UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 66
XALAPA, VERACRUZ

CONGRUENCIA CLÍNICO-DIAGNOSTICA EN EL USO DE ANSIOLÍTICOS EN LA POBLACIÓN DE LA UMF NO.12 DE LA CONCEPCIÓN VER.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. JOSUÉ AUGUSTO GARCÍA CAMPOS

TUTOR(ES):
DRA. BALKIS VERA CRUZ MENDOZA
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

LIC. HECTOR CONTRERAS GONZALEZ
LICENCIADO EN ESTADÍSTICA

VERACRUZ, VER. 23 DE ENERO DEL 2016

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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.

CONGRUENCIA CLINICO-DIAGNOSTICA EN EL USO DE ANSIOLITICOS EN LA POBLACION DE LA UMF NO.12 DE LA CONCEPCION VER.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. JOSUE AUGUSTO GARCIA CAMPOS

AUTORIZACIONES

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

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

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Medicina
División de Estudios de Posgrado
Subdivisión de Medicina Familiar
Coordinación de Docencia

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUC., INVEST. Y POLÍTICAS EN SALUD
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD
DIVISIÓN DE EDUCACIÓN CONTINUA

TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

Dr. Josué Augusto García Campos

ASESOR METODOLOGICO

Dra. Balkis Vera Cruz Mendoza

CORRDINADOR DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN EN SALUD

UMF 66, XALAPA, VERACRUZ

Dra. Rosalba Mendoza Rivera

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS

Dra. Guadalupe Colorado Lozada

IMSS
DIRECCION
U. M. F. No. 66
XALAPA, VER

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

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 3004
H GRAL ZONA NUM 11, VERACRUZ NORTE

FECHA **23/12/2013**

DR. JOSUE AUGUSTO GARCIA CAMPOS

P R E S E N T E

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

CONGRUENCIA CLINICO-DIAGNOSTICA EN EL USO DE ANSIOLITICOS EN LA POBLACION DE LA UMF No.12 DE LA CONCEPCION, VER.

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

Núm. de Registro
R-2013-3004-24

ATENTAMENTE

DR.(A). ILIANA GONZALEZ CORTES
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3004

TESTIMONIO DE GRATITUD

AGRADEZCO A DIOS, por darme la oportunidad de seguir adelante en esta noble carrera y aprender aun mas, para por ayudar a mis pacientes

A MI PADRE Y MADRE, por ayudarme siempre en cada momento, por todos sus sacrificios y su dedicación, porque sin ellos no seria la persona que soy ahora.

A MI ESPOSA, que en todo momento me apoyo y estuvo a mi lado, por creer en mi, por ser mi compañera de vida y nunca dejarme desistir.

A MIS HIJOS VALERIA Y SANTIAGO, por ser ese gran motor que me impulsa a salir adelante y esperando que mi esfuerzo les sirva como ejemplo para el mañana.

A MIS TUTORAS, por su paciencia y dedicación ya que sin estas virtudes no hubiera sido posible este gran logro, gracias.

ÍNDICE

RESUMEN…… 4

ANTECEDENTES…… 6

JUSTIFICACIÓN……..…… 27

OBJETIVOS
GENERAL…… 28
ESPECÍFICOS…… 28

MATERIAL Y METODOS
DISEÑO, PERIODO Y TIEMPO DE REALIZACIÓN……..… 29
CRITERIOS DE SELECCIÓN…….…… 30
INCLUSIÓN……..……..……..... 30
ELIMINACIÓN……..... 30

PROGRAMA DE TRABAJO……. 31
CUADRO DE VARIABLES…… 32
RECURSOS…… 35

RESULTADOS……..… 36

CONCLUSIONES……..…… 49

RECOMENDACIONES…… 51

ANEXOS……..…….. 53

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS……... 62

RESUMEN

CONGRUENCIA CLINICO-DIAGNOSTICA EN EL USO DE ANSIOLITICOS EN LA POBLACION DE LA UMF NO.12 DE LA CONCEPCION VER.

Josue Augusto Garcia Campos[1], Cruz Mendoza Balkis.Vera[2], Hector Gonzalez Conteraras[3].

1. Alumno de tercer año del curso de Especialidad de Medicina Familiar, modalidad semipresencial. Adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 12. 2. Médico especialista en Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 66
3. Licenciado en Estadística.

OBJETIVO:

Determinar la congruencia clínico diagnostica en los pacientes en tratamiento ansiolíticos de la UMF No.12 de La Concepción, Veracruz del IMSS. En el periodo de 1ero. De octubre del 2013 al 31 de octubre del 2014.

MATERIAL Y METODOS:

Se realizará una encuesta prospectiva, a la población adscrita a la UMF No. 12 en tratamiento con algún tipo de ansiolítico, aplicada por el investigador principal, que cumplan con los criterios de selección, y consientan participar en el estudio, para obtener características epidemiológicas y sociodemográficas e índice d pobreza familiar, mediante aplicación de cuestionarios elaborados para este propósito. Para determinar si los pacientes que estén en tratamiento con este tipo de medicamentos realmente reúnen los criterios para consumirlos, para ello se aplicará la escala de ansiedad y depresión de Bekc. Los datos obtenidos se concentrarán en una base datos de Excel para su análisis exploratorio y bivariado, para obtener resultados y conclusiones

RESULTADOS:

Encontramos que solo el 7% de los casos ya medicados fueron enviados a segundo nivel para ser valorados por la especialidad de psicología, lo cual indica que en esta Unidad de Medicina Familiar Tenemos una congruencia del 7%. En este estudio tuvimos una mayor frecuencia de depresión en mujeres 67% que en hombres 21%, tal como lo señala[2,] con un mayor predominio en depresión moderada 33%, así mismo predominó el nivel de ansiedad severa en mujeres 71%, influyendo un alto índice de pobreza familiar, el fallecimiento de algún familiar para la presencia de depresión moderada, grave y extrema, y divorcio, problemas familiares y enfermedad, para la presencia de depresión intermitente. La hodroxizina y el alprazolam fueron los hipnosedantes asociados a los pacientes con depresión normal mientras que el diazepan y clonazepan fueron asociados a los pacientes con perturbación leve, depresión intermitente, moderada y grave y la imipramida fue

asociada a pacientes con depresión extrema, con un tiempo de uso más frecuente menor a 10 años, sin embargo se reportaron pacientes que tienen hasta 30 años de tomar medicamentos, lo cual indica una dependencia y un abuso en el consumo de estos medicamentos hipnosedantes, creando así un problema de abuso de sustancias tal como lo señala

CONCLUSIONES:

Es de vital importacia utilizar herramientas que nos ayuden a identificar trastornos tan comunes como la ansiedad y la depresion, para evitar el uso irracional de ansioliticos y antidepresivos por tiempos prologandos y dar el seguimiento a todo estos pacientes que ya consumen este tipo de medicamentos, para revalorar su situacion, utilizando las herramientas que nos da la medicina familiar, porque muchos de los trastornos de estas personas estan derivados de problemas dentro de su nucleo familiar y que en muchas ocasiones no se le da la importancia debida a este aspecto, como se demuestra en este estudio, siendo la familia la primera causa de este tipo de trastornos

Palabras Clave: ansioliticos, ansiedad, depresion cuestionarios de Beck

CONGRUENCIA CLINICO-DIAGNOSTICA EN EL USO DE ANSIOLITICOS EN LA POBLACION DE LA UMF NO.12 DE LA CONCEPCION VER.

ANTECEDENTES

INTRODUCCION:

Los problemas de salud mental se han incrementado drásticamente en las últimas décadas y contribuyeron, importantemente a la carga global de enfermedades y discapacidades. En México, se estimó que el 8.4% de la población, alguna vez en la vida, ha sufrido un episodio de depresión mayor con una mediana de edad de inicio de 24 años. En edades tempranas el 2% de la población ha padecido depresión en la infancia o en la adolescencia, con un promedio de siete episodios a lo largo de la vida (comparado con tres para los de inicio en la adultez),[1] La depresión ocurrió con mayor frecuencia entre las mujeres (10.4%) que entre los hombres (5.4%)[2] y muchos de estos padecimiento no fueron detectados en el primer nivel de atención en etapas tempranas lo que condicionó en muchas ocasiones el uso de ansiolíticos de forma indiscriminada como las benzodiacepinas sin haber realizado un estudio previo que nos orientara para valorar si realmente hay un estado depresivo o de ansiedad y poder manejarlo de forma correcta y en caso de que así lo requiera, poder canalizarlo a los servicio de psicología y psiquiatría para su correcto apoyo y tratamiento antes de iniciar el uso de los medicamentos de tipo ansiolíticos, por eso la importancia de la realización este estudio, para contar con la capacitación y las herramientas necesarias para detectar posibles trastornos de ansiedad y depresión. Se ha observado que muchos de estos trastornos son multifactoriales ya que fueron influenciados por factores económicos, sociales y culturales por eso la importancia

de la tipología familiar y el índice de pobreza simplificado el cual es una herramienta para determinar la situación económica de las personas que sufren este tipo de padecimientos.

1.1. Panorama epidemiológico internacional y en México:

En la práctica médica habitual, los trastornos de ansiedad se presentaron con mayor frecuencia, ya sea como entidades primarias, más o menos puras, o acompañadas de otras afecciones psíquicas o somáticas. Constituyen una respuesta del sistema nervioso a estímulos externos o alteraciones endógenas cerebrales, que se traducen en síntomas somáticos y psicológicos. [3] Estos síntomas, tuvieron una alta prevalencia en el mundo (12.5 a 15 %); en Estados Unidos aproximadamente 40 millones de adultos los padecen. La Organización Mundial de la Salud estimó en 14 países que las tasas de prevalencia de los trastornos de ansiedad y del humor y el abuso de sustancias se encontró entre el 4.3 y 26.4%. Además, reconoció que una parte sustancial de los casos severos no recibió atención; en 185 países identificó a la salud mental como actividad de atención primaria en 87%, pero solo 59% cuenta con servicios para tratar los trastornos graves, 4,5%. En México, en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica del 2008 los trastornos de ansiedad fueron los más frecuentes (14.3 %), seguidos del abuso de sustancias (9.2 %) y los trastornos afectivos (9.1 %).[3]

La Organización Mundial de la Salud, [OMS] (2007) reportó una prevalencia de depresión de al menos el 10%. Por su parte Murray y López, como se cita en Belló, Puentes-Rosas, Medina-Mora y Lozano (2005) estiman que para el año 2020 será la segunda causa de años de vida perdidos, a escala mundial y la primera en países desarrollados.[4]

En el actual mundo globalizado, agitado y complejo, los trastornos mentales como la ansiedad y la depresión tienen un fuerte impacto sobre la vida de los individuos, la familia y la sociedad. Se calculó que más de 20% de la población mundial padecerá algún trastorno afectivo que requiera tratamiento médico en algún momento de su vida. [5]

La prevalencia de la depresión en la población general se estimó entre el 9 y el 20% y, aunque sólo la mitad o menos termina recibiendo atención especializada, los pacientes depresivos constituyeron entre el 20 y el 25% de los que consultan al médico de familia por algún problema psiquiátrico.[6]

Tasas más bajas de depresión se observaron en países con ingreso económicos bajo y medio, en contraste con países de ingreso alto. Diferencias no relacionadas con la gravedad o el retraso en el diagnóstico probablemente se vincularon con las diferencias culturales. Las mujeres, las personas sin pareja y el bajo nivel de educación se asociaron con mayor riesgo de depresión.[7]

La falta de tiempo y la no actualización en la materia provocaron que, en muchos casos, los médicos de Atención Primaria sobre medicaran a los pacientes con patologías mentales y no les proporcionaron las terapias necesarias.[8]

La salud mental está integrada en la Atención Primaria, como recomienda la Organización Mundial de Salud (OMS). Por tanto, son los **médicos de familia quienes tratan las enfermedades mentales leves y moderadas,** que básicamente se reducen a la depresión y la ansiedad. [8]

ANSIEDAD:

La ansiedad se definió como una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo. Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza.[9]

Es importante entender a la ansiedad como una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes. Así, cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día. Tan sólo cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, es cuando la ansiedad se convierte en patológica, provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y conductual.[9]

Síntomas de ansiedad: físicos y psicológicos [9]

Síntomas físicos	Síntomas psicológicos y conductuales
Vegetativos: sudoración, sequedad de boca, mareo, inestabilidad	Preocupación, aprensión
Neuromusculares: temblor, tensión muscular, cefaleas, Parestesias	Sensación de agobio
Cardiovasculares: palpitaciones, taquicardias, dolor precordial	Miedo a perder el control, a volverse loco o sensación de muerte Inminente
Respiratorios: disnea	Dificultad de concentración, quejas de pérdida de memoria
Digestivos: náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea, estreñimiento, aerofagia, meteorismo	Irritabilidad, inquietud, desasosiego
Genitourinarios: micción frecuente, problemas de la esfera sexual	Conductas de evitación de determinadas situaciones
	Inhibición o bloqueo psicomotor Obsesiones o compulsiones

Los trastornos de ansiedad como tal son un grupo de enfermedades caracterizadas por la presencia de preocupación, miedo o temor excesivo, tensión o activación que

provoca un malestar notable o un deterioro clínicamente significativo de la actividad del individuo.[9]

Las causas de los trastornos de ansiedad no son totalmente conocidas, pero están implicados tanto factores biológicos como ambientales y psico-sociales.[9]

Entre los factores biológicos se han encontrado alteraciones en los sistemas neurobiológicos gabaérgicos y serotoninérgicos, así como anomalías estructurales en el sistema límbico (córtex paralímbico), una de las regiones más afectadas del cerebro. Además, se han observado ciertas alteraciones físicas y una mayor frecuencia de uso y/o retirada de medicinas, alcohol, drogas y/o sedantes y otras sustancias. Por último, existe cierta predisposición genética en la aparición de estos trastornos.[9]

Entre los factores ambientales se ha encontrado la influencia de determinados estresores ambientales, una mayor hipersensibilidad y una respuesta aprendida. Como factores psicosociales de riesgo para estos trastornos se encuentran las situaciones de estrés, el ambiente familiar, las experiencias amenazadoras de vida y las preocupaciones excesivas por temas cotidianos. Como factores predisponentes, se ha observado la influencia de las características de la personalidad.[9]

Las mujeres tuvieron más riesgo que los hombres de padecer un trastorno de ansiedad y la prevalencia de la mayoría de los trastornos de ansiedad en el caso de las mujeres duplica a la de los hombres, excepto en el caso de la fobia social, en la que las diferencias fueron menores. La edad de inicio de los trastornos de ansiedad fue menor que la de los trastornos depresivos. Esto indico que muchas personas que durante la niñez, adolescencia o primeros años de la vida adulta presentaron trastornos de ansiedad tuvieron un mayor riesgo de desarrollar un trastorno depresivo posterior. Por lo tanto, un abordaje terapéutico de los trastornos de ansiedad puede prevenir la aparición de posteriores trastornosdepresivos.[9]

Y son los médicos de familia los profesionales sanitarios que por su ubicación en la red asistencial pueden detectar de forma precoz los primeros síntomas psiquiátricos en los pacientes que acuden a sus consultas con un trastorno de ansiedad. La falta de una pauta

común de presentación de los diferentes trastornos de ansiedad, la somatización y la asociación con enfermedades crónicas, así como la limitación del tiempo en las consultas de medicina de familia, fueron algunas de las razones que dificultaron el diagnóstico en el ámbito de la Atención Primaria.[9]

Los pacientes con ansiedad, trastornos depresivos o ambos solicitaron 50 a 90% más servicios médicos que aquellos con otra enfermedad; sus molestias se asociaron con somatizaciones, comorbilidades y falta de apego al tratamiento. Acudieron a los servicios de urgencias con síntomas inespecíficos que requirieron estudios o interconsultas para descartar enfermedades orgánicas.[3*]

DEPRESION:

A pesar de que la depresión representa un problema creciente y preocupante en el mundo contemporáneo, se trata de un trastorno que ha estado presente a lo largo de la historia de la humanidad. Fernández y Ruiz (2005) afirmaron que las enfermedades mentales, especialmente la depresión, no tienen una trayectoria "*natural*" sino histórica. En el caso de la depresión esta historicidad no dependió sólo de situaciones personales y familiares, ya que se asociaba también con las condiciones económicas, políticas y sociales de cada época. En las últimas décadas la globalización ha dominado el mundo entero, en forma directa o indirecta, e influido de manera profunda en ámbitos como la cultura, la familia y la salud. El incremento de la prevalencia de la depresión se debe en muchos casos a condiciones de vida desfavorables propiciadas por las crisis sociales, la pobreza, el desempleo, la exclusión educativa, los desplazamientos migratorios o las guerras. [10]

Definición

Es la alteración patológica del estado de ánimo con descensos del humor en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) además, en mayor o menor grado, están presentes síntomas de tipo cognitivo, evolutivo y somático, por lo que es una afectación global de la vida psíquica. [11]

La depresión es un trastorno afectivo que provoca la pérdida de la vitalidad general y se acompaña de una disminución de la actividad intelectual, física, social y ocupacional.[12]

Hoy en día existe acuerdo al señalar que la depresión, como la mayoría de las enfermedades, es el resultado de la interacción entre factores biológicos, heredados, del desarrollo y del contexto, que interactúan con las características individuales.[2*]

La edad de inicio de la mayoría de los trastornos psiquiátricos se ubicó en las primeras décadas de la vida; 50% de los adultos que han sufrido un trastorno mental lo padecieron antes de cumplir 21 años. Cuando los trastornos depresivos se presentaron antes de los 18 años, el curso de la enfermedad fue más crónico y de mayor duración.[**2***]

La depresión tuvo una alta co-ocurrencia con otros trastornos como la ansiedad, el consumo de sustancias, la diabetes y las enfermedades cardiacas. Pese al impacto que tiene este trastorno, una gran proporción de personas no acude a tratamiento, retrasando por mucho la búsqueda de ayuda, o bien no recibiendo la asistencia adecuada.[2*]

Los síntomas depresivos residuales se relacionaron con mayor riesgo de presentar recaídas tempranas, depresión crónica, incremento en el uso de los servicios de salud, malos resultados en salud, riesgo suicida y disfunción social.[13]

Dentro de la literatura internacional hay diferentes herramientas para la medición de la depresión y la ansiedad como las escalas de Beck y Hamilton, en este estudio en particular se decidió utilizar las escalas de Beck por su facilidad de aplicación para la población en estudio.[s/a]

Instrumentos de medición de la depresión

En los trastornos depresivos se utilizaron escalas como instrumentos de medida de la gravedad de la depresión y de su respuesta al tratamiento. Tuvieron como objetivo la evaluación sintomática del paciente en un marco temporal determinado, permitieron la gradación de cada ítem y obteniendo una puntuación final.[14]

Las escalas más utilizadas en los trabajos de investigación son:

- Beck Depression Inventory
- Hamilton Rating Scale for Depression
- Montgomery Asberg depression Rating Scale.[14]

Escala de Hamilton para la depresión (HAM-D):

La HAM-D o Hamilton Rating Scale for Depression, es una escala heteroaplicada, diseñada para medir la intensidad o gravedad de la depresión, siendo una de las más empleadas para monitorizar la evolución de los síntomas en la práctica clínica y en la investigación.[14]

La versión original está formada por 21 ítems y fue publicada en 1960. Existe una versión reducida realizada por el mismo autor de 17 ítems, otra versión de 24 ítems y una de 6 ítems constituida por los ítems de humor deprimido, sentimientos de culpa, trabajo y actividades, inhibición, ansiedad psíquica y síntomas somáticos de la versión 17.[14]

La validación de la versión española de la escala fue realizada en 1986 y posteriormente se realizó la evaluación psicométrica comparativa de las versiones 6, 17 y 21.[14]

Los ítems incluyen ánimo depresivo, sentimientos de culpa, suicidio, insomnio precoz, medio y tardío, trabajo y actividades, inhibición, agitación, ansiedad psíquica y ansiedad somática, síntomas somáticos gastrointestinales, síntomas somáticos generales, síntomas sexuales (disfunción sexual y alteraciones de la menstruación), hipocondría, pérdida de peso y capacidad de entendimiento. Los ítems adicionales en la versión de 21 son variación diurna, despersonalización y des realización, síntomas paranoides y síntomas obsesivos y compulsivos.[14]

Esta escala es de difícil administración a enfermos físicos por el excesivo peso de los síntomas de ansiedad y síntomas somáticos. Proporciona una puntuación global de gravedad del cuadro depresivo y una puntuación en 3 factores o índices: melancolía, ansiedad y sueño.[14]

Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS):

La MADRS es una escala heteroaplicada publicada en 1979 que consta de 10 ítems que evalúa los síntomas y la gravedad de la depresión y obtenidos a partir de la Comprehensive Psychopatological Rating Scale. La escala debe ser administrada por un clínico y existen versiones autoaplicadas.[14]

Los ítems incluyen tristeza aparente, tristeza referida, tensión interna, disminución de sueño, disminución de apetito, dificultades de concentración, laxitud, incapacidad para sentir, pensamientos pesimistas y pensamientos suicidas.[14]

Presenta la ventaja frente a la HAM-D de no estar contaminada por ítems que evalúan ansiedad, aunque sigue manteniendo varios ítems somáticos o vegetativos que

dificultan su administración en pacientes con sintomatología física predominante. El marco temporal de la evaluación se corresponde a la última semana o a los tres últimos días y la validación de las versiones en español fue realizada en 2002.[14]

Como conclusión, las escalas que fueron más empleadas en los trabajos de investigación de la depresión son la BDI, la MADRS y la HAM-D. Estos instrumentos nos permitieron realizar una monitorización sintomática, evalúan la gravedad de la depresión y la respuesta al tratamiento. La HAM-D y MADRS, al tener mayor carga de síntomas somáticos, son de difícil evaluación en pacientes con patología médica, frente a la escala BDI que evalúa de forma predominante los aspectos cognitivos de la depresión.[14]

El inventario de depresión y ansiedad de Beck desarrollado en 1961, se ha constituido en una de las herramientas más estudiadas y empleadas internacionalmente para valorar la sintomatología depresiva, dadas las positivas cualidades psicométricas que ha mostrado (Beck et al., 1996; Penley, Wiebe & Nwosu, 2003). La primera versión de 1961 fue seguida por la aun más difundida versión desarrollada en 1979, conocida tanto por el acrónimo BDI a secas como BDI-IA, que a su vez sufrió leves modificaciones en el tiempo, hasta ser revisada de modo sustantivo al elaborarse el BDI-II.[15]

Las principales modificaciones del BDI-II respecto al BDI-IA tienen relación con el esfuerzo de hacerlo más compatible con las conceptualizaciones actuales de los trastornos depresivos, específicamente con la propuesta por el DSM-IV (Beck et al., 1996). Ello se refleja en la indicación de que el evaluado considere para valorar sus síntomas las dos últimas semanas (el BDI-IA pedía considerar sólo la última). Además de este cambio, el BDI-II modificó la redacción de la mayoría de los ítems del BDI-IA, y reemplazó cuatro ítems por otros nuevos. Sólo tres ítems del BDI-IA se conservan sin ninguna modificación en el BDI-II. [15]

Las comparaciones entre el BDI-IA y el BDI-II indicaron que el segundo instrumento tiene al menos las mismas ampliamente reconocidas y estudiadas cualidades psicométricas del primero, existiendo indicios de que su consistencia interna y validez factorial es superior (Beck et al., 1996; Sanz, Navarro & Vásquez, 2003). También es claro que la validez de contenido del BDI-II es superior a la del BDI-IA si se considera su mayor cercanía a la conceptualización actual de los trastornos depresivos mayores y de la distimia, reflejando sus ítems casi la totalidad de los criterios diagnósticos sintomáticos de éstos (Sanz, Navarro et al., 2003).[15]

El Inventario de Depresión de Beck-Segunda Versión, BDI-II; es un instrumento de auto aplicación de 21 ítems. Fue diseñado para evaluar la gravedad de sintomatología depresiva en adultos y adolescentes con una edad mínima de 13 años. En cada uno de los ítems, la persona tuvo que elegir, entre un conjunto de cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que mejor describía su estado durante las últimas dos semanas, incluyendo el día en que completa el instrumento. En cuanto a la corrección, cada ítem se valoro de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se puedo obtener una puntuación total que varía de 0 a 63.[15]

La literatura nacional aporto elementos distintos que son parte importante en la generación de ansiedad y/o depresión y uno de estos elementos reconocidos, es la economía, en donde encontramos que algunas de las principales causas de los patrones de desempleo actuales obedecen a las fases cíclicas del desarrollo de la economía y la tecnología, así como a los cambios socio-políticos y demográficos del mercado globalizado. Hoy en día se cuenta con evidencias en el sentido de que las consecuencias sociales negativas del desempleo se manifiestan en el deterioro de la salud mental en las personas. Asimismo, existe un sinnúmero de estudios que mostraron la recuperación del bienestar y de la salud mental una vez que las personas encuentran empleo (Barling, Porter, Vinocur).[10*]

Un análisis de diferentes estudios publicados a partir de 1990 permitió destacar la asociación entre pobreza y trastornos mentales en seis países de ingresos bajos y medios. Factores como la inseguridad y la desesperanza, los cambios sociales rápidos, el riesgo de violencia y los problemas de salud física puedieron explicar la mayor vulnerabilidad de los pobres a sufrir trastornos mentales comunes (Patel y Kleinman,).
Por esto, se realizo el índice de pobreza en este estudio ya que es un factor que incide directamente en los estados depresivos como en la ansiedad.[10*]

En México, se valora el estatus económico de las familias a través del índice simplificado de pobreza familiar a través de la ganancia neta diaria, basados en el salario mínimo de las zonas económicas, la escolaridad materna, y del número de hijos dependientes. [s/a]

ÍNDICE SIMPLIFICADO DE POBREZA (ISPF). [16]

Es un instrumento breve y sencillo, en su aplicación confiable y valido, para evaluar con fines exploratorios la pobreza familiar en la práctica de la medicina familiar. Considera 4 variables que se miden en rangos de 0 a 3 puntos según las condiciones óptimas o peores de las categorías de respuesta. Los intervalos para la puntación familiar fueron los siguientes:

0 – 03 sin pobreza familiar	04 – 06 pobreza familiar baja
07 – 09 pobreza familiar media	10 – 12 pobreza familiar alta.

Estos rangos se obtienen de la siguiente manera:

Índice simplificado De pobreza Familiar (ISPF)[16]

ECONOMIA				EDUCACION		VIVIENDA	
Ingreso económico familiar	**Calf.**	**No. De hijos dependientes**	**Calf.**	**Escolaridad Materna**	**Calf.**	**No. De persona por dormitorio**	**Calf.**
< 1 salario mínimo	3	Más De 3 hijos	3	Ninguna	3	Más de 5 personas	3
1 a 2 sal. Mínimo	2	2 hijos	2	Primaria Completa	2	4 personas	2
3 a 4 sal. Mínimo	1	1 hijo	1	Primaria Incompleta	1	3 personas	1
Más 5 sal. Mínimo	0	0 hijos	0	Postprimaria	0	1 a 2 personas	0

Además de los factores económicos, en investigaciones más recientes, se observo la relación entre los patrones de interacción familiar y algunas enfermedades (Sayre, 2001) o diversos dolores (Ochs et al., 2005); además, las personas que utilizaron habilidades positivas de comunicación y que mantuvieron relaciones familiares de armonía fueron más saludables que aquéllas con relaciones problemáticas (Segrin, 2006). Los miembros de las familias que con mayor frecuencia manifestaron enfermedades somáticas, provienen de familias con interacciones en las que predominaron una comunicación evitativa y negativa (Sayre, 2001)[17.]

El reconocimiento de estas asociaciones entre condiciones sociales, biológicas, depresión y/o ansiedad, y de pacientes con alteraciones mentales en la consulta externa estuvo asociado a mejor pronóstico en relación a la mejora del entorno social del paciente; se sabe que 60% de pacientes con depresión se presentaron en atención primaria con síntomas somáticos inespecíficos, o más recientemente denominados “síntomas sin explicación médica”. Según esta nueva perspectiva, los pacientes con depresión y con síntomas somáticos inexplicados, con frecuencia estuvieron insatisfechos con las interpretaciones que recibieron de su enfermedad y por ello consultan a un gran número de especialistas; sin embargo, éstos pacientes confiaron más en sus “médicos de cabecera” que en médicos de diferentes especialidades.[18]

La relación médico paciente en éste punto, es crítica; la personalidad del médico y las actitudes de éste en relación a los síntomas del paciente fueron factores que determinaron el reconocimiento de la depresión en atención primaria. Por otro lado, la insuficiente enseñanza de tópicos de salud mental en el pregrado y post grado (especialidad) serían otro factor que determinaría la falta de reconocimiento de la

depresión en establecimientos del primer nivel de atención; el desarrollo de ésta competencia en los médicos generales será fundamental para el reconocimiento temprano de ésta patología.[18]

Es importante que el recurso humano en salud, tengan un conocimiento suficiente en la prevención, tratamiento, pronóstico y rehabilitación del síndrome depresivo.[18]

Tratamiento adecuado y oportuno.

El tratamiento adecuado redujo el impacto económico derivado de la atención médica y la sintomatología, a menudo asociada con depresión y abuso de sustancias, evito la reaparición de síntomas de ansiedad, mejoro la funcionalidad en las actividades diarias e incremento la calidad de vida de los pacientes y sus familias. [19]

El abuso de hipnosedantes en España se disparó en los últimos seis años. Estos tranquilizantes y somníferos han pasado de representar menos del 5% del consumo en 2005 al 11,4% en 2011 y convirtió en la tercera droga más habitual tras el alcohol y el tabaco. Este auge coincidió con los años de la grave crisis económica, una relación que los expertos no descartan, aunque no puedo confirmar tajantemente. Sin embargo, mientras

desciende el consumo de tabaco, alcohol, cannabis o cocaína y el resto de drogas, los hipnosedantes repuntan considerablemente.[20]

El coordinador del Grupo de Salud Mental de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC), Enric Aragonés, reconoció que **el uso de medicamentos para combatir la ansiedad o los nervios es un problema "real" en España** que "preocupa mucho a la profesión médica" por los posibles efectos a largo plazo que puede ocasionar.[21]

En las últimas políticas y acciones mundiales de salud mental se planteó que la atención primaria debe ser el punto donde se articule la atención de la salud mental comunitaria. En este sentido, a México le falta mucho por hacer ya que solamente el 30% de estos establecimientos conto con protocolos de evaluación y tratamiento para condiciones claves en salud mental y realizaron al mes por lo menos una referencia a un especialista en salud metal, del mismo modo el porcentaje de cursos de actualización y/o educación, relacionados con salud mental dirigidos a los profesionales que trabajan en este nivel fue menor al 15%[22]

A pesar de la importante carga que representan los trastornos mentales, los datos de la última encuesta nacional de epidemiologia psiquiátrica señalan que existió una baja utilización de los servicio por parte de la población que presento este tipo de padecimiento; por ejemplo, solo una de cada 5 personas con algún trastorno de tipo afectivo recibieron atención y solo una de cada 10 con algún trastorno de ansiedad. El tiempo que tardaron los pacientes en llegar a la atención fue un factor importante, existió una latencia que oscilo entre 4 y 20 años según el tipo de padecimiento. Cuando se consideró la adecuación del tratamiento, se observó que solo el 50% de las personas que buscaron atención especializada en salud mental recibieron un tratamiento adecuado. Aunado a lo anterior, los servicios fueron proporcionados principalmente el tercer nivel de atención con poca representación en el primer nivel.[22]

En México, la encuesta nacional de epidemiologia psiquiátrica (2011), los trastorno de ansiedad fueron los más frecuentes (14.3%), seguido de abuso de sustancias (9.2%) y los trastornos afectivos (9.1%).[22]

La elevada prevalencia e impacto negativo de la depresión han sido ampliamente documentados a nivel internacional y nacional. Sin embargo, a pesar de la efectividad de las intervenciones disponibles para atender la depresión continúa siendo subtratada en México y el acceso a la atención tiene un retraso muy importante.8 Así, el costo social de la depresión puede ser mucho mayor.[22]

México cuenta con 544 establecimientos ambulatorios de salud mental, de los cuales el 3% está destinado a niños y adolescentes, que ofrecieron atención a 310 usuarios por cada 100,000 habitantes. Del total de usuarios atendidos, 56% fueron mujeres, 44% hombres y el 27% niños y adolescentes. Los principales diagnósticos fueron trastornos afectivos (28%), neuróticos (25%) y otros (26%) que englobaron epilepsia, trastornos mentales orgánicos, retraso mental y desordenes psicológicos del desarrollo.[22]

Los usuarios de estos servicios tuvieron un promedio de 4 contactos por año. El 31% de los establecimientos proporcionaron atención de seguimiento en la comunidad y el 4% cuenta con equipos móviles. Todos o casi todos los servicios (81-100%) otorgaron una o más intervenciones psicosociales durante al año y el 67% tuvieron disponible por lo menos un medicamentos psicotrópico de cada clase terapéutica (antisicóticos, antidepresivos, estabilizadores del estado de ánimo, ansiolíticos y antiepilépticos).[22]

En el estado de Veracruz existen 5 hospitales para tratamiento de desórdenes mentales y psiquiátricos, de los cuales 2 de ellos son públicos y 3 particulares., los cuales han atendido a un número de pacientes aproximadamente por año de 1098: 41.4% son hombre 58.6% mujeres y el 1.5% menores de 18 años. [22]

Principales diagnósticos psiquiátricos en estado de Veracruz:

Para el 2011, según el consenso para la Evaluación de la Salud Mental, de la OMS, considero que dentro de los principales trastornos mentales y del ánimo detectados en el

estado de Veracruz por cada 100,000 habitantes fueron: abuso de substancias prohibidas 12%, esquizofrenias 33.5%, trastornos del ánimos 26.2%, trastornos neuróticos 2.2%, trastornos de la personalidad 4.4% otros 21.3%[22]

En el estado de Veracruz existen aproximadamente 18 psiquiatras, otros médicos al servicio de la salud mental 23, enfermeras 83 y psicólogos 28 por cada 100,000 habitantes. [22]

Los servicio ambulatorios de salud mental en el estado de Veracruz sumaron un total de 22 consultas por día con un tiempo de espera de 23 días para la consulta, donde se entendieron un total de 19,450 pacientes, de los cuales el 50% fueron hombres, el 60% mujeres, 5.7% son menores de 18 años, con una tasa de usuarios de 273 por cada 100,000 habitantes. [21*]

La atención primaria en el estado de Veracruz destino un total de 2431 médicos de los cuales solo el 1.2% han recibido algún tipo de capacitación para la atención de la salud mental, atendiendo a un total de 30308 pacientes, de los cuales solo un 3.4% recibió capacitación en salud mental. [22]

Principales diagnósticos mentales en los servicios ambulatorios:

Estos fueron los principales trastorno detectados en el estado de Veracruz por cada 100,000 habitantes: abuso de substancias prohibidas 5%, esquizofrenias 7%, trastornos del ánimos 36%, trastornos neuróticos 21%, trastornos de la personalidad 8% otros 23%[22]

Los resultados de la ENEP del 2013 señalaron que 9.2% de los mexicanos sufrieron un trastorno afectivo en algún momento de su vida. La depresión ocurrió con mayor frecuencia entre las mujeres (10.4%) que entre los hombres (5.4%).[5] Las prevalencias

observadas en los EUA, Europa y Brasil fueron más elevadas ya que más de 15% de la población ha padecido depresión mayor alguna vez en la vida y más de 6% durante el año anterior. En países como Colombia y Chile, la situación es muy similar a la de México.[2*]

No obstante otros estudios previos demostraron que la depresión es subdiagnosticada en los ancianos, especialmente en el primer nivel de atención médica.

Diversos factores se asociaron con la falta de diagnóstico como serían las manifestaciones atípicas de la enfermedad, la confusión con síntomas de enfermedades crónicas, el deterioro cognoscitivo, el sexo y la pertenencia a grupos étnicos, factores culturales que evitaron que se perciba como una necesidad de atención médica tanto por parte de los pacientes, como de sus familiares, así como las deficiencias en el diagnóstico y tratamiento por parte de los prestadores de servicios médicos. En este sentido resulto fundamental el empleo de escalas de tamizaje para identificar posibles casos e iniciar el tratamiento de manera más oportuna. [23]

Los ansiolíticos son medicamentos que suelen suministrarse para disminuir los síntomas que ocasionan afecciones como la ansiedad y la depresión y tienen como fin inmediato proporcionar a las personas que padecen de estos trastornos, sensación de bienestar y relajación.[24]

Las benzodiacepinas han adquirido una considerable importancia por ser uno de los grupos farmacológicos más prescritos a pesar de los riesgos descritos asociados a su consumo, tales como dependencia, caídas o accidentes. Aunque se clasifican como ansiolíticas e hipnóticas, se utilizan, además, en convulsiones, relajación muscular o en síndromes de abstinencia alcohólica. [25]

Las Benzodiacepinas (BZD) fueron los psicofármacos más prescritos. Surgieron en la década de los 60 como medicamentos más eficaces y con mejor perfil de seguridad que sus antecesores, los barbitúricos. [26]

Las BZD son medicamentos con un aceptable perfil de seguridad, sin embargo, deben conocerse sus efectos adversos, por su amplia prescripción y porque condicionan su uso en determinadas poblaciones de riesgo. El bajo riesgo de las BZD es especialmente

cierto en el uso agudo, sin embargo a medida que se prolonga su uso (tratamiento a largo plazo) son cada vez más los riesgos asociados. Podríamos establecer una correlación temporal en cuanto al uso de BZD y ecuación riesgo/beneficio. A menor duración de empleo más eficaz y seguro (relación riesgo/ beneficio favorable); a mayor duración de uso menos eficaz y más riesgoso para la salud del individuo y la sociedad (relación riesgo/beneficio desfavorable).[26]

Datos a nivel mundial indicaron un elevado consumo de BZD y sugirió que no se les utilizo de forma racional. La percepción de seguridad de su uso ha llevado, posiblemente, a un abuso de estos medicamentos, lo que amerita una reflexión a propósito de su lugar en la terapéutica actual. Esta reflexión es particularmente importante para actualizar las recomendaciones de su uso, tomando en cuenta poblaciones de riesgo, tiempo de utilización, y adecuada y más estrecha monitorización del balance riesgo/beneficio. [26]

El uso inapropiado y la dependencia a fármacos de prescripción conforman un problema de salud creciente, que ha alcanzado un significado importante.[27]

Las benzodiacepinas (BZD) constituyeron uno de los fármacos más prescritos en la práctica médica debido a su eficacia y rápido inicio de efecto terapéutico.[16] En México, la prevalencia de la dependencia a las BZD fue difícil de determinar. Sin embargo, los datos de la última Encuesta Nacional de Adicciones muestran que los tranquilizantes – donde se incluyen las BZD– fueron las drogas médicas de prescripción más empleadas tanto en hombres como en mujeres de 12 a 65 años de edad (entre 0.4 y 0.7%).[27]

El estudio revelo que el efecto adverso más frecuente fue el insomnio, en un 21 % de los pacientes, mientras que sólo un 5,7% sufrió síntomas de ansiedad, un 3,8% presentó temblores y un 1,9 %, irritabilidad. [28]

También indico que en el 78,7 % de la población estudiada la prescripción de benzodiazepinas la llevó a cabo un profesional de medicina de familiar, mientras que sólo en un 10.1% lo hizo un psiquiatra. [28]

En 1991, más de un cuarto de los tranquilizantes y un tercio de las benzodiacepinas (BDZ) vendidas para el control de problemas relacionados con dolor, insomnio y ansiedad se prescribió para adultos mayores, y era más probable que éstos continuaran su uso por un tiempo más prolongado que los individuos más jóvenes.[29]

El abuso de fármacos de prescripción continua con rangos que van desde el uso apropiado con indicación médica hasta el uso inapropiado, con un patrón de abuso persistente y dependencia. En adultos mayores, el abuso y uso inapropiado de BDZ tuvo un patrón de consumo cualitativa y cuantitativamente diferente que en los adultos jóvenes, ya que su consumo no va dirigido a experimentar emociones de euforia y generalmente no las obtienen de manera ilegal. [29]

El tratamiento adecuado redujo el impacto económico derivado de la atención médica y la sintomatología, a menudo asociado con depresión y abuso de sustancias, evito la reaparición de síntomas de ansiedad, mejoro la funcionalidad en las actividades diarias e incremento la calidad de vida de los pacientes y de las familias.[3*]

Los profesionales de salud, en los centros de atención primaria, pueden no conseguir reconocer los síntomas y seguir las recomendaciones de las buenas prácticas porque pueden no disponer de tiempo o recursos para providenciar tratamientos basados en la evidencia. Los síntomas psiquiátricos fueron muchas veces disimulados por síntomas somáticos. En la atención primaria, los síntomas somáticos desempeñaron un papel importante en la manifestación de disturbios depresivos. [30]

Los pacientes con depresión no siempre acudieron a la consulta de atención primaria demandando atención sobre sus síntomas psicológicos o presentando sus problemas afectivos como su principal queja. Como hemos señalado anteriormente, la depresión y los problemas físicos guardan una estrecha relación y, en ocasiones, estos pacientes presentaron como quejas principales otras dolencias, principalmente de carácter somático, sin hacer una atribución directa a sus problemas emocionales. En este sentido,

algunos autores mostraron cómo la probabilidad de presentar síntomas de dolor muscular, de cabeza o de estómago es entre 4 y 7 veces mayor en aquéllos pacientes diagnosticados de depresión. Por tanto, la realización de un correcto diagnóstico no siempre es sencilla.[31]

El presente trabajo tuvo por objetivo promover un uso adecuado de las BZD, actualizando en el personal de salud, los criterios de prescripción, tomando en cuenta el diagnóstico correcto, y la eficacia y riesgos de su uso, especialmente por períodos prolongados, donde actualmente no se recomiendan, por razones tanto de eficacia como de seguridad.[22*]

La problemática tuvo dos aspectos: uno prospectivo, relacionado con establecer una nueva cultura de prescripción de las BZD y otro retrospectivo, vinculado a cómo hacemos para deshabituar a quienes están usándolas en forma crónica.[26*]

Por esto la importancia de este estudio ya que utilizar los tratamientos que tenemos a la mano en primer nivel de atención, como lo son la benzodiacepinas (Diazepan y Clonazepam) nos ayuda a mejorar la calidad de vida del paciente, pero también es importante establecer el tiempo de uso de estos medicamentos ya que se encontró en diferentes estudios que su uso prolongado tuvo diferentes efectos secundarios y redujo su efectividad e incremento su tolerancia y, con en este trabajo se pretendió realizar como primer punto la detección de ansiedad y depresión en nuestros derechohabientes que ya se encontraban recibiendo tratamiento con ansiolíticos, para corroborar el diagnóstico y elegir el medicamento más adecuado si existiera en nuestro primer nivel, o bien, derivarlo a la consulta de psiquiatría con el tratamiento específico y en otros casos con la rehabilitación correspondiente.

JUSTIFICACION:

La depresión y la ansiedad son afecciones que han ido en aumentos en los últimos años, por lo que la prescripción de múltiples tratamientos para estas alteraciones ha ido en aumento, sobre todo entre los médicos de primer nivel. Por tal motivo la importancia de este estudio, para determinar cuántos de los pacientes de la UMF No.12 de la Concepción, Veracruz en tratamiento con medicamentos ansiolíticos, fueron realmente diagnosticados como trastorno de ansiedad o depresión para el inicio de este tipo de medicamentos.

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la congruencia clínico diagnostica en los pacientes en tratamiento ansiolíticos de la UMF No.12 de La Concepción, Veracruz del IMSS. En el periodo de 1ero. De octubre del 2013 al 31 de octubre del 2014.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Identificar en los pacientes de la UMF No 12 de La Concepción, Veracruz del IMSS:

- Los que cuentan con prescripción de medicamentos ansiolíticos.
- Síntomas depresivos o de ansiedad.
- Los medicamentos utilizados por ellos.
- Tipología familiar.
- Índice simplificado de pobreza.

MATERIAL Y METODOS:

Diseño: encuesta prospectiva.

Tiempo: del octubre del 2013 a octubre 2014.

Población: población adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No. 12 con prescripción de ansiolíticos.

Muestra: Puesto que no se cuenta con un marco de muestreo (lista detallada de la población objetivo). Se aplicará un muestreo no probabilístico denominado **muestreo por criterio o fines especiales** el cual consiste en seleccionar de la población objetivo a aquellos individuos que cumplen con los criterios de selección de las unidades de estudio. Por consiguiente, en este estudio, se seleccionarán en el periodo antes mencionado todos los pacientes que tomen ansiolíticos que cumplan con los criterios de inclusión que se mencionan a continuación.

CRITERIOS DE LA SELECCIÓN DE LA POBLACIÓN:

Inclusión:

1. Paciente perteneciente a la UMF No.12 en tratamiento ansiolítico del periodo de octubre del 2013 a octubre 2014.
2. Pacientes que acepten participar en el estudio y que cuente con consentimiento informado firmado.

Exclusión:

1. Los pacientes que ya cuenten con diagnóstico y tratamiento por el servicio de psiquiatría al momento del estudio.
2. Pacientes que tengan alguna otra enfermedad psiquiátrica.

Eliminación:

1. Encuestas incompleta

PROGRAMA DE TRABAJO:

Una vez autorizado este protocolo por el CLIES, se realizaran los siguientes pasos:

1. Se obtuvo autorización del director médico de la unidad para realizar dicho estudio.

2. Se solicitó el censo de la población adscrita a la unidad médico familiar número 12 al director médico así como al jefe de archivo clínico por escrito, por medio de un oficio firmado por el investigador principal y coordinador de enseñanza.

3. Utilizando el censo poblacional y con ayuda del personal de farmacia se buscaron los pacientes que están consumiendo algún tipo de ansiolítico registrados en este departamento.

4. Una vez determinado en número de pacientes en tratamiento con ansiolíticos y que cumplieron con los criterios de inclusión en este estudio, se les explicó y respondieron dudas acerca de la realización de este trabajo.

5. Una vez que aceptaron la participación en este estudio se obtuvo la firma del consentimiento informado.

6. El investigador realizó la aplicación del cuestionario de características epidemiológicas, tipología familiar e índice de pobreza familiar y la escala de Beck para ansiedad y depresión, para determinar mediante este método cuantos de los pacientes encuestados realmente cumplen con los criterios diagnósticos para el consumo de ansiolíticos.

7. Se procedió a vaciar la información en hoja de datos en base Excel para el análisis de los resultados y más tarde realizar la discusión y conclusión de los mismos.

CUADRO DE VIARIABLES

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Categoría	Escala de medición
Edad	Tiempo que una persona ha vivido, desde su nacimiento expresado en años	Interrogatorio directo		razón
Sexo	Condición orgánico que distingue a los machos de las hembras	Respuesta a encuesta	Masculino y femenino	nominal
Estado civil	condición de una persona en relación en base a sus derechos y obligaciones civiles	Respuesta a encuesta	Soltero Casado Divorciado Unión libre Viudo	nominal
Escolaridad	Ultimo nivel educativo completo de una persona	Respuesta a encuesta	Analfabeta Primaria Secundaria Preparatoria licenciatura	ordinal
Ocupación	Actividad diaria realizada en el campo de los profesional	Respuesta a encuesta	Empleado Comerciantes Profesionista Campesino Obrero Hogar Jubilado o pensionado	nominal
Número de hijos	Cantidad de seres de descendientes vivos	Respuesta a encuesta		razón
Índice de pobreza familiar	Estatus de una persona en la sociedad por sus poderes monetarios	Respuesta a encuestas	Sin evidencia de pobreza familiar. Pobreza familiar baja. Pobreza familiar alta.	ordinal
Tipología familiar	Determinadas composiciones que permite identificar los miembros de una familia según sus: Parentescos Presencia física en el hogar	Respuesta a cuestionario (Según conformación)	Nuclear Nuclear simple Nuclear numerosa Reconstruida Monoparental Nucleo integrado Extensa ascendente Extensa descendente Extensa colateral	nominal

	Desarrollo Demografía Ocupación del jefe de familia		Moderna Tradicional Urbana Rural Campesino Obrero Técnico Profesional técnico profesional	
Síntomas depresivos	Depresión: trastorno mental que se caracteriza por la presencia de tristeza, perdida del interés, sentimiento de culpa o falta de autoestima y de concentración.	Respuesta a **escala de Bekc**	1-10 normal. 11-16 depresión leve. 17-20 depresión intermitente 21-30 depresión moderada. 31-40 depresión grave. 40-73 depresión extrema	Nominal
Síntomas de ansiedad	Condición de una persona que experimenta una conmoción, intranquilidad, nerviosismo o preocupación de forma transitoria o crónica.	Respuesta escala de ansiedad de Beck	0-7 nivel mínimo de ansiedad. 8-15 nivel de ansiedad leve. 16-25 nivel de ansiedad moderado. 26-63 ansiedad severa.	Nominal
Usos de ansiolíticos en 1er nivel	Ansiolíticos: fármacos que se incluyen en el grupo de los psicofármacos y que actúan disminuyendo la ansiedad, utilizados con la finalidad de disminuir las alteraciones en el estado de ánimo como la ansiedad y depresión.	Revisión de expediente electrónico	Benzodiacepinas Diazepam Clonazapam imipramina	Nominal
Tiempos de uso de ansiolíticos	Tiempos que el sujeto lleva consumiendo medicamentos ansiolíticos en días y meses	Respuesta a encuesta		Razón

RECURSOS

Humanos:

- investigador principal: Dr. Josué Augusto García Campos, médico general adscrito a la UMF No. 12 del IMSS del primer año de la especialidad en medicina familiar.
- Asesor metodológico: Dra. Balkis Vera Cruz Mendoza, médico familiar adscrita a la UMF No.66 del IMSS.
- Asesor estadístico:
  Lic. En Estadística: Héctor González Contreras

Físicos:

- Papelería,
- equipo de cómputo,
- Salas de espera de la unidad médica,
- Consultorios,
- Expediente electrónico y
- Registro de farmacia.

Formatos de recolección:

- Cuestionario de características epidemiológicas y socio-demográficas
- Escala de Beck para ansiedad y depresión

Financieros:

- Proporcionados por el investigador principal.

CONSIDERACIONES ÉTICAS:

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en su artículo 17, el presente estudio se considera como investigación con riesgo mínimo ya que el objetivo es determinar la congruencia clínico diagnostica entre los pacientes que consumen ansiolíticos en la unidad médico familiar número 12 y para su realización solamente es necesario la recolección de datos mediante aplicación de cuestionarios e instrumentos de medición de depresión y ansiedad a las pacientes que toman algún tipo de ansiolítico respetando la dignidad, protección de los derechos y bienestar de aquellas que deseen participar, previo consentimiento escrito.

Resultados:

A continuación se presentan los resultados sociodemográficos y familiares de los pacientes participantes en nuestro estudio:

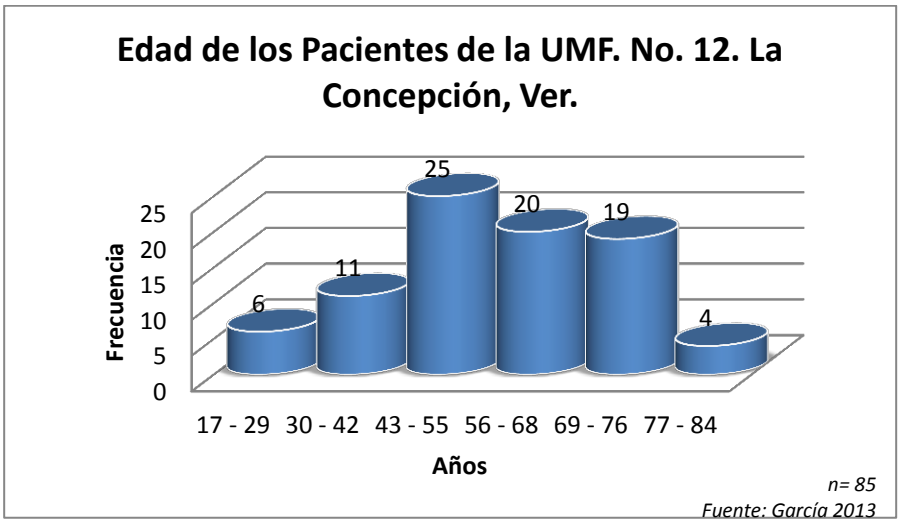


Figura 1.- Se aprecia que más de la mitad de los pacientes se encuentra entre 43 y 68 años.

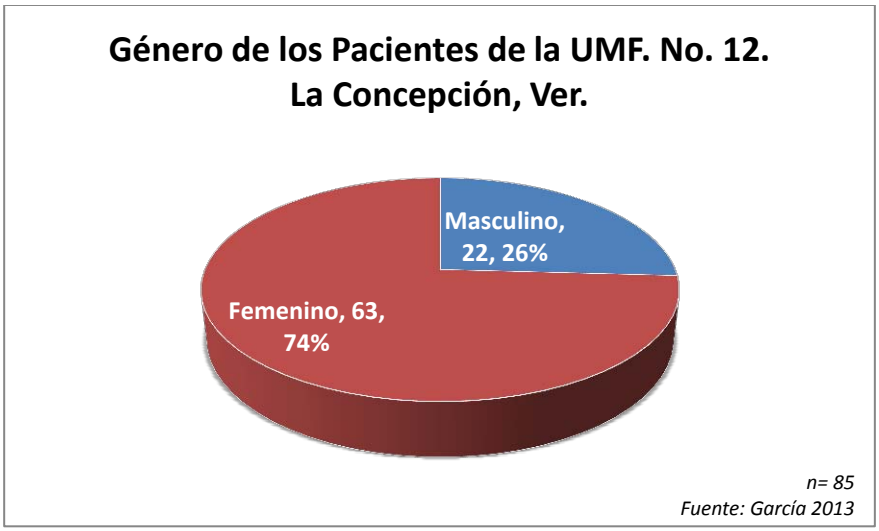


Figura 2.- Se puede observar que la mayoría de los pacientes que se captaron para este estudio fueron mujeres.

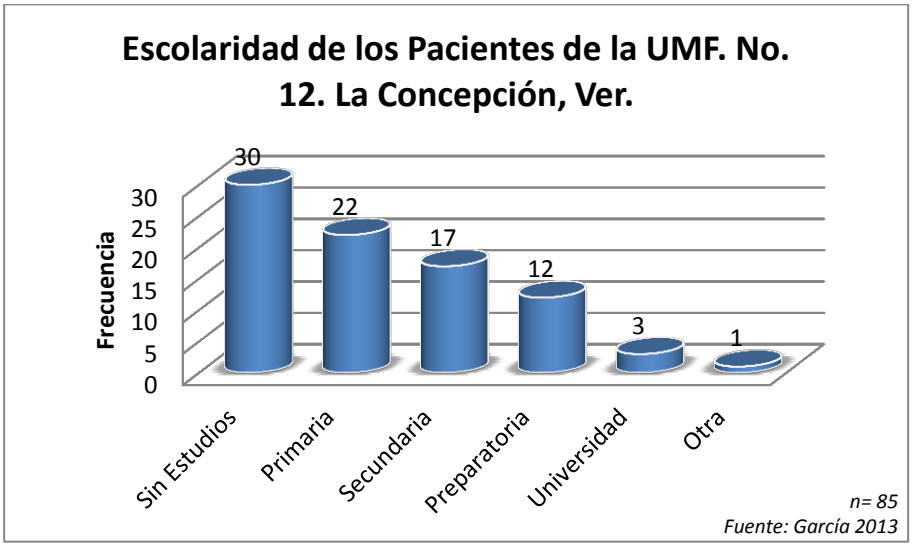


Figura 3.- **En esta gráfica,** se puede observar que entre mayor el nivel de estudios, menor el número de pacientes, predominando de esta manera personas sin estudios.

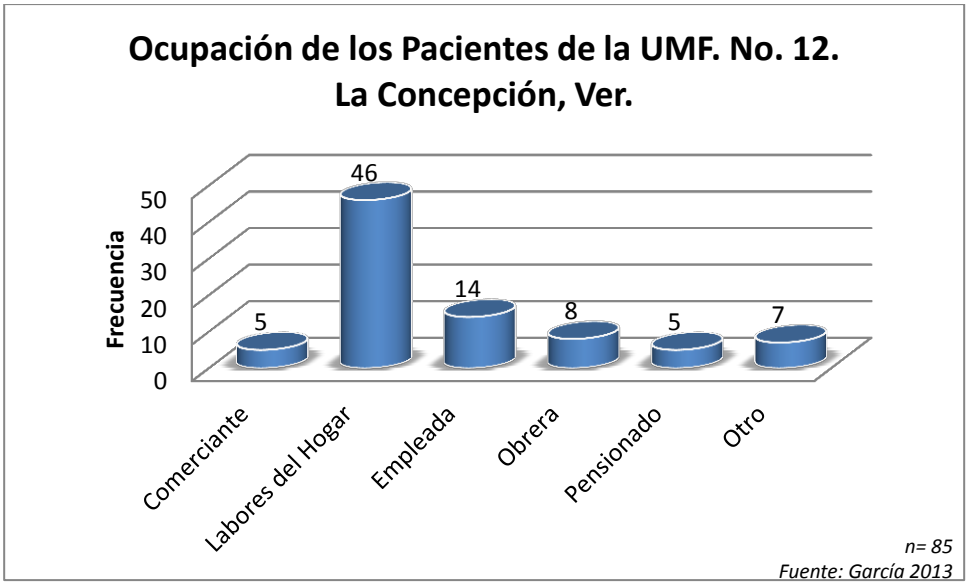


Figura 4.- Se puede apreciar que más de la mitad de los pacientes encuestados, se dedican a las labores del hogar.

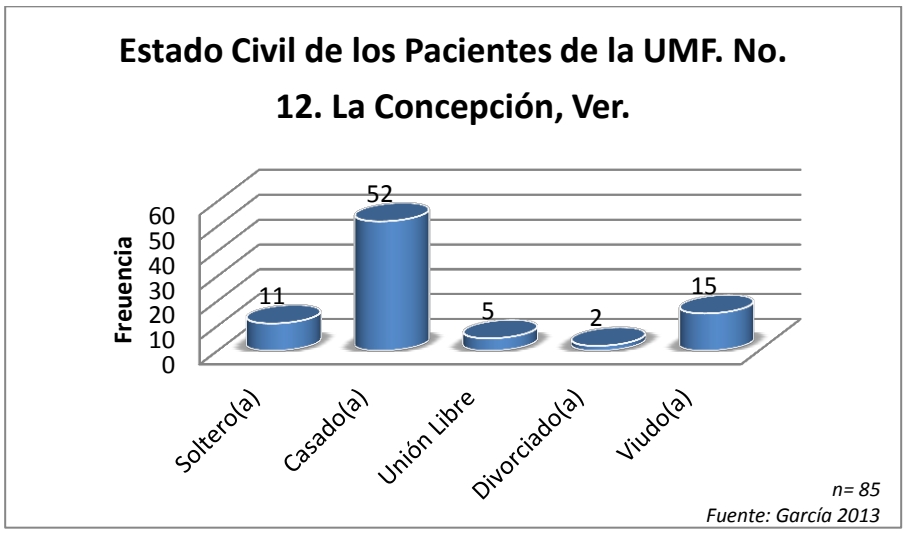


Figura 5.- **Muestra que** la mayoría de los pacientes son casados, seguido por personas que han enviudado.

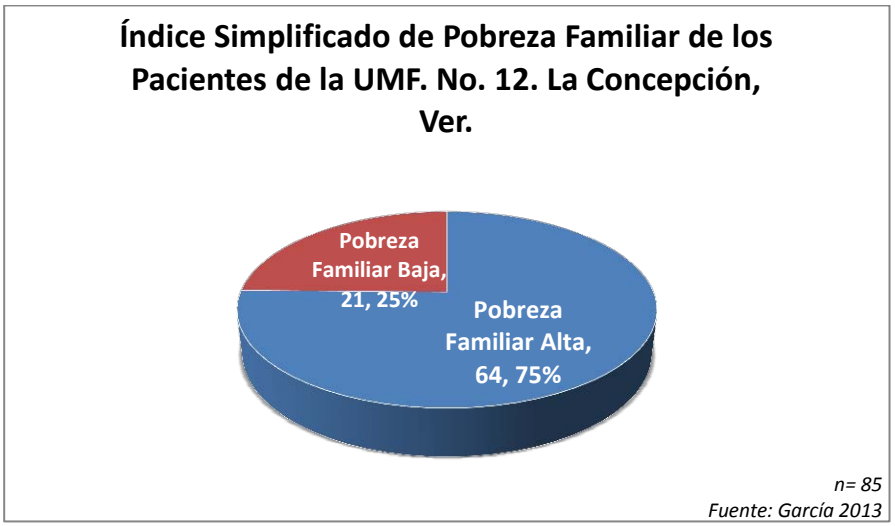


Figura 6.- Se puede observar que la mayoría de los pacientes fueron clasificados, según el índice simplificado de pobreza familiar en pobreza familiar alta. No se encontró ningún paciente sin evidencia de pobreza familiar.

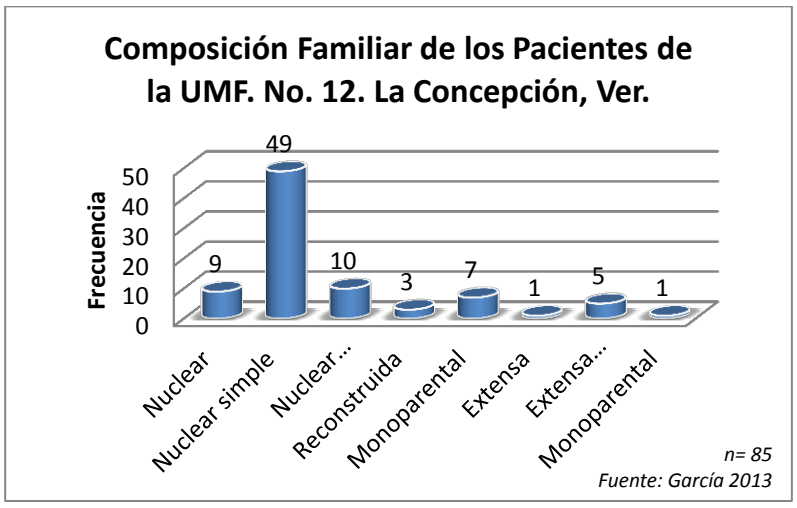


Figura 7.- Se puede observar que la mayoría de los pacientes tienen una composición familiar nuclear simple.

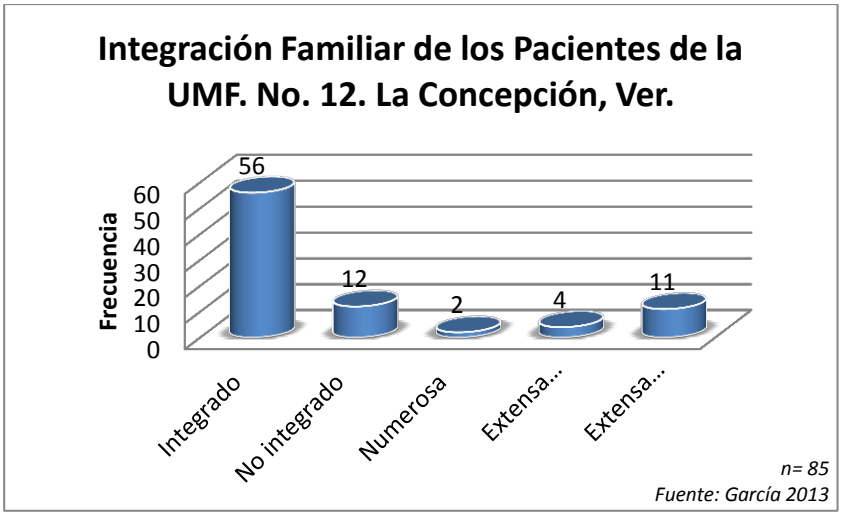


Figura 8.-. Se observa que la mayoría de los pacientes pertenecen a un núcleo familiar integrado.

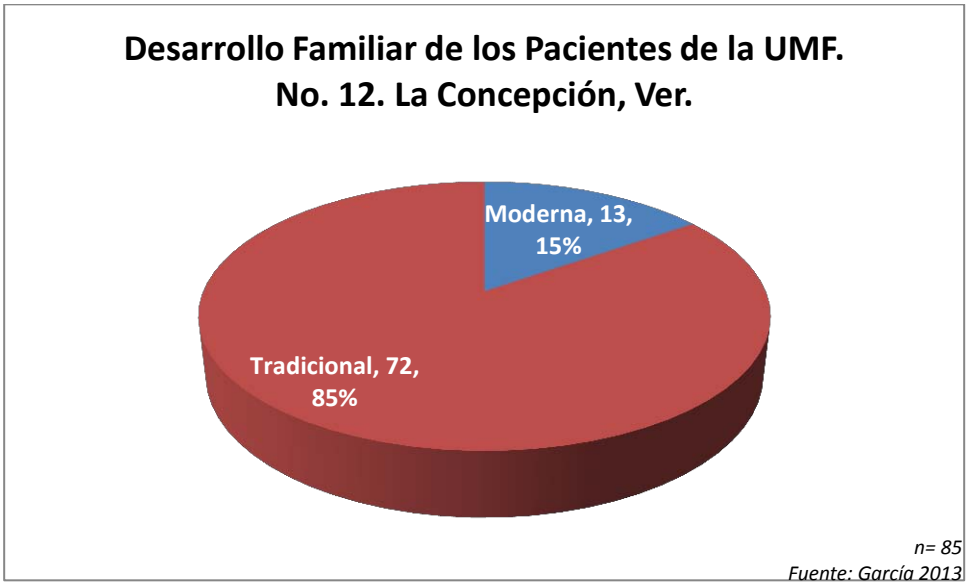


Figura 9.- Se observa que la mayoría de los pacientes se encuentran con un desarrollo familiar tradicional.

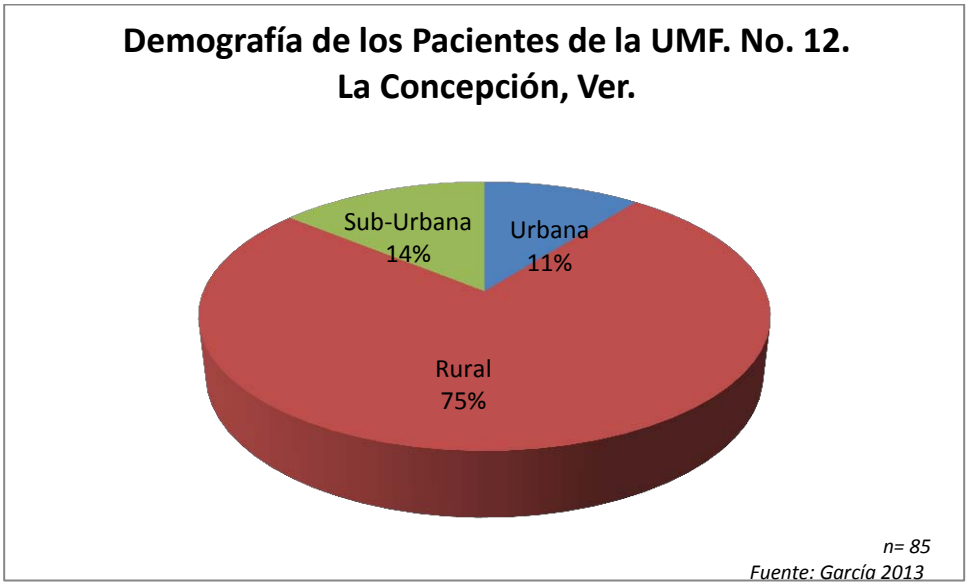


Figura 10.- Se puede observar que la mayoría de los pacientes se encuentran viviendo en zona rural.

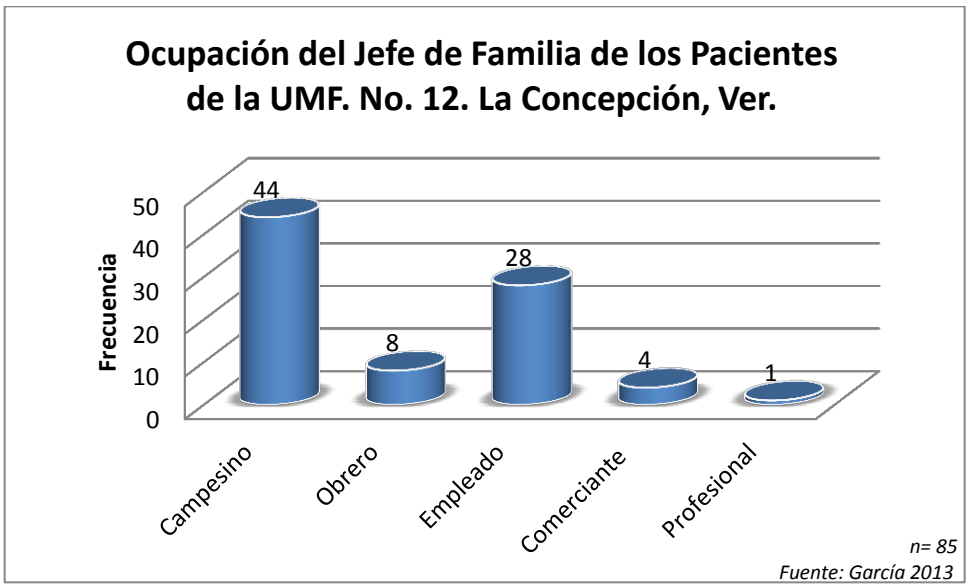


Figura 11.- se puede observar que más de la mitad de los jefes de familia de ese lugar trabajan en el campo.

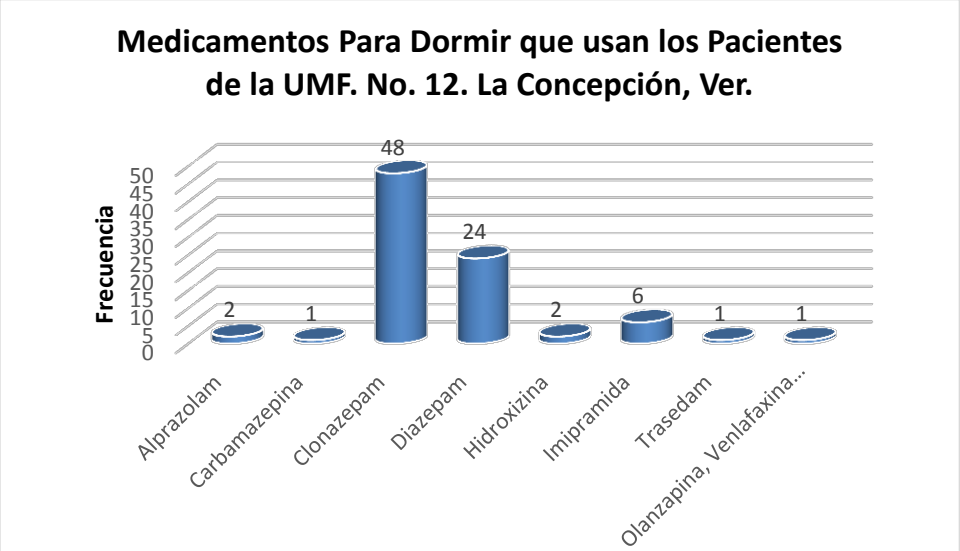
2.

Características Clínicas de los Pacientes de la UMF. No. 12. La Concepción, Ver.	Si	No
Acude Mensualmente a consulta	79	6
Consume Droga	3	82
Medicamentos para dormir	80	5
Padece Enfermedad Mental	6	79
Valoración por Psiquiatría	6	79

n= 85

Fuente: García 2013

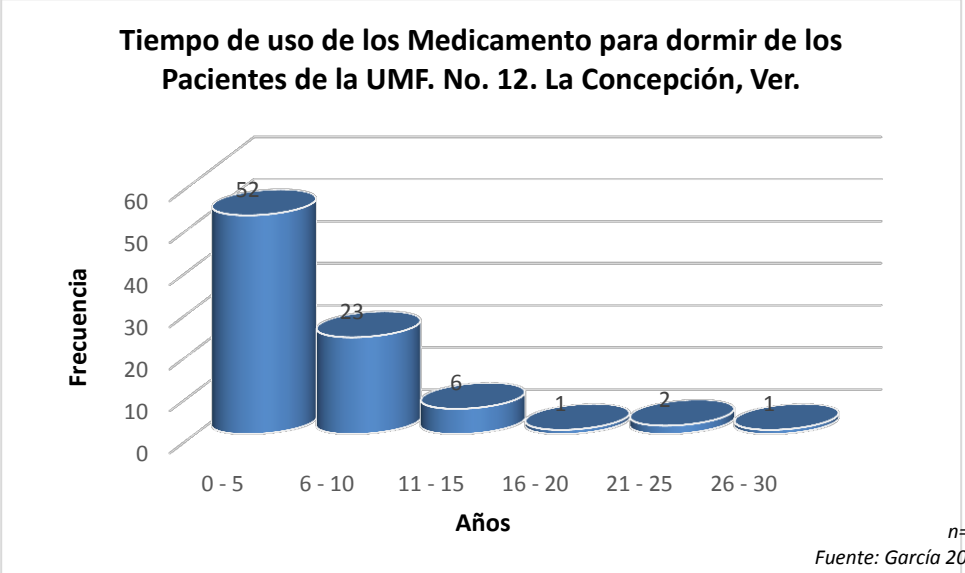
Tabla 1.- Se puede observar que la mayoría de los pacientes acuden mensualmente a sus consultas, no consumen drogas, sin embargo, si toman medicamentos para dormir. Se puede apreciar también que los 6 pacientes que padecen enfermedad mental, han sido valorados por psiquiatría.



n= 85

Fuente: García 2013

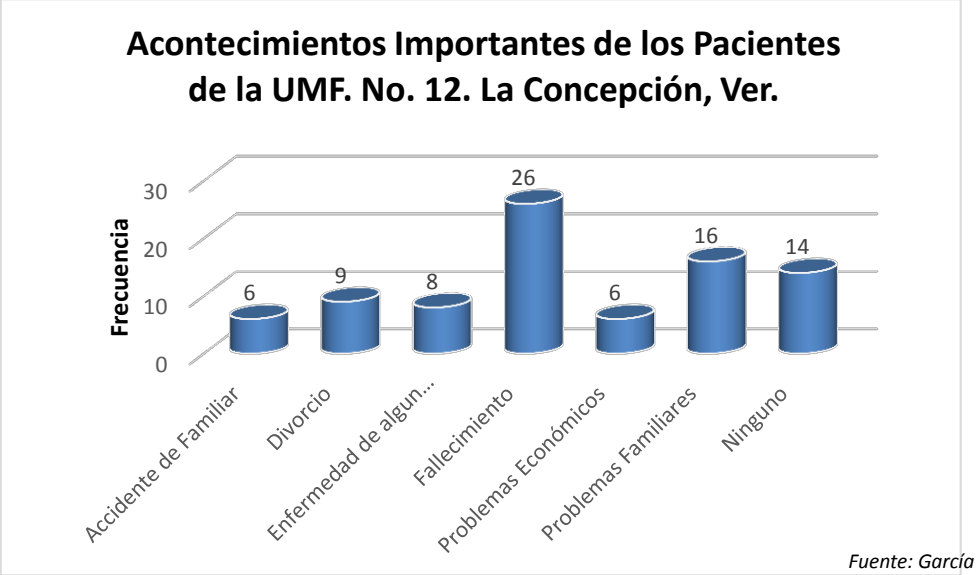
Figura 12.- se puede observar que la mayoría de los pacientes toman el clonazepam para dormir, seguido por el Diazepam.



n= 85

Fuente: García 2013

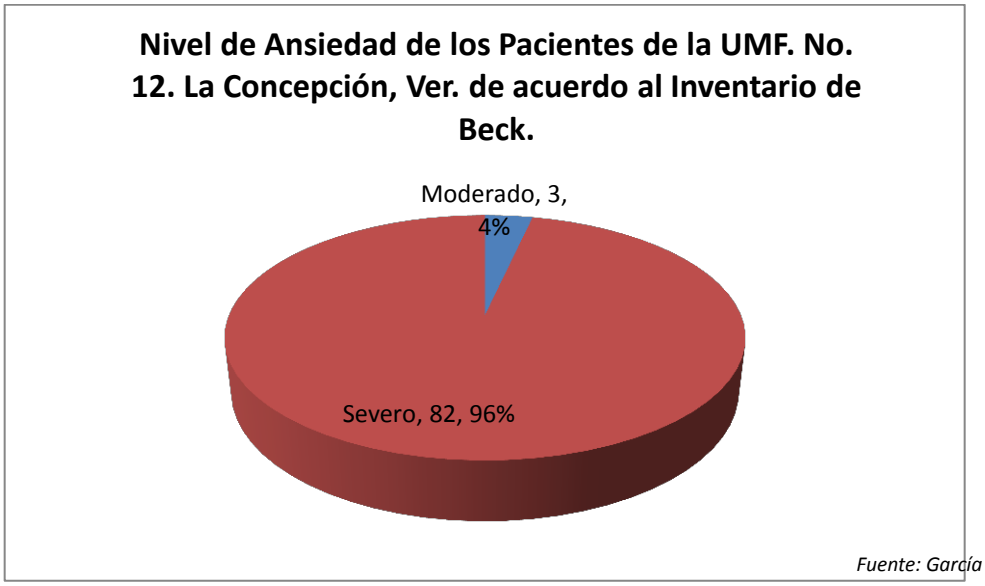
Figura 13.- Se puede observar que la mayoría de los pacientes tienen menos de 10 años tomando medicamentos para dormir sin embargo se observa un paciente que tiene más de 25 años tomando medicamento para dormir.



n= 85

Fuente: García 2013

Figura 14.- Se puede observar que predominan más los pacientes mencionan como acontecimientos importantes el fallecimiento de algún familiar cercano, seguido por personas con problemas familiares.



n= 85

Fuente: García 2013

Figura 15.- De acuerdo al inventario de ansiedad de Beck, en la figura 15 se puede observar que los pacientes que acuden a esta unidad de medicina familiar son más propicios a tener niveles de ansiedad severos.

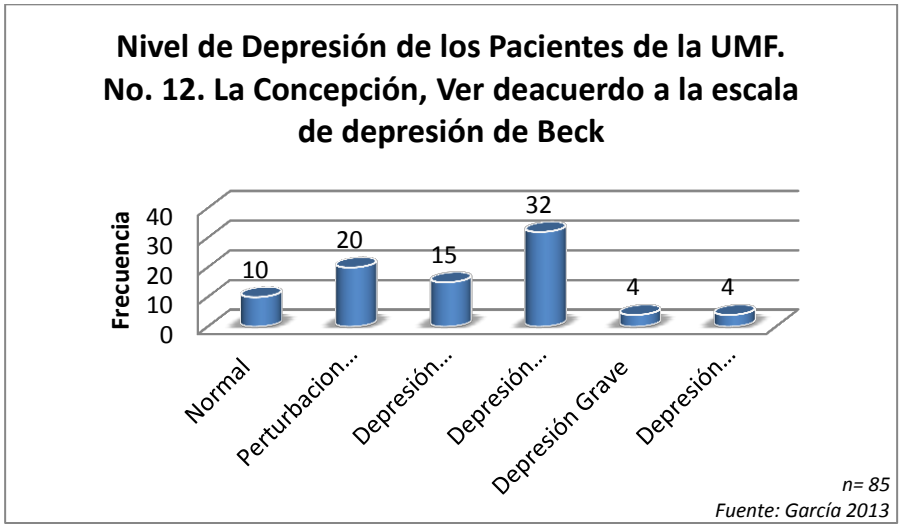


Figura 16.- De acuerdo a la escala de depresión de beck, en la figura 16 se puede observar que los pacientes que acuden a esta unidad de medicina familiar son más propicios a tener niveles de depresión moderada, seguido por pacientes con leve perturbación del estado de ánimo.

Nivel de ansiedad y Nivel de depresión por género en los pacientes de la UMF No.12 de la concepción, Ver.

		Género	
		Femenino	Masculino
Nivel de depresión según la escala de Beck.	Normal	6	4
	Perturbación leve	12	8
	Depresión intermitente	10	5
	Depresión moderada	28	4
	Depresión Grave	3	1
	Depresión Extrema	4	0
Nivel de Ansiedad según el inventario de Beck	Moderada	2	1
	Severa	61	21

n= 85

Fuente: García 2013

Tabla 2.- Se puede observar que las mujeres son más propicias a tener depresión moderada, a diferencia de los hombres los cuales son más propicios a tener solo perturbación leve en su estado de ánimo. Se puede observar también que ninguno de los hombres presentó depresión extrema, en cambio 4 mujeres presentaron este nivel de depresión.

Para los niveles de ansiedad no se encontraron estas diferencias pues tanto las mujeres como los hombres, la mayoría presento niveles de ansiedad severa.

Nivel de ansiedad y Nivel de depresión e Índice simplificado de pobreza familiar en los pacientes de la UMF No.12 de la concepción, Ver.

		Índice Simplificado de Pobreza Familiar	
		Alto	Bajo
Nivel de depresión según la escala de Beck.	Normal	5	5
	Perturbación leve	17	3
	Depresión intermitente	11	4
	Depresión moderada	26	6
	Depresión Grave	3	1
	Depresión Extrema	2	2
Nivel de Ansiedad según el inventario de Beck	Moderada	1	2
	Severa	63	19

n=85

Fuente: García 2013

Tabla 3.- Se puede observar que la depresión y la ansiedad en estos pacientes está influenciada por el índice simplificado de pobreza familiar pues la mayoría de los pacientes con índice alto de pobreza familiar se encuentran algún nivel de depresión y en ansiedad severa.

Pacientes con resultados de ansiedad y depresión por inventario y Escala de Beck y valoraciones por el servicio de Psiquiatría en los pacientes de la UMF No.12 de la concepción, Ver

		Valoración por Psiquiatría	
		Si	No
Nivel de depresión según la escala de Beck.	Normal	1	9
	Perturbación leve	2	18
	Depresión intermitente	2	13
	Depresión moderada	0	32
	Depresión Grave	0	4
	Depresión Extrema	1	3
Nivel de Ansiedad según el inventario de Beck	Moderada	1	2
	Severa	5	77

n= 85

Fuente: García 2013

Tabla 4.- Se puede observar que los pacientes con valoración por psiquiatría presentaron niveles de depresión normal, leve, intermitente y extrema y la mayoría de ellos presentó niveles de ansiedad severa, sin embargo, la mayoría de los pacientes que presentan niveles de ansiedad severa no han sido valorados por psiquiatría.

Comparación por toma de medicamentos para dormir entre los niveles de depresión y de ansiedad según la escala de Beck en los pacientes de la UMF No.12 de la concepción, Ver

		Medicamentos Para Dormir	
		Si	No
Nivel de depresión según la escala de Beck.	Normal	8	2
	Perturbación leve	18	2
	Depresión intermitente	14	1
	Depresión moderada	32	0
	Depresión Grave	4	0
	Depresión Extrema	4	0
Nivel de Ansiedad según el inventario de Beck	Moderada	2	1
	Severa	78	4

n= 85

Fuente: García 2013

Tabla 5.- Se puede observar que los pacientes que toman medicamentos para dormir son más propicios a padecer depresión moderada, seguido por perturbación leve y nivel de ansiedad severa.

Relación entre los niveles de depresión y los niveles de ansiedad según la escala de Beck en los pacientes de la UMF No.12 de la concepción, Ver

Nivel de depresión según la escala de Beck.	Nivel de Ansiedad según el inventario de Beck	
	Severo	Moderado
Normal	8	2
Perturbación leve	20	0
Depresión intermitente	15	0
Depresión moderada	31	1
Depresión Grave	4	0
Depresión Extrema	4	0

n= 85

Fuente: García 2013

Tabla 6.- se puede observar que la mayoría de los pacientes con nivel de ansiedad severo tienen depresión moderada seguido por perturbación leve solo 3 pacientes tienen nivel de ansiedad moderada y 2 de ellos se encuentran en nivel de depresión normal.

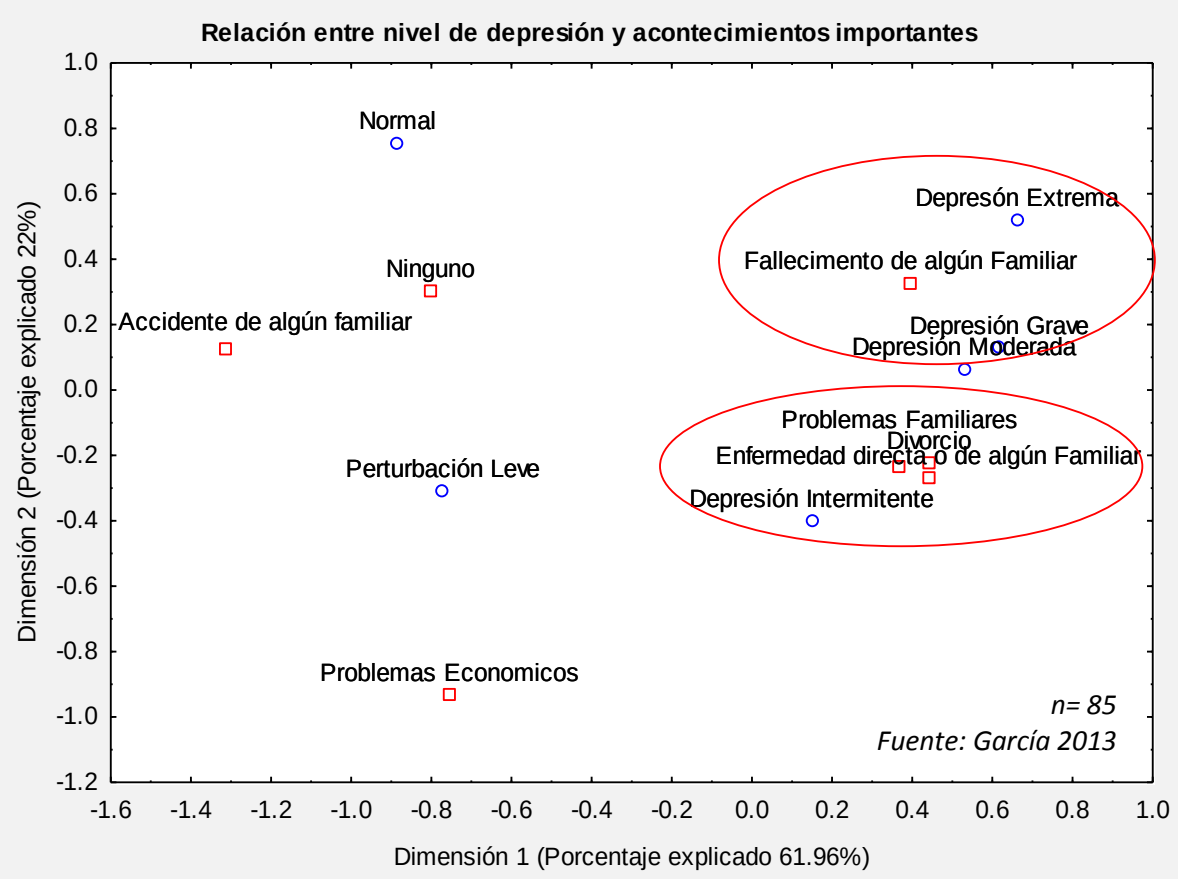


Figura 17.- Se puede observar que los niveles de depresión moderada a depresión extrema están relacionados a fallecimiento de algún familiar directo, los problemas familiares, divorcio y enfermedad de algún familiar está relacionado a un nivel de depresión intermitente.

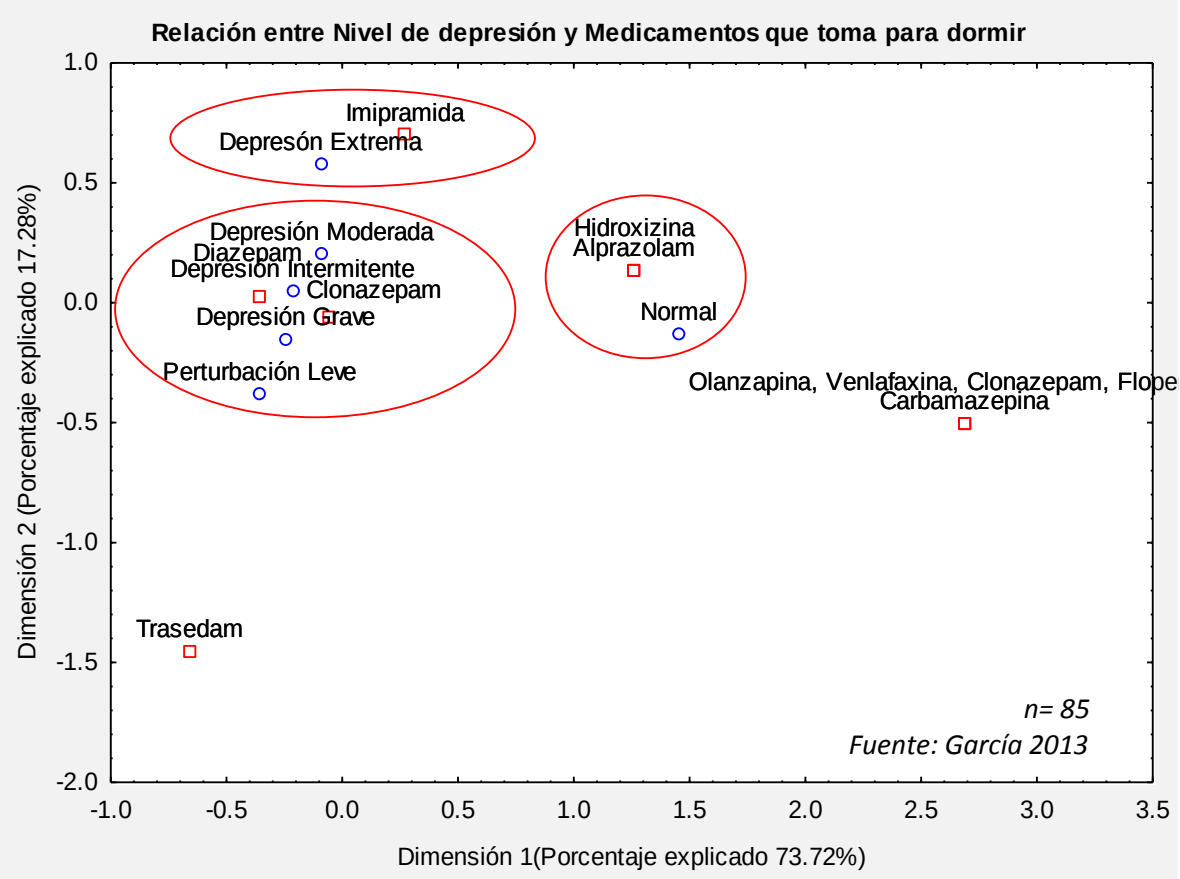


Figura 18.- Se puede observar que los pacientes con nivel de depresión extrema son aquellos que consumen imipramida, los niveles de perturbación leve a depresión grave están relacionados con aquellos pacientes que consumen clonazepam y diazepam. Además se puede observar que pacientes normales consumen hidroxizina y alprazolam.

CONCLUSIONES:

La depresión es la tercera causa más frecuente por la que un paciente consulta al médico familiar, además los trastornos depresivos producen elevada discapacidad e impacto en la calidad de vida de una persona, es por ello que establecer un diagnóstico oportuno con un correcto tratamiento en el primer nivel de atención a pacientes con problemas de ansiedad y depresión, constituye el espacio ideal para identificar y tratar estos problemas en fase temprana. Sin embargo al estudiar a los pacientes ya medicados con ansiolíticos en la UMF. No. 12 La Concepción Ver. Encontramos que solo el 7% de los casos ya medicados fueron enviados a segundo nivel para ser valorados por la especialidad de psiquiatría, lo cual indica que en esta Unidad de Medicina Familiar tenemos una congruencia del 7% corroborando diagnósticos y tratamientos justificados. En este estudio tuvimos una mayor frecuencia de depresión en mujeres 67% que en hombres 21%, tal como lo señala Riviero NL en el 2011[2,] con un mayor predominio en depresión moderada 33%, así mismo, predominó el nivel de ansiedad severa en mujeres 71%, influyendo un alto índice de pobreza familiar, el fallecimiento de algún familiar para la presencia de depresión moderada, grave y extrema, y divorcio, problemas familiares y enfermedad, para la presencia de depresión intermitente.

La hodroxizina y el alprazolam fueron los hipnosedantes asociados a los pacientes con depresión normal, mientras que el diazepan y clonazepan fueron asociados a los pacientes con perturbación leve, depresión intermitente, moderada y grave y la imipramina fue asociada a pacientes con depresión extrema, con un tiempo de uso más frecuente menor a 10 años, sin embargo se reportaron pacientes que tienen hasta 30 años de tomar medicamentos, lo cual indica una dependencia y un abuso en el consumo de estos medicamentos hipnosedantes, creando así un problema de abuso de sustancias tal como lo señala Huerta AC, y colaboradores en su estudio, prevalencia de uso de benzodiacepinas en atención primaria.

Debido a todo esto, es importante dar información acerca de la naturaleza, el curso y el tratamiento de la depresión así como facilitar apoyo para aumentar la compresión y la colaboración entre los pacientes, sus familiares, sus cuidadores si es que existen y los

profesionales que los tratan. Es importante que al transmitir dicha información se utilice un lenguaje no técnico para hacer así más comprensible la información. Así mismo se debería de disponer de material escrito adecuado a las necesidades del paciente de tal manera que el paciente participe en la toma de decisiones con respecto a su tratamiento mejorando su adherencia al mismo, su capacidad de manejar efectos secundarios y resultados clínicos disminuyendo el riesgo de un problema más grave.

RECOMENDACIONES:

Derivado de los resultados obtenidos en este estudio, es de gran importancia en primer lugar elevar la congruencia clínico-diagnóstica en el rubro de ansiedad y depresión, así como la derivación oportuna de los pacientes que ameriten un tratamiento psiquiátrico ya que existen muchos pacientes consumiendo medicamentos antidepresivos y ansiolíticos cuyos diagnósticos de sospecha no han sido corroborados por el facultativo pertinente, y que no han tenido una valoración integral, lo que ocasiona consumo crónico de dichos medicamentos lo que conlleva al aumento de la tolerancia de éstos y a que tengan poca respuesta a los medicamentos de primera línea para estas patologías que se han ido presentado con mayor frecuencia en la actualidad y que han sido manejadas de manera no adecuadas desde el primer nivel de atención.

Así también, en esta ocasión, pudimos obtener resultados de la congruencia-clínico diagnóstica y la sintomatología de ansiedad y depresión por niveles arrojada por los instrumentos de Beck, pero también pudimos obtener los medicamentos que se utilizan actualmente en estos pacientes; y es aquí donde cabe de manera muy acorde realizar una farmacovigilancia a estos pacientes y que sería motivo de un nuevo estudio, dada la importancia de este tema en general y más aún en estos pacientes con tratamientos ansiolíticos, de grupo de benzodiacepinas, antidepresivos, entre otros.

En esta investigación pudimos observar cómo han sido subdiagnosticados padecimientos tan frecuentes como la depresión y la ansiedad, pero también aquellos mal diagnosticados y que cursan con síntomas depresivos considerados dentro de la normalidad, esto, debido a que en la consulta diaria no se utiliza ningún instrumento para evaluarlos, lo que condiciona el uso inadecuado, irracional y prolongado de medicamentos como las benzodiacepinas y antidepresivos, por todo esto, la importancia de este estudio radica hacer una vigilancia estrecha tanto en el personal médico al diagnosticar para corroborar en un primer momento los diagnósticos, así como dar seguimiento a los pacientes y evitar el uso crónico de benzodiacepinas, antidepresivos mejorando el beneficio al paciente y disminuyendo los costos a la institución, un instrumento que nos permitiría acercarnos a una mejor detección y una toma de decisiones para la prescripción de medicamentos con

eficacia es el cuestionario de Beck, que nos permite, en poco minutos, darnos cuenta del estado anímico de nuestros pacientes , o en su defecto poder derivarlos, si así lo requieren o suspender estos medicamentos en caso de no requerirlos.

ANEXOS

ANEXO 1.

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRAFICO

1. **Nombre:** _____ Fecha: _____ Consultorio: _____ Folio:

Número de seguro social: _____ Turno: [1] Matutino: [2] Vespertino: Edad: _____

Teléfono: _____

Escolaridad: [1] Sin Estudios [2] Primaria [3] Secundaria [4] Preparatoria [5] Universidad [6] Otra: _____

Ocupación: [1] Comerciante [2] Labores del hogar [3] Empleada [4] Obrera [5] Profesionista [6] Pensionada [7] Otro: _____

Estado Civil: [1] Soltero: [2] Casado: [3] Unión Libre: [4] Divorciado: [5] Viudo:

Ingreso Económico Familiar: (salario mínimo $56.7) [4] < de un salario mínimo ($1,701) [3] 1-2 salarios mínimos (3,402) [2] 3-4 salarios mínimos ($6,804) [1] 5-6 salarios mínimos ($10,206) [1] 7 o más salarios mínimos ($11,907)

Numero de hijos dependientes: [2.5] 3 o más hijos [2] 2 hijos [1] 1 hijo [0] Ningún Hijo

Escolaridad Materna: [2.5] Sin Instrucción [2] Primaria Incompleta [1] Primaria completa [0] Post Primaria

Hacimiento:(número de personas por dormitorio) [1] 3 o más personas [0] 1 o 2 personas

Parentesco: [1] Nuclear [2] Nuclear Simple [3] Nuclear Numerosa [4] Reconstruida [5] Monoparental [6] Monoparental Extendida [7] Monoparental Extendida Completa [8] Extensa [9] Extensa Compuesta [10] No Parental

Presencia Física en el Hogar: [1] Núcleo Integrado [2] Núcleo No Integrado [3] Nuclear Numerosa [4] Extensa Ascendente [5] Extensa Descendente [6] Extensa Colateral

En base a su Demografía: [1] Urbana [2] Rural [3] Suburbana

En base a su Desarrollo:

¿Quienes son los que trabajan en casa? [1] Primitiva [2] Tradicional [3] Moderna

En base a su Ocupación: [1] Campesina [2] Obrera [3] Empleada [4] Comerciante [5] Profesional

1.- ¿Acude mensualmente a consulta a esta unidad? [1] Si [2] No

2.- ¿Padece alguna enfermedad mental? [1] Si [2] No

3.- ¿Consume algún medicamento para dormir? [1] Si [2] No

4.- ¿Toma algún tipo de droga? [1] Si [2] No

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRAFICO

5.- ¿Que medicamento usa para dormir?: _____

6.- ¿Que tiempo tiene consumiendo este medicamento?: _____

7.- ¿Ha sido alguna vez valorado por el servicio de psiquiatría? _____

7.- Acontecimiento relevantes dentro de la familia: Defunciones, divorcio, separaciones, pérdida de trabajo, accidentes.

ANEXO 2.

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los items atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy.

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)

	En Absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1.- Torpe o entumecido.	○	○	○	○
2.- Acalorado	○	○	○	○
3.- Con temblor en las 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	○	○	○	○
	En Absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
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 desvanecimeintos	○	○	○	○
20.- Con rubor facial	○	○	○	○
	En Absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
21.- Con sudores, fríos o calientes	○	○	○	○

AMEXO 3.

La Escala de Depresion Beck - Como se Utiliza

La escala de depresión de Beck, es un mecanismo fiable para medir tu estado de ánimo. Con este se detecta la presencia de la depresión y se mide exactamente su gravedad. Este sencillo cuestionario de selección múltiple se contesta en pocos minutos.

Para completar el cuestionario, lee cada punto con atención y rodear con un círculo el número que se encuentra junto a la respuesta que mejor se adapte a lo que la persona ha estado sintiendo últimamente.

1. Tristeza.

0. No me siento triste.

1. Me siento triste.

2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.

3. Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

0. No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.

1. Me siento desanimado de cara al futuro.

2. siento que no hay nada por lo que luchar.

3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3. Sensación de fracaso

0. No me siento fracasado.

1. he fracasado más que la mayoría de las personas.

2. Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro.

3. Soy un fracaso total como persona.

4. Insatisfacción

0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.

1. No disfruto de las cosas tanto como antes.

2. Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas.

3. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.

5. Culpa

0. No me siento especialmente culpable.

1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.

2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.

3. Me siento culpable constantemente

6. Expectativas de castigo

0. No creo que esté siendo castigado.

1. siento que quizás esté siendo castigado.

2. Espero ser castigado.

3. Siento que estoy siendo castigado.

7. Autodesprecio

0. No estoy descontento de mí mismo.

1. Estoy descontento de mí

mismo.

2. Estoy a disgusto conmigo mismo.

3. Me detesto.

8. Autoacusación

0. No me considero peor que cualquier otro.

1. me autocritico por mi debilidad o por mis errores.

2. Continuamente me culpo por mis faltas.

3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

9. Idea suicidas

0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.

1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.

2. Desearía poner fin a mi vida.

3. me suicidaría si tuviese oportunidad.

10. Episodios de llanto

0. No lloro más de lo normal.

1. ahora lloro más que antes.

2. Lloro continuamente.

3. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.

11. Irritabilidad

0. No estoy especialmente irritado.

1. me molesto o irrito más fácilmente que antes.

2. me siento irritado continuamente.

3. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.

12. Retirada social

0. No he perdido el interés por los demás.

1. Estoy menos interesado en los demás que antes.

2. He perdido gran parte del interés por los demás.

3. he perdido todo interés por los demás.

13. Indecisión

0. tomo mis propias decisiones igual que antes.

1. Evito tomar decisiones más que antes.

2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.

3. Me es imposible tomar decisiones.

14. Cambios en la imagen corporal.

0. No creo tener peor aspecto que antes

1. Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.

2. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.

3. Creo que tengo un aspecto horrible.

15. Enlentecimiento

0. Trabajo

igual que antes.

1. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.

2. Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.

3. Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

16. Insomnio

0. Duermo tan bien como siempre.

1. No duermo tan bien como antes.

2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.

3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.

17. Fatigabilidad

0. No me siento más cansado de lo normal.

1. Me canso más que antes.

2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.

3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18. Pérdida de apetito

0. Mi apetito no ha disminuido.

1. No tengo tan buen apetito como antes.

2. Ahora tengo mucho menos apetito.

3. he perdido completamente el apetito.

19. Pérdida de peso

0. No he perdido pedo últimamente.

1. He perdido más de 2 kilos.

2. He perdido más de 4 kilos.

3. He perdido más de 7 kilos.

20. Preocupaciones somáticas

0. No estoy preocupado por mi salud

1. Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarros, etc.

2. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.

3. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.

21. Bajo nivel de energía

0. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.

1. La relación sexual me atrae menos que antes.

2. Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.

3. He perdido totalmente el interés sexual.

Una vez completado el cuestionario, se SUMAN los puntos correspondientes a cada una de las 21 preguntas y se obtiene el TOTAL.

Puesto que la puntuación más alta que se puede obtener en cada una de las preguntas es 3, el total más alto posible de todo el cuestionario será de 63.

Como la puntuación más baja de cada pregunta es CERO, la puntuación más baja posible, será CERO.

La suma de los puntos te indica si estas en una zona de prevención, como la Anaranjada o Roja.

Puntuación total de la Tabla de 21 puntos	Niveles de Depresión
1-10	**Estos altibajos son considerados normales**
11-16	**Leve perturbación del estado de ánimo**
17-20	**Estados de depresión intermitentes**
21-30	**Depresión moderada**
31-40	**Depresión grave**
Más de 40	**Depresión extrema**

ANEXO 1.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN

Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ADULTOS

Nombre de Estudio	Congruencia clínico diagnóstica en el uso de ansiolíticos en la población de la UMF 12 de la concepción, Ver.
Lugar y Fecha	La Concepción, Ver. _____ Del mes de _____ del año 2014.
Número de Registro	R-2013-3004-24
Justificación y objetivo del estudio:	La depresión y la ansiedad son afecciones que han ido en aumentos en los últimos años, por lo que la prescripción de múltiples tratamientos para estas alteraciones ha ido en aumento, sobre todo entre los médicos de primer nivel. Por tal motivo la importancia de este estudio, para determinar cuántos de los pacientes de la UMF No.12 de la Concepción, Veracruz en tratamiento con medicamentos ansiolíticos, fueron realmente diagnosticados como trastorno de ansiedad o depresión para el inicio de este tipo de medicamentos. Objetivo: Determinar la congruencia clínico diagnostica en los pacientes en tratamiento ansiolíticos de la UMF No.12 de La Concepción, Veracruz del IMSS. En el periodo de 1ero. De octubre del 2013 al 31 de octubre del 2014.
Procedimientos:	Aplicación de cuestionario auto aplicado a pacientes con diagnósticos de depresión o ansiedad registrados en el SIMF, o bien, aquellos que tengan prescripción de medicamentos del grupo de las benzodiacepinas, o ansiolíticos así coo antidepresivos, hombres y mujeres que cumplan con los criterios de inclusión, para obtener daos sociodemográficos y familiares, así como la aplicación del cuestionario de Beck para conocer si tienen depresión..
Posibles Riegos y Molestias	Ninguno.
Posibles beneficios que recibirá al participar	Identificar a los pacientes con síntomas depresivo o algún grado de depresión, y corroborar el tratamiento que lleven, así con el tiempo de uso del mismo, con el envió a psiquiatría de manera oportuna para evitar uso crónico de medicamentos, o subdiagnósticos.
Participación o retiro	Se le informa a cada uno de los pacientes, que se encuentran en libertad de realizar cualquier pregunta que surja sobre esta investigación así como de retirar su consentimiento y abandonar el estudio sin que afecte la atención médica del Instituto.
Privacidad y confidencialidad	El conocimiento del resultado individual se da a conocer al médico familiar o paciente encuestado según sea el caso, pero el resultado en general no implica la publicación de los nombres de los encuestados.

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

☐	**No autorizo que se aplique el cuestionario.**
☐	**Si autorizo que se aplique el cuestionario solo para este estudio.**
☐	**Si autorizo que se aplique el cuestionario para este estudio y estudios futuros.**

En caso de dudas o aclaraciones sobre este estudio dirigirse a: Dr. Josué Augusto García Campos, Cel. 22818126 y al 228177898, o en en la unidad de medicina familiar No.12 de la Concepción{on, Ver. domicilio conocido en la Congregación de la Concepción, Ver, Mpo de Jilotepec, Veracruz.

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, Col. Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56276900 ext.21230, Correo electrónico: conise@cis.gob.mx

Nombre y firma del sujeto	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Carrión NC, Sauza ER, Marinez JS,Mejia RO. Síntomas depresivos y estructura familiar en adolescentes. Aten Fam 2012;19(1):2.
2. Rivero LN, Marinez PA, Iraurgi I. El Papel Funcionamiento y la Comunicación Familiar en los Síntomas Psicosomáticos. Clínica y Salud vol.22 no.2jul. 2011. Vol.22(2):2
3. Melipillan AR, Cova SF, Rincon GP, Valvidia PM. Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II en Adolescentes Chilenos. Terapia psicológica .2008;26:2-3.
4. Instrumentos de valoración familiar. Consultar: http://www.monografias.com/trabajos92/instrumentos-valoracion-familiar/instrumentos-valoracion-familiar2.shtml#ixzz2Y2sGWjFi
5. Ministerio de sanidad y consumo. Guías de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria. 2008;2006/10: 31.
6. Constantino CP, León GG, Nevárez SA, Valencia HE, García CF. Costo-efectividad de ansiolíticos en los trastornos de ansiedad. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2010; 48 (3):303-304.
7. Sistema nacional de salud. Diagnostico y tratamiento del trastorno depresivo en México, 2009:8
8. García de Alba GJ, Castañeda AE, Pando MM, Aranda BC. Depresión en asistentes médicas: análisis de los factores de riesgo sociolaborales. Psicología y salud. jun 2011;21(1):1.
9. Berenzon S, Lara MA, Robles R, Medina ME. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. Salud publica en México. Feb 2013;55(1):2.
10. Vázquez EF, Rosel PJ, Kitazawa OA, Caballero CM, Salinas GP, Corlay NI, et al. Evaluación del tratamiento antidepresivo en pacientes con comorbilidad. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2008; 46 (5):2.
11. Enríquez BF, González BF, Márquez GP, Rivera CA, Pérez CC, Mendoza TM. Prevalencia de depresión en usuarios de los servicios ambulatorios de salud en el estado de Guanajuato. Pensamiento Psicológico 2010;14(7):2.
12. Aguirre HR, López FJ, Flores FR. Prevalencia de la ansiedad y depresión de médicos residentes de especialidades médicas. Revista fuente. Sep 2011;3(8):1.
13. Ferrel OR, Celis BA, Hernández CO. Depresión y factores socio demográficos asociados en estudiantes universitarios de ciencias de la salud de una universidad pública (Colombia). psicología desde el Caribe. Jun. 2011;27:3.
14. Wagner F, González FC, Sánchez GS, García PC, Gallo J. Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. Salud Mental. Feb.2012;35(1):2.
15. Los médicos recetan demasiados ansiolíticos. Lea Del Pozo Barcelona.2009:1.
16. Valera D. Crece el consumos de ansiolíticos. Encuesta sobre alcohol y drogas Madrid. Ene.2013:1
17. Uno de cada 3 españoles ha tomado ansiolíticos en el último año. Salud Equitativa. Feb.2013:1
18. IESM-OMS. Informe sobre salud mental en México.2011:12,15,45,50.

19. Sánchez GS, Juárez CT, Gallegos CK, Gallo J, Wagner F, García PC. Frecuencia de los síntomas depresivos entre los adultos mayores de la ciudad de México. Salud metal. Feb 2012:35(1):4
20. Huerta AC, García MG, Requena RG, Bonis SJ, Macías SD, Vicente P. et al. Prevalencia de uso de benzodiacepinas en atención primaria: resultados de la base de datos BIFAP. Farmacovigilancia. Abr 2013:1
21. Los ansiolíticos efectos secundarios y contradictorios.2013:1
22. Danza A, Cristiani F, Tamosiunas G. Riesgos Asociados al uso de Benzoiacepinas. Archivos de medicina interna.2009;31(4):2,3.
23. Logran bajar el uso de sedantes y ansiolíticos explicando efectos secundarios. Admin. May 2013:1
24. Minaya O, Ugalde O, Fresan A. Uso inapropiado de fármacos de prescripción: dependencia a benzodiacepinas en adultos mayores. Salud Metal.2009;32(4):2
25. Alves AJ, Figueiredo H, Cruz MA, Alves MR. Depresión, ansiedad y estrés en usuarios de cuidados primarios de salud.revista latino-americana de enfermagem. Abr.2011;19(2):2.
26. Cano VA, Salguero M, Mae WC, Dongil E, Latorre M. La depresión en atención primaria: Prevalencia Diagnostico y tratamiento. Papeles del psicólogo. 2012;33(1):4.
27. Lazarevich F, Mora CF. Depresión y género: factores psicosociales de riesgo. Departamento de atención a la salud de la universidad autónoma metropolitana.Dic.2008;1(4):8,9,10,12.
28. Guias practicas clínicas SNS. Anexo9. Instrumentos de evaluación de la depresión:94,95,98.
29. Fresán A, Minaya O, Cortes LJ, Ugalde O. Características demográficas y clínicas asociadas a la dependencia de benzodiacepinas en pacientes psiquiátricos. Salud mental. Abril 2011;34(2):6
30. Ríos FA, Leonardo OW, Ballena LC, Peralta VJ, Fanzo GP, Díaz VC, et al. Validacion de un instrumento para medir el nivel de conocimiento sobre depresión mayor en médicos de atención primaria en Chiclayo, Peru. Rev Med Hared. 2013;24:27