



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20**

**“EFECTO DE UNA INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA PARA PREVENCIÓN
DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN ADULTOS DE 18 A 45
AÑOS DE LA UMF 20 VALLEJO.”**

TESIS

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

PRESENTA

DRA. LUCIA ACOSTA LUNA.

DIRECTORA DE TESIS

DRA. DANAE PÉREZ LÓPEZ.

ASESORA METODOLÓGICA

DRA. SANDRA REBECA PASCACIO VÁZQUEZ.

CIUDAD DE MÉXICO 2022





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.

**EFFECTO DE UNA INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA PARA PREVENCIÓN
DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN ADULTOS DE 18 A 45
AÑOS DE LA UMF 20 VALLEJO.**

DIRECTORA DE TESIS

**DRA. DANAE PÉREZ LÓPEZ.
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRA EN DOCENCIA CIENTÍFICA Y TECNOLÓGICA.
COORDINADORA CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACION EN
SALUD, UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 36**

ASESORA METODOLÓGICA

**DRA. SANDRA REBECA PASCACIO VÁZQUEZ.
MÉDICO ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA.
SALUD MENTAL TRANSDISCIPLINAR MÉXICO A.C**

**EFFECTO DE UNA INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA PARA PREVENCIÓN
DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN ADULTOS DE 18 A 45
AÑOS DE LA UMF 20 VALLEJO.**

VoBo**

**DR. GILBERTO CRUZ ARTEAGA
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRO EN EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACION EN
SALUD, UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20**

**DRA. SANTA VEGA MENDOZA
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRA EN CIENCIAS DE LA EDUCACION
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20**

REGISTRO DE SIRELCIS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 3404.
U MED FAMILIAR NUM 20

Registro COFEPRIS 18 CI 09 005 002

Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 09 CET 013 2018082

FECHA Martes, 30 de agosto de 2022

Dr. Danae Perez Lopez

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **EFFECTO DE UNA INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA EN EL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN ADULTOS DE 18-45 AÑOS DE LA UMF 20 VALLEJO** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, 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 **APROBADO**:

Número de Registro Institucional

R-2022-3404-045

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Mtro. Miguel Alfredo Zurita Muñoz
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3404

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



DEDICATORIA

A mis padres, por todo el apoyo incondicional, por ser mi raíz, por soltarme, sostenerme e impulsarme, por siempre estar, por creer y confiar en mí.

*“Yo te llevo dentro
Hasta la raíz
Y, por más que crezca
Vas a estar aquí
Aunque yo me oculté tras la montaña
Y encuentre un campo lleno de caña
No habrá manera, mi rayo de luna, que tú te vayas”.*

A mi hermano Rod, por ser mi mano derecha, con y sin neurotransmisores el amor perdura, ejemplo de perseverancia de curiosidad por la ciencia, porque más que un futuro ya es un presente, también te admiro y te quiero ver crecer.

A mi hermana Liz, te admiro por la determinación de tus decisiones que son ejemplo de convicción y firmeza, has crecido mucho más de lo que pensé, hermana inseparable.

A Cami, Emi y Julián, porque esa sonrisa, alegría y amor incondicional nos siga acompañando hasta el último latido.

A lo que fui, a lo que seré y a lo que soy, que mi formación profesional y mi crecimiento personal siempre sean medios seguros de acompañamiento para cada persona que se cruce en mi vida.

*“Conoce todas las teorías,
domina todas las técnicas,
pero al tocar una alma humana,
sé simplemente otra alma humana”.*
Carl Gustav Jung.

AGRADECIMIENTOS

A mi familia.

Gracias por el apoyo incondicional, por cuidarme, por creer en mí, por ser mi luz en la oscuridad, por el amor que nos une.

A la Dra Danae.

Gracias por su disposición, por el tiempo compartido, por su guía y por animarme a hacerlo, gracias por ser fuente de admiración en crecimiento profesional.

A la Dra Rebeca.

Gracias por creer en este proyecto, por ayudarme a darle forma a las ideas, por todo el apoyo, disposición y tiempo que fue indispensable para la realización de este trabajo, por escucharme, y por sobre todo por enseñarme a hacerlo.

Al Dr. Manzano.

Gracias por salvar mi existencia administrativa, por su gran disposición y tiempo para enseñar, admiro la paciencia y tranquilidad que tiene para explicar lo que parece un torbellino de información.

Dr. Eduardo.

Gracias por el apoyo, por compartir su alma de docente que lo acompaña siempre, por estar presente, por ser maestro desde el primer día en que lo conocí.

A mis amigos.

Gracias a mi amiga que desde hace más de 12 años siempre está puntual a todo (Andrea), a mi guardia (Linda, Alma, Andrés) por el apoyo recibido y por la contención que tenemos, a los que nunca sueltan y con lo que puedo pensar y quejarme en voz alta (Jaz y Diana), y a todos los que lejos o cerca apapachan con su amistad, confidencialidad y presencia.

INDICE

RESUMEN	8
INTRODUCCIÓN	10
MARCO TEÓRICO	11
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	24
OBJETIVOS	25
HIPOTESIS	26
SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS.	26
RESULTADOS	29
DISCUSIÓN	36
CONCLUSIONES	37
RECOMENDACIONES	39
BIBLIOGRAFÍA	40
ANEXOS	47

RESUMEN.

EFFECTO DE UNA INTERVENCION PSICOEDUCATIVA PARA PREVENCIÓN DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN ADULTOS DE 18 A 45 AÑOS DE LA UMF 20 VALLEJO.

Pérez-López D¹, Pascasio-Vázquez S², Acosta-Luna L³.

1. Médico Especialista en Medicina Familiar UMF 36 IMSS.

2. Médico Especialista en Psiquiatría.

3. Médico Residente de Segundo Año UMF 20 IMSS.

El trastorno de ansiedad es uno de los trastornos psiquiátricos más prevalentes en la población mexicana con una incidencia del 14.3% con mayor frecuencia en mujeres, por ello es necesario la implementación de estrategias preventivas en el primer nivel de atención que permitan identificar la sintomatología en etapas tempranas del trastorno de ansiedad **OBJETIVO:** Evaluar el efecto de una intervención psicoeducativa en la prevención indicada del trastorno de ansiedad generalizada en adultos de 18-45 años con factores de riesgo y sintomatología de ansiedad. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio cuasiexperimental, longitudinal, predictivo en adultos de 18-45 años derechohabientes del IMSS, en el que se evaluó la sintomatología de ansiedad a través del inventario de ansiedad Beck (confiabilidad y validez de 0.9-0.94), pre y pos intervención psicoeducativa. Estadística descriptiva para variables cualitativas y estadística bivariada por T Student con significancia estadística cuando $p \leq 0.05$. Avalado por comité de ética e investigación R- 2022-3404-045. **RESULTADOS:** Se aplicó una intervención psicoeducativa de 4 sesiones en 38 participantes de 18-45 años. La prueba T Student mostró una disminución en la puntuación de la escala de Beck post intervención ($M = 14.47$, $SD = 8.48$), $t(37) = 10.52$, $p = < 0,000$; 95% IC, encontrando una diferencia de medias de 8.55 puntos con una efectividad del 81.42% para la disminución de síntomas de ansiedad. **CONCLUSIONES:** La psicoeducación es una de las prácticas más utilizadas en atención primaria para la disminución de síntomas de ansiedad y comprobamos que la intervención psicoeducativa en la prevención indicada del trastorno de ansiedad generalizada sí disminuye la sintomatología de ansiedad en adultos de 18-45 años.

PALABRAS CLAVE: *ansiedad, prevención, psicoeducación.*

ABSTRACT.

EFFECT OF A PSYCHOEDUCATIONAL INTERVENTION FOR THE PREVENTION OF GENERALIZED ANXIETY DISORDER IN ADULTS AGED 18 TO 45 AT UMF 20 VALLEJO.

Pérez-López D1, Pascasio-Vázquez S2, Acosta-Luna L3.

1. Medical Specialist in Family Medicine UMF 36 IMSS.

2. Medical Specialist in Psychiatry.

3. Second Year Resident Physician UMF 20 IMSS.

Anxiety disorder is one of the most prevalent psychiatric disorders in the Mexican population with an incidence of 14.3% more frequently in women, therefore it is necessary to implement preventive strategies in the first level of care that allow the identification of symptoms in stages. early symptoms of anxiety disorder

OBJECTIVE: To assess the effect of a psychoeducational intervention on the indicated prevention of generalized anxiety disorder in adults aged 18-45 years with risk factors and anxiety symptoms. **MATERIAL AND METHODS:** A quasi-experimental, longitudinal study was conducted. , predictive in adults between 18 and 45 years of age, IMSS beneficiaries, in which anxiety symptoms were evaluated through the Beck anxiety inventory (reliability and validity of 0.9-0.94), before and after psychoeducational intervention. Descriptive statistics for qualitative variables and bivariate statistics by T Student with statistical significance when $p \leq 0.05$. Endorsed by the ethics and research committee R- 2022-3404-045.

RESULTS: A 4-session psychoeducational intervention was applied to 38 participants aged 18-45 years. The T Student test showed a decrease in the Beck scale score post intervention ($M = 14.47$, $SD = 8.48$), $t(37) = 10.52$, $p = < 0.000$; 95% CI, finding a mean difference of 8.55 points with an effectiveness of 81.42% for the reduction of anxiety symptoms. **CONCLUSIONS:** Psychoeducation is one of the most widely used practices in primary care to reduce anxiety symptoms and we verified that psychoeducational intervention in the indicated prevention of generalized anxiety disorder does reduce anxiety symptoms in adults aged 18-45.

KEY WORDS: *anxiety, prevention, psychoeducation.*

INTRODUCCIÓN.

En México el trastorno de ansiedad es de las enfermedades más prevalentes con presentación inicial en las primeras etapas de la vida sobre todo de la adultez temprana en debido a los múltiples factores estresantes exclusivos durante este periodo de su desarrollo, es sobre todo en la infancia que se presentan algunos de los factores predisponentes más importantes como el maltrato infantil y el antecedente de padres con diagnóstico de algún trastorno mental sobre todo de trastorno de ansiedad es además junto con la depresión mórbida de los factores de riesgo más importantes para la conducta suicida.(1)

Debido a las manifestaciones somáticas que presentan los pacientes alteran la capacidad de trabajo, relaciones interpersonales y las actividades placenteras lo que provoca discapacidad y mala calidad de vida.(2)

Hay también una brecha entre la necesidad y la búsqueda de atención en salud mental, en México solo 1 de cada 10 personas con diagnóstico de un trastorno mental recibe atención o hace uso de los servicios disponibles para la atención de los trastornos mentales. Una de las barreras percibidas frecuentemente es el estigma que tiene la salud mental , razón por la cual la Organización de las Naciones Unidas ha planteado los objetivos del Desarrollo sostenible para un 2030 más saludable, en el que incluye que uno de los objetivos más importantes para el área de la salud es el garantizar una vida sana promoviendo el bienestar de todas las edades, logrando una cobertura universal de acceso a la salud y haciendo énfasis en reducir la estigmatización de las enfermedades mentales ofreciendo servicios de salud mental a la población, razón por la cual se destaca la importancia de realizar esfuerzos por lograr tener programas de prevención en salud mental en el primer nivel de atención médica, que es la puerta de entrada de cualquier enfermedad mental para ser atendido y sobre todo para prevenirlo.

Evaluar la sintomatología de ansiedad en nuestra población adulta joven nos brindará la oportunidad de identificar en etapas iniciales el trastorno de ansiedad generalizada e implementar una estrategia de intervención psicoeducativa con el fin de disminuir la incidencia del trastorno de ansiedad generalizada, disminuir la

sintomatología de ansiedad y evitar las complicaciones a largo plazo de dicho trastorno, y de esta forma introducir un programa prioritario de prevención en salud mental en el primer nivel de atención y de esta forma iniciar a disminuir el estigma y las brechas existentes en la atención a la salud mental.

MARCO TEÓRICO.

La salud es considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad, y el concepto de salud mental implica la realización a nivel emocional e intelectual, el bienestar personal, la dependencia intergeneracional y la aceptación de capacidad de crecimiento, que permite a la persona reconocer sus habilidades, superar el estrés de la vida cotidiana para trabajar de forma productiva, para hacer aportaciones a la comunidad que al mismo tiempo permite alcanzar sus propios objetivos.(3)

Uno de los trastornos psiquiátricos más prevalentes en todo el mundo es el trastorno de ansiedad, en 2015 un total de 264 millones de personas en todo el mundo sufrieron trastornos de ansiedad, aumento un 14.9% más que las cifras de 2005(OMS 2017), En México la Encuesta Nacional de Psiquiatría estimó que 28.6% de la población ha presentado alguno de los 23 trastornos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) ,siendo los más frecuentes el trastorno de ansiedad con 14.3%,seguido de trastornos de uso de sustancias 9.2% y los trastornos afectivos en un 9.1%,en los últimos 12 meses y es el mismo orden de presentación en los últimos 30 días, el área metropolitana del país es la región con la prevalencia más elevada. Los trastornos de ansiedad y trastornos afectivos son más frecuentes en las mujeres, y los trastornos por uso de sustancias son más comunes en los hombres(4)

La carga global de morbilidad medida en años vividos con discapacidad (AVD) atribuible a los trastornos de ansiedad), ocupó el octavo y el decimotercer lugar para mujeres y hombres, respectivamente, lo que implica un aumento relativo del 12,4% y 13,6% en los AVD entre 2007 y 2017 para mujeres y hombres.(5) En la Región de las Américas el trastorno de ansiedad ocupó el segundo lugar como trastorno mental

más discapacitante, Brasil en primera posición con un 7,5% de años perdidos por discapacidad (ADP) Y México con un 3.6% ADP.(6)

Las personas con trastornos mentales tienen una tasa de mortalidad 2,22 veces mayor que la población general debido a que tienen comportamientos con alto riesgo para la salud como el consumo y abuso de sustancias, inactividad física y mala alimentación, entre otras. El 67,3% de las muertes entre personas con trastornos mentales se debieron a causas naturales, el 17,5% a causas no naturales y el resto a otras causas desconocidas. La prevalencia media de por vida de cualquier trastorno mental en 17 países es del 26,1%, aproximadamente 8 millones de muertes en todo el mundo son atribuibles a trastornos mentales cada año, la ansiedad tiene un 14.3 de prevalencia y 2.41 muertes en el mundo son atribuibles a este trastorno.(7)

Ansiedad.

La ansiedad es una experiencia humana universal que se presenta ante situaciones de estresantes o de peligro que tiene como propósito el preservar la salud y la vida, se considera patológica cuando cumple con los siguientes criterios:

- Suele ser una reacción excesiva o desproporcionada ante la situación real que se está enfrentando.
- Tiene un cierto grado de intensidad.
- Duración crónica.
- Hay cierto grado de deterioro en la funcionalidad de la vida cotidiana del individuo

La ansiedad se manifiesta en el dominio físico típicamente debido a la activación del sistema autónomo con sintomatología como palpitaciones, sensación de falta de aire, tensión muscular, mareo, sudoración, temblores y síntomas digestivos; afectivo con manifestaciones emocionales como incomodidad, angustia, terror y nerviosismo; cognitivo, se manifiesta con pensamientos recurrentes sobre amenazas físicas, emocionales o sociales y respuestas conductuales como la evitación, huida y búsqueda de seguridad con el objetivo de reducir o prevenir la amenaza percibida.(8)

Fisiopatología.

La ansiedad es una emoción que se presenta en circunstancias de amenaza, se vuelve un trastorno cuando se manifiesta con frecuencia, en situaciones inapropiadas, con alta intensidad de dos síntomas nucleares: miedo y preocupación, así como deterioro psicológico y físico.

Las regiones del cerebro que participan en la modulación de esta respuesta se encuentra conformado por una serie de conexiones de la amígdala y el circuito-estriado-talámico-cortical. La amígdala es el principal centro regulador del miedo y presenta conexiones con otras regiones anatómicas como lo son el córtex prefrontal, el córtex orbitofrontal y el córtex cingulado anterior también llamado "circuito de amenaza " en donde se regulan las emociones, cuando se mantiene en hiperreactividad es la serotonina quien inhibe la actividad de este circuito (9), la conexión con el área gris periacueductal del tronco cerebral da la respuesta motora que se puede presentar ante una situación de amenaza como la huida, lucha y paralizarse en el lugar, la conexión con el sistema nervioso autónomo se da con el "locus coeruleus" en donde se activan cuerpos celulares noradrenérgicos y como respuesta obtenemos el aumento de la tensión y la frecuencia cardiaca, los cambios en la respiración que se experimentan en una situación de amenaza son el resultado de la conexión del núcleo parabraquial y del tronco encefálico, el hipocampo participa siempre que hay una memoria traumática y es está la que exacerba o desencadena la respuesta de miedo en la ansiedad ,la respuesta endocrina se manifiesta por el eje hipotalámico-pituitario-adrenal aumentando la liberación de cortisol, hormona que participa en todo momento en las respuestas ante una amenaza real aguda. Cuando las respuestas que se dan por el sistema nervioso autónomo y el eje hipotálamo -pituitario adrenal se encuentran presentes de forma repetitiva y crónica aumentan el riesgo de comorbilidades como la aterosclerosis, hipertensión arterial sistémica, infarto al miocardio, diabetes mellitus, enfermedad vascular cerebral, atrofia hipocámpal y muerte súbita.

La preocupación que es otro síntoma nuclear presente en el trastorno de ansiedad se encuentra modulado por el circuito cortico-estriado-cortical que tiene conexión con el córtex prefrontal, y el neurotransmisor más importante es la dopamina ya que

cuando se incrementan sus niveles en respuesta a factores de estrés se presenta una disrupción en el procesamiento de la información lo que da lugar a la preocupación que puede presentarse como una tristeza ansiosa, actitud aprensiva, pensamientos catastróficos y obsesiones, sin embargo también existe la participación de otros neurotransmisores como serotonina, ácido γ -aminobutírico (GABA), glutamato, factor de liberación de corticotropina (CRF) y norepinefrina entre otros.(10)

Factores de riesgo.

La causa del desarrollo del trastorno de ansiedad es multifactorial sin embargo se han identificado los factores de riesgo presentes en la mayoría de los casos diagnosticados del trastorno de ansiedad y se pueden clasificar como:

- Sociodemográficos: nivel socioeconómico bajo, estado civil viudez o divorcio.
- Psicosociales: experiencias de trauma (abuso emocional, físico, sexual) en etapas tempranas de la vida como en el maltrato infantil, estilo de crianza sobreprotector o severo, eventos de vida estresantes durante el mes anterior, bajo apoyo social, tabaquismo, rasgos de la personalidad.
- Biológicos: sexo femenino, antecedentes heredofamiliares de parte de los padres con trastornos mentales, presencia de otros problemas de salud mental o de atención psiquiátrica.(11)

Clasificación.

Los trastornos de ansiedad son una afección psiquiátrica crónica y discapacitante, con una gran variedad de espectros clínicos por lo que el Manual de diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM-5) los clasifica de la siguiente manera:

- Trastornos fóbicos:
 - Agorafobia
 - Fobia específica (aislada).
 - Trastorno de ansiedad social (fobia social).
- Trastorno de pánico.
- Trastorno de ansiedad generalizada

- Trastorno de ansiedad por separación.
- Mutismo selectivo.
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos.
- Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica.
- Otro trastorno de ansiedad especificado.

Actualmente el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno de estrés postraumático se encuentran en categorías separadas.

El diagnóstico del trastorno de ansiedad se realiza a través de entrevistas clínicas establecidas, además cumpliendo con los criterios establecidos en el DSM-5. Es importante realizar la distinción diagnóstica para realizar el enfoque de tratamiento ya que los trastornos de ansiedad tienen diferentes niveles de discapacidad durante 4 años, la discapacidad a largo plazo es alta en los trastornos de ansiedad generalizada seguida del trastorno de ansiedad social y más baja en el trastorno de pánico.(12)

Trastorno de ansiedad generalizada.

El trastorno de ansiedad generalizada se diagnostica luego cuando la ansiedad es persistente y flotante, según la CIE-10 F40.1 durante un período de al menos varias semanas y según el DSM-5 hasta 6 meses. Cumpliendo los siguientes criterios diagnósticos:

- A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva) en relación con diversos sucesos.
- B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.
- C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres o más de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes en los últimos seis meses):
 1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
 2. Fácilmente fatigado.
 3. Dificultad para concentrarse.
 4. Irritabilidad.

5. Tensión muscular.
6. Alteraciones del sueño

*En niños solo es necesario un solo síntoma.

- D. La ansiedad, preocupación o la sintomatología causan malestar clínicamente significativo o deterioro social o laboral.
- E. La alteración no se atribuye a efectos fisiológicos de una sustancia.
- F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental.(13)

El cribado se puede realizar mediante la escala del trastorno de ansiedad generalizada de 7 ítems (GAD-7), la Escala de ansiedad y depresión hospitalaria(HADS) (14) , y la escala de ansiedad de Hamilton que valora la gravedad de la sintomatología de ansiedad.

Edad de aparición de los trastornos de ansiedad.

Los trastornos de ansiedad suelen ser más frecuentes en el sexo femenino, dependiendo del subtipo es la edad de aparición para el diagnóstico, ejemplo de ellos es la fobia social y otro tipo de fobias que la edad de presentación inicia en la niñez y adolescencia temprana, mientras que algunos trastornos como el trastorno de ansiedad generalizada se inicia en la edad adulta temprana. Sin embargo el desarrollo social y cognitivo influye en el momento de aparición, así como los factores de riesgo ambientales y genéticos(15).

Diagnóstico diferencial.

El diagnóstico diferencial del trastorno de ansiedad se puede comparar con otras afecciones tales como: otros trastornos mentales (depresión o trastorno bipolar), consumo de sustancias (alcohol, tabaco, uso de cafeína y otros estimulantes), intoxicación por drogas o abstinencia, enfermedades cardiopulmonares (EPOC, asma, angina de pecho, arritmias), endocrinas (enfermedades tiroideas) y neurológicas(epilepsia).(16)

Prevención.

La prevención tiene un enfoque en la reducción de factores de riesgo promocionando los factores protectores en relación a un trastorno mental para poder disminuir su incidencia y prevalencia, actuando mediante estrategias que promuevan la identificación de los factores de riesgo en etapas tempranas de la

vida; en el caso de los trastornos de ansiedad, la mayoría se presentan en etapas tempranas de la vida (infancia, adolescencia o la edad adulta temprana) por lo que las intervenciones realizadas en el primer nivel de atención para la detección de este problema de salud son de vital importancia, en el campo de la salud mental se han identificado diferentes niveles de prevención según su población objetivo (aunque la mayoría de estos se han implementado en jóvenes):

- Prevención universal: dirigida a cualquier persona de la población en donde no se identifican factores de riesgo. Se implementan sobre todo en las escuelas en donde bajo intervenciones educativas se promueven comportamientos positivos.
- Prevención selectiva, se centra en grupos de la población en donde se evidencia factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales que predisponen el riesgo de desarrollar un trastorno mental, se han realizado trabajos en los que se trabaja con los hijos de padres con algún trastorno de ansiedad, que serían un grupo vulnerable para esta afección.
- Prevención indicada: dirigida a personas que ya muestran signos y síntomas de síntomas de ansiedad, pero es posible que no cumplan con los criterios de diagnóstico completos para un trastorno de ansiedad.(17)

La intervención preventiva puede ser psicológica que tiene como objetivo la modificación de cogniciones, comportamientos o estado emocional, y la psicoeducativa que proporciona información a través de diferentes modalidades, la efectividad de estas intervenciones se ha comprobado en un metaanálisis reciente(18)dando como resultado la disminución de la incidencia del trastorno de ansiedad y los síntomas asociados hasta por 12 meses.(19)

Rith-Najarian & cols, realizaron una revisión sistemática sobre los programas de prevención universal, selectiva e indicada para ansiedad, depresión y estrés para jóvenes estudiantes universitarios, llevados a cabo en diferentes modalidades: presenciales en grupos y en línea o por computadora, estos programas de prevención se basaron en habilidades de naturaleza fisiológica como:relajación,ejercicio físico y bio/neurofeedback; habilidades de naturaleza metacognitiva: monitoreo / reestructuración cognitiva, atención plena, desarrollo de

conocimientos, y autocontrol; habilidades de naturaleza conductual: resolución de problemas, habilidades de comunicación, exposición, programación de actividades, gestión del tiempo, higiene del sueño, y entrenamiento en asertividad. Sin embargo los dos elementos de práctica más comunes en general fueron la psicoeducación y la relajación, independientemente del nivel de prevención, el tipo de aplicación o la magnitud del tamaño del efecto, el resultado fue una reducción de los síntomas en el 60% de los programas(20)

Shepardson & cols realizaron una revisión sobre la implementación de estrategias de prevención en primer nivel de atención y estimaron que esas estrategias se dan de manera individual por cada proveedor de la salud obteniendo los siguientes resultados de una muestra de 209 proveedores de atención primaria de la salud, quienes estiman realizar un rango de 1:15 intervenciones en su práctica diaria cotidiana, siendo las más comunes la psicoeducación (94,7%), el entrenamiento de relajación (64,1%) y la terapia de apoyo (60,8%), de las intervenciones basadas en evidencia la implementación de la terapia cognitiva-conductual en un 45% y la terapia de exposición en 21.1%. a pesar de que sí hay implementación de estas estrategias de intervención en la práctica cotidiana del primer nivel de atención hay una necesidad de capacitación clínica para diseñar e implementar intervenciones en prevención para los trastorno de ansiedad(21).

Los factores que pueden intervenir en el resultado de las intervenciones se llaman moderadores y en una revisión sistemática de 14 estudios de moderadores sobre intervenciones psicoeducativas y psicológicas para la prevención del trastorno de ansiedad en 13 ECA fueron agrupados en las siguientes categorías:

- Sociodemográficos (edad, sexo, género, estatus socioeconómico).
- Características clínicas (síntomas ansiosos al inicio del estudio).
- Variables cognitivas (atención y memoria).
- Eventos estresantes de la vida.
- Funcionamiento interpersonal (redes de apoyo y funcionamiento familiar).

Sin encontrar evidencia de que estas variables moderen el resultado de las intervenciones para prevención de los trastornos de ansiedad, sin embargo es necesario realizar más estrategias de intervención en prevención en la población

adulta considerando estos moderadores y cómo influyen según el nivel de intervención y el enfoque(22).

La mayoría de las intervenciones de ansiedad tienen una duración promedio de 8-12 sesiones, la mayoría basadas en el enfoque de la terapia cognitivo-conductual, sin embargo, hay varias interacciones de sesión única con resultados positivos en la reducción de síntomas de ansiedad.(23)

Psicoeducación.

El término surge en 1972 por parte del trabajo de George Brown con familias de personas diagnosticadas con esquizofrenia, quien a partir de sus observaciones refiere que “mientras más intolerantes, involucrados y hostiles sean los familiares, son más frecuentes las recaídas de los enfermos”. La psicoeducación es una herramienta preventiva que posiciona como participantes activos al paciente y a su familia, involucra procesos cognitivos, sociales y biológicos que garantizan la autonomía y mejoran la calidad de vida. Los programas psicoeducativos brindan información acerca de una enfermedad en específico dando herramientas para la resolución de problemas y capacitación en habilidades de comunicación, combinando elementos de la terapia cognitivo-conductual, la terapia de grupo y la educación con el único objetivo de brindar conocimientos al paciente y a su familia para mejorar la salud.(24)

En 2015 en The Cochrane Library se publicó una revisión sistemática denominada Psicoeducación (breve) para personas con enfermedades mentales graves, que incluye 20 estudio de intervenciones psicoeducativas, el resultado fue una disminución significativa del tiempo de recaída a corto plazo, pero no a largo plazo, muestra que la incidencia de ansiedad severa y depresión puede disminuir además de mejorar la funcionalidad del paciente y las habilidades sociales(25)

Programas de salud mental en el IMSS.

El Instituto Mexicano del Seguro Social para afrontar enfermedades mentales y adicciones cuenta con el programa PrevenIMSS, cuyo objetivo se basa en el fortalecimiento de acciones de promoción a la salud y prevención con estrategias específicas en cada grupo de edad, para la promoción de la salud en jóvenes se cuenta con el programa JuvenIMSS en donde se tiene la participación de jóvenes

y muchos de ellos estudiantes de escuelas públicas en las que se llevan a cabo campañas de salud en las cuales se les capacita en acciones de autocuidado así como en la prevención de depresión y ansiedad.

Tratamiento.

El objetivo del tratamiento es disminuir la sintomatología, para mejorar la calidad de vida y disminuir la discapacidad. Existen dos enfoques de tratamiento uno enfocado a las modificaciones en el estilo de vida y el farmacológico. En el primero se incluye la psicoterapia que puede tener un enfoque en la terapia cognitivo conductual (considerada de primera línea), en atención plena, plena y aceptación, terapia psicodinámica, terapia de juego y exposición, y psicoeducación, todas ellas ejercen sus efectos biológicamente a través de una modulación cortical mejorada de la actividad de la amígdala.

El tratamiento farmacológico de primera línea se encuentra conformado por los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y los inhibidores de la recaptación de serotonina-noradrenalina (IRSN) con una tasa de respuesta de un 30-50%, y se ha comprobado que reducen la actividad neurobiológica en el circuito corteza prefrontal dorso medial-amígdala frente a estímulos amenazantes, la expectativa de respuesta al tratamiento es de 4-6 semanas, la eficacia de los antidepresivos tricíclicos como la Imipramina es similar a los IRS sin embargo tienen un perfil de seguridad poco favorable, el uso de benzodiazepinas como clonazepam o diazepam es otra alternativa de tratamiento en pacientes seleccionados y deben utilizarse por un corto periodo de tiempo teniendo en cuenta los efectos adversos y las interacciones medicamentosas.(26)

Salud mental, alimentación y ansiedad.

Existencia evidencia actual de la relación que existe entre la microbiota con la salud mental, al mejorar el estado de ánimo a través de la calidad de la alimentación. Nos referimos a microbiota al total de microorganismos dentro del cuerpo humano, aproximadamente más de 90 billones de bacterias y virus, este va cambiando a lo largo del tiempo dependiendo de las diferentes etapas de nuestra vida, a la raza, al estrés, a las emociones, a la consistencia de las heces, al uso de medicamentos y

a la alimentación, la transmisión en el nacimiento se realiza vía vertical: madre- hijo, pero también bajo influencia de la genética, el periodo crítico de desarrollo de esta microbiota es a partir del nacimiento hasta los 3 años.(27)

Actualmente hay investigaciones que revelan el modo de interferencia entre la calidad de la dieta con el estado de salud emocional, a través del eje microbiota-intestino- cerebro en el que participa el sistema nervioso autónomo, el sistema nervioso entérico, el sistema inmunológico, endocrino y el eje hipotálamo-pituitario-suprarrenal:la dieta y la microbiota tienen una relación bidireccional en donde los microorganismos pueden influir en la elección y comportamientos en cuanto a nuestra dieta(28). La conformación de la microbiota es a partir de grupos de filos dominantes entre los cuales se encuentran *Bacteroidetes*, *Firmicutes* y *Actinobacteria*, razón por la cual existe un impacto directo entre la calidad de los alimentos que conforman la dieta, ya que la colonización bacteriana es de acuerdo al grupo de alimentos de mayor consumo, los prebióticos que son sustratos utilizados por los microorganismos del huésped que confiere beneficios a la salud del huésped y esto tiene como resultado la capacidad de mejorar el crecimiento de *Bifidobacteria*, éstas traen beneficios a la salud como la producción de vitamina B, antioxidantes y polifenoles que ayudan a mejorar la función del sistema inmunitario estimulando la producción de inmunoglobulinas y están presentes en alimentos como las cebollas y el trigo, así por ejemplo tenemos que un consumo regular de alimentos ricos en carbohidratos simples, altos en grasa, con granos refinados y alcohol es una dieta con alto potencial inflamatorio con tendencia a influir en el desarrollo de trastornos de salud mental como lo es la depresión, la ansiedad o el estrés, por el contrario tenemos que una dieta mediterránea en la que hay un consumo frecuente de cereales integrales, legumbres, frutas, verduras, pescado, aceite de oliva, ácidos grasos poliinsaturados, omega 3 y fibra reduce el potencial inflamatorio con menor tendencia en el desarrollo de depresión, ansiedad y estrés.(29)

La asociación más importante entre la alimentación y la microbiota es su capacidad para estimular la producción de neurotransmisores y estos en consecuencia regulan el estado de ánimo, la cognición y nuestro comportamiento. No todos los

neurotransmisores que se producen en el intestino tienen influencia en la composición química cerebral, sin embargo, pueden estimular de manera directa o indirecta al nervio vago. La presencia de un grupo de bacterias con características específicas en conjunto con aminoácidos (adquiridos de la dieta) van a estimular la producción de neurotransmisores clave como serotonina, dopamina, noradrenalina, melatonina, GABA (L-glutamato).

La importancia de mantener un microbioma intestinal diverso radica en su participación con el mantenimiento o desarrollo de algunos trastornos psicológicos, además existen otros factores desencadenantes que permiten el mantenimiento de estos trastornos algunos como el estrés, el estatus socioeconómico (da la posibilidad de elección de alimentos para sustentar una dieta occidental o mediterránea), entre otros. Dentro de los factores protectores de la microbiota encontramos los estilos de vida saludables (alimentación saludable, ejercicio), los prebióticos (sustratos no digeribles que estimulan el crecimiento de las especies que conforman la microbiota) y probióticos (microorganismos vivos).

El estrés y las emociones influyen también en la composición del microbioma y al mismo tiempo estimulan la liberación de neurotransmisores simpáticos que influyen en la fisiología intestinal y de esta forma alteran el hábitat del microbioma, lo que llamamos disbiosis (27) lo que sucede en el trastorno de ansiedad, por lo que es importante mantener en homeostasis el microbioma intestinal cuidando la alimentación.

Actividad física y salud mental.

Como punto de partida entendemos como actividad física a cualquier movimiento corporal que aumente el gasto de energía mientras que el ejercicio son los movimientos estructurados y repetitivos con el fin de mejorar la condición física. Hay dos programas de ejercicio que se han recomendado para los pacientes con trastornos de ansiedad: el ejercicio aeróbico y el entrenamiento de flexibilidad y resistencia. Ensayos de intervenciones basados en ejercicios han presentado un efecto moderado en la reducción de síntomas de ansiedad, y se ha encontrado que sobre todo el ejercicio aeróbico mejora la aptitud cardiorrespiratoria, en programas de 12 semanas de actividad aeróbica hay mejoría del estado físico produciendo

adaptación a los factores estresantes tanto ambientales como psicosociales por sus efectos fisiológicos y psicológicos. Una extensa serie de metaanálisis reporto que debe haber un programa de más de 21 minutos de ejercicio con un mínimo de 10 semanas para la reducción de síntomas de ansiedad, hay investigaciones que reportan que la actividad física tiene un máximo beneficio sobre la ansiedad después de 40 minutos por sesión.(30)

Los mecanismos fisiológicos por los cuales la actividad física y el ejercicio mejoran el estado de ánimo es por la regulación de respuesta al estrés ya que interviene con el eje hipotálamo-pituitario-suprarrenal con efecto sobre el hipocampo al estimular los procesos neurogénicos para el funcionamiento cerebral en la regulación del factor neurotrófico regulador del cerebro (BDNF), en la estimulación de neurogénesis y angiogénesis, regula también los endocannabinoides (anandamida) que produce efecto ansiolítico, interviene con propiedades antiinflamatorias disminuyendo la circulación de glucocorticoides mejorando la transmisión sináptica aminérgica (noradrenalina,norepinefrina,dopamina,serotonina) afectando las respuestas del sistema nervioso simpático produciendo efectos en la excitación y atención, hay producción de endorfinas (β -endorfina) que disminuye el dolor y potencia el estado de euforia producido por la conservación de energía.(31)

Los mecanismos psicológicos que intervienen en la regulación del estado de ánimo por la actividad física son los siguientes: tenemos la hipótesis de la distracción, ya que la actividad física produce una desviación de estímulos desagradables o a las quejas somáticas dolorosas que conducen a mejorar el afecto; autoeficacia, la confianza en la propia capacidad, el dominio de una actividad desafiante involucra independencia y éxito y la interacción social, en conjunto mejoran la salud mental.(32)

Higiene del sueño y salud mental.

El sueño se encuentra asociada a la salud mental, debido que las personas que presentan insomnio o problemas para dormir son más susceptibles a presentar depresión, ansiedad, trastornos alimenticios, psicosis, delirio y estrés postraumático. Dentro de las funciones del sueño se encuentra la consolidación de la memoria, la homeostasis sináptica neuronal, conservación y restauración de la

energía cerebral, modulación neuroendocrina, hay una disminución de la actividad simpática y un aumento en la actividad parasimpática, existe la eliminación de desechos tóxicos cerebrales como β amiloide extracelular, y un aumento de la hormona de crecimiento y prolactina, y todo esto para reestablecer la energía cerebral(33), la calidad del sueño tiene un resultado positivo en la salud física y mental ya que mejora la atención, el aprendizaje, la cognición, el comportamiento, la regulación de las emociones, y mejoría en la calidad de vida .

Llamamos higiene de sueño a una serie de comportamientos que promueven la salud del sueño en todas sus dimensiones, las cuales son las siguientes: regulación del ciclo circadiano con la regularidad en la hora de acostarse y levantarse, evitando las siestas diurnas, para mejorar la calidad del sueño, estableciendo rutinas: limitando alimentos con cafeína, nicotina y alcohol así como actividades estimulantes como el ejercicio y la exposición a dispositivos eléctricos como el celular o ver la televisión para dar inicio a la fase de inducción del sueño, mejorar el ambiente del dormitorio (limitando factores externos que puedan interrumpir el sueño como la luz o el ruido), y cambios en la dieta para limitar las molestias gastrointestinales; todas estas herramientas nos permitirán tener un mejor ciclo de sueño y por lo tanto mayor regulación en nuestro ciclo circadiano.(34)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El interés de realizar el presente estudio surge ante la preocupante crisis de salud mental en la que nos encontramos debido en gran parte a los estragos que la pandemia de COVID 19 ha dejado en nuestra región como lo señala la directora de la Organización Panamericana de la salud, y por el creciente aumento en la prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada es importante señalar que los trastornos mentales de ansiedad tienen mayor incidencia en las primeras décadas de la vida ya que es un periodo crítico del desarrollo humano en el que deben alcanzarse hitos sociales y educativos por lo que hay mayor susceptibilidad, en donde las brechas para la atención a la salud mental se hacen más notables dentro de las cuales encontramos la actitud negativa que existe para la búsqueda de

ayuda(estigma o vergüenza internalizados) y el acceso se ve limitado por los costos y la baja disponibilidad de servicios de salud mental pública.

La evidencia encontrada hasta el momento ha demostrado la eficacia de las intervenciones preventivas realizadas en el medio educativo como escuelas con jóvenes y adolescentes que observaron mejoría en los resultados sintomatológicos, conductuales y sociales del trastorno de ansiedad y afecciones asociadas como depresión y estrés, sin embargo, hay una necesidad de explorar más a fondo estrategias de intervención específicas para informar el futuro de la promoción de la salud mental en jóvenes en las unidades de medicina familiar, pilar de todo sistema de salud, por lo que nos hacemos la siguiente pregunta:

¿Cuál es el efecto de una intervención psicoeducativa en la prevención indicada del trastorno de ansiedad generalizada en adultos de 18-45 años?

OBJETIVO GENERAL.

- Evaluar el efecto de una intervención psicoeducativa para la disminución de la sintomatología de ansiedad como prevención indicada del trastorno de ansiedad generalizada en adultos de 18-45 años.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Describir los datos sociodemográficos (edad, sexo, grado de escolaridad y situación laboral) de los adultos de 18-45 años.
- Describir consumo de sustancias, antecedentes heredofamiliares de trastornos psiquiátricos y patologías diagnosticadas.
- Categorizar la severidad de sintomatología de ansiedad con el inventario de ansiedad de Beck.
- Aplicar una intervención psicoeducativa a los adultos con sintomatología de ansiedad, en 4 sesiones.
- Medir la sintomatología de ansiedad con el inventario de ansiedad de Beck a las dos semanas de término de la última intervención.

HIPOTESIS.

- Hipótesis nula (Ho): La intervención psicoeducativa en la prevención indicada del trastorno de ansiedad generalizada NO disminuye la sintomatología en adultos de 18-45 años.
- Hipótesis alterna (Ha): La intervención psicoeducativa en la prevención indicada del trastorno de ansiedad generalizada SI disminuye la sintomatología en adultos de 18-45 años.

SUJETO, MATERIAL Y MÉTODOS.

Lugar del estudio: El estudio se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar 20 “Vallejo” del IMSS, ubicada en Calzada Vallejo 675, Magdalena de las Salinas, Gustavo A. Madero, 07760 Ciudad de México, CDMX; en la cual se brinda atención de primer nivel a la población derechohabiente. Cuenta con 30 consultorios de medicina familiar, 2 de medicina del trabajo, de estomatología, de nutrición, planificación familiar y laboratorio clínico para 2 turnos de atención (matutino y vespertino), los cuales se encuentran coordinados por 3 oficinas de jefatura clínica.

Población de estudio: Hombres y mujeres de 18 a 45 años, derechohabientes del IMSS.

Grupo de estudio: Hombres y mujeres de 18 a 45 años, derechohabientes del IMSS, que presenten sintomatología de ansiedad evaluada con el inventario de ansiedad de Beck.

Diseño de estudio: Estudio cuasiexperimental, longitudinal con medición pre y pos intervención de la sintomatología de ansiedad por medio del inventario de ansiedad de Beck, prospectivo.

Criterios de selección.

Criterios de Inclusión:

- ✓ Hombres y mujeres de 18-45 años, derechohabientes del IMSS.
- ✓ Hombres y mujeres con sintomatología de ansiedad evaluada por el inventario de ansiedad de Beck.
- ✓ Hombres y mujeres con factores de riesgo para desarrollar trastorno de ansiedad como:

- Antecedentes heredofamiliares de algún trastorno mental (trastorno de ansiedad, depresión, trastorno afectivo bipolar, esquizofrenia, autismo).
- Consumo de sustancias: alcohol, tabaco o alguna otra sustancia.

Criterios de exclusión:

- ✓ Hombres y mujeres que no deseen participar en el estudio.
- ✓ Hombres y mujeres que no presenten síntomas de ansiedad (puntuación <10 puntos en escala de Ansiedad de Beck”) al inicio del estudio.
- ✓ Mujeres embarazadas.
- ✓ Hombres y mujeres que no cumplan con el rango de edad de 18- 45 años.

Criterios de eliminación:

- Hombres y mujeres que no hayan contestado las escalas completas.
- Hombres y mujeres que no participen en las sesiones de intervención psicoeducativa.
- Hombres y mujeres que no deseen participar en la investigación.

Tipo de muestreo.

No probabilístico por conveniencia.

Tamaño de muestra: 38 personas.

Técnica de recolección de la muestra: Muestreo por casos consecutivos.

Descripción del estudio.

Se realizó un estudio en 38 participantes derechohabientes del IMSS de 18-45 años a quienes se les dio a responder el instrumento (ver anexos) que contenía los siguientes cuestionarios y escalas:

- Cuestionario de datos personales y sociodemográficos: con el que se pregunta sobre la edad, género, estado civil, grado de escolaridad, situación laboral, antecedentes heredofamiliares y consumo de sustancias.
- El inventario de ansiedad de Beck que es una escala auto aplicable que fue desarrollada en 1988 con el objeto de poder tener un instrumento fiable que

evaluará la presencia de sintomatología de ansiedad, valorando los principales síntomas somáticos y subjetivos, conformada por 21 ítems, evaluando cada síntoma con una puntuación de 0-3 según su presentación (0 en absoluto, 1 levemente, 2 moderadamente, 3 severamente), la puntuación total oscila de 0 a 63 puntos. De acuerdo con la puntuación, tiene la siguiente clasificación:

- A) 0-9 normal.
- B) 10-18 ansiedad leve a moderada.
- C) 19-29 ansiedad moderada a severa.
- D) 30-63 ansiedad severa.(35)

Presenta una fiabilidad con una consistencia interna de alfa de Cronbach de 0,90 a 0,94 y validez con buena correlación en diferentes poblaciones en rangos de edad tanto de pacientes psiquiátricos, jóvenes, adultos y adultos mayores. Con un coeficiente de correlación r con la Escala de Ansiedad de Hamilton de 0.51(36)

Después de recabar las respuestas de los participantes, se categorizó el nivel de sintomatología de ansiedad que presentaban previo a la implementación de la intervención psicoeducativa, posteriormente se implemento la intervención psicoeducativa, la cual constaba de las siguientes características:

- 4 sesiones.
- Duración por sesión de 30-40 minutos.
- Modalidad: en línea, por medio de la plataforma Zoom.
- Contenido (ver tabla 1 de carta descriptiva) Tabla 1,

Tabla 1, Carta descriptiva de intervención psicoeducativa.

Sesión	1	2	3	4
Contenido temático	Ansiedad y manifestaciones clínicas.	Alimentación y ansiedad.	Sueño y ansiedad.	Técnicas de relajación.
Objetivos	-Comprender definición de ansiedad. -Explicar la respuesta cerebral y las	-Comprender la relación que existe entre la ansiedad y la alimentación. -Dar recomendaciones	-Conocer la importancia del sueño en la actividad cerebral. -Concepto de ciclo circadiano.	-Dar definición conceptual de relajación. -Comprender la importancia de la respiración.

	manifestaciones físicas de la ansiedad.	para mejorar hábitos alimenticios. -Explicar la relación entre el microbioma y el estado de ánimo.	-Comprender la arquitectura del sueño. - Dar las recomendaciones de medidas de higiene de sueño.	-Explicar y aplicar la respiración diafragmática, técnica Grounding y técnica de relajación progresiva de Jacobson. -Identificar actividades de relajación.
Técnica didáctica.	Exposición verbal y dinámica. Proyección audiovisual.	Exposición verbal y dinámica.	Exposición verbal y dinámica. Lluvia de ideas.	Exposición verbal y realización práctica de las técnicas de relajación.

Dos semanas después del término de la cuarta sesión de la intervención psicoeducativa, se aplicó nuevamente el instrumento del inventario de ansiedad de Beck, con el que se evaluó y categorizó el nivel de los síntomas de ansiedad.

RESULTADOS.

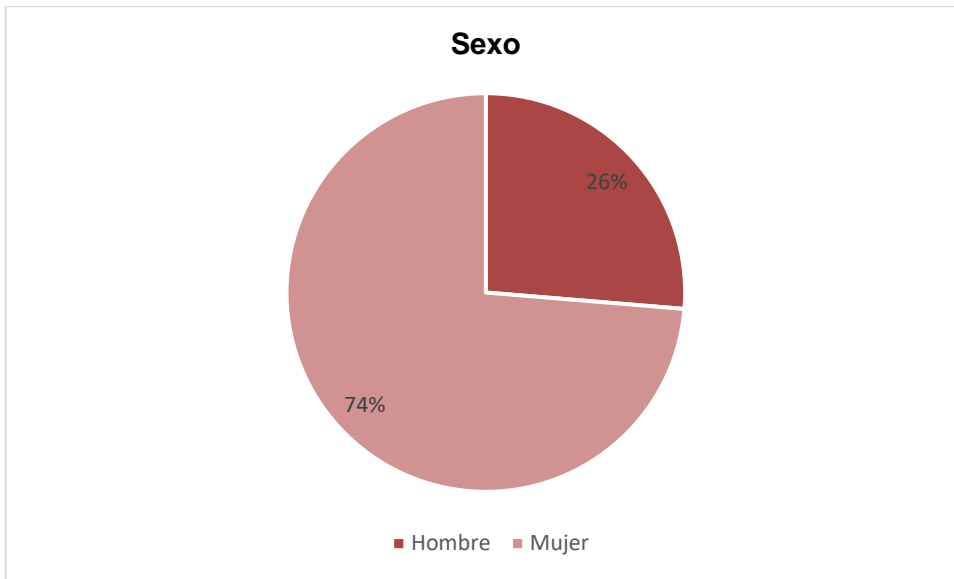
Se realizó una investigación de estudio cuasiexperimental, longitudinal, prospectivo en el que se realizó una intervención psicoeducativa en 4 sesiones con una duración de 30-40 minutos en 38 participantes adultos de 18-45 años derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en relación con el análisis descriptivo con los datos sociodemográficos se obtuvo lo siguiente, ver tabla 2.

Tabla 2. Variables sociodemográficas.

VARIABLE	n	%		
Edad				
19	3	7.9		
20	6	15.8		
21	4	10.5		
22	3	7.9		
23	3	7.9		
24	1	2.6		
25	1	2.6		
26	5	13.2		
27	3	7.9		
28	2	5.3		
29	2	5.3		
30	2	5.3		
31	1	2.6		
32	1	2.6		
43	1	2.6		
Sexo				
Hombre	10	26.3		
Mujer	28	73.7		
Escolaridad				
Preparatoria	3	7.9		
Licenciatura	29	76.3		
Carrera técnica	2	5.3		
Posgrado	4	10.5		
Estado civil				
Soltero	33	86.8		
Unión libre	2	5.3		
Casado	3	7.9		
Ocupación				
Empleado	3	7.9		
Estudiante	32	84.2		
Empleado y estudiante	3	7.9		
	MEDIA	DE	MIN.	MAX.
Edad	24.63	4.88	19	43

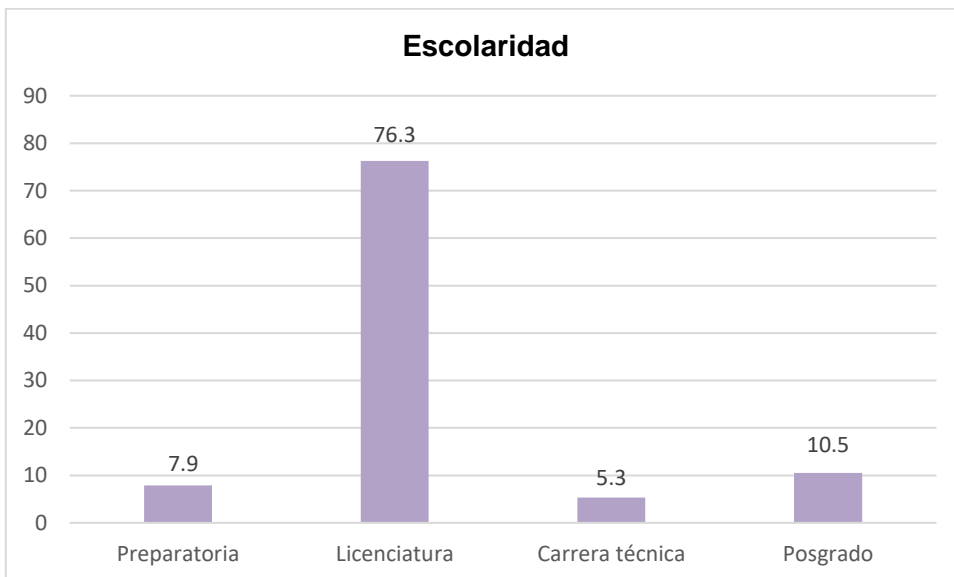
Se encontró una media de edad de 24.63 DE \pm 4.88 años, con una edad máxima de 43 y mínima de 19 años, varianza de 23.86, el 15.8% (n=6) contaban con 20 años, el 73.7% (n=28) fueron mujeres, ver gráfico 1.

Gráfico 1. Sexo.



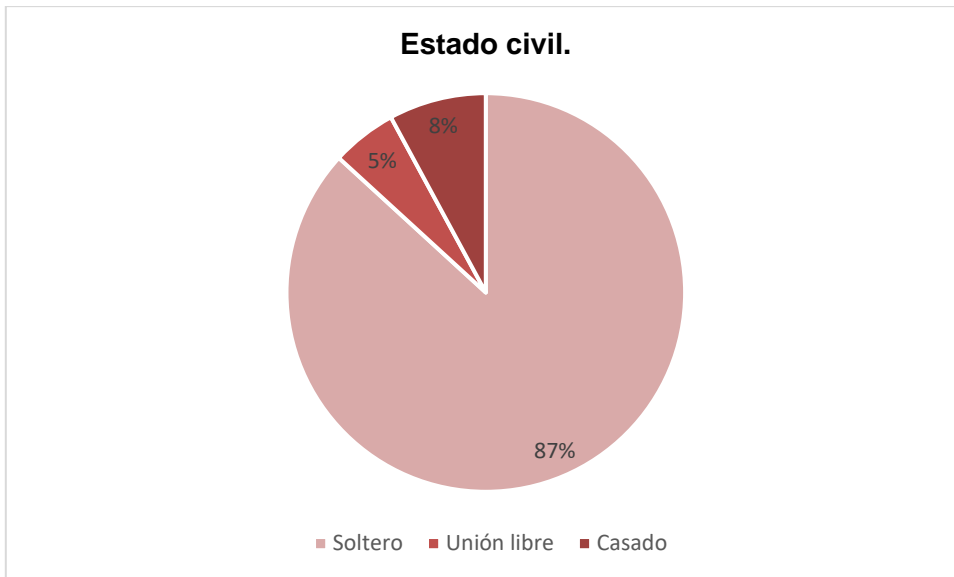
El 76.3% (n=29) de los participantes son de escolaridad licenciatura, y el 5.3% (n=2) con carrera técnica, ver gráfico 2.

Gráfico 2. Escolaridad.



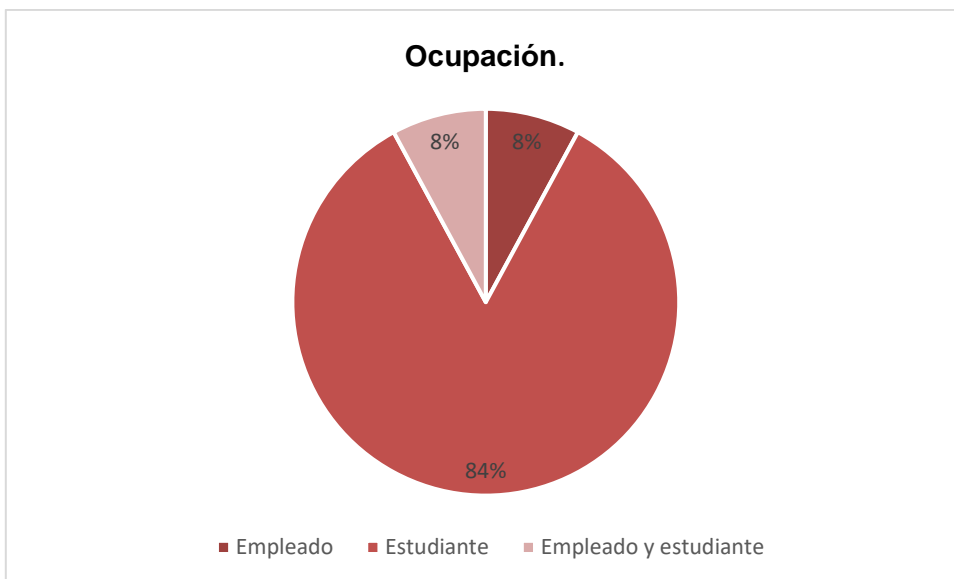
El estado civil de los participantes en un 86.8% (n=33) fueron solteros mientras que solo el 5.3% (n=2) en unión libre, ver gráfico 3.

Gráfico 3. Estado civil de los participantes.



El 84.2% (n=32) fueron de ocupación estudiantil mientras que el 7.9% (n=3) fueron empleados y de la misma forma el 7.9%(n=3) eran empleados y estudiantes, ver gráfico 4.

Gráfico 4. Ocupación.



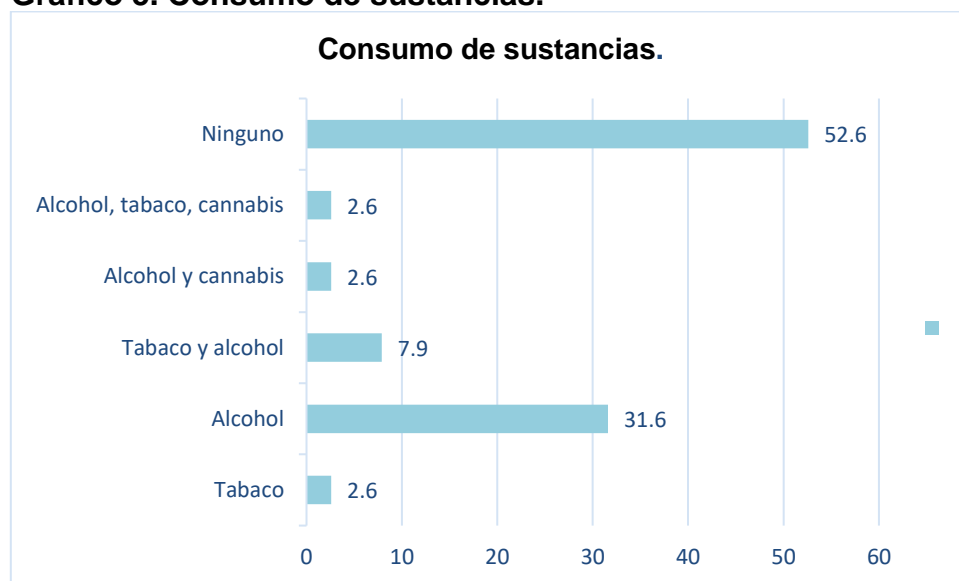
En cuanto a las variables clínicas, ver tabla 3, El 47.8% (n=18) presentaron consumo de alguna sustancia con mayor prevalencia el consumo de bebidas alcohólicas en

el 12% (n=12) y solo el 52.6% (n=20) no presentaron el consumo de alguna sustancia, ver gráfico 5.

Tabla 3. Variables clínicas.

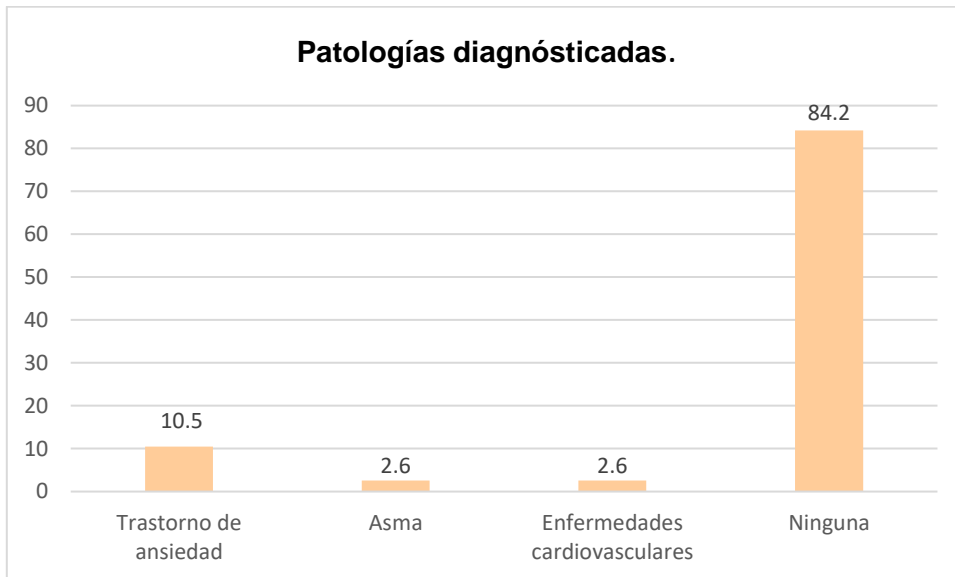
VARIABLE	n	%
Consumo de sustancias		
Tabaco	1	2.6
Alcohol	12	31.6
Tabaco y alcohol	3	7.9
Alcohol y cannabis	1	2.6
Alcohol, tabaco, cannabis	1	2.6
Ninguno	20	52.6
Patologías diagnosticadas		
Trastorno de ansiedad	4	10.5
Asma	1	2.6
Enfermedades cardiovasculares	1	2.6
Ninguna	32	84.2
Antecedentes heredofamiliares		
Trastorno de ansiedad	2	5.3
Depresión	4	10.5
Trastorno bipolar	2	5.3
Esquizofrenia	1	2.6
Trastorno mixto ansiedad y depresión	2	5.3
Más de 2 trastornos	3	7.9
Ninguna	24	63.2

Gráfico 5. Consumo de sustancias.



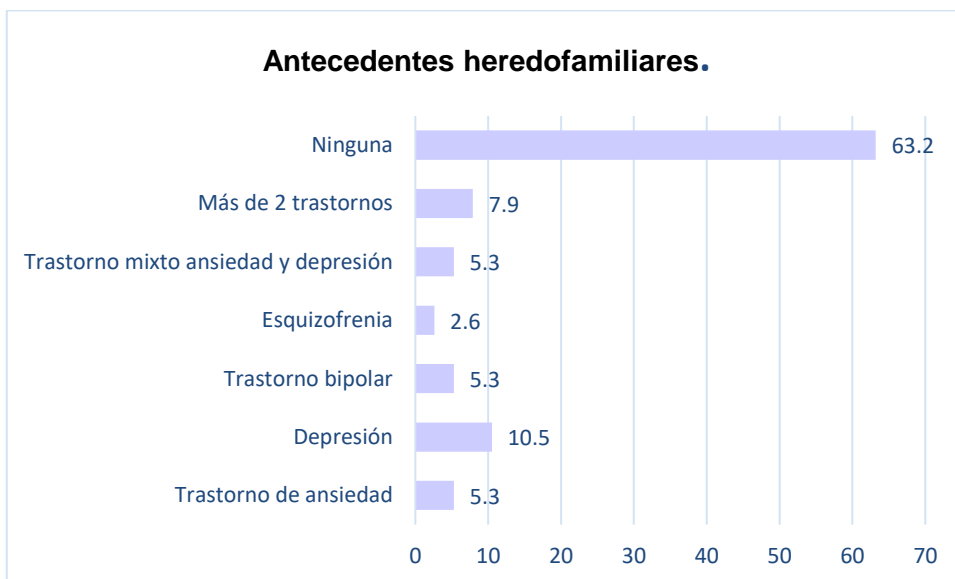
El 15.8% (n=6) contaron con patología previa diagnosticada, el 10.5% (n=4) presentaba el diagnóstico previo de trastorno de ansiedad generalizada y solo el 84.2% (n=32) no contaban con alguna patología diagnosticada, ver gráfico 6.

Gráfico 6. Patologías diagnosticadas.



El 36.8% contaban con antecedentes heredofamiliares de trastornos psiquiátricos, el trastorno depresivo en un 10.5% (n=4) y el 63.2% (n=24) no tenían antecedentes heredofamiliares sobre trastornos psiquiátricos, ver gráfico 7.

Gráfico 7. Antecedentes heredofamiliares psiquiátricos.



En cuanto a la escala de ansiedad de Beck previo a la intervención educativa, se observó una media de puntaje de 23.02 DE± 10.86 puntos, con un puntaje máximo

de 46 y un puntaje mínimo de 10, donde el 42.1% (n=16) presentaron ansiedad leve, 23.7% (n=9) ansiedad moderada y ansiedad severa el 34.2% (n=13). Tabla 4.

Tabla 4. Escala de ansiedad de Beck previo a la intervención.

VARIABLE	n	%		
Grado de severidad de ansiedad				
Ansiedad leve	16	42.1		
Ansiedad moderada	9	23.7		
Ansiedad severa	13	34.2		
	MEDIA	DE	MIN.	MAX.
Puntaje	23.02		10	46
	10.86			

En la escala de ansiedad tras la intervención de 4 sesiones educativas, se observó una media de puntaje de 14.47 ± 8.48 puntos, con un puntaje máximo de 29 y un mínimo de 1, donde el 34.2% (n=13) no presentaron ansiedad, el 34.2% (n=13) con ansiedad leve y el 31.6% (n=12) ansiedad moderada. Tabla 5.

Tabla 5. Escala de ansiedad de Beck posterior a la intervención.

VARIABLE	n	%		
Grado de severidad de ansiedad				
Sin ansiedad	13	34.2		
Ansiedad leve	13	34.2		
Ansiedad moderada	12	31.6		
	MEDIA	DE	MIN.	MAX.
Puntaje	14.47	8.48	1	29

ANÁLISIS BIVARIADO

En el análisis de comparación de medias del puntaje de la escala de Beck por medio de la prueba T de Student, se observó que hay diferencias en los puntajes para la clasificación de ansiedad posterior a la intervención psicoeducativa, donde hay una baja en la media del puntaje ($t(10.52)$, IC 95%) con una p significativa de .000. Encontrando una diferencia de medias de 8.55 puntos con una efectividad del 81.42% para la disminución de síntomas de ansiedad, ver Tabla 6.

Tabla 6. Comparación de medias del puntaje de la Escala de ansiedad de Beck preintervención y postintervención educativa.

VARIABLE	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	IC 95%	
					Inferior	Superior
Puntaje pre-intervención	13.06	37	.000	23.02	19.45	26.59
Puntaje pos intervención	10.52	37	.000	14.47	11.68	17.26

DISCUSIÓN.

Shepardson et al cols (2020) quien realizó una encuesta en línea para proveedores de atención primaria de Estados Unidos para identificar las intervenciones realizadas para tratamiento de la ansiedad, siendo la psicoeducación la práctica más utilizada en un 86.12% (síntomas más comunes cómo se desarrolla la ansiedad) y el entrenamiento en relajación en un 64.11% (respiración diafragmática, relajación muscular progresiva, imágenes guiadas), la terapia de apoyo en 60.8% mientras que las menos comunes la terapia cognitiva en un 45% y la exposición en un 21.1% (37), por lo que el formato de intervención aplicada en esta investigación se alinea con las prácticas más utilizadas en atención primaria en Estados Unidos. En una revisión realizada por Menáquez et al cols (2019), en la que evalúa la eficacia del tratamiento psicológico grupal con enfoque transdiagnóstico del tipo terapia cognitivo-conductual en el servicio de atención primaria por el servicio de psicología clínica que incluía 4 sesiones de duración con una frecuencia semanal con componentes como psicoeducación, reestructuración cognitiva, entrenamiento en asertividad, higiene de sueño, solución de problemas, técnicas de relajación y manejo del tiempo, dicho estudio realizó una evaluación pretest-postest en una muestra de 48 participantes, 60.4% mujeres y 39.6% hombres, con un rango de edad de 18- 73 años con una media de edad de $43 \pm 11,69$, con una efectividad en la que el 79.2% no requirieron de atención psicológica a corto plazo y fueron dados de alta y solo un 20.8% continuaron en seguimiento psicológico(38), en el presente estudio se realizó un formato similar con el número de sesiones y contenido de las mismas al estudio realizado en el que de igual forma al estudio mencionado hubo mayor participación del sexo femenino, observando una efectividad del **81.42%** con una

disminución de **8.55** puntos en la escala de ansiedad de Beck posterior a la intervención disminuyendo de manera significativa la severidad de los síntomas de ansiedad.

En cuanto ocupación de los participantes en este estudio hubo mayor cantidad de estudiantes en 84.2%, como menciona Rith-Najarian et al cols (2019) los estudiantes universitarios tienen un alto riesgo de síntomas de depresión y ansiedad debido a los múltiples factores estresantes a los que están expuestos(39), a ello la importancia de brindar herramientas que ayuden a disminuir dicha sintomatología. Shepardson et al cols (2020), a partir de una revisión de intervenciones psicológicas realizadas en atención primaria para disminución de los síntomas de ansiedad establece que la psicoeducación es la intervención más frecuente realizada en atención primaria con un 94.7%, seguida del entrenamiento de relajación en un 64.1%, con efectividad del 91.7% para reducir los síntomas de ansiedad de los estudios antes y después en población que cumpliera con criterios diagnóstico para un trastorno de ansiedad por DSM-5(40), que concuerda con el estudio realizado en el que se obtuvo una efectividad del 81.42%, que al realizar una evaluación de los síntomas de ansiedad con la escala de ansiedad de Beck pre intervención se obtuvo un puntaje con una media de 23.02 con un valor máximo de 46 y mínimo de 10 en comparación con la evaluación pos intervención en donde la media fue de 14.47, con un valor máximo de 29 y mínimo de 1, observando que hay disminución de la sintomatología con una p significativa de .000, sin embargo lo que no concuerda el estudio de los autores referidos con el presente es la duración del seguimiento al término de la intervención ya que le rango promedio en esos estudios fue de 2-12 meses mientras que en este estudio la evaluación pos intervención se realizó 2 semanas después del término de la misma.

CONCLUSIONES.

A partir de los hallazgos encontrados en este trabajo, aceptamos la hipótesis alterna que establece que la intervención psicoeducativa en la prevención indicada (en población con factores de riesgo y sintomatología clínica) del trastorno de ansiedad

generalizada sí disminuye la sintomatología en adultos de 18-45 años, con una efectividad del 81.42%, disminuyendo 8.55 puntos de la sintomatología de ansiedad pos intervención donde observamos también que al inicio del estudio hubo puntuaciones con una clasificación de ansiedad severa y posterior a la intervención al disminuir la sintomatología no hubo puntajes que se clasificarán como ansiedad severa y al contrario se obtuvo puntajes que entraban en rango normales de ansiedad sin ninguna severidad de la misma, sustentando que es la psicoeducación el formato de intervención más utilizada en intervención primaria para la disminución de los síntomas de ansiedad en la población adulta, considerando que hubo mayor participación del sexo femenino con ocupación de estudiante, por lo que la implementación de estrategias psicoeducativas en la población adulta joven es de gran importancia en materia de prevención para lograr disminuir la incidencia de trastornos de salud mental que limiten las actividades de la vida diaria y laborales de la población juvenil y al dar herramientas favorecemos el bienestar psicosocial de la población a largo plazo que mejoran la calidad de vida y la salud.

Dentro de las fortalezas de esta investigación es que la intervención psicoeducativa fue impartida por un médico residente de la Especialidad de Medicina Familiar en coordinación con un médico especialista en psiquiatría quien participó en el diseño e implementación del contenido de las sesiones psicoeducativas por lo que es de importancia contar en las unidades de primer nivel con proveedores de la salud que cuenten con sensibilización y capacitación clínica para promover y dar intervenciones efectivas en materia de salud mental.

La contribución más importante de este estudio es visibilizar la importancia de las intervenciones en temas de salud mental en unidades de atención primaria proponiendo el formato de intervenciones psicoeducativas como un modelo de prevención en adultos con factores de riesgo (consumo de sustancias, antecedente previo de antecedentes heredofamiliares de trastornos psiquiátricos) y sintomatología de ansiedad en una modalidad a distancia con un formato virtual que genera una menor probabilidad de ausentismo de los participantes, sin embargo una limitante importante fue la disponibilidad de horarios de los participantes debido a múltiples factores dentro de ellos su horario laboral o escolar .

Concluimos que la psicoeducación es eficaz en la disminución de la sintomatología de ansiedad y con ello se puede implementar como parte de los programas prioritarios de salud del IMSS, ya que de esta forma promovemos la salud mental y reducimos el estigma de las enfermedades mentales (siendo uno de los objetivos primordiales del Desarrollo sostenible para un 2030 más saludable de la Organización de las Naciones Unidas) ofreciendo un mayor acceso a adquirir herramientas que nos permitan realizar actividades que favorezcan a la salud y con ello mejoramos la calidad de vida de la población adulta , reduciendo el ausentismo laboral por incapacidad y de la misma forma el uso indiscriminado de fármacos lo cual trae consigo beneficios a la población al mejorar la salud y la calidad de vida de la población adulta y al mismo tiempo trae consigo beneficios económicos para la administración institucional, y sumamos un programa en materia de prevención y promoción a la salud en nuestro país.

RECOMENDACIONES.

Para futuras investigaciones sugerimos la formación de un equipo multidisciplinario con capacitación clínica para implementar y diseñar las intervenciones, sugerimos que se pruebe este tipo de intervenciones con la modalidad presencial para valorar la participación e interés de los participantes, así mismo implementar estrategias de promoción a la salud mental de acuerdo con la edad y ocupación de la población con el fin de sensibilizar a la población con los temas de salud mental y otorgar herramientas que faciliten la adquisición de habilidades y aprendizajes para el cuidado de la salud mental.

Considerar la asociación del consumo de sustancias como un factor que puede ser un exacerbante para la sintomatología de ansiedad.

Tener presente la falta de participación del sexo masculino en la adquisición de herramientas para el cuidado de la salud mental en materia de prevención por lo que será importante evaluar la implementación de programas de promoción a la salud mental en áreas laborales trabajando de manera en conjunto con el servicio de salud en el trabajo, así como con Recursos humanos.

Será importante extender el periodo de seguimiento al término de la intervención para valorar los resultados a largo plazo y considerar la comorbilidad con el trastorno depresivo ya que en este estudio no consideramos comorbilidades con el trastorno de ansiedad y con la sintomatología de ansiedad.

LIMITACIONES.

Al ser adultos en edad productiva en un rango de edad de 18-45 años una limitación importante fue la disponibilidad de horario que permitiera la implementación de la intervención psicoeducativa, razón por la cual se consideró la modalidad a distancia, así como el estigma que hay para la salud y trastornos mentales que se encuentra presente en la población que impide la participación de un mayor número de participantes, ya que una gran cantidad de personas se negó a responder el instrumento debido a múltiples creencias en cuanto a la salud mental.

Conflicto de intereses.

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Suicide risk factors related to depressive and anxiety disorders | Baca García | Salud Mental [Internet]. [citado 26 de agosto de 2021]. Disponible en: http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/SM.0185-3325.2014.044/2477
2. Calidad de vida y discapacidad en el trastorno de ansiedad generalizada | Marjan López de la Parra | Salud mental [Internet]. [citado 26 de agosto de 2021]. Disponible en: http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/SM.0185-3325.2014.061/2542
3. OMS. Plan de Acción sobre salud mental 2013-2020 [Internet]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf

4. Medina-Mora ME, Borges G, Muñoz CL, Benjet C, Jaimes JB, Bautista CF, et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*. 2003;26(4):1-16.
5. James SL, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*. 10 de noviembre de 2018;392(10159):1789-858.
6. La carga de los trastornos mentales en la región de las Américas 2018 [Internet]. [citado 19 de agosto de 2021]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y
7. Walker ER, McGee RE, Druss BG. Mortalidad en los trastornos mentales y las implicaciones de la carga global de enfermedad: una revisión sistemática y un metanálisis | *Psiquiatría y salud conductual* | *Psiquiatría JAMA* | *Red JAMA* [Internet]. *Psiquiatría JAMA*. 2015 [citado 19 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2110027>
8. Doctora Amanda W. Calkins, Eric Bui MD, PhD, Dr. Charles T. Taylor, Dr. Mark H. Pollack, Dr. Richard T. LeBeau Naomi M. Simon MD, MSc. Trastorno de ansiedad. En: *Massachusetts General Hospital Tratado de Psiquiatría Clínica* [Internet]. segunda. España: Elsevier; 2018. p. 353-66. Disponible en: <https://www-clinicalkey-es.pbidi.unam.mx:2443/#!/content/book/3-s2.0-B9788491132127000328?scrollTo=%23hl0000330>
9. Giacobbe P, Flint A. Diagnosis and Management of Anxiety Disorders. *CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology*. junio de 2018;24(3):893.
10. Stahl M. Stephen. *Psicofarmacología Esencial de Stahl. Bases neurocientíficas y aplicaciones prácticas*. 4ta ed. Aula Médica; 2014.

11. Moreno-Peral P, Conejo-Cerón S, Motrico E, Rodríguez-Morejón A, Fernández A, García-Campayo J, et al. Risk factors for the onset of panic and generalised anxiety disorders in the general adult population: A systematic review of cohort studies. *Journal of Affective Disorders*. octubre de 2014;168:337-48.
12. Hendriks SM, Spijker J, Licht CMM, Hardeveld F, de Graaf R, Batelaan NM, et al. Long-term disability in anxiety disorders. *BMC Psychiatry*. 19 de julio de 2016;16(1):248.
13. Hartwich P, Boeker H, Northoff G. Anxiety Disorders. En: Boeker H, Hartwich P, Northoff G, editores. *Neuropsychodynamic Psychiatry* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2018 [citado 21 de agosto de 2021]. p. 295-307. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-3-319-75112-2_13
14. Pablo Gaitán-Rossi, Víctor Pérez-Hernández, Mireya Vilar-Compte, Graciela Teruel-Belismelis. Prevalencia mensual de trastorno de ansiedad generalizada durante la pandemia por Covid-19 en México | *Salud Pública de México* [Internet]. [citado 19 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/12257>
15. Lijster JM de, Dierckx B, Utens EMWJ, Verhulst FC, Zieldorff C, Dieleman GC, et al. La edad de inicio de los trastornos de ansiedad: un metanálisis. *Can J Psychiatry*. 1 de abril de 2017;62(4):237-46.
16. Craske MG, Stein MB. Anxiety. *The Lancet*. 17 de diciembre de 2016;388(10063):3048-59.
17. Craske MG, Stein MB, Eley TC, Milad MR, Holmes A, Rapee RM, et al. Anxiety disorders. *Nat Rev Dis Primers*. 4 de mayo de 2017;3(1):1-19.
18. Moreno-Peral P, Conejo-Cerón S, Rubio-Valera M, Fernández A, Navas-Campaña D, Rodríguez-Morejón A, et al. Effectiveness of Psychological and/or Educational Interventions in the Prevention of Anxiety: A Systematic Review,

- Meta-analysis, and Meta-regression. *JAMA Psychiatry*. 1 de octubre de 2017;74(10):1021-9.
19. Stockings EA, Degenhardt L, Dobbins T, Lee YY, Erskine HE, Whiteford HA, et al. Preventing depression and anxiety in young people: a review of the joint efficacy of universal, selective and indicated prevention. *Psychological Medicine*. enero de 2016;46(1):11-26.
 20. Rith-Najarian LR, Boustani MM, Chorpita BF. A systematic review of prevention programs targeting depression, anxiety, and stress in university students. *J Affect Disord*. 1 de octubre de 2019;257:568-84.
 21. Shepardson RL, Minnick MR, Funderburk JS. Anxiety interventions delivered in primary care behavioral health routine clinical practice. *Families, Systems, & Health*. 2020;38(2):193-9.
 22. Moreno-Peral P, Bellón JÁ, Motrico E, Campos-Paíno H, Martín-Gómez C, Ebert DD, et al. Moderators of psychological and psychoeducational interventions for the prevention of anxiety: A systematic review. *Journal of Anxiety Disorders*. 1 de diciembre de 2020;76:102317.
 23. Bentley KH, Boettcher H, Bullis JR, Carl JR, Conklin LR, Sauer-Zavala S, et al. Desarrollo de una intervención preventiva transdiagnóstica de sesión única para adultos jóvenes en riesgo de trastornos emocionales. *Behav Modif*. 1 de septiembre de 2018;42(5):781-805.
 24. Morgado T, Lopes V, Carvalho D, Santos E. The Effectiveness of Psychoeducational Interventions in Adolescents' Anxiety: A Systematic Review Protocol. *Nurs Rep*. 15 de marzo de 2022;12(1):217-25.
 25. Godoy D, Eberhard A, Abarca F, Acuña B, Muñoz R. Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 1 de marzo de 2020;31(2):169-73.

26. Stein, M. B., & Sareen, J. Trastorno de ansiedad generalizada | NEJM. <https://www-nejm-org.pbidi.unam.mx:2443/>. 19 de noviembre de 2015;(373):2059-68.
27. Malan-Muller S, Valles-Colomer M, Raes J, Lowry CA, Seedat S, Hemmings SMJ. The Gut Microbiome and Mental Health: Implications for Anxiety- and Trauma-Related Disorders. *OMICS: A Journal of Integrative Biology*. febrero de 2018;22(2):90-107.
28. Ganci M, Suleyman E, Butt H, Ball M. The role of the brain–gut–microbiota axis in psychology: The importance of considering gut microbiota in the development, perpetuation, and treatment of psychological disorders. *Brain Behav*. 30 de septiembre de 2019;9(11):e01408.
29. Taylor AM, Holscher HD. A review of dietary and microbial connections to depression, anxiety, and stress. *Nutritional Neuroscience*. 3 de marzo de 2020;23(3):237-50.
30. Scott A, Paluska, Thomas L, Schwenk. Physical activity and mental health. 24 de septiembre de 2012;29:167-80.
31. Kandola, A., Stubbs, B. Exercise and anxiety. En: *Physical exercise for human health Advances in Experimental Medicine and Biology*, [Internet]. Springer, Singapur. 2020. Disponible en: https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1007/978-981-15-1792-1_23
32. Hamer M, Endrighi R, Poole L. Physical activity, stress reduction, and mood: insight into immunological mechanisms. *Methods Mol Biol* 2012. 2012;(934):89-102.
33. Nazir R. Introduction to Sleep and Sleep Disorders. En: Sedky K, Nazir R, Bennett D, editores. *Sleep Medicine and Mental Health: A Guide for Psychiatrists and Other Healthcare Professionals* [Internet]. Cham: Springer International

Publishing; 2020 [citado 18 de octubre de 2021]. p. 3-21. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-3-030-44447-1_1

34. Alexander J. Scott Thomas L. Webb Marrison St James Georgina Rowse Scott Weich. Improving sleep quality leads to better mental health: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Sleep Medicine Reviews* [Internet]. diciembre de 2021 [citado 31 de mayo de 2022];60(101556). Disponible en: <https://www-clinicalkey-es.pbidi.unam.mx:2443/#!/content/journal/1-s2.0-S1087079220300794>
35. JULIAN LJ. Measures of Anxiety. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. noviembre de 2011;63(0 11):10.1002/acr.20561.
36. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1988;56(6):893-7.
37. Shepardson RL, Minnick MR, Funderburk JS. Anxiety Interventions Delivered in Primary Care Behavioral Health Routine Clinical Practice. *Fam Syst Health*. junio de 2020;38(2):193-9.
38. V. Antón-Menárguez, B. Jareño, I. Lara-Espejo, M. Redondo-Jiménez y P. García-Marín. Eficacia de la intervención psicológica grupal en atención primaria - ClinicalKey. 2019. 1 de marzo de 2019;45(2):86-92.
39. Rith-Najarian LR, Boustani MM, Chorpita BF. A systematic review of prevention programs targeting depression, anxiety, and stress in university students. *Journal of Affective Disorders*. 1 de octubre de 2019;257:568-84.
40. Shepardson RL, Buchholz LJ, Weisberg RB, Funderburk JS. Brief psychological interventions for anxiety in adult primary care patients: A review and recommendations for future research. *J Anxiety Disord*. marzo de 2018;54:71-86.

41. Rakel D, Mercado MA. Capítulo 92 - Ejercicios de respiración. En: Rakel D, editor. Medicina integrativa (Segunda Edición) [Internet]. Barcelona: Elsevier España; 2009

42. Rosemary A. Paine. Técnicas de relajación. Guía Práctica. 3^o ed, Paidotribo. 2002.

43. Ghoncheh S, Smith JC. Progressive muscle relaxation, yoga stretching, and ABC relaxation theory. Journal of Clinical Psychology. 2004;60(1):131-6

44. National Institute of General Medical Sciences [Internet]. National Institute of General Medical Sciences (NIGMS). [citado 7 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://nigms.nih.gov/>

Firth J, Gangwisch JE, Borsini A, Wootton RE, Mayer EA. Food and mood: how do diet and nutrition affect mental wellbeing? BMJ. 29 de junio de 2020;369:m2382.1.

45. Adan RAH, van der Beek EM, Buitelaar JK, Cryan JF, Hebebrand J, Higgs S, et al. Nutritional psychiatry: Towards improving mental health by what you eat. European Neuropsychopharmacology.

46. Malan-Muller S, Valles-Colomer M, Raes J, Lowry CA, Seedat S, Hemmings SMJ. The Gut Microbiome and Mental Health: Implications for Anxiety- and Trauma-Related Disorders. OMICS: A Journal of Integrative Biology. febrero de 2018;22(2):90-107.

47. Macht M. How emotions affect eating: A five-way model. Appetite. 1 de enero de 2008;50(1):1-11.

48. Ganci M, Suleyman E, Butt H, Ball M. The role of the brain–gut–microbiota axis in psychology: The importance of considering gut microbiota in the development,

perpetuation, and treatment of psychological disorders. Brain Behav. 30 de septiembre de 2019;9(11): e01408.

49. Agorastos A, Chrousos GP. The neuroendocrinology of stress: the stress-related continuum of chronic disease development. Mol Psychiatry. enero de 2022;27(1):502-13.

50.S.L.U 2021 Viguera Editores. Neuropsicología del trastorno de ansiedad generalizada: revisión sistemática: Neurología.com

ANEXOS.

CONSENTIMIENTO INFORMADO.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos)
(anexo 1)

Nombre del estudio:

EFFECTO DE UNA INTERVENCION PSICOEDUCATIVA PARA PREVENCIÓN DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN ADULTOS DE 18-45 AÑOS DE LA UMF 20 VALLEJO.

Patrocinador externo (si aplica):

No aplica. Al participar en esta investigación usted no recibirá remuneración económica, no tendrá que pagar en ningún momento. El estudio es Autofinanciado

Lugar y fecha:

Calzada Vallejo #675, Colonia Magdalena de las Salinas, Del. Gustavo A. Madero, C.P. 07760. Ciudad de México. A _____ de _____ del 2022

Número de registro institucional:

R-2022-3404-045

Justificación y objetivo del estudio:

El trastorno de ansiedad es una enfermedad mental que afecta a la población mexicana, por lo que es necesario contar con programas que otorguen herramientas para el cuidado de la salud mental en las unidades de medicina familiar. El objetivo del estudio es otorgar herramientas para el cuidado de la salud mental en 4 sesiones o clases a las personas que presenten síntomas de ansiedad y, posteriormente al término de las 4 sesiones se evaluarán los síntomas de ansiedad para hacer un comparativo inicial y final.

Procedimientos:

Al ser participante de este estudio, usted participará en 4 sesiones, las cuales le proporcionarán información de la ansiedad, ansiedad y alimentación, ciclo de sueño, y técnicas de relajación para disminuir los síntomas de ansiedad. Con modalidad en línea en plataforma Zoom, con una duración de 30-40 minutos En la primera y en la cuarta sesión usted responderá un documento integrado por ficha de identificación y una escala que evalúa los síntomas de ansiedad.

Posibles riesgos y molestias:

El tiempo estimado para responder la encuesta es de 15 minutos, el tiempo aproximado de cada sesión es de 30.40 minutos, dependiendo de la participación de cada grupo. El responder los cuestionarios puede sentir incomodidad al ser evaluado sin embargo no le ocasionará ningún riesgo a su salud y toda la información que nos proporcione será confidencial. Mencionándole que su participación es muy valiosa, el contar con su participación y asistencia a las 4 sesiones puede ocasionar algunas modificaciones en sus actividades durante el día. Su participación es voluntaria y de no desear hacerlo no tendrá ninguna repercusión académica, social, laboral o en su atención médica.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Al participar en este estudio no se percibirán beneficios económicos, personales, académicos o laborales. Un posible beneficio es conocer herramientas que le ayudarán a mejorar su salud mental y a la comunidad médica le brindará conocimiento para mejorar la atención médica y la implementación de programas que promuevan el cuidado de la salud mental en las unidades de medicina familiar

Información sobre resultados:

Analizados los datos, se le podrá informar sus resultados, sí usted así lo desea, bastará con solicitarlos a través de su número de folio o su nombre. Los resultados solo serán difundidos en forma global, cuidando en todo momento su

confidencialidad. Los resultados pueden ser usados por el Instituto para mejorar e implementar estrategias para la promoción y prevención de salud mental.	
Participación o retiro:	Usted, tendrá la libertad de ingresar al estudio, así como abandonarlo en el momento que lo desee o simplemente no contestar el instrumento o no hacer presencia en alguna de las 4 sesiones psicoeducativas, sin repercusión personal, sanitaria, laboral o académica
Privacidad y confidencialidad:	La información obtenida será manipulada y procesada únicamente por los investigadores, respetando la confidencialidad en todo momento. Se realizarán estimaciones y asociaciones globales por lo que no se darán a conocer los datos particulares de ningún participante. Si el participante decidiera retirarse del estudio, sus datos proceden a no incluirse en el mismo. Si desea conocer su resultado, bastará con solicitarlo a través de su número de folio, dirigiéndose a la coordinación de enseñanza de la UMF 20 o enviando un correo electrónico a: corifamluz3@gmail.com
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
<input type="checkbox"/>	No acepto participar en el estudio.
<input type="checkbox"/>	Si acepto participar en el estudio.
<i>En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:</i>	
Investigadora o Investigador Responsable:	Dra. Danae Pérez López. Médico Familiar adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No. 20 IMSS. Teléfono: 55 55331100 Ext 15307 . Email: danaeperez@hotmail.com
Colaboradores:	Dra. Sandra Rebeca Pascacio Vázquez. Médico Especialista en Psiquiatra, Salud Mental Transdisciplinar México A.C, Torre Tepic 139, piso 8, oficina 804, Col Roma Sur CDMX. Tel 55 59415419 E-mail: dra.rebecapascacio@hotmail.com . Dra. Lucia Acosta Luna, Médico Residente de Medicina Familiar de segundo año, Unidad de Medicina Familiar No. 20, Calzada. Vallejo 675 Col. Magdalena de las Salinas, 07760, G.A.M. CDMX. Tel. 55 55331100 Ext 15307 E- mail: corifamluz3@gmail.com
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comité.eticainv@imss.gob.mx	
<hr/>	
<hr/>	<hr/>
Nombre y firma del participante. Testigo 1	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento Testigo 2
<hr/>	
<hr/>	<hr/>
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y
<p>Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.</p> <p>Clave: 2810-009-013</p>	



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 20 "VALLEJO"
COORDINACIÓN DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD

Folio: _____

Número de teléfono: _____

ENCUESTA PARA VALORAR SITOMATOLOGÍA DE ANSIEDAD EN ADULTOS
1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

Indique su nombre: _____ Folio: _____

NSS: _____ (este apartado será llenado por el encuestador)

Indicaciones: Por favor de leer cada uno de los apartados y emita su respuesta, puede tachar con una X los datos que se solicitan

1. Edad en años: _____

2. Género:

1. Hombre _____
2. Mujer _____

3. Grado de escolaridad:

- A) Ninguno _____
- B) Primaria _____
- C) Secundaria _____
- D) Preparatoria _____
- E) Licenciatura _____
- F) Carrera técnica _____

4. Estado civil:

- A) Soltero (a) _____ B) Unión libre _____ C) Casado (a) _____
D) Divorciado (a) _____ E) Viudo (a) _____

5. Situación laboral:

- A) Trabaja actualmente _____
- B) Estudiante _____
- C) Ama de casa _____
- D) Desempleado _____
- E) Estudia y trabaja _____

6. ¿Tiene el diagnóstico de alguna de las siguientes enfermedades?

- Trastorno de ansiedad _____
- Epilepsia _____
- Asma _____
- Enfermedades de la tiroides(hipotiroidismo/hipertiroidismo) _____
- EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva) _____
- Trastorno mental _____
- Discapacidad intelectual _____
- Enfermedades cardiovasculares (infartos previos, arritmias) _____

7. ¿Consume alguna de las siguientes sustancias? (Puede tachar más de una).

- A. Tabaco _____
- B. Bebidas alcohólicas _____
- C. Marihuana _____
- D. Otras drogas o sustancias _____

10. Algún integrante de su familia (papás, abuelos, hermanos) presenta alguno de los siguientes diagnósticos:

- A. Trastorno de ansiedad _____
- B. Depresión _____
- C. Trastorno afectivo bipolar _____
- D. Esquizofrenia _____
- E. Psicosis _____
- F. Autismo _____

3. INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK.

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:				
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)				
Marqué con una "x" su respuesta	En absoluto (0)	Levemente (1)	Moderadamente (2)	Severamente (3)
1. Torpe o entumecido.				
2. Acalorado.				
3. Con temblor de piernas.				
4. Incapaz de relajarse.				
5. Con temor a que ocurra lo peor.				
6. Mareado, o que se le va la cabeza.				
7. Con latidos del corazón fuertes y acelerados.				
8. Inestable.				
9. Atemorizado o asustado.				
10. Nervioso.				
11. Con sensación de bloqueo.				
12. Con temblores en las manos.				
13. Inquieto, inseguro.				
14. Con miedo a perder el control.				
15. Con sensación de ahogo.				
16. Con temor a morir.				
17. Con miedo.				
18. Con problemas digestivos.				
19. Con desvanecimientos.				
20. Con rubor facial.				
21. Con sudores fríos o calientes.				
TOTAL.				

