



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚM. 17
CD. RÍO BRAVO, TAMPS. MX

TÍTULO:

**PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD EN PACIENTES DE LA UMF
17**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. TANIA BERENICE LÓPEZ HERNÁNDEZ

REGISTRO DE AUTORIZACIÓN

R-2017-1912-50

REYNOSA TAMAULIPAS 2020



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.

PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD EN PACIENTES DE LA UMF 17

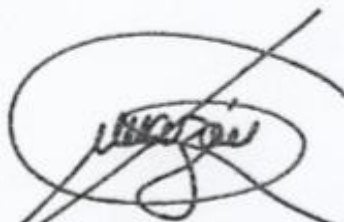
TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA

EN MEDICINA FAMILIAR

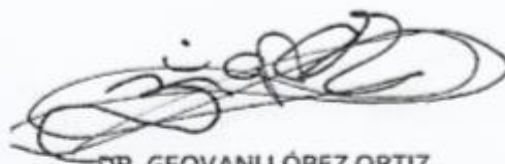
PRESENTA:

DRA. TANIA BERENICE LOPEZ HERNANDEZ

AUTORIZACIONES



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



DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



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



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

**PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD EN PACIENTES DE LA UMF 17
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. TANIA BERENICE LÓPEZ HERNÁNDEZ

DR. JESUS III LOERA MORALES

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA
MÉDICOS GENERALES DEL IMSS**

DR. MARCO ANTONIO GALVÁN GARCÍA

ASESOR DE TESIS

JEFE DEL DEPARTAMENTO CLÍNICO DE LA UMF17 RÍO BRAVO TAMAULIPAS

DR. VÍCTOR HUGO HERNÁNDEZ MARTÍNEZ

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

DR. FELIPE GUARNEROS SÁNCHEZ

COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN DELEGACIÓN TAMAULIPAS

DR. FELIPE GUARNEROS SÁNCHEZ

Coordinador de Planeación y Enlace Institucional Delegación Tamaulipas





Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **1912** con número de registro **17 CI 19 046 129** ante COFEPRIS

H GRAL ZONA -MF- NUM 6, NUEVO LEÓN

FECHA **28/09/2017**

DR. TANIA BERENICE LOPEZ HERNADEZ

P R E S E N T E

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

PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD EN PACIENTES DE LA UMF 17

que 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-2017-1912-50

ATENTAMENTE

DR.(A). CARLOS ALEJANDRO DELGADO CORTEZ

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1912

IMSS

SEGURIDAD Y SALUD SOCIAL

DEDICATORIA

Esta tesis está dedicada a mis hijos con amor.

Mariana, hija mía tu afecto y cariño han sido los detonantes de mi felicidad, de mis ganas de seguir adelante y no declinar aún en los momentos más oscuros de este camino. Aún a tu corta edad me has demostrado tu madurez, tu apoyo incondicional y me sigues enseñando que con amor y paciencia todo se puede, soy tu fan número Uno. Te agradezco por ayudarme a encontrar el lado dulce y no amargo de la vida con tu buen humor y sabios consejos que aunque no lo creas tomo en cuenta, este logro también es tuyo. Estoy completamente convencida de que serás una gran profesional pero sobre todo una gran mujer, ser tu madre me llena de orgullo y satisfacción.

Emiliano, posiblemente en este momento no entiendas mis palabras pero cuando seas capaz quiero que te des cuenta de lo que significas para mí. Gracias por esos abrazos cálidos y besos reparadores que me dieron las fuerzas necesarias para seguir adelante, por esas pláticas tan peculiares, por esos chistes que al escucharlos desaparecía por arte de magia mi cansancio y algunas veces mi tristeza.

Hijos queridos ustedes han sido mi motor y mi motivación más grande para concluir con éxito este proyecto. Los amo al infinito y más allá.

AGRADECIMIENTOS:

A **Dios** primero por haberme dado salud y permitirme llegar hasta este punto, por no soltarme de su mano y hacerme ver en cada persona que me rodea, que me ha apoyado o incluso las que me han fallado que me ama infinitamente.

A mis padres: Por su amor y comprensión de mis ausencias en los momentos familiares más importantes, sepan que siempre los llevo en mi corazón aunque no estemos cerca y los tengo en mis oraciones. Gracias por darme una carrera, sin ustedes no sería la mujer que soy ahora. Gracias Papi por tus consejos que de mucho me han servido, yo sé que siempre deseaste que hiciera un posgrado y espero no haberte fallado.

A mi compañero de vida que aunque no comprendió mis ganas de salir adelante y la emoción de alcanzar mis objetivos como yo esperaba, sepa que no hay rencores por el contrario le agradezco haberme hecho más fuerte y perseverante, mi amor y admiración permanecerá para siempre.

A mis hermanas, tíos, sobrinas, cuñados por su comprensión y apoyo.

A la Dra. María Elena Rangel a la que al día de hoy considero una gran amiga, algo de lo mejor que me ha dejado esta aventura llamada Residencia, quién compartió conmigo momentos difíciles y alegres, siempre dispuesta a ofrecerme su mano cuando lo necesité sin pedir nada a cambio. Por demostrarme lo lejos que uno puede llegar siendo simplemente feliz y no voltear hacia atrás, pero su enseñanza más importante ha sido su capacidad para empezar de cero y siempre dar una nueva oportunidad, viendo la vida de colores, aunque todo esté por derrumbarse.

Gracias por todo Malena, admiro tu fortaleza y tu capacidad de hacerme reír aun cuando las cosas no van bien. A mi profesor Dr. Jesús Loera por hacerme ver que puedo hacer las cosas, por sus consejos y los retos impuestos. Por enseñarme que en esta vida ser desafiado es inevitable, pero el ser derrotado es opcional. Gracias totales.

A mis compañeras Rosita, Adriana, Blanca, Marisol, Mónica, María Elena y Aracely por los momentos compartidos que no siempre fueron buenos, sepan que cada una de ustedes me ha dejado una enseñanza de vida que me llevo en el corazón.

ÍNDICE

Dedicatoria.....	5
Agradecimientos.....	6
Abreviaturas empleadas	11
Resumen.....	12
Introducción.....	13
Marco Teórico	15
Planteamiento del problema.....	25
Justificación.....	27
Objetivos.....	28
Metodología.....	30
Criterios de inclusión	32
Criterios de Exclusión	32
Criterios de Eliminación.....	32
Tabla de operacionalización de variables.....	33
Variables Independientes.....	42
Procedimientos.....	44
Aspectos éticos y legales.....	45
Flujograma.....	47
Cronograma de actividades.....	48
Resultados.....	49

Resumen de los resultados.....	67
Discusión.....	70
Conclusiones.....	72
Bibliografía.....	74
Anexos.....	79
Lista de gráficas.....	10

LISTA DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Humor ansioso.....	Pg.49
Gráfica 2. Tensión.....	Pg.50
Gráfica 3. Miedos.....	Pg.51
Gráfica 4. Insomnio.....	Pg.52
Gráfica 5. Funciones intelectuales (Cognitivas).....	Pg.53
Gráfica 6. Humor Depresivo.....	Pg.54
Gráfica 7. Síntomas Somáticos Musculares.....	Pg.55
Gráfica 8. Síntomas Somáticos Generales.....	Pg.56
Gráfica 9. Síntomas Cardiovasculares.....	Pg.57
Gráfica 10. Síntomas Respiratorios.....	Pg.58
Gráfica 11. Síntomas Gastrointestinales.....	Pg.59
Gráfica 12. Síntomas Genitourinarios.....	Pg.60
Gráfica 13. Síntomas del sistema nervioso Autónomo.....	Pg.61
Gráfica 14. Conducta en el transcurso del Test.....	Pg.62
Gráfica 15. Edad	Pg.63
Gráfica 16. Sexo.....	Pg. 64
Gráfica 17. Estado civil.....	Pg. 65
Gráfica 18. Turno laboral.....	Pg. 66

ABREVIATURAS

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

UMF: Unidad de Medicina Familiar

Dr: Doctor

Dra: Doctora

Núm: Número

HARS: Escala de Hamilton para ansiedad

RESUMEN

Antecedentes: El trastorno de Ansiedad es un trastorno mental en el cual una persona frecuentemente está preocupada o Ansiosa respecto a múltiples causas y le es difícil controlar esa Ansiedad. Es un trastorno crónico con episodios de larga duración y se inicia a edad temprana en la década de los 20s, por lo que las tasas de prevalencia se mantienen con algunas variaciones a lo largo de la vida adulta.

Objetivos: Conocer la Prevalencia del trastorno de Ansiedad en pacientes de la UMF 17. El estudio se realizó mediante la aplicación de la encuesta de Escala de Ansiedad de Hamilton, que examina y cuantifica la intensidad de la sintomatología ansiosa. Los métodos utilizados para este estudio fueron: Transversal, Descriptivo y Observacional

Población de estudio: Se estudió una muestra de 338 pacientes con cualquier diagnóstico que acudieron a la consulta externa en la Unidad de Medicina Familiar núm. 17, de Cd. Río Bravo, Tamps. Mx.

Muestreo: Mediante un estudio Probabilístico Aleatorio Simple, con IC 95% teniendo como población total de 338 pacientes para estudio, que cuentan con distintos diagnósticos, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar número 17. Tipo de estudio realizado: Observacional, Descriptivo y Observacional.

Ubicación temporo-espacial: En la Unidad de Medicina Familiar de Cd. Río Bravo, Tamps. Mx. En un período comprendido del mes de Marzo del 2017 al mes de Noviembre del 2018.

INTRODUCCIÓN

Debemos conocer que la salud mental es una parte indivisible de la salud, contribuye de manera significativa a la calidad de vida y a una plena participación social. Los trastornos mentales constituyen una importante carga económica y social, por su comorbilidad, frecuencia y coexistencia y por la gran discapacidad que producen, generando inclusive ausentismos laborales de manera frecuente.

Se dice que la enfermedad mental es la segunda causa de carga de enfermedad en las sociedades con economías de mercado, sin que haya perspectiva de control de estas cifras por pronosticarse un aumento considerable. El trastorno de ansiedad y el trastorno depresivo son dos de las alteraciones anímicas más frecuentes que aquejan a gran parte de la población.

Alrededor de 40 de cada 100 habitantes de países desarrollados como Estados Unidos padece uno de estos y aproximadamente un cuarto del total de la población en México esta diagnosticada con ansiedad o depresión.

Las personas más jóvenes padecen tasas mayores. Se identificó que un pequeño porcentaje, de los jóvenes de la ciudad de México que tienen entre 12 y 17 años sufrieron un trastorno depresivo en el último año, con la mitad de los casos calificados como graves.

En América latina y el caribe las afecciones psiquiátricas y neurológicas explicaban un pequeño porcentaje de la carga total de la enfermedad expresada en años de vida ajustados por discapacidad; misma que aumentó en el 2002 y las 2 principales

causas de mortalidad a nivel internacional tienen una alta comorbilidad con trastornos psiquiátricos, y un cuarto de todas las consultas en atención primaria corresponden a trastorno de ansiedad. Los trastornos de ansiedad son los que cuentan con una mayor prevalencia a lo largo de la vida, que ha sido estimada en un moderado porcentaje de la población, así como una prevalencia moderada en el último año. Se ha encontrado que la mujer tiende más a deprimirse que un hombre. En un estudio realizado en mujeres con trabajo remunerado y mujeres con trabajo no remunerado se encontró que las que tenían mejor sueldo tendían a estresarse y cursar con cuadros de ansiedad al salir a laborar que las que permanecían en casa, las cuales tendían con mayor frecuencia a la depresión que a la ansiedad. La encuesta Nacional de epidemiología Psiquiátrica reporta que el tipo de trastornos más frecuentes en nuestro país son los de ansiedad, en las categorías alguna vez en la vida, En los últimos doce meses, y en el último mes.

Los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo son causa de deterioro psicológico, como ya se mencionó con anterioridad más frecuente en mujeres que en hombres los cuales debido a la asociación masculina, pueden sentirse inclinados a ocultar o minimizar su sufrimiento psicológico o imponerse barreras que les impiden identificar y comunicar emociones internas y mucho menos a valorar estas manifestaciones como indicadores de un problema de salud mental.

MARCO TEÓRICO

La salud mental es una prioridad en la agenda de salud pública, la divergencia entre la necesidad de tratamiento de los trastornos mentales y la prestación de servicios es grande en todo el mundo. La creciente carga de trastornos mentales que afecta a las poblaciones de América latina y el caribe es demasiado extensa para hacer caso omiso de ella, por lo tanto es una necesidad impostergable conocer la prevalencia de los trastornos mentales y la brecha de tratamiento que está dada por la diferencia entre las tasas de prevalencia verdadera y de las personas que han sido tratadas, que en algunos casos es grande pese a la existencia de tratamientos eficaces. La organización Mundial de la salud en el año 2001 establece que la salud mental es una parte integral de la salud (no hay salud sin salud mental) y es fundamental para el bienestar general de las personas, sociedades y de los países.

La Organización Mundial de la Salud define la salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, trabajar fructíferamente en contribución a su comunidad. La salud mental está determinada por múltiples factores de interacción social, psicológica y biológica, de la misma forma que lo está la salud y la enfermedad en general, está directamente relacionada con el bienestar personal, familiar y comunitario, por lo que su promoción y desarrollo requiere la instrumentación y aplicación de políticas y programas por parte de los sectores gubernamentales y comerciales, incluyendo los sectores de educación ,trabajo ,justicia, transporte ,vivienda y asistencia social.

En América latina y el caribe, se indicó en los años 90"s que las afecciones psiquiátricas y neurológicas explicaban el 8.8% de la carga total de la enfermedad expresada por los años de vida ajustados por discapacidad (DALYs), esta carga aumento en el 2002 al 22.2%. Lo cual obedece a la transición demográfica y epidemiológica. En México y otros países recientemente se ha observado un aumento de los trastornos mentales en la población general. En el último año las mujeres presentan una prevalencia de depresión del 6.5%, padecimiento que ocupa el primer lugar como carga de enfermedad, en los hombres el primer lugar es el consumo de alcohol 4.8%. La demanda de atención por trastornos mentales en las unidades de atención primaria de la cd de México se ha visto incrementada en los últimos años, pero la capacidad de los servicios de salud no , lo cual predispone que la atención de estos padecimientos permanezca relegada por no considerar prioritaria o urgente su atención, de tal manera que la respuesta para la atención de los problemas de salud es muy escasa, ya que en el país se tiene una mediana de uno a cinco psiquiatras por cada 100 000 habitantes, muy inferior a la observada en Europa (9/100 000 habitantes) o Canadá o los Estados Unidos (10/10 000 habitantes). Los servicios de atención primaria constituyen una estrategia para contender los problemas de salud mental debido al incremento en la frecuencia de los trastornos mentales en todo el mundo. Los médicos de primer nivel de atención constituyen la principal puerta de entrada al nivel especializado, este factor lo convierte en indispensable la relación entre la atención primaria y otras formas de asistencia para determinar la accesibilidad real y la efectividad de las intervenciones.

El trastorno de ansiedad generalizado es un trastorno crónico con episodios de larga duración y que inicia muy pronto en la vida, aproximadamente cerca de los 20, por tal motivo las tasas de prevalencia se mantienen con escasas variaciones en la vida adulta. Algunos datos actualizados, sitúan la prevalencia del Trastorno de ansiedad Generalizada en la comunidad en torno al 5%, a lo largo de la vida cifras varían entre 4 y 8% mientras si hablamos de prevalencia actual las cifras están en torno al 3%. La oscilación de las cifras entre el DSM-III y EL DSM-IV no es muy notoria, pero si se evidencia un ligero descenso al aplicar los criterios DSM-IV, el cual era esperable ya que el DSM-IV señalo el concepto centrado en la sintomatología de lo psíquico y disminuyendo el peso de los síntomas autonómicos más inespecíficos. La prevalencia vista en Islandia es de (21.7%), se cree que la edad de la población estudiada (entre 55 y 57 años) no es la responsable de esa diferencia respecto a las tasas encontradas en otras poblaciones del mundo occidental. En América latina y el caribe las psicosis no afectivas tuvieron una prevalencia a lo largo de la vida de 1.4 a 1.6%, trastorno depresivo 8.7%, trastorno bipolar 1.4%, trastornos de ansiedad del 5.5% crisis de pánico 1.6%trastorno obsesivo compulsivo del 1.9%, dependencia al alcohol 11.3% y dependencia a alguna sustancia ilícita del 0.5 al 0.7%. En México los datos sobre la prevalencia de los trastornos de ansiedad indican que estos padecimientos son los trastornos mentales más comunes. En la población Mexicana alrededor de 14-15% de los individuos presentaba algún trastorno de ansiedad esta prevalencia llega hasta 18% en la población infantil y adolescente. La encuesta Nacional de salud mental estimó una prevalencia de trastornos neuropsiquiátricos en la población general del 5 al 18%(15 millones de mexicanos), el trastorno

depresivo fué el más frecuente en ambos sexos (4.9 hombres y 9.7 % en mujeres), y el 1.6% adulta ha cometido un intento de suicidio a lo largo de su vida . Actualmente el 9% de la población cursa con trastorno del estado de ánimo, 5% con un trastorno de ansiedad, el 10% de los adultos mayores de 65 años padecen cuadros demenciales y el 15% de la población comprendida entre los 3-15 años presentan un trastorno psiquiátrico (140mil niños con problemas de aprendizaje, 35 mil con discapacidad intelectual y 2 mil con trastorno de la conducta), en los próximos 12 años se espera un incremento en la prevalencia del padecimiento. Estudios epidemiológicos indican que la prevalencia de ansiedad es mayor en las mujeres, con una ocurrencia a los largo de la vida del 15.5% frente al 11.1% en varones, el status y el rol social , la dependencia emocional y los ingresos económicos son algunas de las características que explican que las mujeres sean mayormente expuestas y afectadas a este trastorno, el estatus de pareja también está asociado, se ha concluido que las personas que tienen una pareja estable están más sanas física y mentalmente en comparación con aquellas que viven solas. Considerado uno de los trastornos más frecuentes el TAS o fobia social es uno de los síndromes clínicos más frecuentes en la escala internacional. Se dice que en México en las últimas encuestas de salud mental ocupa el 5º lugar en los hombres y el 3º en las mujeres de los 17 trastornos evaluados. Se ha observado que en la perimenopausia la mujer presenta más síntomas psicológicos, que incluyen la alteración del estado de ánimo e irritabilidad y es en este periodo de la vida donde se incrementa el riesgo de sufrir algunos trastornos psiquiátricos como depresión mayor y trastornos de ansiedad. La definición según el manual

diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSMV) lo describe como un temor o ansiedad intensos en una o más situaciones sociales a las que se expone el individuo al posibles escrutinio por parte de otras personas, los efectos en la vida del individuo que lo sufre van desde un malestar físico importante, hasta generarle una incapacidad social total y ocasionalmente laboral. Algunos autores lo describen como la anticipación a un daño o desgracia futura, que se acompaña de un sentimiento desagradable y/o síntomas somáticos de tensión. Refieren también que la ansiedad se confunde con el miedo por su cercanía y se diferencia de este con la siguiente afirmación “el miedo es una perturbación manifestada ante estímulos presentes”., la ansiedad se relaciona con la anticipación de estímulos futuros indefinibles e imprevisibles. En los dos casos se muestran pensamientos de peligro, sensaciones de aprehensión, reacciones fisiológicas y respuestas motoras, por eso se confunden entre si los términos. Según el manual diagnóstico y estadístico DSMV los trastornos de ansiedad se dividen en: trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobia específica, trastorno de ansiedad social (fobia social), trastorno de pánico, agorafobia, TAG (trastorno de ansiedad generalizada),trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos, trastorno de ansiedad debido a otra afección médica, otro trastorno de ansiedad especificado y trastorno de ansiedad no especificado. Estudios recientes plantean que la ansiedad se debe a la sobreactividad de los sistemas adrenérgicos o de los sistemas serotoninérgicos en el SNC o leve atenuación del sistema GABAérgico, también como una consecuencia de alteraciones en el funcionamiento del receptor GABA_A y que estas pueden ser el resultado de los cambios en la concentración del

GABA o del número de receptores, así como cambios en la sensibilidad del receptor . La Serotonina, el ácido aminobutírico (GABA) y la norepinefrina tienen un papel importante en la ansiedad. La serotonina esta libre en el cerebro, localizada en los núcleos medios y dorsal del rafe, que son las áreas ligadas a la ansiedad.

La Neurobiología de la ansiedad plantea que existe una anatomía de las emociones, refiere que ciertas regiones del cerebro tiene una función importante en su experimentación, además de que todo proceso cognitivo y emocional se desarrolla en todo el cerebro. La localización de las emociones está en el sistema límbico el cual comprende varias estructuras como el cíngulo, la amígdala, el hipotálamo, el hipocampo y otras estructuras, todas con conexión en el tallo cerebral-bulbo raquídeo de donde emerge el nervio vago (circuito de la depresión), circuito de la recompensa; reducción de la respuesta del núcleo accumbens a la recompensa, reducción de su volumen y disminución de la actividad en reposo del cíngulo rostral anterior. Conductualmente las personas con TAG tienen poco contacto visual con otras personas, tendencia a temblar, a sonrojarse, mayormente en situaciones de evaluación social y muchas de estas personas presentan una dificultad marcada para hablar en público. La ansiedad se manifiesta por dos tipos de respuesta: conductual, que se muestra por una marcada tensión muscular, palpitations, taquicardia, taquipnea, vértigo, náuseas, boca seca, diaforesis, rubor en cara, insomnio, cefalea recurrente, cervicalgia, fatiga crónica y diarrea.

Cognitivo: se refiere a las preocupaciones de uno mismo, expectativas negativas, alterando los pensamientos ante una situación de riesgo. El aspecto conductual se observa principalmente en expresiones faciales, patrones de comunicación e

inquietud, se observa deterioro en las respuestas que emite la persona que generalmente son con actitud de evitación y escape. Los niveles altos de ansiedad dificultan la atención y la concentración. Las causas por las que se desarrolla este tipo de trastorno aún no están muy bien definidas, pero se ha reconocido una etiología con múltiples factores precipitantes, los referentes principalmente biológicos y psicosociales. Criterios diagnósticos del trastorno de ansiedad generalizada según el DSM-V: Ansiedad y preocupación excesiva, que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante mínimo 6 meses, en relación con sucesos o actividades. Dificultad para controlar la preocupación, la ansiedad o preocupación se asocia a 3 o más de los 6 síntomas siguientes, en los niños se requiere solo un ítem. Inquietud o sensación de estar atrapado con los nervios de punta, facilidad para fatigarse, dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular, problemas del sueño como dificultad para dormirse o continuar durmiendo, sueño inquieto insatisfactorio. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestares clínicamente significativos o deterioro en lo social, laboral principalmente. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia como drogas o medicamentos o alguna afección médica por ejemplo hipertiroidismo, tampoco se deberá de confundir con otro tipo de trastornos mentales como ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social como la fobia social ,contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo compulsivo, separación en las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdos de sucesos traumáticos en el trastorno de

estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o trastorno delirante. Uno de los primeros pasos para evaluar y estudiar a una persona con TAG es la disponibilidad de algunos instrumentos de medición que sean sensitivos y específicos a este padecimiento. Estos van desde entrevistas clínicas estructuradas como el anxiety disorder interview Schedule for DSM-IV, escala de Liebowitz social anxiety, medidas de autoreporte como el social interaction anxiety scale. Algunos autores señalan que no siempre se dispone de tiempo o del personal suficiente para su aplicación, por lo cual en muchas ocasiones se recurre a cuestionarios o escalas de cribado de posibles pacientes con TAG. Los cuestionarios evalúan la ansiedad social, tanto a escala internacional como ámbito iberoamericano teniendo un origen anglosajón como son el inventario de ansiedad y fobia social. La escala de ansiedad social de Liebowitz, versión autoinforme (Liebowitz social Anxiety scale, self report, LSAS-SR; Liebowitz, 1987), inventario de fobia social, Escala de fobia social y la escala de ansiedad en la interacción social (social interaction anxiety scale, SIAS) ambas de Mattick y Clarke (1998). En lo que respecta al tratamiento está enfocado para que el paciente se sienta mejor y desempeñe sus actividades diarias sin contratiempos. La psicoterapia también puede ser útil, y la combinación de estas puede funcionar mejor. Psicoterapia, muchos tipos de psicoterapia pueden ser útiles para tratar el TAG; una psicoterapia común y eficaz es la terapia cognitiva conductista (TCC), la cual puede ayudar a

entender la relación entre sus pensamientos, comportamientos y síntomas. Es durante esta terapia que el paciente puede aprender a Entender y controlar puntos de vista distorsionados de factores estresantes en la vida, como el comportamiento de otras personas o hechos de la vida. Reconocer y sustituir los pensamientos que causan pánico para ayudarle a sentirse mejor con mayor control. Manejo del estrés y saber relajarse cuando se presenten los síntomas. Evitar pensamientos premonitorios, por ejemplo que los problemas menores se transformarán en problemas terribles. Tratamiento farmacológico; el tratamiento farmacológico tiene como objetivo aliviar los síntomas, prevenir las recaídas y evitar secuelas, con la mayor tolerabilidad posible hacia la medicación. Se debe de tomar en cuenta la cronicidad de este trastorno, habitualmente se aconsejan tratamientos prolongados que proporcionen estabilidad clínica. Se deben de tomar todos los días sin suspender. De acuerdo con la guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria se recomiendan los antidepresivos como uno de los tratamientos farmacológicos de elección para el TAG, entre los antidepresivos recomendados para utilizar tenemos los ISRS como la Paroxetina, Sertralina o Escitalopram, los ISRSN como la Venlafaxina de liberación prolongada y los ADT como la Imipramina. No se recomienda la prescripción de la Venlafaxina a pacientes con alto riesgo de sufrir arritmias cardíacas o infarto agudo de miocardio reciente, y en los pacientes hipertensos solo si la hipertensión está controlada. Durante el embarazo la elección del tratamiento debe considerar si las ventajas potenciales para la madre debidas a los ISRS prescritos superan los posibles riesgos para el feto. Para disminuir el riesgo potencial de efectos adversos

neonatales se debe usar la dosis eficaz más baja de ISRS, la duración del tratamiento, los posibles efectos secundarios y los riesgos de la interrupción brusca del tratamiento. En la prescripción de los antidepresivos considerar, edad, tratamiento previo, tolerancia, posibilidad de embarazo, efectos secundarios. En cuanto al uso de las benzodiazepinas en el TAG su utilización deberá ser a corto plazo, no más allá de las 4 semanas, y cuando sea crucial el control rápido de los síntomas o mientras se espera a la respuesta del tratamiento con antidepresivos o TCC. Como BZD a utilizar se recomiendan Alprazolam, Bromazepam, Lorazepam y Diazepam. Además de tomar medicamento y asistir a sus terapias el paciente debe ayudarse a mejorar reduciendo el consumo de cafeína, evitar las drogas ilícitas o tomar grandes cantidades de alcohol, realizar actividad física, descansar lo suficiente y llevar una dieta saludable. El estrés causado por el trastorno de ansiedad generalizada se puede aliviar uniéndose a grupos de apoyo, compartir con otras personas que tengan experiencias y problemas en común puede ayudarles a no sentirse solos. Estos grupos de apoyo no son sustituto de la psicoterapia o la medicación, pero pueden ser una ayuda adicional, para mejorar la salud mental del paciente. El pronóstico del paciente depende de la gravedad del trastorno, en algunos casos, el trastorno de ansiedad generalizada es crónico y difícil de tratar; sin embargo la mayoría de las personas mejora con el tratamiento farmacológico y/o psicoterapia. La depresión y la drogadicción están consideradas como las complicaciones más frecuentes.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dada la precaria situación de violencia e inseguridad por la que atraviesa nuestra población de la Cd. Río Bravo, Tamps. Mx. se observó que los casos de trastornos mentales tales como ansiedad fueron incremento, impactando directamente sobre los individuos en diversas áreas de su entorno como familiar y laboral principalmente, se sabe que los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo son causa de deterioro psicológico.

Los pacientes refirieron un miedo continuo al salir de sus casas para realizar actividades a las que estaban acostumbrados, así como algunos comentaron que no pudieron salir a laborar como lo hacen siempre por el temor de no regresar a sus casas.

Esto es más común en los trabajadores que salen de sus empleos a altas horas de la noche o por la madrugada.

En el presente estudio se identificó la presencia de factores condicionantes como los sociales, ambientales, biológicos y psicológicos que intervienen en el proceso de ansiedad y de qué manera se puede apoyar a los individuos que sufren de alteración de la salud mental para prevenir, tratar y rehabilitar oportunamente. Fué indispensable contar con información que permitió conocer el grado de ansiedad realizando historia clínica y la encuesta de Hamilton para medir el grado de ansiedad, que recogieron antecedentes Médicos, Psicopatológicos y consumo de fármacos, síntomas afectivos, emocionales, cognitivos y somáticos, donde se determinó la prevalencia del trastorno de ansiedad en la UMF 17 de Cd. Río Bravo,

Tamps. Mx. Ya que hasta el momento no se cuenta con investigaciones recientes sobre esta patología, que ha ido en incremento por la problemática de la violencia e inseguridad.

En México existe poca experiencia en el desarrollo de modelos en atención primaria en salud mental, por tal motivo se desarrolló el presente estudio.

JUSTIFICACIÓN

Los estudios recientes del trastorno de ansiedad han indicado un gran intervalo de los valores de la población adulta que padece el trastorno. El riesgo para el trastorno de ansiedad en las muestras de la población general ha variado entre el 10 y el 25% para las mujeres y entre el 5 y 12% para los hombres, las tasas de prevalencia del trastorno de ansiedad parecen no estar relacionadas con la raza, el nivel de estudios o de ingresos económicos. Los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo son causa de deterioro psicológico y de la salud mental. Se encuentran involucrados diversos factores psicosociales, ambientales y biológicos.

En los últimos meses la ola de violencia generada en la región ha sido un factor desencadenante para la agudización de este padecimiento ya que la mayoría de la población vive temerosa por su integridad física lo cual altera directamente la salud y estado emocional ; el conocimiento del grado de ansiedad y de depresión que esto ocasiona es lo que me ha permitido desarrollar el presente protocolo de investigación cuya finalidad es valorar los grados de ansiedad por la sintomatología, antecedentes Médicos y Psicopatológicos, consumo de fármacos, síntomas afectivos, emocionales, cognitivos así como somáticos de los pacientes de la UMF 17 de Cd. Río Bravo, Tamps, Mx. y ver de qué manera se puede apoyar a los pacientes quienes por lo general acuden a la consulta refiriendo datos de ansiedad somática principalmente. Por lo cual surge la pregunta de investigación; Cual es la prevalencia del trastorno de ansiedad en los pacientes de la UMF 17?

OBJETIVOS

Objetivo General:

Determinar la prevalencia del Trastorno de Ansiedad en pacientes de la UMF 17.

Objetivos Específicos:

- Determinar factores sociales, ambientales, biológicos y psicológicos que pueden desencadenar alteración de la salud mental generando trastorno de ansiedad en los pacientes de la UMF 17 de Cd. Río Bravo, Tamps. Mx.
- Conocer el grado de ansiedad que los factores mencionados con anterioridad causan en la población de la UMF 17.
- Identificar si existe relación entre el estado de violencia e inseguridad en la región con el grado de ansiedad en la población de la UMF 17.
- Identificar el Humor ansioso y su relación con cada evento diario.
- Enumerar los Miedos en la población de la UMF 17.
- Relacionar el insomnio con el grado de ansiedad que presenta la población de estudio.
- Conocer las Funciones Intelectuales de cada paciente al momento de la atención Médica.
- Interpretar el Humor depresivo como la Pérdida de interés a lo largo del día
- Conocer los síntomas somáticos musculares en todos los pacientes que presentes cuadro de Ansiedad.
- Registrar los Síntomas Somáticos Generales en el expediente clínico.

- Relacionar Síntomas Cardiovasculares con el trastorno de ansiedad en la UMF 17.
- Distinguir los Síntomas respiratorios relacionados con la ansiedad de otras etiologías.
- Determinar los Síntomas Gastrointestinales que se presentan en los pacientes ansiosos.
- Identificar los Síntomas Genitourinarios relacionados con cuadro de ansiedad en los pacientes de la UMF 17.
- Identificar los Síntomas del sistema nervioso Autónomo y plasmarlos en el expediente clínico.
- Interpretar la conducta en el transcurso del Test de los pacientes encuestados.

METODOLOGÍA

El tipo de estudio que se realizó es transversal y descriptivo, así como observacional. El tipo encuesta aplicada fué la Escala de Hamilton para ansiedad (HARS), que examina y cuantifica la intensidad de la sintomatología ansiosa, evalúa categorías de síntomas, como lo son los psíquicos como somáticos, es sensible a variaciones por lo que se puede utilizar en estudios de seguimiento. Se observó a los individuos, situaciones de riesgo y factores predisponentes sin intervenir, las variables de los grupos de unidades se midieron en el transcurso del tiempo y por qué se cuenta con una población en estudio, la descripción se analizó en función de las variables. No se contó con hipótesis centrales.

El tamaño de la muestra fué de 338 pacientes que se eligieron aleatoriamente del consultorio 1, del turno matutino que acudieron a la consulta externa de la UMF. 17 de Cd. Río Bravo, Tamps. Mx. del Instituto Mexicano del Seguro Social. En el período del mes de Marzo del 2017 al mes de Noviembre del 2018.

Tamaño de la muestra.

El tamaño de la muestra fué fijado con base en la fórmula específica para la determinación de la misma en poblaciones finitas.

Fórmula para determinar el tamaño de la muestra

$$n = \frac{N \times Z^2 \times p \times q}{d^2 \times (N-1) + Z^2 \times p \times q}$$

N= tamaño de la población = 2862

Z=nivel de confianza 95% =1.96

P= probabilidad de éxito o proporción esperada = 0.5

q= probabilidad de fracaso = 0.5

d= precisión (error máximo admisible en términos de proporción)5%.=0.05

$$d^2 = (0.05)^2 = 0.0025$$

$$n = \frac{2862 \times (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}{(0.05)^2 \times (2862-1) + (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5} = \frac{2862 \times (3.8416) \times 0.25}{0.0025 \times (2861) + (3.8416) \times 0.25}$$

$$n = \frac{2748.66}{7.1525 + 0.9604} = \frac{2748.66}{8.1129} \quad n = 338.80$$

Población de la UMF 17= Población que acude a consulta externa.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- 1.-Se estudió y encuestó a la mayor parte posible de derechohabientes adscritos al consultorio No.1 del turno matutino en la UMF 17 de Cd. Río Bravo, Tamps. Mx. 2.- Pacientes que desearon participar en el estudio.
- 3.-Pacientes de sexo indistinto.
- 4.-Pacientes desde los 10 años de edad.
- 5.-Pacientes que respondan correctamente la encuesta.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- 1.-Derechohabientes con discapacidad intelectual y visual.
- 2.- Pacientes que no contestaron las encuestas. 3
- 3.-Derechohabientes de otros consultorios.
4. Pacientes que no firmaron el consentimiento informado

CRITERIOS DE ELIMINACION

- 1.-Menores de 10 años.
- 2.-Derechohabientes que no desearon participar.
- 3.-Pacientes analfabetas.
- 4.-Encuestas inconclusas.
- 5.-Pacientes no derechohabientes

TABLA DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES DEPENDIENTES

1.- Humor ansioso:

Tipo: Cualitativa

Definición conceptual: Estado de inquietud con expectativas de catástrofe, aprehensión e irritabilidad.

Definición operativa: Cuadro clínico caracterizado por inquietud, expectativas de catástrofe. Aprehensión, (anticipación temerosa), Irritabilidad relacionado a evento traumático.

Categoría de la variable: Ordinal

Escala de medición: 0=ausente 1=intensidad ligera, 2=intensidad media, 3=intensidad elevada, 4=intensidad máxima... Resultados 15 o más Ansiedad moderada a grave, 6 A 14=Ansiedad Leve, 0 A 5=Ausencia o remisión del trastorno

Fuente de obtención: Directamente de la Escala de Ansiedad de Hamilton.

2.- Tensión:

Tipo: cualitativa

Definición conceptual: Proceso que se pone en marcha cuando una persona percibe una situación o acontecimiento como amenazante o desbordante de sus recursos. A menudo los hechos que lo ponen en marcha son los que están relacionados con cambios, exigen del individuo un sobreesfuerzo y por tanto ponen en peligro su bienestar personal.

Definición operativa: Falta de tranquilidad ante una posible amenaza o presión interna o externa.

Categoría de la variable: Ordinal

Escala de medición: 0= Ausente, 1=Intensidad ligera, 2=Intensidad media, 3=Intensidad elevada, 4=Intensidad máxima... Resultados 15 o más= Ansiedad moderada/grave, 6 A 14=Ansiedad leve, 0 A 5=Ausencia o remisión del trastorno.

Fuente de obtención: Directamente de la Escala de Ansiedad de Hamilton.

3.- Miedo:

Tipo: cualitativa

Definición conceptual: Es una emoción caracterizada por una intensa sensación desagradable provocada por la percepción de un peligro, real o supuesto, presente, futuro o incluso pasado

Definición operativa: Sensación de peligro ante la oscuridad, los desconocidos, a quedarse solo, a los animales, a la circulación y a la muchedumbre.

Categoría de la variable: Ordinal

Escala de medición: 0=ausente, 1=Intensidad ligera, 2=Intensidad media, 3=Intensidad elevada, 4=Intensidad máxima Resultados 15 O MAS= Ansiedad moderada/grave, 6 A 14=Ansiedad leve, 0 A 5=Ausencia o remisión del trastorno.

Fuente de obtención: Directamente de la Escala de Ansiedad de Hamilton.

4.- Insomnio:

Tipo: Cualitativa

Definición conceptual: Dificultad de conciliación del sueño, interrumpido o no satisfactorio.

Definición operativa: Cuadro de Dificultades de conciliación, Sueño interrumpido,

Sueño no satisfactorio, con cansancio al despertar, Sueños penosos, Pesadillas o Terrores nocturnos.

Escala de medición: 0=ausente, 1=Intensidad ligera, 2=Intensidad media, 3=Intensidad elevada, 4=Intensidad máxima Resultados 15 O MAS= Ansiedad moderada/grave, 6 A 14=Ansiedad leve, 0 A 5=Ausencia o remisión del trastorno

Categoría de la variable: Ord Escala de medición: 0=ausente, 1=Intensidad ligera, 2=Intensidad media, 3=Intensidad elevada, 4=Intensidad máxima Resultados 15 O MAS= Ansiedad moderada/grave, 6 A 14=Ansiedad leve, 0 A 5=Ausencia o remisión del trastorno.

Fuente de obtención: Directamente de la Escala de Ansiedad de Hamilton.

5.- Funciones Intelectuales (Cognitiva):

Tipo: Cualitativa

Definición conceptual: Son los procesos mentales que nos permiten llevar a cabo cualquier tarea. Hacen posible que el sujeto tenga un papel activo en los procesos de recepción, selección, transformación, almacenamiento, elaboración y recuperación de la información, lo que le permite desenvolverse en el mundo que le rodea.

Definición operativa: Presencia de dificultad de concentración o mala memoria

Categoría de la variable: Ordinal

Fuente de obtención: Directamente de la Escala de Ansiedad de Hamilton.

6.- Humor depresivo:

Tipo: Cualitativa

Definición conceptual: Estado de ánimo anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las

circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.

Definición operativa: Presencia de pérdida de interés, o disfruta del tiempo libre, depresión, insomnio de madrugada y variaciones anímicas a lo largo del día.

Categoría de la variable: Ordinal

Escala de medición: 0=ausente, 1=Intensidad ligera, 2=Intensidad media, 3=Intensidad elevada, 4=Intensidad máxima Resultados 15 O MAS= Ansiedad moderada/grave, 6 A 14=Ansiedad leve, 0 A 5=Ausencia o remisión del trastorno.

Fuente de obtención: Directamente de la Escala de Ansiedad de Hamilton.

7.- Síntomas somáticos musculares:

Tipo: Cualitativa

Definición conceptual: Trastorno relacionado con ansiedad exagerada. El problema principal es la reacción extrema y los comportamientos relacionados con los síntomas musculares.

Definición operativa: Presencia de Dolores musculares, rigidez muscular, sacudidas musculares, sacudidas clónicas, rechinar de dientes y voz quebrada.

Categoría de la variable: Ordinal.

Escala de medición: 0=ausente, 1=Intensidad ligera, 2=Intensidad media, 3=Intensidad elevada, 4=Intensidad máxima Resultados 15 O MAS= Ansiedad moderada/grave, 6 A 14=Ansiedad leve, 0 A 5=Ausencia o remisión del trastorno

Fuente de obtención: Directamente de la Escala de Ansiedad de Hamilton.

8.- Síntomas Somáticos Generales:

Tipo: cualitativa

Definición conceptual: Trastorno que se presenta cuando una persona siente una ansiedad extrema exagerada a causa de síntomas físicos, presenta pensamientos, sensaciones y comportamientos tan intensos relacionados con los síntomas que siente que no puede hacer algunas de las actividades de su vida diaria.

Definición operativa: Presencia de zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de calor o frío, sensación de debilidad, sensaciones parestésicas (pinchazos u hormigueos).

Categoría de la variable: Ordinal

Escala de medición: 0=ausente, 1=Intensidad ligera, 2=Intensidad media, 3=Intensidad elevada, 4=Intensidad máxima Resultados 15 o más = Ansiedad moderada/grave, 6 A 14=Ansiedad leve, 0 A 5=Ausencia o remisión del trastorno

Fuente de obtención: Directamente de la Escala de Ansiedad de Hamilton.

9.- Síntomas Cardiovasculares:

Tipo: Cualitativa

Definición conceptual: Conjunto de patologías del corazón y de los vasos sanguíneos. Se clasifican en: hipertensión arterial, cardiopatía coronaria, enfermedad cerebrovascular, enfermedad vascular periférica, insuficiencia cardíaca, cardiopatía reumática, cardiopatía congénita, miocardiopatías.

Definición operativa: Estados de Ansiedad relacionados con taquicardia, palpitaciones, dolor torácico, sensación pulsátil en vasos, sensaciones de “baja presión” o desmayos o extrasístoles (arritmias cardíacas benignas).

Categoría de la variable: Ordinal.

Escala de medición: 0=ausente, 1=Intensidad ligera, 2=Intensidad media,

3=Intensidad elevada, 4=Intensidad máxima Resultados 15 O MAS= Ansiedad moderada/grave, 6 A 14=Ansiedad leve, 0 A 5=Ausencia o remisión del trastorno

Fuente de obtención: Directamente de la Escala de Ansiedad de Hamilton.

10.- Síntomas respiratorios:

Tipo: cualitativo

Definición conceptual: Son sensaciones patológicas que comprometen al pulmón y/o a las vías respiratorias.

Definición operativa: Presencia de sensación de opresión pre torácica, constricción precordial, sensación de ahogo o falta de aire, suspiros o disnea (dificultad para respirar).

Categoría de la variable: Ordinal

Escala de medición: 0=ausente, 1=Intensidad ligera, 2=Intensidad media, 3=Intensidad elevada, 4=Intensidad máxima Resultados 15 O MAS= Ansiedad moderada/grave, 6 A 14=Ansiedad leve, 0 A 5=Ausencia o remisión del trastorno.

Fuente de obtención: Directamente de la Escala de Ansiedad de Hamilton.

11.- Síntomas Gastrointestinales:

Tipo: Cualitativa

Definición conceptual: Son enfermedades que afectan el estómago y los intestinos, generalmente son ocasionadas por bacterias, parásitos, virus y algunos alimentos como leche y grasas, aunque también existen algunos medicamentos que las provocan. Dentro de los síntomas de dichas enfermedades está la diarrea y por consiguiente la deshidratación.

Definición operativa: Presencia de dificultades evacuatorias, gases, cólicos (espasmos) abdominales, borborismos, diarrea, pérdida de peso, estreñimiento o

dispepsia: dolores antes o después de comer, ardor, hinchazón abdominal, náuseas, vómitos, constricción epigástrica.

Categoría de la variable: Ordinal.

Escala de medición: 0=ausente, 1=Intensidad ligera, 2=Intensidad media, 3=Intensidad elevada, 4=Intensidad máxima Resultados 15 o más= Ansiedad moderada/grave, 6 A 14=Ansiedad leve, 0 A 5=Ausencia o remisión del trastorno.

Fuente de obtención: Directamente de la Escala de Ansiedad de Hamilton.

12.- Síntomas Genitourinarios:

Tipo: Cualitativa.

Definición conceptual: Manifestaciones patológicas de los órganos del aparato reproductor y del sistema urinario.

Definición operativa: Presencia de micciones frecuentes, micción imperiosa, amenorrea (falta del período menstrual), metrorragia (hemorragia genital), frigidez, eyaculación precoz, impotencia o ausencia de erección.

Categoría de la variable: Ordinal

Escala de medición 0=ausente, 1=Intensidad ligera, 2=Intensidad media, 3=Intensidad elevada, 4=Intensidad máxima Resultados 15 o más= Ansiedad moderada/grave, 6 A 14=Ansiedad leve, 0 A 5=Ausencia o remisión del trastorno.

Fuente de obtención: Directamente de la Escala de Ansiedad de Hamilton.

13.- Síntomas del Sistema Nervioso Autónomo:

Tipo: Cualitativa.

Definición conceptual: Conjunto de sensaciones derivadas de la alteración del Sistema Nervioso Autónomo.

Definición operativa: Presencia de Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefalea (dolor de cabeza) de tensión.

Categoría de la variable: Ordinal.

Escala de medición: 0=ausente, 1=Intensidad ligera, 2=Intensidad media, 3=Intensidad elevada, 4=Intensidad máxima Resultados 15 o más= Ansiedad moderada/grave, 6 A 14=Ansiedad leve, 0 A 5=Ausencia o remisión del trastorno.

Fuente de obtención: Directamente de la Escala de Ansiedad de Hamilton.

14.- Conducta en el trastorno del Test:

Tipo: Cualitativa.

Definición conceptual: Trastorno mental en el cual una persona está a menudo preocupada o ansiosa respecto a muchas cosas.

Definición operativa: Tendencia al abatimiento, agitación: manos inquietas, juega con los dedos, cierra los puños, tic, 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 y pestañeo.

Categoría de la variable: Ordinal.

Escala de medición: 0=ausente, 1=Intensidad ligera, 2=Intensidad media, 3=Intensidad elevada, 4=Intensidad máxima Resultados 15 o más= Ansiedad moderada/grave, 6 A 14=Ansiedad leve, 0 A 5=Ausencia o remisión del trastorno.

Fuente de obtención: Directamente de la Escala de Ansiedad de Hamilton.

15.- Ansiedad:

Tipo: Cualitativa.

Definición conceptual: Trastorno mental en el cual una persona está a menudo preocupada o ansiosa respecto a muchas cosas.

Definición operativa: Presencia de preocupación excesiva relacionada o no a eventos reales o imaginarios.

Categoría de la variable: Ordinal.

Escala de medición: 0=ausente, 1=Intensidad ligera, 2=Intensidad media, 3=Intensidad elevada, 4=Intensidad máxima Resultados 15 o más= Ansiedad moderada/grave, 6 A 14=Ansiedad leve, 0 A 5=Ausencia o remisión del trastorno.

Fuente de obtención: Directamente de la Escala de Ansiedad de Hamilton.

VARIABLES INDEPENDIENTES

1.- Edad:

Tipo: Cuantitativa.

Definición conceptual: Se refiere a la propiedad característica de los seres humanos de acumular tiempo de vida en forma progresiva, irreversible y constante, susceptible de ser medida por acuerdo internacional.

Definición operatoria: Edad expresada en años en el momento de ser captado para el estudio.

Categorías de la variable: Politómica. Se efectuará registro en decenios (10 a 20 años, de 21 a 30 años, 31 a 40 años, 41 a 50 años, 51 a 60 años, 61 a 70 años, 71 a 80 años, 81 a 90 años).

Escala de medición: Numérica continúa.

Fuente de obtención: Directamente del paciente.

2.- Sexo:

Tipo: Cualitativa.

Definición conceptual: Se refiere a las características primarias y secundarias expresados en el genotipo y fenotipo que establecen las diferencias entre varón y mujer.

Definición operativa: F para Femenino/Mujer.

Categoría de variable: dicotómica.

Escala de medición: Nominal.

Fuente de obtención: Directamente de la exploración física.

3.- Estado civil:

Tipo: cualitativa.

Definición conceptual: Condición de cada individuo con respecto a sus derechos y obligaciones en relación con su pareja.

Definición operativa: 1. solteros, 2. casados, 3. unión libre, 4. divorciados, 5. viudos, 6. Separados.

Categoría de la variable: Politómica.

Escala de medición: nominal.

Fuente de obtención: Directamente del paciente.

4.- Turno laboral:

Tipo: cualitativa.

Definición conceptual: Es el tiempo que cada trabajador dedica a la ejecución del trabajo para el cual fue contratado.

Definición operativa: Orden según el cual se alternan varias personas en la realización de una actividad o un servicio.

Categoría de la variable: Politómica. Turno matutino, turno vespertino, turno nocturno fin de semana (3 días), entre semana (5 días).

Escala de medición: Politómica.

Fuente de obtención: Directamente del paciente.

PROCEDIMIENTOS

Se realizó el presente trabajo, en la UMF 17 del turno matutino del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de Cd. Río Bravo, Tamps. Mx. Mediante un estudio Descriptivo, observacional, y transversal. Se capturó el total de 338 pacientes. Entre Marzo del 2017 al mes de Noviembre del 2018. Se recabó la bibliografía disponible sobre Ansiedad en manuales operativos, en las revistas indexadas de investigación científica, Guías de Práctica Clínica y normas vigentes, además de páginas electrónicas en la web.

Se presentaron ante las autoridades locales y estatales correspondientes, al Departamento de enseñanza e investigación de la Unidad de Medicina Familiar número 17, la Unidad de Medicina Familiar número 17 y de la Universidad Nacional Autónoma de México, siendo éste aprobado con el siguiente número de registro R-2017-1912-50 SIRELSIS.

Se analizaron y se realizaron las gráficas correspondientes en base a los datos obtenidos y los resultados finales mediante el programa Epi Info y Microsoft Excel, Se presentaron en tablas y gráficas, además de las conclusiones correspondientes.

ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

La presente investigación considerará Los Principios Éticos para las Investigaciones Médicas en Seres Humanos de la Declaración de Helsinki de adoptada por AMM:

18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964 y enmendada por la

29ª Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre 1975

35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre 1983

41ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre 1989

48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996

52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre 2000

Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002

Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004

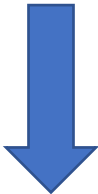
59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008

64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013. Así también se consideró el Título Quinto de La Ley General en Salud que contiene los artículos que contemplan la Investigación para la Salud y El reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación de acuerdo a; Artículo 13, donde se respetará el respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar, el Artículo 14 donde se contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su

representante legal, el Artículo 16 donde se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación y el Artículo 17. Clasificación de riesgo: según el reglamento de la ley general en salud en materia de investigación para la salud, título dos de aspectos éticos en la investigación en seres humanos, capítulo uno, artículo 17, fracción 2, el presente trabajo se considera sin riesgo.

FLUJOGRAMA

PROTOCOLO



RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN



CAPTURA Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN



FORMULACIÓN DEL REPORTE



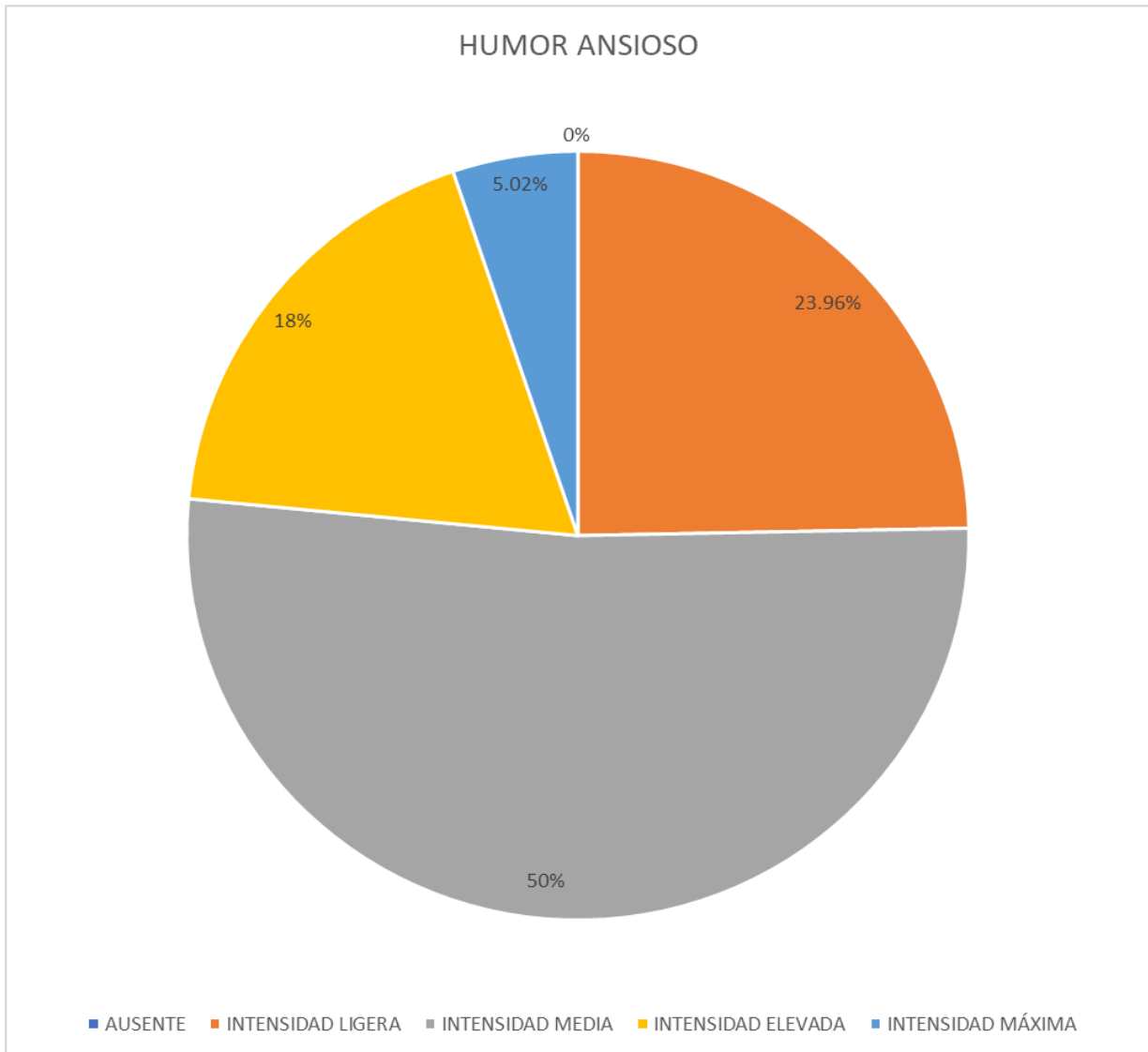
REDACCIÓN Y ENTREGA DEL REPORTE

CRONOGRAMA

Actividades	Marzo a Abril 2017	Abril a Mayo 2017	Mayo a Octubre 2017	Noviembre 2017 a Octubre 2018	Junio 2019
Planeación de estudio	2017 X				
Elaboración del protocolo		2017 X			
Elaboración de instrumento de recolección de información y prueba piloto		2017 X			
Revisión y autorización de protocolo			2017 X		
Recolección de información				2017-2018 X	
Captura de datos				2017-2018 X	
Análisis de información				2017-2018 X	
Presentación de información					2019 X

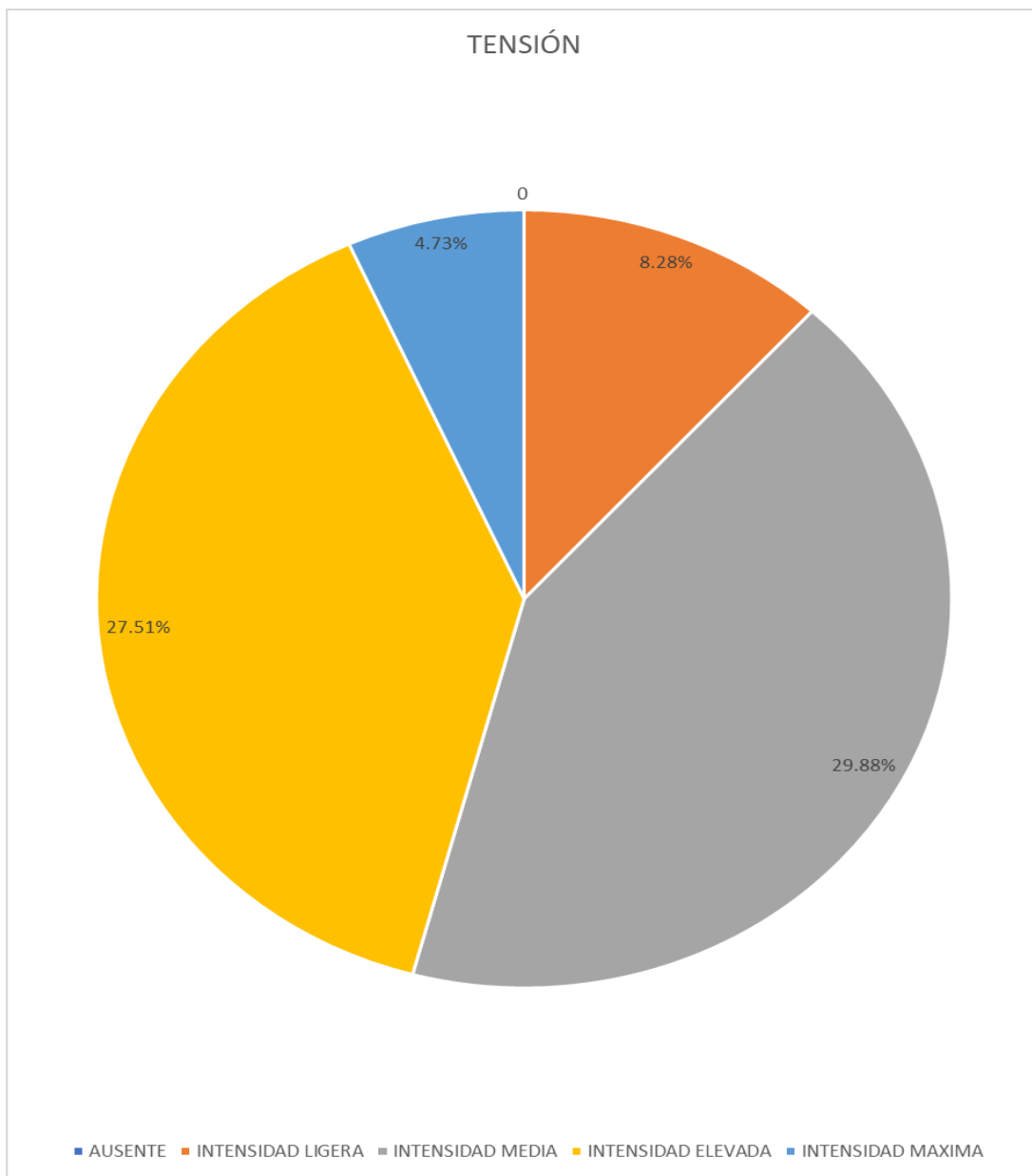
RESULTADOS

Gráfica 1.- HUMOR ANSIOSO



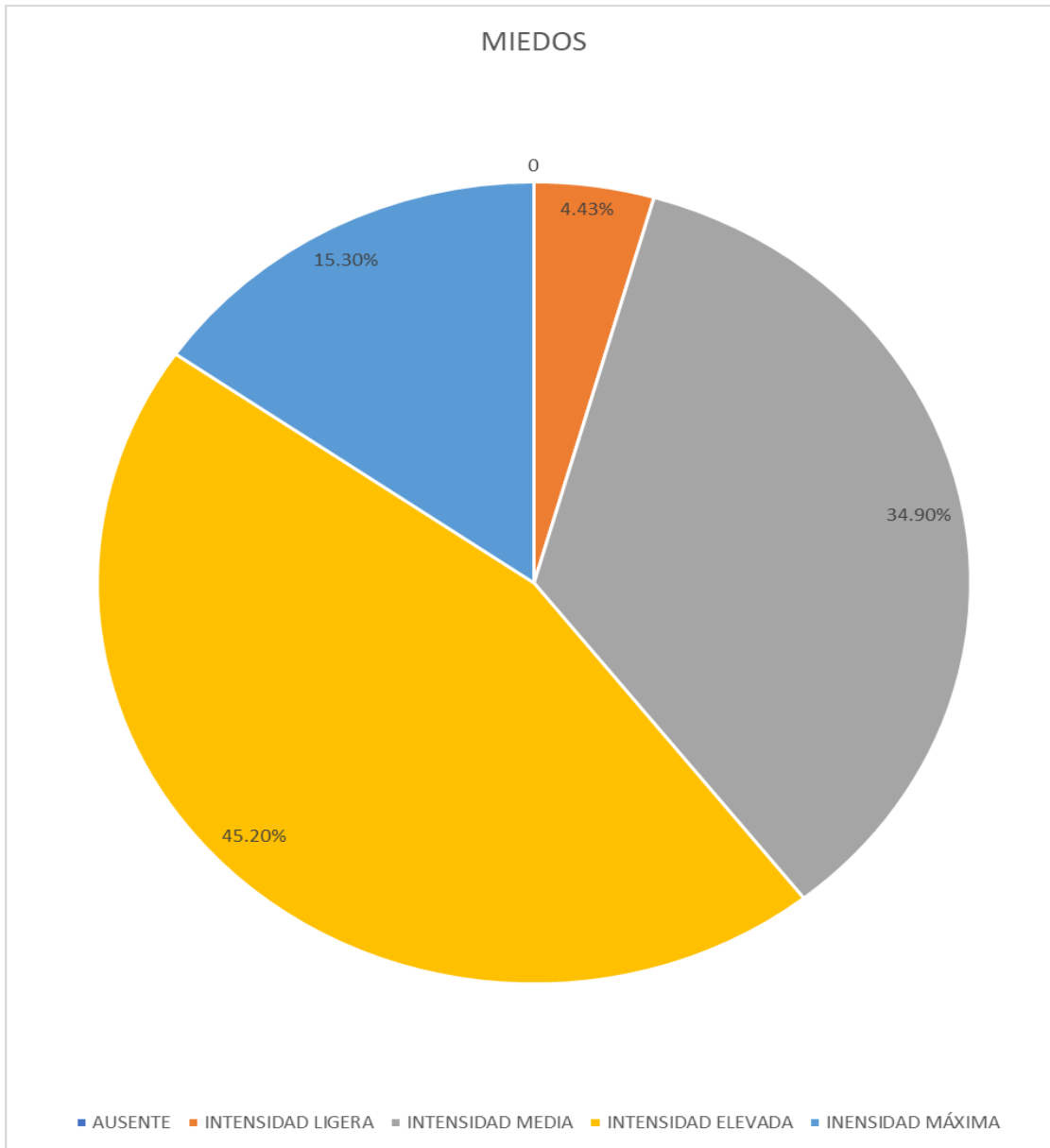
En la gráfica 1 se muestra el porcentaje de respuestas a la Escala de Ansiedad de Hamilton en el primer ítem. **Humor ansioso:** inquietud, expectativas de catástrofe. Aprehensión (anticipación temerosa), Irritabilidad. Siendo la intensidad elevada la respuesta más frecuente, lo que equivale al 50%

Gráfica 2. TENSIÓN



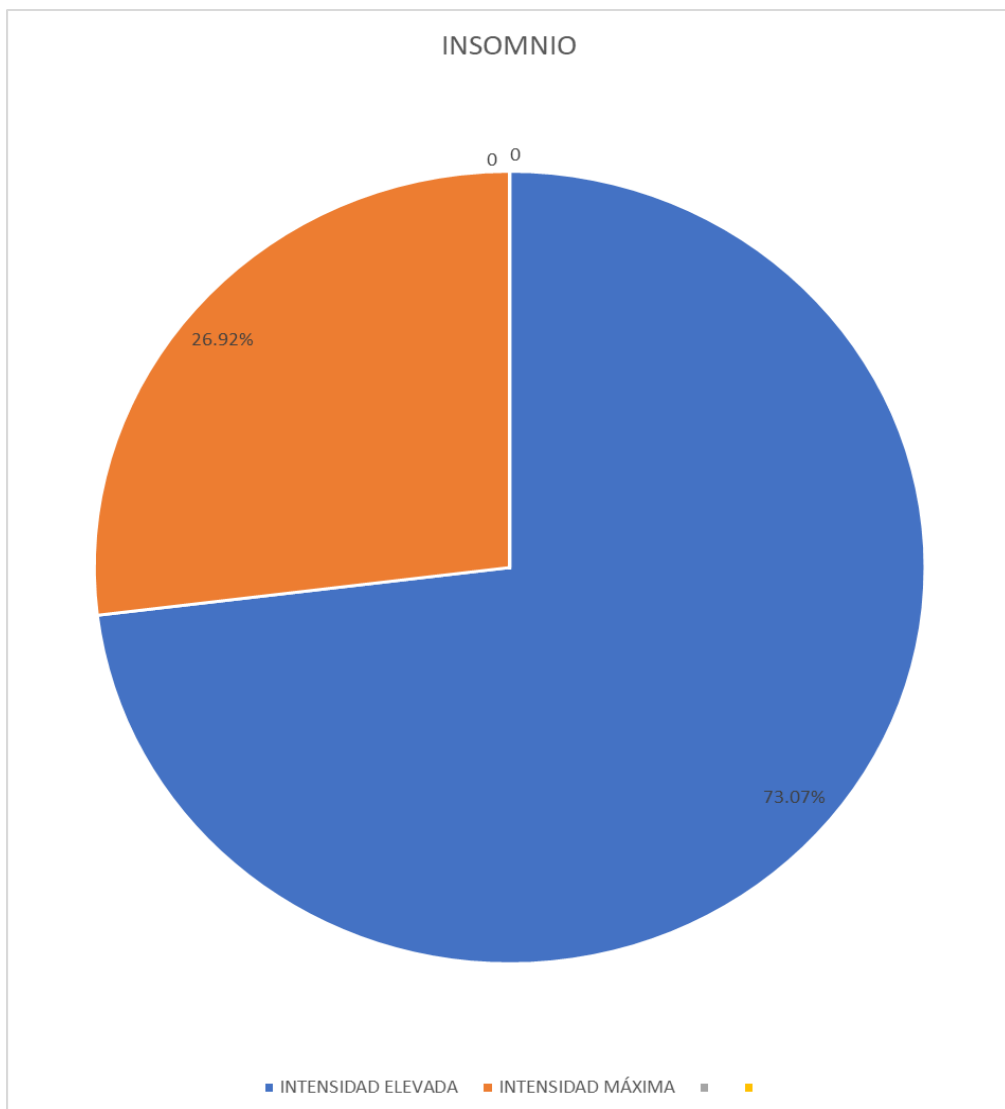
En la gráfica 2 se muestra el porcentaje de respuestas a la Escala de Ansiedad de Hamilton en el segundo ítem. **Tensión:** Sensaciones de tensión, fatigabilidad. Siendo INTENSIDAD ELEVADA la respuesta más frecuente en un 29.88%

Gráfica 3.- MIEDOS



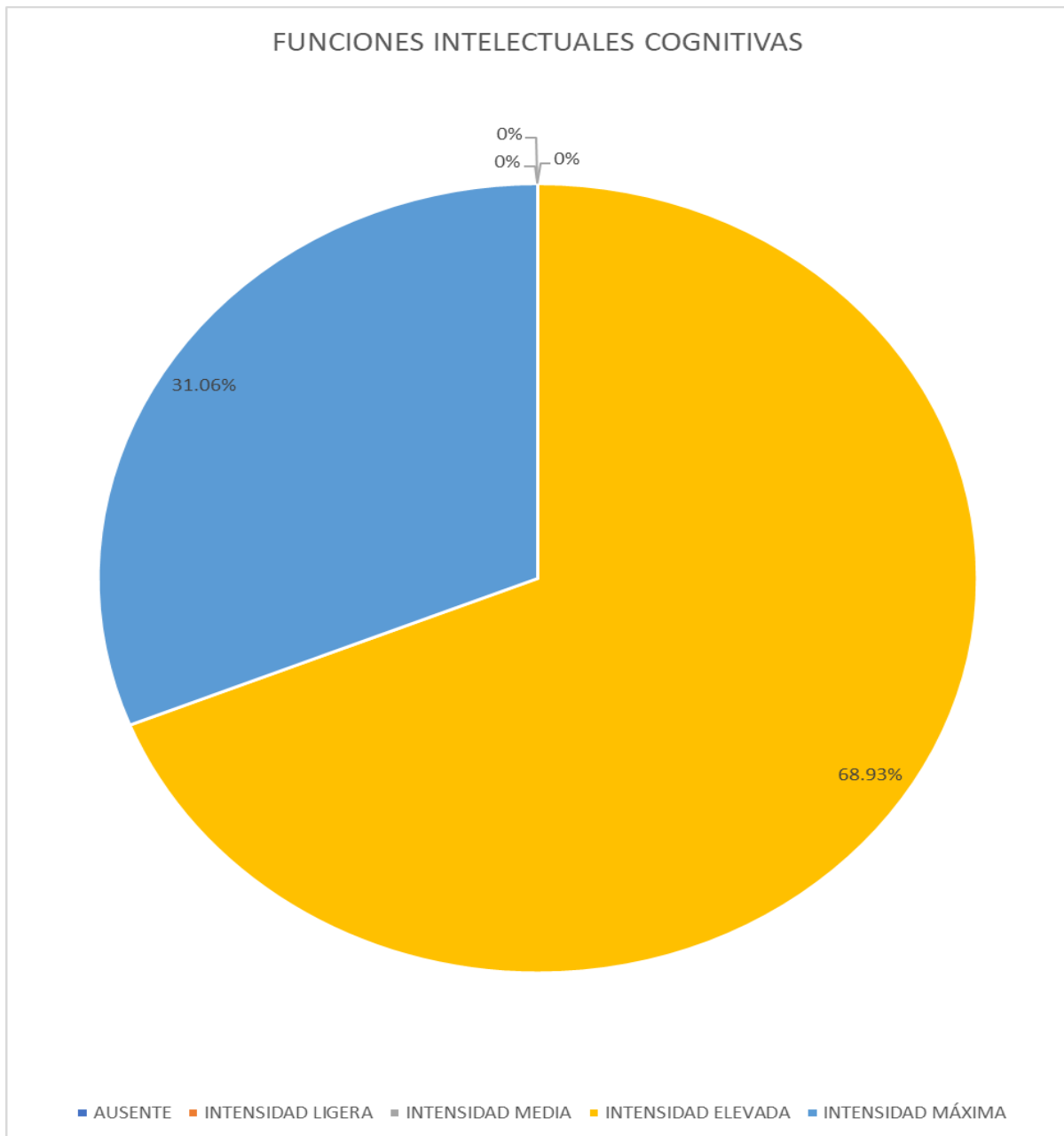
En la gráfica 3 se muestra el porcentaje de respuestas a la Escala de Ansiedad de Hamilton en el tercer ítem. **MIEDOS:** A la oscuridad. A los desconocidos. A quedarse solo. A los animales. A la circulación. A la muchedumbre. Siendo INTENSIDAD ELEVADA la respuesta más frecuente en un 45.20% Generalmente el paciente siempre refiere miedo que no sabe expresar.

Gráfica4.-INSOMNIO



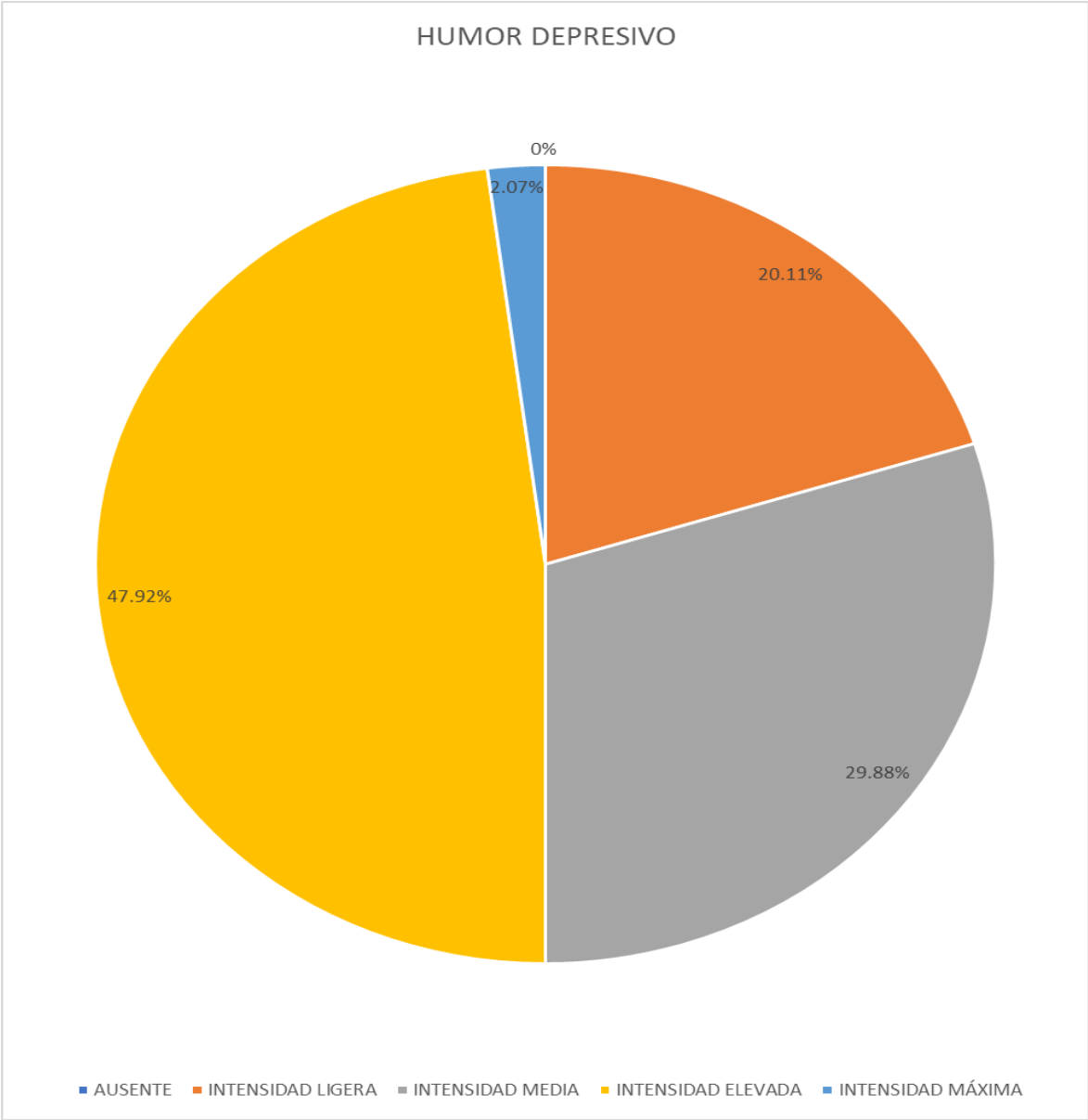
En la gráfica 4 se muestra el porcentaje de respuestas a la Escala de Ansiedad de Hamilton en el cuarto ítem. **INSOMNIO:** Dificultades de conciliación. Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio, con cansancio al despertar. Sueños penosos. Pesadillas. Terrores nocturnos. Siendo INTENSIDAD ELEVADA la respuesta más frecuente en un 73.07%.

Gráfica 5.- FUNCIONES INTELLECTUALES (COGNITIVAS)



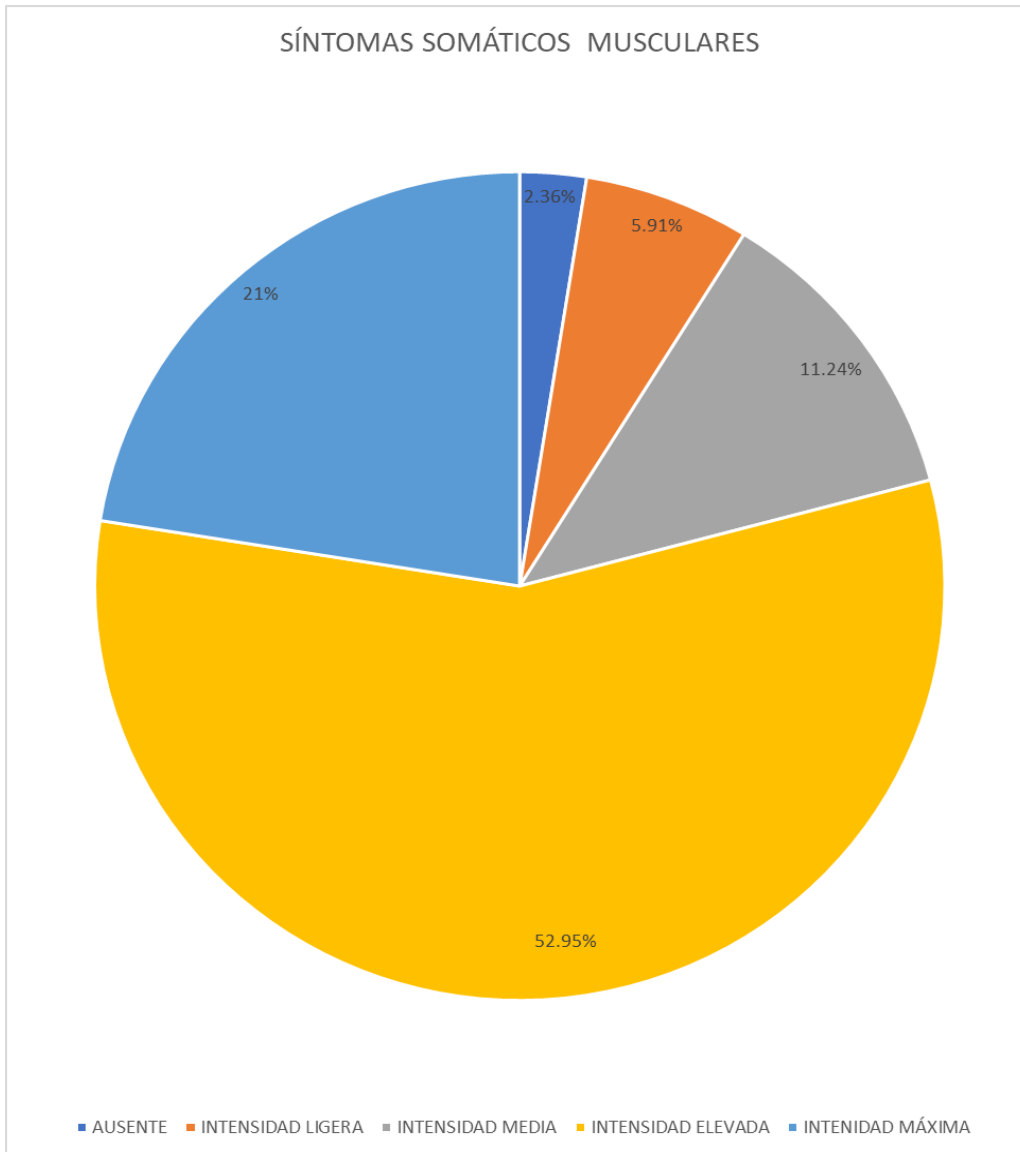
En la gráfica 5 se muestra el porcentaje de respuestas a la Escala de Ansiedad de Hamilton en el quinto ítem. **FUNCIONES: INTELLECTUALES (COGNITIVAS):** Dificultad de concentración. Mala memoria Siendo INTENSIDAD ELEVADA la respuesta más frecuente en un 69.93%.

Gráfica 6.- HUMOR DEPRESIVO



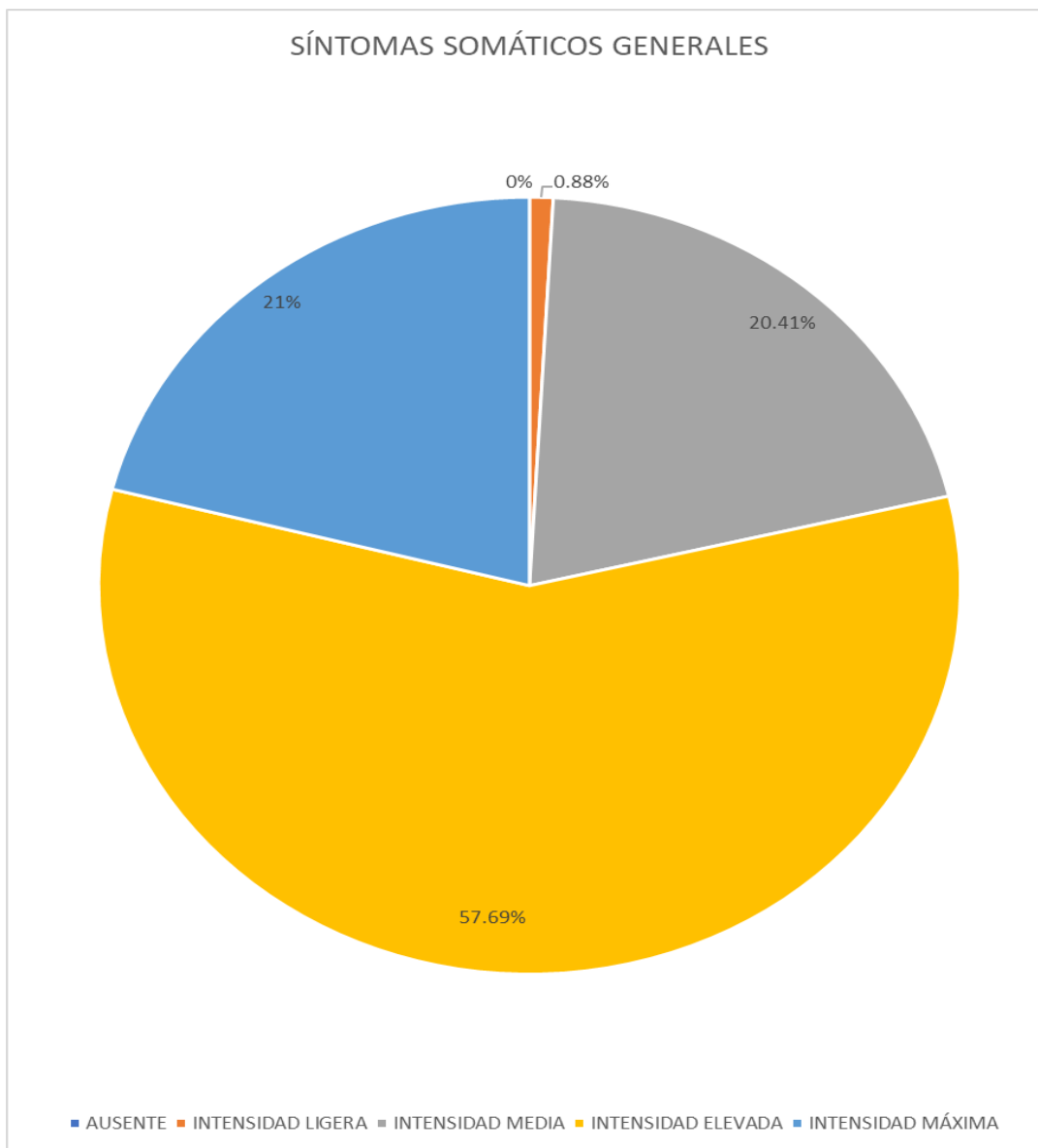
En la gráfica 6 se muestra el porcentaje de respuestas a la Escala de Ansiedad de Hamilton en el sexto ítem. **HUMOR DEPRESIVO:** Pérdida de interés. No disfruta del tiempo libre. Depresión. Insomnio de madrugada. Variaciones anímicas a lo largo del día. Siendo INTENSIDAD ELEVADA la respuesta más frecuente en un 47.92%.

Gráfica 7.- SÍNTOMAS SOMÁTICOS MUSCULARES



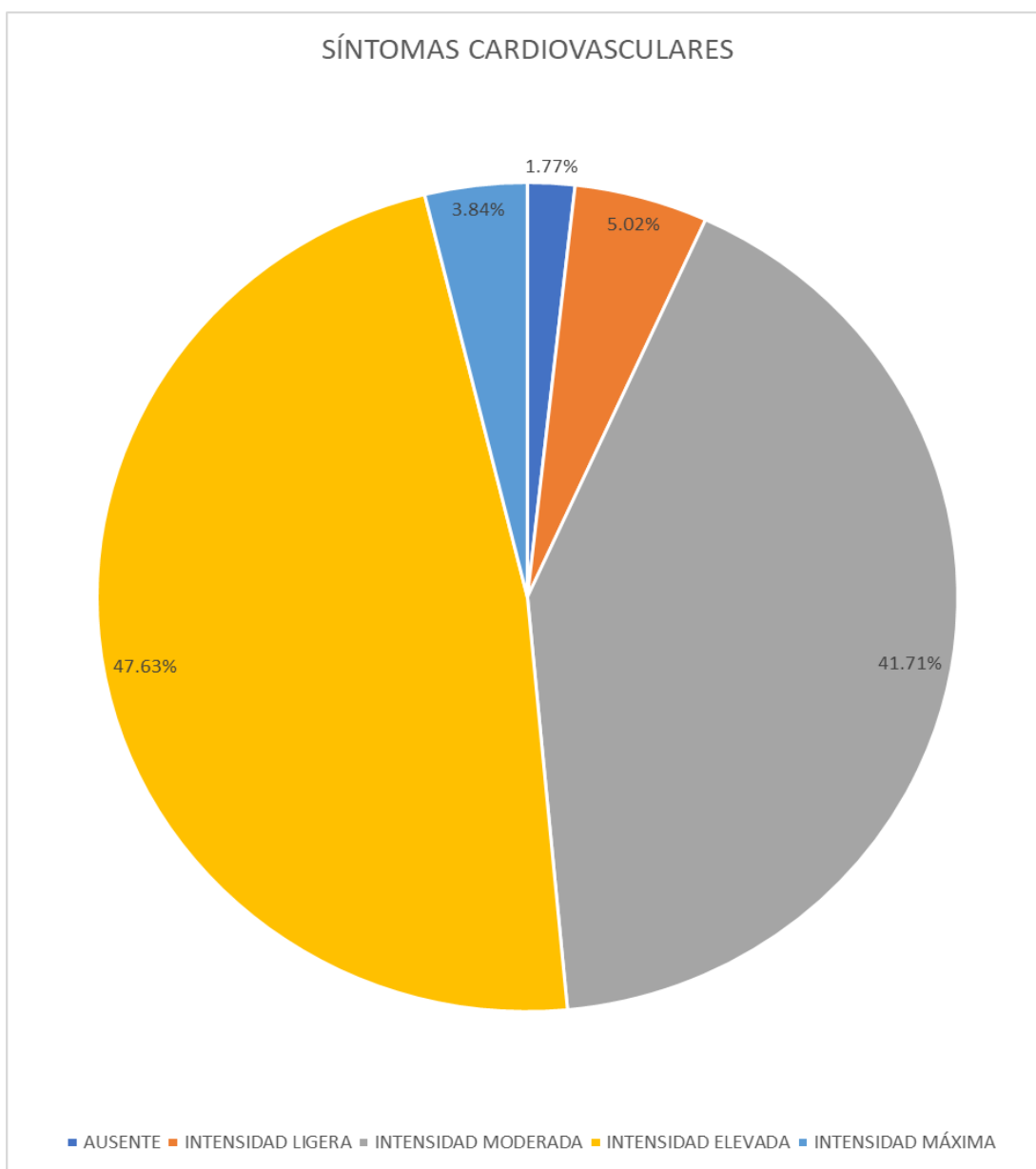
En la gráfica 7 se muestra el porcentaje de respuestas a la Escala de Ansiedad de Hamilton en el séptimo ítem. **SÍNTOMAS SOMÁTICOS MUSCULARES:** Dolores musculares. Rigidez muscular. Sacudidas musculares. Sacudidas clónicas. Rechinar de dientes. Voz quebrada. Siendo INTENSIDAD ELEVADA la respuesta más frecuente en un 52.95%.

Gráfica 8.- SÍNTOMAS SOMÁTICOS GENERALES



En la gráfica 8 se muestra el porcentaje de respuestas a la Escala de Ansiedad de Hamilton en el octavo ítem. SINTOMAS SOMATICOS GENERALES: Zumbido de oídos. Visión borrosa. Oleadas de calor o frío. Sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos u hormigueos). Siendo INTENSIDAD ELEVADA la respuesta más frecuente., representando el 57.69%.

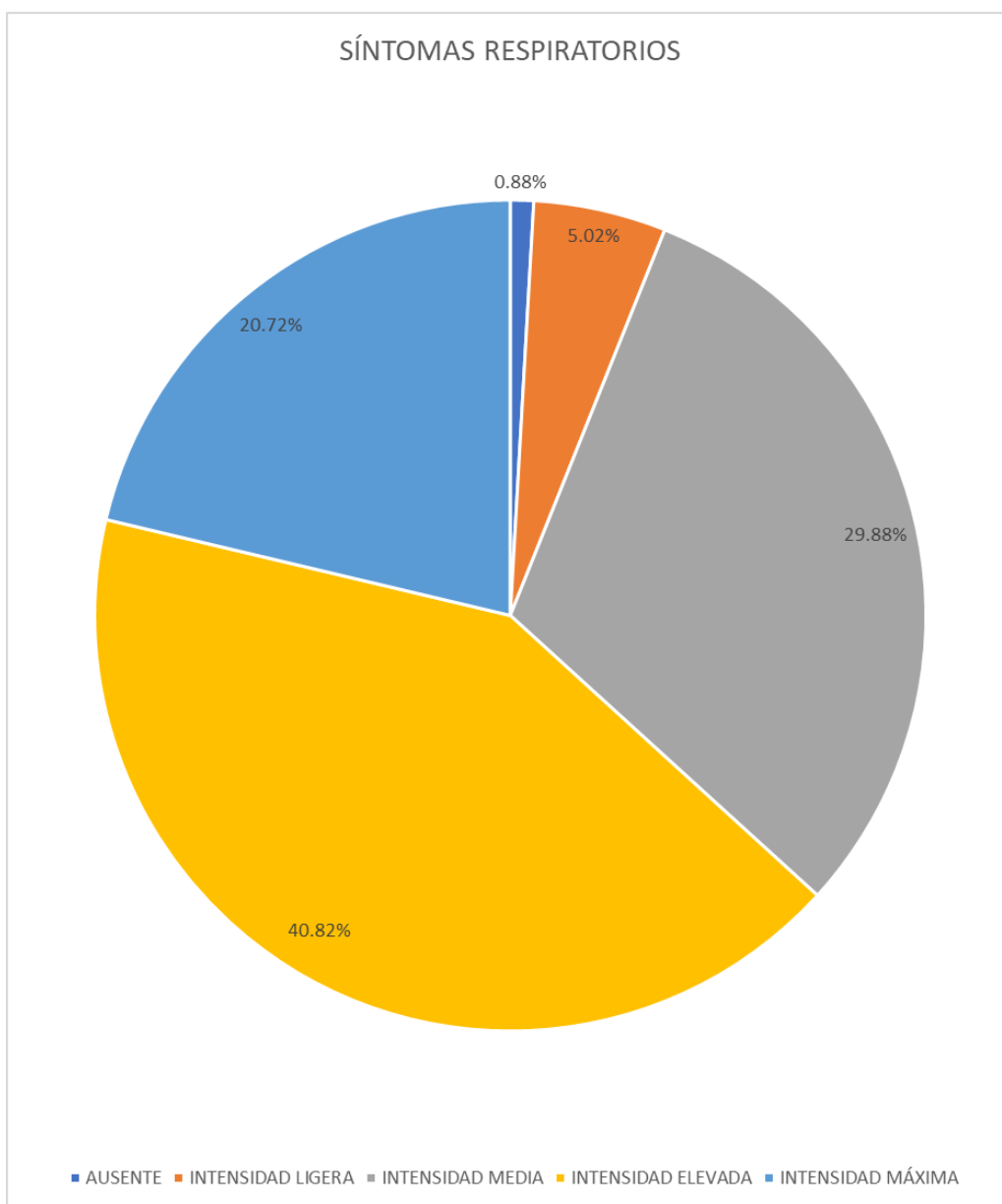
Gráfica 9.- SÍNTOMAS CARDIOVASCULARES



En la

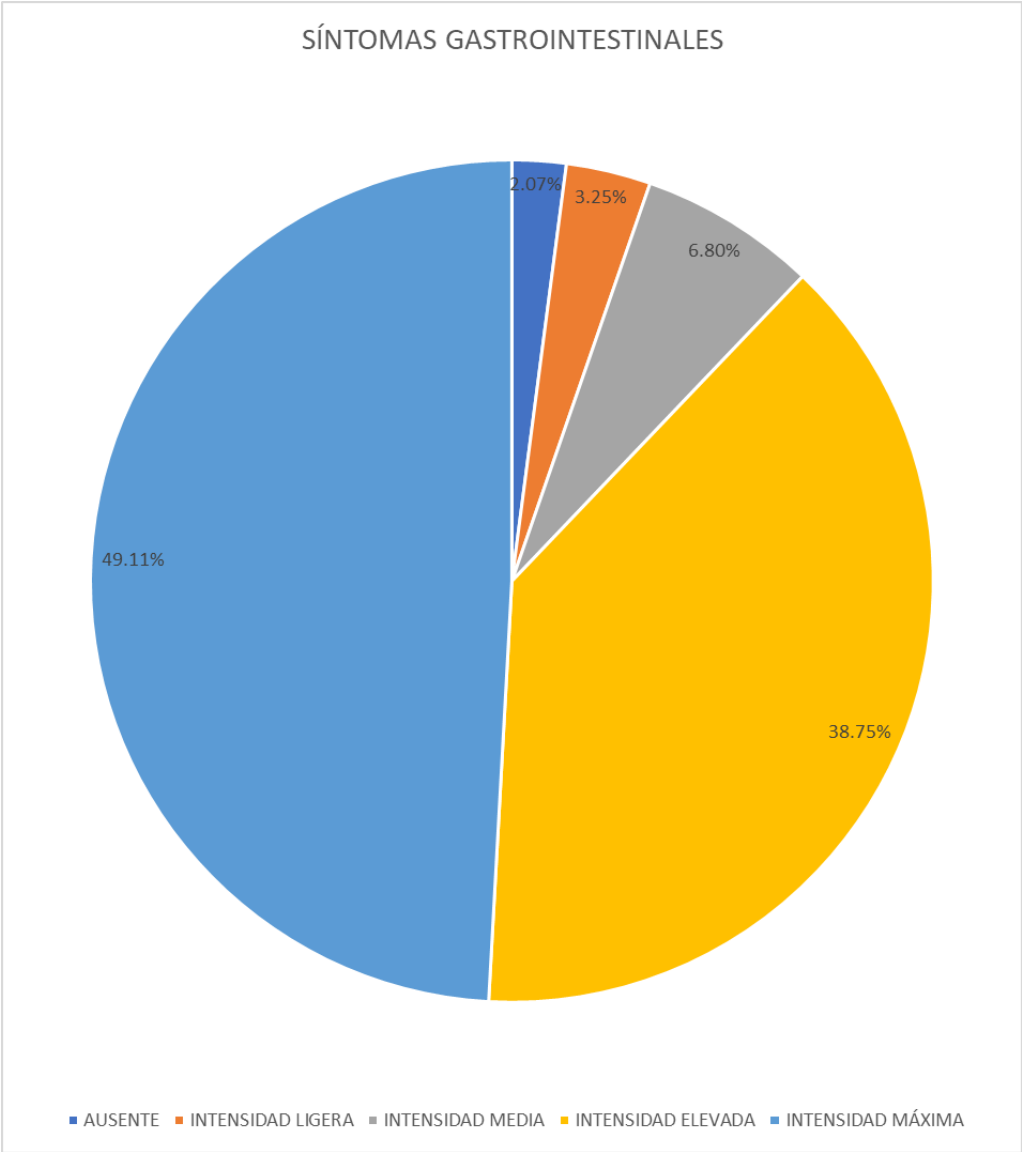
gráfica 9 se muestra el porcentaje de respuestas a la Escala de Ansiedad de Hamilton en el noveno ítem. **SÍNTOMAS CARDIOVASCULARES:** Taquicardia. Palpitaciones. Dolor torácico. Sensación pulsátil en vasos. Sensaciones de “baja presión” o desmayos. Extrasístoles (arritmias cardíacas benignas). Siendo **INTENSIDAD ELEVADA** la respuesta más frecuente con un 47.63%.

Gráfica 10.- SÍNTOMAS RESPIRATORIOS



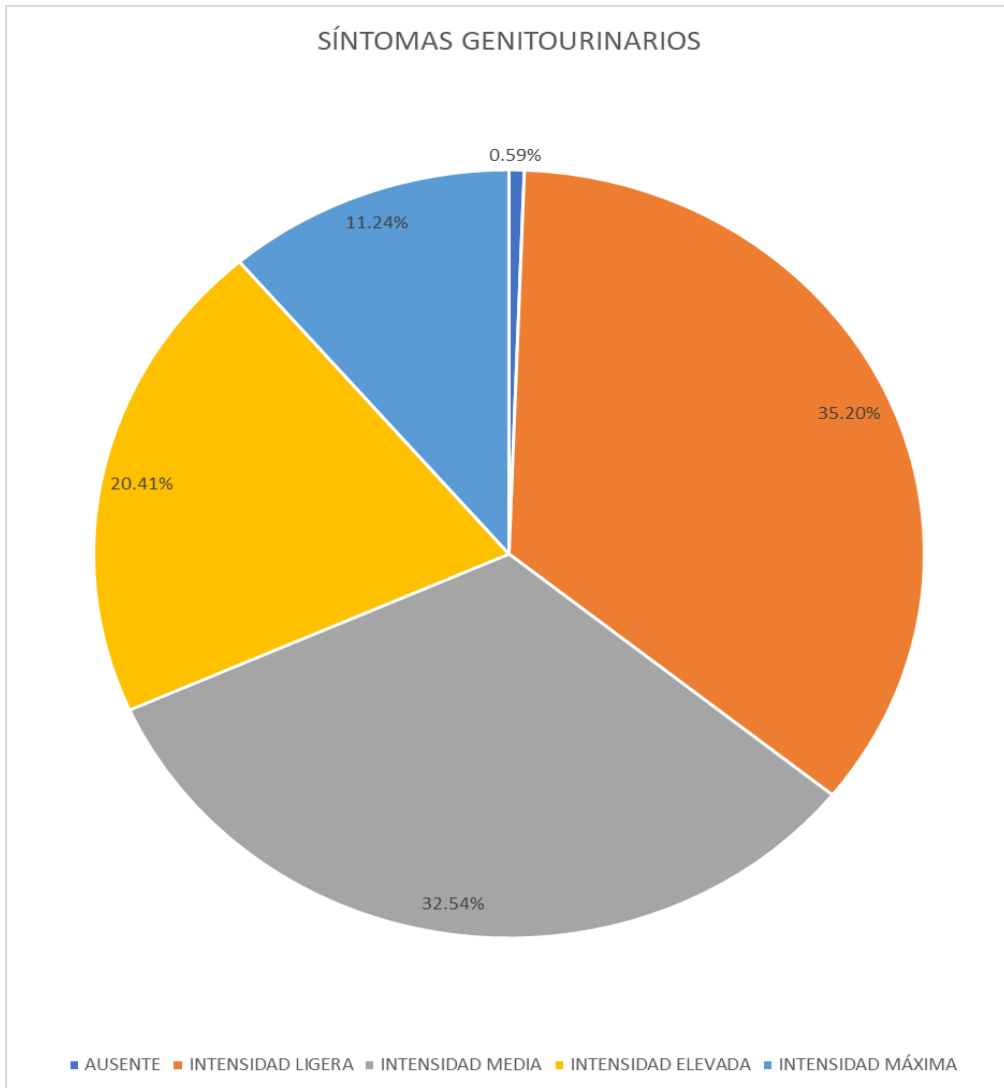
En la gráfica 10 se muestra el porcentaje de respuestas a la Escala de Ansiedad de Hamilton en el décimo ítem. **SÍNTOMAS RESPIRATORIOS:** Opresión pre torácica. Constricción precordial. Sensación de ahogo o falta de aire. Suspiros. Disnea (dificultad para respirar). Siendo INTENSIDAD ELEVADA la respuesta más frecuente en un 40.82%.

Gráfica 11.- SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES



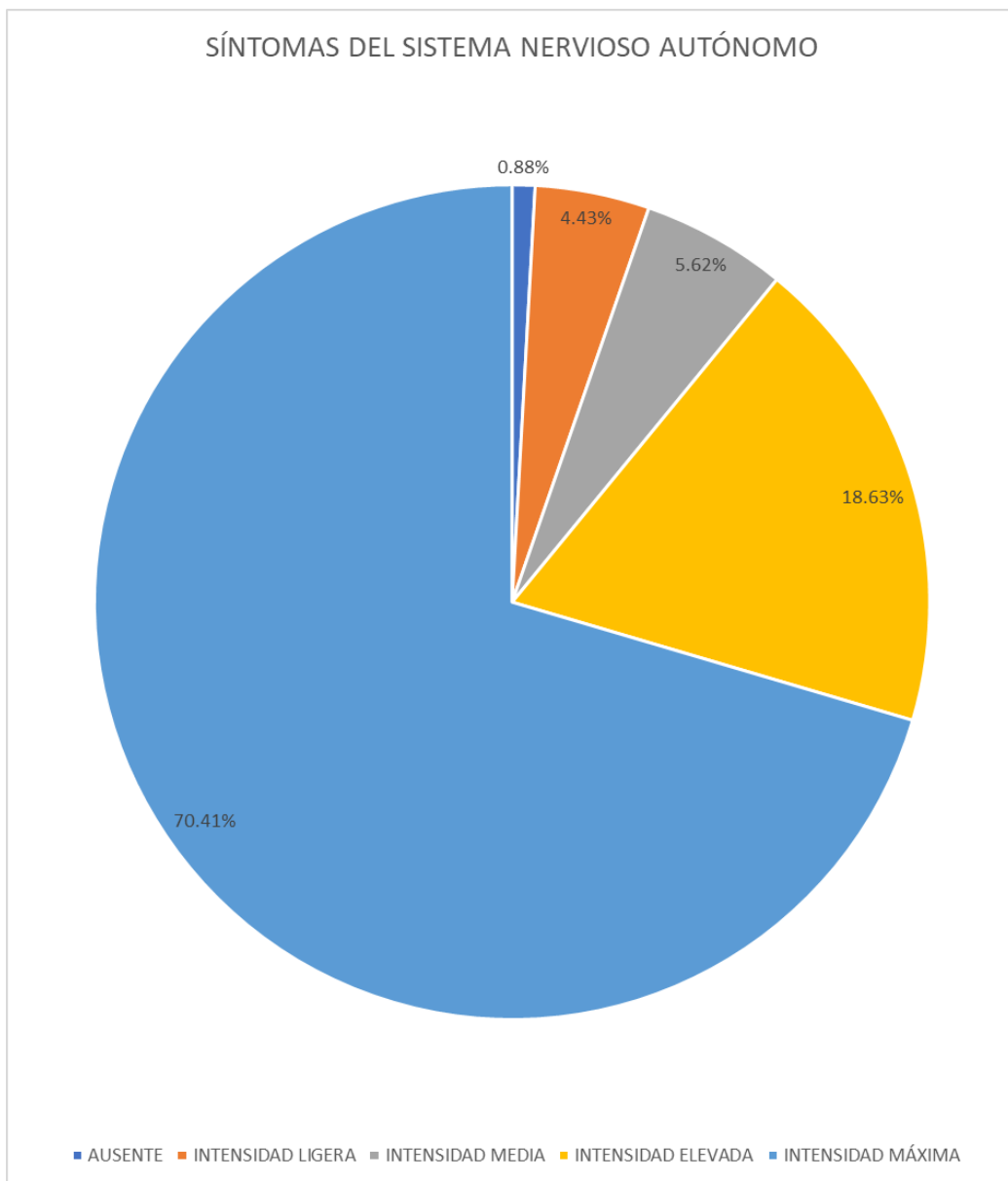
En la gráfica 11 se muestra el porcentaje de respuestas a la Escala de Ansiedad de Hamilton en el onceavo ítem. **SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES:** Dificultades evacuatorias. Gases. Dispepsia: dolores antes o después de comer, ardor, hinchazón abdominal, náuseas, vómitos, constricción epigástrica. Cólicos (espasmos) abdominales. Borborigmos. Diarrea. Pérdida de peso. Estreñimiento. Siendo INTENSIDAD MÁXIMA la respuesta más frecuente 49.11%.

Gráfica 12.- SÍNTOMAS GENITOURINARIOS



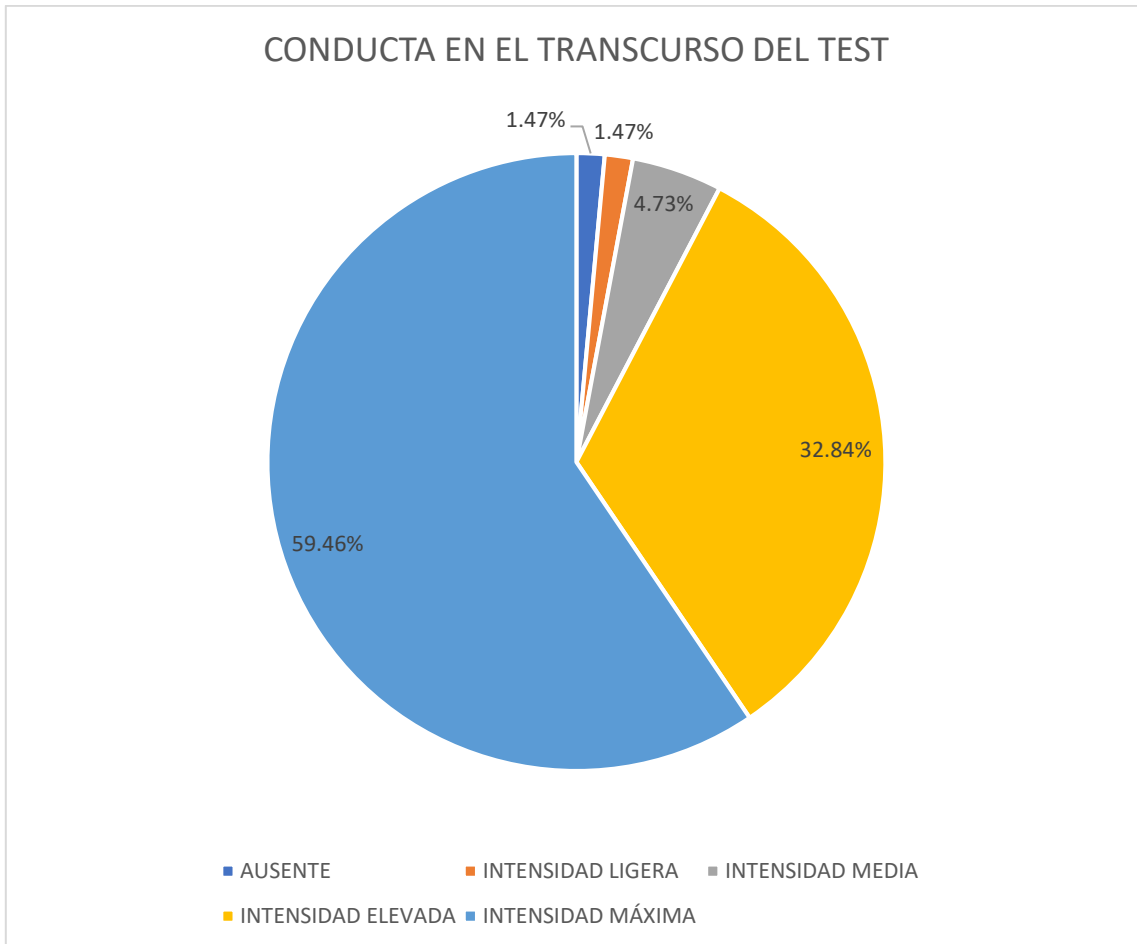
En la gráfica 12 se muestra el porcentaje de respuestas a la Escala de Ansiedad de Hamilton en el doceavo ítem. **SÍNTOMAS GENITOURINARIOS:** Micciones frecuentes. Micción imperiosa. Amenorrea (falta del período menstrual). Metrorragia (hemorragia genital). Frigidez. Eyaculación precoz. Impotencia. Ausencia de erección. Siendo INTENSIDAD LIGERA la respuesta más frecuente, en un 35.20%.

Gráfica 13.- SÍNTOMAS DEL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO



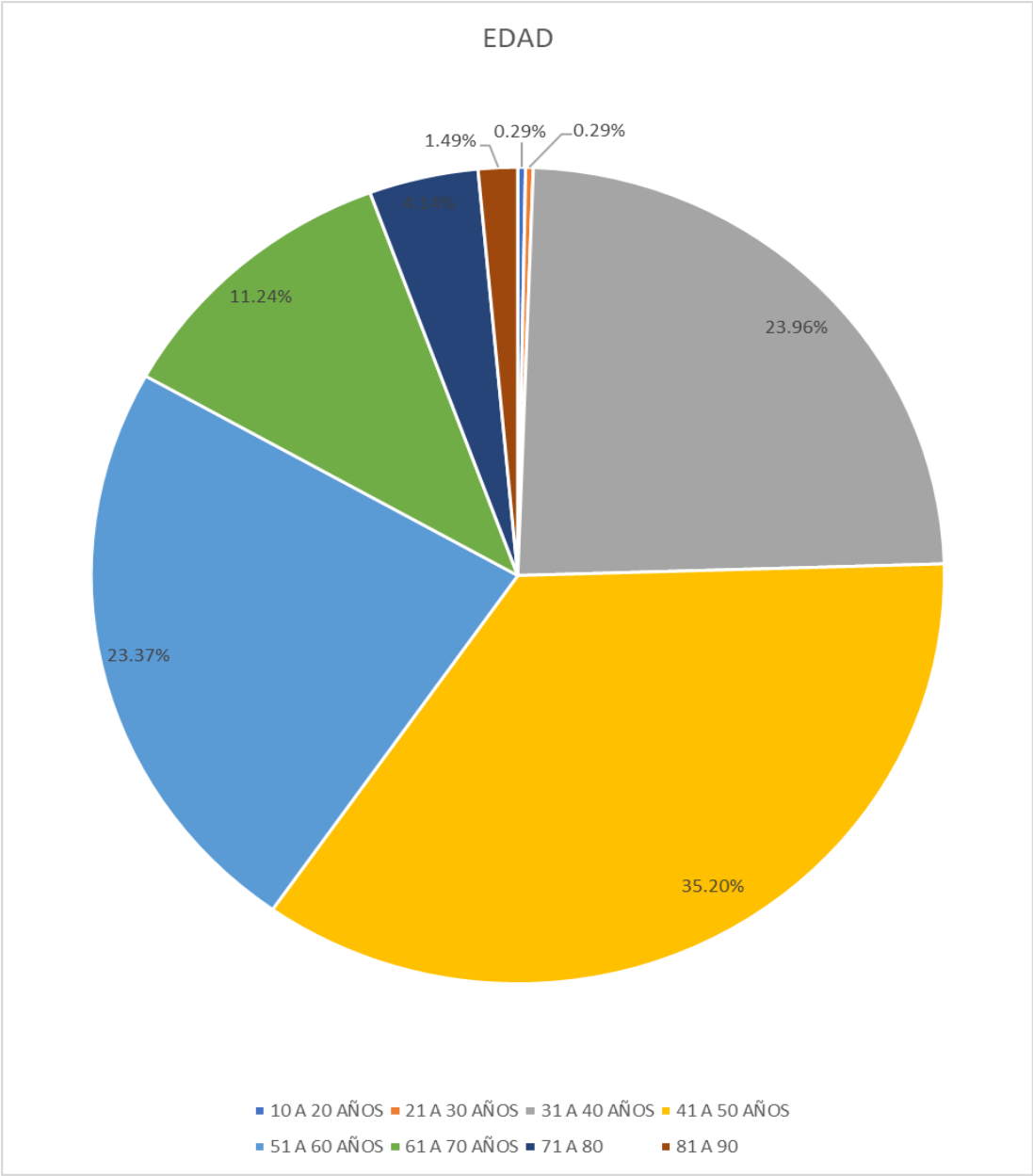
En la gráfica 13 se muestra el porcentaje de respuestas a la Escala de Ansiedad de Hamilton en el treceavo ítem. SÍNTOMAS EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO: Boca seca. Accesos de enrojecimiento. Palidez. Tendencia a la sudoración. Vértigos. Cefalea (dolor de cabeza) de tensión. Siendo INTENSIDAD MÁXIMA la respuesta más frecuente en el 70.41%.

Gráfica 14.- CONDUCTA EN EL TRANCURSO DEL TEST



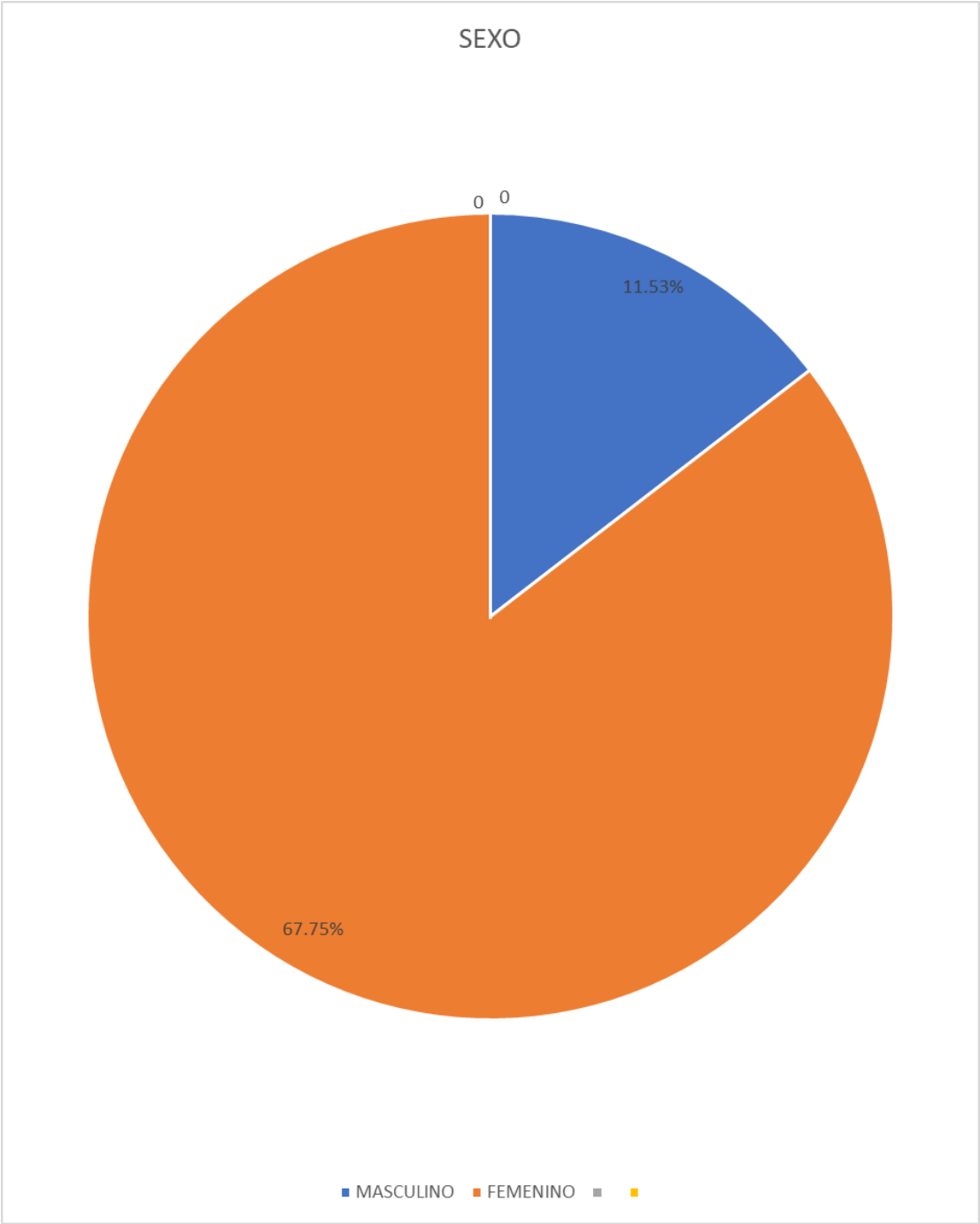
En la gráfica 14 se muestra el porcentaje de respuestas a la Escala de Ansiedad de Hamilton en el catorceavo ítem. **CONDUCTA EN EL TRANCURSO DEL TEST:** tendencia al abatimiento. Agitación: manos inquietas, juega con los dedos, cierra los puños, tic, aprieta el pañuelo en las manos. Inquietud: va y 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. Siendo INTENSIDAD MÁXIMA la respuesta más frecuente, en un 59.46% de la población encuestada.

Gráfica 15.- EDAD



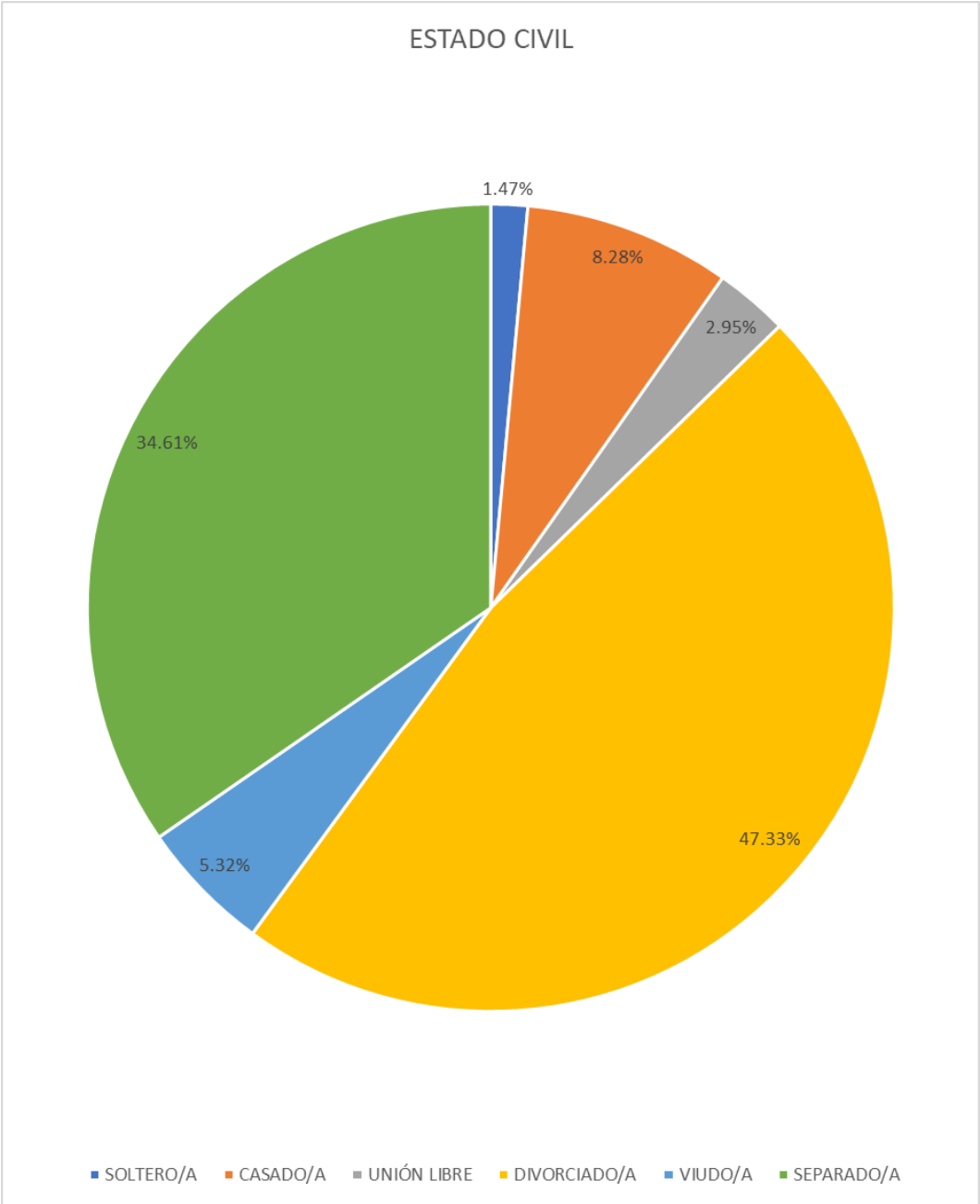
La gráfica 15 muestra las edades más frecuentes en las que se encuentra Ansiedad en la UMF núm. 17, del IMSS, de Cd. Río Bravo, Tamps. Mx. Siendo las edades más frecuentes las que se encuentran entre 41 a 50 años la edad, siendo este grupo el 32% del total encuestado.

Gráfica 16.- Sexo



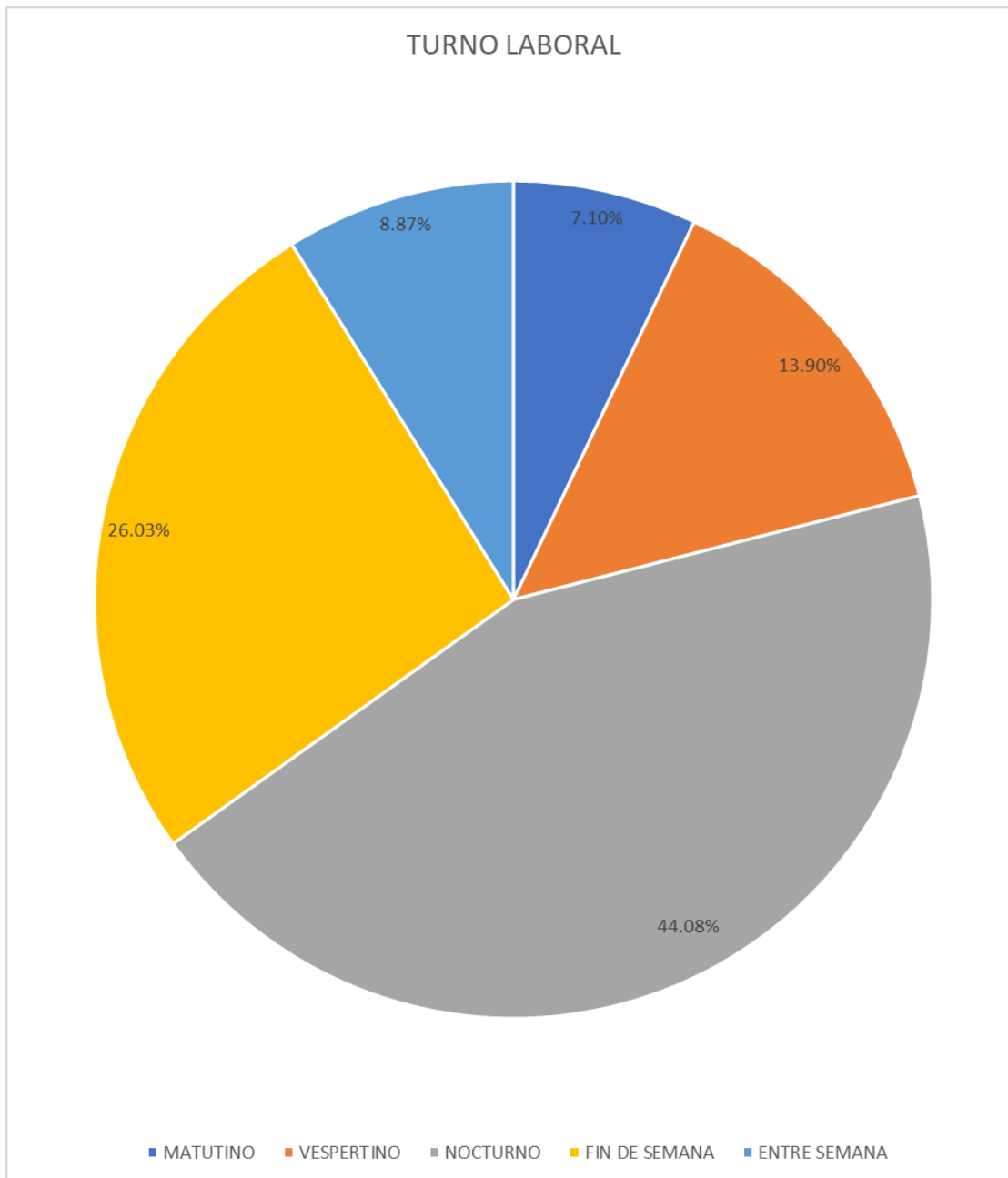
La gráfica 16 muestra el sexo de los pacientes que presentan Ansiedad en la UMF núm. 17, del IMSS, de Cd. Río Bravo, Tamps. Mx. Siendo las mujeres las que con mayor frecuencia presentan Ansiedad en un 67.75%.

Gráfica 17.- ESTADO CIVIL



La gráfica 17 muestra el estado civil de los pacientes que presentan Ansiedad en la UMF núm. 17, del IMSS, de Cd. Río Bravo, Tamps. Mx. Siendo las personas Divorciadas las que con mayor frecuencia presentan Ansiedad en un 47.33%.

Gráfica 18.- TURNO LABORAL



La gráfica 18 muestra el estado turno laboral de los pacientes que presentan Ansiedad en la UMF núm. 17, del IMSS, de Cd. Río Bravo, Tamps. Mx. Siendo las personas que laboran en el turno nocturno las que con mayor frecuencia presentan Ansiedad, representando el 44.08% de la población encuestada.

RESUMEN DE RESULTADOS

El presente estudio arrojó los siguientes resultados. De los 338 pacientes encuestados los 338 presentaron algún grado de Ansiedad.

Resultados del Ítem Humor ansioso: Fueron elegidas: Ausente=cero, Intensidad ligera=81, Intensidad media=180, Intensidad elevada=60, Intensidad máxima=17.

Resultados del ítem Tensión: Fueron elegidas: Ausente=cero, Intensidad ligera=15, Intensidad media=118, Intensidad elevada=93, Intensidad máxima=16.

Resultados del ítem Miedos: Fueron elegidas: Ausente=cero, Intensidad ligera=28, Intensidad media=101, Intensidad elevada=93, Intensidad máxima=16.

Resultados del ítem Insomnio: Fueron elegidas: Ausente=cero, Intensidad ligera=cero, Intensidad media=cero, Intensidad elevada=247, Intensidad máxima=91.

Resultados del ítem Funciones intelectuales (Cognitivas): Fueron elegidas: Ausente=cero, Intensidad ligera=cero, Intensidad media=cero, Intensidad elevada=233, Intensidad máxima=105.

Resultados del ítem Humor Depresivo: Fueron elegidas: Ausente=cero, Intensidad ligera=68, Intensidad media=101, Intensidad elevada=162, Intensidad máxima=7.

Resultados del ítem Síntomas Somáticos Musculares: Fueron elegidas: Ausente=8, Intensidad ligera=20, Intensidad media=38, Intensidad elevada=179, Intensidad máxima=93.

Resultados del ítem Síntomas Somáticos generales: Fueron elegidas: Ausente=cero, Intensidad ligera=3, Intensidad media=69, Intensidad elevada=195, Intensidad máxima=71.

Resultados del ítem Síntomas Cardiovasculares: Fueron elegidas: Ausente=6, Intensidad ligera=17, Intensidad media=141, Intensidad elevada=161, Intensidad máxima=71.

Resultados del ítem Síntomas Respiratorios: Fueron elegidas: Ausente=3, Intensidad ligera=17, Intensidad media=101, Intensidad elevada=138, Intensidad máxima=79.

Resultados del ítem Síntomas Gastrointestinales: Fueron elegidas: Ausente=7, Intensidad ligera=11, Intensidad media=23, Intensidad elevada=131, Intensidad máxima=166.

Resultados del ítem Síntomas Genitourinarios: Fueron elegidas: Ausente=2, Intensidad ligera=119, Intensidad media=110, Intensidad elevada=69, Intensidad máxima=38.

Resultados del ítem Síntomas del Sistema Nervioso Autónomo: Fueron elegidas: Ausente=3, Intensidad ligera=15, Intensidad media=19, Intensidad elevada=63, Intensidad máxima=238.

Resultados del ítem Conducta en el transcurso del Test: Fueron elegidas: Ausente=cero, Intensidad ligera=cero, Intensidad media=cero, Intensidad elevada=247, Intensidad máxima=91.

Resultados del ítem Edad: Fueron encontradas: 10 a 20 años: uno, 21 a 30 años: uno, 31 a 40 años: 81 pacientes, 41 a 50 años: 119 pacientes, 51 a 60 años: 79 pacientes, 61 a 70 años: 38 pacientes, 71 a 80 años: 14 pacientes, 81 a 90 años: 5 pacientes.

Resultados del ítem Estado civil: Fueron encontrados: soltero/a: 5, Casado/a: 28, Unión libre: 10, Divorciado/a: 160, Viudo: 18, Separado: 117.

Resultados del ítem Turno laboral: Fueron encontradas: Turno matutino: 24, turno vespertino: 47, turno nocturno: 149, fin de semana: 88, entre semana: 30

DISCUSIÓN

En la República Mexicana y especialmente en los Estados del Norte, la ola de violencia ha aumentado y los índices de muertes y despojos de gente inocente, han detonado la alteración de las familias sobretodo en el aspecto psicológico que repercute en disfunciones familiares, ausencias laborales y sobretodo en más violencia.

En diversos estudios se hace referencia a la Ansiedad, que es una patología que lleva a diversos cuadros fisiopatológicos como psiquiátricos, frecuentemente encontrados en el primer contacto con los servicios de Salud en cualquier nivel de Atención.

A continuación se describen algunos Trabajos relacionados.

AITORES	NOMBRE DEL ESTUDIO Y AÑO	TIPO DE ESTUDIO	POBLACIÓN ESTUDIADA	PAÍS	INSTRUMENTO APLICADO	DISCUSIÓN
<p>369 profesionales y múltiples instituciones particulares y estatales, así como academias con sus distintos miembros</p> <p>ISSN: 0120-5498 • MEDICINA (Bogotá) Vol. 38 No. 2 (113) Págs. 103-108 • Abril - Junio 2016</p>	<p>encuesta de salud mental (ENSM2015)</p>	<p>estudio observacional descriptivo de corte transversal, con representatividad nacional y regional</p>	<p>15.351 personas, residentes entre 13.200 hogares, con edades entre siete y 96 años.</p>	<p>Colombia</p>	<p>Statistics Research Questionary, SRQ</p>	<p>Visibilizar los problemas mentales, fortalecer las capacidades para detección de estos problemas en los entornos: en niños (problemas de aprendizaje), adolescentes (ansiedad y problemas en el hábito de comer) y adultos (consecuencias psicológicas de eventos traumáticos) y remisión a los servicios de salud. Hacer una detección temprana y atención oportuna del consumo de alcohol y de otras drogas</p>

Salud Mental 2016;39(1):3-9 ISSN: 0185-3325 DOI: 10.17711/SM.0185-3325.2015.062	El modelo de atención colaborativa (Julio 2009 a Junio 2011)	Estudio Comparativo	Se aplicaron 1 643 instrumentos de tamizaje y se encontraron 830 personas que presentaron puntuaciones de 21 o más en la escala de Kessler-10 (posibles casos)	México	Escala de Malestar Psicológico de Kessler (K10); validada por Vargas et al.	En México, existe una asignación escasa de recursos humanos para atender pacientes con algún trastorno mental, por lo que se requiere de una nueva estructura organizacional en los diferentes niveles, cuyo propósito sea aumentar la capacidad resolutive del primer nivel
Clínica de Psicología de la Universidad de Granada, situada en la Facultad de Psicología . Revista de Psicología 2016, 25(1), 1-17	Evaluación y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad. 2016	Estudio Observacional	Participaron 31 pacientes con trastornos de ansiedad, distribuidos en cuatro grupos: fobia específica, fobia social, ansiedad generalizada y pánico, con y sin presencia de agorafobia.	España	El Inventario Clínico Multiaxial de Millon II y la Entrevista para los Trastornos de Ansiedad según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV.	Sería interesante evaluar los Trastornos a través de entrevistas específicas y no solo mediante cuestionarios, dado que los datos parecen indicar que la coocurrencia es mayor cuando se utilizan estos instrumentos.
Tania Berenice López Hernández	Prevalencia del trastorno de Ansiedad en pacientes de la UMF 17	estudio Probabilístico Aleatorio Simple	Se estudiaron 338 pacientes con cualquier diagnóstico que acudieron a la consulta externa en la Unidad de Medicina Familiar núm. 17, de Cd. Río Bravo, Tamps. Mx.	México	Escala de Hamilton	

CONCLUSIONES

En el presente estudio se detectó que los 338 casos, el 100 % de la población estudiada refirió algún grado de Ansiedad, aunque por diversos motivos, por ejemplo en niños y adolescentes las heridas de la infancia detonaron las crisis, en adultos la alta prevalencia de la Inseguridad, asaltos, muertes violentas, tiroteos a cualquier hora y lugar, los secuestros, los altos costos de vida, la migración, el cambio de roles sociales en la pareja, la violencia de género, las extenuantes jornadas laborales, los estándares de belleza, entre otros, en los adultos mayores las crisis de Ansiedad surgieron por el abandono, situación económica, patologías crónico degenerativas, inseguridad Social, el miedo a la muerte y otros más que no se describieron ya que no fueron motivo de estudio de esta investigación.

Con lo que respecta al género, el sexo femenino es el que acude con mayor frecuencia a la consulta debido a alguna detección o control, algunas patologías, incluso por el Síndrome Climatérico o la menopausia que juegan un papel importante por lo que la prevalencia fué mayor en este género.

Se encontró que la edad más afectada por la Ansiedad fué de 31 a 50 años.

El estado civil Divorciado/a fué el de mayor frecuencia.

Con respecto al turno laboral, el turno nocturno es el que presentó mayor porcentaje de cuadros de Ansiedad.

La literatura de la Ansiedad es poca y no siempre se encuentra actualizada, existen pocas investigaciones al respecto, siendo estos equiparables con nuestro Estudio.

Es prioritario contar con una salud equilibrada en los aspectos bio-psico-sociales de todos los individuos para mantener una Sociedad libre de violencia, con metas futuras y el firme propósito de alcanzar la pronta Resiliencia.

BIBLIOGRAFÍA

1.-Gómez-Benumea RA, La salud mental como una prioridad en la agenda de salud pública. 2016; Vol.4 (8)

<https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/icsa/n8/e5.html>

2.-Schnaas F., Avances en el diagnóstico y tratamiento de la ansiedad y la depresión. Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría. 2017; Vol. 45 (1):22-25.

3.-Cabrera-Arriaga T et al., Escrutinio de depresión y ansiedad en twitter a través de un programa de análisis de palabras, investigación educ. médica. 2015; Vol.4 (13):16-21.

4.-Cardila F., Martos A., Barragán AB et al., Prevalencia de la depresión en España: Análisis de los últimos 15 años. European Journal of investigation in Health, Psychology and Education. 2015; Vol.5 (2): 267-279.

5.-Carballo V E., Salazar IC., Robles R et al., Validación del cuestionario de ansiedad social para adultos (caso) en México. Revista Mexicana de Psicología. 2016; Vol.33 (1):30-40.

6.-Kohn R., Levav I., Caldas de Almeida JM., Andrade L et al., Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: Asunto prioritario para la Salud Pública. Rev Panam Salud Pública. 2005; Vol. 18(4/5):229-40.

7.-Cedillo-Ildefonso B., Generalidades de la Neurobiología de la Ansiedad. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. 2017; Vol. 20 (1):239-251.

- 8.-Robles-Ortega H., et al., Concurrencia de trastornos de personalidad en pacientes con trastornos de ansiedad. *Rev. Psicol.* 2016; Vol.25 (1):1-17
- 9.-Montgomery W., Aspectos y enfoques éticos dentro del quehacer conductual. *Revista de Investigación en Psicología.* 2016; Vol.19 (2):179-194. ISSN impresa: 1560-909X, ISSN electrónica: 1609-7475
- 10.-Garay López J., Farfán-García MC., Niveles de depresión, autoestima y Estrés en mujeres que tienen un trabajo remunerado y mujeres que tienen un trabajo no remunerado (amas de casa). *Psicología Iberoamericana.* 2007. Vol.15 (2):22-29.
- 11.-Marín-R AH., Martínez-D GJ., Ávila-A JM., Detección de sintomatología de ansiedad social y factores asociados en adolescentes de Motul, Yucatán, México. *Rev Biomed.* 2015; Vol. 26:23-31.
- 12.-Carvajal-Lohr A., Flores-Ramos M., Marín-Montejo SI et al., Los trastornos de ansiedad durante la transición a la menopausia. *Perinatol Reprod Hum.* 2016; Vol. 30(1):39-45.
- 13.-Nuevo-Benitez R., Sensibilidad y Especificidad del cuestionario de preocupación y Ansiedad para la detección del trastorno de ansiedad generalizada en la edad avanzada. *Revista de psicopatología y psicología clínica.* 2005; Vol. 10 (2):135-142.
- 14.-Esbec E., Echeburúa E., El modelo híbrido de clasificación de los trastornos de la personalidad en el DSM-5: un análisis crítico. *Actas Esp Psiquiatr.* 2015; Vol. 43 (5):177-186.

15.-Arancibia M., Behar R., Alexitimia y depresión: Evidencia, controversias e implicancias. Rev.chil. neuro-psiquiatr. 2015. Vol.53 (1):24-34.

16.-Ortega-Alvelay A., Fernández-Vidal AT, Osorio-Pagola MF., Funcionamiento familiar. Su percepción por diferentes grupos generacionales y signos de alarma. Rev Cubana Med Gen Integr. 2003; Vol.19 (4) <http://scielo.sld.cu/scieloOrg/php/articleXML.php?pid=S0864-21252003000400002&lang=es>

17.-Rodríguez-Muñoz C, et al. Rasgos de personalidad y malestar psíquico asociados a los pacientes hiperfrecuentadores de consultas de Atención primaria. 2003. Vol.13 (3):143-150.

18.-Cervantes-Loredo MT., La participación social en familias víctimas de desaparición involuntaria. 2015; Vol.4 (8):1-13.

19.-Semenova Moratto- Vázquez N, Zapata-Posada JJ, Messenger T., Conceptualización de ciclo vital familiar: una mirada a la producción durante el período comprendido entre los años 2002 a 2015. CES Psicol. 2015; Vol.8 (2): 102-121.

20.-Lozano-Vargas A., Vega-Dienstmaier J., Evaluación psicométrica y desarrollo de una versión reducida de la nueva escala de ansiedad en una muestra hospitalaria de Lima Perú. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2013; Vol.30 (2):212-219.

21.-Valdiviezo-Martínez A, López-García M. Estrés y Burnout en Médicos Familiares. Revista Colombiana de Salud ocupacional. 2016; Vol. 6(4):30-32.

22.-Vargas-Terrez B, Villamil-Salcedo V., La Salud mental y la atención primaria en México. Experiencias de un modelo de atención colaborativa. Salud Ment. 2016; Vol.39 (1):3-9.

23.-Martínez P., et al., Comorbilidad en personas con depresión que consultan en centros de la atención primaria de salud en Santiago, Chile. Rev Med Chile. 2017; Vol.145:25-32.

24.-Espinosa-Muñoz C., Orozco Ramírez LA., Ybarra Sagarduy J., Síntomas de ansiedad, depresión y factores psicosociales en hombres que solicitan atención de salud en el primer nivel. Salud Ment. 2015; Vol.38 (3):201-208.

25.-Jímenez L., Epidemiología del trastorno de ansiedad generalizada. Psiquiatria.com, <http://wwwpsiquiatria.com/ansiedad/epidemiologia-del-trastorno-de-ansiedad-generalizada#>

26.-Román F., Santibañez P., Vinet E., Uso de las escalas de depresión ansiedad Estrés (DASS-21) como instrumento de Tamizaje en jóvenes con problemas clínicos. Acta de investigación psicológica. 2016; Vol.6 (1):2325-2336.

27.-Cáez-Reyes K, Sayers-Montalvo S, Martínez-Taboas A. Validación del inventario de fobia social en una muestra de personas con trastorno de ansiedad social en Puerto Rico. Revista Puertorriqueña de Psicología. 2013; Vol.24 (2):1-11.

28.-Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria. <http://portal.guiasalud.es/egpc/ansiedad/resumida/apartado04/psicoterapia03.html>

#

29.-Sánchez P JA, López C A. Escalas diagnósticas y de evaluación que se utilizan en atención primaria para depresión ansiedad. Salud global Año V. 2005; (3):

30.-Sánchez-Medina G., Comentarios acerca de la encuesta Nacional de salud Mental 2015. Medicina (Bogotá). 2016; Vol. 38 (2): 103-108.

31.-Perusini JN, Fanselow MS., Neurobehavioral perspectives on the distinction between fear and anxiety. <http://learnmem.cshlp.org/content/22/9/417.full>

ANEXOS.-

ANEXO 1: ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Síntomas de los estados de Ansiedad	0	1	2	3	4
1. Humor ansioso: inquietud, expectativas de catástrofe. Apreensión(anticipación temerosa)Irritabilidad					
2.Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad					
3. MIEDOS: A la oscuridad. A los desconocidos. A quedarse solo. A los animales. A la circulación. A la muchedumbre.					
4. INSOMNIO: Dificultades de conciliación. Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio, con cansancio al despertar. Sueños penosos. Pesadillas. Terrores nocturnos					
5. FUNCIONES: INTELECTUALES (COGNITIVAS): Dificultad de concentración. Mala memoria					
6. HUMOR DEPRESIVO: Pérdida de interés. No disfruta del tiempo libre. Depresión. Insomnio de madrugada. Variaciones anímicas a lo largo del día					
7. SINTOMAS SOMÁTICOS MUSCULARES: Dolores musculares. Rigidez muscular. Sacudidas musculares. Sacudidas clónicas. Rechinar de dientes. Voz quebrada.					
8. SINTOMAS SOMATICOS GENERALES: Zumbido de oídos. Visión borrosa. Oleadas de calor o frío. Sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos u hormigueos).					
9. SINTOMAS CARDIOVASCULARES: Taquicardia. Palpitaciones. Dolor torácico. Sensación pulsátil en vasos. Sensaciones de "baja presión" o desmayos. Extrasístoles (arritmias cardíacas benignas).					
10. SINTOMAS RESPIRATORIOS: Opresión pre torácica. Constricción precordial. Sensación de ahogo o falta de aire. Suspiros. Disnea (dificultad para respirar)					
11. SINTOMAS GASTROINTESTINALES: Dificultades evacuatorias. Gases. Dispepsia: dolores antes o después de comer, ardor, hinchazón abdominal, náuseas, vómitos, constricción epigástrica. Cólicos (espasmos) abdominales. Borborigmos. Diarrea. Pérdida de peso. Estreñimiento.					
12. SINTOMAS GENITOURINARIOS: Micciones frecuentes. Micción imperiosa. Amenorrea (falta del período menstrual). Metrorragia (hemorragia genital). Frigidez. Eyaculación precoz. Impotencia. Ausencia de erección.					
13. Síntomas del sistema nervioso Autónomo: Boca seca. Accesos de enrojecimiento. Palidez. Tendencia a la sudoración. Vértigos. Cefalea (dolor de cabeza) de tensión.					
14. CONDUCTA EN EL TRANCURSO DEL TEST: tendencia al abatimiento. Agitación: manos inquietas, juega con los dedos, cierra los puños, tic, 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. Pestaño.					
Ansiedad psíquica (1,2,3,4,5,6 y 14)					
Ansiedad Somática (7,8,9,10,11,12 y 13)					
PUNTUACIÓN TOTAL					

PUNTUACION

Resultados

- 0 ausente
- Mayor o igual a 15 Ansiedad moderada /grave
- De 6 a 14 Ansiedad leve
- 0 a 5 Ausencia o remisión del trastorno

Puntuación por ítem

- 1.-Intensidad ligera
- 2.-Intensidad Media
- 3.-Intensidad elevada
- 4.-Intensidad Máxima

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Prevalencia del trastorno de ansiedad en pacientes de la UMF17
Patrocinador externo (si aplica):	No
Lugar y fecha:	IMSS UMF 17 Río Bravo, Tamaulipas México.
Número de registro:	R-2017-1912-50
Justificación y objetivo del estudio:	Documentar la prevalencia del trastorno de ansiedad en pacientes de la UMF. 17.
Procedimientos:	Aplicación de encuesta Escala de Hamilton para ansiedad.
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Apoyar al personal de salud para identificar oportunamente este padecimiento por medio de aplicación de escalas de ansiedad
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Al término de realizada la investigación , se publicará un cartel con la información del trabajo
Participación o retiro:	El paciente podrá dejar de contestar la escala de ansiedad en cuanto lo desee
Privacidad y confidencialidad:	No se consignará el nombre del paciente ,ni alguna información de su identidad

En caso de colección de material biológico (si aplica):

<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

Dra. Tania Berenice López Hernández (dratania7507@gmail.com)

Colaboradores:

Dr. Marco Antonio Galván (marcogalvan_ajem@hotmail.com)

Dr. Jesús III Loera Morales (dr_loera@hotmail.com)

En 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° 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: comision.etica@imss.gob.mx

<p>_____ Nombre y firma del sujeto</p>	<p><u>DRA TANIA BERENICE LPEZ HERNÁNDEZ.</u> Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p>
<p>Testigo 1</p> <p>_____ Nombre, dirección, relación y firma</p>	<p>Testigo 2</p> <p>_____ Nombre, dirección, relación y firma</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.

Clave: 2810-009-013