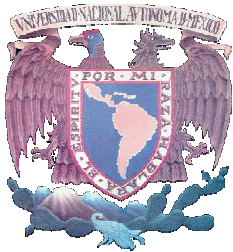


REGISTRO No. R- 2009-1306-33

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA # 21/ UMF 168
TEPATITLÁN DE MORELOS, JALISCO**



**“FRECUENCIA DEL TRASTORNO ANSIOSO-DEPRESIVO EN
MUJERES DE 20 A 59 AÑOS EN LA UMF 44 DE ARANDAS, JALISCO”**

**TESIS DE POSGRADO
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN:**

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. SILVIA VILLALOBOS MARTÍNEZ

ASESORES:

**DRA. ALMA ROCÍO DEL PILAR CRUZ LÓPEZ
LIC. T.S. AIDÉ CAROLINA HERNÁNDEZ ALCARAZ**

**TEPATITLÁN DE MORELOS, JALISCO
2010.**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA # 21/ UMF 168
TEPATITLÁN DE MORELOS, JALISCO

**“FRECUENCIA DEL TRASTORNO ANSIOSO-DEPRESIVO EN
MUJERES DE 20 A 59 AÑOS EN LA UMF 44 DE ARANDAS, JALISCO”**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. SILVIA VILLALOBOS MARTÍNEZ

ASESORES:

DRA. ALMA ROCÍO DEL PILAR CRUZ LÓPEZ
LIC. T.S. AIDÉ CAROLINA HERNÁNDEZ ALCARAZ

TEPATITLÁN DE MORELOS, JALISCO

2010.

“FRECUENCIA DEL TRASTORNO ANSIOSO-DEPRESIVO EN MUJERES DE 20 A 59 AÑOS EN LA UMF 44 DE ARANDAS, JALISCO”


TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

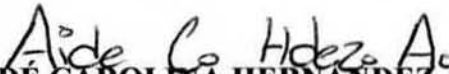


DRA. SILVIA VILLALOBOS MARTÍNEZ

AUTORIZACIONES:



DRA. ALMA ROCÍO DEL PILAR CRUZ LÓPEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
PARA MÉDICOS GENERALES EN
HOSPITAL GENERAL DE ZONA # 21/ UMF 168
TEPATITLÁN DE MORELOS, JALISCO
ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS



LIC. T.S. AIDÉ CAROLINA HERNÁNDEZ ALCARAZ
ASESOR DEL TEMA DE TESIS
TRABAJO SOCIAL



DR. ALBERTO CHAPARRO TORRES
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 21

**“FRECUENCIA DEL TRASTORNO ANSIOSO-DEPRESIVO EN
MUJERES DE 20 A 59 AÑOS EN LA UMF 44 DE ARANDAS, JALISCO”**

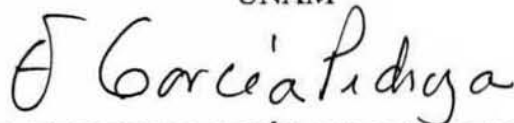
TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:


DRA. SILVIA VILLALOBOS MARTÍNEZ

AUTORIZACIONES


DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM



DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM


DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

AGRADECIMIENTOS

A mis padres:

Por creer en mí en todo momento, por su amor, comprensión y apoyo incondicional, sin ustedes no hubiera tenido la oportunidad de realizarme en esta profesión, ya que en todo momento han sido mi soporte, gracias a mi padre por su sabiduría y experiencia, gracias a mi madre por su fortaleza y tesón.

A mis hermanas:

Porque se que cuento con ellas y sus esposos en todo momento, gracias por su cariño.

A mis asesoras:

La Dra. Alma Rocío Del Pilar Cruz López y la L.T.S. Aidé Carolina Hernández Alcaraz por su paciencia y disponibilidad para llevar a cabo el desarrollo de este trabajo. Gracias por compartir sus conocimientos.

TÍTULO

**“FRECUENCIA DEL TRASTORNO ANSIOSO-DEPRESIVO EN
MUJERES DE 20 A 59 AÑOS EN LA UMF 44 DE ARANDAS,
JALISCO”**

ÍNDICE GENERAL

TÍTULO	6
ÍNDICE	7
MARCO TEÓRICO	10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	20
JUSTIFICACIÓN	21
OBJETIVOS	23
OBJETIVO GENERAL.....	23
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	23
METODOLOGÍA	24
TIPO DE ESTUDIO.....	24
POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO.....	24
TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	24
CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN.....	24
INFORMACIÓN A RECOLECTAR (VARIABLES).....	25
MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN.....	26
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	26
RESULTADOS	28
DISCUSIÓN	43
CONCLUSIONES	44
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
ANEXO. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	48

RESUMEN

OBJETIVO: Identificar la frecuencia del trastorno ansioso depresivo en mujeres de 20 a 59 años de edad y su relación con las variables edad, escolaridad, estado civil, y ocupación.

MATERIAL Y MÉTODOS: En la unidad de medicina familiar 44 de Arandas, Jalisco, del 01 de octubre al 30 de noviembre de 2009, se realizó un estudio transversal y descriptivo, con muestreo aleatorio. El tamaño de la muestra calculado fue de 209 pacientes de 20 a 59 años de edad. Se aplicó la escala de ansiedad de Hamilton y la escala de depresión de Beck.

RESULTADOS: Se encuestaron 209 pacientes, 103 presentaron trastorno de ansiedad y depresión, correspondiendo al 49.3% de la muestra, 30 pacientes tenían 20 a 29 años de edad, 70 con escolaridad primaria, 79 casadas y 66 se dedicaban al hogar.

CONCLUSIONES: Los trastornos ansiosos y depresivos son los problemas de salud mental más comunes, se determinó una elevada prevalencia del trastorno ansioso depresivo en la población estudiada, como resultado de una fuerte comorbilidad entre el trastorno de ansiedad y el trastorno de depresivo, las características individuales de las pacientes fueron similares: edad media, baja escolaridad, casadas y dedicadas al hogar, estos factores sociodemográficos son de gran importancia para identificar las mujeres que presentan trastorno ansioso depresivo para su diagnóstico y tratamiento oportuno.

PALABRAS CLAVE: Ansiedad, depresión, trastorno de ansiedad y depresión.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To identify the frequency of depressive anxiety disorder in women 20-59 years of age and their relationship with the variables age, education, marital status and occupation.

MATERIAL AND METHODS: In the family medicine unit 44 of Arandas, Jalisco, from October 01 to November 30, 2009, we performed a descriptive study, with random sampling. The calculated sample size was 209 patients 20-59 years of age. It applied the Hamilton anxiety scale and the Beck Depression Scale.

RESULTS: 209 patients surveyed, 103 had anxiety disorder and depression, corresponding to 49.3% of the sample, 30 patients were 20-29 years old, 70 with primary schooling, 79 married and 66 were engaged in home.

CONCLUSIONS: The anxiety and depressive disorders are mental health problems more common, we found a high prevalence of depressive anxiety disorder in the study population as a result of a strong comorbidity between anxiety disorder and depressive disorder, the characteristics individual patients were similar: mean age, low education, married and working at home, these sociodemographic factors are important to identify women with depressive anxiety disorder for diagnosis and treatment.

KEY WORDS: Anxiety, depression, anxiety disorder and depression.

MARCO TEÓRICO

La familia como componente esencial de la sociedad ha demostrado a través de la historia, ser el grupo social primario por excelencia en donde se desarrolla o destruye a los nuevos miembros de las comunidades. Este grupo primario cuenta con diversas funciones perfectamente establecidas entre las que podemos señalar: cuidado, afecto, reproducción, socialización, estatus, debiendo existir entre ellas un equilibrio adecuado para el desarrollo armónico de sus miembros. ⁽¹⁾

La familia y sus integrantes son susceptibles de enfermar o simplemente de requerir ser atendidos por el médico. ⁽¹⁾ Estos hechos tienen aspectos psicológicos y sociales que influyen en la aparición, manifestación, curso y pronóstico, por lo que es muy importante tratar de establecer relaciones entre aspectos psicológicos, sociales y biológicos como desencadenantes de una enfermedad, más que una relación única de causa-efecto. ⁽²⁾

La 10.^a Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales de la OMS define el trastorno ansioso depresivo como un síndrome con una mezcla de síntomas depresivos y ansiosos de igual importancia asociado, al menos, con algún síntoma somático (Ej., temblor, palpitaciones, «mariposas» en el estómago). ⁽³⁾

Considerando la mortalidad y el número de días vividos con discapacidad, los trastornos mentales se colocan entre los padecimientos que más carga representan a escala mundial, atribuyéndoles actualmente 10 % de la global y estimando que para el 2020 aumentará a 15 %. En México, al igual que en otros lugares del mundo, los trastornos mentales se han vuelto un problema de salud pública por ser una importante causa de enfermedad, discapacidad y muerte. En 2003, en el sexo masculino ocuparon el noveno lugar de las enfermedades no transmisibles causantes de egresos hospitalarios mientras que en el femenino, el sexto. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica realizada en 2002 en sujetos de 18 a 65 años de edad, 9.1% de la población ha cursado con algún trastorno afectivo, con una prevalencia de 11.2% en mujeres y 6.7% en hombres. ⁽⁴⁾ La depresión constituye la tercera y cuarta parte del total de consultas realizadas al nivel primario de atención. Según datos de la OMS, hay 100 millones de nuevos casos cada año en el mundo, con un alto predominio en el adulto, de un 15 % para los hombres y 24 % para las mujeres. El 70 % de los pacientes están comprendidos entre los 18 y 45 años de edad. ^(5,6)

Hasta una tercera parte de los pacientes de atención primaria presentan síntomas de ansiedad importantes. Aproximadamente el 15 % padece un trastorno de ansiedad en curso, y el 24 %, un trastorno de ansiedad a lo largo de la vida, evaluados mediante una entrevista diagnóstica. ⁽⁷⁾ De esta manera los síntomas y trastornos depresivos-ansiosos son los problemas de salud mental más comunes, y pueden afectar severamente la calidad de vida de las personas. Por ello resulta de importancia contar con estimaciones de la prevalencia de estas manifestaciones psicopatológicas, considerando en ello los distintos factores que influyen en éstas. ⁽⁸⁾

La problemática referida anteriormente se ve reflejada en los datos de vigilancia epidemiológica, según los cuales se indica una fuerte comorbilidad entre ambos tipos de trastorno, sin que llegue a establecerse con precisión cuál antecede o predispone al otro, o si se trata de una confusión entre ambos trastornos, dada la presencia de síntomas comunes. Este último hecho se hace más evidente cuando se considera que muchos de los síntomas tradicionalmente atribuidos a la ansiedad, también se presentan en la depresión y viceversa, así como los casos en los que algunos síntomas pueden llegar a constituirse en cuadros clínicos completos. ⁽⁹⁾

Básicamente, la depresión se caracteriza por un estado de tristeza profunda y una pérdida de interés o placer que perduran durante al menos dos semanas y que están presentes la mayor parte del día. ⁽¹⁰⁾

Criterios DSM-IV-TR para el diagnóstico de episodio de depresión

A. Presencia de 5 (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representa un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: no incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

(1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (por ejemplo se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (por ejemplo llanto).

- (2) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
 - (3) Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (por ejemplo un cambio de más del 5% del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.
 - (4) Insomnio o hipersomnia casi cada día.
 - (5) Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
 - (6) Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
 - (7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
 - (8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
 - (9) Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de de suicidio o un plan específico para suicidarse.
- B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
- C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (por ejemplo, hipotiroidismo)
- E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (por ejemplo, después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor. ⁽¹¹⁾

En la mujer, la depresión se relaciona con los cambios hormonales propios del inicio de la pubertad, del posparto y de la perimenopausia, además de factores psicosociales que

la hacen más susceptible, como el bajo nivel escolar y socioeconómico, baja autoestima, aislamiento social y violencia intrafamiliar o de pareja, ⁽¹²⁾ la vivencia de pérdidas, no sólo personales (la muerte o separación de la pareja), sino también de un papel social (ser corrido del trabajo) o de una idea (descubrir el comportamiento delictivo de un hijo). ⁽¹³⁾

La ansiedad es una emoción natural, presente en todos los humanos, a la que se atribuye una función adaptativa, pues pone en alerta al individuo ante una posible amenaza; sin embargo, en ocasiones, y especialmente cuando alcanza una elevada intensidad, determina cambios somáticos percibidos por él, pérdida de control sobre la conducta normal y deterioro del funcionamiento. ⁽¹⁴⁾ La autoestima y la asertividad son conceptos que se encuentran íntima y directamente ligados, es decir, una adecuada asertividad supone un grado apropiado de autoestima y a la inversa. Otros autores, como Alberti y Emmons, consideran que la conducta asertiva permite a una persona actuar en función de su propio interés, defenderse a sí misma sin ansiedad y expresar sus derechos sin destruir los de otros, por lo cual puede comunicarse en forma directa y adecuada en situaciones sociales e interpersonales. ⁽¹⁵⁾

El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por la existencia de preocupación excesiva e incontrolable por circunstancias acontecimientos o conflictos actuales. Esta preocupación llega a interferir con el nivel de actividad de la persona o a causar un malestar significativo. El trastorno tiene una duración prolongada y un curso fluctuante.

Criterios DSM-IV-TR para el diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada

- A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan durante más de 6 meses.
- B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.
- C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses).

(1) Inquietud o impaciencia.

(2) Fatigabilidad fácil.

(3) Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco.

(4) Irritabilidad.

(5) Tensión muscular.

(6) Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador).

- D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno del Eje I; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.
- E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (por ejemplo, hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo. ⁽¹¹⁾

En la mayoría de los pacientes la ansiedad tiende a mantenerse, e incluso a extenderse y generalizarse. Tratar de sobreponerse a base de fuerza de voluntad, como piensan algunas personas, no es efectivo. Querer que los síntomas desaparezcan no da resultado, no es suficiente. Lo más conveniente es tratarse lo antes posible para modificar hábitos conductuales. ⁽¹⁶⁾ Bittner indica que padecer un trastorno de ansiedad se constituye en un importante factor de riesgo para desarrollar un trastorno depresivo mayor en el futuro. ^(9,17) Gran número de pacientes que concurren a los servicios de medicina familiar presentan en su cuadro clínico síntomas depresivos insuficientes en número o intensidad para los criterios exigidos en el diagnóstico. Estos pacientes

suelen presentar una serie de quejas somáticas, con cuadros mixtos ansioso-depresivos. (5,18)

El término somatización, antes conocido como histeria o síndrome de Briquet, se define como “la expresión somática del distrés psicosocial”. De acuerdo con el Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR), la somatización puede manifestarse durante toda la vida e iniciar antes de los 30 años de edad. Es un historial de incapacitación o búsqueda de tratamientos para distintas afecciones físicas que no pueden explicarse por completo a través de una enfermedad médica general, o que superan en gran medida lo que cabría esperar a partir de la exploración. (19)

Pautas diagnósticas del trastorno mixto ansioso-depresivo, según la CIE-10

- Estado de ánimo bajo o tristeza.
- Pérdida de interés o de capacidad de disfrutar.
- Ansiedad o preocupaciones predominantes.
- Frecuentemente aparecen síntomas asociados:

Trastornos del sueño, temblores, astenia y pérdida de energía, palpitaciones, falta de concentración, mareos, trastornos del apetito, sequedad de boca, ideas o actos suicidas, tensión o intranquilidad, pérdida de la libido. (3)

Criterios diagnósticos del Trastorno Mixto Ansioso-Depresivo (DSM-IV)

A. Humor disfórico persistente o recurrente de al menos, 1 mes de duración.

B. El humor disfórico se acompaña, durante al menos un mes, de 4 o más de los siguientes síntomas:

1. Dificultades de concentración.
2. Alteraciones del sueño (dificultad en quedarse o permanecer dormido o sueño insatisfactorio).
3. Fatiga o poca energía.
4. Irritabilidad.
5. Preocupaciones.
6. Llanto fácil.
7. Hipervigilancia.
8. Anticiparse a lo peor.
9. Desesperanza.

10. Baja autoestima o sentimientos de inutilidad.

C. Los síntomas causan clínicamente un significativo malestar o afectan al funcionamiento social, ocupacional u otras áreas importantes.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos directos de una sustancia (Ej. Droga de abuso, medicación) o a enfermedad médica.

E. Todos de los siguientes:

1. No reúne criterios de trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno de pánico ni trastorno generalizado de ansiedad.

2. No reúne criterios de otro trastorno de ansiedad o trastorno del humor (incluido el trastorno de ansiedad o depresión en remisión).

3. Los síntomas no se explican mejor para otro trastorno mental cualquiera. ⁽³⁾

Actitud ante el paciente

El médico debe crear un ambiente de cordialidad que permita al paciente expresar sus emociones, garantizando la confidencialidad de la información que se solicita. Es necesario lograr el compromiso del paciente y su familia en el tratamiento, explicando en forma detallada la naturaleza de la enfermedad, así como las posibilidades terapéuticas. Liberar al paciente de factores de estrés en lo posible, lo ayudara a combatir rumiaciones negativas, para destacar y valorar aspectos positivos.

En caso de que se decida la conveniencia de un tratamiento farmacológico, explicar al paciente el o los fármacos que se van a emplear, su período de latencia, sus posibles factores adversos y los beneficios que se espera obtener. ⁽¹¹⁾

Objetivos del tratamiento

1) Conseguir la remisión de los síntomas.

2) Recuperar el nivel de funcionamiento.

3) Mantener la mejoría obtenida.

4) Prevenir recurrencias.

La psicoterapia es preferible a los tratamientos psicofarmacológicos, pero con frecuencia no pueden administrarse debido a los limitados recursos asistenciales disponibles. Puede que mantengan su eficacia mejor que los tratamientos farmacológicos, pero existen pocas comparaciones a largo plazo. Las recaídas pueden ser menos frecuentes tras interrumpir la terapia cognitivo conductual que tras

interrumpir los fármacos. La mejoría inicial alcanzada con la terapia cognitivo conductual puede mantenerse durante 2 años, especialmente si el tratamiento es conducido por un psicoterapeuta experimentado. Las terapias cognitivas son más eficaces que otros métodos genéricos como relajación o psicoterapia no directiva. (20)

Antidepresivos tricíclicos

Actúan inhibiendo la recaptación de noradrenalina y serotonina, siendo este último neurotransmisor crucial en la resolución de la ansiedad. La amitriptilina, por sus efectos sedativos podría tener ventajas sobre los otros tricíclicos. Las desventajas en el uso de los tricíclicos vendrían dadas por su sedación diurna y los efectos anticolinérgicos. (3)

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina

Los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) son mejor tolerados y más seguros en caso de sobredosis que los antidepresivos tricíclicos, por lo que son recomendados usualmente como agentes de primera elección. El Escitalopram (10mg/día) parece mas eficaz y mejor tolerado que la Paroxetina (20mg/día). El Inhibidor Selectivo de la Recaptación de Serotonina y Noradrenalina Venlafaxina también es efectivo, pero debido a cuestiones de tolerabilidad se recomienda con frecuencia para uso como segunda línea de tratamiento. (20)

Benzodiacepina

Tiene la ventaja de su rapidez de acción y suelen utilizarse como medicación de combinación para disminuir la ansiedad y el insomnio pero no han demostrado capacidad antidepresiva. Al actuar precozmente sobre la ansiedad y depresión disminuiría el riesgo de suicidio. Sus desventajas vendrían dadas por el riesgo de producir síndromes de abstinencia y fenómenos de rebote. Es importante tener en cuenta en su utilización la posibilidad de interacciones cuando se emplean en combinación con los antidepresivos, pues son metabolizados por el citocromo P450 3A4 (inhibido por el inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, fluoxetina y tricíclicos) con el resultado de incremento de los niveles plasmáticos. Este fenómeno ocurriría con benzodiacepinas del tipo diazepam y nitracepán, las triazolobenzodiacepinas como el alprazolam y midazolam y otras sustancias como el zolpiden. (3)

Es importante conocer el trastorno ansioso-depresivo ya que más de la mitad de los pacientes con un problema psiquiátrico reciben tratamiento para sus síntomas del médico de atención primaria y no del especialista en salud mental. (7)

Instrumentos de aplicación:

Escala de Hamilton (HRSA): Explora el estado de ansiedad, es autoaplicable, consta de 14 cuestiones, cada una con puntuaciones de 0 a 4. Grado de Ansiedad: Un puntaje total de 0-6 ansiedad ausente, un puntaje total de 7-20 representa una ansiedad leve, un puntaje total de 21-34 representa una ansiedad moderada, un puntaje total mayor de 49 representa una ansiedad severa, altamente incapacitante. (21)

Fiabilidad: Muestra una buena consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,79 a 0,86). Con un adecuado entrenamiento en su utilización la concordancia entre distintos evaluadores es adecuada ($r = 0,74 - 0,96$). Posee excelentes valores test-retest tras un día y tras una semana ($r = 0,96$) aceptable estabilidad después de un año ($r = 0,64$). (22)

Validez: La puntuación total presenta una elevada validez concurrente con otras escalas que valoran ansiedad, como The Global Rating of Anxiety by Covi ($r = 0,63 - 0,75$) y con el Inventario de Ansiedad de Beck ($r=0,56$). Distingue adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos (puntuaciones medias respectivas de 18,9 y 2,4). Posee un alto grado de correlación con la Escala de Depresión de Hamilton ($r = 0,62 - 0,73$). (22)

Escala de depresión de Beck (BDI-II): 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 actual. (23) Este cuestionario autoaplicable cuenta con 21 grupos de enunciados, después de leer cuidadosamente los cuatro enunciados correspondientes a cada grupo, se marca el número (0, 1, 2 o 3) que se encuentren junto al enunciado de cada grupo que mejor describa la manera como se ha sentido el paciente durante la última semana, incluyendo el día que se aplica el instrumento. 0-9 puntos ausencia de depresión, 10-16 puntos depresión media, 17-29 puntos depresión moderada, 30-63 puntos depresión severa.

La fiabilidad es alta o muy alta (desde 0.58 a 0.93), y su consistencia interna muy alta tanto en pacientes (alfa de Cronbach medio=0.87) como en muestras de población general (0.81). (24)

Validez: Existen dos traducciones del BDI-II al castellano. Una traducción está disponible junto con el propio Manual del BDI-II, y ha sido estudiada por Penley et al. (2003) en Estados Unidos con población latina. Otra traducción y estudio de sus propiedades psicométricas ha sido realizada en España. En los dos casos, las investigaciones corroboraron la confiabilidad transcultural del instrumento y su capacidad de discriminar adecuadamente la presencia de síntomas y trastornos depresivos. (23)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Aproximadamente el 20%-25% de los pacientes que acuden a consulta del médico general sufre algún tipo de trastorno mental, generalmente trastornos afectivos (ansiedad y depresión) de carácter habitualmente leve. La depresión y la ansiedad son los trastornos psiquiátricos más prevalentes, calculándose que más del 20% de la población general sufrirá alguno de ellos en un momento de sus vidas. Según un estudio dirigido por la propia OMS en una población de pacientes de atención primaria procedentes de 14 países, el trastorno mixto ansioso-depresivo se presenta con una prevalencia de 1-2% (media 1,3%) y según estudios recientes esta combinación de síntomas ocurre entre el 5-15% aproximadamente de los pacientes vistos en atención primaria. ⁽³⁾

Debido a los altos costos e impacto económico en medicamentos, días hospitalización e incapacidad para laborar cuando la mayoría de estos pacientes se encuentran en edad productiva, así como la alteración del funcionamiento familiar y social, en el sector salud deriva la necesidad de identificar en forma temprana este tipo de padecimientos afectivos, contando con estimaciones de la prevalencia de estas manifestaciones psicopatológicas, considerando en ello los distintos factores que influyen para su presentación. ⁽⁸⁾

En la Unidad de Medicina Familiar 44 de Arandas, Jalisco, donde se realizó este estudio, el trastorno de ansiedad y depresión se encuentra dentro de los 10 primeros motivos de consulta, ocupando entre el sexto y séptimo lugar, con mayor afectación en mujeres en edad productiva. ⁽²⁵⁾

Por lo que es necesario conocer ¿Cuál es la frecuencia del trastorno ansioso-depresivo en mujeres de 20 a 59 años de edad en la UMF 44 de Arandas Jalisco?

JUSTIFICACIÓN

MAGNITUD: Según un estudio dirigido por la propia OMS en una población de pacientes de atención primaria procedentes de 14 países, el trastorno ansioso-depresivo se presenta con una prevalencia de 1-2% (media 1,3%). Aproximadamente el 20%- 25% de los pacientes que acuden a consulta del médico general sufre algún tipo de trastorno mental, generalmente trastornos afectivos (ansiedad y depresión) de carácter habitualmente leve. ⁽³⁾ En México estos trastornos se han vuelto un problema de salud pública por ser una importante causa de enfermedad, discapacidad y muerte. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica realizada en 2002 en sujetos de 18 a 65 años de edad, 9.1 % de la población ha cursado con algún trastorno afectivo, con una prevalencia de 11.2 % en mujeres y 6.7 % en hombres. ⁽⁴⁾ En la Unidad de Medicina Familiar 44 de Arandas, Jalisco, donde se realizó este estudio, el trastorno de ansiedad y depresión se encuentra dentro de los 10 primeros motivos de consulta, ocupando entre el sexto y séptimo lugar, con mayor afectación en mujeres en edad productiva, ⁽²⁵⁾ teniendo una pirámide poblacional global de 24,643 pacientes, de los cuales 4,738 son mujeres en el rango de edad de 20 a 59 años de edad, correspondiendo al 19.22% de pacientes la cual fue nuestra población a considerar. ⁽²⁶⁾

TRASCENDENCIA: Los síntomas y trastornos depresivos-ansiosos son los problemas de salud mental más comunes, y pueden afectar severamente la calidad de vida de las personas. Por ello resulta de importancia contar con estimaciones de la prevalencia de estas manifestaciones psicopatológicas, considerando en ello los distintos factores que influyen para su presentación. ⁽⁸⁾ Gran número de pacientes que concurren a los servicios de medicina familiar presentan en su cuadro clínico síntomas depresivos insuficientes en número o intensidad para los criterios exigidos en el diagnóstico. Estos pacientes suelen presentar una serie de quejas somáticas, con cuadros mixtos ansioso-depresivos. ^(5,18) El término somatización, antes conocido como histeria o síndrome de Briquet, se define como “la expresión somática del distrés psicosocial”. De acuerdo con el Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR), la somatización puede manifestarse durante toda la vida e iniciar antes de los 30 años de

edad. Es un historial de incapacidad o búsqueda de tratamientos para distintas afecciones físicas que no pueden explicarse por completo a través de una enfermedad médica general, o que superan en gran medida lo que cabría esperar a partir de la exploración. ⁽¹⁹⁾ Por lo anterior y debido a los altos costos e impacto económico en medicamentos, días hospitalización e incapacidad para laborar cuando la mayoría de estos pacientes se encuentran en edad productiva, así como la alteración del funcionamiento familiar y social, en el sector salud derivó la necesidad de identificar en forma temprana este tipo de padecimientos afectivos.

VULNERABILIDAD: La psicoterapia es preferible a los tratamientos psicofarmacológicos, pero con frecuencia no pueden administrarse debido a los limitados recursos asistenciales disponibles. Las recaídas pueden ser menos frecuentes tras interrumpir la terapia cognitivo conductual que tras interrumpir los fármacos. Las terapias cognitivas son más eficaces que otros métodos genéricos como relajación o psicoterapia no directiva. ⁽²⁰⁾ El trastorno mixto ansioso-depresivo es tratable y curable, cuyo diagnóstico oportuno, seguimiento adecuado, rehabilitación y reinserción social del paciente, iniciado precozmente, disminuye las probabilidades de recaídas, recidivas y tendencias a la cronicidad, incluso la muerte. Por ello resulta de importancia contar con estimaciones de la prevalencia de estas manifestaciones psicopatológicas, considerando en ello los distintos factores que influyen. ⁽⁵⁾

FACTIBILIDAD: Es aplicable al tipo de población, la forma de abordar a los pacientes es parte de la cotidianidad y se cuenta con los recursos humanos y económicos necesarios.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Identificar frecuencia del trastorno ansioso-depresivo en mujeres de 20 a 59 años de edad, en UMF 44 Arandas, Jalisco.

OBJETIVO ESPECIFICO:

- Identificar la frecuencia de mujeres con ansiedad mediante la escala de ansiedad de Hamilton.
- Señalar la frecuencia de mujeres con depresión mediante la escala de depresión de Beck.
- Identificar la escolaridad, de las mujeres con ansiedad, depresión y/o trastorno ansioso-depresivo.
- Demostrar la edad de mayor frecuencia de la ansiedad, depresión y/o trastorno ansioso-depresivo.
- Señalar la frecuencia del estado civil de las mujeres con ansiedad, depresión y/o trastorno ansioso-depresivo.
- Identificar la ocupación, de las mujeres con ansiedad, depresión y/o trastorno ansioso-depresivo.

HIPOTESIS DE TRABAJO

No aplico por tratarse de un estudio descriptivo

METODOLOGÍA

-TIPO DE ESTUDIO

Estudio transversal y descriptivo.

-POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO

Se consideró para el estudio, el total de pacientes del género femenino entre 20 y 59 años de edad, de la UMF 44 turno matutino y vespertino, de Arandas, Jalisco, que acudieron a consulta del 01 de Octubre 2009 al 30 de Noviembre 2009.

-TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se realizó el cálculo del tamaño de muestra con fórmula, teniendo en cuenta, un universo de 4,738 mujeres de 20 a 59 años de edad, de acuerdo a la pirámide poblacional ⁽²⁶⁾ y una prevalencia esperada del 11.2% ⁽⁴⁾, se dio un margen de error del 10% y se obtuvo un resultado de 209 pacientes a encuestar, en ambos turnos, en forma aleatorizada, previa autorización verbal y reunión de los criterios de inclusión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes del género femenino de 20 a 59 años que acudieron a consulta en la unidad de Medicina Familiar No. 44 y aceptaron participar.
- Autorización verbal mediante consentimiento bajo información.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes que no saben leer y escribir.
- Pacientes con problemas psicológicos o psiquiátricos que impidieran realizar el estudio.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Instrumentos con información incompleta.

-INFORMACIÓN A RECOLECTAR

VARIABLE	DEFINICION	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	ESTADISTICO
ANSIEDAD	Ansiedad y preocupación excesivas por más de 6 meses.	Categórica	Con Ansiedad Sin Ansiedad	Frecuencia simple y %
DEPRESIÓN	Estado de tristeza profunda y una pérdida de interés o placer que perduran durante al menos dos semanas y que están presentes la mayor parte del día.	Categórica	Con Depresión Sin Depresión	Frecuencia simple y %
TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN	Humor disfórico persistente o recurrente de al menos, 1 mes de duración.	Categórica	Con Trastorno de Ansiedad y Depresión Sin Trastorno de Ansiedad y Depresión	Frecuencia simple y %
ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON	Explora el estado de ansiedad, consta de 14preguntas	Categórica	Ausencia Leve Moderada Severa	Frecuencia simple y %
ESCALA PARA DEPRESIÓN DE BECK	Explora el estado depresivo, consta de 21 enunciados	Categórica	Ausencia Media Moderada Severa	Frecuencia simple y %
EDAD	Edad en años cumplidos	Numérica	20 a 29 años 30 a 39 años 40 a 49 años 50 a 59 años	Frecuencia simple y %
ESCOLARIDAD	Estudios que alcanzo el individuo de manera oficial	Categórica	Primaria Secundaria Preparatoria Técnica Licenciatura	Frecuencia simple y %
ESTADO CIVIL	Se definirá con relación a la situación legal	Categórica	Soltera Casada Viuda Divorciado Unión libre	Frecuencia simple y %
OCUPACION	Define como la actividad laboral, en el hogar o fuera de este.	Categórica	Hogar Fuera del hogar Desempleada	Frecuencia simple y %

-MÉTODO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN

Se inicio el 01 de Octubre 2009 al 30 de Noviembre 2009, se realizo en la sala de espera de la Unidad de Medicina Familiar # 44 de Arandas Jalisco, el tesista entrevisto a las mujeres que acudieron a consulta y se recolecto la información de los cuestionarios de las escalas de medición de ansiedad de Hamilton y depresión de Beck autoaplicados a pacientes femeninas de 20 a 59 años de edad, previo consentimiento verbal bajo información. Tomándose una muestra de 209 pacientes correspondiente a lo calculado, en el turno matutino y vespertino.

La descripción de las variables se expreso con frecuencia simple y porcentaje, para comparación de las variables de acuerdo a su categoría se utilizo X^2 y al comparar se tomo una significancia estadística $p < 0.05$. Se utilizo la ayuda del programa estadístico SPSS versión 10. Los resultados se expresaron en tablas de contingencia y gráficas.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente proyecto de investigación se clasifica como un estudio clase I en la Ley General de Salud de México y con base en los lineamientos de dicha clasificación se consideraran los siguientes:

Los procedimientos de este estudio estarán de acuerdo con las normas éticas internacionales, con el Reglamento de la Ley General en materia de Investigación para la Salud, y con la declaración de Helsinki de 1975 enmendada en 1989.

Titulo segundo, capitulo 1, articulo 17, sección 1, Investigación sin riesgos.

Se requerirá consentimiento bajo información ya que toda investigación en la que participen seres humanos es necesaria su autorización.

Se respetarán aspectos de confidencialidad, autonomía, no daño y beneficio de paciente.

En este estudio se contemplaron los siguientes aspectos:

Participación voluntaria: Se solicito a la paciente a través de su consentimiento informado, la paciente fue libre de participar o no según propia decisión después de haber escuchado los objetivos del estudio.

Consentimiento informado: Se realizó en forma verbal, se le explicó claramente a la paciente quiénes fueron los responsables del estudio, los objetivos, los procedimientos, beneficios y posibles riesgos.

Confidencialidad: La información recolectada fue manejada en forma confidencial y utilizada exclusivamente para los fines de investigación de este estudio. Los nombres, cédulas y otros identificadores del paciente fueron borrados de la base de datos y no serán mencionados en los resultados o comunicaciones científicas.

Derecho a la no subsiguiente participación: La paciente tuvo de su conocimiento que tenía el derecho, una vez incluido en el estudio a no continuar y retirarse si la paciente lo estimaba conveniente, sin expresión de causa y sin que por ello se derivara para ella responsabilidad ni perjuicio alguno.

RESULTADOS

-DESCRIPCIÓN (ANÁLISIS ESTADÍSTICO) DE LOS RESULTADOS

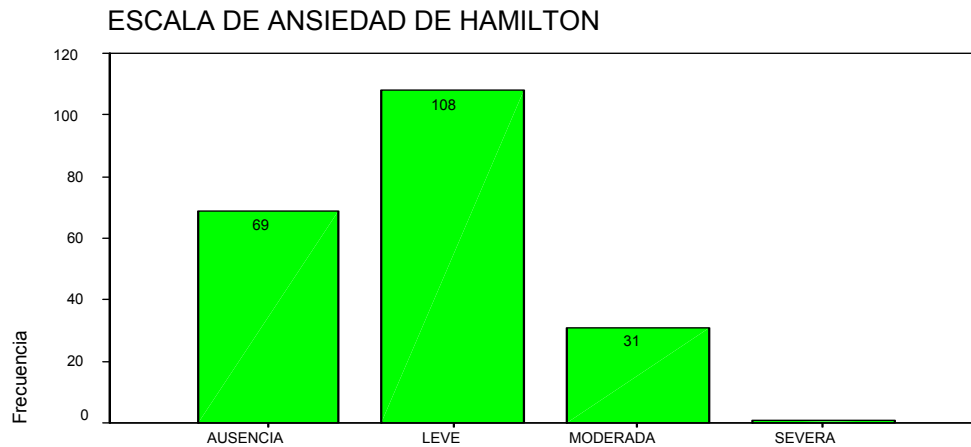
Este estudio incluyó 209 pacientes del género femenino, lo que correspondió al 4.41% del total de mujeres de 20 a 59 años de edad derechohabientes de la UMF 44 Arandas, Jalisco y fue de acuerdo al tamaño de la muestra calculado.

TABLA 1. Frecuencia de ansiedad de acuerdo a la Escala de Hamilton

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	AUSENCIA	69	33.0
	LEVE	108	51.7
	MODERADA	31	14.8
	SEVERA	1	.5
	Total	209	100.0

FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

GRAFICO 1. Frecuencia de ansiedad de acuerdo a la Escala de Hamilton



ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

Se identificó la frecuencia de ansiedad en las pacientes encuestadas mediante la escala de ansiedad de Hamilton, encontrando 108 pacientes con ansiedad leve, 31 pacientes con ansiedad moderada y una paciente con ansiedad severa, estos casos corresponden en su conjunto al 67% del total de la muestra. **(Tabla 1) (Grafico 1)**

TABLA 2. Ansiedad *Edad

Tabla de contingencia ANSIEDAD * EDAD

Recuento		EDAD				Total
		20 A 29 AÑOS	30 A 39 AÑOS	40 A 49 AÑOS	50 A 59 AÑOS	
ANSIEDAD	SI ANSIEDAD	36	37	36	31	140
	NO ANSIEDAD	27	29	12	1	69
Total		63	66	48	32	209

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	20.643 ^a	3	.000

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 10.56.

FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

En cuanto a la relación de la ansiedad con la edad, se formaron grupos que iban de 20 a 29 años de edad, 30 a 39 años de edad, 40 a 49 años de edad y 50 a 59 años de edad, se demostró una afectación mayor en forma discreta en las pacientes con ansiedad que se encontraban en rangos de edad de 30 a 39 años de edad, con una significancia estadística $X^2=20.643$, $gl=3$, $p=0.000$. (**Tabla 2**)

TABLA 3. Ansiedad *Escolaridad

Tabla de contingencia ANSIEDAD * ESCOLARIDAD

Recuento		ESCOLARIDAD					Total
		PRIMARIA	SECUNDARIA	PREPARATORIA	TECNICA	LICENCIATURA	
ANSIEDAD	SI ANSIEDAD	83	33	8	9	7	140
	NO ANSIEDAD	22	19	7	11	10	69
Total		105	52	15	20	17	209

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	17.956 ^a	4	.001

a. 1 casillas (10.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 4.95.

FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

Se observó que la mayoría de las pacientes con ansiedad contaba únicamente con escolaridad básica, identificando 83 pacientes con primaria, 33 con secundaria, 8 con preparatoria, 9 con preparación técnica y 7 con licenciatura, con una significancia estadística $X^2=17.956$, $gl=4$, $p=0.001$. **(Tabla 3)**

TABLA 4. Ansiedad *Estado civil

Tabla de contingencia ANSIEDAD * ESTADO CIVIL

Recuento		ESTADO CIVIL					Total
		SOLTERA	CASADA	VIUDA	DIVORCIADA	UNION LIBRE	
ANSIEDAD	SI ANSIEDAD	16	108	8	4	4	140
	NO ANSIEDAD	17	46	1	1	4	69
Total		33	154	9	5	8	209

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9.175 ^a	4	.057

a. 4 casillas (40.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 1.65.

FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

Del total de las 140 pacientes con ansiedad, 108 eran casadas, 16 solteras, 8 viudas, 4 divorciadas y 4 vivían en unión libre, con una significancia estadística $X^2=9.175$, $gl=4$, $p=0.057$. (Tabla 4)

TABLA 5. Ansiedad *Ocupación

Tabla de contingencia ANSIEDAD * OCUPACION

Recuento		OCUPACION			Total
		HOGAR	FUERA DEL HOGAR	DESEMPLEADA	
ANSIEDAD	SI ANSIEDAD	89	46	5	140
	NO ANSIEDAD	25	43	1	69
Total		114	89	6	209

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	16.480 ^a	2	.000

a. 2 casillas (33.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 1.98.

FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

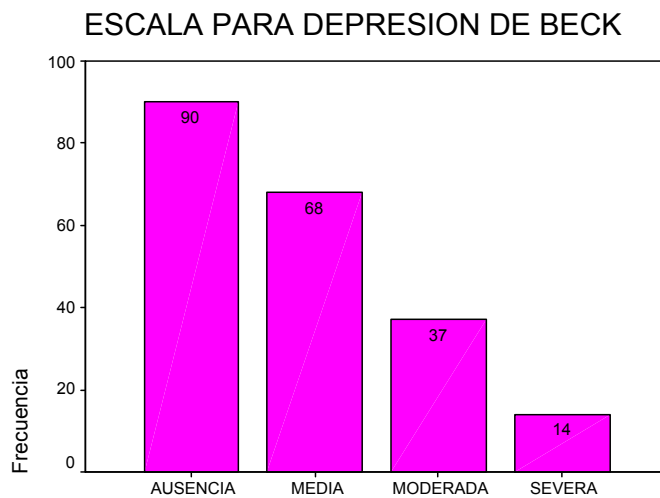
En la asociación de ansiedad y ocupación, 89 pacientes se dedicaban al hogar, 46 tenían una ocupación fuera del hogar y 5 eran desempleadas, con una significancia estadística de $X^2=16.480$, $gl=2$, $p=0.000$. (**Tabla 5**)

TABLA 6. Frecuencia de depresión de acuerdo a la Escala de Beck

ESCALA PARA DEPRESION DE BECK			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	AUSENCIA	90	43.1
	MEDIA	68	32.5
	MODERADA	37	17.7
	SEVERA	14	6.7
	Total	209	100.0

FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

GRAFICO 2. Frecuencia de depresión de acuerdo a la Escala de Beck



ESCALA PARA DEPRESION DE BECK

FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

La frecuencia de la depresión fue obtenida mediante la escala de Beck con un resultado del 56.9% del total de la muestra, es decir 119 pacientes con depresión en diferentes grados, la estadificación se llevo a cabo según el puntaje obtenido mediante la escala de Beck, encontrándose 68 pacientes con depresión media, 37 pacientes con depresión moderada y 14 pacientes con depresión severa. **(Tabla 6) (Grafico 2)**

TABLA 7. Depresión *Edad

Tabla de contingencia DEPRESION * EDAD

Recuento		EDAD				Total
		20 A 29 AÑOS	30 A 39 AÑOS	40 A 49 AÑOS	50 A 59 AÑOS	
DEPRESION	SI DEPRESION	36	31	27	25	119
	NO DEPRESION	27	35	21	7	90
Total		63	66	48	32	209

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8.544 ^a	3	.036

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 13.78.

FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

Se demostró que de las pacientes con depresión el grupo de edad más afectado fue el de 20 a 29 años de edad con 36 pacientes, siguió el grupo de 30 a 39 años de edad con 31 pacientes, el grupo de 40 a 49 años de edad tuvo 27 pacientes y finalmente el grupo de 50 a 59 años de edad con 25 pacientes, con una significancia estadística de $X^2=8.544$, $gl=3$, $p=0.036$. (**Tabla 7**)

TABLA 8. Depresión *Escolaridad

Tabla de contingencia DEPRESION * ESCOLARIDAD

Recuento		ESCOLARIDAD					Total
		PRIMARIA	SECUNDARIA	PREPARATORIA	TECNICA	LICENCIATURA	
DEPRESION SI	DEPRESION	76	25	5	7	6	119
	DEPRESION NO	29	27	10	13	11	90
Total		105	52	15	20	17	209

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	22.461 ^a	4	.000

^a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 6.46.

FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

En cuanto a las variables depresión y escolaridad se encontró una mayor frecuencia de pacientes que solo contaban con primaria con 76 casos, 25 pacientes con secundaria, 7 pacientes con preparación técnica, 6 pacientes con licenciatura y 5 pacientes con preparatoria, con una significancia estadística de $X^2=22.461$, $gl=4$, $p=0.000$. **(Tabla 8)**

TABLA 9. Depresión *Estado civil

Tabla de contingencia DEPRESION * ESTADO CIVIL

Recuento		ESTADO CIVIL					Total
		SOLTERA	CASADA	VIUDA	DIVORCIADA	UNION LIBRE	
DEPRESION	SI DEPRESION	15	90	8	2	4	119
	NO DEPRESION	18	64	1	3	4	90
Total		33	154	9	5	8	209

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6.406 ^a	4	.171

a. 5 casillas (50.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 2.15.

FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

El estado civil que predominó en las pacientes con depresión fue el de casada con 90 casos, 15 pacientes solteras, 8 pacientes viudas, 4 pacientes en unión libre y el estado civil menos frecuente fue el de divorciada con 2 casos, con una significancia estadística de $X^2=6.406$, $gl=4$, $p=0.171$. **(Tabla 9)**

TABLA 10. Depresión *Ocupación

Tabla de contingencia DEPRESION * OCUPACION

Recuento		OCUPACION			Total
		HOGAR	FUERA DEL HOGAR	DESEMPLEADA	
DEPRESION	SI DEPRESION	73	41	5	119
	NO DEPRESION	41	48	1	90
Total		114	89	6	209

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8.336 ^a	2	.015

a. 2 casillas (33.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2.58.

FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

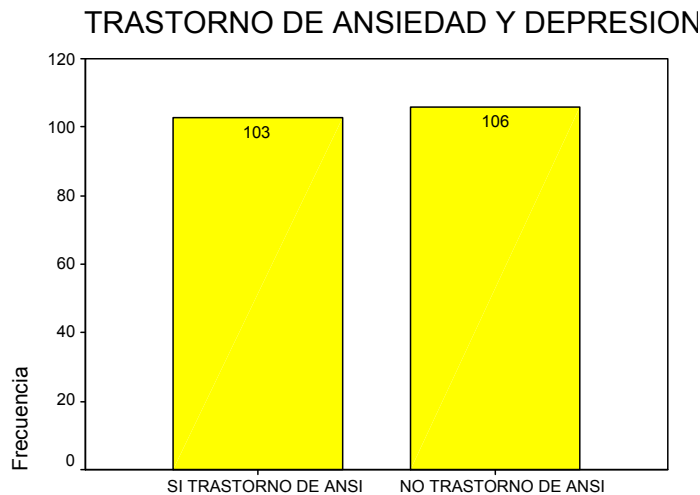
Al cuestionarlas sobre su ocupación, de las 119 pacientes con depresión se identificó que 73 de ellas se dedicaban al hogar, 41 pacientes tenían una ocupación fuera del hogar y 5 pacientes eran desempleadas, con una significancia estadística de $X^2=8.336$, $gl=2$, $p=0.015$. **(Tabla 10)**

TABLA 11. Frecuencia del Trastorno de Ansiedad y Depresión

TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESION		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	SI TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESION	103	49.3
	NO TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESION	106	50.7
	Total	209	100.0

FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

GRAFICO 3. Frecuencia del Trastorno de Ansiedad y Depresión



TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESION

FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

Del total de la muestra 103 pacientes mostraron trastorno ansioso-depresivo, debido a la presencia de ansiedad y depresión según las escalas para ansiedad de Hamilton y para depresión de Beck, lo cual corresponde al 49.3%, las 106 pacientes restantes presentaron en forma separada ansiedad, depresión o ninguno de estos padecimientos.

(Tabla 11) (Grafico 3)

TABLA 12. Trastorno de Ansiedad y Depresión *Edad

Tabla de contingencia

Recuento		EDAD				Total
		20 A 29 AÑOS	30 A 39 AÑOS	40 A 49 AÑOS	50 A 59 AÑOS	
TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESION	SI TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESION	30	23	25	25	103
	NO TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESION	33	43	23	7	106
Total		63	66	48	32	209

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	16.372 ^a	3	.001

^a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 15.77.

FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

El trastorno de ansiedad y depresión en relación con la variable edad, demostró que el grupo más afectado fue el de 20 a 29 años de edad con 30 casos, después los grupos de 40 a 49 años de edad y 50 a 59 años de edad con 25 casos cada uno respectivamente y al final el grupo de 30 a 39 años de edad con 23 casos, con una significancia estadística de $X^2=16.372$, $gl=3$, $p=0.001$. (**Tabla 12**)

TABLA 13. Trastorno de Ansiedad y Depresión *Escolaridad

Tabla de contingencia TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESION * ESCOLARIDAD

Recuento		ESCOLARIDAD					Total
		PRIMARIA	SECUNDARIA	PREPARATORIA	TECNICA	LICENCIATURA	
TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESION	SI	70	21	3	5	4	103
	NO	35	31	12	15	13	106
Total		105	52	15	20	17	209

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	28.717 ^a	4	.000

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 7.39.

FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

Se identificó una mayor frecuencia de escolaridad primaria en las pacientes con trastorno de ansiedad y depresión registrando 70 casos, del resto de las pacientes 21 de ellas contaba con secundaria, 5 con preparación técnica, 4 con licenciatura y 3 pacientes con preparatoria, con una significancia estadística de $X^2=28.717$, $gl=4$, $p=0.000$. (Tabla 13)

TABLA 14. Trastorno de Ansiedad y Depresión *Estado civil

Tabla de contingencia

Recuento		ESTADO CIVIL					Total
		SOLTERA	CASADA	VIUDA	DIVORCIADA	UNION LIBRE	
TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESION	SI TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESION	13	79	7	2	2	103
	NO TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESION	20	75	2	3	6	106
Total		33	154	9	5	8	209

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6.525 ^a	4	.163

a. 6 casillas (60.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 2.46.

FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

En cuanto a la variable estado civil relacionada con el trastorno de ansiedad y depresión, 79 pacientes eran casadas, 13 pacientes solteras, 7 pacientes viudas, 2 pacientes divorciadas y 2 en unión libre, con una significancia estadística de $X^2=6.525$, $gl=4$, $p=0.163$. (**Tabla 14**)

TABLA 15. Trastorno de Ansiedad y Depresión *Ocupación

Tabla de contingencia TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESION * OCUPACION

Recuento

		OCUPACION			Total
		HOGAR	FUERA DEL HOGAR	DESEMPLEADA	
TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESION	SI TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESION	66	32	5	103
	NO TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESION	48	57	1	106
Total		114	89	6	209

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12.491 ^a	2	.002

a. 2 casillas (33.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2.96.

FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

Se demostró que 66 de las pacientes con trastorno de ansiedad y depresión se dedicaban al hogar, 32 pacientes tenían una ocupación fuera de este y 5 pacientes eran desempleadas, con una significancia estadística de $X^2=12.491$, $gl=2$, $p=0.002$. **(Tabla 15)**

DISCUSIÓN

La depresión y la ansiedad se consideran entidades autónomas en las diferentes clasificaciones diagnósticas actuales, pero en la práctica clínica ambas coexisten con frecuencia. La distinción de estos cuadros no resulta fácil, ya que ambas entidades cursan con trastornos del sueño, alteraciones del apetito, déficit de atención y concentración, cansancio, astenia, irritabilidad. (2,3,5,11) Estos síntomas son lo suficientemente numerosos para reunir criterios diagnósticos, con una alta comorbilidad entre ambos trastornos, según la National Comorbidity Survey (NCS), de cerca del 60% de los casos. (3,9,21) En la investigación realizada en la U.M.F. 44 de Arandas Jalisco, la frecuencia del trastorno ansioso depresivo fue del 49.3%, debido a la coexistencia de la ansiedad y la depresión en 103 pacientes de las 209 de la muestra.

Algunos autores (9,17) señalan que padecer un trastorno de ansiedad puede ser un importante factor de riesgo para desarrollar un trastorno depresivo, entre los factores sociodemográficos y socioculturales que influyen en la prevalencia de la depresión y la ansiedad, así como en el trastorno ansioso depresivo se encuentran: edad, escolaridad, ocupación y estado civil.

La etapa de mayor productividad desde el punto de vista laboral es de los 20 a 59 años de edad, (6,12) debido a esto la muestra se estratificó en forma cronológica en cuatro grupos, de las 103 pacientes que presentaron el trastorno de ansiedad y depresión, el grupo con mayor prevalencia fue el de 20 a 29 años de edad con 30 pacientes, otros estudios (1,2,12,13,17) han informado una asociación significativa entre mantener una relación de pareja, baja escolaridad y dedicación al hogar, en las pacientes con trastorno de ansiedad y depresión, los resultados de la investigación fueron coherentes con lo anterior ya que se identificó que la mayoría de las pacientes afectadas con este padecimiento eran casadas, dedicadas al hogar y contaban con instrucción primaria.

La estimación de la frecuencia del trastorno ansioso depresivo se llevo a cabo mediante la utilización de las escalas de Hamilton para ansiedad y la de Beck para depresión, que de acuerdo a otras investigaciones (8,22,23,24) tienen un alto grado de fiabilidad y validez.

CONCLUSIONES

Los trastornos ansiosos y depresivos son los problemas de salud mental más comunes, se determinó una elevada prevalencia del trastorno ansioso depresivo en la población estudiada, como resultado de una fuerte comorbilidad entre el trastorno de ansiedad y el trastorno de depresivo, las características individuales de las pacientes fueron similares: edad media, baja escolaridad, casadas y dedicadas al hogar, estos factores sociodemográficos son de gran importancia para identificar las mujeres que presentan trastorno ansioso depresivo para su diagnóstico y tratamiento oportuno, de esto depende el pronóstico de las pacientes, así como su calidad de vida y por ende una reducción en los costos de atención. Sin embargo se debe tener en cuenta que no todas las personas tienen los mismos síntomas, ni estos la misma intensidad en todos los casos, cada persona, según su predisposición biológica y/o psicológica, puede mostrarse más vulnerable a uno u otros síntomas.

El médico familiar debe tener como objetivo fundamental llevar a cabo una labor preventiva, por lo tanto es de crucial importancia establecer una relación de apoyo con las pacientes, que le permita brindar orientación a ellas y a sus familiares sobre su padecimiento, así como las alternativas de tratamiento, estas acciones están encaminadas a evitar un mayor riesgo de evolución hacia la cronicidad del trastorno ansioso depresivo e incluso llegar al suicidio.

De todo lo anterior se desprende una creciente e imperiosa necesidad de programas de intervención eficaces para la detección y tratamiento de las pacientes con trastorno de ansiedad y depresión en las unidades de medicina familiar, así como la formación de un equipo multidisciplinario en los lugares donde se cuente con recursos humanos disponibles y una adecuada infraestructura, el médico familiar debe afrontar la necesidad de contar con capacitación en salud mental, ya que en la mayoría de los casos el primer contacto se realiza en las unidades de primer nivel de atención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Juárez-Márquez S, Hernández-Rodríguez F, López-Caudana A, Relaciones intrafamiliares en familias hiperdemandantes de atención médica en medicina familiar. Arch. Med. Fam. 2003;5(4):104-8.
2. López MI. Ansiedad y depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad. An. Med. Interna (Madrid). 2007;24(5):209-11.
3. Valle-Fernández J. Depresión con ansiedad. Salud Mental Atención Primaria. Madrid: Salud Global 2002; Año II. Número 3.
4. Leyva-Jiménez R, Hernández-Juárez AM, Nava-Jiménez G, López-Gaona V. Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2007;45(3):225-32.
5. Josué-Díaz L, Torres-Lio Coo V, Font-Darías I, Cardona-Monteagudo M, Sánchez-Arrastía D. Depresión oculta en consulta externa. Rev. Cubana de Med. Militar 2006;35(4):68-71.
6. Josué-Díaz L, Torres-Lio Coo V, Urrutia-Zerquera E, Moreno-Puebla R, Font-Darías I, Cardona-Monteagudo M. Factores psicosociales de la depresión. Rev Cubana Med Militar 2006;35(3):57-64.
7. Weisberg RB, Dyck I, Culpepper L, Keller MB. Tratamiento psiquiátrico en pacientes de atención primaria con trastornos de ansiedad: comparación de la asistencia recibida de profesionales de atención primaria y de psiquiatras. Am J Psychiatry (Ed Esp) 2007;10(5):298-04.
8. Cova F, Melipillán R, Valdivia M, Bravo E, Valenzuela B. Sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes de enseñanza media. Rev Chil Pediatr 2007;78(2):151-9.
9. Agudelo D, Buela-Casal G, Donald-Spielberger C. Ansiedad y depresión: el problema de la diferenciación a través de los síntomas. Salud Mental 2007;30(2):33-41.
10. Belló M, Puentes E, Medina ME, Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. Salud Publica Mex 2005;47 supl 1:4-11.
11. Sainz-Ruiz J, Hidalgo-Rodrigo I, Santos-Gómez JL. Recomendaciones para el diagnóstico tratamiento de los trastornos mentales en atención primaria. Barcelona, España: Ediciones Ars Medica; 2005.

12. Peralta-Pedrero ML, Mercado-Castelazo E, Cruz-Avelar A, Sánchez-Márquez O, Lemus-Rocha R, Martínez-García MC. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en mujeres atendidas en medicina familiar. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2006;44(5):409-14.
13. Lara MA, Navarro C, Navarrete L. Influencia de los sucesos vitales y el apoyo social en una intervención psicoeducativa para mujeres con depresión. *Salud Pública Mex* 2004;46(5):378-87.
14. Albarracín G, Rovira J, Carreras L, Rejas J. Aspectos económicos y epidemiológicos de los trastornos de ansiedad generalizada: una revisión de la literatura. *Actas Esp Psiquiatr* 2008;36(3):165-76.
15. Carreño-Meléndez J, Morales-Carmona F, Sánchez-Bravo C, Henales-Almaraz C, Espíndola-Hernández JG. Una explicación de los síntomas de depresión y ansiedad en mujeres estériles. *Ginecol Obstet Mex* 2007;75(3):133-41.
16. González-Ceinos M. Reflexión sobre los trastornos de ansiedad en la sociedad occidental. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2007;23(1):1-8.
17. Zubeidat I, Fernández-Parra A, Sierra JC, Salinas JM. Evaluación de factores asociados a la ansiedad social y a otras psicopatologías en adolescentes. *Salud Mental* 2008;31(3): 189-96.
18. Boschetti-Fentanes B. La depresión y su manejo en el ámbito de la medicina familiar. *Archivos en Medicina Familiar* 2004;6(3):61-3.
19. Saucedo-Martínez DE, Mendieta-Cabrera D, Vázquez-García A, Salinas-Martínez R. Relación entre ansiedad y depresión con quejas somáticas de tipo doloroso en mujeres mayores de 60 años de edad. *Medicina Universitaria* 2005;7(28):123-7
20. Castro C. Ansiedad generalizada. [Monografía en Internet]. La Coruña: Fisterra.com, Atención Primaria en la Red; 2009 [acceso 22 de junio de 2009]. Disponible en URL: <http://www.fisterra.com/guias2/ansiedad.asp>.
21. Festorazzi-Acosta A, Rodríguez AL, Lotero JA. Epidemiología de los trastornos de ansiedad y depresión en adolescentes de una población rural. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina* [Revista en Internet] 2008 agosto. [acceso 22 de junio de 2009]; 184:[4-9]. Disponible en URL: http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista184/2_184.pdf.
22. Escala de ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAS) [Internet]. [acceso 24 de agosto de 2009]. Disponible en URL: <http://psicopsi.com/Escala-de-ansiedad-de-Hamilton-Hamilton-Anxiety-Scale-HAS>.

23. Melipillán-Araneda R, Cova-Solar F, Rincón-González P, Valdivia-Peralta M. Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II en Adolescentes Chilenos. *Ter Psicol* 2008;26(1):59-69.
24. Canto-Pech HG, Castro-Rena EK. Depresión, autoestima y ansiedad en la tercera edad: un estudio comparativo. *Enseñanza e Investigación en Psicología* 2004;9(2):257-70.
25. Instituto Mexicano del Seguro Social. Dirección de prestaciones médicas. Sistema de información de atención integral de la salud. Principales motivos de consulta. Arandas, Jalisco: Archivo clínico U.M.F. 44, 2008-2009.
26. Instituto Mexicano del Seguro Social. Pirámide poblacional. Arandas, Jalisco: Archivo clínico U.M.F. 44, 2009.

ANEXO

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

NOMBRE: _____ FECHA: _____

AÑOS: _____

ESCOLARIDAD:

- a) PRIMARIA
- b) SECUNDARIA
- c) PREPARATORIA
- d) TÉCNICA
- e) LICENCIATURA

ESTADO CIVIL:

- a) SOLTERA
- b) CASADA
- c) VIUDA
- d) DIVORCIADA
- e) UNIÓN LIBRE

OCUPACIÓN:

- a) HOGAR
- b) FUERA DEL HOGAR
- c) DESEMPLEADA

Escala de calificaciones de la ansiedad de Hamilton

Instrucciones: Este cuestionario consta de 14 preguntas, después de leer cuidadosamente cada una, conteste las preguntas del 1 al 13 marcando el número (0, 1, 2, 3 o 4) que se encuentren junto al enunciado de cada grupo que mejor describa la manera como usted se ha sentido durante las 3 últimas semanas, la pregunta 14 será llenada por el entrevistador.

0: Ausente	3: Casi siempre
1: A veces	4: Siempre
2: Frecuente	

		0	1	2	3	4
1. Humor ansioso	Se siente preocupado, irritable, temeroso					
2. Tensión	Siente tensión, fatiga, sobresalto, llora fácilmente, esta inquieto, tiene dificultad para relajarse					
3. temores	De la oscuridad, de los extraños de quedarse solo, de los animales, del tráfico, de las multitudes					
4. insomnio	Dificultad para dormir, sueño insatisfactorio y fatiga al despertar, pesadillas, sueño interrumpido					
5. habilidades cognoscitivas	Dificultad para concentrarse, memoria deficiente					
6. humor depresivo	Perdida de interés, ausencia de placer, despertar precoz					
7. somáticos	Dolores, achaques, molestias, rechinar los dientes,					

(musculares)	contorsiones rigidez, tensión muscular, voz temblorosa					
8.somáticos (sensoriales)	Tinnitus ,visión borrosa, crisis de frío o de calor, debilidad					
9. síntomas cardiovasculares	Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, pulsaciones, sensaciones de desmayo					
10. síntomas respiratorios	Presión en el pecho, ahogo, disnea					
11. síntomas gastrointestinales	Dificultad para tragar, flatulencia, nauseas, vomito, ardor, sensación de plenitud, pérdida de apetito, estreñimiento					
12. síntomas genitourinarios	Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, frigidez, eyaculación prematura, perdida de la libido, impotencia					
13. síntomas del sistema nervioso autónomo	Boca seca, rubor, sudoración excesiva, dolor de cabeza, vértigo, pérdida de apetito.					
14. conducta durante la entrevista	Intranquilidad, temblor de manos, ceño fruncido. rostro contraído, respiración agitada, palidez, pupilas dilatadas					

Escala de Depresión de Beck

Este cuestionario cuenta con 21 grupos de enunciados, después de leer cuidadosamente los cuatro enunciados correspondientes a cada grupo, marque el numero (0, 1, 2 o 3) que se encuentren junto al enunciado de cada grupo que mejor describa la manera como usted se ha sentido durante la ultima semana, incluyendo el día de hoy. Si considera que dentro del mismo grupo de enunciados; varios pueden aplicarse de la misma manera, circule cada uno de ellos , asegúrese de leer todos los enunciados de cada grupo antes de elegir su respuesta.

1. -	0	No me siento triste.	<input type="text"/>
	1	Me siento triste.	
	2	Me siento triste todo el tiempo	
	3	Estoy tan triste e infeliz que no puedo soportarlo	
2. -	0	No me encuentro particularmente desanimado con respecto a mi futuro	<input type="text"/>
	1	Me siento mas desanimado con respecto a mi futuro.	
	2	No espero que las cosas me resulten bien.	
	3	Siento que mi futuro no tiene esperanza y que seguirá empeorando.	
3. -	0	No me siento como un fracaso.	<input type="text"/>
	1	Siento que he fracasado más de lo que debería.	
	2	Cuando veo mi vida hacia atrás, lo único que puedo ver son muchos fracasos.	
	3	Siento que como persona soy un fracaso total	
4. -	0	Obtengo tanto placer como siempre de las cosas que me gustan	<input type="text"/>
	1	No disfruto tanto las cosas como antes.	
	2	Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.	
	3	Siento que como persona soy un fracaso total.	
5. -	0	No me siento particularmente culpable.	<input type="text"/>
	1	Me siento culpable con respecto a muchas cosas que he hecho o debía hacer.	
	2	Me siento bastante culpable casi todo el tiempo.	
	3	Me siento culpable todo el tiempo.	
6. -	0	No siento que este siendo castigado	<input type="text"/>
	1	Siento que tal vez seré castigado.	
	2	Espero ser castigado	
	3	Creo que estoy siendo castigado	
7. -	0	Me siento igual que siempre acerca de mi mismo.	<input type="text"/>
	1	He perdido confianza en mi mismo.	
	2	Estoy desilusionado de mí.	
	3	No me agrado.	
8. -	0	No me critico ni me culpo más de lo usual.	<input type="text"/>
	1	Soy mas critico por mi mismo de lo que solía ser.	

	2	Me critico por todas mis fallas y errores.	
	3	Me mataría si tuviera la oportunidad.	
9. -	0	No tengo ningún pensamiento acerca de matarme	
	1	Tengo pensamiento acerca de matarme, pero no los llevaría a cabo.	<input type="text"/>
	2	Me gustaría matarme	
	3	Me mataría si tuviera la oportunidad	
10. -	0	No lloro mas que de lo usual	
	1	Ahora lloro más que antes.	<input type="text"/>
	2	Ahora lloro por cualquier cosa	
	3	Siento ganas de llorar pero no puedo.	
11. -	0	No me siento mas tenso de lo usual.	
	1	Me siento mas inquieto o tenso que lo usual.	<input type="text"/>
	2	Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta trabajo quedarme quieto.	
	3	Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar moviéndome o haciendo algo constantemente.	
12. -	0	No he perdido interés en otras personas o actividades.	
	1	Ahora me encuentro menos interesado en otras personas o actividades.	<input type="text"/>
	2	He perdido la mayor parte de mi interés en otras personas o actividades.	
	3	Me resulta difícil interesarme en cualquier cosa.	
13. -	0	Puedo tomar decisiones casi también como siempre.	
	1	Me resulta más difícil tomar decisiones ahora que antes.	<input type="text"/>
	2	Ahora Tengo mucho mayor dificultad para tomar decisiones que antes	
	3	Me cuesta trabajo tomar cualquier decisiones	
14. -	0	Me siento devaluado	
	1	Me siento tan valioso o útil como antes.	<input type="text"/>
	2	Me siento menos valioso comparado con otros.	
	3	Me siento francamente devaluado	
15. -	0	Tengo tanta energía como antes.	
	1	Tengo menos energía de lo que solía tener.	<input type="text"/>
	2	No tengo suficiente energía para hacer gran cosa.	
	3	No tengo suficiente energía para hacer nada.	
16. -	0	No he experimentado ningún cambio en el patrón del sueño.	
	1a	Duermo mas de lo usual	
	1b	Duermo menos de lo usual	
	2a	Duermo mucho más de lo usual.	<input type="text"/>
	2b	Duermo mucho menos de lo usual.	
	3a	Duermo la mayor parte del día.	
	3b	Me despierto 1 o 2 horas más temprano y no me puedo volver a dormir.	
17. -	0	No estoy más irritable de lo usual.	
	1	Estoy más irritable de lo usual.	<input type="text"/>
	2	Estoy mucho más irritable de lo usual.	
	3	Estoy irritable todo el tiempo.	
18. -	0	No he sentido ningún cambio en mi apetito.	
	1a	Mi apetito es menor de lo usual.	
	1b	Mi apetito es mayor de lo usual	
	2a	Mi apetito es mucho menor que antes.	<input type="text"/>
	2b	Mi apetito es mucho mayor que antes	
	3a	No tengo nada de apetito.	
	3b	Tengo ganas de comer todo el tiempo.	
19. -	0	Puedo concentrarme tan bien como siempre.	
	1	No puedo concéntrame tan bien como siempre.	<input type="text"/>
	2	Me resulta difícil concentrarme en algo durante mucho tiempo.	
	3	No puedo concéntrame en nada.	
20. -	0	No estoy más cansado o fatigado de lo usual.	<input type="text"/>

	1	Me canso o fatigo más fácilmente que antes.	
	2	Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer cosas que solía hacer.	
	3	Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayor parte de las cosas que solía hacer.	
21. -	0	No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo	
	1	Me encuentro menos interesado en el sexo que antes.	<input type="text"/>
	2	Me encuentro mucho menos interesado en el sexo que ahora.	<input type="text"/>
	3	He perdido completamente el interés en el sexo	<input type="text"/>
		Suma	<input type="text"/>



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

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

Dictamen de Autorizado

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 1306

FECHA **14/10/2009**

Estimado ALMA ROCIO DEL PILAR CRUZ LOPEZ

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle que, el protocolo de investigación en salud presentado por usted, cuyo título es:

"FRECUENCIA DEL TRASTORNO ANSIOSO-DEPRESIVO EN MUJERES DE 20 A 59 AÑOS EN LA UMF 44 DE ARANDAS, JALISCO"

fue sometido a consideración del Comité Local de Investigación en Salud, quien de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores consideraron que cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética médica y de investigación vigentes, por lo que el dictamen emitido fue de: **A U T O R I Z A D O**

Habiéndose asignado el siguiente número de registro institucional

No. de Registro
R-2009-1306-33

Atentamente



Dr(a). María Guadalupe Bravo Vigil Dr. G. B. No. 48
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud Núm 1306
MÉDICA

IMSS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

http://sirelcis.cis.gob.mx/pi_dictamen_clis.php?idProyecto=2009-3264&idCli=1306&mo... 14/10/2009