



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**



**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 9  
ACAPULCO, GUERRERO.**

---

---

**FACTORES RELACIONADOS A TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN  
MUJERES DE 20 A 50 AÑOS ADSCRITAS A LA U.M.F. No.8  
ZIHUATANEJO, GRO.**

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

**PRESENTA:**

**DRA. MANUELA DE JESUS ACEVEDO MEZA**

**ACAPULCO, GRO.**

**2015**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 9  
ACAPULCO, GUERRERO.**



**FACTORES RELACIONADOS A TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN  
MUJERES DE 20 A 50 AÑOS ADSCRITAS A LA U.M.F. No.8  
ZIHUATANEJO, GRO.**

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

**PRESENTA:**

**DRA. MANUELA DE JESUS ACEVEDO MEZA**

**ACAPULCO, GRO.**

**2015**

**FACTORES RELACIONADOS A TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN MUJERES  
DE 20 A 50 AÑOS ADSCRITAS A LA U.M.F No.8  
ZIHUATANEJO, GRO.**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILAR**

**PRESENTA:**

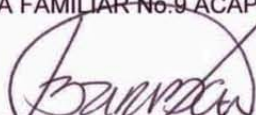
**DRA. MANUELA DE JESUS ACEVEDO MEZA**

**A U T O R I Z A C I O N E S**



**DR. ROGELIO RAMIREZ RIOS**

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA  
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS EN LA UNIDAD DE  
MEDICINA FAMILIAR No.9 ACAPULCO, GRO.



**DRA. MIRNA MARTINEZ ASTUDILLO**

DIRECTORA DE LA UNIDAD MEDICINA FAMILIAR No.9 ACAPULCO, GRO.



**DR. ROGELIO RAMIREZ RIOS**

ASESOR DE TEMA Y METODOLOGIA DE TESIS

**ACAPULCO, GRO.**

**SEPTIEMBRE 2015**

**FACTORES RELACIONADOS A TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN  
MUJERES DE 20 A 50 AÑOS ADSCRITAS A LA U.M.F No. 8  
ZIHUATANEJO, GRO**

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

**PRESENTA**

**DRA. MANUELA DE JESUS ACEVEDO MEZA**

**AUTORIZACIONES**



**DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ  
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



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



"2013, Año de la Lealtad Institucional y Centenario del Ejército Mexicano"

**Dictamen de Autorizado**

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1102  
H GRAL REGIONAL NUM 1, GUERRERO

FECHA 25/10/2013

**DRA. MANUELA DE JESUS ACEVEDO MEZA**

**P R E S E N T E**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

**FACTORES RELACIONADOS A TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN MUJERES DE 20 A 50 AÑOS  
ADSCRITAS A LA UMF No. 8 ZIHUATANEJO, GRO.**

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2013-1102-19

ATENTAMENTE

**DR.(A). ALEJANDRO ROBERT URIBE**

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1102

**IMSS**

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

## **DEDICATORIA**

### **A Dios**

Al creador de todas las cosas, el que me ha dado fortaleza para continuar cuando a punto de caer he estado; por ello, con toda la humildad que desde mi corazón puede emanar. Dedico primeramente mi trabajo a Dios.

### **A mis padres**

Joaquín y Josefina por el gran amor que me dieron, que a pesar de su ausencia, siempre están en mis recuerdos, cuidándome y guiando mi camino.

### **A mi esposo**

Dr. Fabián Castillo Juárez por su paciencia y su confianza, por su amor y brindarme el tiempo necesario, para realizarme profesionalmente, por ello te amo.

### **A mis hijos**

Samuel e Isabel por soportar largos días sin compañía de mamá sin poder entender a su corta edad. A pesar de ello cada vez que podíamos, al reunirnos, aprovechamos hermosos momentos, en los que su sonrisa me llenaba de ánimo y fuerza.

### **A mis hermanos**

Por su apoyo incondicional, que siempre me brindaron día a día en el transcurso de cada año de mi carrera universitaria, gracias por su cariño y por estar en los momentos más importantes de mi vida.

## **AGRADECIMIENTOS**

### **Al Dr. Rogelio Ramírez Ríos:**

Por orientarme con sus conocimientos, por su confianza, paciencia y apoyo en todo momento. Gracias por tu amistad.

### **Al IMSS:**

Por otorgarme la oportunidad de superación en lo personal, profesional y por permitir ser parte de esta gran institución.

### **A la UNAM:**

Por formar parte de mi evaluación como profesionista y que a su vez permitió que interactuara con profesores de la misma.

### **A mis amigas:**

Rosa Isela, Angélica, Catalina e Iliana con quienes compartí, aprendí y disfrute momentos inolvidables durante la formación de este ciclo como profesional de la salud, siempre las recordare.

### **A alguien especial:**

A todos los médicos que compartieron su conocimiento y experiencia para poder lograr esta meta e inducir mi crecimiento profesional.



## **RESUMEN**

**TITULO:** Factores relacionados a trastornos de ansiedad en mujeres de 20 a 50 años adscritos a la U.M.F No.8, Zihuatanejo, Gro.

**OBJETIVO:** Identificar trastornos de ansiedad y factores relacionados en mujeres de 20 a 50 años de la U.M.F No. 8, Zihuatanejo, Gro.

### **METODOLOGIA:**

Estudio transversal comparativo en 160 mujeres con trastorno de ansiedad de 20 a 50 años, de la UMF No.8 Zihuatanejo Gro. de noviembre 2013 a julio 2014, autorizado por el Comité Local de Investigación en Salud y consentimiento informado, aplicándose la escala Goldberg, cuestionario heteroadministrado, estructurado en 4 ítems iniciales de despistaje, para determinar trastorno mental y un segundo grupo de 5 ítems, formulándose sólo si se obtienen respuestas positivas a las preguntas de despistaje: si existen 2 o más. Realizándose un formato de identificación con nombre, número de afiliación, edad, estado civil, escolaridad, ocupación, nivel socioeconómico, Apgar familiar, toxicomanía. El resultado se capturo en una base de datos para su análisis estadístico descriptivo obteniendo frecuencias simples y porcentajes con el software SPSS versión 11 y cálculo de OR, Chi cuadrada y valor de p, con IC 95%.

**RESULTADOS:** De las 160 mujeres, predomino el Estado civil: casadas 66.9%, Escolaridad secundaria 38.1%, Nivel socioeconómico: Medio bajo 57.5%, Antecedentes heredofamiliares: negativo 90.0%, Ocupación: empleada 46.3%, Grupo de edad 20 a 35 años, 55.0%, Toxicomanía negativo 91.3%, presentaron trastorno de ansiedad 55.6% y el 44.4% de las familias con disfunción leve.

**CONCLUSIONES:** Más de la mitad de las mujeres encuestadas presentaron trastorno de ansiedad. No se encontró asociación con los factores estudiados.

**PALABRAS CLAVE:** Mujeres, ansiedad, factores relacionados.

**SUMMARY:**

**TITLE:** Factors related to anxiety disorders in women 20 to 50 years assigned to the U.M.F No.8, Zihuatanejo, Gro.

**OBJECTIVE:** Identify anxiety disorders and related factors in women 20-50 years of U.M.F No. 8, Zihuatanejo, Gro.

**METHODOLOGY:**

Cross-sectional study in 160 women with anxiety disorder 20-50 years FMU No. 8 Zihuatanejo Gro., from November 2013 to July 2014, authorized by the Local Committee for Health Research and informed consent, applying the Goldberg scale heteroadministered questionnaire, structured in 4 initial items screening to determine mental disorder and a second group of 5 items, formulated only if positive answers to screening questions are obtained: if there are 2 or more. Performing a format identification with name, membership number, age, marital status, education, occupation, socioeconomic status, family Apgar, addiction. The result is captured in a database for simple descriptive statistical analysis obtained frequencies and percentages using SPSS version 11 software and calculation of OR, and Chi square p value, with 95%.

**RESULTS:** Of the 160 women, predominantly Marital status: married 66.9%, secondary education 38.1%, socioeconomic level: Medium low 57.5%, a family history: negative 90.0%, Occupation: employed 46.3%, age group 20-35 years 55.0%, 91.3% negative Addiction presented anxiety disorder el 44.4% and 55.6% of families with mild dysfunction.

**CONCLUSIONS:** More than half of women surveyed have anxiety disorder. No association with the factors studied was found.

**KEYWORDS:** Women, anxiety, related factors.

**INDICE****PAGINAS**

1. Marco teórico.....	01
2. Planteamiento del problema.....	17
3. Justificación.....	19
4. Objetivos.....	20
5. Hipótesis .....	20
6. Metodología.....	21
6.1 Tipo de estudio.....	21
6.2 Población, lugar y tiempo de estudio.....	21
6.3 Tamaño de la muestra y tipo de muestra.....	21
6.4 Criterios de selección.....	21
6.5 Definición y operacionalización de las variables.....	22
6.6 Descripción general del estudio.....	24
6.7 Método de recolección de datos.....	24
6.8 Organización de datos.....	24
6.9 Análisis estadístico.....	24
6.10 Consideraciones éticas.....	24
7. Resultados.....	26
8. Discusión.....	32
9. Conclusiones.....	35
10. Propuesta.....	35
11. Referencias.....	36
12. Anexos.....	40

## 1. MARCO TEORICO

### Ansiedad

Existen varias definiciones de ansiedad, ya que los diferentes autores la pueden definir por sus respuestas a nivel fisiológico, motor y cognitivo. Es un estado emocional displacentero, caracterizado por sentimientos subjetivos de tensión, aprensión o preocupación y por activación del sistema nervioso autónomo.

La Asociación Psiquiátrica Americana "La define como aprensión, tensión o dificultad que surge por la anticipación de un peligro cuya fuente es desconocida."

En el DSM – IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales). Es la anticipación aprensiva de un futuro peligro o adversidad, acompañada por un sentimiento de disforia o síntomas somáticos de tensión. El foco del peligro anticipado puede ser interno o externo.

La ansiedad es una respuesta adaptativa enfrente a un peligro, siendo una reacción de alerta y control.<sup>1</sup>

### Trastorno

El término "trastorno" se usa a lo largo de la clasificación para evitar los problemas que plantea el utilizar otros conceptos tales como "enfermedad" o "padecimiento". Aunque "trastorno" no es un término preciso, se usa para señalar la presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren en la actividad del individuo.<sup>2</sup>

Un trastorno de ansiedad es una enfermedad que tiene como síntoma central una ansiedad intensa, desproporcionada, persistente y que afecta en varias áreas la vida cotidiana de quien la padece, a tal grado que le dificulta o le incapacita para estudiar, trabajar, convivir con su familia o con sus amigos.

Desafortunadamente y a pesar de ser un trastorno mental común en la población general, con frecuencia pasa sin ser identificada ni tratada.<sup>3</sup>

La etiopatogenia de los Trastorno de ansiedad constituye un modelo complejo, donde interactúan múltiples factores: biológicos, psicodinámicos, sociales, traumáticos y de aprendizaje.

**Factores Biológicos:** Los factores genéticos son importantes en la predisposición de los trastorno de ansiedad. La vulnerabilidad genética se ha encontrado en la mayoría de los trastorno de ansiedad, pero con mayor contundencia en el trastorno de pánico, el trastorno obsesivo compulsivo y la fobia social.

**Factores Psicosociales:** Los estresores psicosociales (interpersonal, laboral, socioeconómico, etc.) juegan un papel muy importante en muchos de los trastornos de ansiedad, como factores precipitantes, agravantes o causales de los trastornos y trastornos de adaptación. Se ha sugerido que el tipo de educación en la infancia predispone al trastorno de ansiedad en la edad adulta, sin embargo, no se han identificado causas específicas de ello.

**Factores Traumáticos:** Enfrentar acontecimientos traumáticos fuera del rango de la experiencia humana normal (accidentes graves, desastres, asaltos, violaciones, torturas, secuestros, etc.) suele provocar serios daños biológicos cerebrales que se asocian a síntomas graves de ansiedad.

**Factores Psicodinámicos:** La ansiedad se considera como la respuesta individual a un peligro que amenazó desde dentro en forma de un impulso instintivo prohibido que está a punto de escapar del control del individuo (Kaplan). La ansiedad como señal de alarma provoca que el “yo” adopte medidas defensivas. Si las defensas tienen éxito la ansiedad desaparece y si no sale libremente o se contienen, según el tipo de defensa empleada, puede presentar síntomas conversivos, dissociativos, fóbicos y obsesivocompulsivo.<sup>4</sup>

**Factores Cognitivos y Conductuales:** Se considera que patrones cognitivos distorsionados (sistema de pensamientos negativos) preceden a conductas desadaptadas y trastornos emocionales. La ansiedad se presenta por una

sobrevaloración amenazante de los estímulos y una infravaloración de sus potenciales personales. También por estímulos externos y por mecanismos de condicionamiento y generalización, se pueden aprender o imitar respuestas o conductas ansiosas de los demás.<sup>4</sup>

Diversos autores han demostrado el papel central que desempeña la amígdala en la mediación de las reacciones de miedo. Se piensa que la amígdala es la responsable de la detección de amenazas potenciales para el organismo y de la movilización para la detección de diversas respuestas de tipo defensivo. Diversos estudios han encontrado alteraciones tanto en la estructura como en la función de la amígdala en población pediátrica con trastornos de ansiedad. El núcleo del lecho de la estría terminal, que es una estructura estrechamente relacionada con la amígdala y parte del sistema septohipocámpico, ejerce un efecto modulador en el reflejo de activación. La corteza cerebral frontal está conectada con la región parahipocámpica del girocingulado y el hipotálamo y por consiguiente puede estar relacionado con el desarrollo de trastornos de ansiedad. La corteza temporal también se ha identificado como centro fisiopatológico de los trastornos de ansiedad, esta asociación se basa en parte, en la similitud de la presentación clínica y electro fisiológica de algunos pacientes con epilepsia de lóbulo temporal y pacientes con trastornos obsesivo compulsivos.

Los tres neurotransmisores mayormente asociados con ansiedad en base a estudios en animales y respuestas a fármacos son la Noradrenalina (NA), serotonina (5-HT) y el ácido gaba-aminobutírico (GABA).

Noradrenalina: Las vías noradrenérgicas (locus coeruleus-sistema simpático adrenérgico) se han asociado desde hace tiempo con el miedo y la activación, desempeñando un papel importante en la respuesta fisiológica ante la amenaza, sin embargo no está claro su papel en los estados de ansiedad persistente. Los niveles de catecolaminas en reposo en enfermos que presentan trastornos de ansiedad generalizada parecen ser normales. Por otra parte, los pacientes que sufren este trastorno muestran respuestas por debajo de la normalidad a la estimulación y al

bloqueo de receptores alfa2-adrenérgicos. Estudios en humanos han encontrado que, en pacientes con trastorno de pánico, los agonistas beta adrenérgicos y antagonistas alfa2-adrenérgicos pueden provocar frecuentes y severos ataques de pánico.

Serotonina: Los cuerpos celulares de la mayoría de neuronas serotoninérgicas están localizados en el núcleo del rafé en la cara rostral del cerebro medio y con proyecciones a la corteza cerebral, al sistema límbico (especialmente la amígdala y el hipocampo) y al hipotálamo.

La identificación de muchos tipos de receptores de serotonina ha estimulado el estudio del rol de este neurotransmisor en la patogenia de los trastornos de ansiedad GABA. El rol del GABA en los trastornos de ansiedad está más fuertemente sustentado por la eficacia indiscutible de las benzodiazepinas, las cuales incrementan el GABA en el receptor GABA-A, para de este modo, aumentar los efectos inhibitorios normales de la neurotransmisión GABA, en el tratamiento de estos trastornos. La activación del complejo receptor central GABAbenzodiazepina también suprime la actividad del eje HHS y consiguientemente, los niveles de cortisol. Además de las benzodiazepinas, la relativa deficiencia de la neurotransmisión GABA puede incrementarse por agentes como los esteroides neuroactivos, barbitúricos y varios antiepilépticos, los cuales muestran evidencias de poseer propiedades ansiolíticas.

El locus coeruleus y los núcleos del rafe proyectan hacia el sistema límbico y la corteza cerebral. Junto con los datos de los estudios de imagen cerebral, estas áreas se han convertido en el foco generador de hipótesis sobre los sustratos neuroanatómicos de los trastornos de ansiedad.<sup>5</sup>

Los factores de riesgo más importantes para presencia de ansiedad son:

- 1.-Historia familiar de ansiedad (u otros trastornos mentales).
- 2.- Antecedente personal de ansiedad durante la niñez o adolescencia, incluyendo timidez marcada.
- 3.- Eventos de vida estresantes y/o traumáticos, incluyendo el abuso.
- 4.- Ser mujer.

- 5.-Comorbilidad con trastornos psiquiátricos (principalmente depresión).
- 6.-Existencia de una enfermedad médica o el consumo de sustancias.<sup>6</sup>

#### Clasificación de los Trastornos de Ansiedad Según la DSM-IV

- Ataques de pánico (crisis de ansiedad, crisis de angustia, panic attack)
- Agorafobia
- Trastorno de angustia sin agorafobia
- Trastorno de angustia con agorafobia
- Agorafobia sin historia de trastorno de angustia
- Fobia específica
- Fobia social
- Trastorno obsesivo-compulsivo
- Trastorno por estrés postraumático
- Trastorno por estrés agudo
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias

#### Criterios para el diagnóstico del Trastorno de Ansiedad Generalizada según la DSM-IV.

- A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.
- B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.
- C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses).
  1. Inquietud o impaciencia.
  2. Fatigabilidad fácil.
  3. Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco.
  4. Irritabilidad.
  5. Tensión muscular.



6. Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador).
- D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.
- E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.<sup>7</sup>

### Manifestaciones Físicas

Síntomas cardiocirculatorios: Palpitaciones, taquicardia, opresión torácica, dolor precordial, sensación de paro cardíaco.

- Síntomas gastrointestinales: Sensación de nudo en el estómago, espasmos faríngeos (nudo esofágico), náuseas, vómitos, meteorismo, diarrea o estreñimiento, alteraciones del apetito.

- Síntomas respiratorios: Dificultad al respirar con sensación de falta de aire, sensación de ahogo o paro respiratorio, suspiros, accesos de tos nerviosa. Es frecuente la hiperventilación que puede provocar síntomas secundarios a la alcalosis respiratoria derivada (parestesias en los dedos de las manos, los pies y en la cara, vértigos y síncope).

- Síntomas genitourinarios: Micción imperiosa, nicturia, polaquiuria, disuria; trastornos de la función sexual: impotencia, eyaculación precoz y frigidez.
- Síntomas neurológicos: Mareos, vértigos, cefalea, inestabilidad, temblor, entumecimiento, parestesias. Es preciso realizar diagnóstico diferencial con síndrome conversivo, cuyos síntomas son pérdida de sensibilidad y alteraciones motoras o parálisis. Pueden aparecer alteraciones tanto visuales (sensación de borrosidad del contorno de objetos o deslumbramientos) como auditivas.
- Síntomas musculares: Debilidad física, sensación de flojedad de piernas, lumbalgias y algias diversas.
- Síntomas neurovegetativos: Sequedad de boca, midriasis, rubor o palidez, sofocos, sudoración, frialdad cutánea.<sup>8</sup>

En forma cotidiana experimentamos una serie de emociones como la ira, la alegría, la tristeza y la ansiedad. Esta última está presente en nuestras vivencias diarias y desempeña un papel importante en la adaptación y defensa ante situaciones de tensión o amenaza. Existe un nivel de ansiedad que se considera normal e incluso útil, se le denomina umbral emocional y permite mejorar el rendimiento y la actividad. Sin embargo, cuando la ansiedad rebasa ciertos límites, aparece un deterioro de la actividad cotidiana. En este caso, a mayor ansiedad, habrá un menor rendimiento. La ansiedad puede afectar a cualquier persona, es más frecuente en las mujeres que en los hombres, se caracteriza por una variada sintomatología. Llegan a producir incapacidad y a menudo se complican por el abuso de sustancias adictivas, incluso, de los ansiolíticos.<sup>9</sup>

La ansiedad tiene cualidades protectoras de la propia vida, al detectar amenazas externas o internas: ya que la ansiedad advierte amenazas de daño corporal, dolor, indefensión, posible castigo o frustración de necesidades sociales o corporales; de separación de seres queridos, de amenaza de éxito o de estatus personal y finalmente de amenazas a la unidad o la integridad de uno mismo. Sin embargo, cuando la ansiedad se excede en intensidad, frecuencia o duración; o bien, aparece asociada a estímulos que no representan una amenaza real para el organismo; produce alteraciones emocionales y funcionales graves, donde el sujeto se siente

paralizado y con un sentimiento de indefensión provocando un deterioro en el funcionamiento psicosocial y fisiológico; que interfiere con las actividades normales de la persona, considerado entonces como un trastorno. Lo relevante en los trastornos de ansiedad, es que predominan los síntomas físicos como: la situación ansiosa casi teatral, más dolor en el corazón, en la región precordial o la garganta, presión en el estómago, sensación de ahogo, entre otros. Razón por la cual dichas patologías son atendidas en primera instancia por un médico general y posteriormente por el especialista, sin dejar de mencionar el estigma social que existe tanto para los pacientes con trastornos mentales, lo que genera que los síntomas se agudicen y se vuelvan crónicos, dificultando el tratamiento y el pronóstico del pacientes. Desde el punto de vista psicológico, la ansiedad se ha estudiado desde dos consideraciones causales: como respuesta emocional y como rasgo de personalidad. Como rasgo de personalidad, la ansiedad se estudia a partir de las diferencias individuales con la propensión a sentir o manifestar estados o reacciones de ansiedad. Este estado se caracteriza por sentimientos de tensión, aprensión, inseguridad, así como autoevaluaciones negativas; asimismo en el nivel fisiológico, se observan distintas alteraciones, que pueden reflejar distintos niveles de activación. Del sistema nervioso autónomo y de la tensión muscular; finalmente se pueden observar distintos índices característicos de la agitación motora, que interfiere con la conducta normal adaptada. El rasgo de ansiedad se entiende como una característica de personalidad o tendencia a reaccionar de forma ansiosa, con independencia de la situación. En cambio, el estado de ansiedades un fluctuante, determinado por las circunstancias ambientales. En 1966 Spielberger define el estado de ansiedad como un estado emocional transitorio caracterizado por una percepción subjetiva de sentimientos de aprensión y temor y una alta activación del Sistema Nervioso Autónomo; en aquellas situaciones que fueran percibidas como amenazantes, con independencia del peligro real, que suscitaría estados de ansiedad.<sup>10</sup> El rasgo de ansiedad constituiría una predisposición, por parte del individuo, a percibir circunstancias ambientales como amenazantes y por tanto una tendencia a responder, con frecuencia, con fuertes estados de ansiedad. Para Spielberger, el mecanismo fundamental es, la valoración cognitiva de amenaza que

realiza la persona a cerca de los estímulos externos (estresores) e internos (pensamientos, sentimientos o necesidades biológicas. Los siguientes factores de riesgo para desarrollar un trastorno de ansiedad o como factores que contribuyen a la exacerbación de un cuadro preexistente: problemas físicos crónicos, deterioro cognitivo, estrés emocional, pérdidas recientes, nivel inferior de educación, historia personal de trastornos afectivos o de ansiedad, e historia familiar de estos trastornos. En la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México se informó que los trastornos de ansiedad son los más prevalentes y los más crónicos, principalmente la región conformada por las tres áreas metropolitanas, que muestra la prevalencia más elevada de trastornos de ansiedad 3.4%.

Las mujeres presentan una probabilidad mayor de tener un trastorno de ansiedad (30.5% de prevalencia a lo largo de la vida) que los hombres (19.2% de prevalencia a lo largo de la vida). Finalmente la prevalencia de los trastornos de ansiedad disminuye en los estatus económicos más altos.<sup>10</sup>

Los trastornos de ansiedad son diversos cuadros psicopatológicos, cuya principal característica es la presencia de molestias relacionadas y/o similares al miedo, tales como: intranquilidad, desesperación, temor, preocupaciones excesivas y ansiedad; o una combinación entre ellos. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), los trastornos mentales y del comportamiento representan cinco de las diez principales cargas de morbilidad en personas de 15 a 44 años de edad (OMS, 2001).<sup>11</sup>

Los trastornos de ansiedad son, en la actualidad, enfermedades psiquiátricas muy frecuentes e incapacitantes. Las mujeres en edad reproductiva son más vulnerables a desarrollar trastornos de ansiedad, aproximadamente entre 2 a 3 veces más que los hombres. Ser hombre o mujer no sólo puede influir en la prevalencia de los trastornos mentales, sino también en la manifestación y expresión de los síntomas, la voluntad para solicitar asistencia médica o psicológica, el curso de la enfermedad, incluso en la respuesta al tratamiento. Cada vez hay pruebas más sólidas de que existen diferencias entre ambos sexos respecto a la anatomía cerebral, la neuroquímica y los patrones de activación y respuesta a los estímulos ambientales; diferencias que pueden influir en la etiología y el curso de los trastornos psiquiátricos.

Sin embargo, poco se conoce sobre los factores de riesgo que inducen a las mujeres a desarrollar ciertas psicopatologías. Sólo en Estados Unidos se estima que 1 de cada 5 personas sufrirá en su vida uno o varios de estos trastornos según los resultados del proyecto Estudio Europeo de la Epidemiología de los Trastornos Mentales (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders, ESEMeD), el 13,6% de la población de seis países europeos (Bélgica, Francia, Alemania, Italia, Holanda y España) ha padecido algún trastorno de ansiedad a lo largo de su vida (prevalencia-vida) y el 6,4% en el último año del estudio (prevalencia-año).<sup>12</sup>

En Colombia los trastornos de ansiedad son de mayor prevalencia que otros trastornos mentales. El 19.3% de la población entre 18-65 años de edad reporta haber tenido alguna vez en la vida un trastorno de ansiedad. Estos son más frecuentes entre las mujeres (21.8%).<sup>13</sup>

Los trastornos de ansiedad son las enfermedades psiquiátricas más frecuente. Su prevalencia es variable, se sitúa entre el 2 y el 8% en la población general y entre el 10 y 12% en las consultas de atención primaria, suponiendo aproximadamente una de cada cuatro consultas que reciben los médicos de primaria. La OMS en el año 2001 reporto una prevalencia 12.5% a 15% en el mundo y reconoce que una parte no recibe atención; en 185 países identifico a la salud mental como actividad de atención primaria en 87% pero solo 59% cuenta con servicios para tratar los trastornos graves. Existen dos clasificaciones internacionales de mayor relevancia: el texto revisado de la cuarta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR) y la décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10).<sup>14</sup>

En México los trastornos mentales en general y los trastornos de ansiedad en particular solo pueden ser diagnosticados por los médicos psiquiatras a través de la entrevista estructurada del DSM-IV, (que hasta donde sabemos, no cuenta con estudios sistemáticos sobre valides y confiabilidad) además los psiquiatras cuentan con la Entrevista Diagnóstica Internacional compuesta "CIDI", validada en 1991. Desde un punto de vista psicológico el modelo cognitivo-conductual a nivel internacional ha demostrado su eficacia para el diagnóstico y tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada. No obstante en México adolecemos de

instrumentos que nos permitan diagnosticar, medir la eficacia de las intervenciones terapéuticas, así como realizar investigación que permita recabar datos que se puedan publicar y se encuentren homologados con los que esos mismos instrumentos arrojan en otros países.<sup>15</sup>

La alta prevalencia de morbilidad psiquiátrica en el primer nivel de atención permanece sub-diagnosticada; entre un 30% a 50% de los pacientes que se atienden en este nivel presentan algún problema de salud mental que no es reconocido por el médico general. El médico de atención primaria tiene un papel determinante en la detección de los casos, así como en el establecimiento de un diagnóstico definitivo y un tratamiento oportuno. Por lo tanto, el contar con un buen instrumento de tamizaje para la detección de casos representa una oportunidad para que el médico general identifique fácilmente a los pacientes que requieren atención, antes de referirlos a niveles especializados. Una escala breve y de fácil aplicación por el personal del primer nivel de atención y ha sido utilizada en diferentes estudios a nivel poblacional. En Australia, en 1997, se aplicó la K-10 en una encuesta de salud, por medio del Consejo Nacional de Encuestas de Salud Mental (Mental Health Survey) conducido por The Australian Bureau of State. La K-10 se ha utilizado en varios estudios epidemiológicos coordinados por el profesor Kessler y sus colegas, gracias a los auspicios de la Organización Mundial de la Salud.<sup>16</sup>

La escala de depresión y ansiedad de Goldberg (EADAC) fue concebida para permitir la detección de los dos trastornos psicopatológicos más frecuentes en Atención Primaria: la ansiedad y la depresión. Es un instrumento sencillo, breve y de fácil manejo, apropiado para ser administrado por el médico de Atención Primaria. Se trata de un cuestionario heteroadministrado con dos subescalas, una de ansiedad y otra de depresión. Cada una de estas subescalas se estructura en 4 ítems iniciales de despistaje, para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental, y un segundo grupo de 5 ítems que se formulan sólo si se obtienen respuestas positivas a las preguntas de despistaje: si existen 2 o más en el caso de la subescala de ansiedad y si existen 1 o más en el caso de la subescala de depresión.

## Criterios De Valoración

Los puntos de corte son mayor o igual a 4 para la escala de ansiedad y mayor o igual a 2 para la de depresión.

- Subescala de ANSIEDAD: 4 o más respuestas afirmativas.
- Subescala de DEPRESIÓN: 2 o más respuestas afirmativas.<sup>17</sup>

El APGAR familiar es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global.

Las preguntas abiertas valoran la dinámica familiar en las áreas de adaptación, vida en común, crecimiento, afecto y resolución.<sup>18</sup>

La estructura familiar está sometida a un proceso dinámico que cambia según la etapa del ciclo vital en que se encuentre o por la influencia de los llamados acontecimientos vitales estresantes. Esta estructura puede corresponder a alguno de los siguientes tipos de familia: Familia extensa (más de dos generaciones en el mismo hogar); familia nuclear (padres y sus hijos); familia nuclear con parientes próximos (en la misma localidad); familia nuclear sin parientes próximos; familia nuclear numerosa; familia nuclear ampliada (con parientes o con agregados); familia monoparental (un solo cónyuge y sus hijos); familia reconstituida (formada por dos adultos en la que al menos uno de ellos, trae un hijo habido de una relación anterior); personas sin familia (persona que vive sola); equivalentes familiares (personas que conviven en un mismo hogar sin constituir un núcleo familiar tradicional).

Las fases del ciclo de vida familiar suponen nuevos y diferentes roles, que de no asumirse, pueden generar conflictos y con el tiempo, complicarse con problemas de salud mental o trastornos mentales (ansiedad, depresión, fobias, entre otros). Son numerosos los trabajos relacionados con la psicopatología que incluyen variables donde está implicada la familia.<sup>19</sup>

Son numerosos los trabajos relacionados con la psicopatología que incluyen variables donde está implicada la familia. Soriano-Fuentes y col. en una muestra de 124 pacientes de una población general de la atención primaria, encontraron que los trastornos mentales más frecuentes eran (en orden descendente): depresión, distimia, el trastorno por ansiedad generalizada, la agorafobia y la fobia social. En concordancia con otros autores, las mujeres eran las más afectadas por cuadros

depresivos y de ansiedad. Sin embargo no se encontró una relación significativa entre el tipo de familia y la presencia de trastornos mentales.<sup>20</sup>

Problemas orgánicos que pueden agravar o presentar:

Síntomas de ansiedad:

1. Endocrinológicos: hipo o hipertiroidismo, hipoglucemia, insuficiencia adrenal hiperadrenocorticismos, feocromocitoma, menopausia.
2. Cardiovasculares: insuficiencia cardíaca, insuficiencia coronaria, arritmias, prolapso mitral.
3. Respiratorio: asma, EPOC, neumonías, trastornos de ventilación.
4. Alteraciones metabólicas: diabetes mellitus, porfiria, hipoxia, hipocapnia, hipoglucemia, hiperpotasemia, hipercapnia, hiponatremia.
5. Neurológico: neoplasia, encefalitis, disfunción vestibular, epilepsia temporal, migrañas.
6. Intoxicaciones: por plomo.
7. Hematológicas: anemia, déficit de B12.
8. Otras: infección urinaria en ancianos, síndrome de fatiga crónica, cáncer.

Es fundamental recordar que para llegar al diagnóstico correcto, hay que:

1. Realizar entrevista psiquiátrica profunda.
  2. Prestar especial atención a la psicopatología básica.
  3. Usar las técnicas, habilidades y las herramientas necesarias para llevar a la práctica un diagnóstico eficaz y certero del paciente.
  4. Identificar los determinantes biológicos, psicológicos y sociales que están actuando como precipitantes, predisponentes o perpetuantes en cada paciente.
  5. Confeccionar una buena historia clínica que oriente el diagnóstico diferencial tanto de afecciones orgánicas subyacentes, como diferentes cuadros psiquiátricos donde la ansiedad es un síntoma relevante (ej. ansiedad simple, pánico o angustia, ansiedad fóbica, entre otros).
  6. Realizar diagnóstico de afecciones comórbidas.
- Saber identificar inicialmente las situaciones de riesgo para el paciente o para terceros.<sup>21</sup>



La ansiedad parece afectar de modo directo a la salud mental en determinadas etapas de la vida, como la adolescencia, y unos niveles altos de ansiedad parecen predecir problemas emocionales que acompañan a ciertas patologías y se asocian a menudo con otros rasgos patógenos, sugiriendo un patrón conocido como “afectividad negativa”. Aunque la sintomatología depresiva y ansiosa parece ser mayor en mujeres que en hombres, el género no resulta ser la variable más determinante para la ansiedad, aunque sí para la depresión, y en ambos casos, factores socio demográficos parecen tener un gran peso respecto a las diferencias de Género así, pueden estar influyendo de manera decisiva la edad, la situación laboral, el nivel educativo o el estado civil. La ansiedad se evaluó mediante el *State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*. Por otro lado, las mujeres viudas y divorciadas presentan valores superiores de ansiedad que el resto, apreciándose diferencias estadísticamente significativas [F4,199=3.860, p<.01] entre las viudas y las solteras (p<.05). Al analizar la ansiedad en función del nivel de estudios, se aprecia que las mujeres sin estudios presentan los valores más elevados de ansiedad, con diferencias estadísticamente significativas [F3, 199=6.355, p<.001] entre éstas y el resto de mujeres (p<.01). Respecto a la profesión, cabe destacar que las estudiantes son las mujeres que menor ansiedad tienen, seguidas de las trabajadoras por cuenta ajena y de las amas de casa, si bien no se aprecian diferencias estadísticamente significativas [F4, 198=1.993, P=.097].<sup>22</sup>

Diagnóstico diferencial: ante un paciente que plantea un diagnóstico diferencial con un trastorno de ansiedad, sería recomendable descartar razonablemente una enfermedad sistémica. Para ello deberíamos tener en cuenta los síntomas físicos que predominan en su presentación, el conocimiento de la historia médica y psicológica previa tanto del paciente como de su familia y las enfermedades que generan trastornos de ansiedad, así como la probabilidad de que las pueda padecer. No hay que olvidar la gran capacidad de tóxicos como la cafeína, el cannabis o la cocaína y otras drogas de síntesis, para inducir crisis de ansiedad y angustia en personas predispuestas. También hay que considerar la importancia que tiene el alcohol para muchas de las personas que padecen ansiedad (sobre todo ansiedad

generalizada, trastorno de angustia y fobia social) ya que es usado como un tranquilizante, que alivia la sintomatología de la angustia.<sup>23</sup>

Las patologías Psiquiátricas tienen repercusiones importantes desde el punto de vista laboral y del gasto sanitario. En EEUU por ejemplo, son el 30.7% de las solicitudes de Incapacidad Permanente, se reconocen como incapacidades el 36.8% de ellas. El 40% se solicitan en pacientes que presentan Trastornos del Estado de ánimo y el 7.5% Trastornos de ansiedad.

Existen dos cuestiones en las relaciones laborales de interés psiquiátrico:

1.-Referente a materia de despido, exige un incumplimiento grave y culpable de sus obligaciones por parte del trabajador.

2.-La capacidad laboral, puede estar mermada o totalmente abolida debido adversas enfermedades incapacitantes de tipo mental.

Los factores que influyen principalmente en la disminución de la capacidad funcional de los pacientes con enfermedades psiquiátricas son:

- Limitación de las capacidades cognitivas.
- Inestabilidad afectiva del sujeto.
- Falta de apoyo familiar de los pacientes.

El pronóstico es variable y depende de variables personales, sociales y terapéuticas.<sup>24</sup>

Lara Muñoz y colaboradores, en un estudio de evaluación de psicopatología en mujeres, obtuvieron una elevada consistencia, donde los coeficientes alfa de Cronbach de todas las subescalas fueron superiores a 0.8. Los resultados en este estudio muestran que existe una relación entre las mujeres con riesgo elevado de consumo de alcohol y una puntuación promedio mayor para cada una de las nueve dimensiones del SC-L90, lo que denota problemas de psicopatología clínicamente significativos, relación reportada por diversos autores entre asociación de consumo de alcohol y psicopatología o trastornos mentales, así como una puntuación mayor para las dimensiones de ansiedad.<sup>25</sup>

Existe una cantidad considerable de artículos que sugieren que algunos indicadores socioeconómicos desventajosos están asociados a los trastornos mentales

frecuentes. Sin embargo, esta asociación no es tan clara después de ajustar por otras variables sociodemográficas. La asociación entre estrato socioeconómico y trastornos mentales comunes ha sido objeto de numerosos estudios en diferentes sociedades; sin embargo, los resultados obtenidos son controversiales. La educación y el nivel de ingresos parecen ser los indicadores más poderosos de clase social desventajosa relacionada con los trastornos mentales comunes.<sup>26</sup>

## **2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Los trastornos de ansiedad son los trastornos mentales más comunes (Can Psych Assoc, 2006), de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) en los servicios de atención primaria en el mundo, dentro de la población adulta, se encuentra una prevalencia del 12% para los trastornos de ansiedad (OMS, 2005), esta misma organización establece que los trastornos de ansiedad son de los que más tempranamente inician, con una mediana de 15 años de edad y alcanzan la prevalencia más alta entre los 25 y 45 años, encontrándose más alta en mujeres que en hombres (OMS, 2004).<sup>6</sup>

En México los Trastornos de Ansiedad cuentan con una prevalencia a lo largo de la vida del 14.3%, siendo mayor para las mujeres que para los hombres (18.5% vs 9.5%). Es frecuentemente reportado que los pacientes ansiosos tienden a utilizar con mayor frecuencia los servicios de medicina general, lo cual incrementa los costos tanto a los pacientes, como a los servicios de salud (Sherbourne y cols., 2001).<sup>9</sup>

Los factores de riesgo más importantes para presencia de ansiedad son: Historia familiar de ansiedad (u otros trastornos mentales), Antecedente personal de ansiedad durante la niñez o adolescencia, incluyendo timidez marcada, Eventos de vida estresantes y/o traumáticos, incluyendo el abuso, Ser mujer, Existencia de una enfermedad médica o el consumo de sustancias.<sup>6</sup>

Los médicos de familia son los profesionales sanitarios que por su ubicación en la red asistencial pueden detectar de forma precoz los primeros síntomas psiquiátricos en los pacientes que acuden a sus consultas con un trastorno de ansiedad, la mayoría de las veces son síntomas muy inespecíficos y que se pueden enmascarar somáticamente. El manejo del paciente con trastorno de ansiedad en Atención Primaria resulta, por tanto, complejo, sobre todo si consideramos la dificultad del diagnóstico diferencial, la necesidad de una terapéutica específica y en ocasiones prolongada en el tiempo para cada forma de la enfermedad, así como la necesidad, en ciertas ocasiones, de derivación a Atención Especializada cuando la etiología, el trastorno o las manifestaciones de la enfermedad así lo requieran.<sup>23</sup>

Deben establecerse unas líneas estratégicas de actuación para garantizar una mejora en la atención sanitaria de calidad en salud mental y en concreto en el proceso de ansiedad entre las cuales deberían incluirse los siguientes aspectos:

Comunicación e información al ciudadano sobre los trastornos de ansiedad. Potenciación de la atención comunitaria y promoción de la salud mental orientada a la reducción de riesgo en la enfermedad mental, haciendo hincapié en las medidas preventivas y de evitación de los trastornos de ansiedad. Debe prestarse mayor atención a la atención sociosanitaria de las personas con trastornos de ansiedad-depresión, hecho que, sin duda, también contribuiría a un mayor ahorro de costes indirectos de la enfermedad.<sup>8</sup>

Por lo que surge la siguiente pregunta de investigación

¿Cuáles son los factores relacionados a los trastornos de ansiedad en mujeres de 20 a 50 años adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No.8 de Zihuatanejo, Guerrero?

### **3. JUSTIFICACIÓN**

Los trastornos mentales y del comportamiento representan cinco de las diez principales causas de morbilidad en personas de 15 a 44 años de edad. En nuestro país, el tipo de trastorno más frecuente es el de ansiedad y este padecimiento tiende a la cronicidad. La prevalencia de este trastorno a lo largo de la vida se ha incrementado en los últimos años, por lo que es importante disminuir los factores de riesgo.

El trastorno de ansiedad es un tema de gran interés para el médico familiar porque es muy común, ya que con frecuencia adquiere un carácter crónico y discapacitante por no ser diagnosticado o tratado correctamente y oportunamente. Su importancia es aún mayor cuando consideramos que los pacientes afectados responden al tratamiento adecuado, lográndose tasas de recuperación hasta en un 80%.

Ante este panorama destaca la importancia de que el médico familiar, como médico de primer contacto, esté al día sobre los conocimientos científicos de estos trastornos y sea capaz de hacer un diagnóstico correcto y sugerir la terapia más indicada, ya sea farmacológica o psicológica o ambas, o el envío oportuno al área de psiquiatría, dando así atención de calidad y mejorando con esto la funcionalidad familiar y conyugal, sus relaciones interpersonales, y el desempeño en su área de trabajo.

La presente investigación se realiza debido a la necesidad de determinar los factores de riesgo predisponentes relacionados con el incremento de casos de Trastornos de Ansiedad en la población de mujeres jóvenes que consulta la unidad de salud y que son diagnosticadas con trastornos de ansiedad. La finalidad es facilitar atención el abordaje y manejo de estos trastornos, con la consecuente mejora en la calidad de vida del paciente y disminución en los costos institucionales. Identificar oportunamente a los pacientes afectados por trastorno de ansiedad. Reducir discapacidad laboral y funcional para la vida diaria que suponen los trastornos de ansiedad. Finalmente es necesario se continúe midiendo su ocurrencia junto con los factores asociados a la población derechohabiente que acude a la consulta externa de la UMF, con la finalidad de que se realicen acciones específicas para incidir en esta patología.

## **4. OBJETIVOS**

### 4.1 Objetivo General:

Identificar trastornos de ansiedad y factores relacionados en mujeres de 20 a 50 años de la U.M.F No. 8, Zihuatanejo, Gro.

### 4.2 Objetivos Específicos:

4.2.1 Identificar los factores de riesgos sociodemográficas relacionados con los trastornos de ansiedad en mujeres de 20 a 50 años de la Unidad de Medicina Familiar No. 8 de Zihuatanejo, Gro.

4.2.2 Conocer los antecedentes heredofamiliares de trastorno de ansiedad.

4.2.3 Reconocer factores relacionados con mayor frecuencia a los trastornos de ansiedad como: edad, estado civil, escolaridad, ocupación, nivel socioeconómico, toxicomanía y Apgar familiar.

4.2.4 Identificar la funcionalidad familiar en mujeres con trastornos de ansiedad.

## **5. HIPOTESIS**

Los factores de riesgo; casadas, empleadas y nivel socioeconómico están relacionados en un 30% a trastornos de ansiedad en mujeres de 20 a 50 años adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 8 de Zihuatanejo, Gro.

## 6. METODOLOGÍA.

### 6.1 Tipo de estudio.

Estudio transversal comparativo.

### 6.2 Población, lugar y tiempo de estudio:

La población blanco fueron mujeres de 20 a 50 años adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 8 de Zihuatanejo, Gro. El estudio se realizó del mes de Noviembre de 2013 al mes de Julio de 2014.

### 6.3 Tamaño de la muestra y tipo de muestra:

Se realizó un muestro no probabilístico por conveniencia hasta completar 160 pacientes.

Total de la población (N)	12000
Nivel de confianza o seguridad (1- $\alpha$ )	95%
Precisión (d)	4%
Proporción (valor aproximado del parámetro que queremos medir)	5%
Tamaño muestral (n)	113
Proporción esperada de perdidas	15%
Tamaño muestra ajustada a perdidas	160

Se tomaron 10 pacientes mujeres de 20 a 50 años de cada uno de los 8 consultorios de ambos turnos, usuarias de la Unidad de Medicina Familiar No. 8 de Zihuatanejo, Gro.

### 6.4 Criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- Mujeres de 20 a 50 años usuarias del HGZ/MF No. 08 de Zihuatanejo, Gro.
- Que acepten de manera voluntaria participar en el estudio y previo consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Que cursen con trastornos de ansiedad ya diagnosticada por una etiología secundaria a problemas orgánicos.



Criterios de eliminación:

- Pacientes que no deseen continuar participando en el proyecto.
- Pacientes que contesten de forma incompleta el cuestionario.

6.5 Definición y operacionalización de las variables:

Variables Dependientes: Trastorno de ansiedad.

Variables Independientes: Estado civil, escolaridad, nivel socioeconómico, antecedentes heredofamiliares, ocupación, edad, funcionalidad familiar y toxicomanías.

VARIABLES	DEFINICION		TIPO	INDICADOR
	CONCEPTUAL	OPERACIONAL		
Ansiedad	Aprensión, tensión o dificultad que surge por la anticipación de un peligro cuya fuente es desconocida.	Mediante cuestionario Goldberg Los puntos de corte son mayor o igual a 4 para la escala de ansiedad.	Cualitativa	1.si 2.no
Estado civil	El estado civil de una persona es su situación jurídica en la familia y la sociedad, determina su capacidad para ejercer ciertos derechos y contraer ciertas obligaciones, es indivisible, indisponible e imprescriptible, y su asignación corresponde a la ley.	Mediante interrogatorio directo.	Cualitativa	1. Soltero 2 Casado 3. Viudo 4. Divorciado 5. Unión libre 6. Separado
Escolaridad	Años de estudio en la educación formal.	Por interrogatorio directo.	Cualitativa	1. Analfabeta 2. Sabe Leer y escribir 3. Primaria 4. Secundaria 5. Bachillerato 6. Licenciatura
Nivel socioeconómico	Es un atributo del hogar, compartido y extensible a todos sus miembros. Para determinar este atributo se estudiaron distintas variables relacionadas con la vivienda, el nivel de hacinamiento, los ingresos medios, la educación y el trabajo del jefe de hogar.	Se obtendrá por el método de Graffar cuestionario de datos que constaba de cuatro secciones y se le asignó una puntuación a cada una de las preguntas y todo ello generaba un determinado puntaje, el cual permitió calificar o clasificar a la familia en una Condición Socioeconómica.	Cualitativa	1. 04-06: Alto 2. 07-09: Medio alto 3. 10-12: Medio bajo 4. 13-16: Obrero 5. 17-20: Marginal
Antecedentes Hereditarios	Son los antecedentes que presenten o hayan presentado familiares cercanos como los abuelos, padres, tíos, hermanos, por la posibilidad de transmisión genética.	Se interrogan los antecedentes hereditarios de trastorno de ansiedad, al momento de aplicar el cuestionario.	Cualitativa	1.Si 2. No
Ocupación	Función que desempeña el trabajador de acuerdo a capacidades y habilidades propias.	Mediante interrogatorio directo.	Cualitativa	1. Ama de casa 2. Profesionista 3. Empleada
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual.	Por interrogatorio directo.	Cuantitativa	años
Toxicomanías	Consumo habitual de drogas y dependencia patológica de la mismas.	Por interrogatorio directo.	Cualitativa	1. Tabaquismo 2. Alcoholismo 3. Droga
Funcionalidad familiar	Se refiere a las manifestaciones de adherencia, afecto, manejo y aceptación de los miembros de un núcleo familiar con respecto a todos sus miembros.	Se obtendrá por cuestionario apgar familiar.	Cualitativa	1. Funcionalidad 2. Disfuncionalidad leve 2- Disfuncionalidad grave

#### 6.6 Descripción general del estudio:

Previa autorización del Comité Local de Investigación en Salud se realizó un estudio transversal comparativo en 160 mujeres de 20 a 50 años de edad usuarias a la Unidad de Medicina Familiar No. 08 de Zihuatanejo, Gro. Se les proporciono una carta de consentimiento informado (anexo 1). Se llenó un formato de identificación con nombre, número de afiliación, edad, estado civil, escolaridad, etc. (Anexo 2). Se aplicó el cuestionario de la escala de Goldberg (Anexo 3) este cuestionario heteroadministrado se aplicó en un lapso de aproximadamente 10 minutos. Se realizó método de Graffar para medir nivel socioeconómico (Anexo 4). Una vez contestado los cuestionarios se capturo en una hoja de control y recolección de datos donde se anotaron los resultados obtenidos (anexo 5), para su análisis. La funcionalidad familiar se realizó a base de cuestionario del Apgar familiar que es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global. Las preguntas abiertas valoran la dinámica familiar en las áreas de adaptación, vida en común, crecimiento, afecto y resolución (anexo 6).

#### 6.7 Método de recolección de datos:

Se realizó mediante un método, con interrogatorio indirecto a través de un formato elaborado exprofeso (Anexo 2).

#### 6.8 Organización de datos:

A través de la captura en una hoja de concentración de la información. (Anexo 5).

#### 6.9 Análisis estadístico:

El análisis de los resultados se realizó con el software SPSS versión 11.0 para Windows. Posteriormente se hizo un análisis univariado obteniendo frecuencias simples y proporcionales, medición de la fuerza de asociación y análisis inferencial con cálculo de chi cuadrada, valor de p con un IC del 95%.

#### 6.10 Consideraciones éticas:

El presente estudio se apegó al profesionalismo y ética médica y dentro del marco legal que establece el IMSS así como leyes que rigen a los sistemas de salud:

a) La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 4º. En el Diario Oficial de la Federación el 6 de abril de 1990.

- b) La Ley General de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación en 1984, en sus artículos; 2º. Fracción VII; 7º. Fracción VIII; 68º. Fracción IV; 96, 103; 115; fracción V; 119 fracción I; 141; 160; 164; 168, fracción VI; 174, fracción I; 186; 189, fracción I; 238, 321 y 334.
- c) El Reglamento de La Ley General de Salud en materia de Investigación en el Diario Oficial de la Federación, el 6 de enero de 1987.
- d) El acuerdo por el que se dispone el establecimiento de Coordinadores de Proyectos Prioritarios de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 24 de octubre de 1984.
- e) La Declaración de Helsinki de 1964 y sus modificaciones de Tokio en 1975, Venecia en 1983 y Hong Kong en 1989.
- f) Las pacientes identificadas con diagnóstico de ansiedad se estudiaron causa orgánica y al descartarse se realizó referencia al servicio de psiquiatría.

## 7. Resultados

De las 160 mujeres, el estado civil que predomina es casadas 66.9% (107/160). En cuanto al nivel socioeconómico medio bajo 57.5% (92/160). Respecto a los antecedentes heredofamiliares el resultado es negativo 90.0% (144/160). La ocupación es frecuente en empleadas 46.3%(74/160). En cuanto al grupo de edad se encontró que predominaron las pacientes que corresponden a edades entre los 20 a 35 años 55.0% (88/160). Se observó ausencia de toxicomanía en un 91.3% (146/160). En la funcionalidad familiar se identificó la disfuncionalidad con un 44.4% (71/160).<sup>cuadro 1</sup>

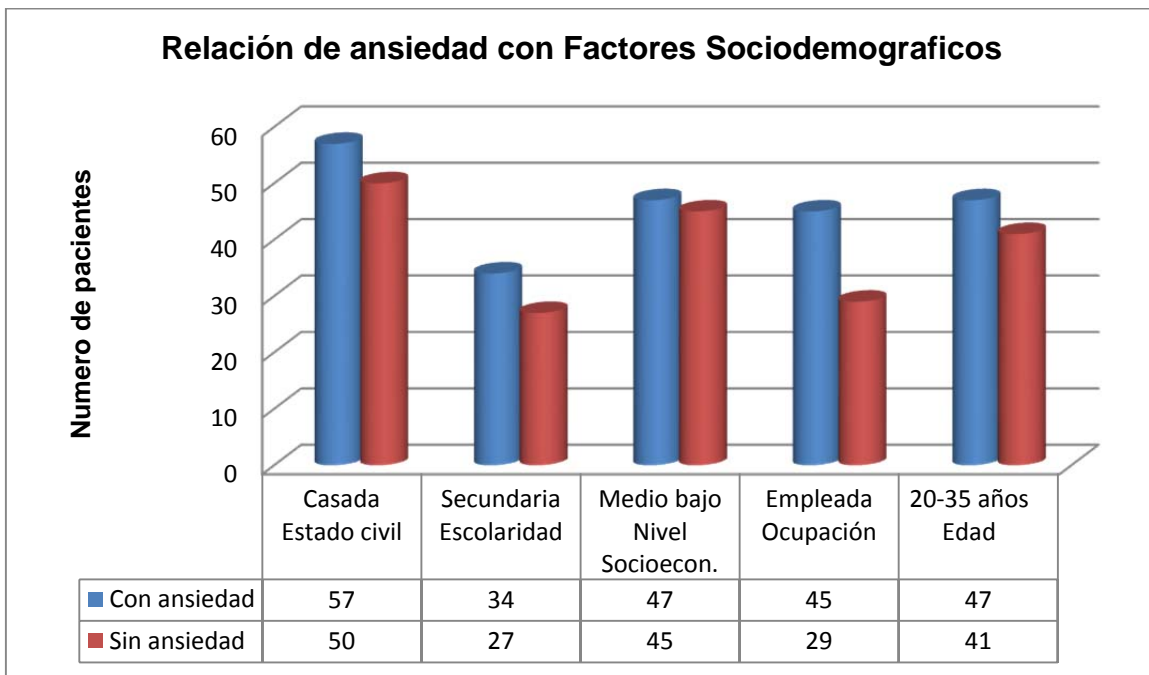
Cuadro 1. Características sociodemográficas de la población estudiada.

VARIABLE	n	%
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Soltera	20	12.5
Casada	107	66.9
Unión libre	19	11.9
Separada	7	4.4
Divorciada	3	1.9
Viuda	4	2.5
<b>ESCOLARIDAD</b>		
Analfabeta	2	1.3
Sabe leer y escribir	2	1.3
Primaria	33	20.6
Secundaria	61	38.1
Bachillerato	44	27.5
Licenciatura	18	11.3
<b>NIVEL SOCIOECONÓMICO</b>		
Alto	7	4.4
Medio alto	23	14.4
Medio bajo	92	57.5
Obrero	36	22.5
Marginal	2	1.3
<b>TOXICOMANÍAS</b>		
Negativo	146	91.3
Positivo	14	8.8
<b>OCUPACIÓN</b>		
Empleada	74	46.3
Ama de casa	63	39.4
Profesionista	13	8.1
Comerciante	8	5.0
Estudiante	2	1.3
<b>ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES</b>		
Negativo	144	90.0
Positivo	16	10.0
<b>FUNCIONALIDAD FAMILIAR</b>		
Funcional	61	38.1
Disfunción leve	71	44.4
Disfunción grave	28	17.5

Cuadro 1.2 Características sociodemográficas de la población estudiada con ansiedad y sin ansiedad.

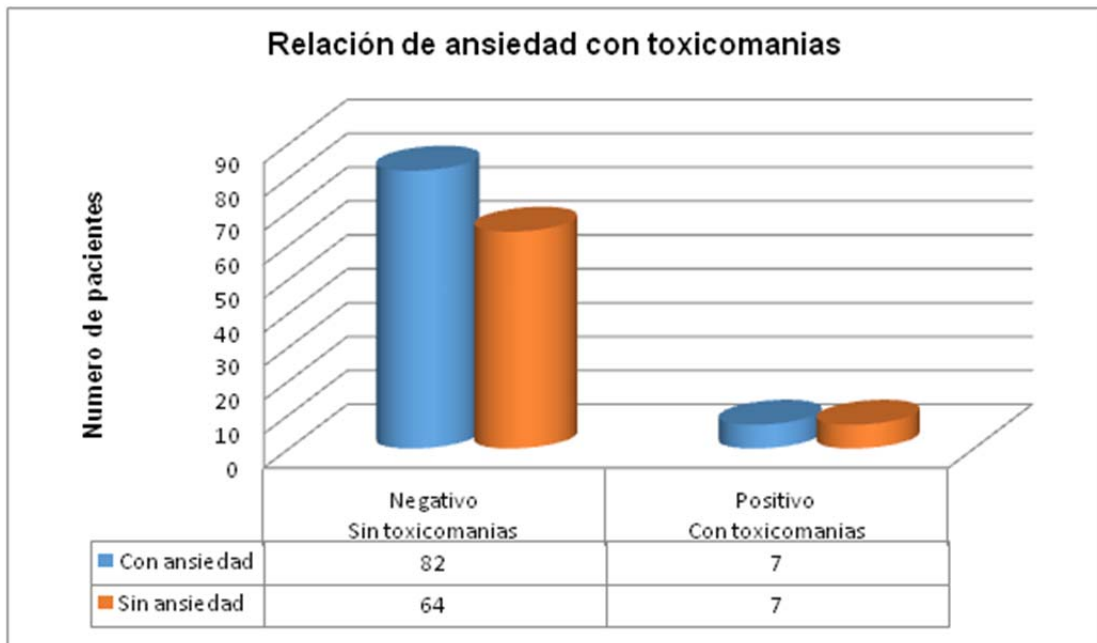
VARIABLE	CON ANSIEDAD	SIN ANSIEDAD
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Soltera	18	2
Casada	57	50
Unión libre	9	10
Separada	3	4
Divorciada	0	3
Viuda	2	2
<b>ESCOLARIDAD</b>		
Analfabeta	1	1
Sabe leer y escribir	2	0
Primaria	19	14
Secundaria	34	27
Bachillerato	24	20
Licenciatura	9	9
<b>NIVEL SOCIOECONÓMICO</b>		
Alto	4	3
Medio alto	10	13
Medio bajo	47	45
Obrero	26	10
Marginal	2	0
<b>TOXICOMANÍAS</b>		
Negativo	82	64
Positivo	7	7
<b>OCUPACIÓN</b>		
Empleada	45	29
Ama de casa	34	29
Profesionista	5	8
Comerciante	3	8
Estudiante	2	0
<b>ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES</b>		
Negativo	78	66
Positivo	11	5
<b>FUNCIONALIDAD FAMILIAR</b>		
Funcional	32	29
Disfunción leve	44	27
Disfunción grave	13	15

Grafica 1. Relación de ansiedad con Factores Sociodemográficos. El estado civil que predomina es casadas 66.9% (107/160). En cuanto al nivel socioeconómico medio bajo 57.5% (92/160). La ocupación es frecuente en empleadas 46.3%(74/160). En cuanto al grupo de edad se encontró que predominaron las pacientes que corresponden a edades entre los 20 a 35 años 55.0% (88/160).

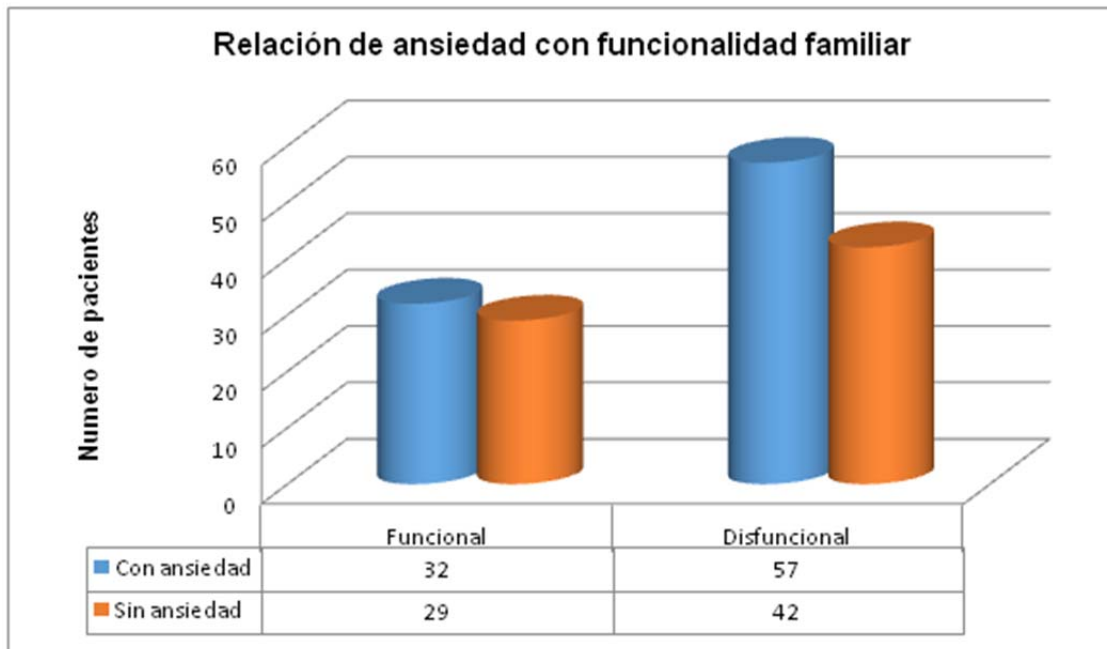




Grafica 2. En relación de ansiedad y toxicomanía predominaron negativo 51.25%(82/160).



Grafica 3. En la funcionalidad familiar se identificó la disfuncionalidad con un 44.4% (71/160).



Con respecto a los factores relacionados de los trastornos de ansiedad en mujeres de 20 a 50 años. No se encontró asociación significativa .<sup>Cuadro 10</sup>

Cuadro 10. Recurrencia de trastorno de ansiedad y factores relacionados

<b>VARIABLE</b>		<b>OR</b>	<b>IC95%</b>	<b>P</b>
<b>PEOR CONDICIÓN</b>	<b>MEJOR CONDICIÓN</b>			
<b>ESTADO CIVIL</b>				
Casada	Soltera			
Unión libre	Separada	0.53	0.22-1.25	0.11
	Divorciada			
	Viuda			
<b>ESCOLARIDAD</b>				
Licenciatura	Analfabeta			
Bachillerato	Sabe leer y escribir	0.85	0.43-1.70	0.62
	Primaria			
<b>NIVEL SOCIOECONÓMICO</b>				
Medio bajo	Alto			
Obrero	Medio alto	1.56	0.65-3.72	0.27
Marginal				
<b>ANTECEDENTE HEREDOFAMILIARES</b>				
Negativo	Positivo	0.54	0.15-1.79	0.26
<b>OCUPACIÓN</b>				
Estudiante	Profesionista			
Ama de casa	Comerciante	1.01	0.31-2.01	0.95
	Empleada			
<b>GRUPO DE EDAD</b>				
20-35	36-50	0.82	0.42-1.61	0.53
<b>TOXICOMANÍA</b>				
Negativo	Positiva	1.28	0.38-4.33	0.65
<b>FUNCIONALIDAD FAMILIAR</b>				
Disfuncional	Funcional	1.23	0.62-2.46	0.52

## 8. Discusión

Olmedilla- Zafra, Ortega Toro y cols (2002) en Cartagena, España. La ansiedad se evaluó mediante el *State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*). Las mujeres viudas y divorciadas presentan valores superiores de ansiedad que el resto, apreciándose diferencias estadísticamente significativas [F4, 199=3.860,  $p<.01$ ] entre las viudas y las solteras ( $p<.05$ ). Al analizar la ansiedad en función del nivel de estudios, se aprecia que las mujeres sin estudios presentan los valores más elevados de ansiedad, con diferencias estadísticamente significativas [F3, 199=6.355,  $p<.001$ ] entre éstas y el resto de mujeres ( $p<.01$ ). Respecto a la profesión, cabe destacar que las estudiantes son las mujeres que menor ansiedad tienen, seguidas de las trabajadoras por cuenta ajena y de las amas de casa, si bien no se aprecian diferencias estadísticamente significativas [F4, 198=1.993,  $P=.097$ ]<sup>22</sup>. En el presente estudio respecto al estado civil se encontraron, casadas 57 (35.62%), solteras 18 (11.25%), unión libre 9 (5.62%), separadas 3 (1.87%) no se encontró asociación significativa ( $p=0.39$ ). La escolaridad predominó; el nivel de secundaria con un 34(21.25%) bachillerato 24 (15%), primaria 19 (11.87%), licenciatura 9 (5.62%). Sin significación ( $p=0.89$ ). La ansiedad y ocupación, las empleadas presentaron 45 (28.12%), ama de casa 34 (21.25%), profesionista 5 (3.12%), comerciante 3 (1.87%). Sin diferencia significativa ( $p=0.2$ ). Esto contrasta con el estudio de Olmedilla -Zafra y cols., la variabilidad de estos resultados puede deberse a las características de cada población de estudio y el método empleado en el procesamiento de los datos.

Son numerosos los trabajos relacionados con la psicopatología que incluyen variables donde está implicada la familia. Soriano-Fuentes y col. en México años 2000 en una muestra de 124 pacientes de una población general de la atención primaria, encontraron que los trastornos mentales más frecuentes eran (en orden descendente): depresión, distimia, el trastorno por ansiedad generalizada, la agorafobia y la fobia social. En concordancia con otros autores, las mujeres eran las más afectadas por cuadros depresivos y de ansiedad. Sin embargo no se encontró una relación significativa entre el tipo de familia y la presencia de trastornos mentales<sup>20</sup>. De las 160 mujeres estudiadas, la funcionalidad familiar no se obtuvo

diferencia significativa siendo, disfuncional leve 27.5% (44/160), funcional 20% (32/160), disfuncional grave 8.12% (13/160). Los resultados apoyan de manera consistente las conclusiones aportadas por diversos autores.

Heinze G Camacho P ,2007 en México señalan que el individuo en alto riesgo de padecer trastorno de ansiedad, son aquellos que presentan, antecedentes heredo familiares.<sup>11</sup> El resultado para este estudio, no tuvo relevancia significativa ya que las mujeres que presentaron ansiedad no tienen antecedentes heredofamiliares con porcentaje de 48.75% sin antecedentes heredofamiliares y con antecedente heredofamiliares 6.875% por lo que difieren ambos estudios.

Ascencio-Huertas L en el Hospital Juárez de México de 2007 se realizó un estudio exploratorio, de tipo retrospectivo para determinar la asociación entre los trastornos, en el Servicio de Psicología del Hospital Juárez de México; la muestra fue de 150 pacientes, evaluados a través de entrevistas psicológicas, autoregistros, observaciones conductuales y escalas psicométricas de ansiedad, estableciéndose clínicos de acuerdo al Manual Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV); encontrando que el trastorno más frecuente fue el Trastorno de Ansiedad; el género femenino fue el de mayor prevalencia, cuyas edades estuvieron comprendidas entre los 35 y 54 años;<sup>10</sup> por lo que es contrario a mi grupo de edad de las 160 mujeres estudiadas entre edades de 20-50 años el mayor porcentaje fueron mujeres de 20 a 35 años. Posiblemente la causa sea por la etapa de la edad reproductiva en que se encuentre este grupo y no represento importancia significativa.

Daniel Boo-Vera y colaboradores, según la Encuesta Nacional de Adicciones México 2002 en un estudio de evaluación de psicopatología en mujeres. Los resultados en este estudio muestran que existe una relación entre las mujeres con riesgo elevado de consumo de alcohol, lo que denota problemas de psicopatología clínicamente significativos, relación reportada por diversos autores entre asociación de consumo de alcohol y psicopatología o trastornos mentales, así como una puntuación mayor

para las dimensiones de ansiedad.<sup>25</sup> En nuestro resultado obtuvimos que los trastornos de ansiedad no se asocian con toxicomanía, el 51.25% lo niega.

Campos-arias documentaron en un estudio transversal en Colombia en 2008 una asociación estadísticamente significativa entre los trastornos de ansiedad y variables socioeconómicas los estudios se ha observado que el pertenecer a estratos socioeconómicos bajos se asocia con mayor riesgo de: trastornos mentales comunes (básicamente depresión y ansiedad).<sup>26</sup> Nuestro resultado señala que el nivel socioeconómico medio bajo no se encontró asociación significativa, con un porcentaje de 75.2% para los trastornos de ansiedad. Por lo que nuestro resultados difieren.

## **9. Conclusiones**

Los factores observados con mayor frecuencia fueron: mujeres casadas 57 (35.62%), nivel socioeconómico bajo (75.0%), ocupación, empleada (28.12%), escolaridad secundaria (21.25%).

No se encontró asociación significativa probablemente son otras las características que llevan a la mujer a presentar mayor probabilidad del trastorno de ansiedad.

## **10. Propuesta**

Brindar al equipo de salud del primer nivel de atención cursos para reconocer la detección, manejo y prevención de trastornos de ansiedad, así como la búsqueda intencionada de mujeres en edad de 20 a 50 años, ya que en la actualidad su incidencia va en aumento.

Dar seguimiento a los pacientes que sean detectados con trastorno de ansiedad para evitar su progresión.

Promover la modificación de estilos de vida en mujeres detectadas o con factor de riesgo para trastorno de ansiedad.

Proporcionar la información suficiente a las mujeres sobre los trastornos de ansiedad y las medidas necesarias para evitar su aparición, con especial referencia a la actividad física y terapias de relajación.

## **11. Referencias**

- 1.- American Psychiatric Association: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4ed.Barcelona: Mason; 1995.p. 457 – 468.
- 2.- Organización Mundial de la Salud. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Trastornos Mentales y de Comportamiento de la décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE – 10 1999:1-6.
- 3.- Cárdenas E, Feria M, Palacios L, De la Peña F. Guía clínica para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México, 2010; 11-15.
- 4.- Navas-Orozco W, Vargas-Baldares M. Trastornos de ansiedad: revisión dirigida para atención primaria. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica LXIX 2012; 604: 497-507.
- 5.- Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro. Guía Clínica Diagnostico y Manejo de los Trastornos de Ansiedad, 2007; 8 -10.
- 6.- Guía Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto México; Secretaria de Salud, 2010.
- 7.- López-Ibor JJ, Valdés M, editores. DMS-IV-TR-AP. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Atención Primaria. Barcelona: Masson; 2004.
- 8.- Goncalves-Estella F, González-Rodríguez V, Vázquez-Castro J. Guía de Buena Práctica Clínica en Depresión y Ansiedad. Atención primaria de calidad. Organización Médica Colegial: 2da. Edición actualizada. 2008.
- 9.- Rodríguez-Landa J, Contreras C. Algunos datos recientes sobre la Fisiopatología de los trastornos por ansiedad. Rev. Biomed 1998; 9:181-191.

10.- Ascencio-Huertas L. Trastornos de ansiedad y enfermedades médicas concomitantes. Experiencia clínica. Rev. Hosp Jua Mex 2007; 74(2):81-92.

11.- Heinze-Gerhard M, Camacho-Segura P. Guía clínica para el manejo de la ansiedad. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz México, 2010:14-36.

12.- Arenas M, Puigcerver A. Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. Escritos de Psicología 2009; 3:20-29.

13.- Posada-Villa J, Buitrago-Bonilla J, Medina-Barreto J Y, Rodríguez-Barreto M. Trastornos de ansiedad según distribución por edad, género, variaciones por regiones, edad de aparición, uso de servicios, estado civil y funcionamiento/discapacidad según el Estudio Nacional de Salud Mental-Colombia. Nova - Publicación Científica - ISSN: 1794-2470 vol.4 no. 6 junio - diciembre de 2006:1-114.

14.- Hernández -Santillán G. Trastorno de Ansiedad en consulta externa de Medicina del Centro de Atención Primaria – I Ucupe. Chiclayo. Marzo 2012 Rev. Cuerpo méd HNA AA 6 (1) 2013.

15.- Jurado-Cárdenas S. Quintana-Sarmiento Y, Vargas G, Lizárraga-Patrón A, Ocampo-Banda E, Salazar-Garza M, Santamaría-Suarez S. Ansiedad Generalizada: Componentes de preocupación en mexicanos. Revista Científica Electrónica de Psicología CSa-UAEH no.4.

16.- Vargas-Terrez B, Villamil-Salcedo V, Rodríguez-Estrada C, Pérez-Romero J, Cortés-Sotres J. Validación de la escala Kessler 10 (K-10) en la detección de depresión y ansiedad en el primer nivel de atención. Propiedades psicométricas. Salud Mental 2011; 34:323-331.



17.- Escalas de valoración funcional y cognitiva. Programa de atención a enfermos crónicos dependientes. Zaragoza: Gobierno de Aragón, Departamento de Salud y Consumo; 2006. 348 – 350.

18.- Gómez-Clavelina C.Ponce-Rosas R, Una nueva propuesta para la interpretación de Family apgar (versión en español) .Aten Fam 2010, 17 (4): 102-106.

19.- Vargas-Murga H. Tipo de familia y ansiedad y depresión. Rev. Med Hered. 2014; 25:57-59.

20.- Soriano-Fuentes S, De la Torre-Rodríguez R, Soriano Fuentes L. Familia, trastornos mentales y ciclo vital familiar. Medicina de Familia (And). 2003; 2: 130-135.

21.- Fernández-López O, Jiménez-Hernández B, Almirall-Regla A, Sabina-Molina D, Cruz-Navarro J. Manual para diagnóstico y tratamiento de trastornos ansiosos. Medisur, vol.10, num 5, 2012, pp. 466-479.

22.- Olmedilla-Zafra, A. Ortega-Toro, E. y Madrid-Garrido, J. Variable sociodemográficas, ejercicio físico, ansiedad y depresión en mujeres: un estudio correlacional. Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte vol. 8 (31) pp. 224-243 (2008).

23.- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS Nº 2006/10.

24.- González-Klett M, Mata-Hernández I, Mena-García E, Trastornos de Ansiedad-Depresión en el Entorno de la Contingencia Común. Instituto de Formación Continua. Universidad de Barcelona.2006-20.

25.- Boo-vera D, Martínez T. Montesinos B. Consumo de alcohol en mujeres y síntomas psicopatológicos en atención primaria. Revista médica instituto mexicano del seguro social .2011; 49 (4): 413-418.

26.- Campo-Arias, A, Cassiani -Miranda, C. Trastornos mentales más frecuentes: prevalencia y algunos factores Sociodemográficos asociados. Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. 37, núm. 4, 2008, pp. 598-613.



**12. ANEXO 1**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8  
ZIHUATANEJO, GRO.



**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**  
**(Mujeres de 20 a 50 años)**

Folio: \_\_\_\_\_

Zihuatanejo, Gro., a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2014.

Por medio de la presente se le hace la más atenta invitación, (a):  
\_\_\_\_\_ sea parte de un estudio de investigación,  
donde usted debe de decidir si desea que participar o no.

**Título del estudio:** factores relacionados con trastorno de ansiedad en mujeres de 20 a 50 años adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No.8 de Zihuatanejo, Guerrero

**Objetivo de este estudio:** identificar los factores de riesgo relacionados para trastornos de ansiedad en mujeres de 20 a 50 años.

Su participación consistirá en contestar el cuestionario para valorar los factores de relacionados para trastorno de ansiedad.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles beneficios de la participación en este estudio.

El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

El investigador principal me ha dado seguridad que no me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con su privacidad serán manejados en forma confidencial.

La paciente puede en cualquier momento negarse a participar o seguir, sin que esto afecte la atención médica proporcionada.

Registrado con el Número: \_\_\_\_\_ ante el Comité Local de Investigación en Salud.

Acepto:

Investigador Responsable:

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma

\_\_\_\_\_  
Dra. Manuela de Jesús Acevedo meza  
Matricula 99120934

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Testigo



**ANEXO 2**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8  
ZIHUATANEJO, GRO.



FACTORES RELACIONADOS CON TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN MUJERES  
DE 20 A 50 AÑOS DE EDAD ADSCRITAS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR  
No.8 DE ZIHUATANEJO, GRO.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Zihuatanejo, Gro., a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2014.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Número de Afiliación: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_

Nivel socioeconómico: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Toxicomanías: \_\_\_\_\_

Apgar familiar: \_\_\_\_\_

### ANEXO 3

### ESCALA DE ANSIEDAD DE GOLDBERG



Instrucciones para el profesional:

A continuación, si no le importa, me gustaría hacerle unas preguntas para saber si ha tenido en las dos últimas semanas algunos de los siguientes síntomas. No se puntuarán los síntomas de duración inferior a dos semanas o que sean de leve intensidad.

Preguntas	Respuesta	Puntos
1.- ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?		
2.- ¿Ha estado muy preocupado por algo?		
3.- ¿Se ha sentido muy irritable?		
4.- ¿Ha tenido dificultad para relajarse?		
(Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)		
5.- ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?		
6.- ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?		
7.- ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)		
8.- ¿Ha estado preocupado por su salud?		
9.- ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?		
PUNTUACIÓN TOTAL ANSIEDAD:		

## ANEXO 4

### METODO DE GRAFFAR PARA MEDIR NIVEL SOCIOECONOMICO

Profesion del jefe de la familia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Universitario, gran comerciante, gerente de grandes empresas.</li> <li>2. Profesion tecnico, mediano comerciante o de la pequeña industria.</li> <li>3. Empleado sin profesion tecnica definida o universidad incompleta.</li> <li>4. Obrero especializado; tractorista, taxista, etc.</li> <li>5. Obrero no especializado, servicio domestico, etc.</li> </ol>
Nivel de instrucción de la madre	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Universidad o su equivalente.</li> <li>2. Enseñanza tecnica superior y/o secundaria completa.</li> <li>3. Secundaria incompleta o tecnico inferior (cursos cortos).</li> <li>4. Educacion primaria completa.</li> <li>5. Primaria incompleta, analfabeta.</li> </ol>
Principal fuente de ingreso	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fortuna heredada o adquirida repentinamente (grandes juegos de azar).</li> <li>2. Ingresos provenientes de una empresa privada, negocios, Honorarios profesionales (medicos, abogados, etc), deportistas profesionales.</li> <li>3. Sueldo quincenal o mensual.</li> <li>4. Salario diario o semanal.</li> <li>5. Ingresos de origen publico o privado (subsidios).</li> </ol>
Condiciones de la vivienda	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Amplia, lujosa y con optimas condiciones sanitarias.</li> <li>2. Amplia, sin lujos pero con excelentes condiciones sanitarias.</li> <li>3. Espacios reducidos, pero confortable y buenas condiciones sanitarias.</li> <li>4. Espacios amplios o reducidos, pero con deficientes condiciones sanitarias.</li> <li>5. Improvisada, construida con materiales de desecho, o de construccion relativamente solida pero con deficientes condiciones sanitarias.</li> </ol>

	A	B	C	D	
1					04-06: alto
2					07-09: medio alto
3					10-12: medio bajo
4					13-16: obrero
5					17-20: marginal

Resultados: 04 - 06 = alto, 07 - 09= medio alto, 10 -12= medio bajo, 13 -16= obrero, 17 - 20= marginal.

**ANEXO 5**  
**CUESTIONARIO APGAR DE LA FAMILIA**

	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA
Estoy contento de pensar que puedo recurrir a mi familia en busca de ayuda cuando algo me preocupa.			
Estoy satisfecho con el modo que tiene mi familia de hablar las cosas conmigo y de cómo compartimos los problemas.			
Me agrada pensar que mi familia acepta y apoya mis deseos de llevar a cabo nuevas actividades o seguir una nueva dirección.			
Me satisface el modo que tiene mi familia de expresar su afecto y cómo responde a mis emociones, como cólera, tristeza y amor.			
Me satisface la forma en que mi familia y yo pasamos el tiempo juntos.			

Una puntuación de 7 a 10 sugiere una familia muy funcional.

Una puntuación de 4 a 6 sugiere una familia moderadamente disfuncional.

Una puntuación de 0 a 3 sugiere una familia con grave disfunción.

## ANEXO 6

### Recolección de datos.

Nombre Afiliación	Edad	Ocupación	Escolaridad	Antecedentes Heredofamiliares	Estado civil	Nivel socioeconómico	Toxicomanías	Apgar
_____								
_____								
_____								
_____								
_____								
_____								
_____								
_____								
_____								
_____								
_____								
_____								
_____								
_____								