



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 37  
HERMOSILLO SONORA

**“SÍNTOMAS DE ANSIEDAD COMO FACTOR DE RIESGO PARA  
POLIFARMACIA EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS DE EDAD EN LA  
UNIDAD MEDICINA FAMILIAR No. 63 DE HERMOSILLO, SONORA EN EL  
2012”**

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

**PRESENTA  
DRA. MARTÍNEZ TRUJILLO MYRIAM**

HERMOSILLO, SONORA, MÉXICO 2013



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.

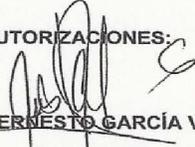
**SÍNTOMAS DE ANSIEDAD COMO FACTOR DE RIESGO PARA  
POLIFARMACIA EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS DE EDAD EN LA  
UNIDAD MEDICINA FAMILIAR No. 63 DE HERMOSILLO, SONORA EN EL  
2012.**

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

**PRESENTA:**

**DRA. MARTÍNEZ TRUJILLO MYRIAM**

**AUTORIZACIONES:**

  
**DR. JESÚS ERNESTO GARCÍA VALDEZ**

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA  
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN LA UNIDAD FAMILIAR No 37,  
IMSS, HERMOSILLO, SONORA.**

  
**DRA. XOCHITL ELIZABETH RODRÍGUEZ URIBE**

**COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD UMF  
37, IMSS, HERMOSILLO SONORA.**

**SÍNTOMAS DE ANSIEDAD COMO FACTOR DE RIESGO PARA  
POLIFARMACIA EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS DE EDAD EN LA  
UNIDAD MEDICINA FAMILIAR No. 63 DE HERMOSILLO, SONORA EN EL  
2012.**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**DRA. MARTÍNEZ TRUJILLO MYRIAM**

**AUTORIZACIONES:**

**DR. EUSEBIO ROSALES PARTIDA**

**COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL  
DELEGACIÓN SONORA**

**DR. BENITA ROSARIO URBAN REYES**

**COORDINADOR AUXILIAR DE INVESTIGACIÓN EN SALUD  
DELEGACIÓN SONORA.**

**DRA CRUZ MONICA LÓPEZ MORALES**

**COORDINADOR AUXILIAR DE INESTIGACIÓN EN SALUD  
DELEGACIÓN SONORA.**

**“SÍNTOMAS DE ANSIEDAD COMO FACTOR DE RIESGO PARA  
POLIFARMACIA EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS DE  
EDAD EN LA UNIDAD MEDICINA FAMILIAR NO. 63 DE  
HERMOSILLO, SONORA EN EL 2012”**

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

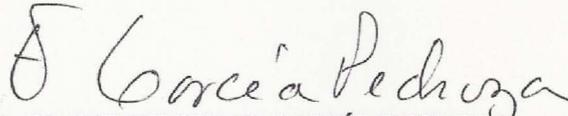
**PRESENTA**

**DRA. MYRIAM MARTÍNEZ TRUJILLO**

**AUTORIZACIONES**



**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA**  
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



**DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA SUBDIVISIÓN DE  
MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



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

## INDICE

CONTENIDO	
I RESUMEN.....	1
II INTRODUCCIÓN.....	2
III JUSTIFICACIÓN.....	7
IV PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
V OBJETIVOS.....	9
VI HIPÓTESIS.....	9
Hipótesis nula.....	9
Hipótesis de trabajo.....	9
VII MATERIAL Y METODOS.....	10
Criterios de selección.....	10
Operalización de las variables.....	12
Descripción general del estudio.....	17
VIII RESULTADOS.....	18
IX DISCUSIÓN.....	27
X CONCLUSIÓN.....	29
XI REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	30
XII ANEXOS.....	36

## I.-RESUMEN

### **SÍNTOMAS DE ANSIEDAD COMO FACTOR DE RIESGO PARA POLIFARMACIA EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS DE EDAD EN LA UNIDAD MÉDICA FAMILIAR No. 63 DE HERMOSILLO, SONORA EN EL 2012**

Martínez-Trujillo M<sup>1</sup>, Navarro-Henze JL,<sup>2</sup> Tinoco –Sánchez Y<sup>3</sup>, 1.- Médico Residente del Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales del IMSS, UMF No.63 Hermosillo, Sonora. 2.- Médico No Familiar Adscrito al Hospital General de Zona No 2, Hermosillo, Sonora. 3.- Médico familiar adscrito a UMF 37. Coordinación de enseñanza e Investigación en Salud.

**Introducción:** La transición epidemiológica invierte la pirámide poblacional, incrementando la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas y problemas de salud mental; ansiedad y depresión, acrecentando la polifarmacia.

**Objetivo:** Determinar la asociación entre síntomas de ansiedad por padecimientos crónicos degenerativos y polifarmacia en pacientes mayores de 60 años.

**Material y métodos:** Estudio observacional, transversal analítico con muestreo no probabilístico por conveniencia, se seleccionaron 173 pacientes de 60 o más años, con una o dos enfermedades crónico-degenerativas sin descompensación, registro de polifarmacia en expediente durante las últimas 3 consultas, se revisó expedientes clínicos de pacientes seleccionados, se aplicó un cuestionario y escala de Hamilton para ansiedad. Se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión para variables cualitativas nominales, se realizó prueba de correlación de Spearman.

**Resultados:** De 173 pacientes, 52.7% fueron femeninas, 54.3% tuvieron entre 60-70 años, predominó escolaridad baja, 70.5% pertenece a familia nuclear, la hipertensión arterial y diabetes predominaron 63.5%, los medicamentos antihipertensivos fueron los de mayor consumo, los síntomas para ansiedad se presentaron en el 39.31% leve, 21.97% moderada o grave, 38.73% no presentó síntomas  $r = .109$ , y una  $p > 0.05$ ,

**Conclusión:** El porcentaje de pacientes que cursan con síntomas de ansiedad grave o moderada es bajo, pero no desmerecedor ya que no cuentan con diagnóstico ni tratamiento y esto puede contribuir a descompensación de patologías de base que podría ser a su vez factor de riesgo para polifarmacia

**Palabras Clave:** Ansiedad, polifarmacia, adulto mayor.

## II.-INTRODUCCIÓN

Los adultos mayores constituyen un grupo poblacional que cada día va en aumento, y son ellos los que mayor medicación y atención médica requieren,<sup>1</sup> las pirámides poblacionales se encuentran ya invertidas y cada día existen más personas mayores. Una revisión realizada en 2002 por la División de Población de las Naciones Unidas (ONU), refiere que habrá un incremento muy significativo de personas mayores de 65 o más años de edad y que en países desarrollados pasará de 11.7% que había en 1950 a 32.3% según estimaciones para el 2050. En 1950, México contaba con 25,791,017 habitantes, de ellos 865,614 eran de 65 años y más, correspondientes a un 3.36% de la población, para 2005 ya se sumaban 103'263,338 habitantes, de los cuales 5'716,359 tenían edades de 65 años y más, equivalentes a un 5.54%. demostrando con esto que la población de 65 años de edad y más, está aumentando más rápidamente que la población general, y que de continuar dichas tendencias se estima según la ONU que para el 2025 existirán a nivel mundial alrededor de 1 200 millones de adultos mayores, representando el 14.1 % para América Latina y el Caribe, aumentando dicho porcentaje hasta el 22.6 % para el 2050, es decir 1 de 4 habitantes del continente americano corresponderá al grupo de población de 65 años de edad y más.<sup>2,3</sup>

En nuestro país, el 50% de los adultos mayores de 50 años utiliza habitualmente por lo menos un fármaco, observándose un incremento en el consumo de estos conforme avanza la edad.<sup>4</sup>

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la polifarmacia se define como la utilización de 4 o más fármacos en forma simultánea, otros autores la definen como la utilización de múltiples preparados farmacológicos prescritos o no. Asimismo la polifarmacia se encuentra dentro de los criterios aceptados categóricamente de fragilidad en los adultos mayores por todo lo anteriormente mencionado. La prevalencia de polifarmacia a nivel mundial en el adulto mayor, se estima en 34 %, otros autores mencionan una prevalencia de 20 a 50% de polifarmacia, cuyas magnitudes son influenciadas por la edad del sujeto, estado de salud, lugar de residencia etc.<sup>1, 5,6</sup>

Los adultos mayores pueden presentar múltiples patologías, observándose en ellos la tendencia de utilización de muchos medicamentos, algunos de ellos auto-administrados, así como también se puede identificar en este grupo de edad el uso de suplementos o principios activos de medicina halópata.<sup>7</sup>

Las patologías que aparecen en este grupo de edad van de la mano con polifarmacia en los adultos mayores.<sup>7,8</sup> Observándose en ellos mayores reacciones adversas, originadas principalmente por los cambios fisiológicos que en el adulto pueden afectar la adsorción de medicamentos ya que en. Todo esto junto con el incremento en el número de diagnósticos y fármacos utilizados en el tratamiento de los mismos, ocasionan que en las personas de edad avanzada aumente el riesgo de efectos adversos y de interacciones medicamentosas.<sup>8</sup>

El adulto mayor puede presentar 2 o 3 veces más reacciones adversas en comparación con adultos más jóvenes, debiéndose esto en gran parte a potencialización de los efectos esperados de los fármacos.<sup>1,9,10,11</sup>

A medida que incrementa la edad en las personas, aumentan las comorbilidades y en consecuencia también lo hace el consumo de medicamentos observándose que frecuentemente el adulto mayor puede presentar múltiples afecciones, y en ocasiones puede traer como consecuencia el uso simultaneo de diversos fármacos en un solo individuo, incrementando con esto la posibilidad de aparición de efectos adversos debido a la interacción de medicamentos o a una potencialización de los efectos de los mismos.<sup>11,12</sup>

Durante un estudio realizado en Cuba se estima que un 39 % de la población de los adultos mayores cuenta con polifarmacia prescrita por algún médico del sistema de salud.<sup>13</sup>

Dentro de los factores que influyen a la utilización de la polifarmacia se encuentran factores farmacocinéticos, farmacodinámicos a lo que se suman los psico-sociales y culturales en conjunto con la aparición de patologías múltiples como artrosis, artritis o reumatismo, hipertensión, diabetes mellitus así como trastornos psiquiátricos como la depresión y la ansiedad, esto explicado por los cambios fisiológicos del envejecimiento, que se producen en forma diferente en los distintos individuos y en los diferentes órganos. Este envejecimiento diferencial

es explicativo de la alta variabilidad individual y por tanto de la necesidad de tratamientos personalizados y vigilados.<sup>14,15</sup> Según un estudio realizado en Cuba por Martínez Querol y colaboradores los medicamentos más utilizados fueron hipotensores (13 %), diuréticos (11%), psicofármacos (8%), analgésicos (7 %) e hipoglucemiantes (5%).<sup>13</sup>

En Medicina Familiar y en algunas de las especialidades, no se ha logrado sembrar la cultura de identificación de síntomas neuropsiquiátricos del adulto mayor, sobre todo en los que tienen ya polifarmacia dentro del manejo de sus patologías orgánicas. Esto aunado a que el paciente con estos síntomas, no los considera como parte de una enfermedad mental, omitiendo manifestarla al médico debido a que está acostumbrado a la sintomatología y/o bien piensa que los medicamentos utilizados para su tratamiento pueden interferir con otros tratamientos ya establecidos o por tener miedo a los medicamentos (ansiolíticos, antidepressivos) que en ocasiones considera adictivos.<sup>12, 16</sup>

La ansiedad es una sensación, un estado emocional, que experimentan todos los individuos, aparece siempre que un sujeto se enfrenta a situaciones estresantes cotidianas, que suponen una señal de alerta, poniendo en marcha una serie de respuestas adaptativas que ayudan a superar el factor amenazante.<sup>12, 16, 17</sup>

La ansiedad diagnosticada como un problema de salud mental es muy similar al estado que domina al individuo con miedo. En ambos casos, además de la sensación subjetiva y psicológica de temor, existen una serie de síntomas y respuestas corporales del organismo (taquicardia, elevación de la presión arterial, respiración profunda, dilatación pupilar, etc.) cuya finalidad es adaptarse a la nueva situación y reaccionar de modo adecuado.<sup>17, 18</sup>

Cierto grado de ansiedad es deseable para el manejo normal de las exigencias de la vida cotidiana, desempeñando un papel muy necesario en la respuesta general de adaptación al estrés. Este nivel de ansiedad permite mejorar el rendimiento personal y la actividad, pero cuando rebasa un cierto límite aparece una evidente sensación de malestar y se deteriora el rendimiento. Si el estado descrito se mantiene, aún en ausencia de demandas exteriores o de forma

exagerada respecto a la entidad del estímulo, es cuando se habla de ansiedad patológica, ya que provoca un malestar clínicamente significativo interfiriendo en todos los aspectos de la vida del individuo (deterioro social, laboral, familiar o de otras áreas). Se menciona en la bibliografía que la ansiedad se puede encontrar como un síntoma, síndrome psiquiátrico agregado y ya diagnosticado (p. ej. depresión o demencia) o que también puede ser provocado por enfermedades orgánicas y/o medicamentos.<sup>19, 20, 21</sup>

En México, las curvas de tendencia actuales nos permiten hacer proyecciones suficientemente confiables para los Trastornos de Ansiedad y los Trastornos de Adaptación. Así, en el 2020 se diagnosticarán cerca de 3,000 personas con Trastorno de Ansiedad, y 400 nuevos casos de Trastornos de Adaptación.<sup>21, 22</sup>

El diagnóstico de los trastornos mentales en general y los trastornos de ansiedad es clínico, se realiza a través de médicos psiquiatras mediante la aplicación de los criterios establecidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV y secundariamente, mediante el uso de escalas de evaluación clínica. Existiendo instrumentos como el inventario de ansiedad de inventario Beck (BAI) o la escala de Hamilton de ansiedad (HARS), que consta de 14 ítems que evalúan los aspectos físicos, psíquicos y conductuales del sujeto durante la entrevista, valorando con esto la intensidad de la ansiedad. (que en su interior arroja dos vertientes, la Ansiedad Psíquica y la Somática, con fiabilidad de los elementos del *test* con un índice *Alfa de Cronbach* 0.74) que nos permiten evaluar síntomas de ansiedad como los ya antes mencionados, clasificando los síntomas según los resultados obtenidos 0 a 5 como no Ansiedad, 6 a 14 Ansiedad leve, más de 15 Ansiedad moderada o grave, siendo esta escala de utilidad como elemento de apoyo al diagnóstico clínico, aunque principalmente se utilizan este último como instrumento para valoración de la gravedad de la sintomatología asociada al trastorno, por lo que alerta sobre la existencia de enfermedad ansiosa al mismo tiempo que establecen su gravedad, resultando muy útil, tanto en la práctica asistencial como en estudios clínicos.<sup>23</sup>

En el adulto mayor de 60 años, la búsqueda de síntomas de ansiedad puede ser muy difícil por la confluencia de sus múltiples síntomas de tipo orgánico, lo que hace que el médico tratante se enfoque principalmente a las patologías predominantes y le reste importancia a los síntomas sutiles o iniciales de un proceso neuropsiquiátrico como la ansiedad, depresión y/o trastorno mixto de ansiedad-depresión.<sup>24</sup>

Por otra parte, existe un sesgo de atención médica en estos pacientes, dado que la depresión y la ansiedad son consideradas como parte del envejecimiento normal, lo que complica distinguir los cambios de éste, con los signos de trastorno mental.<sup>24</sup>

Algunos autores mencionan que cuando un paciente es diagnosticado con un enfermedad crónica degenerativa, invariablemente cursa por etapas agudas de estrés y de ansiedad principalmente, Strik, Denollet, Lousberg y Honig (2003), comentan que el presentar ansiedad tiene 3.1 más veces de sufrir un infarto, al igual que algunos otros destacan el creciente apoyo a la hipótesis de que emociones negativas (como la depresión y ansiedad) influyen en el desarrollo de enfermedad cardíaca coronaria. Siendo la ansiedad un factor de riesgo como lo describen en un estudio Kubzansky y Kawachi en el 2000 y 2009 respectivamente, estos son solo dos de los estudios que se pueden mencionar de los muchos que relacionan la ansiedad con padecimientos crónicos degenerativos.<sup>25, 26,27</sup>

La población de adultos mayores padecen de patologías mentales similares a los que no han llegado a esta edad, pero algunos de éstos trastornos se vuelven particularmente importantes en la vejez, como los trastornos del conocimiento, del afecto, la depresión, ansiedad, dependencia al alcohol, y trastornos de la personalidad. Los problemas personales que aparecen en esta edad y sus reacciones de adaptación como el duelo, pérdidas, dolores físicos, trastornos del sueño, entre otros, los hacen más susceptibles a la patología mental. Además, los múltiples problemas de salud que padecen y la polifarmacia que reciben, provoca que los médicos tratantes no enfoquen su atención a las manifestaciones psiquiátricas, las que pueden ser enmascaradas por los síntomas orgánicos.<sup>24</sup>

### **III.-JUSTIFICACION**

El Instituto Mexicano del Seguro Social dentro de la Medicina Familiar se caracteriza por brindar servicios integrales, viendo al paciente en todos los aspectos que rodean a la enfermedad, incluyendo los aspectos familiares, sociales, laborales así como las comorbilidades dentro de la consulta de medicina familiar y de los programas preventivos. Se ha observado el incremento de padecimientos crónico-degenerativos en pacientes de 60 años<sup>1,7</sup> y más, pero también se ha observado la limitante para identificar y/o diagnosticar síntomas que nos indiquen algún tipo de alteración en la salud mental.<sup>24</sup>

El presente trabajo tiene la finalidad de abordar al paciente de manera integral, tomando en cuenta todos los aspectos mencionados anteriormente con la finalidad de demostrar la relación entre síntomas ansiedad y polifarmacia. Este conocimiento se pretende dar a conocer al médico de primer nivel e invitarlo a llevar a cabo el interrogatorio dirigido a identificar síntomas de ansiedad durante la consulta diaria. En otras palabras, se pretende otorgar la información como herramienta indispensable para mejorar el tratamiento que se otorga a pacientes, sin perder de vista el tratamiento integral.

Para realizar el diagnóstico de ansiedad el médico psiquiatra evalúa los criterios del DSM IV. Sin embargo el médico familiar cuenta con herramientas para evaluar el estado de ánimo como los son escala de Hamilton y en inventario de beck.<sup>23</sup>

#### **IV.-PLANTEAMIENTO DELPROBLEMA**

La estructura de la pirámide poblacional se modifica continuamente con tendencias a inversión de la misma, observándose que la población de adultos crece cada vez más, aumentando más rápidamente que la población general, según estimaciones de la ONU para el 2025 existirán a nivel mundial alrededor de 1 200 millones de adultos mayores, representando el 14.1% para América Latina y el Caribe, aumentando dicho porcentaje hasta el 22.6 para el 2050, es decir 1 de 4 habitantes del continente americano corresponderá al grupo de población de 65 años de edad y más,<sup>2,3</sup> aunado a ello se encuentra el riesgo de comorbilidades en este rango de edad y en consecuencia también el mayor consumo de medicamentos.<sup>1,7,8</sup>

Algunos autores mencionan que pacientes diagnosticados con enfermedad crónica-degenerativa, cursan por etapas agudas de estrés y de ansiedad principalmente, otros mencionan que presentar ansiedad tiene 3.1 más veces de sufrir un infarto y otros más destacan que las emociones negativas como la ansiedad influyen el desarrollo de enfermedades cardiacas y metabólicas.<sup>25, 26,27</sup>

Hasta el momento en el Estado de Sonora no se cuenta con estadísticas que den a conocer la relación entre síntomas de ansiedad y polifarmacia, esto es en parte como ya se mencionó anteriormente debido a que el diagnóstico preciso de ansiedad en adultos mayores puede ser difícil por la confluencia de sus múltiples síntomas de las patologías con los propios del cuadro de ansiedad de origen orgánico que pueden estar asociados a enfermedades físicas y a medicamentos que utilizan para tratarlas, pero es frecuente ver que cada día la longevidad de la vida es a cambio de la ingestión de más medicamentos y éstos síntomas pueden tener efecto adverso para el apego al tratamiento, dosificación adecuada, etc.

Dentro de la Unidad de Medicina Familiar No. 63 la problemática de polifarmacia se observa con mucha frecuencia, a nivel intramuros no existe un estudio de investigación que dé a conocer las cifras exactas de la población que presenta este problema, por lo que se hace necesario realizar la siguiente interrogante: ¿Existe una asociación síntomas de ansiedad y polifarmacia en pacientes mayores de 60 años que acuden a consulta médica en ésta Unidad de Medicina Familiar?

## **V.-OBJETIVOS**

### **Objetivo General:**

Determinar la asociación entre los síntomas de ansiedad y la polifarmacia en pacientes derechohabientes mayores de 60 años que acuden a consulta médica a la Unidad de Medicina Familiar No. 63 de Hermosillo, Sonora en el año 2012.

## **VI.- HIPOTESIS**

### **Hipótesis nula.**

1.-La ansiedad no se asocia a polifarmacia en los pacientes mayores de 60 años que acuden a consulta médica a la Unidad de Medicina Familiar No. 63 de Hermosillo, Sonora en el año 2012 no se asocian a la polifarmacia.

### **2. Hipótesis de trabajo.**

1.-La ansiedad se asocia a polifarmacia en los pacientes mayores de 60 años que acuden a consulta médica a la Unidad de Medicina Familiar No. 63 de Hermosillo, Sonora en el año 2012 se asocian a la polifarmacia.

## **VII.- MATERIAL Y METODOS.**

El presente estudio se llevó a cabo en la UMF No.63 del IMSS, localizada en la ciudad de Hermosillo, Sonora, con dirección en calle Ley Federal de Trabajo esquina con Mariano Escobedo, Colonia, Apolo.

Consistió en un estudio observacional transversal analítico con muestreo no probabilístico de casos consecutivos, se incluyó a pacientes de ambos sexos de 60 o más años de edad, con una o más enfermedad crónico-degenerativas, sin descompensación, con registro de polifarmacia en su expediente durante las últimas 3 consultas en control por Médico Familiar, se obtuvo una muestra de 173 pacientes a través de la fórmula para una proporción, con población infinita, con base a los siguientes criterios de selección:

### **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

#### **Criterios de inclusión:**

- Paciente de ambos sexos de 60 años y más con una o dos enfermedades crónico-degenerativas con registro en expediente electrónico de polifarmacia en sus tres últimas consultas

#### **Criterios de exclusión:**

- Pacientes que tengan deterioro cognitivo.
- Pacientes con artritis reumatoide.
- Pacientes con endocrinopatías (excepto diabetes).
- Pacientes con antecedentes de alcoholismo.
- Pacientes con tabaquismo positivo.
- Pacientes con dependencia funcional.
- Pacientes que no quieran participar en el estudio.
- Pacientes con antecedentes de ansiedad.
- Pacientes con antecedentes de trastorno mixto de ansiedad y depresión.
- Pacientes con antecedentes de hospitalización en los últimos 6 meses.

Criterios de eliminación:

- Derechohabientes que hayan aceptado y firmado el consentimiento informado y se retiren del estudio.
- Cuestionarios o ítems incompletos o con múltiple respuesta.

## OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional.	Escala de Medición	Indicador
Edad	Tiempo en que una persona, animal o planta ha vivido desde que nació. Cada uno en los periodos en que se considera dividida la vida humana. Periodo de tiempo en que se considera dividida la historia.	Se determinara la edad en años según lo indique la credencial de identificación IFE.	Cualitativa  Nominal	1.-60-70 años.  2.-71-80 años.  3.-81-90 años.  4.-91 y más años
Sexo	Proceso de combinación y mezcla de rasgos genéticos a menudo dando por resultado la especialización de organismos en variedades masculina y femenina (conocidas como sexo)	Se determinara masculino y femenino según indique credenciales de identificación IFE	Cualitativa  Nominal	1.-Femenino  2.-Masculino.
Escolaridad	Periodo de tiempo que dura la estancia de un niño o joven en la escuela para estudiar y recibir la enseñanza adecuada.	Se tomara en cuenta la escolaridad según la información que otorgue el paciente	Cualitativa  Ordinal	1.-analfabeta  2.-sabe leer y escribir  3.- primaria  4.- secundaria  5.-tecnica  6.-bachillerato  7.- licenciatura  8.- posgrado
Patología de base	Es la Patología que condiciona al enfermo a acudir con periodicidad a	Se tomará en cuenta a lo establecido en el Expediente clínico, según padecimiento	Cualitativa  nominal	1.-Diabetes mellitus.

	una consulta médica, por lo general se trata de padecimiento crónico-degenerativos	actual		2.-Hipertensión arterial. 3-Efisema Pulmonar.
Polifarmacia	Utilización de 4 o más fármacos en forma simultánea según la OMS	pacientes a quienes, al menos en 3 de las 6 últimas consultas recibidas, se les haya prescrito 4 o más fármacos en forma simultánea	Cuantitativa Nominal	1.- 4 medicamentos 2.- 5 medicamentos 3.- 6 medicamentos 4.- 7 y más medicamentos
Tipo de Medicamento	Es la familia de los medicamentos que se encuentra el paciente ingiriendo para contrarrestar los efectos o síntomas de una patología.	Se tomará en cuenta la familia a la que pertenecen los medicamentos que se estén ingiriendo es ese momento por el paciente	Cualitativa Nominal	1.Antihertensivos, vasodilatadores, diuréticos  2.-Hipoglucemiantes  3.-Broncodilatadores, esteroides inhalados
Tipología familiar	Clasificación que se le otorga a la familia	Se tomara en cuenta el tipo de familia en base a su composición de acuerdo a la información que proporcione el paciente	Cualitativa Nominal	1.-Nuclear. 2.-Nuclear extensa. 3.-Nuclear extendida
<b>Valoración mental Psico-Afectiva:</b>	<b>Estado ansioso:</b> Inquietud. Expectativas de catástrofe. Aprensión (anticipación con terror). Irritabilidad.	Según escala de Hamilton se tomará en cuenta el rango que va de 0 a 5 puntos que corresponden a ansiedad (ítems 1,)	Cualitativa Ordinal	0= Ausente. 1- Leve 2- Moderada 3- Grave. 4.- Muy Grave e incapacitante

<p><b>Tensión:</b> Sensaciones de tensión. Fatiga. Imposibilidad de estar quieto. Reacciones de sobresalto. Llanto fácil. Temblores. Sensaciones de incapacidad para esperar.</p>	<p>Según escala de Hamilton se tomará en cuenta el rango que va de 0 a 5 puntos que corresponden a ansiedad (ítems 2)</p>	<p>Cualitativa Ordinal</p>	<p>1= Ausente. 2= Leve 3= Moderada 4= Grave. 5= Muy Grave e incapacitante</p>
<p><b>Miedos:</b> A la oscuridad. A los desconocidos. A quedarse solo. A los animales. A la circulación. A la muchedumbre.</p>	<p>Según escala de Hamilton se tomará en cuenta el rango que va de 0 a 5 puntos que corresponden a ansiedad (ítems 3)</p>	<p>Cualitativa Ordinal</p>	<p>1= Ausente. 2= Leve 3= Moderada 4= Grave. 5= Muy Grave e incapacitante</p>
<p><b>Insomnio:</b> Dificultades de conciliación. Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio, con cansancio al despertar. Sueños penosos. Pesadillas. Terrores nocturnos.</p>	<p>Según escala de Hamilton se tomará en cuenta el rango que va de 0 a 5 puntos que corresponden a ansiedad (ítems 4)</p>	<p>Cualitativa Ordinal</p>	<p>1= Ausente. 2= Leve 3= Moderada 4= Grave. 5= Muy Grave e incapacitante</p>
<p><b>Funciones Intelectuales (Cognitivas):</b> Dificultad de concentración. Falta de memoria.</p>	<p>Según escala de Hamilton se tomará en cuenta el rango que va de 0 a 5 puntos que corresponden a ansiedad (ítems 5)</p>	<p>Cualitativa Ordinal</p>	<p>1= Ausente. 2= Leve 3= Moderada 4= Grave. 5= Muy Grave e incapacitante</p>
<p><b>Estado de ánimo depresivo:</b> Pérdida de interés. No disfruta del tiempo libre. Depresión. Insomnio de madrugada. Variaciones anímicas a lo largo del día.</p>	<p>Según escala de Hamilton se tomará en cuenta el rango que va de 0 a 5 puntos que corresponden a ansiedad (ítems 6)</p>	<p>Cualitativa Ordinal</p>	<p>1= Ausente. 2= Leve 3= Moderada 4= Grave. 5= Muy Grave e incapacitante</p>
<p><b>Síntomas somáticos musculares:</b> Dolores musculares. Rigidez muscular. Sacudidas musculares. Sacudidas clónicas. Rechinar de dientes. Voz quebrada.</p>	<p>Según escala de Hamilton se tomará en cuenta el rango que va de 0 a 5 puntos que corresponden a ansiedad (ítems 7)</p>	<p>Cualitativa Ordinal</p>	<p>1= Ausente. 2= Leve 3= Moderada 4= Grave. 5= Muy Grave e incapacitante</p>

			incapacitante
<b>Síntomas somáticos generales:</b> Zumbido de oídos. Visión borrosa. Oleadas de calor o frío. Sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos u hormigueos ).	Según escala de Hamilton se tomará en cuenta el rango que va de 0 a 5 puntos que corresponden a ansiedad (ítems 8)	Cualitativa Ordinal	1= Ausente. 2= Leve 3= Moderada 4= Grave. 5= Muy Grave e incapacitante
<b>Síntomas cardiovasculares:</b> Taquicardia. Palpitaciones. Dolor torácico. Sensación pulsátil en vasos. Sensaciones de "baja presión" o desmayos. Extrasístoles (arritmias cardíacas benignas).	Según escala de Hamilton se tomará en cuenta el rango que va de 0 a 5 puntos que corresponden a ansiedad (ítems 9)	Cualitativa Ordinal	1= Ausente. 2= Leve 3= Moderada 4= Grave. 5= Muy Grave e incapacitante
<b>Síntomas respiratorios:</b> Opresión pretorácica. Constricción precordial. Sensación de ahogo o falta de aire. Suspiros. Disnea (dificultad para respirar).	Según escala de Hamilton se tomará en cuenta el rango que va de 0 a 5 puntos que corresponden a ansiedad (ítems 10)	Cualitativa Ordinal	1= Ausente. 2= Leve 3= Moderada 4= Grave. 5= Muy Grave e incapacitante
<b>Síntomas gastrointestinales:</b> Dificultades evacuatorias. Gases. Dispepsia: dolores antes o después de comer, ardor, hinchazón abdominal, náuseas, vómitos, constricción epigástrica. Cólicos (espasmos) abdominales. Diarrea. Pérdida de peso. Estreñimiento.	Según escala de Hamilton se tomará en cuenta el rango que va de 0 a 5 puntos que corresponden a ansiedad (ítems 11)	Cualitativa Ordinal	1= Ausente. 2= Leve 3= Moderada 4= Grave. 5= Muy Grave e incapacitante
<b>Síntomas genitourinarios:</b> Micciones frecuentes. Micción imperiosa. Amenorrea (falta del período menstrual). Metrorragia (hemorragia genital). Frigidez. Eyaculación precoz. Impotencia. Ausencia de erección.	Según escala de Hamilton se tomará en cuenta el rango que va de 0 a 5 puntos que corresponden a ansiedad (ítems 12)	Cualitativa Ordinal	1= Ausente. 2= Leve 3= Moderada 4= Grave. 5= Muy Grave e incapacitante

<p><b>Síntomas del sistema nervioso autónomo:</b> Boca seca. Accesos de enrojecimiento. Palidez. Tendencia a la sudoración. Vértigos. Cefalea (dolor de cabeza) de tensión.</p>	<p>Según escala de Hamilton se tomará en cuenta el rango que va de 0 a 5 puntos que corresponden a ansiedad (ítems 13)</p>	<p>Cualitativa Ordinal</p>	<p>1= Ausente. 2= Leve 3= Moderada 4= Grave. 5= Muy Grave e incapacitante</p>
<p><b>Conducta en el transcurso del test:</b> Tendencia al abatimiento. Agitación: manos inquietas, juega con los dedos, cierra los puños, tics, aprieta el pañuelo en las manos. Inquietud: va y viene. Temblor en las manos. Rostro preocupado. Aumento del tono muscular o contracturas musculares. Respiración entrecortada. Palidez facial. Traga saliva. Eructos. Taquicardia o palpitaciones. Ritmo respiratorio acelerado. Sudoración. Pestañeo.</p>	<p>Según escala de Hamilton se tomará en cuenta el rango que va de 0 a 5 puntos que corresponden a ansiedad (ítems 14)</p>	<p>Cualitativa Ordinal</p>	<p>1= Ausente. 2= Leve 3= Moderada 4= Grave. 5= Muy Grave e incapacitante</p>

## **DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO:**

El siguiente estudio se realizó en UMF 63, de Hermosillo Sonora, previa autorización de Dr. Antonio Araiza Andrade Director de la Unidad, se tomaron expedientes de pacientes mayores de 60 años de edad con una o dos enfermedades crónico-degenerativas que acuden a control mensual de su padecimiento, para valoración de registraron polifarmacia en sus últimas 3 consultas, posteriormente se aplicó durante la consulta, así como también en reuniones grupales con pacientes de otros consultorios, respondiendo a las preguntas y dudas de los pacientes de forma individual el instrumento de evaluación llamado “Escala de Hamilton” para ansiedad para la identificación de síntomas de ansiedad somática o psíquica, así como también un cuestionario con variables socio-demográficas tales como el estado civil, escolaridad, sexo, edad, tipo de familia a la cual pertenecen, tratamiento que está recibiendo actualmente y patología de base, con la finalidad de analizar más detalladamente la información obtenida. El procesamiento, la descripción y análisis se realizó por medio de frecuencias, porcentajes y para correlación se utilizó prueba de Spearman y odds ratio

## VIII.-RESULTADOS

Los resultados obtenidos en el estudio de acuerdo a los datos sociodemográficos de los 173 pacientes de la muestra el 52.7% (n=91) pertenecen al sexo femenino, de los cuales el 54.3 % pertenecen al grupo de edad de 60-70 años de edad un 62.4% son casados (n=108); el 70.5% (n=122) de la muestra cuenta con una familia nuclear. El nivel de escolaridades predominante es bajo; el 37.6% (n=65) cuentan con el nivel de primaria, el 28.3% solo sabe leer y escribir.

En la tabla1 nos muestra los datos sociodemográfico donde se observa que del total de las personas que participaron en el estudio N=173.

**Tabla 1: Datos sociodemográficos de personas mayores de 60 años con padecimientos crónico degenerativos.**

Variable	F	%
<b>Sexo</b>		
Hombre	82	47.4
Mujer	91	52.6
<b>Edad</b>		
60-70 años	94	54.3
71-80 años	70	40.5
81-90 años	9	5.2
<b>Estado civil</b>		
Soltero	3	1.7
Casado	108	62.4
Unión libre	12	6.9
Divorciada(o)	1	0.6
Viudo(a)	49	28.3
<b>Escolaridad</b>		
Analfabeta	17	9.8
Sabe leer y escribir	49	28.3
Primaria	65	37.6
Secundaria	29	16.8
Técnica	8	4.6
Bachillerato	4	2.3
Licenciatura	1	0.6
<b>Tipo de familia</b>		
Nuclear	122	70.5
Nuclear extensa	32	18.5
Nuclear compuesta	19	11.0

*Fuente: HBDT-2013 n=173*

Las personas participantes presentan una o más enfermedad crónico degenerativas, de los cuales 63.6% presentan Hipertensión arterial y diabetes mellitus, el 27.7%, padece solamente hipertensión arterial, el 4.6% hipertensión arterial y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el 2.3 % padece diabetes mellitus y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, y una minoría padece diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedad pulmonar crónica (1.7%), de los cuales la muestra total 100% (n=173) se detectó con polifarmacia; observándose que el 50 % consumen 4 medicamentos el 45 % 5 mes y el 10 % 6 o más medicamentos, los medicamentos que se consumen esta personas son para controlar su padecimientos crónicos, el 84.1% consumen dos o más antihipertensivos , de los cuales el 9.4% consumen los inhibidores de la ECA, el 5.3 % antagonistas de angiotensina II, y el 1.2 % (n=2) los bloqueadores de los canales de calcio dihidropiridínicos; del grupo de los diuréticos las tiazidas lo son en 87.3% (n=96), el 10.0% consume diuréticos de ASA, y en un 2.7% diuréticos bloqueadores de receptores de aldosterona; los hipoglucemiantes orales los predominantes son las Biguanidas 49.0%(n=51), el 2.9% (n=3) consume sulfonilureas, el 1.9 % (n=2) las Meglitinidas y en un 1.0% (n=1) las Glitazonas; el 47.3% (n=26) combinan la insulina NPH y la rápida, el 38.2% (n=21), solamente usa la insulina NPH; en las personas que padecen de EPOC, el 40% (n=6) utiliza agonista beta 2 de acción rápida.

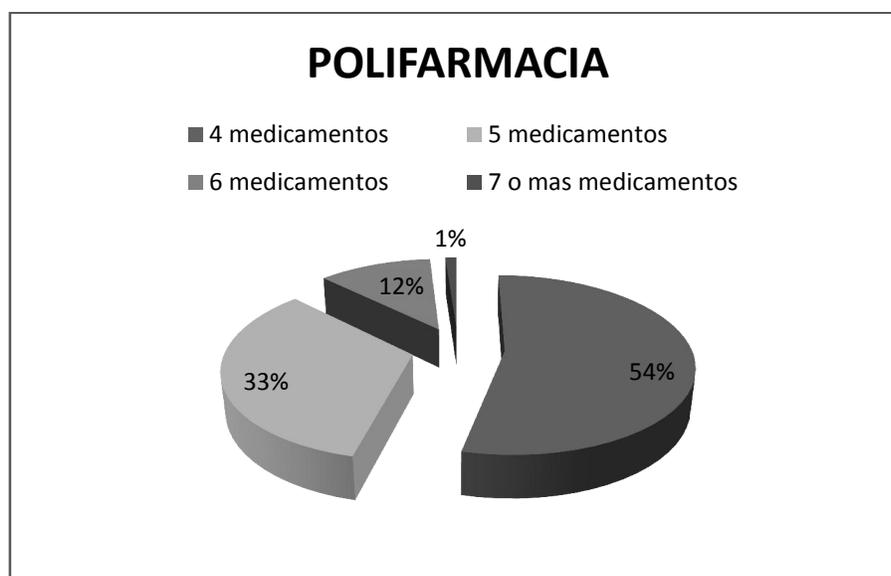
**Tabla 2: Datos del tratamiento médico de las personas participantes en el estudio**

Variable	F	%
<b>Padecimiento</b>		
Hipertensión arterial	48	27.7
HTA y DM	110	63.6
HTA y EPOC	8	4.6
DM y EPOC	4	2.3
DM, HTA y EPOC	3	1.7
<b>Polifarmacia</b>		
Con polifarmacia	-	-
Sin polifarmacia	173	100.0
<b>Antihipertensivos</b>		
Inhibidores de la ECA	16	9.4
Antagonistas de angiotensina II	9	5.3
Bloqueadores de los canales de calcio dihidropiridínicos	2	1.2

Combinación de dos o más antihipertensivos	143	84.1
<b>Diuréticos</b>		
Diuréticos tiazidas	96	87.3
Diuréticos asa	11	10.0
Diuréticos bloqueadores de receptores de aldosterona	3	2.7
<b>Hipoglucemiantes orales</b>		
Sulfonilureas	3	2.9
Biguanidas	51	49.0
Glitazonas	1	1.0
Meglitinidas	2	1.9
Uno y dos	41	39.4
Uno, dos y tres	6	5.8
<b>Insulina</b>		
Insulina NPH	21	38.2
Insulina ultra lenta	6	10.9
Insulina ultra rápida	2	3.6
Insulina NPH y rápida	26	47.3
<b>Tratamiento para EPOC</b>		
Agonistas Beta 2 de acción rápida	6	40.0
Uno y dos	6	40.0
Uno, dos y tres	3	20.0

Fuente: HBDT-2013 n=173

En el gráfico 1 se observa el porcentaje en relación al número de medicamentos que consumen las personas con polifarmacia correspondientes a este estudio, encontrándose mayor porcentaje de personas con uso de 4 medicamentos en (54%).



Fuente: HBDT-2013 n=173

La tabla 3 nos muestra la confiabilidad del instrumento para evaluar la ansiedad, la cual obtuvo un alfa de cronbach de 0.878, considerándose como aceptable; los ítems donde más considero las personas de acuerdo a su ansiedad son en el grupo donde valora el aspecto Psíquico en un 38.8 % (n= 59) de las personas presentaron datos de grave.

**Tabla 3: Instrumento para valorar la ansiedad Hamilton.**

Ítem	Respuesta										Alfa de Cronbach
	Ausente		Leve		Moderada		Grave		Muy grave		
	f	%	f	%	f	%	f	%	F	%	
<b>1. Ansiedad</b>	70	40.5	63	36.4	31	17.9	<b>8</b>	<b>4.6</b>	<b>1</b>	<b>0.6</b>	.878
<b>2. Tensión</b>	71	41.0	49	28.3	40	23.1	<b>13</b>	<b>7.5</b>	-	-	
<b>3. Miedo</b>	125	72.3	30	17.3	16	9.2	<b>2</b>	<b>1.2</b>	-	-	
<b>4. Insomnio</b>	73	42.2	40	23.1	37	21.4	<b>23</b>	<b>13.3</b>	-	-	
<b>5. Dificultades en la concentración y la memoria</b>	75	43.4	59	34.1	28	16.2	<b>11</b>	<b>6.4</b>	-	-	
<b>6. Animo deprimido</b>	83	48.0	41	23.7	38	22.0	<b>10</b>	<b>5.8</b>	<b>1</b>	<b>0.6</b>	
<b>7. Síntomas somáticos generales (musculares)</b>	126	72.8	20	11.6	19	11.0	<b>7</b>	<b>4.0</b>	1	0.6	
<b>8. Síntomas somáticos generales (sensoriales)</b>	97	56.1	44	25.4	22	12.7	<b>10</b>	<b>5.8</b>	-	-	
<b>9. Síntomas cardiovasculares</b>	107	61.8	50	28.9	12	6.9	<b>4</b>	<b>2.3</b>	-	-	
<b>10. Síntomas respiratorios</b>	129	74.6	27	15.6	13	7.5	<b>4</b>	<b>2.3</b>	-	-	
<b>11. Síntomas gastrointestinales</b>	103	59.5	34	19.7	25	14.5	<b>11</b>	<b>6.4</b>	-	-	
<b>12. Síntomas genito urinarios</b>	150	86.7	11	6.4	10	5.8	<b>2</b>	<b>1.2</b>	-	-	
<b>13. Síntomas autonómicos</b>	113	65.3	34	19.7	18	10.4	<b>8</b>	<b>4.6</b>	-	-	
<b>14. Conducta durante la entrevista</b>	108	62.4	48	27.7	17	9.8	-	-	-	-	

En la tabla 4 se observa que el 39.3% de los pacientes estudiados, muestran ansiedad leve, un 38.7% no presentan ansiedad y un 22% se detectó ansiedad moderada o grave.

**Tabla 4: Relación del resultado de ansiedad y la polifarmacia de los derechohabientes de la UMF No 63 del IMSS**

Resultado de ansiedad	Polifarmacia	
	<i>f</i>	%
No ansiedad	67	38.7
Ansiedad leve	68	39.3
Ansiedad moderada o grave	38	22.0
<b>Total</b>	173	100.0

*Fuente: HBDT-2013 / EH n=173*

La tabla 5 nos muestra la distribución de los datos sociodemográficos y la relación de la presencia de polifarmacia donde se observa que él las personas con polifarmacia el sexo predominante es en el femenino con 52.6 %, en relación con el masculino con un 47.4 %, de los cuales el grupo de edad que presento mayor frecuencia en polifarmacia fue el de 60 -70 años de edad con un 54.3 % , en un 40.5 % el grupo de edad de 71-80 años, en una minoría fue el grupo de 81-90 años de edad esto en un 5.2%; referente al estado civil más de la mitad de las personas son casadas en un 62.4 %, siguiéndole el grupo de personas que se encuentran viudas en un 28.3%, la del grupo de personas que viven en unión libre se encontró en un 6.9%, en minoría al grupo de personas solteras con un 1.7% y las divorciadas con un 0.6%; según el tipo de familia se encontró que las personas pertenecen a una familia nuclear en un 70.5%, el 18.5 % cuentan con una familia extensa y en menor frecuencia cuentan con una familia compuesta en un 11.0%; en relación con la enfermedad, se observa que las personas con Hipertensión arterial y Diabetes mellitus son las personas que presentan mayoría esto más de la mitad en un 63.6%, las personas con HTA muestran un 27.7%y en una menor frecuencia las personas que cuentan con Diabetes mellitus, Hipertensión arterial y Enfermedad pulmonar obstructiva crónica el 1.7% (n=3).

**Tabla 5: Distribución de los datos sociodemográficos en relación con la presencia de polifarmacia de los derechohabientes de la UMF No 63 del IMSS.**

Variable	Polifarmacia	
	<i>f</i>	%
<b>Sexo</b>		
Femenino	91	52.6
Masculino	82	47.4
<b>Grupo de edad</b>		
60-70 años	94	54.3
71-80 años	70	40.5
81-90 años	9	5.2
<b>Estado civil</b>		
Soltero	3	1.7
Casado	108	62.4
Unión libre	12	6.9
Divorciado (a)	1	0.6
Viudo (a)	49	28.3
<b>Tipo de familia</b>		
Nuclear	122	70.5
Nuclear Extensa	32	18.5
Nuclear compuesta	19	11.0
<b>Patología</b>		
Hipertensión arterial	48	27.7
HTA y DM	110	63.6
HTA y EPOC	8	4.6
DM y EPOC	4	2.3
DM, HTA y EPOC	3	1.7

Fuente: HBDT-2013 / EH n=173

La distribución en relación con los datos sociodemográficos y la ansiedad de los derechohabientes de la UMF No 63 del IMSS, se encontró que el sexo femenino presenta mayor ansiedad moderada o grave esto en un 12.1% en relación con el sexo masculino que presentó en este rango de ansiedad el 9.8%, el sexo que predominó en las personas que no presentaron datos de ansiedad fue el sexo masculino esto en un 20.8%, en relación con las del sexo femenino que presentó un 17.9%; el grupo de edad que predominó fue de 60-70 años en los diferentes grados de ansiedad, como en la moderada o grave se presentó un 10.4%, en la ansiedad leve 20.2%, en los que no presentan ansiedad fue en un 23.7%; en las personas casadas se observa mayor prevalencia de síntomas de ansiedad tanto

para moderada o grave en un 10.4%, como para leve un 27.2%; la ansiedad se presenta con mayor frecuencia en aquellos pacientes con familia nuclear esto en un 13.3 % de los pacientes con síntomas de ansiedad moderada o grave y en un 31.2 % con ansiedad leve; en relación con presencia de ansiedad y la patología, se observa que las personas que sobresalen con ansiedad son las que tienen Hipertensión arterial y diabetes mellitus, ansiedad moderada o grave en un 16.2 % y ansiedad leve 25.4 %, esto como se muestra en la tabla 6.

**Tabla 6: Distribución de los datos sociodemográficos en relación con la ansiedad de los derechohabientes de la UMF No 63 del IMSS**

Variable	Resultado de ansiedad					
	No ansiedad		Ansiedad leve		Ansiedad moderada o grave	
	f	%	f	%	f	%
<b>Sexo</b>						
Femenino	31	17.9	39	22.5	21	12.1
Masculino	36	20.8	29	16.8	17	9.8
<b>Grupo de edad</b>						
60-70 años	41	23.7	35	20.2	18	10.4
71-80 años	24	13.9	30	17.3	16	9.2
81-90 años	2	1.2	3	1.7	4	2.3
<b>Estado civil</b>						
Soltero	1	0.6	2	1.2	-	-
Casado	43	24.9	47	27.2	18	10.4
Unión libre	7	4.0	2	1.2	3	1.7
Divorciado (a)	-	-	1	0.6	-	-
Viudo (a)	16	9.2	16	9.2	17	9.8
<b>Tipo de familia</b>						
Nuclear	45	26.0	54	31.2	23	13.3
Nuclear Extensa	12	6.9	12	6.9	8	4.6
Nuclear compuesta	10	5.8	2	1.2	7	4.0
<b>Patología</b>						
Hipertensión arterial	23	13.3	17	9.8	8	4.6
HTA y DM	38	22.0	44	25.4	28	16.2
HTA y EPOC	3	1.7	3	1.7	2	1.2
DM y EPOC	1	0.6	3	1.7	-	-
DM, HTA y EPOC	2	1.2	1	0.6	-	-

Fuente: HBDT-2013 / EH n=173

En la tabla 7 se observa que la calificación para detectar ansiedad la  $\bar{X} = 8.97$ , con  $DE = 7.47$ , con la calificación de la polifarmacia fue de  $\bar{X} = 17.70$  y  $DE = 7.47$ , los aspectos de psíquico se obtuvo  $\bar{X} = 4.83$  y una  $DE = 4.83$  y el aspecto somático  $\bar{X} = 3.46$  y  $DE = 3.64$ , De acuerdo a la prueba de normalidad, test de Kolmorov-Smirnov (Martínez- González, Sánchez-Villegas, & Faulin-Fajardo, 2008), la distribución de los datos muestra no sigue una distribución normal, ( $p < 0,05$ ), por lo que se utilizó estadística no paramétrica para la comprobación de Hipótesis.

**Tabla 7: Prueba de normalidad de los datos el test de Kolmorov-Smirnov**

Variable	$\bar{X}$	DE	Valor Mínimo	Valor Máximo	Kolmorov-Smirnov Z	Sig.
Relación de la diagnóstico ansiedad	8.97	7.47	0	29.00	.115	.000
Polifarmacia	17.70	7.47	5	39	.120	.000
Psíquico	4.83	4.45	0	17.00	.170	.000
Somático	3.46	3.64	0	19.00	.203	.000

Fuente: HBDT-2013 / EH  $n = 173$

De acuerdo con la prueba de R Spearman de .109 y una  $p > 0.05$ . Se puede decir que existe una correlación baja y no significativa entre la ansiedad y la polifarmacia en adultos mayores de 60 años.

Para comprobación de hipótesis se utilizó la correlación de Spearman obteniéndose los siguientes resultados  $r = .109$ , y una  $p > 0.05$ .

**Tabla 8: Prueba de comprobación de hipótesis correlación Spearman**

<b>Variable</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>Polifarmacia</b>	1			
<b>R. ansiedad</b>	.109 .152	1		
<b>Psíquico</b>	.125 .103	.954** .000	1	
<b>Somático</b>	.076 .320	.918** .000	.766** .000	1

*Fuente: HBDT-2013 / EH n=173*

## IX.-DISCUSIÓN

En nuestro país así como en el resto del mundo la población de adultos mayores se encuentra cada vez con mayor incremento, <sup>2,3</sup> lo cual a su vez conlleva al aumento de enfermedades crónico degenerativas como Diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, trastornos de ansiedad y depresión. <sup>7,8</sup>

De acuerdo al estudio realizado en San Ruperto la Pastora en Caracas Venezuela el grupo de edad predominante fue 60-64 años, reportando una alta prevalencia de enfermedades crónico degenerativas con la hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca, y el uso de antihipertensivos en un 54 %, <sup>28</sup> comparado con esta investigación se obtuvieron datos similares el grupo de mayor prevalencia en este caso fue de 60 a 70 años, hipertensión arterial es una de las enfermedades predominantes que junto con la diabetes mellitus alcanzó un 63.6 %, variando en cuanto al porcentaje de uso de antihipertensivos que fue de 15.9 % siendo menor al anterior pero muy similar a otros estudios como el de Martínez Querol donde se reportó una frecuencia de hasta un 13 %. <sup>13</sup>

Por lo que respecta al sexo la mayor prevalencia fue en el sexo femenino en un 52.6%, coincidiendo esto con los estudios de San Ruperto, <sup>28</sup> Regueira Naranjo y cols realizado en la Habana Cuba sobre polifarmacia en la tercera edad donde se observa una alta prevalencia en mujeres (58% y 55% respectivamente). <sup>11</sup>

Por otro lado, tomando en cuenta que los cambios morfológicos, fisiológicos, psicológicas (como la muerte de algún miembro de la familiar) tal como lo refiere Sánchez-Gutiérrez en su estudio de *Efectos de la Polifarmacia sobre la calidad de vida en adultos mayores*, son factores de riesgo para el uso indiscriminado de medicamentos, <sup>1</sup> en nuestro estudio donde todos tuvieron polifarmacia no se encontró relación con las pérdidas psicológicas, encontrando estas condiciones solo en un 19.6%.

No existen datos en la literatura buscada acerca de la asociación entre los síntomas de ansiedad y polifarmacia, por lo cual decidimos asociar esta última con las enfermedades crónico degenerativas, ya que los pacientes que las padecen cursan además con emociones negativas como lo es la ansiedad, superadas en gran parte de ellos, pero un 30 %, según la literatura no logran superar ésta crisis, que conlleva a adaptarse a su nueva situación.<sup>29</sup> En una revisión reportada en el estudio de Montorio Serrato y cols sobre *Prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en una muestra de personas mayores residentes en la comunidad*, los síntomas significativos de ansiedad en el adulto mayor varía de 10-20 %<sup>30</sup> corroborándose esta relación en nuestro estudio donde se observó una prevalencia de síntomas somáticos o psíquicos asociados a enfermedad moderada o grave en un 22 % de los pacientes.

## **X.-CONCLUSIÓN**

El presente estudio se llevó acabo en la UMF No.63 del IMSS, de Hermosillo Sonora con el propósito de determinar si existe asociación entre síntomas de ansiedad y polifarmacia en pacientes mayores de 60 años que padecen de enfermedades crónicas.

De acuerdo a los resultados de nuestro estudio se puede decir que existe una correlación baja y no significativa entre síntomas de ansiedad y la polifarmacia en este tipo de pacientes, por lo cual se rechaza la hipótesis de investigación.

Sin embargo, tomando en cuenta que la ansiedad podría contribuir a la falta de apego a las indicaciones médicas, y secundariamente a esto, ser factor de riesgo para la descompensación de las enfermedades crónicas y para la utilización de más medicamentos. Es importante identificar en los pacientes que acuden a la consulta de primer nivel, síntomas de ansiedad tanto moderada o severa y derivar a segundo nivel aquellos a los que se identifiquen como tal, ya que el hecho de diagnosticar y tratar a este de grupo de personas podría influir en la disminución de uso medicamentos al controlar comorbilidades, disminuir el factor de riesgo a la reacción adversa del mismo e influir de manera positiva en el bajo costo de recursos médicos, al disminuir el uso de otros fármacos, así como la asistencia a los servicios de salud, que de igual manera también podría repercutir positivamente en el impacto económico tanto para la propia familia como para la sociedad.

El rasgo positivo de haber rechazado la hipótesis, estriba en que estos pacientes no tienen diagnóstico de ansiedad, ni sido valorados desde este punto y ello obliga a una valoración integral del paciente geriátrico con estas características, para eliminar la polifarmacia.

## XI.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

1.-Sánchez GR, Flores GA, Aguiar GP, Ruiz BS, Sánchez BC, Benítez GV, et al. Efectos de la Polifarmacia sobre la calidad de vida en adultos mayores. Fuente [revista electrónica]. 2012 enero-marzo [consultado en 02/05/2012]. Disponible en:

<http://fuente.uan.edu.mx/publicaciones/04-10/4.pdf>

2.-Alonso GP, Félix J, Sansó-SF, Díaz-Canel NA, Carrasco GM, Oliva T. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. Salud Pública [revista electrónica]. 2007 enero-marzo [consultado 08/04/2012]. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-4662007000100010&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-4662007000100010&script=sci_arttext)

3.-Aguirre GH, Fajardo DG, Mahuina CE, Martínez LJ, Rodríguez SJ. Recomendaciones para el cuidado del adulto mayor. CONAMED [revista electrónica]. 2009 julio-septiembre [consultado 30/09/2012]. Disponible en:

[http://www.artemisaenlinea.org.mx/acervo/pdf/revista\\_conamed/8Recomendaciones.pdf](http://www.artemisaenlinea.org.mx/acervo/pdf/revista_conamed/8Recomendaciones.pdf)

4.- Granados PJ, Peralta PM, Munguía MC, López CJ, Ávila LA, Rodríguez MR. Síntomas depresivos como factor de riesgo para polifarmacia en pacientes mayores de 60 años. Gaceta Médica Mexicana [revista electrónica]. 2007 marzo [consultado 13/01/2012]. Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2007/gm074a.pdf>

5.-Alvarado OM, Mendoza NV. Prevalencia y factores de riesgo para polifarmacia en adultos mayores del Valle del Mezquital, Hidalgo. Ciencias Farmacéuticas [revista electrónica]. 2006 octubre-diciembre [consultado 02/02/2012]; 37(4) 13-20. Disponible en:

<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/579/57937403.pdf>

6.- Güitron RM, Carrillo VM. Reacciones adversa a medicamentos en la boca del adulto mayor. ADM [revista electrónica]. 2010 julio-agosto [consultado 2/02/2012]. Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2010/od104d.pdf>

7.-Frutos BE, Martín CJ, Galindo VP. Factores asociados a la polifarmacia en población anciana no institucionalizada. Análisis de la submuestra de la Encuesta Nacional de Salud 2006 para personas mayores de Castilla y León. Revista. Geriátría y Gerontología [revista electrónica]. 2011 enero-marzo [consultado 30/09/2012]. Disponible en:

[http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/eop/S0211-139X\(11\)00095-3.pdf](http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/eop/S0211-139X(11)00095-3.pdf)

8.- Gómez PG. El anciano frágil. Detección, prevención e intervención en situaciones de debilidad y deterioro de su salud [Internet].Madrid: Servicio de promoción de la salud. Instituto de la salud pública; 2003, p.9-11 [consultado en 30 de septiembre de 2012]. Disponible:

<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/gomez-anciano-01.pdf>

9. Gace H. Polifarmacia y morbilidad en adultos mayores. Clínica Gace [revista electrónica].2012 enero [consultado 30/09/2012]. Disponible en:

[http://essalud.gob.pe/downloads/empresarial/salud/polif\\_morb\\_ad\\_may.pdf](http://essalud.gob.pe/downloads/empresarial/salud/polif_morb_ad_may.pdf)

10.-Badillo BU. La prescripción en el anciano: cuidado con polifarmacia y los efectos adversos. Hospital Juárez de México [revista electrónica]. 2005 enero [consultado 27/02/2012].Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2005/ju051e.pdf>

11.- Regueira NL, Conde MM, Barrio TI, Cervera EL. Polifarmacia en la tercera edad. Medicina General Integral [revista electrónica]. 2000 julio-agosto [consultado 20/02/2012] 16(4). Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252000000400006&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252000000400006&script=sci_arttext)

12.-Lucas HM. Reacciones adversas a los medicamentos en el adulto mayor. Revista Biomedicina [revista electrónica]. 2011 marzo [consultado 15/01/2012]. Disponible en:

[http://www.um.edu.uy/docs/biomedicina\\_marzo2011/reacciones\\_adversas\\_a\\_los\\_medicamentos\\_en\\_el\\_adulto\\_mayor.pdf](http://www.um.edu.uy/docs/biomedicina_marzo2011/reacciones_adversas_a_los_medicamentos_en_el_adulto_mayor.pdf)

13.- Martínez QC, Pérez MV, Carballo PM, Larrondo VJ. Polifarmacia en adultos mayores. Medicina General [revista electrónica]. 2005 enero-abril [consultado 06/03/2012] Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252005000100012](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000100012).

14.- Chong DA. Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor. Medicina General Integral [revista electrónica]. 2012 abril-junio [consultado 01/07/2012]. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252012000200009&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252012000200009&script=sci_arttext)

15.-Velázquez PL, Gómez GR. Frecuencia y factores asociados al empleo de polifarmacia en pacientes hospitalizados en el Servicio de Urgencias. Archivos de Medicina de Urgencia de México [revista electrónica].2011 mayo-agosto [consultado 06/04/2012].Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/urgencia/aur-2011/aur112b.pdf>

16.- De la Gándara MJ. Manejo de depresión y ansiedad en atención primaria. Atención primaria [revista electrónica]. 1997 julio [consultado 15/02/2012]. Disponible en:

<http://www.elsevier.es/es/revistas/atencion-primaria-27/manejo-depresion-ansiedad-atencion-primaria-14666-articulo-especial-1997>

17.- Delgado JL, Martín MV. Trastorno de ansiedad: ¿es un diagnóstico fácil?. FMC [revista electrónica].1998 [consultado 03/03/2012]. Disponible en:

<http://www.elsevier.es/es/revistas/fmc-formacion-medica-continuada-atencion-primaria-45/trastorno-ansiedad-es-un-diagnostico-facil-4771-caso-clinico-1998>

18.-Cruz MS, González RM, Gómez RJ. Arriaga RP. Modelos de Ansiedad. Análisis de la conducta [revista electrónica].2003 junio [consultado 07/04/2012]. Disponible en:

<http://www.revistas.unam.mx/index.php/rmac/article/view/23518>

19.-Hernández GG, Orellana VG, Kimelman JM, Núñez MC, Ibáñez HC. Trastornos de ansiedad en pacientes hospitalizados en Medicina Interna. Médica de Chile [revista electrónica]. 2005 agosto [consultado en 10/03/2012]. Disponible en:

[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-872005000800005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-872005000800005&script=sci_arttext)

20.-Sierra JC, Ortega V, Zubeidat I. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal [revista electrónica].2003 marzo [consultado 02/03/2012]. Disponible en:

<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=27130102>

21.-American Psychiatric Association:(APA) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM IV (4ª ed.) Ed. Masson, Barcelona, 1995: 401-402.

22.-Hospital General de México. Anuario 2009. Dirección de planeación y desarrollo de sistemas. México, 2009.

23.-Lobo A, Camorro L, Luque A, Dal-Ré R, Badia J, Baró E. Validación de las versiones en español de la Montgomery Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. Medicina clínica.[revista electrónica].2002 [consultado en 10/03/2012]. Disponible en:

<http://www.elsevier.es/es/revistas/medicina-clinica-2/validacion-las-versiones-espa%C3%B1ol-montgomery-asberg-depression-rating-13029223-originales-2002>

24.-Gabay PM, Fernández Bruno M, Trastornos de Ansiedad en la tercera edad [Internet]. 2001 [consultado 20/02/2012]. Disponible en:

<http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/SALUD001.pdf>

25.-Kubzansky LD, Kawachi, I. (2000): "Going to the heart of the matter: Do negative emotions cause coronary heart disease?" *Journal of Psychosomatic Research*, 48(4-5), 323-337.

26.-Kubzansky LD, Koene KC. Jones C. Eaton W." A prospective study of posttraumatic stress disorder symptoms and coronary heart disease in women." *Health Psychology*, 2009. 28 (1), 125-130.

27.-Strik J, Honig GA, Maes M. (2001): "Depression and myocardial infarction: Relationship between heart and mind." *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 2001, 25 (4), 879-892.

28.-Torres SI. Comportamiento de la Polifarmacia en Adultos Mayores del Sector San Ruperto, La Pastora [Internet]. 2009 abril [consultado 12/07/2013]. Disponible en:

<http://www.bibliomaster.com/pdf/3752.pdf>

29.-Ridder D, Geenen R, Kuijter R, Van M. Importancia de la adaptación psicológica a la enfermedad crónica. [revista electrónica]. 2008 julio [consultado 25/07/2013]. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18640461>

30.-Montorio CI, Nuevo BR, Losada BA, Márquez GM. Prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en una muestra de personas mayores residentes en la

comunidad. Mafre medicina [revista electrónica]. 2001diciembre [consultado 01/07/2013]. Disponible en:

<http://sid.usal.es/idocs/F8/8.2.6-5231/ansiedad.pdf>

## XII.-ANEXOS

### ANEXO 1

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN ESTATAL EN SONORA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 63

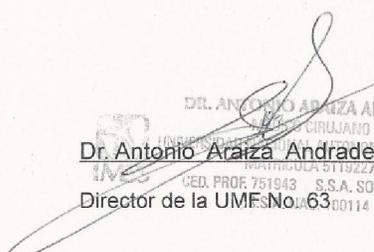
Hermosillo, Sonora. 11 de Octubre de 2012.

Dra. Miriam Martínez Trujillo.  
Medico General de la UMF No. 63.

Por este conducto le informo que una vez que usted tenga su dictamen de autorización de Comité de Investigación de la UMF No. 37, se le otorga el permiso para que realice el protocolo de investigación titulado **“Síntomas de ansiedad como factor de riesgo para polifarmacia en pacientes mayores de 60 años de edad en la unidad médica familiar no. 63 de Hermosillo, sonora en el 2012”**, en el que el objetivo es Determinar la asociación entre síntomas de ansiedad y pacientes mayores de 60 años de edad con polifarmacia de la Unidad de Medicina familiar No. 63 de Hermosillo, Sonora en 2012.

Cabe mencionar que puede hacer uso de los expedientes de los diferentes pacientes a los que usted seleccione para llevar a cabo su muestra.

Sin otro en particular reciba un cordial saludo.

  
DR. ANTONIO ARAIZA ANDRADE  
CIRUJANO  
Dr. Antonio Araiza Andrade  
DIRECTOR DE LA UMF No. 63  
CED. PROF. 751843 S.S.A. SON 4765/94  
00114



## ANEXO 2

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**UNIDAD DE EDUCACION INVESTIGACION**  
**COORDINACION DE INVESTIGACION ENSALUD**  
**DELEGACIÓN ESTATAL EN SONORA**  
**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 63**  
**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Hermosillo, Sonora. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2012.

Título del Proyecto "SINTOMAS DE ANSIEDAD COMO FACTOR DE RIESGO PARA POLIFARMACIA EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS DE EDAD EN LA UNIDAD MEDICA FAMILIAR No. 63 DE HERMOSILLO, SONORA EN EL 2012"

Registrado en el comité local de investigación en salud No. 2604 con el número: \_\_\_\_\_.

El objetivo del presente estudio es determinar la asociación entre los síntomas de ansiedad y polifarmacia en pacientes mayores de 60 años de edad de la UMF No 63 de Hermosillo, Sonora mediante la aplicación de un cuestionario a los pacientes con enfermedades crónico degenerativas con la finalidad de incidir en el bienestar psíquico del mismo.

Por medio de un cuestionario que le proporcionara el investigador al paciente, este contestara 14 preguntas con 4 posibles respuestas, que contestará con un círculo la que considere más apropiada, y en caso necesario podrá recibir asesoría del encuestador, al finalizar el cuestionario será devuelto al investigador, con el propósito de determinar el estado emocional del paciente.

Por ser un estudio que no es invasivo, donde no se le proporcionara al paciente alguna sustancia que atente a su salud, y solo contestara un cuestionario de forma voluntaria, no representa ningún riesgo para su salud, ni molestia durante su aplicación ni posterior a esta.

Al participar en este estudio se podrá determinar la relación que existe entre de síntomas de ansiedad y polifarmacia para se pueda beneficiar en un futuro a él y a todos los pacientes mayores de 60 años que puedan desarrollar este factor de riesgo.

El paciente podrá decidir no participar en este estudio en cualquier momento que él lo desee.

El momento de participar la información obtenida será totalmente privada y confidencial.

Según el resultado del cuestionario se le propondrá al paciente referirlo al servicio de geriatría o psiquiatría en caso necesario.

EN caso de dudas o aclaraciones podrá dirigirse a: Dra. Myriam Martínez Trujillo médico general adscrito a la UMF 63 Matricula 99273109, teléfono 6621 42 85 72.

En caso de Caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: comisión de ética de investigación de la CNIC del IMSS: avenida Cuauhtémoc 330 4 to piso boque B de La unidades de congresos, Colônia Doctores. México, DF, CP 06720. Telefono (55) 56276900extension 21230, correo eletrônico: [comision.etica@imss.gob.mx](mailto:comision.etica@imss.gob.mx)

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Encuestado

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

\_\_\_\_\_  
Nombre dirección, relación y firma

## ANEXO 3

Escala de Ansiedad de Hamilton			
<b>Nombre del paciente:</b> _____			
<b>Fecha de evaluación</b> _____ <b>Ficha clínica:</b> _____			
<b>1</b>  <b>Ansiedad</b>	<b>Se refiere a la condición de incertidumbre ante el futuro que varía y se expresa desde con preocupación, inseguridad, irritabilidad, aprensión hasta con terror sobrecogedor.</b>		Puntaje
	<b>0</b>	El paciente no está ni más ni menos inseguro o irritable que lo usual	
	<b>1</b>	Es dudoso si el paciente se encuentre más inseguro o irritable que lo usual	
	<b>2</b>	El paciente expresa claramente un estado de ansiedad, aprensión o irritabilidad, que puede ser difícil de controlar. Sin embargo, no interfiere en la vida del paciente, porque sus preocupaciones se refieren a asuntos menores.	
	<b>3</b>	La ansiedad o inseguridad son a veces más difíciles de controlar, porque la preocupación se refiere a lesiones o daños mayores que pueden ocurrir en el futuro. Ej: la ansiedad puede experimentarse como pánico o pavor sobrecogedor. Ocasionalmente ha interferido con la vida diaria del paciente.	
	<b>4</b>	La sensación de pavor está presente con tal frecuencia que interfiere notablemente con la vida cotidiana del paciente.	
<b>2</b>  <b>Tensión</b>	<b>Este ítem incluye la incapacidad de relajación, nerviosismo, tensión corporal, temblor y fatiga.</b>		Puntaje
	<b>0</b>	El paciente no está ni más ni menos tenso que lo usual	
	<b>1</b>	El paciente refiere estar algo más nerviosos y tenso de lo usual	
	<b>2</b>	El paciente expresa claramente ser incapaz de relajarse, tener demasiada inquietud interna difícil de controlar, pero que no interfiere con su vida cotidiana.	
	<b>3</b>	La inquietud interna y el nerviosismo son tan intensos o frecuentes que ocasionalmente han interferido con el trabajo cotidiano del paciente.	
	<b>4</b>	La tensión y el nerviosismo interfieren todo el tiempo con la vida y el trabajo cotidiano del paciente	
<b>3</b>  <b>Miedo</b>	<b>Tipo de ansiedad que surge cuando el paciente se encuentra en situaciones especiales, que pueden ser espacios abiertos o cerrados, hacer fila, subir en un autobús o un tren. El paciente siente alivio evitando esas situaciones. Es importante notar en esta evaluación, si ha existido más ansiedad fóbica en el episodio presente que lo usual.</b>		Puntaje
	<b>0</b>	No se encuentran presentes	
	<b>1</b>	Presencia dudosa	

	2	El paciente ha experimentado ansiedad fóbica, pero ha sido capaz de combatirla.	
	3	Ha sido difícil para el paciente combatir o controlar su ansiedad fóbica, lo que ha interferido hasta cierto grado con su vida y trabajo cotidianos.	
	4	La ansiedad fóbica ha interferido notablemente con la vida y el trabajo cotidiano	
<b>4</b> <b>Insomnio</b>	<b>Se refiere a la experiencia subjetiva del paciente de la duración del sueño (horas de sueño en un período de 24 horas), la profundidad o ligereza del sueño, y su continuidad o discontinuidad. Nota: la administración de hipnóticos o sedantes no se tomará en cuenta.</b>		Puntaje
	0	Profundidad y duración del sueño usuales	
	1	Es dudoso si la duración del sueño está ligeramente disminuida (ej: dificultad para conciliar el sueño), sin cambios en la profundidad del sueño.	
	2	La profundidad del sueño está también disminuida, con un sueño más superficial. El sueño en general está algo trastornado.	
	3	La duración y la profundidad del sueño están notablemente cambiadas. Los períodos discontinuos de sueño suman pocas horas en un período de 24 horas.	
	4	hay dificultad para evaluar la duración del sueño, ya que es tan ligero que el paciente refiere períodos cortos de adormecimiento, pero nunca sueño real.	
<b>5</b> <b>Dificultades en la concentración y la memoria</b>	<b>Se refiere a las dificultades para concentrarse, para tomar decisiones acerca de asuntos cotidianos y alteraciones de la memoria.</b>		Puntaje
	0	El paciente no tiene ni más ni menos dificultades que lo usual en la concentración y la memoria.	
	1	Es dudoso si el paciente tiene dificultades en la concentración y/o memoria	
	2	Aún con esfuerzo es difícil para el paciente concentrarse en su trabajo diario de rutina.	
	3	Dificultad más pronunciada para concentrarse, en la memoria o en la toma de decisiones. Ej: tiene dificultad para leer un artículo en el periódico o ver un programa de TV completo. Se califica '3', siempre que la dificultad de concentración no influya en la entrevista.	
	4	El paciente muestra durante la entrevista dificultad para concentrarse o en la memoria, y/o toma decisiones con mucha tardanza.	
<b>6</b> <b>Animo</b>	<b>Comunicación verbal y no verbal de tristeza, depresión, desaliento, inutilidad y desesperanza.</b>		Puntaje
	0	Animo natural	

<b>deprimido</b>	<b>1</b>	Es dudoso si el paciente está más desalentado o triste que lo usual. Ej: el paciente vagamente comenta que está más deprimido que lo usual.	
	<b>2</b>	El paciente está más claramente preocupado por experiencias desagradables, aunque no se siente inútil ni desesperanzado.	
	<b>3</b>	El paciente muestra signos no verbales claros de depresión y/o desesperanza.	
	<b>4</b>	El paciente enfatiza su desaliento y desesperanza y los signos no verbales dominan la entrevista, durante la cual el paciente no puede distraerse.	
<b>7</b>	<b>Incluyen debilidad, rigidez, hipersensibilidad o dolor franco de localización muscular difusa. Ej: dolor mandibular o del cuello.</b>		
<b>Síntomas somáticos generales (musculares)</b>	<b>0</b>	No se encuentran presentes	Puntaje
	<b>1</b>	Presencia dudosa	
	<b>2</b>	El paciente ha experimentado ansiedad fóbica, pero ha sido capaz de combatirla.	
	<b>3</b>	Ha sido difícil para el paciente combatir o controlar su ansiedad fóbica, lo que ha interferido hasta cierto grado con su vida y trabajo cotidianos.	
	<b>4</b>	La ansiedad fóbica ha interferido notablemente con la vida y el trabajo cotidiano.	
<b>8</b>	<b>Incluye aumento de la fatigabilidad y debilidad los cuales se constituyen en reales alteraciones de los sentidos. Incluye tinitus, visión borrosa, bochornos y sensación de pinchazos.</b>		Puntaje
<b>Síntomas somáticos generales (sensoriales)</b>	<b>0</b>	No presente	
	<b>1</b>	Es dudoso si las molestias referidas por el paciente son mayores que lo usual.	
	<b>2</b>	La sensación de presión en los oídos alcanza el nivel de zumbido, en los ojos de alteraciones visuales y en la piel de pinchazo o parestesia.	
	<b>3</b>	Los síntomas generales interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral del paciente.	
	<b>4</b>	Los síntomas sensoriales generales están presentes la mayor parte del tiempo e interfiere claramente en la vida diaria y laboral del paciente.	
<b>9</b>	<b>Incluye taquicardia, palpitaciones, opresión, dolor torácico, latido de venas y arterias y sensación de desmayo.</b>		Puntaje
<b>Síntomas cardiovasculares</b>	<b>0</b>	No presentes	
	<b>1</b>	Dudosamente presentes	

	<b>2</b>	Los síntomas están presentes pero el paciente los puede controlar.	
	<b>3</b>	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas cardiovasculares, los cuales interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral	
	<b>4</b>	Los síntomas cardiovasculares están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente en la vida diaria y laboral del paciente.	
<b>10</b>	<b>Incluye sensaciones de constricción o de contracción en la garganta o pecho, disnea que puede llevar a sensación de atoro y respiración suspirosa..</b>		Puntaje
<b>Síntomas respiratorios</b>	<b>0</b>	No presente	
	<b>1</b>	Dudosamente presente	
	<b>2</b>	Los síntomas respiratorios están presentes pero el paciente puede controlarlos.	
	<b>3</b>	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas respiratorios, los cuales interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral de él.	
	<b>4</b>	Los síntomas respiratorios están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.	
<b>11</b>	<b>Incluye dificultades para deglutir, sensación de "vacío en el estómago", dispepsia, ruidos intestinales audibles y diarrea.</b>		Puntaje
<b>Síntomas gastrointestinales</b>	<b>0</b>	No presentes	
	<b>1</b>	Dudosamente presentes (o dudoso si es distinto a las molestias habituales del paciente).	
	<b>2</b>	Una o más de las molestias descritas arriba están presentes pero el paciente las puede controlar.	
	<b>3</b>	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas gastrointestinales, los cuales interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral del enfermo (tendencia a no controlar la defecación)	
	<b>4</b>	Los síntomas gastrointestinales están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente en la vida diaria y laboral del paciente.	
<b>12</b>	<b>Incluye síntomas no orgánicos o psíquicos tales como polaquiuria, irregularidades menstruales, anorgasmia, dispareunia, eyaculación precoz, pérdida de la erección.</b>		Puntaje
<b>Síntomas genito urinarios</b>	<b>0</b>	No presentes	
	<b>1</b>	Dudosamente presentes (o dudoso si es distinto de las sensaciones genito urinarias frecuentes del paciente).	

	<b>2</b>	Uno o más de los síntomas mencionados están presentes, pero no interfieren con la vida diaria y laboral del presente.	
	<b>3</b>	El paciente tiene frecuentemente uno o más de los síntomas genito-urinarios mencionados arriba, de tal magnitud que interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral del paciente.	
	<b>4</b>	Los síntomas genito-urinarios están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.	
<b>13</b>	<b>Incluye sequedad de boca, enrojecimiento facial o palidez, transpiración y mareo.</b>		Puntaje
<b>Síntomas autonómicos</b>	<b>0</b>	No se encuentran presentes	
	<b>1</b>	Presencia dudosa	
	<b>2</b>	Una o más de las molestias autonómicas descritas más arriba están presentes pero no interfieren con la vida diaria y laboral del paciente.	
	<b>3</b>	El paciente tiene frecuentemente uno o más de los síntomas autonómicos mencionados arriba, de tal magnitud que interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral del paciente.	
	<b>4</b>	Los síntomas autonómicos están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.	
<b>14</b>	<b>Incluye comportamiento del paciente durante la entrevista. ¿Estaba el paciente tenso, nervioso, agitado, impaciente, tembloroso, pálido, hiperventilando o transpirando</b>		Puntaje
<b>Conducta durante la entrevista</b>	<b>0</b>	El paciente no parece ansioso	
	<b>1</b>	Es dudoso que el paciente esté ansioso	
	<b>2</b>	El paciente está moderadamente ansioso	
	<b>3</b>	El paciente está claramente ansioso	
	<b>4</b>	El paciente está abrumado por la ansiedad. Tiritando y temblando completamente.	

## ANEXO 4



**SINTOMAS DE ANSIEDAD COMO FACTOR DE RIESGO PARA  
POLIFARMACIA EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS DE EDAD EN LA  
UNIDAD MEDICINA FAMILIAR No. 63 DE HERMOSILLO, SONORA EN EL  
2012.”**

### Hoja de recolección de datos

#### **1.-Sexo del paciente.**

1) Hombre 2) Mujer

#### **3.-Edad del paciente.**

1) 60-70 años 2) 71-80 años. 3) 81-90 años. 4) 90 y más años.

#### **2.- Estado Civil.**

1) Soltero 2) Casado 3) unión libre 4) Madre soltera 5) Divorciado 6) viudo

#### **3.-Escolaridad del paciente.**

1) Analfabeta 2) Sabe leer y escribir 3) Primaria 4) Secundaria 5) Técnica 6) Bachillerato 7) Licenciatura 8) Posgrado.

#### **4.-Patología de base (enfermedad crónica degenerativa).**

1) Hipertensión arterial. 2) Diabetes mellitus. 3) Enfisema pulmonar.

#### **5.-¿Tipo de medicamento oral e inhalado utiliza usted?**

ANTIHIPERTENSIVOS: 1: Inhibidores de la ECA, 2: betabloqueadores, 3: antagonistas de angiotensina II, 4: bloqueadores de canales de calcio no dihidropiridínicos. 5: bloqueadores de canales de calcio dihidropiridínicos, 6: alfa bloqueadores 7: agonistas centrales alfa y otros fármacos de acción central, 8: vasodilatadores

DIURETICOS: 1: diuréticos tiazidas, 2: diuréticos de asa, 3: diuréticos bloqueadores de receptores de aldosterona.

HIPOGLUCEMIANTES: 1: Sulfonilureas, 2: Biguanidas, 3: Inhibidores de alfa glucosidasa, 4: glitazonas, 5: meglitinidas.

BRONCODILATADORES: 1: agonistas beta 2 de acción rápida, 2: agonistas beta 2 de acción prolongada, 3: corticoides,

6.- ¿Cuántas personas y de qué edades viven en su casa?

7.- ¿Vive alguna persona ajena a su familia en su casa?

8.- RESULTADOS DE ENCUESTA (Escala de Hamilton):

RESULTADOS DE ANSIEDAD: 1: No ansiedad, 2: Ansiedad menor,

3: Ansiedad moderada o severa.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud  
Coordinación de Investigación en Salud

**Dictamen de Autorizado**

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 2604  
U MED FAMILIAR NUM 37, SONORA

FECHA 29/10/2012

**DRA. MYRIAM MARTINEZ TRUJILLO**

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

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

**"SINTOMAS DE ANSIEDAD COMO FACTOR DE RIESGO PARA POLIFARMACIA EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS DE EDAD EN LA UNIDAD MEDICINA FAMILIAR No. 63 DE HERMOSILLO, SONORA EN EL 2012."**

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-2012-2604-22

ATENTAMENTE

**DR.(A). ADALBERTO GONZÁLEZ VERA**

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 2604

**IMSS**

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Instituto Mexicano del Seguro Social  
Coordinación de Investigación en Salud  
Informe de seguimiento técnico para protocolos

Periodo que abarca el informe técnico:				
Primer semestre	Segundo semestre	Tercer semestre ✓	Cuarto semestre	Otro semestre

Número de registro:	R-2012-2604-22
Título:	"SÍNTOMAS DE ANSIEDAD COMO FACTOR DE RIESGO PARA POLIFARMACIA EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS DE EDAD EN LA UNIDAD MEDICINA FAMILIAR No. 63 DE HERMOSILLO, SONORA EN EL 2012."

Estado actual del protocolo de investigación en relación con el cronograma que se propuso:			
En tiempo	Terminado ✓	Atrasado	Cancelado
Justificación:			
Alternativas de solución:			

Fase de desarrollo del protocolo de investigación:				
Estandarización de métodos o instrumentos	Recolección de datos (trabajo de campo)	Análisis de resultados	Redacción del escrito final	Trabajo publicado
			✓	

Nombre del alumno, Título de Tesis y Fecha de graduación del alumno e institución que avaló el curso (en caso de aplicar)			
Nombre	Título de tesis	Fecha de graduación	Institución
myriam Martinez Trujillo	"SÍNTOMAS DE ANSIEDAD COMO FACTOR DE RIESGO PARA POLIFARMACIA EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS DE EDAD EN LA UNIDAD MEDICINA FAMILIAR No. 63 DE HERMOSILLO, SONORA EN EL 2012"	28/02/2014	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Referencia bibliográfica del trabajo de investigación si fue publicado:

Modificaciones metodológicas realizadas al protocolo de investigación:

2013-08-22

Fecha del Informe

Myriam Mtz T  
myriam Martinez Trujillo

Investigador Responsable