

MED. GRAL GRECIA STEFANY
PESCADOR CHÁVEZ

“ASOCIACIÓN DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD Y LA FUNCIONALIDAD CONYUGAL, EN UNA
UNIDAD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN”

2024



Universidad Autónoma de Querétaro

“ASOCIACIÓN DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD Y LA
FUNCIONALIDAD CONYUGAL, EN UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL
DE ATENCIÓN”

Tesis

Que como parte de los requisitos
para obtener el Diploma de la

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

MED. GRAL. Grecia Stefany Pescador Chávez

Dirigido por:

Dra. Luz Dalid Terrazas Rodríguez

Querétaro, Qro. a febrero del 2024

La presente obra está bajo la licencia:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>



CC BY-NC-ND 4.0 DEED

Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional

Usted es libre de:

Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato

La licenciante no puede revocar estas libertades en tanto usted siga los términos de la licencia

Bajo los siguientes términos:



Atribución — Usted debe dar [crédito de manera adecuada](#), brindar un enlace a la licencia, e [indicar si se han realizado cambios](#). Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante.



NoComercial — Usted no puede hacer uso del material con [propósitos comerciales](#).



SinDerivadas — Si [remezcla, transforma o crea a partir](#) del material, no podrá distribuir el material modificado.

No hay restricciones adicionales — No puede aplicar términos legales ni [medidas tecnológicas](#) que restrinjan legalmente a otras a hacer cualquier uso permitido por la licencia.

Avisos:

No tiene que cumplir con la licencia para elementos del material en el dominio público o cuando su uso esté permitido por una [excepción o limitación](#) aplicable.

No se dan garantías. La licencia podría no darle todos los permisos que necesita para el uso que tenga previsto. Por ejemplo, otros derechos como [publicidad, privacidad, o derechos morales](#) pueden limitar la forma en que utilice el material.



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Especialidad en Medicina Familiar

“ASOCIACIÓN DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD Y LA FUNCIONALIDAD CONYUGAL, EN
UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN”

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la

Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

Grecia Stefany Pescador Chávez

Dirigido por:

Dra. Luz Dalid Terrazas Rodríguez

M.C.E. Luz Dalid Terrazas Rodríguez

Presidente

Med. Esp. Azucena Bello Sánchez

Secretario

Med. Esp. Omar Rangel Villicaña

Vocal

Dra. Verónica Campos Hernández

Suplente

Med. Esp. Mayra Gabriela Ríos Quintero

Suplente

Centro Universitario, Querétaro, Qro.
Fecha de aprobación por el Consejo Universitario (febrero 2024).
México.

Resumen

Introducción: La ansiedad es un estado emocional en el que se producen cambios físicos y psicológicos. El funcionamiento familiar está relacionado con la ansiedad en los miembros de la familia porque a medida que el funcionamiento familiar cambia, el sistema familiar necesita apoyo y capacitación para satisfacer las necesidades a nivel individual, grupal o social. El subsistema matrimonial se da cuando dos personas deciden unirse con la intención de formar una familia. No hay evidencia que vincule el funcionamiento conyugal con los trastornos de ansiedad. **Objetivo:** determinar la asociación en pacientes con trastorno de ansiedad y la funcionalidad conyugal en una unidad de primer nivel de atención. **Metodología:** Estudio observacional, analítico, transversal y comparativo en derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar 15 del IMSS, Querétaro. Se incluyeron a 250 pacientes en muestreo por conveniencia para formar 2 grupos (con ansiedad (n=125) y sin ansiedad (n=125)). Se incluyeron a pacientes que actualmente tengan vida de pareja. El análisis estadístico se realizó a través de frecuencias, porcentajes, desviación estándar e intervalos de confianza y para el análisis de variables mediante Chi cuadrada. **Resultados:** la población de estudio estuvo constituida por 250 sujetos con una distribución normal. La edad promedio de los sujetos fue de 38.20 ± 10.54 años 35.7% (n=94) fueron hombres y el 62.5% (n=156) restantes mujeres. La totalidad de la muestra vivía en pareja, el 55.2% (n=138) refirió tener una familia nuclear simple. El 30% (n=76) de los sujetos presentó alguna comorbilidad, entre las más frecuentes fue obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus. El 83.2% (n=204) de los derechohabientes participantes obtuvo una funcionalidad armoniosa y 16.8% (n=42) fue conflictiva. **Conclusión:** No existe asociación entre la presencia de ansiedad y la funcionalidad conyugal en derechohabientes de la UMF 15 en IMSS, Querétaro.

Palabras clave: ansiedad, funcionalidad conyugal, ajuste diádico.

Summary

Introduction: Anxiety is an emotional state in which physical and psychological changes occur. Family functioning is related to anxiety in family members because as family functioning changes, the family system needs support and training to meet needs at the individual, group, or societal level. The marriage subsystem occurs when two people decide to join together with the intention of starting a family. There is no evidence linking marital functioning with anxiety disorders. **Objective:** to determine the association in patients with anxiety disorder and marital functionality in a first level care unit. **Methodology:** Observational, analytical, cross-sectional and comparative study in beneficiaries of the Family Medicine Unit 15 of the IMSS, Querétaro. 250 patients were included in convenience sampling to form 2 groups (with anxiety (n=125) and without anxiety (n=125)). Patients who currently have a relationship were included. The statistical analysis was carried out through frequencies, percentages, standard deviation and confidence intervals and for the analysis of variables using Chi square. **Results:** the study population consisted of 250 subjects with a normal distribution. The average age of the subjects was 38.20 ± 10.54 years, 35.7% (n=94) were men and the remaining 62.5% (n=156) were women. The entire sample lived as a couple, 55.2% (n=138) reported having a simple nuclear family. 30% (n=76) of the subjects presented some comorbidity, among the most frequent were obesity, high blood pressure and diabetes mellitus. 83.2% (n=204) of the participating beneficiaries obtained harmonious functionality and 16.8% (n=42) had conflictive functionality. **Conclusion:** There is no association between the presence of anxiety and marital functioning in beneficiaries of UMF 15 in IMSS, Querétaro.

Keywords: anxiety, marital functionality, dyadic adjustment,.

Dedicatorias

A Dios por darme la oportunidad de tener grandes experiencias y por haber culminado una etapa más de mi vida.

A mis abuelitos, que desde el cielo, siguen siendo mi motivo e inspiración. A mi tío Raúl, que siempre fue un ejemplo de vida y una gran persona.

A mis queridos padres, que nunca me han dejado sola y que estuvieron y han estado en cada paso y en cada suceso, que me dieron los valores, base y sustento de la mujer y profesionalista que soy el día de hoy.

A mis hermanos, que día a día me acompañan, me enseñan, me apoyan y que son mi fuerza y mi valentía.

A Ilse, mi amiga del alma, que espero que la residencia sólo sea el inicio de una hermosa e infinita amistad.

A mis amigos Eder, Claudia, Roberto y Alexis, que sin saberlo fueron motivación y consuelo. A las doctoras: Karla Jiménez, Elisa Ramírez, Sara Torres, Cristina Peña, Félix Hurtado, Arturo Jiménez, Iván Martínez, Sigiberto Nares, Beatriz Róvalo, Juana Briseño, Mauricio Meré, Monserratt Estrada, Luz Dalid, Rafael González, Elvia Tinoco y Mariana Juárez, que además de ser maestros y ejemplo, fueron amigos y parte fundamental de mi formación y culminación del proyecto.

Agradecimientos

A la doctora Luz Dalid, gran profesionalista, guía y amiga, por su dedicación, tiempo, apoyo y sobre todo, por su sabiduría y conocimientos para la realización de este proyecto como próxima especialista. Siempre le tendré gratitud y cariño sincero.

Al Dr. Iván, por su apoyo incondicional brindado en estos últimos meses como profesor titular, por su calidez humana y paciencia en todo momento.

Y a todos los médicos que fueron mis maestros en su momento, grandes ejemplos de medicina y vida, en el camino de la residencia.

Índice

.....	1
.....	1
Resumen	III
Summary	IV
Dedicatorias	V
Agradecimientos	VI
Índice de cuadros	IX
Abreviaturas y siglas	X
I. Introducción	11
II. Antecedentes	12
III. Fundamentación teórica	14
III.1.1 Ansiedad	14
III.1.1.1 Definición de Ansiedad	14
III.1.1.2 Fisiopatología	15
III.1.1.3 Clasificación de Ansiedad	15
III.1.1.4 Epidemiología de la Ansiedad	18
III.1.1.5 Síntomas de la Ansiedad	19
III.1.1.6 Diagnóstico de Ansiedad	20
III.1.1.7 Tratamiento para la Ansiedad	22
III.1.1.7.1 Tratamiento Farmacológico	22
III.1.1.7.2 Tratamiento no farmacológico	24
III.1.2 Funcionalidad Conyugal	25
III.1.2.1 Definición de Subsistema Conyugal	25
III.1.3 Escala de Ajuste Diádico	27
IV. Hipótesis	31
V. Objetivos	32
V.1. Objetivo general	32
V.2. Objetivos específicos	32
VI. Material y métodos	33
VI.1 Tipo de investigación	33

VI.2 Población o unidad de análisis	33
VI.3 Muestra y tipo de muestra	33
VI.3.1 Criterios de selección	34
VI.3.2 Variables estudiadas	34
VI. 4. Técnicas e instrumentos	34
VI. 5 Procedimientos	35
VI. 5.1 Análisis estadístico	36
VII. Consideraciones éticas	37
VIII. Resultados	39
IX. Discusión	46
X. Conclusiones	50
XI. Propuestas	51
XIII. Anexos	58
XIII.1. Instrumento de recolección de datos	58
XIII.2. Escala de Ajuste Diádico.....	59
XIII.3. Inventario de Evaluación de Trastorno de Ansiedad Generalizada	62
XIII.4 Consentimiento informado	63
XIII.5 Registro UAQ.....	65
XIII.6. Registro SIRELCIS.....	66
XIII.7. Documento anti plagio.....	67

Índice de cuadros

Cuadro	Título	Página
VIII.1.	Variables sociodemográficas	41
VIII.2.	Comorbilidades y trastorno de ansiedad	42
VIII.3.	Tipología familiar y trastorno de ansiedad generalizada	42
VIII.4.	Funcionalidad conyugal y trastorno de ansiedad	43
VIII.5.	Trastorno de ansiedad y dimensiones del ajuste diádico	43

Abreviaturas y siglas

CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades
DSM	Manual Diagnóstico y Estadístico
FDA	Administración de Alimentos y Medicamentos
GABA	Gamma-Aminobutírico
GADI	Inventario de Trastornos de Ansiedad Generalizada
IMAO	Inhibidores de la Monoaminoxidasa
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
IRSN	Inhibidores de la Recaptación de Serotonina y Norepinefrina
ISRS	Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina
OMS	Organización Mundial de la Salud
TAG	Trastorno de ansiedad generalizada
UMF	Unidad de Medicina Familiar

I. Introducción

La ansiedad es una emoción universal y multidimensional. Se activa ante situaciones que percibimos como amenazantes. Es el resultado de un patrón de respuestas cognitivas, fisiológicas, motoras y conductuales y por tanto provoca diversos síntomas clínicos. El trastorno de ansiedad es de los trastornos mentales más comunes que suele provocar discapacidad y también puede provocar un gran estrés en el ámbito laboral, social y económico. Según la OMS, es más común en mujeres, con un 7.7% frente al 3.6% en hombres (IMSS, 2019).

Según la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, los trastornos de ansiedad son el tipo de trastorno mental más común y, según la Organización Panamericana de la Organización Mundial de la Salud, son el segundo trastorno mental más dañino en la mayoría de los países de América Latina (OMS, 2023).

La ansiedad puede ser una carga para los pacientes y sus familias. Esto afecta la vida diaria de la familia, imponiendo mayores exigencias de adaptación y reevaluación de los hábitos existentes en la familia, lo que puede conducir a una disfunción familiar debido a los trastornos de ansiedad, especialmente en las relaciones matrimoniales y conyugales. Sin embargo, el conocimiento sobre el impacto de los trastornos de ansiedad en uno o ambos miembros de la pareja en la vida conyugal sigue siendo limitado (Kasalova P, 2018).

Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue determinar la asociación entre pacientes con trastornos de ansiedad y el funcionamiento conyugal en una unidad de primer nivel de atención.

II. Antecedentes

Cuando una pareja funciona como un sistema, mejora la salud mental de la familia, mejora la satisfacción con la vida y permite a los cónyuges tener un alto grado de ajuste diádico.

Considerando el modelo que explica el ajuste de las relaciones diádicas, el funcionamiento familiar forma una dimensión de las características de la pareja, y las características individuales forman una dimensión de las características individuales (Erel, O. & Burman, B. 1995; Larson, JH 2003). La influencia del funcionamiento familiar sobre la calidad del funcionamiento conyugal ha atraído la atención de los investigadores durante muchos años (Miller, et. al. 2000).

El término ajuste diádico ocupa un lugar importante en la investigación sobre el matrimonio y las relaciones íntimas, incluida la satisfacción conyugal/relación, el éxito conyugal/relación, la felicidad conyugal/relación y la calidad conyugal/relación asociado con otros términos (Fışıloğlu, H. & Demir, A. 2000). La adaptación diádica se refiere a que los cónyuges se adaptan a los cambios en la vida diaria y las condiciones de vida y cambian mutuamente dentro de un cierto período de tiempo.

Spanier, de Gran Bretaña en 1976 mencionó la necesidad de educación e investigación sobre el ajuste matrimonial, afirmando que el ajuste diádico debería considerarse bajo cinco temas principales, y los llamó problemas. Enumeró ciertas diferencias matrimoniales, tensiones matrimoniales y temores personales, satisfacción matrimonial y vinculación entre las dos partes. Ponerse de acuerdo sobre cuestiones que son importantes para un matrimonio que funcione.

Anteriormente, en 1959, Locke y Wallace se centraron en las habilidades de resolución de conflictos, la satisfacción, la reconciliación y las relaciones entre pares para explicar el ajuste de las relaciones diádicas. Varios estudios han demostrado que existen diferentes dinámicas individuales y dinámicas relacionadas con el

sistema matrimonial (por ejemplo, comunicación, resolución de conflictos, coordinación matrimonial) que influyen en el ajuste diádico (Erel, O. y Burman, B. 1995; & Fidanoğlu, O. 2007).

El vínculo conyugal juega un papel importante en el mantenimiento de relaciones personales estrechas y el bienestar psicológico (Li L, et. al. 2022). Los factores de estrés que contribuyen al desarrollo de los trastornos de ansiedad pueden ser diversos y los llamados factores desencadenantes pueden resultar difíciles de identificar. La relación entre los trastornos de ansiedad y las relaciones familiares es bidireccional: problemas psicológicos tienen un impacto negativo en la relación con el paciente y la actitud de la pareja hacia el paciente tiene un impacto significativo en la ansiedad del paciente.

III. Fundamentación teórica

III.1.1 Ansiedad

III.1.1.1 Definición de Ansiedad

La palabra "ansiedad" proviene del vocablo latino "anxietas". El término se deriva de la palabra "ango", que significa miedo. Ambos términos se usan indistintamente para indicar significados diferentes. En el siglo XVIII, los psiquiatras y psicólogos europeos comenzaron a estudiar este tema. Sin embargo, sólo se conoció como tal hasta el siglo XX (Crocq, 2015).

La ansiedad es un estado emocional en el que se presentan cambios somáticos y psíquicos. La ansiedad se considera patológica cuando se presenta de manera excesiva y su duración es prolongada, lo que genera disfuncionalidad en la persona que la padece (Segob, 2023). La ansiedad es una reacción normal al estrés. Puede ser beneficiosa en algunas situaciones, ya que puede alertarnos de los peligros y ayudarnos a prepararnos y prestar atención siempre y cuando sean niveles leves (American Psychiatric Association, 2013).

Los trastornos de ansiedad difieren de los sentimientos normales de nerviosismo o ansiedad e implican miedo o ansiedad excesivos. Pueden hacer que las personas traten de evitar situaciones que desencadenan o empeoran sus síntomas (American Psychiatric Association, 2013).

La ansiedad es una respuesta adaptativa. En general, el término se refiere a una combinación de diversos síntomas físicos y mentales que no se deben a un peligro real, sino que aparecen en forma de crisis o como una condición persistente y difusa que tiene muchas posibilidades de provocar pánico. Los estados de ansiedad incluyen pensamientos de peligro, sentimientos de miedo y respuestas fisiológicas y motoras (Crocq, 2015).

La ansiedad se manifiesta como un estado de inquietud desagradable, caracterizado por una premonición de peligro, preponderancia de síntomas psicológicos, un sentimiento de catástrofe o peligro inminente. Este fenómeno se reconoce con total claridad porque es una combinación de síntomas cognitivos y fisiológicos que indican una reacción de miedo de un individuo que intenta encontrar una solución al peligro (Odalís Fernández López et al., 2012).

III.1.1.2 Fisiopatología

Los tres principales neurotransmisores implicados en los trastornos de ansiedad son la serotonina, la noradrenalina y el ácido gamma-aminobutírico (GABA). Mediante estudios de imagen, se ha observado la hiperactividad de la amígdala y otros componentes del sistema límbico como patogénesis de la ansiedad (Shah & Han, 2015).

En pacientes con trastornos de ansiedad, se ha demostrado que el uso de resonancia magnética reduce los volúmenes de la amígdala y el lóbulo temporal. La tomografía por emisión de positrones se ha utilizado para detectar receptores de serotonina tipo 1A de baja densidad en las regiones cinguladas anterior y posterior del rafe mesencefálico en pacientes con trastornos de ansiedad (Shah & Han, 2015).

Desde una perspectiva neurobiológica, otros factores que influyen en el desarrollo de los trastornos de ansiedad incluyen la predisposición genética, el temperamento, los rasgos de personalidad y las experiencias de vida y eventos traumáticos de un individuo (Shah & Han, 2015).

III.1.1.3 Clasificación de Ansiedad

Para diagnosticar trastornos psiquiátricos se utiliza el Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM) de trastornos mentales. La última versión llamada DSM-5 TR se

lanzó en 2013 por la Asociación Americana de Psiquiatría. Es una guía ampliamente utilizada para el diagnóstico de los trastornos de salud mental, tanto en adultos como en niños.

La Asociación Americana de Psiquiatría desarrolló el DSM para describir los síntomas de más de 250 trastornos mentales. Además, proporciona estadísticas sobre género, edad y efectividad de diversos tratamientos. De esta manera, los profesionales médicos pueden utilizar este manual no sólo para comprender mejor las necesidades potenciales de sus pacientes, sino también para evaluar y diagnosticar casos individuales (American Psychiatric Association, 2013b).

El DSM-5 tiene los siguientes subtipos comunes de ansiedad que afectan a los adultos en su esquema diagnóstico (American Psychiatric Association, 2013a):

a) Fobia

Es un miedo o ansiedad ante objetos o situaciones específicas, como animales, alturas, agua, agujas o aviones. Las palabras clave o señales informadas por los pacientes que pueden ayudar a los médicos en su evaluación diagnóstica son el miedo y la evitación de objetos o situaciones específicas. Estos síntomas duran al menos 6 meses (American Psychiatric Association, 2013a).

b) Desorden de ansiedad (fobia social)

El trastorno de ansiedad social es ansiedad o miedo a situaciones sociales en las que otros pueden observarlo. En este trastorno, el miedo y la evitación de situaciones sociales son palabras clave o pistas que los pacientes mencionan para ayudar a los médicos a evaluar el diagnóstico. La duración de los síntomas es de al menos 6 meses. (American Psychiatric Association, 2013a).

c) Trastorno de ansiedad generalizada (TAG)

El trastorno de ansiedad generalizada se identifica por los síntomas de preocupación excesiva por algo durante al menos seis meses. La principal pista

diagnóstica de este trastorno es la preocupación excesiva (American Psychiatric Association, 2013a).

El TAG se define como una preocupación excesiva que ocurre la mayoría de los días durante al menos 6 meses y se refiere a una serie de eventos o actividades que causan angustia significativa o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento diario. El TAG se manifiesta como síntomas físicos como fatiga, tensión muscular e inquietud.

(Shah & Han, 2015).

d) Trastorno de pánico

Los síntomas del trastorno de pánico se asemejan a un síndrome coronario agudo y se observan con frecuencia en el departamento de emergencias donde se realiza un estudio médico para excluir posibles etiologías cardíacas y médicas. La duración de un ataque de pánico suele ser muy corta (5 minutos a menos de 20 minutos, pero normalmente no más de 30 minutos).

Las palabras clave o señales de diagnóstico son sensación de muerte inminente, y el trastorno de pánico se asocia con otros síntomas como palpitaciones, sudoración, temblores, dificultad para respirar, sensación de ahogo, dolor en el pecho, malestar abdominal, mareos, parestesia y sensación de irrealidad o estar separado de sí mismo, perder el control o miedo a morir. El paciente puede expresar su preocupación por futuros ataques de pánico y también puede evitar algunas situaciones que pueden desencadenar ataques de pánico (American Psychiatric Association, 2013a).

e) Agorafobia

La agorafobia es el miedo o la ansiedad ante situaciones en las que podría ser difícil escapar o en las que podría no haber ayuda disponible. El paciente trata de evitar tales situaciones. La duración de los síntomas es de al menos 6 meses, y las

palabras clave son miedo y evitación de situaciones de “no escape” o “no ayuda” (American Psychiatric Association, 2013a).

Al realizar el historial clínico de un paciente que sufre de ansiedad, el médico debe estar atento particularmente a ciertas palabras clave que los pacientes usan para describir sus síntomas, ya que estas palabras clave pueden ayudar a diferenciar entre los diferentes tipos de trastornos de ansiedad y establecer el diagnóstico correcto. (American Psychiatric Association, 2013b; Kalin, 2020).

III.1.1.4 Epidemiología de la Ansiedad

Los trastornos de ansiedad son las enfermedades mentales más importantes del mundo. Según la Organización Mundial de la Salud, más de 264 millones de personas han sido diagnosticadas con la enfermedad (Gaceta UNAM, n.d).

Se estima que el 31% de los adultos sufrirá algún trastorno de ansiedad en algún momento de su vida. La TA es más común en mujeres que en hombres (Anxiety Disorders and Depression Research & Treatment |, n.d.).

Se mencionó que 264 millones de adultos en todo el mundo padecen ansiedad (Organización Mundial de la Salud, 2022):

- De estos adultos, 179 millones eran mujeres (63%) y 105 millones eran hombres (37%) (Organización Mundial de la Salud, 2022).
- La prevalencia de todos los trastornos mentales aumentó en un 50% a nivel mundial, de 416 millones a 615 millones entre 1990 y 2013 (Organización Mundial de la Salud, 2022).
- De las 264 millones de personas adultas que padecen ansiedad, 20% sufren síntomas de ansiedad severa (Coordinación de Comunicación Social, n.d.).

En México, una de cada cinco personas sufre al menos un trastorno mental en algún momento de su vida. Los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el quinto lugar en carga de enfermedad como indicador de discapacidad (Schnaas, 2017).

En la actualidad México presenta una prevalencia de TA que oscila entre el 8.4 y 29.8%, los tratamientos utilizados para este tipo de trastornos son utilizados sin una evaluación diagnóstica correcta (Carballo et al., 2019).

En México, el 28.6% de la población llega a presentar cualquiera de los trastornos psiquiátricos en su vida, dentro de los más frecuentes, es el trastorno de ansiedad siendo el 14.3%. (Salud mental, 2003)

Se estima que la enfermedad mental más común en el país es el trastorno de ansiedad generalizada, que afecta al menos al 14.3% de la población. El 50% de los trastornos de ansiedad comienzan antes de los 25 años.

III.1.1.5 Síntomas de la Ansiedad

La ansiedad puede ser adaptativa porque señala amenazas o peligros potenciales en el entorno y facilita las estrategias de afrontamiento asociadas. Dado que la experiencia de la ansiedad es esencial para la supervivencia, el cerebro y los sistemas fisiológicos se han conservado evolutivamente para mediar el miedo. La ansiedad patológica, o ansiedad desadaptativa, se caracteriza por estar demasiado ansioso o presentarse en situaciones o situaciones que no se espera que causen ansiedad. Las características de la ansiedad patológica incluyen: Preocupación excesiva, hiperexcitación, excitación fisiológica y conducta de evitación (Kalin, 2020).

Las personas con este trastorno pueden:

- preocuparse demasiado por las cosas diarias;
- tener problemas para controlar sus preocupaciones o nerviosismo;

- ser conscientes de que se preocupan mucho más de lo que deberían;
- sentirse inquietas o tener dificultad para relajarse;
- tener problemas para concentrarse;
- sorprenderse fácilmente;
- tener problemas para dormir o para permanecer dormidas;
- cansarse fácilmente o sentirse cansadas todo el tiempo;
- tener dolores de cabeza, musculares o estomacales, o molestias inexplicables;
- tener dificultad para tragar;
- tener temblores o tics (movimientos nerviosos);
- sentirse irritables o con los nervios de punta;
- sudar mucho, sentirse mareadas o que les falta el aire;
- tener que ir al baño a menudo (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2022).

Tanto los niños como los adultos con trastorno de ansiedad generalizada pueden tener síntomas físicos que dificultan su funcionamiento y que interfieren en la vida diaria (NIMH », n.d.). Los síntomas pueden mejorar o empeorar con el tiempo (Espinosa Muñoz et al., 2015).

III.1.1.6 Diagnóstico de Ansiedad

El diagnóstico de TAG en adultos se complica por la presencia de comorbilidades con síntomas como alteraciones del sueño, fatiga, dificultad para concentrarse, características relacionadas con la edad o efectos secundarios de los medicamentos que se toman en esta etapa de la vida. Algunos de los factores que complican el diagnóstico incluyen problemas comunes que surgen en esta etapa de la vida, como pérdida de salud propia o de un familiar, muerte de un familiar cercano, deceso de familiares cercanos, jubilación, disminución de los ingresos económicos, incremento en los costos de los servicios de salud y la cercanía y planificación del final de la vida (Ramos & Stanley, 2018).

Es importante disponer de instrumentos válidos para detectar y medir la gravedad del TAG. El Inventario de Trastornos de Ansiedad Generalizada (GADI) es un cuestionario tipo Likert que consta de 22 ítems y se agrupan en tres dimensiones o subescalas: la cognitiva, trastornos del sueño y síntomas somáticos; donde el paciente responde, en una escala de 0 a 4 su grado de acuerdo con cada uno de los aspectos propuestos, este instrumento permite evaluar la presencia o ausencia del trastorno de ansiedad generalizada, así como la gravedad del mismo (Blanco et al., 2017).

La estructura tanto del estudio original de Argyropoulos como de la versión mexicana consta de tres componentes: cognición, síntomas físicos y alteraciones del sueño. El dispositivo le pregunta si ha tenido algún síntoma en las últimas dos semanas.

La puntuación total oscila entre 0 y 88 puntos. Este es un cuestionario fácil de usar. La confiabilidad se evaluó mediante el coeficiente alfa de Cronbach según Blanco et al. (2017) fueron 0,86 para la subescala de síntomas cognitivos, 0,71 para la subescala que evalúa las alteraciones del sueño y 0,91 para la subescala de síntomas físicos (Blanco et al., 2017; Padrós Blázquez et al., 2019).

Cuadro 1. Pruebas diagnósticas complementarias para TAG	
Pruebas de laboratorio	Resultados en pacientes con TAG
Perfil tiroideo Indicado en pacientes con ansiedad y síntomas sugestivos de enfermedad tiroidea (pérdida de peso inexplicable, mujeres con antecedentes de enfermedad tiroidea, exoftalmos o bocio).	Niveles normales de tiroxina o de hormona estimulante de la tiroides.
Tamiz en orina para abuso de sustancias legales o ilícitas Reservado para pacientes con fuerte sospecha de uso indebido de estimulantes, tales como alcohol u otras drogas.	Negativo
Orina de 24 horas para metanfetaminas y ácido vanililmandélico Si existe hipertensión y/o taquicardia con ansiedad, esta prueba se recomienda descartar feocromocitoma.	Normal

Pruebas de función pulmonar Ordenado cuando hay síntomas de enfermedad pulmonar (enfisema o hiperreactividad bronquial).	FEV 1(Volumen Espiratorio forzado) normal
Electrocardiograma Se sugiere en individuos con factores de riesgo cardiovasculares, síncope, antecedentes familiares de enfermedad cardíaca o aparición de ansiedad después de los 35 años. Antecedentes de cardiopatía isquémica o trastornos del ritmo cardiaco.	Ritmo sinusal
Ecocardiograma Indicar si hay alteración en la auscultación cardiaca, datos de enfermedad valvular, alteraciones de la movilidad de la pared cardiaca, datos de bajo gasto.	Normal
Electroencefalograma Realizar si se sospecha que la ansiedad sea parte de los síntomas prodrómicos de una crisis convulsiva.	Normal
<small>Adaptado de: Craske MG, Stein MB. Anxiety. Lancet 2016; 388 (10063): 3048-59. Swinson RP, Gale C. Generalised anxiety disorder .23 de junio de 2019.Available from: https://bestpractice.bmi.com/top/cs/en-gb/120/cx:tr/120.pdl. (chrome-https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/499GER_0.pdf, 2019).</small>	

III.1.1.7 Tratamiento para la Ansiedad

III.1.1.7.1 Tratamiento Farmacológico

Se cree que los neurotransmisores median los síntomas de la ansiedad y, por lo tanto, se utilizan en el tratamiento y manejo de estos trastornos. Las benzodiazepinas se unen a los receptores GABA y aumentan los efectos del principal neurotransmisor inhibitor GABA. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) aumentan la disponibilidad de serotonina al inhibir la recaptación presináptica. Además, los inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (IRSN) actúan de manera similar al activar la serotonina y la norepinefrina.

Los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) inhiben la monoaminoxidasa y aumentan la disponibilidad de neurotransmisores como la serotonina, la noradrenalina y la dopamina. Los antidepresivos tricíclicos inhiben la recaptación presináptica de serotonina y noradrenalina, pero también antagonizan los receptores muscarínicos de histamina y acetilcolina. La hidroxizina (un agonista

inverso del receptor H1) y la buspirona (un agonista parcial del receptor 5-HT1A) también son opciones de tratamiento comunes para tratar la ansiedad. Los ISRS y los IRSN son tratamientos de primera línea para todo tipo de trastornos de ansiedad. Generalmente son bien tolerados y tienen menos toxicidad en caso de sobredosis que los antidepresivos tricíclicos (Shah & Han, 2015).

Los medicamentos aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) para tratar el trastorno de pánico incluyen fluoxetina, paroxetina, sertralina, venlafaxina de liberación prolongada, alprazolam y clonazepam (Schatzberg AF, 2010). Los ISRS e IRSN aprobados por la FDA para el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada incluyen escitalopram, paroxetina, venlafaxina de liberación prolongada y duloxetina. La buspirona es un agonista parcial del receptor 5-HT1A que también está aprobado para el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada. No tiene efectos antiespasmódicos ni relajantes musculares (Loane & Politis, 2012).

Muchos psiquiatras también favorecen la hidroxizina como medicamento adicional para el tratamiento de la ansiedad en lugar de las benzodiazepinas clásicas. A diferencia de la buspirona, que tarda 2 semanas en hacer efecto, la hidroxizina funciona con bastante rapidez y tiene algunas propiedades calmantes y sedantes, que suelen gustar a los pacientes ansiosos. Hydroxyzine ha estado en el mercado desde 1956 y es un antihistamínico de primera generación de la clase de difenilmetano y piperazina. La hidroxizina ha demostrado ser tan eficaz como el fármaco benzodiazepínico bromazepam en el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada. La hidroxizina puede administrarse por vía oral o mediante inyección IM y su efecto es notable 30 minutos después de la administración oral (Shah & Han, 2015).

Uso de benzodiazepinas para los trastornos de ansiedad. Aunque las benzodiazepinas son fármacos útiles a corto plazo para el tratamiento de los trastornos de ansiedad, tienen un alto potencial de abuso. Según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), el uso de benzodiazepinas se ha

convertido en una industria en crecimiento en las últimas décadas, con un aumento de las prescripciones de más del 200 % en los últimos años (Shah y Han, 2015).

Cuando están indicadas las benzodiazepinas, el clonazepam y el lorazepam son los fármacos de elección, normalmente en dosis inferiores a 2 mg al día. El alprazolam se considera una mala elección debido a su corta vida media, su potencial de abuso y sus síntomas de abstinencia. Las benzodiazepinas son fármacos eficaces para tratar los trastornos de ansiedad. Sin embargo, existen algunos desafíos importantes asociados con su uso, abuso excesivo o dependencia (Shah & Han, 2015).

III.1.1.7.2 Tratamiento no farmacológico

La mayoría de los pacientes con TAG requieren psicoeducación, incluida información sobre la fisiología de sus síntomas y opciones de tratamiento (Bandelow et al., 2017). Las intervenciones psicoterapéuticas se utilizan en el tratamiento y manejo de la enfermedad de TA. Esto implica el uso de estrategias cognitivo-conductuales y técnicas de exposición para ayudar a los pacientes a superar creencias desadaptativas y conductas de evitación que refuerzan la patología (Maina et al., 2016). La terapia cognitivo-conductual se utiliza durante un período de 10 a 20 semanas, está dirigida a objetivos y se basa en habilidades que reducen los sesgos relacionados con la ansiedad (Bandelow & Michaelis, 2015; Craske & Stein, 2016).

Otro tratamiento no farmacológico son las hierbas medicinales. En la actualidad existen varias plantas medicinales que se sabe que tienen efectos ansiolíticos. En México se preparan y utilizan la infusión las flores de tila (*Tilia mexicana*) y la valeriana (*Valeriana edulis ssp.*) junto con sus raíces (Gutiérrez et al., 2014).

Mientras tanto, los estudios clínicos han demostrado que la acupuntura puede controlar algunos síntomas del ansiedad sin provocar efectos secundarios. Además,

se ha demostrado que las técnicas de estimulación magnética transcraneal son útiles para mejorar los síntomas del TAG (Kar y Sarkar, 2016).

III.1.2 Funcionalidad Conyugal

III.1.2.1 Definición de Subsistema Conyugal

Un subsistema es una unidad específica de algunos miembros dentro de un sistema familiar. Cada subsistema cumple con criterios que le permiten establecer conexiones únicas con organizaciones y estructuras específicas.

Los subsistemas que podemos encontrar en las familias son los siguientes:

- **Subsistema conyugal.** Está formado por parejas heterosexuales u homosexuales. Esta conexión se crea por el vínculo emocional que los llevó a decidir compartir sus vidas. El subsistema matrimonial incluye únicamente las cuestiones que unen a las parejas.
- **Subsistema parental.** Este subsistema se centra específicamente en las relaciones parentales, brindando todo tipo de atención, educación, disciplina y cuidado a los hijos.
- **Subsistema filial.** Este subsistema está compuesto por los hijos/as en calidad de tales, que conforman un núcleo diferenciado frente al sistema familiar.
- **Subsistema fraternal.** Los hijos/as forman el sistema de hermanos o subsistema fraternal, en el cual pueden surgir grupos diferenciados que comparten características comunes como por ejemplo el sexo, la edad, aficiones, etc.

- **Subsistema individual.** Los subsistemas individuales se refieren a aquellos que contienen a cada miembro del sistema familiar de forma autónoma y separada. La necesidad de atención y la relación entre cada subsistema y los subsistemas individuales ayuda a que las relaciones e interacciones familiares funcionen sin problemas.

No es sólo la estructura familiar sino también el funcionamiento familiar lo que se asocia con la aparición de ansiedad en los miembros de la familia. Cuando el funcionamiento familiar cambia debido a nuevas circunstancias o a la presencia de un miembro enfermo, el sistema familiar necesita ser apoyado y capacitado para satisfacer las necesidades a nivel individual, grupal o social (Pomares Avalos et al., 2021).

El subsistema conyugal es donde dos personas deciden unirse con la intención de formar una familia y deciden pautas de intimidad, cómo comunicarse y cómo mantener y gestionar sus diferencias como seres humanos diferentes, surge al negociar (Pomares Avalos et al., 2021; Vargas Murga, 2014).

Cuando un paciente padece cualquier enfermedad, estos aspectos de la relación conyugal se ven afectados a tal punto que conduce a la disfunción conyugal. El desarrollo y acontecimientos del grupo familiar, en este caso, hacen que los subsistemas de la pareja tengan que cambiar, se tengan que establecer nuevas negociaciones de la relación y nuevas divisiones de roles, pues ocurren diversos acontecimientos que cambian las relaciones familiares y conyugales. (Ochoa de Alda, 1995).

El análisis del funcionamiento relacional del subsistema conyugal es de suma importancia para todo el grupo familiar, ya que se sabe que muchos problemas familiares pueden conducir a una disfunción del subsistema conyugal. El cónyuge puede monitorear el progreso de la enfermedad, ayudar al paciente en la toma de decisiones y participar en algunas decisiones relacionadas con la mejora de la salud

y la condición. Sin embargo, en algunos casos los médicos no toman en cuenta a la familia del paciente y la familia no coopera en el manejo de la enfermedad (Rentería Alemán et al., 2020).

Si entendemos que una familia es un grupo de personas que viven permanentemente en una misma casa y comparten lazos de sangre, convivencia y amor, entonces el estado de salud de una familia es una interacción compleja de varias condiciones definidas dentro del hogar. Las familias brindan experiencias promotoras de la salud y responden de manera constructiva y creativa a las necesidades que surgen en cada etapa del desarrollo biopsicosocial de los miembros, las familias y la vida social (Aguayo et al., 2012).

III.1.3 Escala de Ajuste Diádico

El ajuste diádico ha sido resultado de diversos factores, como las diferencias en la pareja, tensiones interpersonales, la satisfacción y cohesión diádica, y la compatibilidad en aspectos importantes para el funcionamiento de la misma. Esto es muy importante para las parejas porque la falta de adaptación se asocia comúnmente con un mayor riesgo de depresión, ansiedad y problemas de salud, lo cual es un buen indicador de un funcionamiento familiar. Por lo tanto, es importante que estén disponibles y se utilicen herramientas para evaluar el ajuste y el funcionamiento conyugal (Rentería Alemán et al., 2020).

La Escala de Ajuste Diádico, validada ya en varios países, ha sido el instrumento más utilizado en la evaluación de la calidad y el ajuste de la pareja. Urbano y cols. (2021), menciona que entre los aspectos de interés se tienen: la estabilidad del vínculo; análisis de los factores de la satisfacción; la calidad y el ajuste; patrones diádicos de interacción; caracterización de las relaciones de pareja; la interdependencia de comportamiento; la satisfacción de necesidades y el apego emocional (Urbano Contreras et al., 2021).

Lo que se puede evaluar es la calidad de la relación en la pareja (Carro Abdala & Gamiño Muñoz, 2018). Permite reconocer las relaciones conductuales básicas en una relación funcional y armoniosa. Según Cabrera y cols. (2019), se refiere al nivel de desempeño de la relación en las parejas, teniendo en cuenta las respuestas dadas respecto a los cambios que se dan a lo largo del tiempo (Cabrera García et al., 2019). Adicionalmente se explican los lazos de relaciones físicas, mentales y emocionales; que, deben ser estables en el tiempo (De Ira et al., 2018).

Spanier, autor de la escala, define el ajuste marital como un proceso entre dos personas que se ve reflejado en cuatro aspectos que son: consenso, satisfacción, cohesión y expresión afectiva (Moral de la Rubia, 2009; Santos-Iglesias et al., 2009).

Al referirse a la dimensión consenso diádico, resalta la importancia de evaluar diversos ámbitos del vivir común, el grado de acuerdo entre los integrantes de la pareja, relacionándose significativamente con los aspectos de clima emocional y estilo de resolución de conflictos (Jiménez-Picón et al., 2018). La cohesión diádica conyugal, es definida como el nivel de implicación en actividades habituales para coadyuvar a fortalecer la relación de pareja (Pinto et al., 2022). Esta dimensión se vincula con la satisfacción y la estabilidad de la pareja; cuyos aspectos no dependen de la cantidad de tiempo, sino de la calidad de la manera de compartir. La dimensión expresión afectiva son las manifestaciones de cariño y la satisfacción producto de las relaciones sexuales. De este modo la comunicación de las emociones permite consolidar la satisfacción afectiva en pro del reconocimiento y la seguridad, otorgando significancia a la relación de pareja (Arteta-Sandoval et al., 2022).

Esta herramienta fue desarrollada como una escala multidimensional, ya que se puede aplicar al matrimonio en sí y a otro tipo de parejas, está compuesta por 32 ítems que ofrecen una puntuación global en ajuste diádico y en los cuatro aspectos ya mencionados. Otra ventaja de la escala es que se puede usar con parejas con cualquier tipo de orientación sexual que convivan juntas, independientemente de su estado civil. Además, gracias a su formato sencillo se pueden obtener los resultados

al momento y comparar los perfiles de ambas partes de la pareja para comprender mejor dónde residen las mayores diferencias y problemáticas de la relación (Santos-Iglesias et al., 2009).

La relación de pareja puede ir variando con el paso del tiempo ya sea con o sin hijos, pero el objetivo principal de la relación no está centrado en los hijos, sino que la unión de dos personas tiene una finalidad social, donde lo emocional y las cuestiones sentimentales de la relación adquieren la máxima importancia (Moral de la Rubia, 2009) Debido a ello, la pareja debe cumplir con ciertos requisitos para tener un funcionamiento adecuado ya sean personales o de pareja, en donde van a crear un ambiente con una visión global y subjetiva que el individuo hace de su cónyuge, su relación y viceversa (Moral de la Rubia, 2009).

La pareja crea modelos para otros subsistemas de la familia y las interacciones se vuelven importantes para su función. Esta característica se convierte en un elemento para que el médico familiar pueda tratar de manera integral y sencilla en cada consulta, los requerimientos de cada miembro de la pareja, las posibles causas del problema (si las hubiera), y permite: definir medidas preventivas y de atención para evitar discordias matrimoniales (Nava Bocanegra, 2014).

Aunque ningún estudio ha informado sobre la relación entre el funcionamiento conyugal o los propios trastornos de ansiedad, hay estudios que han encontrado que aceptar la enfermedad personalmente es un factor importante para mejorar la calidad de vida. Además de una buena relación de pareja, se caracteriza por aceptar, comprender y participar abiertamente de las emociones para mejorar la calidad de vida y controlar la enfermedad (UNAM, 2023).

Se sabe que muchas enfermedades afectan directamente la sexualidad de los pacientes. Algunos pacientes asocian su enfermedad con una sensación de disminución del atractivo sexual, disminución del deseo o la percepción de que esto puede provocar rechazo por parte de la pareja (Vidal Dajui, 2020).

Las situaciones estresantes relacionadas con conflictos familiares, laborales, sociales y económicos generan ansiedad. Tal situación puede provocar una pérdida generalizada de interés por el sexo, la inducción de disfunción eréctil, un mayor abandono de la actividad sexual y una disminución de la autoestima. Existe una variedad de problemas psiquiátricos que pueden provocar cambios en el interés sexual. Por ejemplo, entre el 50% y el 70% de los pacientes con depresión tienen disfunción sexual, que empeora con el tratamiento (Monseny, 2010).

Habitualmente, las parejas son consideradas apoyo social y económico, proporcionan un estado de estabilidad relacionado con la salud física y psicológica, y por tanto deben ser fuente de satisfacción y desarrollo. Por tanto, la satisfacción conyugal se convierte en un factor central para mantener las relaciones, ya que las parejas que sufren discordia experimentan importantes efectos en su salud física y mental (Monseny, 2010). Se ha descubierto que la prevalencia de la depresión es dos veces mayor en las mujeres de mediana edad. Cuando se trata de ansiedad, varios estudios han confirmado que las mujeres tienen niveles de ansiedad más altos que los hombres. Cuando se trata de satisfacción conyugal y ansiedad, el cambio puede causar síntomas de depresión más graves que los hombres. El estado de separación o divorcio también es un predictor del desarrollo del TAG (Pomerol Monseny, 2010).

En la actualidad, el TAG es un trastorno psiquiátrico frecuente e incapacitante. El ser hombre o mujer en una pareja, no sólo influye en la prevalencia de los trastornos mentales, sino también en la manifestación de los síntomas, la voluntad o capacidad de asistir a valoración médica y/o psicológica, el curso de su enfermedad o enfermedades, según sea el caso, la respuesta al tratamiento y la repercusión que tendrá dentro de su sistema conyugal (Arenas C, 2009).

IV. Hipótesis

H₀ La prevalencia de pacientes con diagnóstico de trastorno de ansiedad con funcionalidad armoniosa del subsistema conyugal es $\geq 11\%$ y la prevalencia de pacientes sin diagnóstico de trastorno de ansiedad con funcionalidad armoniosa es $\geq 27\%$.

H₁ La prevalencia de pacientes con diagnóstico de trastorno de ansiedad con funcionalidad armoniosa del subsistema conyugal es $< 11\%$ y la prevalencia de pacientes sin diagnóstico de trastorno de ansiedad con funcionalidad armoniosa es $< 27\%$.

H₀ La prevalencia de pacientes con diagnóstico de trastorno de ansiedad con funcionalidad conflictiva del subsistema conyugal es $\geq 89\%$ y la prevalencia de pacientes sin diagnóstico de trastorno de ansiedad con funcionalidad conflictiva es $\geq 73\%$.

H₁ La prevalencia de pacientes con diagnóstico de trastorno de ansiedad con funcionalidad conflictiva del subsistema conyugal es $< 89\%$ y la prevalencia de pacientes sin diagnóstico de trastorno de ansiedad con funcionalidad conflictiva es $< 73\%$.

V. Objetivos

V.1. Objetivo general

Determinar la asociación en pacientes con trastorno de ansiedad y la funcionalidad conyugal en una unidad de primer nivel de atención.

V.2. Objetivos específicos

1. Identificar la asociación entre los pacientes con trastorno de ansiedad y la funcionalidad armoniosa del subsistema conyugal.
2. Identificar la asociación entre los pacientes con trastorno de ansiedad y la funcionalidad conflictiva del subsistema conyugal.

VI. Material y métodos

VI.1 Tipo de investigación

Se llevó a cabo un estudio observacional, analítico, trasversal comparativo.

VI.2 Población o unidad de análisis

Derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar 15 del IMSS, Querétaro.

VI.3 Muestra y tipo de muestra

Se utilizó la fórmula para 2 poblaciones por proporciones, con un nivel de confianza de 95% y valor de $p \leq 0.05$.

n= número total de personas

K= nivel de confianza

p= probabilidad de éxito

q= probabilidad de fracaso

$$n = \frac{(P1q1 + P2q2) K}{(P1 - P2)^2}$$

K= 10.8 (95%)

P1= 0.11 q1= 0.89

P2= 0.27 q2=0.73

Dónde:

$$n = \frac{[(0.27)(0.73) + (0.11)(0.89)] (10.8)}{(0.27 - 0.11)^2}$$

$$n = \frac{[0.1971 + 0.979](10.8)}{(0.16)^2}$$

$$n = \frac{[3.186]}{0.0256}$$

$$n = \underline{124.45}$$

Se redondea a 125 por grupo con y sin trastorno de ansiedad.

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia para conformar dos grupos: pacientes con y sin trastorno de ansiedad.

VI.3.1 Criterios de selección

Se incluyeron a participantes mayores de edad, que tuvieran vida de pareja con mínimo un año de unión, con carta de consentimiento informado y que fueran derechohabientes de la UMF 15 del IMSS. Se excluyeron a pacientes que fueron diagnosticadas con otro trastorno psiquiátrico aparte de trastorno de ansiedad o con algún déficit funcional o cognitivo que les impidiera responder el instrumento. Se eliminaron a los pacientes que no contestaron la totalidad de los cuestionarios.

VI.3.2 Variables estudiadas

Las variables sociodemográficas fueron: edad, sexo, ocupación, religión, estado civil, tipo de familia, estatus económico y comorbilidades. Variables de asociación: Funcionalidad del sistema conyugal con ajuste diádico y trastorno de ansiedad.

VI. 4. Técnicas e instrumentos

Para estimar la presencia de trastorno de ansiedad se utilizó el Inventario de Trastornos de Ansiedad Generalizada (GADI) es un cuestionario tipo Likert que consta de 22 ítems y se agrupan en tres dimensiones o subescalas: la cognitiva, trastornos del sueño y síntomas somáticos; donde el paciente responde, en una escala de 0 a 4 su grado de acuerdo con cada uno de los aspectos propuestos, este instrumento permite evaluar la presencia o ausencia del trastorno de ansiedad generalizada, así como la gravedad del mismo (Blanco et al., 2017).

La estructura está compuesta de 3 factores (síntomas cognitivos, somáticos y alteración del sueño), tanto en el estudio original de Argyropoulos como en la versión mexicana. El instrumento cuestiona la presencia de sintomatología en las últimas 2 semanas. La puntuación total oscila entre 0 y 88 puntos. Es un cuestionario fácil de aplicar; la confiabilidad evaluada mediante el Coeficiente Alpha de Cronbach de acuerdo con Blanco et al. (2017) es de 0.86 para la subescala síntomas cognitivos, 0.71 para la subescala que evalúa los trastornos de sueño y 0.91 para la subescala de síntomas somáticos (Blanco et al., 2017; Padrós Blázquez et al., 2019).

Para determinar la funcionalidad conyugal, se utilizó la escala de ajuste diádico (Anexo 3), la cual es una escala tipo Lickert, con 32 ítems y con puntuación total de 152 puntos, donde una puntuación mayor o igual a 100 puntos indica una relación funcional o armoniosa y menor a 100 puntos una relación conflictiva o disfuncional. Una puntuación mayor a 125 indica una relación idealizada generalmente se ve más en parejas de novios. Sus respuestas se evaluaron con puntuaciones que van desde 0 a 6 puntos con respuestas desde el “siempre” hasta el “nunca” y otras de “sí” y “no”. Con puntuaciones máximas por indicador de: consenso 75 puntos, satisfacción 49 puntos, cohesión 24 puntos, afecto 12 puntos. La escala tiene alta fiabilidad, además que es una prueba ya avalada en población mexicana.

VI. 5 Procedimientos

Una vez obtenida la autorización por el comité local de ética e investigación en salud, se solicitó permiso a las autoridades correspondientes de la UMF 15 del IMSS, Querétaro, para realizar la investigación en la consulta externa de Medicina Familiar. Se acudió a sala de espera del área de consulta externa de medicina familiar en los diferentes turno, donde se identificaron a los derechohabientes que cumpliera con los criterios de selección, a quienes se les explico de forma amplia el objetivo del estudio, una vez que emitieron si consentimiento verbal, se procedió a la firma de carta de consentimiento informado, posterior al traslado a un área privada se procedió a recabar los datos sociodemográficos, al termino se le atortoraron los

cuestionarios para determinar funcionalidad conyugal y trastorno de ansiedad, con duración aproximada de 10 minutos, en todo momento el investigador estuvo presente para resolver dudas, al término se le otorgaron sus resultados preliminares y en caso de requerir algún apoyo.

VI. 5.1 Análisis estadístico

Una vez que concluido el trabajo de campo de la investigación se realizó una matriz de datos en Excel, donde se capturaron los datos recabados. Posteriormente, esta base de datos elaborada y codificada fue procesada en SPSS Versión 23 para realizar el análisis estadístico se realizó con estadística descriptiva, para las variables cualitativas en frecuencias y porcentajes, para las cuantitativas con promedios y desviación estándar. Para realizar la comparación de las variables cualitativas entre los grupos se empleó Chi cuadrada. Tomando un valor significativo con IC 95% y valor de $p \leq 0.05$.

VII. Consideraciones éticas

El presente estudio se analizó ante un Comité Local de Ética e Investigación en Salud para su revisión, evaluación y aceptación, y de esa forma fue aceptado de acuerdo a la reglamentación ética vigente.

En cuanto a aspectos éticos internacionales, esta investigación se apegó, a los principios éticos de la Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial, adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 1989.

La recolección de datos respetó los principios que se establecen en la pauta número doce “Recolección, almacenamiento y uso de datos en una investigación relacionada con la salud” establecidos Durante su reunión anual del 2009, el Comité Ejecutivo del CIOMS consideró la conveniencia de revisar las pautas éticas de investigación biomédica.

En cuanto a los aspectos éticos nacionales, específicamente los lineamientos de la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos en materia de investigación para la Salud vigente en nuestro país, el presente trabajo se realizó conforme a lo siguiente:

Artículo 17. Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este estudio se considera que corresponde a una investigación de riesgo mínimo ya que es un estudio en el que se aplicarán 2 instrumentos para evaluar la satisfacción conyugal y el tipo de afrontamiento, por lo cual la paciente podría desencadenar reacciones emocionales durante el estudio.

El presente estudio respetó cada uno de los principios de bioética que rigen el proceso de investigación, la participación en este estudio no condicionó la atención médica de la paciente y tampoco se ejerció coerción para la participación en el mismo. No hubo remuneración económica tras la participación en el estudio. El uso de la información fue anónimo y confidencial donde solo se identificó por medio de un número de folio y los datos fueron encriptados y almacenados por un tiempo no mayor a 5 años y solo tuvo acceso el investigador principal a todas las estadísticas del proyecto.

VIII. Resultados

El estudio incluyó un total de 250 participantes, divididos en dos grupos, grupo 1 pacientes con trastorno de ansiedad (n=125) y grupo 2 pacientes sin trastorno de ansiedad (n=125). La edad promedio de del grupo 1 fue 38.32 ± 11.37 años, de acuerdo con el sexo predominó el femenino con 60 % IC 95% (51.4-68.6); en el grupo 2, la edad promedio fue de 38.07 ± 9.68 años y de igual manera, la mayor proporción fue el sexo femenino con 64.8% IC 95% (56.4- 73.2), véase Cuadro VIII.1.

En el grupo 1 la ocupación más frecuente fue profesionista en 69.6% (IC 95%; 61.5-77.7), en cuanto al estado civil se encontró que la mayoría de las parejas refirió ser casado en el 59.2% (IC 95%; 50.6-67.8), con un estatus económico medio en 92% (IC 95%; 87.2-96.8).

En el grupo 2 los profesionistas fueron 85.6% (IC 95%; 79.4-91.8); el 61.6% (IC 95%; 53.1-70.1) fue casado, el estatus económico más frecuente fue medio con 89.6% (IC 95%; 84.2-95). La religión en ambos grupos fueron católicos en 80% (IC 95%; 73-87). Al realizar la comparación de estas variables mencionadas entre los grupos de estudio se halló una diferencia estadísticamente significativa en la ocupación ($p=0.002$), véase Cuadro VIII.1.

Se realizó un análisis entre las comorbilidades referidas por los pacientes en los grupos de estudio y se halló una diferencia significativa entre éstas ($p=0.001$). La comorbilidad más frecuente en el grupo 1 con TAG fue HAS en el 16.8% (n=21) (IC 95%; 10.2-23.4), mientras que en el grupo 2 la comorbilidad más frecuente fue la obesidad, afectando al 11.2% (n=14) (IC 95%; 5.7-16.7), véase Cuadro VIII.2.

Se analizaron los datos para comparar el tipo de familia en los grupos con y sin ansiedad. En ambos grupos, hubo un porcentaje mayor en el tipo de familia nuclear simple, siendo 64.8% (IC 95%; 56.4-73.2) en el grupo 1 y en el grupo 2 un 45.6% (IC 95%; 36.9-54.3), ($X^2=10.39$; $p=0.016$), se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa entre el tipo de familia en los grupos de estudio, véase Cuadro VIII.3.

En el grupo 1 de pacientes con ansiedad, el 84% (IC 95%; 77.6-90.4) obtuvo una funcionalidad conyugal armoniosa, mientras que en el grupo 2 sin ansiedad el 82.4% (IC 95%; 75.7-89.1) sin llegar a ser significativa esta diferencia ($p=0.433$), véase cuadro VIII.4

Los resultados más frecuentes referente a la dimensión en ambos grupos de estudio fue con consenso en el grupo 1 el 86.4% (IC 95%; 80.9-96.3) y en el grupo 2 el 92% (IC 95%; 87.7-96.3), véase cuadro VIII. 5.

Cuadro VIII.1. Variables sociodemográficas.

Variable	Pacientes con ansiedad n=125		IC 95%		Pacientes sin ansiedad n=125		IC 95%		Valor de p
	F	%	Inf	Sup	F	%	Inf	Sup	*p
Sexo									
Femenino	75	60.0	51.4	68.6	81	64.8	56.4	73.2	0.257
Masculino	50	40.0	31.4	48.6	44	35.2	35.3	52.7	
Ocupación									
Hogar	13	10.4	5.0	15.8	12	9.6	4.4	14.8	0.002
Obrero	21	16.8	10.2	23.4	3	2.4	-0.3	5.1	
Campo	1	0.8	-0.8	2.4	0	0.0	0	0	
Comerciante	3	2.4	-0.3	5.1	3	2.4	-0.3	5.1	
Profesionista	87	69.6	61.5	77.7	107	85.6	79.4	91.8	
Estado civil									
Casado	74	59.2	50.6	67.8	77	61.6	53.1	70.1	0.398
Unión libre	51	40.8	32.2	49.4	48	38.4	29.9	46.9	
Religión									
Católica	100	80.0	73.0	87.0	100	80.0	73.0	87.0	0.783
Cristiana	10	8.0	3.2	12.8	9	7.2	2.7	11.7	
Testigo de Jehová	3	2.4	-0.3	5.1	1	0.8	-0.8	2.4	
Ateo	5	4.0	0.6	7.4	8	6.4	2.1	10.7	
Otra	7	5.6	1.6	9.6	7	5.6	1.6	9.6	
Estatus económico									
Alto	0	0.0	0	0	2	1.6	-0.6	3.8	0.352
Medio	115	92.0	87.2	96.8	112	89.6	84.2	95.0	
Bajo	10	8.0	3.2	49.4	11	8.8	3.8	13.8	

Fuente: Derechohabientes con y sin TAG de la UMF 15, IMSS OOAD Querétaro.
 Abreviaturas: IC: Intervalo de confianza; Inf: Inferior; Sup: Superior; F: frecuencia. *Puebla χ^2 .

Cuadro VIII.2. Comorbilidades y trastorno de ansiedad.

Comorbilidades	<i>Pacientes con ansiedad n=125</i>		IC 95%		<i>Pacientes sin ansiedad n=125</i>		IC 95%		Valor de p
	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>Inf</i>	<i>Sup</i>	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>Inf</i>	<i>Sup</i>	<i>*p</i>
<i>DM</i>	7	5.6	1.6	9.6	3	2.4	-0.3	5.1	<0.001
<i>HAS</i>	21	16.8	10.2	23.4	7	5.6	1.6	9.6	
<i>Obesidad</i>	2	1.6	-0.6	3.8	14	11.2	5.7	16.7	
<i>DM/HAS</i>	7	5.6	1.6	9.6	5	4.0	0.6	7.4	
<i>Ninguna</i>	79	63.2	54.7	71.7	95	76	68.5	83.5	

Fuente: Derechohabientes con y sin TAG de la UMF 15, IMSS OOAD Querétaro.
 Abreviaturas: IC: Intervalo de confianza; Inf: Inferior; Sup: Superior; F: frecuencia. *Pueba X².
 DM: Diabetes mellitus; HAS: hipertensión arterial sistémica.

Cuadro VIII.3. Tipología familiar y trastorno de ansiedad generalizada.

Tipología familiar	<i>Pacientes con ansiedad</i> n=125		<i>IC 95%</i>		<i>Pacientes sin ansiedad</i> n=125		<i>IC 95%</i>		<i>Valor de p</i>
	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>Inf</i>	<i>Sup</i>	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>Inf</i>	<i>Sup</i>	<i>*p</i>
<i>Nuclear</i>	27	21.6	14.4	28.8	48	38.4	29.9	46.9	0.016
<i>Nuclear simple</i>	81	64.8	56.4	73.2	57	45.6	36.9	54.3	
<i>Extensa</i>	12	9.6	4.4	14.8	15	12.0	6.3	17.7	
<i>Reconstruida</i>	5	4.0	0.6	7.4	5	4.0	0.6	7.4	

Fuente: Derechohabientes con y sin TAG de la UMF 15, IMSS OOAD Querétaro.
 Abreviaturas: IC: Intervalo de confianza; Inf: Inferior; Sup: Superior; F: frecuencia. *Puebla X².

Cuadro VIII.4. Funcionalidad conyugal y trastorno de ansiedad.

Funcionalidad conyugal	<i>Pacientes con ansiedad</i> n=125		<i>IC 95%</i>		<i>Pacientes sin ansiedad</i> n=125		<i>IC 95%</i>		<i>Valor de p</i>
	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>Inf</i>	<i>Sup</i>	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>Inf</i>	<i>Sup</i>	<i>*p</i>
<i>Armoniosa</i>	105	84	77.6	90.4	103	82.4	75.7	89.1	0.433
<i>Conflictiva</i>	20	16	9.6	22.4	22	17.6	10.9	24.3	

Cuadro VIII.5. Trastorno de ansiedad y dimensiones del ajuste diádico.

Dimensiones	Pacientes con ansiedad n=125		IC 95%		Pacientes con ansiedad n=125		IC 95%		Valor de p
	F	%	Inf	Sup	F	%	Inf	Sup	*p
Consenso									
Sin	17	13.6	8.1	12.3	10	8	3.7	12.3	0.158
Con	108	86.4	80.9	96.3	115	92	87.7	96.3	
Satisfacción									
Sin	34	27.2	20.1	37.8	38	30.4	23	37.8	0.576
Con	91	72.8	65.7	77	87	69.6	62.2	77	
Cohesión									
Sin	35	28	20.8	38.6	39	31.2	23.8	38.6	0.579
Con	90	72	64.8	76.2	86	68.8	61.4	76.2	
Afecto									
Sin	23	18.4	12.2	22.8	21	16.8	10.8	22.8	0.739
Con	102	81.6	75.4	89.2	104	83.2	77.2	89.2	

Fuente: Prueba de funcionalidad conyugal Ajuste diádico.

Abreviaturas: IC: Intervalo de confianza; Inf: Inferior; Sup: Superior; F: frecuencia; OR: Odds ratio.

IX. Discusión

En el presente estudio se encontró que de los sujetos con diagnóstico de TAG el 62.4% fueron mujeres y el 37.6% restante fueron hombres, sin embargo, esta diferencia no fue estadísticamente significativa entre los grupos de estudio ($p=0.257$). Lo cual corresponde con lo reportado por Arenas y Puigcerver (Arenas C, 2009) quienes mencionan que las tasas de ansiedad son más altas en las mujeres y especulan sobre cuáles son los factores de riesgo que pueden existir que expliquen esta preponderancia a los trastornos de ansiedad en la mujer. Por otro lado, en Argentina se realizó un estudio correlacional, con diseño transversal en una muestra no probabilística de 320 participantes adultos de población general y contradice lo antes expuesto; en donde concluyen que, en cuanto al efecto del sexo, los análisis demostraron que no se registraron diferencias significativas (Mo & Rodriguez De Behrends, 2015).

En el presente estudio no se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre el diagnóstico de ansiedad y el estado civil ($p=0.398$), lo cual se contrapone a los resultados hallados por Bastida-González (2020) y cols. Quienes realizaron un estudio comparativo y nivel de ansiedad según el estado civil. Participaron 300 personas procedentes de la población general mexicana, 150 hombres y 150 mujeres, de los cuales 150 mantenía una relación de pareja y 150 solteros (ruptura, separados o divorciados); los resultados obtenidos mostraron que las personas que han pasado por una ruptura de pareja obtuvieron mayores puntuaciones en sintomatología depresiva y ansiosa. Con este resultado, concluyen de pasar por una ruptura de pareja puede afectar de manera global a la vida psíquica y afectiva de los individuos (Bastida González et al., 2017).

En cuanto a la religión profesada y el TAG, en 2018 en España se realizó una investigación con una muestra de 400 sujetos, de los cuales 200 sujetos fueron diagnosticados previamente con depresión y 200 sujetos sin depresión. No se revelaron diferencias significativas en la satisfacción de la vida en función de la

religión profesada, sin embargo, creen que la práctica religiosa es un factor protector de la ansiedad y la depresión, porque los sujetos más practicantes poseen más sentido de la vida, que los no practicantes o los que practican sólo algunas veces, aunque no son significativas las diferencias en su muestra ($p=0.503$) (Armas Arráez, 2018).

Estos resultados coinciden con los encontrados en este estudio, pues no se halló una diferencia entre esta variable de la religión profesada y los grupos de estudio ($p=0.783$). A pesar de que el 80% de los participantes de estudio refirió profesar la religión católica que es la más profesada en México no se halló diferencia entre los grupos de estudio.

En adición se realizó una comparación entre los grupos según la presencia de ansiedad y el estatus económico sin que se estableciera una diferencia significativa entre estas variables ($p=0.352$). Lo que se contrapone con los hallazgos referidos por Barrera-Herrera y cols., quienes describieron que en 449 estudiantes universitarios chilenos se comparó la sintomatología de ansiedad, depresión y según nivel socioeconómico categorizado en tres niveles (bajo, medio y alto), reportando una diferencia estadísticamente significativa ($p<0.05$) (Barrera Herrera et al., 2019). Esta diferencia entre los datos hallados puede deberse a la edad de los participantes.

Diversos estudios han mencionado la existencia de una estrecha relación entre obesidad y ansiedad. Según datos obtenidos en el Instituto Mexicano del Seguro Social en 2019, donde se analizaron 282 paciente de 18 a 65 años; se realizó un análisis de asociación resultado estadísticamente significativo ($p<0.05$) la asociación entre estas dos variables (Patiño et al., 2020). En el presente trabajo el hallazgo fue similar, lo que indica que estas complicaciones deben ser consideradas como combinación que impacta de manera importante la salud psico-biológica de los pacientes.

Otras de las comorbilidades más frecuentes asociadas con la ansiedad son hipertensión arterial y diabetes mellitus, como los datos mostrados por Cruz-

González y cols., donde incluyeron 183 pacientes. Encontraron algunas alteraciones metabólicas relacionadas con la ansiedad: sobrepeso, obesidad abdominal, hipertensión arterial, resistencia a la insulina, intolerancia a la glucosa, hipertrigliceridemia e hipercolesterolemia (Cruz-González et al., 2019). La presencia de comorbilidades impacta en la salud física y social de los sujetos.

En la década de los setenta, autores como Salvador Minuchin (S. , R. B. L. and B. L. Minuchin, 1978; S. Minuchin, 1974) y Mara Selvini-Palazzoli (Selvini Palazzoli, 1978) señalaron que las dificultades y los conflictos en la relación conyugal generaban un contexto que favorecía el desarrollo de psicopatologías, como podría ser el Trastorno de Ansiedad. Sin embargo, se carece de información precisa entre esta relación, y conocer datos duros sobre el tema, motivo por el cual la importancia del tópico abordado en el presente proyecto en donde no se encontró diferencias significativas entre el diagnóstico de ansiedad y el ajuste diádico conyugal ($p=0.813$), se necesitan más estudios para confirmar estos resultados.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2018, los hogares familiares comprenden el 88.1% del total de hogares del país. La mayoría son nucleares (71.3%), es decir, formados por parejas con o sin hijas/os, o únicamente por el padre o la madre, denominados monoparentales; 27.9% son hogares ampliados, integrados por nucleares y monoparentales, pero también con la residencia de otros parientes como tíos/as, primos/as, hermanos/as, suegros/as, etcétera; por último, 0.8% son hogares compuestos, es decir, integrados por nucleares o ampliados, y además con personas que no tienen ningún parentesco con la jefa o jefe del hogar (Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de Los Hogares (ENIGH. 2018 Nueva Serie, n.d.).

En relación con los datos expuestos, la información obtenida en la muestra estudiada en el presente proyecto son similares a lo publicado por la ENIGH, pues la mayor proporción refirió tener una familia nuclear simple (55.2%), seguida de nuclear (30%), extensa (10.8%) y reconstruida (4%) la similitud de estos resultados puede deberse a que fueron realizados en población adulta mexicana con datos sociodemográficos y culturales semejantes.

En cuanto a las Subescalas del Ajuste Diádico Conyugal, realizaron un estudio descriptivo, observacional, donde participaron 95 parejas españolas elegidas mediante muestreo consecutivo quienes respondieron el cuestionario y las escalas Ajuste Diádico Conyugal. Reportando que las parejas eran mayoritariamente matrimonios con buen ajuste diádico, además mencionan el número de hijos como principal factor condicionante del ajuste diádico (Fernanda et al., 2023).

En una publicación reciente (2023) titulada “Ajuste diádico y bienestar psicológico en el personal militar”, participaron 92 individuos, reportando la relación entre el ajuste diádico y el bienestar psicológico; con sus dimensiones vinculadas (consenso, cohesión, satisfacción y expresión afectiva en la pareja), y el bienestar psicológico en el personal militar, es altamente explicativa de la premisa: a mayor nivel de ajuste diádico se presenta un mejor bienestar psicológico en la interacción conyugal (Abata & Guadalupe, 2023).

En este sentido, es fundamental conocer los recursos de los que dispone cada pareja para hacer frente a las dificultades y la unión entre los cónyuges puede ayudarles a enfrentar los desafíos.

X. Conclusiones

En este estudio se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna no encontrando asociación entre la funcionalidad conyugal y el trastorno de ansiedad en pacientes derechohabientes que solicitaron atención médica en el servicio de consulta externa de Medicina familiar en la UMF 15 en IMSS, Querétaro.

No se estableció asociación entre funcionalidad armoniosa y conflictiva del subsistema conyugal y la presencia o ausencia de trastorno de ansiedad en pacientes derechohabientes que solicitaron atención médica en el servicio de consulta externa de Medicina familiar en la UMF 15 en IMSS, Querétaro.

A pesar de estos resultados, las relaciones interpersonales forman parte esencial de nuestra vida social y constituyen una importante meta que nos esforzamos en conseguir, siendo la relación en pareja la forma más común. Además, la familia juega un papel protector en el desarrollo de enfermedades en general, incluyendo las mentales, por ello la gran importancia de abordar estos temas de salud.

XI. Propuestas

Es importante, el desarrollo de prácticas que faciliten la detección oportuna y manejo de las crisis maritales ya que como se mencionó con anterioridad se ha demostrado que pudiera ser un factor protector para el desarrollo de patologías psicológicas como es la ansiedad, a pesar de que para una buena funcionalidad conyugal no encontremos una relación directa, pero podría ser que entre otros factores, sea determinante. El médico familiar en contacto con los pacientes debería de indagar el entorno familiar y de esta manera poder detectar algún tipo de disfunción en su entorno para poder brindarle el acompañamiento y asesoría para poder mejorar su calidad de vida, fortaleciendo la red de apoyo de cada paciente y así las estrategias para su mejoramiento en todos los ámbitos, y no olvidar implementarlo en cada consulta o cada que el motivo de consulta o padecimiento lo amerite.

Se podría dar más énfasis en la salud mental en cada consulta, incluso practicar cuestionarios de manera intencionada con el fin de detectar alguna anomalía en el estado de ánimo o en el entorno conyugal/familiar, de esta manera, canalizar a los distintos servicios que el instituto proporciona y trabajar de manera conjunta, invitando y reforzando las redes de apoyo del paciente, además de tener un seguimiento más estrecho, siempre que el paciente lo permita, crear estrategias junto con trabajo social, psicología o psiquiatría, además de las diferentes áreas de acuerdo con comorbilidades, hacer una especie de comparación desde el inicio del contacto, y cómo va mejorando en cada sesión, por supuesto, buscar nuevas áreas de oportunidad.

Como médico familiar, ir acompañando, planificando y creando metas cercanas, fáciles de realizar para el paciente y así, no abandone su tratamiento/seguimiento. Dar tratamiento oportuno y mejorar el estado biopsicosocial de cada paciente.

En el área de enseñanza, propondría una formación acerca de la salud mental que formara parte desde un inicio y los médicos especialistas en formación supieran abordar y tratar.

En área administrativa, se darían capacitaciones de las diversas herramientas, incluso apoyándonos de trabajo social y psicología (las clínicas que cuenten con ella) para saber aplicar los cuestionarios y de la misma manera, interpretarlos, para dar un mejor plan a cada paciente y/o pareja.

Dentro de la investigación, coadyuvar para la realización de nuevos cuestionarios que nos orienten a qué área específica tendremos que enfocarnos y con qué integrante de la familia o clínica, acercarnos para obtener un mejor resultado, porque si bien, los resultados no fueron del todo concluyentes, en la práctica se sabe, la salud mental es un pilar importante dentro de nuestras familias y la sociedad.

Se sabe que el trastorno de ansiedad es muy común y son muchos los factores detonantes de este y aunque en el presente estudio no se estableció una asociación significativa entre variantes y factores de riesgo para tener ansiedad, no se descarta que ambos factores, tanto la ansiedad y la funcionalidad conyugal impacten una sobre la otra. Sin embargo, se puede hacer un estudio en años posteriores, ya que la sociedad está en constante cambio y podríamos obtener distintos resultados en un futuro.

XII. Bibliografía

- Abata, M. F. M., & Guadalupe, G. A. P. (2023). Ajuste diádico y bienestar psicológico en el personal militar. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 4(3), 621–635.
- Aguayo, M. A. R., Roche, O. F. R. de la, & García, A. M. N. (2012). Percepción de apoyo familiar en un grupo de pacientes con diagnóstico de infarto agudo al miocardio. *Atención Familiar*, 19(3).
- American Psychiatric Association. (2013a). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.
- American Psychiatric Association. (2013b). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.
- Anxiety Disorders and Depression Research & Treatment* |. (n.d.). Anxiety and Depression Association of America, ADAA. Retrieved July 26, 2023, from <https://adaa.org/>
- Arenas C, P. A. (2009). Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de Psicología - Psychological Writings*, 3(1), 20–29.
- Armas Arráez, M. L. C. A. (2018). *El sentido de la vida: factor protector de ansiedad y depresión* [Instituto Teológico de Cáceres, Universidad de Extremadura].
- Arteta-Sandoval, G., Cunza-Aranzábal, D. F., Madrid-Valdiviezo, J., & Huamán-Pérez, J. V. (2022). Escala de calidad de relación de pareja en el contexto Covid-19. *Revista de La Facultad de Medicina Humana*, 22(2), 308–318.
- Bandelow, B., & Michaelis, S. (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3), 327–335.
- Bandelow, B., Michaelis, S., & Wedekind, D. (2017). Treatment of anxiety disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19(2), 93.
- Barrera Herrera, A., Neira Cofré, M., Raipán Gómez, P., Riquelme Lobos, P., & Escobar, B. A. (2019). Apoyo social percibido y factores sociodemográficos en relación con los síntomas de ansiedad, depresión y estrés en universitarios chilenos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, ISSN 1136-5420, Vol. 24, Nº. 2, 2019, Págs. 105-115, 24(2), 105–115.
- Bastida Gonzalez, R., Valdez Medina, J. L., Valor_Segura, I. (2017). Satisfacción marital y estado civil como factores protectores de la depresión y ansiedad. *Revista Argentina de Clínica Psicológica (Argentina) Num.1 Vol.XXVI*.

- Blanco, J. R., Ornelas, M., Barrón, J. C., & Rodríguez-Villalobos, J. M. (2017). Estructura Factorial del Inventario de Trastornos de Ansiedad Generalizada en Universitarios Mexicanos. *Formación Universitaria*, 10(5), 69–77.
- Cabrera García, V. E., Herrera Calle, L. E., & Serrato Vásquez, C. (2019). Importancia de la Diferenciación de Sí Mismo y el Ajuste Diádico en la Explicación de la Estabilidad Marital. *Revista Colombiana de Psicología*, ISSN-e 0121-5469, Vol. 28, N. 1, 2019, Págs. 65-80, 28(1), 65–80.
- Carballo, M. M., Estudillo, C. P., Meraz, L. L., Parrazal, L. B., & Valle, C. M. (2019). Trastornos de ansiedad: revisión bibliográfica de la perspectiva actual. *Revista Electrónica ENeurobiología*, 10(24).
- Carro Abdala, V. D. J., & Gamiño Muñoz, R. (2018). Familias de militares en México. Bienestar objetivo y bienestar subjetivo: bases para un debate. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, ISSN-e 2215-8758, ISSN 2145-6445, Vol. 10, N.º. 2, 2018 (Ejemplar Dedicado a: July - December), Págs. 87-104, 10(2), 87–104.
- chrome-https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/499GER_0.pdf. (2019). *Diagnóstico y tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada en la persona mayor*.
- CONAPO. (n.d.). *La composición de las familias y hogares mexicanos se ha transformado en décadas recientes como resultado de cambios demográficos y sociales*.
- Coordinación de comunicación social, S. de la R. (2023, January 24). *Coordinación de Comunicación Social - Más de 12 millones de personas en México sufren depresión, alertan en foro del Senado*.
- Craske, M. G., & Stein, M. B. (2016). Anxiety. *The Lancet*, 388(10063), 3048–3059.
- Crocq, M. A. (2015). A history of anxiety: from Hippocrates to DSM. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3), 319–325.
- Cruz-González, M. L., López-Correa, S. M., & Carranza-Madrigal, J. (2019). Anxiety and cardiovascular risk. *Medicina Interna de Mexico*, 35(6), 877–884.
- De Ira, E., En, S., Relación, L. A., Pareja, D. E., Psicológico, Y. B., Castillo Ayuso, R., Romero, S. V., & Correa, M. S. (2018). Expresión de ira, satisfacción en la relación de pareja y bienestar psicológico. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 21(3), 1006–1008.
- Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH)*. 2018 Nueva serie. (n.d.). Retrieved October 1, 2023, from
- Espínola, I. S., Cambranis, A. O., Salazar, A. M., & Esteves, C. G. (2017). Aproximación al concepto de pareja. *Psicología Para América Latina*, 29, 7–22.

- Espinosa Muñoz, M. C., Orozco Ramírez, L. A., Ybarra Sagarduy, J. L., Espinosa Muñoz, M. C., Orozco Ramírez, L. A., & Ybarra Sagarduy, J. L. (2015). Síntomas de ansiedad, depresión y factores psicosociales en hombres que solicitan atención de salud en el primer nivel. *Salud Mental, 38*(3), 201–208.
- Fernanda, M., Abata, M., Alexandra, G., & Guadalupe, P. (2023). Ajuste diádico y bienestar psicológico en el personal militar: Diadicadjustment and psychologicalwell-being in militarypersonnel. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, 4*(3), 621–635.
- Frías, Leonardo. (2019, April 14). Más de 264 millones padecen ansiedad a nivel mundial. *Gaceta UNAM*. <https://www.gaceta.unam.mx/mas-de-264-millones-padecen-ansiedad-a-nivel-mundial/>
- Inmaculada Ochoa de Alda. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica* (LIBERGRAF S.A., Ed.). LIBERGRAF S.A.
- Instituto Nacional de la Salud Mental. (2022). *Trastorno de ansiedad generalizada: Cuando no se puede controlar la preocupación*. NIMH. Institutos Nacionales de La Salud . <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-de-ansiedad-generalizada-cuando-no-se-pueden-controlar-las-preocupaciones-new>
- Jiménez Picón, N., Portero Prados, J., Romero Martín, M., Ponce Blandón, J. A., & Palomo Lara, J. C. (2021). Factores relacionados con el ajuste diádico conyugal en parejas con hijos en edad pediátrica. *Enfermería Clínica, ISSN 1130-8621, Vol. 31, N.º. 3, 2021, Págs. 156-165, 31*(3), 156–165.
- Jiménez-Picón, N., Lima-Rodríguez, J. S., & Lima-Serrano, M. (2018). Relación entre variables familiares y el ajuste conyugal. *Atencion Primaria, 50*(4), 205–212.
- Kalin, N. H. (2020). Novel Insights into Pathological Anxiety and Anxiety-Related Disorders. *American Journal of Psychiatry, 177*(3), 187–189.
- Kar, S. K., & Sarkar, S. (2016). Neuro-stimulation Techniques for the Management of Anxiety Disorders: An Update. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience, 14*(4), 330.
- Laura Guzmán Gutiérrez, S., Chilpa, R. R., & Bonilla Jaime, H. (2014). Article review Medicinal plants for the treatment of “nervios”, anxiety, and depression in Mexican Traditional Medicine. *Rev. Bras. Farmacogn, 24*(5).
- Loane, C., & Politis, M. (2012). Buspirone: What is it all about? *Brain Research, 1461*, 111–118.
- LXV Legislatura. (2017, December 5). *Gaceta del Senado*. LXIII/3PPO-62-2186/77617.
- Maina, G., Mauri, M., Rossi, A., & Salvi, V. (2016). Anxiety and depression. *Official Journal of the Italian Society of Psychopathology, 22*, 236–250.

- María Pomerol Monseny, J., & María Pomerol Monseny Paseo de la Bonanova, J. (2010). Disfunción eréctil de origen psicógeno. *Archivos Españoles de Urología (Ed. Impresa)*, 63(8), 599–602.
- Medina Mora. M. E., Borges, G., Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*, Vol. 26, No. 4, agosto 2003.
- Minuchin, S. (1974). *Families and Family Therapy*. Scientific Research Publishing.
- Minuchin, S. , R. B. L. and B. L. (1978). Psychosomatic families Anorexia nervosa in context. *Scientific Research Publishing*.
- Mo, G., & Rodriguez De Behrends, Y. (2015). *Diferencias entre hombres y mujeres en la evaluación de la ansiedad en población Argentina*. <https://www.academica.org>.
- Moral de la Rubia, J. (2009). Estudio de validación de la escala de ajuste diádico (das) en población mexicana. *SOCIOTAM. Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades*, 19(1), 113–138
- Nava Bocanegra, E. (2014). *Identificación de la funcionalidad familiar en el subsistema conyugal en pacientes con síndrome climatérico que acuden a la consulta externa en el Hospital Regional ISSEMyM Ecatepec* [UNAM, Facultad de Medicina].
- Odalís Fernández López, D., Bárbara Jiménez Hernández, D., Regla, D., Almirall, A., Darelys, D., Molina, S.-N., Rafaela, D. J., & Navarro, C. (2012). Manual para diagnóstico y tratamiento de trastornos ansiosos. *MediSur*, 10(5), 466–479.
- Organización Mundial de la Salud. (2022, June 8). *Trastornos mentales*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Padrós Blázquez, F., Hurtado Izguerra, D., & Martínez Medina, M. P. (2019). Propiedades psicométricas de la Escala Generalized Anxiety Disorder Inventory (GADI) para la evaluación del trastorno de ansiedad generalizada en México. *Ansiedad y Estrés*, 25(2), 85–90.
- Patiño, J. V. G., Tlatenchi, D. E. J., González, J. E. G., & Morales, A. Z. (2020). Asociación entre ansiedad, sobrepeso y obesidad en población adulta adscrita a una unidad de medicina familiar. *Atención Familiar*, 27(3), 127–130.
- Pinto, B. T., Miranda, C. L., Ponce, F. V, Palacios, L. S., & Reyes DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA, N. A. (2022). Problemas en la convivencia y la satisfacción de parejas bolivianas durante la pandemia del COVID-19. *Revista AJAYU*, 20(1), 64–88.
- Pomares Avalos, A. J., Pomares Alfonso, J. A., Santiesteban Alejo, R. E., Regal Cuesta, V. M., & Vázquez Núñez, M. A. (2021). Relación entre el funcionamiento familiar, ansiedad y depresión en adultos mayores. *Rev. Cuba. Med. Gen. Integr*, e1205–e1205.

- Ramos, K., & Stanley, M. A. (2018). Anxiety Disorders in Late Life. *Psychiatric Clinics of North America*, 41(1), 55–64.
- Rentería Alemán, C. R., García Torres, O., & Álvarez Villaseñor, A. S. (2020). Relación de la funcionalidad del subsistema conyugal y el nivel de conocimiento de la pareja con diabetes mellitus en el control de su enfermedad. *Medicina General y de Familia*, 9(1), 11–15.
- Repositorio Institucional de la UNAM. (n.d.). Retrieved July 26, 2023, from https://repositorio.unam.mx/contenidos?c=BxlqO6&d=false&q=*&i=7&v=1&t=search_0&as=0
- Santos-Iglesias, P., Vallejo-Medina, P., & Sierra, J. (2009). Propiedades psicométricas de una versión breve de la Escala de Ajuste Diádico en muestras españolas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*.
- Schatzberg AF, C. J. D. C. A. (2010). *Manual of Clinical Psychopharmacology* (9na ed.). American Psychiatric Publishing.
- Schnaas, F. (2017). Avances en el diagnóstico y tratamiento de la ansiedad y la depresión. *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 45(1), 22–25. www.medigraphic.com/neurologiawww.medigraphic.org.mx
- Selvini Palazzoli, & B. E. (10978). *Paradox and counterparadox: a new model in the therapy of the family in schizophrenic transaction*.
- Shah, A. A., & Han, J. Y. (2015). Anxiety. *CONTINUUM Lifelong Learning in Neurology*, 21(3), 772–782.
- Urbano Contreras, A., Martínez González, R. A., & Iglesias García, M. T. (2021). Revisión de la investigación sobre relaciones de pareja en países hispanohablantes (2000-2018). *Interdisciplinaria Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 38(3), 25–48.
- Vargas Murga, H. (2014). Tipo de familia y ansiedad y depresión. *Revista Medica Herediana*, 25(2), 57–59.
- Vidal Dajui, C. M. V. (2020). *Funcionalidad del subsistema conyugal y calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria*.
- WHO Americas region (PAHO) [Internet]. (2020) [citado 20 Noviembre 2020]. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/992-who-americas-region-paho-fact-sheets.pdf>

XIII. Anexos

XIII.1. Instrumento de recolección de datos



HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



“Asociación del trastorno de ansiedad y la funcionalidad conyugal, en el primer nivel de atención”

Edad: _____ años

Folio: _____

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS			
Sexo: 1. Masculino 2. Femenino	Ocupación: 1. Hogar 2. Obrero 3. Campo 4. Comerciante 5. Otros	Estado Civil: 1. Casado 2. Unión libre	Trastorno de ansiedad generalizado: 1. Sin ansiedad: 2. Con ansiedad:

XIII.2. Escala de Ajuste Diádico

Marca con una "X" el espacio que refleje mejor tu posición actual en cada uno de los siguientes aspectos, en tu relación de pareja:

	Siempre de acuerdo	Casi siempre de acuerdo	Desacuerdo ocasional	Desacuerdo Frecuente	Casi siempre en desacuerdo	Siempre en desacuerdo
1. Manejo de finanzas familiares						
2. Diversiones						
3. Cuestiones religiosas						
4. Demostración de afecto						
5. Amistad						
6. Relaciones sexuales						
7. Convencionalismos ¿Qué es lo correcto o lo incorrecto?						
8. Filosofía de la vida						
9. Relación con los suegros						
10. Objetivos, fines y valores						
11. Cantidad de tiempo para pasar juntos						
12. Toma de decisiones importantes						
13. Tareas domésticas						
14. Intereses y actividades a realizar durante el ocio						
15. Decisiones en relación con el trabajo						

	Siempre	Casi siempre	A menudo	Ocasionalmente	Raramente	Nunca
16. ¿Con qué frecuencia has pensado en el divorcio o la separación?						
17. ¿Con qué frecuencia te vas de casa tras una pelea?						
18. ¿Con qué frecuencias piensas que las cosas van bien como pareja?						
19. ¿Confías en tu pareja?						
20. ¿Lamentas haberte casado?						
21. ¿Con qué frecuencia pelean?						
22. ¿Con qué frecuencia haces que el otro pierda los estribos?						

	Todos los días	Casi todos los	Ocasionalmente	Raramente	Nunca
--	----------------	----------------	----------------	-----------	-------

		días			
23. ¿Besas a tu pareja?					

	En todas	Casi todas	Algunas	Pocas	Ninguna
24. ¿Participan juntos en actividades fuera de la pareja?					

¿Con qué frecuencia ocurre lo siguiente entre ustedes?

	Nunca	Menos de una vez al mes	Una o dos veces al mes	Una o dos veces por semana	Una vez al día	Más a menudo
25. Intercambian ideas estimulantes						
26. Ríen juntos						
27. Discuten algo con calma						
28. Trabajan juntos en un proyecto						

En lo que sigue las parejas a veces están de acuerdo y otras en desacuerdo; indica si en las últimas semanas el desacuerdo en alguno de los puntos siguientes les ha causado problemas: (contesta Si o No)

29. Estar demasiado cansado(a) para hacer el amor: SI _____ NO _____

30. Ausencia de demostración afectiva: SI _____ NO _____

	Muy insatisfecho	Bastante satisfecho	Un poco insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho	Extremadamente satisfecho	Perfecto
31. ¿Qué tan satisfecho está con su relación?							

De las formas que siguen: ¿cuál refleja tu forma de ver el futuro de tu relación?

5. Deseo de todo corazón que nuestra relación tenga éxito y haría lo posible porque fuera así.
4. Deseo muchísimo que nuestra relación tenga éxito y haré lo que pueda para que sea así.
3. Deseo mucho que nuestra relación tenga éxito y haré mi parte para que sea así.
2. Sería bueno que nuestra relación tuviera éxito, pero no puedo hacer mucho más de lo que ya hago para que así sea.
1. Sería bueno que nuestra relación tuviera éxito, pero me niego a hacer más de lo que ya hago para preservarla.
0. Nuestra relación nunca podrá ser un éxito. No hay nada más que yo pueda hacer para preservarla.

XIII.3. Inventario de Evaluación de Trastorno de Ansiedad Generalizada

- Por favor, asegúrese de responder a todas las preguntas poniendo una marca en la casilla que mejor describa cómo se ha sentido en las últimas dos semanas
- No hay respuestas correctas o incorrectas
- Por favor, marque una sola casilla por pregunta

	EN ABSOLUTO	UN POCO	ALGO	MUCHO	EXTRE- MADAMENTE
1. Estoy ansioso la mayoría de los días					
2. Me canso fácilmente					
3. Me preocupo por los acontecimientos cotidianos					
4. Encuentro dificultad para relajarme					
5. Me siento al límite					
6. Me despierto por la noche					
7. Experimento sofocos o escalofríos					
8. Tengo malestar por mi ansiedad					
9. Sufro de sequedad en la boca					
10. Temo perder el control, desmayarme o volverme loco					
11. Estoy molesto por la inquietud					
12. Sufro de mareos					
13. Me inquieta tener temblores y sacudidas					
14. Tengo dificultad para conciliar el sueño					
15. Sufro por la tensión o dolor en los músculos					
16. Me inquieta la dificultad para respirar					
17. Me abato excesivamente					
18. Tengo dificultad para concentrarme					
19. Tengo dificultad para controlar mi ansiedad					
20. Estoy molesto por hormigueo o inestabilidad en las manos					
21. Me preocupo excesivamente					
22. Estoy irritable					

XIII.4 Consentimiento informado



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

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

Nombre del estudio:	"Asociación del trastorno de ansiedad y la funcionalidad conyugal, en una unidad de primer nivel de atención"
Patrocinador externo (si aplica):	NA
Lugar y fecha:	Avenida Cerro Sombrero 263, Las Américas 76121 Querétaro, Querétaro, 2022
Número de registro institucional:	
Justificación y objetivo del estudio:	A continuación le daré información y hago la cordial invitación para que participe en la investigación; antes de responder, usted puede preguntar todas sus dudas o si hay alguna palabra que no entienda, por favor pídale hacer una pausa y explicarle; puede hablar conmigo, o con quien usted se sienta cómodo. El objetivo de la investigación es medir de alguna manera la forma en que se relaciona con su pareja y la manera en que puede afectar o apoyar la presencia de síntomas relacionados con ansiedad y con ello, mejorar la calidad de vida de usted y su esposo (a).
Procedimientos:	Cada participación e intervención será anónima; se le proporcionará el material para resolver de manera cómoda el cuestionario, el material será proporcionado por el investigador, no habrá inversión económica. La herramienta utilizada se llama escala de ajuste diádico y tiene un total de 32 preguntas. Sus respuestas se evalúan con puntuaciones que van desde 0 a 6 puntos con respuestas desde el "siempre" hasta el "nunca" y otras de "si" y "no". La recolección de datos y análisis del cuestionario, serán realizadas personalmente por el investigador y colaboradores. Se respetará al paciente y su decisión de continuar o no, en todo momento.
Posibles riesgos y molestias:	Inversión de su tiempo, incomodidad por las preguntas, alguna alteración en su estado de ánimo, crisis o sentimientos de ansiedad y de ser así, serán enviados de manera inmediata al servicio de atención médica continua de la Unidad de Medicina Familiar 15.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Mejora de la dinámica de pareja, aprendizaje de áreas de oportunidad y mejor manejo de emociones.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	A través del investigador, siempre que el participante lo solicite, tendrán acceso a toda información.
Participación o retiro:	Es su decisión participar o no, o retirarse en el momento que deseen. Si usted elige no participar, todos los servicios médicos que usted y su familia, reciben en esta clínica continuarán igual y nada cambiará. Usted puede también cambiar su decisión más tarde y dejar de participar, incluso si ya había aceptado previamente sin perjudicar los servicios y el trato que reciben, siendo en todo momento confidencial todo tipo de información.
Privacidad y confidencialidad:	Los datos recaudados serán guardados con un folio asignado, el acceso a la información será confidencial y exclusiva del investigador responsable y colaborador, no formará parte del expediente de la Unidad de Medicina Familiar 15, no se publicará ninguna información personal, como nombres. Al término de la investigación se utilizarán solamente los números con fines estadísticos y la información recabada será resguardada de manera confidencial, por 5 años, únicamente con fines de la investigación.

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

No acepto participar en el estudio.

Si acepto participar y que se tome la muestra solo para este estudio.

Si acepto participar y que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

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

Investigadora o Investigador Responsable:

Dra. Luz Dalid Terrazas Rodríguez
Matrícula: 11048859
Director de Tesis, Médico familiar, doctorado en educación, Directora del Centro de Investigación Educativa y Formación Docente (CIEFD), Querétaro.
Celular: 4422209801
Correo electrónico: luz.terrazas@imss.gob.mx

Colaboradores:

Dra. Grecia Stefany Pescador Chávez
Matrícula: 98132712
Residente de Medicina Familiar
Sede en UMF15 Querétaro

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse al Comité de Ética en Investigación localizado en la Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud del Hospital General Regional No. 1, ubicado en avenida 5 de febrero 102, colonia centro, código postal 76000, Querétaro, Querétaro, de Lunes a Viernes de 08 a 16 horas, al teléfono 44 22 11 23 37 en el mismo horario o al correo electrónico: comiteticainvestigacionhgr1qro@gmail.com.

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-013

XIII.5 Registro UAQ

Universidad Autónoma de Querétaro
Dirección de Investigación y Posgrado
Registro del Protocolo de Investigación del Estudiante de Posgrado

Espacio exclusivo para la Dirección	No. Registro de Proyecto*	
	Fecha de Registro:	
	Fecha de inicio de proyecto:	12 octubre 2022
	Fecha de termino de proyecto:	27 diciembre 2023

1. Datos del solicitante:

No. de expediente:	2022-2201-100	
Nombre:	Chávez	Grecia Stefany
Pescador	Apellido Materno	Nombre(s)
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
Dirección:		
Noche Buena 9	La Esperanza	76121
Calle y número	Colonia	C.P.
Querétaro	4423326741	
Estado	Teléfono (incluir lada)	

2. Datos del proyecto:

Facultad:	Facultad de medicina Universidad Autónoma de Querétaro
-----------	--

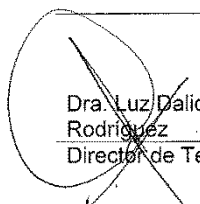
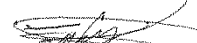
(Escribir el nombre completo del posgrado en el que está inscrito)

Especialidad en: Especialidad en Medicina Familiar

Maestría en: _____

Doctorado en: _____

Tema específico del proyecto: Asociación del trastorno de ansiedad y la funcionalidad conyugal, en una unidad de primer nivel de atención.

 Dra. Luz Dalid Terrazas Rodríguez Director de Tesis ¹		Dr Nicolás Camacho Calderón Jefe de Investigación y Posgrado de la Facultad.
 Med. Gral. Grecia Stefany Pescador Chávez Alumno ¹	Dra Guadalupe Zaldivar Leio de Larrea Directora de Facultad.	Dra Ma. Guadalupe Flavia Loarca Piña Directora de Investigación y Posgrado.

¹ Escribir nombre completo y firma.

XIII.6. Registro SIRELCIS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **2201**.
H GRAL REGIONAL NUM 1

Registro COFEPRIS **17 CI 22 014 021**
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOÉTICA 22 CEI 001 2018073**

FECHA **Martes, 04 de octubre de 2022**

Dra. Luz Dalid Terrazas Rodriguez

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título "**Asociación del trastorno de ansiedad y la funcionalidad conyugal, en una unidad de primer nivel de atención**" que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**:

Número de Registro Institucional

R-2022-2201-100

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

ATENTAMENTE

Mtra. Patricia Medina Mejía

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 2201

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

XIII.7. Documento anti plagio

Querétaro, Qro., a 01 de abril del 2024.

Carta compromiso anti - plagio

Dr. Nicolás Camacho Calderón

Jefe de la División de Investigación y Posgrado
FMUAQ
Presente:

Al margen de la Ley Federal del Derecho de Autor (última reforma publicada DOF 01-07-2020) que tiene por objeto la salvaguarda y promoción del acervo cultural de la Nación; protección de los derechos de los autores, de los artistas intérpretes o ejecutantes, así como de los editores.

El derecho de autor es el reconocimiento que hace el Estado en favor de todo creador de obras literarias y artísticas previstas en el artículo 13 de la misma Ley, en virtud del cual otorga su protección para que el autor goce de prerrogativas y privilegios de carácter personal y patrimonial. Autor es toda persona física que ha creado una obra literaria y artística.

Por lo anterior la (el) que suscribe PESCADOR CHÀVEZ GRECIA STEFANY alumno (a) del Curso de Especialización en Medicina Familiar, con número de expediente 302692, manifiesto que he desarrollado mi trabajo de investigación con el título: “_ASOCIACIÓN DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD Y LA FUNCIONALIDAD CONYUGAL EN UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN_”, en completo apego a la ética, sin infringir los derechos intelectuales de terceros que incluyen: presentar un trabajo de otros autores como propio, presentar datos e información falsa, copiar párrafos de textos u obras sin realizar las referencias o citas correspondientes.

Reporte de plagio: 17% según el programa "Smallseotools", disponible en <https://www.pro.smallseotools.com/es>.

Se anexa la evidencia.

Atentamente:

Alumna Grecia Stefany Pescador Chàvez

Director tesis Dra. Luz Dalid Terrazas Rodríguez
Vo. Bo.

Plagiarism Scan Report

16-03-2024

