diagnostico y tratamiento oportuno, para eliminar al máximo la afectación en la calidad de vida del individuo.

Por lo que una atención médica con anticipación al riesgo es fundamental para detectar en forma oportuna la ansiedad, permite promover actividades encaminada a la salud mental a través del fortalecimiento de la familia y la autoestima del paciente, que le permita un desarrollo armónico de su personalidad.

El papel del medico familiar.

El perfil profesional del medico de familia.

El medico de familia es el profesional que, ante todo, es responsable de proporcionar atención integral y continuada a todo individuo que solicite asistencia médica y puede implicar para ello a otros profesionales de la salud, que prestaran sus servicios cuando sea necesario. La promoción para la salud es una de las actividades más importantes que debe realizar el medico de familia pues favorece el incremento de la calidad de vida en cada miembro de la familia así como de su comunidad, disminuyendo los altos costos de la atención médica.

La función del medico de familia se fundamenta en tres ejes de acción:

- **El estudio de la familia:** Que se refiere al entendimiento del entorno bio-psico-social, señalando a la familia como un grupo social en donde el proceso salud, enfermedad esta asociado a factores de tipo funcional, social, estructural, cultural, los cuales favorecen o no la presencia de enfermedad.
- **La continuidad de la atención:** permite el seguimiento del curso salud-enfermedad, otorgando el tratamiento indicado independientemente del padecimiento que se trata, así como la administración de los recursos médicos, familiares, comunitarios para su mejor aprovechamiento.
- **La acción anticipatoria:** Consiste en identificar los riesgos que rodean al individuo ya sea solo o en conjunto para aplicar estrategias adecuadas que permitan prevenir la enfermedad.

El medico de familia es un especialista generalista que tiene la capacidad de identificar los posibles riesgos en un individuo, en su entorno familiar, en su comunidad. el medico de familia ejerce su función proporcionando atención o a través de otros especialistas en función de las necesidades de salud. Existen cinco áreas de la práctica profesional del medico familiar:

Área de atención al individuo: Su primera responsabilidad, consiste en prestar atención clínica efectiva y eficiente, para lograr esta área es necesario que el medico de familia posea conocimientos, habilidades y actitudes para conocer la etiología del padecimiento, brindándole tratamiento y curación. Realizando pruebas complementarias, y detectando factores de riesgo en individuos asintomáticos.

Área de atención a la familia: La triada formada por el individuo, la familia y el médico constituye la base de la medicina familiar. La familia en su lado positivo ayuda a mantener la salud de cada uno de sus miembros así como el cuidado y la resolución de problemas cuando uno de ellos enferma, sin embargo, en su lado negativo favorece a la aparición de enfermedades, conductas erróneas y malos hábitos de vida, un adecuado funcionamiento familiar ayuda a enfrentar las diferentes etapas de crecimiento y desarrollo que se van a presentar en su ciclo de vida.

Área de atención a la comunidad: El médico de familia tiene la responsabilidad y la necesidad de conocer los problemas de salud de su comunidad, así como los recursos ya sean sanitarios o de otros sectores, para poder dar prioridad a las acciones que resuelvan los problemas locales de mayor importancia.

Área de formación, docencia e investigación: Esta función es de gran importancia para llegar a brindar atención de calidad en materia de salud. Las distintas facetas de las actividades académicas de un médico de familia se encuentran:

- Autoformación
- Formación continuada dentro del equipo de atención primaria
- Docencia a otros profesionales:
- Docencia de pregrado
- Docencia de posgrado

Área de apoyo que incluye trabajo de equipo, sistemas de registro e información, gestión de recursos-administración sanitaria y por último la garantía de calidad. Además se incluye 4 subáreas:

- Trabajo de equipo
- Sistemas de registro e información
- Gestión de recursos
- Administración sanitaria y la garantía de calidad

Además de actuar en estas cinco grandes áreas, es necesario que posea ciertas cualidades como es: saber escuchar, ser paciente, ser excelente clínico, responsable, receptivo, empático, racional, respetuoso, ser pendiente de su formación y de su actualización, tener una humanidad infinita con sus pacientes, que es una cualidad de mayor interés puesto que existen médicos brillantes pero sin vocación, sin ese sentido humanista que caracteriza al médico familiar. La función primaria del médico familiar es ayudar a las familias a que manejen las enfermedades comunes y reducir la posibilidad de futuras enfermedades.²⁰

Acciones del medico familiar en infecciones de transmisión sexual.

La funcionalidad conyugal es un elemento que el medico familiar debe tener en cuenta para detectarla en forma integral y sencilla en la consulta diaria. Díaz referido por Salazar, Colin y cols menciona que se debe modificar la relación medico-paciente, para que expresen sus quejas y el motivo real que originó la demanda de consulta, estableciendo acciones de prevención y atención mas eficaz, para evitar la disfunción conyugal y la consecuente sobre utilización de los servicios de salud.

El medico de familia se define como “un profesional que es responsable de proporcionar atención integral y continuada a todo individuo que solicite atención medica, sin tener en cuenta sexo, edad, raza, religión, cultura o clase social, así como diagnostico de los pacientes”

Por lo anterior mencionado, el medico de familia debe realizar acciones las que se dividen en nueve principios. Ninguno es único ni particular de la Medicina Familiar y no todos los médicos de familia ejemplifican los nueve completos. Sin embargo, cuando se toman en conjunto, esos principios representan una visión distinta del mundo.

1. El medico de familia esta comprometido con la persona más que con un cuerpo particular de conocimientos, grupo de enfermedades o una técnica especial. Su función no termina con la curación de la enfermedad, si no que le da seguimiento. Mencionar la importancia del seguimiento en las etapas del ciclo vital de la familia, sobre todo en la pareja, saber orientar a las parejas en cuanto se presenten conflictos y saber como abordar estos en cada etapa del ciclo vital familiar.
2. El medico de familia se esfuerza por comprender el contexto de la enfermedades medico familiar conoce tanto la fisiopatología y causas de enfermedades de transmisión sexual y además conoce el subsistema conyugal, con esto, puede entender este tipo de patologías y como repercutirá en la relación de pareja y además en la dinámica familiar.
3. El medico de familia ve cada contacto con sus pacientes como una oportunidad para la prevención y la educación para la salud, en este punto se ha observado que la información otorgada por proveedores, planificadores de programas y educadores de salud para ayudar a las parejas a hablar de la sexualidad y compartir la responsabilidad de sus decisiones de salud reproductiva pueden producir cambios en el comportamiento sexual que tienen el potencial de salvar vidas.

4. El medico de familia considera al conjunto de sus pacientes como población en riesgo. Las mujeres en edad fértil se encuentran en mayor riesgo de contraer infecciones vaginales, por lo que son una población en riesgo

5. Idealmente, el medico de familia debe compartir el mismo hábitat de sus pacientes, lo que le da un conocimiento de primera mano de las condiciones de vida y trabajo de sus pacientes. En años recientes esto se ha vuelto menos común excepto en las áreas rurales, pero en las zonas urbanas se observa una gran cantidad de infecciones vaginales, por lo que el medico familiar conoce a su población que atiende.²¹

6. El medico de familia agrega importancia a los aspectos subjetivos de la medicina. La comprensión profunda de las relaciones requiere un conocimiento de las emociones, incluyendo las nuestras, de ahí que la medicina familiar debe ser una práctica auto-reflexiva. A través de una práctica medica sustentada en una metodología educativa centrada en la solución de problemas, se propone lograr que el egresado sea un medico especialista altamente competente en su ámbito especifico de acción pura:
 - Aplicar con sentido crítico los recursos de prevención, diagnostico, tratamiento y rehabilitación dentro de su ámbito especializado de acción.
 - Seleccionar, analizar y valorar la literatura médica de su especialidad aplicándola con pertinencia a su quehacer cotidiano con el fin de sustentar, profundizar y ampliar sus acciones profesionales.
 - Participar en acciones de la educación para las dirigidas a los pacientes y grupos sociales, en este caso a población femenina en edad fértil para que tengan un conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual, así como en la difusión del conocimiento medico a sus pares y a las nuevas generaciones de profesionales de la salud.
 - Procurar su educación permanente y superación profesional para su continuo perfeccionamiento y el empleo ético del conocimiento medico.

OBJETIVOS

GENERAL.

Determinar la prevalencia de ansiedad de los derechohabientes en un rango de edad de 20 a 59 años adscritos a la Unidad de Medicina Familiar número 220 de Toluca Estado de México.

ESPECIFICOS.

- Identificar la prevalencia de ansiedad de acuerdo al género.
- Identificar la frecuencia de ansiedad en relación al grupo de edad.
- Identificar la frecuencia de ansiedad en relación al estado civil.
- Identificar los grados de ansiedad encontrados en los derechohabientes

METODOLOGIA

Tipo de estudio:

- Observacional
- Descriptivo
- Prospectivo.
- Transversal

Población, lugar y tiempo:

Corresponde a un total de 151,442 pacientes con rango de edad entre 20 y 59 años, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar número 220 del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Ciudad de Toluca Estado de México, turno matutino. Del primero de marzo al 12 de noviembre del 2007.

Muestra:

No probabilística, no representativa por cuotas.

Tamaño de muestra:

Para determinar el tamaño mínimo de muestra se utilizo paquete EPI INFO 2000 de la OMS, donde la población de estudio son 151.442. La frecuencia esperada del evento es del 15%, con un 95% de confianza nos da un tamaño mínimo de muestra de 115 pacientes.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión.

- Pacientes derechohabientes al IMSS.
- Acudan a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar número 220 del IMSS.
- Ambos géneros con una edad entre 20 a 59 años.

Criterios de no inclusión.

- No aceptación a participar en el estudio

Criterios de eliminación.

- Respuestas incompletas en el instrumento de medición.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Definición conceptual y operativa de las variables.

-Prevalencia:

Numero de casos de enfermedad en una población, en un momento dado.

-Ansiedad:

Es un estado del organismo en que este se dispone en situación de alerta-alarma, con respecto a una amenaza a su integridad física o psicológica, con objeto de posibilitar un gasto suplementario de energía (precisa para una respuesta de agresión o huida)²

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL.	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE
Edad	Tiempo vivido desde su nacimiento. Se expresa en años cumplidos	Estratificación por grupo etareo en decenios 20 a 29 30 a 39 40 a 49 50 a 59	Continua	Cuantitativa
Sexo	Características biológicas del individuo	Femenino masculino	Nominal	Cualitativa
Estado civil	Condición social del sujeto	Casado, soltero, divorciado, viudo o separado	Nominal	Cualitativa
Prevalencia	Numero de casos de enfermedad en una población, en un momento dado.	Es el número de casos con ansiedad detectados entre el numero de población de 20 a 59 años por cada 1000 pacientes	Continua	Cuantitativa
Ansiedad	Es un estado del organismo en que este se dispone en situación de alerta-alarma, con respecto a una amenaza a su integridad física o psicológica, con objeto de posibilitar un gasto suplementario de energía(precisa para una respuesta de agresión o huida)	Calificación Obtenida en el instrumento de medición de la Escala de Hamilton: No ansiedad: 0 – 5 Leve: 6 – 14 Moderada a grave: 15 ó mas puntos	Ordinal	Cualitativa.

MÉTODO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN

Previa autorización de las autoridades de la unidad, el investigador identifico a los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión en la sala de espera, informo al derechohabiente el motivo del estudio por medio del consentimiento informado, solicitando la firma del mismo. Posteriormente a través de una entrevista directa el paciente contesto los ítems de la Escala de Hamilton para diagnosticar la intensidad de ansiedad.

En los casos que se detecto una intensidad de moderada a grave se canalizo con su medico familiar para su protocolo de estudio y tratamiento con la finalidad de brindarle una atención oportuna de la misma.

La escala de Hamilton para la ansiedad tiene como objetivo valorar la intensidad de la misma. La cual fue validada en población mexicana por Lara, Verduzco y Acevedo, presenta buenas propiedades psicométricas, similares a las de las escalas originales, por lo que resultan apropiadas para su uso en la practica asistencial y en investigación clínica ^{11,12}

Consta de un total de 14 ítems que evalúa los aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad. Los ítems son manifestaciones inespecíficas de la ansiedad por lo que no pueden valorar un estado de ansiedad en concreto.

Se le pide al respondiente que valore el grado de intensidad del síntoma:
Ausente= 0, Leve= 1, Moderada=2, Severa= 3 (alteraciones graves derivadas de los síntomas), Grave o incapacitado= 4 (el peor síntoma que se haya padecido).

Se suma la calificación obtenida por cada ítem y se valora la evaluación final, que nos permite clasificar el Grado de Ansiedad en:

No ansiedad	0-5 puntos
Ansiedad leve	6-14 puntos
Ansiedad moderada a grave	15 o más puntos

Los datos se concentraron en una base de datos en hoja del programa Excel. Para finalmente, realizar el análisis estadístico de los mismos, con el programa SPSS versión 14 bajo los siguientes criterios:

Para las variables cualitativas se sacaron porcentajes. -Para la cuantitativa aplicaran las medidas de tendencia central rango,

Para sacar la prevalencia se desarrollo la siguiente formula:

$$\frac{\text{Numero de pacientes con ansiedad}}{\text{Numero de derechohabientes adscritos a la UMF. 220}} \times 1000.$$

CONSIDERACIONES ETICAS

Esta investigación se ajusta a las normas éticas internacionales, a la Ley General de Salud en Materia de Investigación en seres humanos.

La declaración de Helsinki. Titulo segundo. Capitulo F. Artículo 17, Fracción I.- Investigación sin riesgo:

Son estudios en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

En el presente estudio se aplicara escalas para determinar ansiedad, el resultado se dará a conocer al paciente y se le orientara sobre el significado, en caso de ansiedad de moderada a severa, se canalizará con su medico familiar para protocolo de estudio e inicio de tratamiento.

Los resultados se trataran con confidencialidad.

RESULTADOS

De las 115 encuestas aplicadas se obtuvieron los siguientes resultados:

La prevalencia encontrada fue de 62% en la población adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No. 220, Toluca, Estado de México

En relación al género de los 115 pacientes estudiados 84 corresponde al femenino que representa el 73%. Y en el masculino con un total de 31 derechohabientes representando un 27% (cuadro y gráfica No. 1)

De acuerdo a la edad, el grupo de 20 a 29 años con 37 pacientes represento el 32.2%; de 30 a 39 años con 27 pacientes el 23.5%; de 40 a 49 años 22 pacientes mostrando un 19.1% y por ultimo el grupo de 50 a 59 años conformado por 29 pacientes resultando el 25.2

El estado civil se conformo de la siguiente manera: predomino el grupo de casados con 81 pacientes obteniendo un porcentaje de 70%, después el grupo de solteros con 22 pacientes representando el 19%, le sigue el grupo de viudos con 8 pacientes con porcentaje de 7%. Por ultimo los pacientes divorciados y en unión libre con 2 pacientes cada uno y con un porcentaje de 2%.

Una vez aplicada la escala de Hamilton para valorar el grado de la ansiedad de los 115 pacientes 20 no presentaron ansiedad lo que significo el (17%) y 95 la presentaron lo que mostró ser el (83%) presentaron algún grado de ansiedad.

De los pacientes con ansiedad, la distribución encontrada fue de 48 pacientes con ansiedad leve lo que represento un 42%, 47 con moderada a grave lo que corresponde al 41%.

Al relacionarla con el estado civil, se encontró que en los 22 solteros predominó la ansiedad leve en un 68%, le sigue la ansiedad de moderada a grave con un 27% y por ultimo sin ansiedad que representa 5%.

Los casados presentaron un grado de ansiedad de moderada a grave en 35 de ellos con un porcentaje del 43%, considerado como el más alto.

Viudos: Del grupo en mención presento en su mayoría ansiedad leve, significando el 63% del total en un total de 5 pacientes, sin ansiedad 1 paciente representando 12% y por ultimo 2 pacientes con moderada a grave con un 25%.

Divorciados: Fueron 2 pacientes que mostraron tener ansiedad de moderada a grave. Unión libre: los pacientes que conformaron este grupo fueron 2 y el 100% presento ansiedad moderada

Al relacionar el grado de ansiedad con el género Masculino (31) de los cuales 6 no manifestaron tener ansiedad (19%), 13 presentaron ansiedad leve (42%) y con moderada a grave fueron 12 (39%). El Femenino con 84 de las cuales 14 resultaron sin ansiedad (16%), 35 con leve (42%) y moderada a grave 35 (42%).

En relación al rango de edad con el grado de ansiedad predominó en el grupo de 20 a 29 años (N=37), encontrándose 20 pacientes con ansiedad leve que corresponde a un 54%. Posteriormente el de 30 a 39 años, integrado por 27 pacientes, se manifestó también con ansiedad leve como la de mayor frecuencia en 10 pacientes que corresponde al 37%. Para el grupo de 40 a 49 años, con 22 pacientes, los resultados fueron similares que en los anteriores rangos ya que 10 pacientes (46%) resultó con ansiedad leve.

El último grupo que se analizó fue el de 50 a 59 años, conformado por 29 pacientes, de los cuales 19 presentaron ansiedad moderada a grave, representando el 65% del total de los pacientes de este grupo de edad.

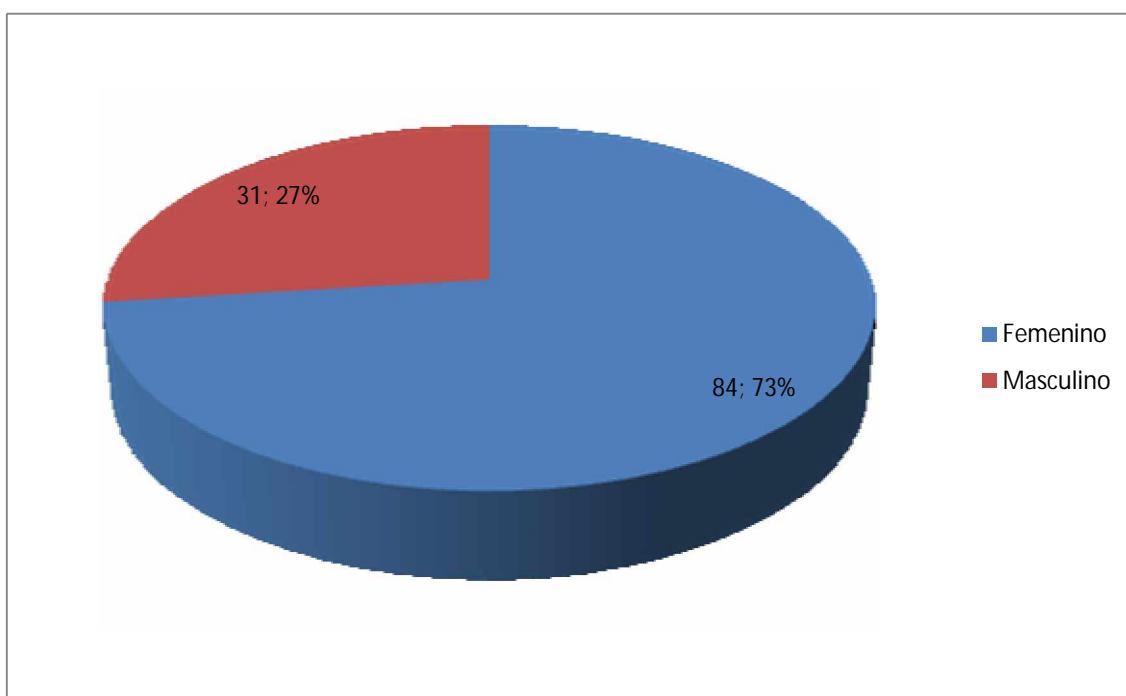
CUADROS Y GRAFICAS

Cuadro Numero 1. Proporción de pacientes de 20 a 59 años de acuerdo al género.

GENERO	NUMERO PACIENTES	PORCENTAJE
Femenino	84	73%
Masculino	31	27%
Total	115	100%

Fuente: encuesta

Grafica numero 1. Proporción de paciente es de acuerdo al género



Fuente: encuesta.

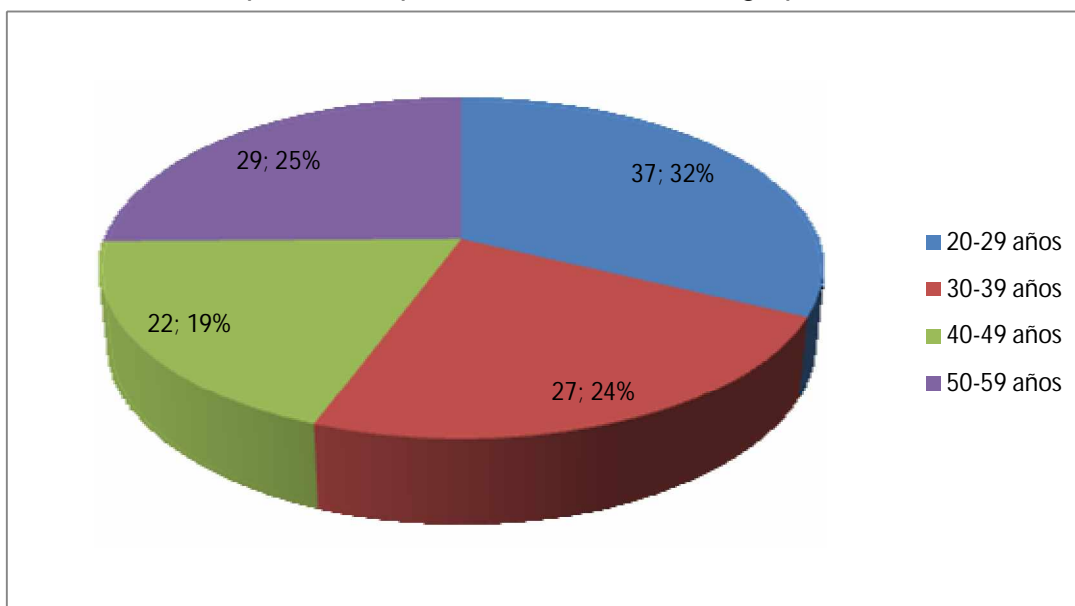
F

Cuadro No. 2. Proporción de pacientes de 20 a 59 años de acuerdo al grupo de edad.

EDAD	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
20-29 años	37	32%
30-39 años	27	24%
40-49 años	22	19%
50-59 años	29	25%
Total	115	100%

Fuente: encuesta.

Grafica No. 2. Proporción de pacientes de acuerdo al grupo de edad.



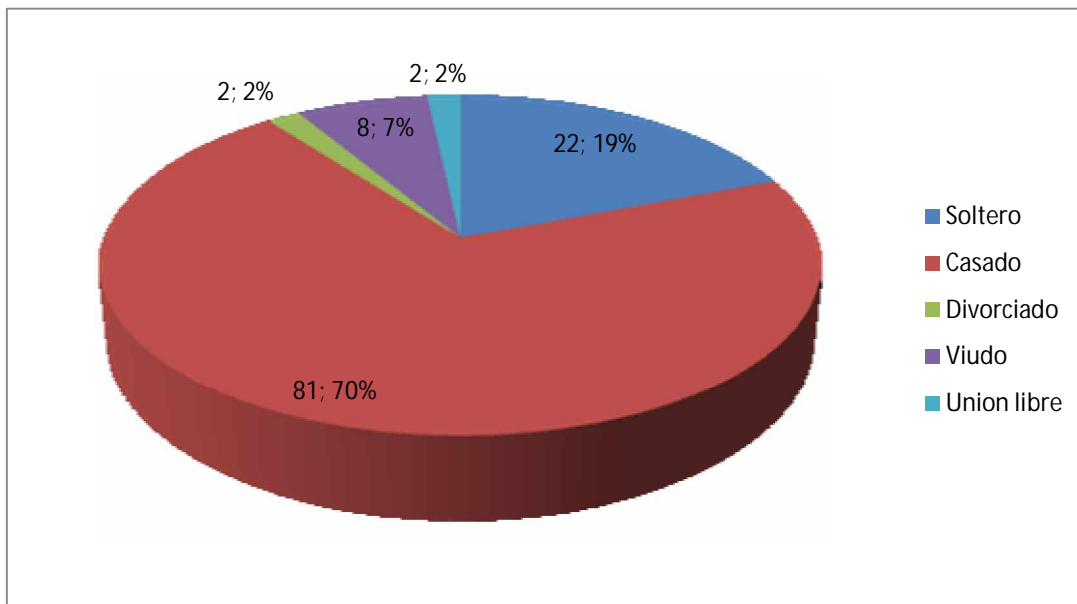
Fuente: encuesta.

Cuadro número 3. Proporción de pacientes de 20 a 59 años de acuerdo al Estado civil.

EDO. CIVIL	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Soltero	22	19%
Casado	81	70%
Divorciado	2	2%
Viudos	8	7%
Unión libre	2	2%
Total	115	100%

Fuente: encuesta.

Grafica número 3. Proporción de pacientes de 20 a 59 años de acuerdo al Estado civil.



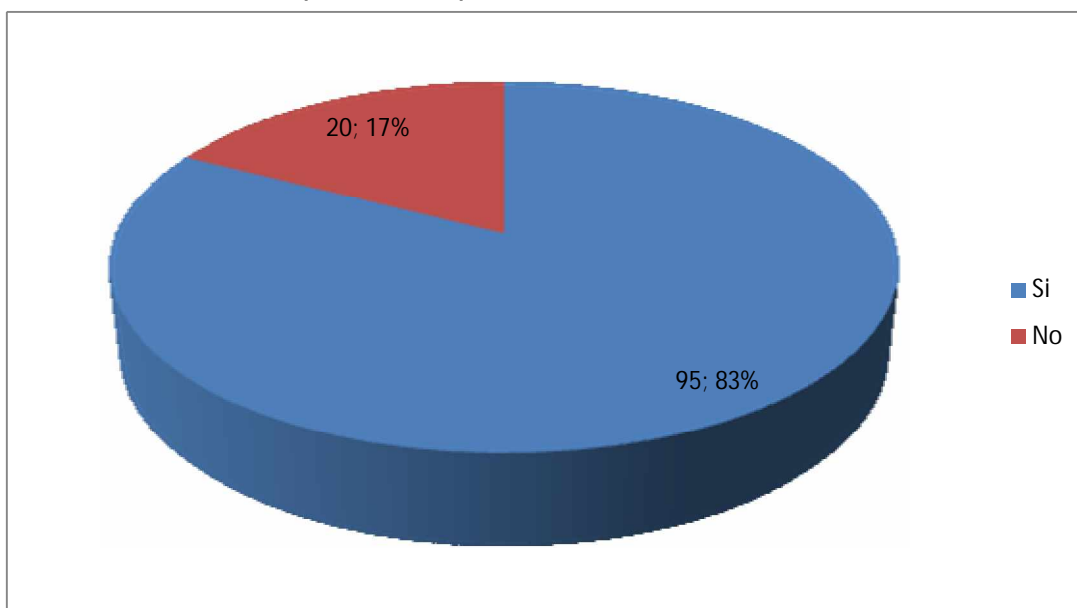
Fuente: encuesta

Cuadro numero 4. Proporción de pacientes de 20 a 59 años en relación al grado de ansiedad.

ANSIEDAD	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Si	95	83%
No	20	17%
Total	115	100%

Fuente: encuesta.

Grafica numero 4. Proporción de pacientes con ansiedad



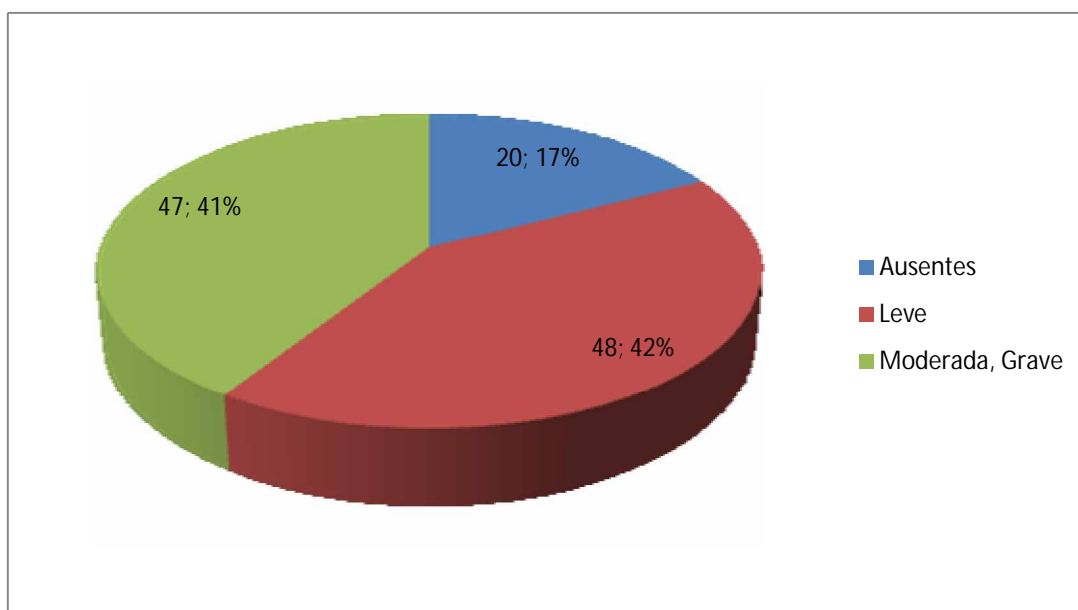
Fuente: encuesta

Cuadro numero 5. Proporción de pacientes de 20 a 59 años en relación al grado de ansiedad.

ANSIEDAD	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Ausente	20	17%
Leves	48	42%
Moderada a grave	47	41%
Total	115	100%

Fuente: encuesta

Grafica numero 5. Proporción de pacientes de 20 a 59 años en relación al grado de ansiedad.



Fuente: encuesta.

Fuente

Cuadro numero 6. Proporción del Grado de Ansiedad en pacientes de 20 a 59 años en relación al estado civil

GRADO DE ANSIEDAD	ESTADO CIVIL				
	Solteros N = 22	Casados N = 81	Divorciados N = 2	Viudos N = 8	Unión libre N = 2
Ausente	5%	22%	0	12%	0
Leve	68%	35%	0	63%	0
Moderada a grave	27%	43%	100%	25%	100%

Fuente: encuesta

Cuadro número 7. Proporción del Grado de Ansiedad en pacientes de 20 a 59 años en relación género.

GRADO DE ANSIEDAD	GENERO	
	MASCULINO N = 31	FEMENINO N = 84
Ausente	19%	17%
Leve	42%	42%
Moderada a grave	39%	41%

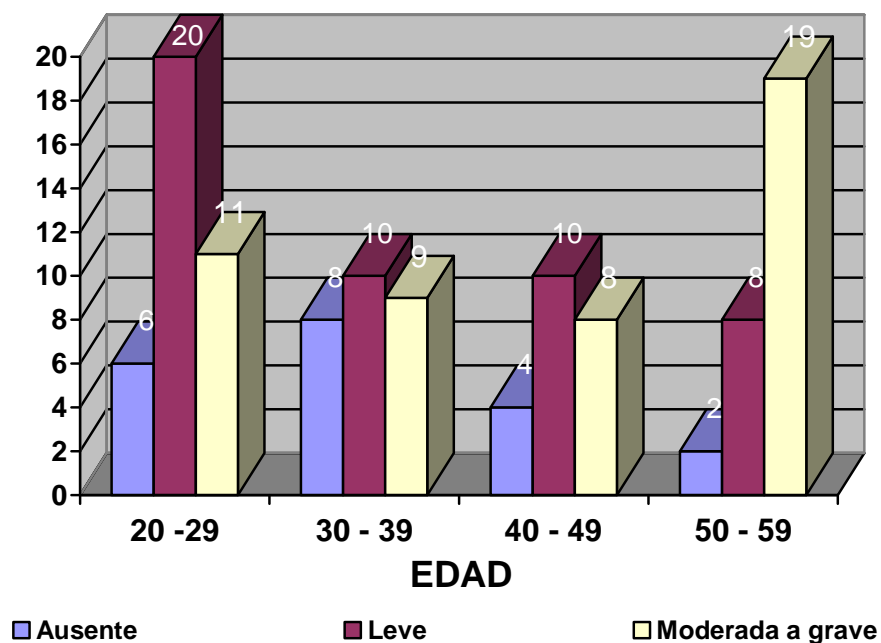
Fuente: encuesta

Cuadro numero 8. Proporción del Grado de Ansiedad en pacientes de 20 a 59 años en al rango de edad.

GRADO DE ANSIEDAD	RANGO DE EDAD			
	20-29 N = 37	30-39 N = 27	40-49 N = 22	50-59 N = 29
Ausente	16%	30%	18%	7%
Leve	54%	37%	46%	28%
Moderada a grave	30%	33%	36%	65%

Fuente: encuesta

Gráfica 8. Proporción de pacientes con ansiedad en relación al rango



Fuente: encuesta.

DISCUSION

En general y de acuerdo a los resultados presentados por los autores mexicanos se puede observar que la ansiedad recae en mayor frecuencia en el sexo femenino, así como la edad que prevalece de acuerdo a los autores americanos es la del rango de 20 a 29 años pues se considera que se debe a los cambios suscitados en el ritmo de vida (el estrés como causa principal y otros factores como la falta de empleo, así como los conflictos familiares suscitados en su entorno familiar), se encontró que estas cifras de ansiedad son altas en relación a las publicadas en México.¹⁶

De acuerdo al grado de ansiedad, del total de 115 pacientes predomino el nivel Leve, que realizando un buen diagnóstico y una intervención oportuna el medico familiar puede incidir para mejorar la calidad de vida de estas pacientes esto de acuerdo a la literatura mexicana.¹⁵

El estado civil sigue siendo un factor importante para este padecimiento según los estudios americanos los casados y las casadas tienen mayores factores de riesgo de presentar ansiedad y esto se asemeja a los resultados obtenidos en nuestro estudio, otro factor importante es la problemática de ingreso económico de una familia para que los individuos tengan o no ansiedad los estudios latinoamericanos avalan en este sentido nuestro estudio.¹⁶

En general la ansiedad sigue siendo una patología importante pues se considera actualmente un problema de salud pública pues tiene repercusiones no solo a nivel de los individuos ya que si estos tienen esta afección repercute en el desarrollo y progreso de la sociedad en general todos los estudios internacionales se asemejan al nuestro en este sentido, así como nuevamente los latinoamericanos hablan de que esta enfermedad es causa de mal pronóstico, si no es detectada y tratada oportunamente seguirá teniendo lesiones en todos los ámbitos de la vida del hombre.

CONCLUSIONES

Una vez habiendo obtenido los resultados que arrojó el presente trabajo de investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

La prevalencia encontrada fue más alta que en publicaciones nacionales y mundiales, considerando que hay un sesgo en el tipo de muestra, por lo que será conveniente realizar un muestreo probabilístico para determinar esta prevalencia. Por lo que se reconoce que los resultados obtenidos no se pueden generalizar a la población, solo son válidos para este estudio, en esta población y para este momento. Se deja abierta la opción de hacer seguimiento de esta línea de investigación

Una posible causa de las cifras elevadas es que el ambiente y las condiciones de vida representan cada día más estrés para los individuos. Esto sustenta la importancia que tiene para el médico familiar el que conozca la prevalencia de este trastorno, con el propósito de sensibilizarlo a cerca de la trascendencia de los problemas de salud mental, ya que no debe minimizarse ni mucho menos ignorarse pues esto traería consigo consecuencias en la salud de aquellos pacientes que padecen estos males.

Por lo tanto, se requiere implementar estrategias educativas tendientes a mejorar la competencia del médico familiar en el diagnóstico y tratamiento oportuno de los pacientes que presentan algún grado de ansiedad, aplicando los instrumentos de medición ya validados para este trastorno de humor. Así como realizar las gestiones necesarias para contar con un grupo de autoayuda dentro de las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar No. 220.

Y de ser necesario el envío oportuno al servicio de Psicología y/o psiquiatría como alternativas terapéuticas.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Stone HM. Sandooc JB. Historia de los Trastornos de Ansiedad. Tratado de los Trastornos de Ansiedad Fascículo I.. Ars Médica 2006. 3-12.
- 2.- Macias FJ. Diagnostico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en Atención primaria. Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Masón 1995. 3-15.
- 3.- Braunwald ME. Clasificación de los Trastornos de Ansiedad. Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Masson 2002. 15-30.
4. - Goddar WA. Patógena del Trastorno de Ansiedad Generalizada. Tratado de los Trastornos de Ansiedad. Fascículo I. Ars Médica 2006; volumen 145-160.
- 5.- Gil VA. Trastorno de la Ansiedad Generalizada. Instituto Nacional de la Salud Mental Verona. Revisión. 2003. 2-10.
- 6.- Virues ER. Estudio sobre ansiedad. Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey México. 2005. 2-16.
- 7.- Sánchez PJ. López CA. Escalas Diagnosticas y de Evaluación que se Utilizan en Atención Primaria para Depresión y Ansiedad. Salud Mental 2005; volumen: 1-8.
- 8.- Lobo AJ. Chamorro L. Luque A. Validación de las Versiones en Español de la Montgomery –Asberg Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la Evaluación de la Ansiedad. Med. Clin. (Barc) 2002; volumen (numero): paginas.
- 9.- Hofer MA. Conceptos evolutivos de la ansiedad. Tratado de los Trastornos de Ansiedad. Fascículo I. p.p. 69-83.
- 10.-Salamero ML Boget TA. Garolera M. et al. Test Psicológicos, Neuropsicològics y Escalas de Valoración. Soler PA. Gascon J. eds. RTM-II Recomendaciones Terapeuticas en los Trastornos Mentales. Barcelona. Masson 1999: 383
11. - Hamilton M. The Assessment of Anxiety Status by Rating. Br J Med Psychol 1959 VOL (N0): 32-50-55.

- 12.- Conde V. Franch JI. Escalas de Evaluación Comportamental para la Cuantificación de la Sintomatología de los Trastornos Angustiosos y Depresivos. Madrid. Upjohn SA. 1984.
- 13.- Bonilla MM. Trejo GL. Adaptación, Normalización y Validación del Cuestionario de Ansiedad Cognoscitiva y Somática. Rev Psiquiat Neurocir Neurol. 2002.
- 14.- Bello MA. Medina MM. Prevalencia y Diagnostico de Ansiedad en Población Adulta en México. Salud Púb. Méx. 2005; volumen (numero):4-11.
- 15.- Caraveo-Anduaga J. Prevalencia de Trastornos de Ansiedad Fóbica en la Población Adulta de la Ciudad de México. Salud Mental 23 (5) en Prensa, 2000.
- 16.- Freeman A. Ditomasso RA. Conceptos Cognitivos de la Ansiedad. Tratado de los Trastornos de Ansiedad. Fascículo I Aras Medica 2006. p. 85-95.
- 17.- Cano VA. Epidemiología de los Trastornos de Ansiedad. Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés SEAS. P. 1-3
- 18.- Montesano JR. Manual del Protocolo de Investigación México. Editorial Auroch. 2001, p: 182
- 19.- Hernández SR. Fernández CC. Baptista LP. Metodología de la Investigación 3ª Edición México. Mc Graw – Hill Interamericana 705 pp.
- 20.- López ZG. Tesis Perfil de la Adolescente Embarazada y su Familia 2005.P. 9-12.
- 21.- Vizzvett VI. Tesis Características de la Relación de Pareja en mujeres con Cervicovaginitis 2006. P. 35-38.

ANEXO 1

1.-HOJA DE CONSENTIMIENTO

Titulo de Estudio: Prevalencia de ansiedad en la población adscrita a la U.M.F. 220 del I.M.S.S. en Toluca.México 2007.

Investigadores: Dr. Alejandro de J. Luna Barrientos Medico Residente del tercer año de la especialidad en Medicina Familiar para Médicos Generales en la modalidad Semiprecencial

Dra. Flor de Maria Elizabeth Ceballos Salgado Medico especialista en Medicina Familiar.

Objetivo: Determinar la prevalencia de ansiedad en la población adscrita en la U.M.F. 220 de Toluca Estado de México, en pacientes de 20 a 59 años.

Procedimiento.

Si acepto formar parte del estudio realizado para Determinar la prevalencia de ansiedad.

- a) Acepto contestar el test denominado escala de Hamilton para la ansiedad.

Beneficios:

Identificar oportunamente los trastornos de ansiedad para su canalización con su medico correspondiente e iniciar protocolo de estudio y tratamiento.

Riesgos.

No existen riesgos.

Confidencialidad.

Los resultados de la evaluación se les informan exclusivamente a los participantes que deseen.

Preguntas.

Los investigadores han discutido esta información y se han ofrecido a responder voluntariamente a mis preguntas. Si tengo mas dudas puedo ponerme en contacto con ellos 017222122922.

Derecho a rehusar o abandonar.

La participación en la evaluación para demostrar la prevalencia de ansiedad, es voluntaria y soy libre de rehusar a que tome parte o abandone el estudio en cualquier momento.

Consentimiento.

Consiento en participar en la evaluación para demostrar la prevalencia de ansiedad y he recibido este impreso y he tenido la oportunidad de leerlo.

Nombre _____ firma: _____

Direccion _____

Fecha: _____ teléfono: _____

ANEXO 2

ESCALA DE HAMILTON PARA LA ANSIEDAD.

Fecha: _____ Numero progresivo: _____

Edad: _____ años. Estado civil: _____

Instrucciones: Califique según la intensidad de los síntomas del paciente de acuerdo con el siguiente rango de puntuación. Por favor marque con una X el nivel en el que se encuentra: Ausente= 0, Leve= 1, Moderada=2, Severa= 3 (alteraciones graves derivadas de los síntomas), Grave o incapacitado= 4 (el peor síntoma).

Rubro	Síntomas	Puntuación
Humor ansioso	Inquietud, espera de lo peor, aprehensión(anticipación temerosa), irritabilidad	0 1 2 3 4
Tensión	Sensación de tensión, fatigabilidad, sobresaltos, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar, incapacidad para relajarse.	0 1 2 3 4
Miedos	A la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales, al tráfico, a la multitud.	0 1 2 3 4
Insomnio	Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, sueños penosos, pesadillas, terrores nocturnos.	0 1 2 3 4
Funciones intelectuales	Dificultad en la concentración, mala memoria	0 1 2 3 4
Humor depresivo	Falta de interés, no disfrutar ya con los pasatiempos, tristeza, insomnio de madrugada, variaciones de humor durante el día	0 1 2 3 4
Síntomas somáticos.	Dolores y cansancio muscular, rigidez, sacudidas mioclónicas, chirrido de dientes, voz poco firme, tono muscular aumentado.	0 1 2 3 4
Síntomas somáticos generales	Zumbido de oídos, visión borrosa sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0 1 2 3 4
Síntomas cardiovasculares	Taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo.	0 1 2 3 4
Síntomas respiratorios	Presión torácica, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0 1 2 3 4
Síntomas gastrointestinales	Dificultad para deglutir, meteorismo, dolor abdominal, náusea vómitos, borborigmo, sensación de estómago vacío, pérdida de peso, estreñimiento	0 1 2 3 4
Síntomas genitourinarios	Micciones frecuentes, urgencia de micción, amenorrea, menorragia, desarrollo de frigidez, evaluación precoz	0 1 2 3 4
Síntomas del sistema nervioso vegetativo	Boca seca, accesos de rubor, palidez, transpiración excesiva, vértigo, cefalea por tensión, erectismo piloso.	0 1 2 3 4
Comportamiento durante la entrevista	Agitado, inquieto o dando vueltas, manos temblorosas, ceño fruncido, facies tensa, suspiros o	0 1 2 3 4
CALIFICACION		