



11262
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**FRECUENCIA DE ANSIEDAD EN PACIENTES QUE ACUDEN
POR PRIMERA VEZ A VALORACION A CARDIOLOGIA
EN UN HOSPITAL GENERAL DEL IMSS, FACTORES
ASOCIADOS AL TRASTORNO DE PANICO Y VALIDACION
DE UNA ESCALA PARA SU DIAGNOSTICO**

T E S I S
PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRO EN CIENCIAS MEDICAS
P R E S E N T A
JOSE LUIS / ESQUINCA RAMOS

TUTOR:
JUAN GARDUÑO ESPINOSA

COTUTOR:
HECTOR ORTEGA SOTO

LUGAR DE REALIZACION
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 24
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

MEXICO, D. F.

1997

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

*FRECUENCIA DE ANSIEDAD EN PACIENTES QUE ACUDEN POR PRIMERA VEZ A
VALORACION A CARDIOLOGIA EN UN HOSPITAL GENERAL DEL IMSS, FACTORES
ASOCIADOS AL TRASTORNO DE PANICO Y VALIDACION DE UNA ESCALA PARA SU
DIAGNOSTICO*

T E S I S

PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRO EN CIENCIAS MEDICAS

PRESENTA

JOSE LUIS ESQUINCA RAMOS

TUTOR: *JUAN GARDUÑO ESPINOSA*

COTUTOR: *HECTOR ORTEGA SOTO*

LUGAR DE REALIZACION

HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 24

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

MEXICO, D.F.

1997



Alumno:

Dr. José Luis Esquinca Ramos

Médico Psiquiatra Adscrito al RIFZ No. 24 FMSS.

Tutor:

Dr. Juan Garduño Espinosa

Maestro en Ciencias Médicas

Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica, CMLN Siglo XXI

FMSS.

Co-Aesor:

Dr. Héctor Ortega Soto

Maestro en Ciencias Médicas

Unidad de Investigación Clínica - Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Para Ana, Giso y Adri ...

por su comprensión y paciencia. mil gracias

y para todos aquellos que me apoyaron. gracias también.

José Luis

INDICE

TEMA	PAGINA
RESUMEN	5
INTRODUCCION	6
ANTECEDENTES	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
HIPOTESIS	15
OBJETIVOS	15
MATERIAL Y METODOS	17
DISEÑO DE LA INVESTIGACION	17
MUESTRA	17
VARIABLES	19
PRECEDIMIENTOS	24
INSTRUMENTOS DE MEDICION	26
ANALISIS ESTADISTICO	27
RESULTADOS	29
DISCUSION	33
CONCLUSIONES	37
REFERENCIAS	38
CUADROS	42
ANEXOS	53

RESUMEN:

La prevalencia de ansiedad en los pacientes médicamente enfermos que solicitan atención médica primaria es de aproximadamente 32% y más alta en servicios de especialidad como por ejemplo gastroenterología, neurología, cardiología, etc. El trastorno de pánico (TP) es uno de los padecimientos de ansiedad que ocurre en el 1-3% de los individuos en la comunidad y en el 7% de pacientes que acuden a solicitar atención médica en un servicio de primer nivel de atención. Se ha sugerido que aproximadamente 30% de familiares de primer grado de pacientes con dicho trastorno, también padecen la misma enfermedad. Se piensa que existe un posible vínculo entre el TP y los trastornos de ansiedad en la infancia, principalmente con el trastorno por angustia de separación (TASI). El diagnóstico de TP requiere en la mayoría de las veces de la intervención de un psiquiatra, por lo que limita con frecuencia su identificación en servicios de primer nivel de atención médica y es por ello deseable, poder contar con un instrumento válido para ser aplicado en dicho nivel y por personal no especializado. *Material y métodos.* Para identificar los factores asociados al TP se utilizó un estudio de casos y controles y para determinar la validez del HADm se aplicó una encuesta comparativa prospectiva en la que como estándar de oro se utilizó la entrevista estructurada del DSM-III-R. En ambos diseños el tamaño de muestra fue de 50 pacientes por grupo, dichos pacientes fueron reclutados de diferentes servicios de especialidades de segundo nivel de atención médica del IMSS. *Resultados.* Se obtuvo una frecuencia de ansiedad en la consulta de primera vez de cardiología de 57% con mayor proporción en el sexo femenino (66%). Los principales factores asociados al TP fueron: TASI y edad igual o menor a 45 años. La sensibilidad del HADm para identificar el TP fue de 0.92, con una especificidad de 0.68, con un valor predictivo positivo de 0.74 y negativo de 0.90. *Conclusiones.* La frecuencia de ansiedad en pacientes que acuden por primera vez a valoración cardiológica en el HGZ No. 24 es considerablemente alta. El antecedente de TASI, y el tener una edad igual o menor a 45 años son factores que se asocian a la ocurrencia de TP. La escala HADm es un instrumento válido, con una buena sensibilidad para la identificación de TP y una moderada especificidad.

INTRODUCCION

Las emociones son estados subjetivos que se acompañan de cambios químicos y fisiológicos y que involucran a la totalidad del organismo. Algunas emociones tales como el gozo, la temura o la alegría, son placenteras y en general promueven un buen funcionamiento, en tanto que otras, tales como el miedo, la angustia o la ira, son displacenteras y violentas. Estas emociones displacenteras, cuando son persistentes o recurrentes y sobre todo cuando su expresión y su alivio son impedidos, alteran tanto las funciones psíquicas, como las de los sistemas y los órganos ¹.

La ansiedad es una emoción común con valor adaptativo en la mayoría de los individuos. En algunos, la ansiedad es tan intensa o dura tanto, que se vuelve desadaptativa y se diagnostica como un trastorno. Por ejemplo, una fobia es un tipo de ansiedad que es definida en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III-R) como un "temor persistente o irracional". El temor es definido como una respuesta emocional y fisiológica a una amenaza externa reconocida. La ansiedad es un estado emocional displacentero, cuyas fuentes son menos fáciles de identificar, sin embargo, es importante distinguir entre trastornos de ansiedad diferentes, ya que un diagnóstico preciso tiene mayor probabilidad de resultar en un tratamiento eficaz y un mejor pronóstico ^{2,4}. En pacientes médicamente enfermos, encontrar síntomas de ansiedad o alteraciones del estado de ánimo es muy frecuente ³. El estado de ánimo ansioso en un paciente, puede ser debido a una reacción del estrés por la enfermedad no psiquiátrica, a un trastorno psiquiátrico preexistente, a una manifestación de la condición médica o a un efecto adverso de su tratamiento ^{1,3}.

The American Psychiatric Association, ha clasificado a los trastornos de ansiedad en siete clases: **trastorno de pánico, agorafobia, fobia social, fobia simple, trastorno obsesivo - compulsivo, trastorno por estrés postraumático y trastorno de ansiedad generalizada** ⁴.

Los pacientes con trastorno de pánico (TP) tienen altas tasas de comorbilidad, con otros trastornos de ansiedad, depresión, alcoholismo, abuso de drogas e intentos de suicidio. Cuando el trastorno es de una intensidad grave, las complicaciones producen un alto grado de incapacidad y de disfuncionalidad familiar, social y económica ⁵.

ANTECEDENTES

La prevalencia actual de estados de ansiedad en la población general se ha estimado en 2% a 5%, con una mayor frecuencia en mujeres; en 5% a 20% se presenta en pacientes hospitalizados por enfermedades no psiquiátricas y en 4% a 14% de pacientes ambulatorios^{6,7}. The National Institute of Mental Health Epidemiological Area (NIMH-ECA), identificó que los trastornos de ansiedad fueron más prevalentes que cualquier otro trastorno mental (8.3%) en la población encuestada en sus hogares y de la cual sólo el 23 % estaba recibiendo tratamiento⁸.

Zung (1979) reportó que la ansiedad patológica (definida por una puntuación mayor a 45 en la escala de ansiedad autoaplicable de Zung) se presenta en 9% de la población, en 32% en personas que acuden en busca de atención médica primaria y en 52% en pacientes con enfermedad cardíaca conocida^{9,10}. Por otra parte, Marsland y cols. reportaron que en unidades de atención primaria el diagnóstico de ansiedad estuvo representado por el 15% del total de los diagnósticos médicos realizados¹¹. Lipowski (1975) refinó que las complicaciones psiquiátricas se ven con gran frecuencia en pacientes que sufren o se recuperan de una gran variedad de enfermedades médicas. Reportó también que los trastornos psiquiátricos y médicos coexistieron en 20% a 50% de los pacientes estudiados¹².

El trastorno de pánico (TP) es una de las enfermedades clásicas de tipo biopsicosocial, ya que factores de los tres componentes (Biológico-Psicológico-Social), pueden precipitar el padecimiento, o bien, matizar de manera sustancial el cuadro clínico. Se le define como un padecimiento caracterizado por ataques (crisis) de intenso temor que se presentan de manera súbita, intensa y por períodos discretos, con manifestaciones del sistema nervioso autónomo simpático; por ejemplo, taquicardia, dolor precordial, mareos, sudoración, sensación de desmayo, bochornos, sensación de irrealidad, de no poder respirar, de perder el control o la razón, de pensar que ocurrirá muerte súbita, o bien miedo inespecífico^{2,4,6,8}. Más del 90% de los

pacientes con TP creen tener algún tipo de desorden físico y por ello de primera instancia no visitan al psiquiatra y si en cambio, a neurólogos (44%), cardiólogos (39%) y gastroenterólogos (33%) principalmente^{3,13}.

Frecuencia:

El TP ocurre en el 1 - 3% de los individuos en la comunidad y en el 6.5% en pacientes que acuden a solicitar atención médica en un servicio de primer nivel de atención en salud. The Epidemiologic Catchment Area (ECA), ha estimado que 2.5 - 5 millones de ciudadanos americanos sufren de TP, o TP con agorafobia, de los cuales solamente un tercio recibe tratamiento específico¹⁴. En un estudio de prevalencia de trastornos psiquiátricos realizado en tres comunidades, se encontró en una de las comunidades, 0.3% de hombres y 0.9% de mujeres con TP, mientras que en las otras dos, el porcentaje para los hombres fue de 0.8 y 0.7, siendo para las mujeres de 1.2 y 1.0%. No se encontraron diferencias significativas en relación al sexo o a la edad¹⁵. Otro estudio reveló una prevalencia para el TP de 1-3% en la comunidad y de 1-8% en las personas que asistían a consulta médica de primer nivel de atención en salud, además de que las personas con dicho trastorno refirieron múltiples síntomas no explicables médicamente y ser usuarios con elevada frecuencia de los servicios de urgencias. Se encontró una prevalencia de TP de 6.5% en un grupo de 195 pacientes tomados al azar que asistían a un servicio de salud de atención primaria¹⁶. Se ha sugerido que de 40% a 50% de los pacientes que se presentan a una clínica de cardiología con dolor de pecho atípico y enfermedad coronaria, llenan los criterios diagnósticos para TP¹⁷. Paradis y cols., evaluaron con una entrevista estructurada a 35 pacientes de una clínica de enfermedades neuromusculares, veinte pacientes con miastenia gravis, doce con poliomiocitis y tres con dermatomiocitis. Significativamente más pacientes miasténicos (40%) que con poliomiocitis/dermatomiocitis (7%) fueron diagnosticados con TP y agorafobia¹⁸. Por otro lado, Katon y cols. encontraron que el 40% de 55 pacientes que acudían a solicitar atención médica a un servicio de primer nivel, por taquicardia y dolor de pecho, cumplían con los criterios diagnósticos para el TP. En otro grupo de pacientes (n=74) cuyo principal síntoma era el dolor de pecho y que fueron enviados a un

servicio de cardiología para estudio angiográfico de las coronarias, se encontró que 43% de los pacientes con anglografía normal tenían TP en comparación con 5% de los pacientes con estenosis coronaria significativa¹⁹. Kushner y col. Identificaron en un servicio de cardiología que el 48% de pacientes que sufrían de dolor de pecho atípico y sin evidencia clínica de enfermedad coronaria, tenían TP, con una edad promedio de inicio de la enfermedad de 37 años²⁰. En otro estudio, Chignon y cols. detectaron que 46% de una muestra de 197 sujetos enviados para electrocardiografía, tenían altos niveles de ansiedad cuando se les aplicó una escala para medirla (escala HAD - The hospital anxiety and depression scale). A 50 sujetos detectados con ansiedad, de esa misma muestra, se les aplicó una entrevista estructurada para identificar trastornos de ansiedad, el 62% padecía de TP con o sin agorafobia, y encontraron una prevalencia similar para el TP, tanto en pacientes con y sin anomalías electrocardiográficas, además de señalar, que la presencia de TP en pacientes ansiosos no descarta la coexistencia de cardiopatía alguna. Además, se evaluaron 20 pacientes con TP de los cuales diez manifestaban síntomas cardiológicos y el resto no. No se encontró patología cardiovascular o diferencias significativas en ambos grupos, concluyendo los autores, que los pacientes con TP que refieren síntomas cardiovasculares, no tienen más probabilidad de enfermedad cardíaca que los que no refieren síntomas cardiovasculares^{21,22}.

Factores de riesgo para TP.

Hay una fuerte evidencia en cuanto a una participación genética en el TP. Algunos autores han sugerido que aproximadamente 30% de familiares de primer grado de pacientes con dicho trastorno, también padecen la misma enfermedad. El riesgo de morbilidad para el TP entre familiares de pacientes con TP ha sido estimado en 25 - 30%, comparado con 2.3% entre los familiares de probandos controles^{23-26,30}. Se ha estimado que el TP se manifiesta por primera vez al final de la adolescencia o bien a principios de la tercera década de la vida; Sheehan encontró una mayor frecuencia en el grupo de 15 a 19 años, Breier encontró una mayor frecuencia en el mismo grupo de edad, mientras que Greit y Jefferson, estimaron que la edad más frecuente para el comienzo del TP espontáneo ocurre entre los 15 y 25 años. Sin embargo,

otros investigadores han encontrado que su prevalencia más alta ocurre entre los 25 y los 64 años de edad, con un descenso notable después de los 65 años^{2,26,40}.

Se ha hipotetizado acerca de un posible vínculo entre el TP y los trastornos de ansiedad en la infancia (*trastorno por angustia de separación, trastorno por ansiedad excesiva y trastorno por evitación*) principalmente con el trastorno por angustia de separación. Sin embargo, esta asociación no ha sido consistente. Adultos con TP y agorafobia frecuentemente tienen una historia en la infancia de sintomatología compatible con trastorno de ansiedad por separación, particularmente de "fobia escolar". Gittelman y Klein (1985) han sugerido que la ansiedad de separación en la infancia es un precursor del TP el adulto, sin embargo, Berg y cols. (1974) consideraron que es un precursor de enfermedad "neurótica" en general. Por otro lado, Weissman y cols. (1984) encontraron que tener padres con depresión mayor y TP confiere más riesgo de trastorno de ansiedad de separación en la infancia (TASI)^{26,41,42}. El TP es claramente familiar y probablemente tiene una base genética, dada la alta concordancia en gemelos monocigóticos en comparación con los dicigóticos^{3,7,26-28}, sin embargo, una de las hipótesis etiopatogénica que desde el punto de vista de la psiquiatría biológica ha tenido mayor aceptación hoy en día para explicar el TP, es la que ha involucrado al núcleo ceruleus, a los quimio-receptores medulares y a los núcleos del rafe. Se ha sugerido que por alguna razón desconocida dichos núcleos se disfuncionan, o bien, acontece una respuesta de tipo irritativa. Experimentos en animales han mostrado que la estimulación del locus ceruleus causa ansiedad y que la estimulación de los quimio-receptores medulares y del núcleo reticular-gigantocelular produce una respuesta similar al pánico²⁶. Por otro parte, se ha evidenciado que a pacientes con TP, se les puede inducir sus crisis con sustancias químicas como lactato sodico, bióxido de carbono, yohimbina, cafeína, isoproterenol y norepinefrina²⁹⁻³².

Diagnóstico:

En la actualidad, los sistemas diagnósticos más empleados en psiquiatría son la Clasificación Internacional de Enfermedades (10a. revisión) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los

Trastornos Mentales (DSM-III-R edición revisada). En estos sistemas, cada categoría es definida por los criterios diagnósticos específicos, por ejemplo, los "requisitos" que ubican al paciente en la categoría de "trastorno obsesivo-compulsivo", están claramente definidos. Sin embargo, la sola disponibilidad de criterios para el diagnóstico de los trastornos mentales no garantiza que la variabilidad de la información obtenida sea anulada, es por ello que los dos sistemas de clasificación han desarrollado entrevistas estructuradas. En éstas, las reglas que ubican al paciente en una categoría diagnóstica, pueden seguirse de manera fija y dicha variabilidad es eliminada.

Identificar a un sujeto ansioso no resulta difícil, pero ubicarlo como un sujeto portador de un trastorno ansioso, requiere de conocimientos sobre la patología de la ansiedad, y más aún, para clasificarlo en las categorías de los trastornos ansiosos.

La mayoría de las escalas autoaplicables que evalúan ansiedad, lo hacen en forma general, es decir, identifican al sujeto portador de una patología de ansiedad en un momento dado, pero no discriminan entre los diferentes tipos de patología ansiosa. Siendo el TP uno de los trastornos de ansiedad más frecuentes, es importante que su identificación se haga de manera oportuna. Realizar el diagnóstico de TP requiere de conocimientos especializados, de la intervención del psiquiatra o de la aplicación de cuestionarios y entrevistas estructuradas. En éstas, se requiere de entrenamiento para su aplicación en la psiquiatría clínica, dificultándose el diagnóstico oportuno.

Aunque el tratamiento del TP no es uno de los objetivos de este estudio, es conveniente mencionar el estado actual de la terapéutica en el manejo de dicho trastorno. Las terapias que en la actualidad han mostrado mayor eficacia son la farmacológica y la cognitivo-conductual. Los antidepresivos tricíclicos y en especial la imipramina, así como los IMAO, tienen una efectividad mayor en el control de los ataques de pánico, a diferencia de las benzodiazepinas de alta potencia como por ejemplo el alprazolam y clonazepam que logran principalmente disminuir

la ansiedad anticipatoria. La terapia cognitivo-conductual ha mostrado su mayor eficacia en el control de la conducta de evitación fóbica y de la manera de enfrentar los ataques de pánico²⁸.

JUSTIFICACION

Esta investigación pretende identificar la frecuencia de ansiedad en la consulta externa de primera vez del servicio de cardiología del HGZ No. 24 del IMSS. Si su frecuencia es tan elevada como se espera, entonces el diagnóstico y tratamiento oportuno de tipo psiquiátrico sería muy importante de considerar. Correspondería a los servicios de primer nivel de atención, establecer correctamente este diagnóstico y con ello se evitaría saturar los servicios de cardiología en lo que a la atención de primera vez se refiere, ya que la derivación de este tipo de pacientes se haría de manera adecuada. Por otra parte se pretende también conocer la probable asociación al TP de algunos factores, como por ejemplo el antecedente de TP en familiares de primer grado y antecedente de trastorno por angustia de separación en la infancia en el paciente. Además también se quiere contar con un instrumento fácil de calificar y práctico, que le sea útil al médico no psiquiatra en la identificación del TP. Es por ello, que se agregaron algunos reactivos a una escala que ha mostrado su utilidad en la detección de ansiedad en general (HAD - The Hospital Anxiety and Depression Scale), con el propósito de que dicha modificación fuera capaz de detectar el TP. Además, de que dicha escala resulta fácil de contestar ya que es autoaplicable, consta de 12 preguntas con cuatro posibles respuestas por cada una de ellas y es muy fácil de calificar sin requerir de la participación de personal especializado³³.

La información que se obtenga a partir de este estudio, podría reforzar la necesidad de que el médico no psiquiatra adquiera los conocimientos suficientes para integrar los criterios diagnósticos del TP y sea capaz por lo tanto de iniciar el tratamiento adecuado y de considerarlo necesario, solicitar la valoración especializada. Por otra parte, el conocer la comorbilidad cardiológica, ayudará a que la participación del psiquiatra en el área de cardiología se haga más necesaria y con ello se logre un manejo multidisciplinario de los pacientes.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. ¿Cuál es la frecuencia de ansiedad en los pacientes que acuden por primera vez a valoración a un servicio de cardiología en un hospital de segundo nivel de atención médica del IMSS ?
2. ¿Son los antecedentes de trastorno por angustia de separación en la infancia, antecedente de enfermedad similar (trastorno de pánico) en familiares de primer grado, factores que se asocian a la ocurrencia del trastorno de pánico?
3. ¿Cuál es el grado de validez diagnóstica de la escala HAD modificada (HADm), para detectar la presencia del trastorno de pánico?

HIPOTESIS

1. La frecuencia de ansiedad en la población que acude por primera vez a valoración a la consulta externa de cardiología de un hospital general del IMSS, es igual o mayor al 10%.
2. El antecedente de enfermedad similar (TP) en familiares de primer grado y antecedente de trastorno por angustia de separación en la infancia (TASI), son factores que se asocian en forma independiente a la ocurrencia del trastorno de pánico.
3. La escala HAD modificada (HADm) es un instrumento válido para identificar el trastorno de pánico.

OBJETIVOS

1. Estimar la frecuencia de ansiedad en la población que acude por primera vez a valoración a la consulta externa de cardiología de un hospital general del IMSS.

2. Cuantificar el grado de asociación crudo y ajustado de factores como TASI y de TP en familiares de primer grado, con el TP en pacientes que acuden a valoración en la consulta externa de cardiología de un hospital general del IMSS.
3. Identificar el grado de eficacia diagnóstica de la escala HADm, en la detección del trastorno de pánico.

MATERIAL Y METODOS

1. SITIO DE LA INVESTIGACION:

Se realizó en el Hospital General de Zona No. 24 del IMSS, el cual está considerado como un hospital de segundo nivel de atención médica. En dicho lugar el servicio de cardiología está integrado por cuatro consultorios, en los que tres otorgan la consulta en el turno matutino y el cuarto lo hace en el vespertino. La mayoría de los pacientes que asisten por primera vez a valoración son referidos por las unidades de medicina familiar que corresponden al hospital, algunos más acuden enviados por el servicio de urgencias o bien, de otras especialidades. Se atienden anualmente en promedio y por ambos turnos en el servicio de cardiología, 5120 pacientes de primera vez.

2. DISEÑO DE LA INVESTIGACION:

El estudio se realizó en tres fases, en la primera se obtuvo la frecuencia de ansiedad en los pacientes que acudian por primera vez a valoración en la consulta externa del servicio de cardiología, mediante una encuesta descriptiva. La segunda fase se llevó a cabo mediante entrevistas estructuradas a pacientes con ansiedad identificados en la primera fase y a pacientes provenientes de diversos servicios médicos del hospital con sospecha de TP, así como a sus familiares de primer grado. Para esta fase se empleó un diseño de casos y controles prolectivo de casos incidentes. La tercera fase se realizó por medio de una encuesta comparativa prolectiva, y tuvo por objetivo evaluar la eficacia diagnóstica de la escala HADm.

3. MUESTRA:

Para el objetivo 1 se estudiaron 350 pacientes que acudieron por primera vez a la consulta externa del servicio de cardiología. El tamaño de las muestras se calcularon empleando el programa Epi-Info ver. 6.02 y considerando los siguientes parámetros:

- ◆ Población total de pacientes de primera vez atendida en la consulta externa de cardiología en el año de 1993: 5120.
- ◆ Tasa estimada de la población con la característica de estudio: 10%
- ◆ Resultado más alejado de la tasa esperada, que se está dispuesto a aceptar: 2%
- ◆ Alfa: 5%
- ◆ Poder: 80%

Para el objetivo 2 se estimó estudiar 100 pacientes seleccionados tanto de la consulta externa de cardiología como aquellos enviados por otras especialidades por sospecha de TP. Se estimó que con este número de pacientes se podría identificar una diferencia igual o mayor al 25% para la prevalencia de exposición a los factores de riesgo hipotetizados. Los datos utilizados para el cálculo fueron los proporcionados en el estudio realizado por Crowe y col.³⁹ donde se refiere que el riesgo para la población expuesta (con TP) es de 25% comparado con el 2% de la población no expuesta. De los 100 sujetos, 50 integrarían el grupo de controles (pacientes sin TP) y los otros 50 el de casos (pacientes con TP). A todos los pacientes se les aplicó una entrevista estructurada del DSM-III-R, el SCID (*Structured Clinical Interview for DSM-III, III-R*) con el fin de establecer el diagnóstico de TP. Asimismo, usando los criterios diagnósticos del DSM-III-R, se exploró el antecedente de trastorno por angustia de separación en la infancia y se usó el método de historia familiar⁴³, para conocer la existencia de TP en familiares de primer grado. Los cálculos de tamaño de muestra se realizaron mediante el programa Epi-Info ver. 6.02. Para el objetivo 3 se planeó estudiar un total de 100 sujetos quienes contestarían el cuestionario a validar (HADm) y a los que se les aplicaría la entrevista estructurada del DSM-III-R. Se planearon dos grupos de 50 sujetos cada uno. Uno de ellos integrado con individuos diagnosticados con TP y el otro sin TP clasificados así de acuerdo al resultado de la entrevista estructurada del DSM-III-R.

4. VARIABLES

Edad:

- a) Definición operacional. Años cumplidos en el momento de la evaluación.

Sexo:

- a) Dos categorías: masculino
femenino

Estado civil:

- a) Seis categorías: casado, unión libre, soltero, divorciado, separado y viudo.

Escolaridad:

- a) Nueve categorías: primaria completa, primaria incompleta, secundaria completa, secundaria incompleta, bachillerato completo, bachillerato incompleto, profesionista, carrera comercial y carrera técnica.

Ocupación:

- a) Ocho categorías: ama de casa, obrero, empleado, estudiante, comerciante, profesionista, técnico, desempleado.

Ansiedad:

- a) Definición conceptual. Afecto desagradable que consiste en manifestaciones psicofisiológicas. En contraste con lo que ocurre con el miedo, el peligro o amenaza en la ansiedad es irreal. Las manifestaciones fisiológicas consisten en aumento de la frecuencia cardíaca, dificultad para respirar, temblor, sudoración y modificaciones vasomotoras. Los cambios psicológicos consisten en un sentimiento desagradable de peligro amenazante

acompañado de una conciencia abrumadora de impotencia, incapacidad de percibir la irrealidad de la amenaza, sentimiento prolongado de tensión y disposición exhaustiva para el peligro esperado³⁴.

- b) Definición operacional. Se consideró que la ansiedad estaba presente cuando la puntuación obtenida en la escala HAD fue igual o mayor a 8.
- c) Instrumento de medición. Subescala de ansiedad del HAD (The Hospital Anxiety And Depression Scale)³³.
- d) Nivel de medición. Nominal
 - Categorías: ausente
 - presente

Trastorno de pánico:

- a) Definición conceptual. Padecimiento caracterizado principalmente por crisis de intenso temor, que se presentan de manera súbita, intensa y por periodos discretos, manifestaciones del sistema nervioso autónomo simpático y en ocasiones de sintomatología psicológica⁴.
- b) Definición operacional.- Padecimiento caracterizado por crisis de intenso temor que se presentan de manera súbita y que cumplen con los criterios diagnósticos contemplados en el DSM-III-R.

A. En algún momento durante el trastorno, han ocurrido uno o más ataques de pánico (periodos discretos de intenso temor o incomodidad) que fueron (I) inesperados, es decir, no ocurrieron inmediatamente antes o durante la exposición a una situación que casi siempre causaba ansiedad y (II) no desencadenada por situaciones en las que la persona era el centro de atención de los demás.

B. Ya sea que hayan ocurrido cuatro ataques, como los definidos en el criterio A, en un periodo de cuatro semanas, o uno o más ataques han sido seguidos por un periodo, de al menos un mes, de temor persistente a tener otro ataque.

C. Por lo menos cuatro de los siguientes síntomas, se han presentado durante, al menos, uno de los ataques:

1. Sensaciones de asfixia.
2. Desvanecimientos o desmayos.
3. Palpitaciones o taquicardia.
4. Temblores.
5. Sudoración.
6. Sofocación.
7. Náuseas o malestar abdominal.
8. Despersonalización o sentimientos de irrealidad.
9. Parestesias.
10. Rubores o escalofríos.
11. Dolor o molestias precordiales.
12. Miedo a morir.
13. Miedo a volverse loco o de perder el control.

D. No puede establecerse que un factor orgánico haya iniciado y mantenga el trastorno, por ejemplo, intoxicación con cafeína o anfetamina, hipertiroidismo.

Nota: El prolapso de la válvula mitral puede ser un trastorno asociado pero en ningún caso excluye el diagnóstico de trastorno de pánico.

c) Instrumento de medición. Entrevista estructurada del DSM-III-R, SCID (*Structured Clinical Interview for DSM-III, III-R*)³⁵.

d) Nivel de medición. Nominal.

e) Categorías. Ausente

Presente

Trastorno por angustia de separación en la infancia:

- a) Definición conceptual. Cuadro clínico en el que la alteración predominante es una ansiedad excesiva, de por lo menos dos semanas de duración, relacionada con la separación del niño de las principales personas del hogar o del círculo familiar con las que está vinculado. Cuando ocurre la separación, el niño puede experimentar ansiedad hasta el punto de alcanzar una crisis de angustia (crisis de pánico). *La reacción va más allá de lo esperado para el nivel de desarrollo del niño* ⁴.
- b) Definición operacional. Se consideró que el trastorno estuvo presente cuando se llenaron los criterios diagnósticos del DSM-III-R para TASI. Los cuales se enumeran a continuación:

Angustia excesiva provocada por la separación de las personas vinculadas con el niño y que se manifiesta por al menos tres de los siguientes ítems:

1. Preocupación exagerada y persistente de los posibles daños que pueden sufrir las personas más vinculadas al niño o temor a que se vayan y no regresen.
2. Preocupación exagerada y persistente de que una catástrofe provocará una separación de la principal figura a la que se encuentra vinculado el niño; por ejemplo, temor a perderse, a ser raptado, asesinado, o a ser víctima de un accidente.
3. Negación o tenaz resistencia a ir a la escuela con el fin de permanecer más tiempo en casa junto a las personas a las que el niño está vinculado.
4. Negación o tenaz resistencia a dormir fuera de casa o lejos de las personas más vinculadas.
5. Evitación persistente de estar solo, lo que implica que el niño se "aferre" y por lo tanto se convierta en la "sombra" de las figuras más vinculadas a él.
6. Pesadillas repetidas sobre el tema de la separación.

7. Quejas de síntomas físicos (cefaleas, gastralgias, náuseas, vómitos, que se presentan los días de escuela o en otras ocasiones en las que se prevé una separación de las figuras a las que el niño está vinculado).
8. Signos recurrentes o quejas de malestar excesivo cuando se produce la separación del hogar o de las figuras más vinculadas al niño. Por ejemplo, pataletas o gritos, súplicas a los padres para que no se marchen.
9. Signos recurrentes o quejas de malestar excesivo cuando se produce la separación del hogar o de las figuras más vinculadas al niño. Por ejemplo, deseo de volver a casa, necesidad de llamar a sus padres cuando están ausentes o cuando el niño se encuentra fuera de su casa.

B. La duración de la alteración es de por lo menos dos semanas.

C. Comienzo antes de los 18 años de edad.

D. No aparece únicamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, una esquizofrenia o cualquier otro trastorno psicótico.

c) Instrumento de medición. La información se obtuvo por el método de historia familiar (entrevista con el probando y el familiar mejor informado), se aplicó al familiar y al sujeto índice una entrevista semiestructurada en base a los criterios diagnósticos del DSM-III-R. Se obtuvieron tres categorías con tal evaluación: *positivo* para el antecedente (cuando el sujeto índice y el familiar coincidieron con la información), *dudoso* (cuando solamente uno de los entrevistados acertó con el antecedente) y *negativo* (cuando ambos negaron el antecedente). La categoría de *dudoso* se manejó como negativo.

d) Nivel de medición: Nominal

e) Categorías: Ausente

Presente

Antecedente de TP en familiares de primer grado:

- a) Definición operacional. Se consideró que existía un trastorno de pánico en el familiar de primer grado, cuando se entrevistó al familiar con alta probabilidad de padecer un trastorno de ansiedad y llenó los criterios diagnósticos del DSM-III-R para TP.
- b) Instrumento de medición. La información se obtuvo por el método de historia familiar (entrevista con el probando y el familiar mejor informado), cuando fue posible se aplicó al familiar la entrevista estructurada del DSM-III-R. Se ha reportado una especificidad del 93% en el método de historia familiar, para 28 combinaciones de categorías diagnósticas y de 100% respecto a la sensibilidad diagnóstica^{36, 43}.
- c) Nivel de medición.- Nominal.
- d) Categorías.- Ausente
Presente

5. PROCEDIMIENTOS

PRIMER DISEÑO

A los pacientes que acudían a valoración por primera vez a la consulta externa de cardiología, se les proporcionaba una hoja de registro de datos y el cuestionario HADm (anexos 1 y 2). Lo anterior se realizó hasta lograr por medio de un muestreo consecutivo el total de sujetos de estudio requeridos para el tamaño de la muestra. Una vez llenado el cuestionario se procedía a calificar la escala HADm (se calificó de primera instancia solamente la subescala de ansiedad y no se calificaron en esta fase los reactivos agregados para identificar TP). A cada sujeto se le invitó a asistir a una entrevista (entrevista estructurada del DSM-III-R) para ser incluido en el segundo diseño.

SEGUNDO DISEÑO

Para este diseño se eligieron a los sujetos que aceptaron asistir a la entrevista estructurada y que hablan resultado positivos (portadores de ansiedad) de la consulta externa de primera vez del servicio de cardiología. Así también, se incluyeron pacientes con sospecha de trastorno de ansiedad, provenientes de otros servicios de especialidades médicas. Se reclutaron un total de 100 sujetos, de los cuales 50 eran portadores de trastorno de pánico diagnosticados con la entrevista estructurada del DSM-III-R y el resto sin dicho trastorno.

Mediante el método de historia familiar, se estudiaron los antecedentes de factores de riesgo. Cuando fue posible se entrevistó al familiar de primer grado con sospecha de un trastorno de ansiedad, a quien se le aplicaba también la entrevista estructurada. Usando los criterios diagnósticos del DSM-III-R para trastorno por angustia de separación en la infancia, se investigó el antecedente de este, tanto en el sujeto de estudio como en el familiar mejor informado, que en la mayoría de las veces fue la madre o una tía.

TERCER DISEÑO

Se eligieron 50 pacientes con TP evaluados con la entrevista estructurada del DSM-III-R y 50 pacientes sin TP evaluados por el mismo instrumento. Los sujetos fueron elegidos tanto de la consulta externa de cardiología como de otras especialidades. Una vez realizadas las entrevistas estructuradas, se calificó escala HADm, que previamente los sujetos habían contestado. la persona que realizó las entrevista se mantuvo ciego con respecto a los resultados de dichos reactivos. Posteriormente se analizó la validez de la escala HADm mediante el uso de una tabla de 2x2 y se calculó la sensibilidad, especificidad y de valores de predicción. Se tomó como estándar de oro a la entrevista estructurada del DSM-III-R.

6. INSTRUMENTOS DE MEDICION

HOJA DE REGISTRO DE DATOS DEMOGRAFICOS: En ella se registraron variables como por ejemplo la edad, sexo, estado civil, escolaridad y ocupación (anexo No.1).

SUBESCALA DE ANSIEDAD MODIFICADA (HADm): La subescala de ansiedad forma parte de la escala de ansiedad y depresión para hospital (HAD), pero a dicha subescala se le agregaron cinco reactivos más (los cinco últimos), los cuales valoran la presencia y frecuencia de crisis de pánico (anexo No. 2). La escala de ansiedad y depresión para hospital, es un cuestionario autoaplicable, publicado en 1983, compuesta por dos subescalas, una que mide ansiedad y la otra depresión, es una escala corta, comprensible y fácil de llenar. Diseñada especialmente para aplicarse en pacientes de hospitales no psiquiátricos. En ella los conceptos de ansiedad y depresión se encuentran separados, en enunciados que se alternan a lo largo de todo el cuestionario, en donde por ejemplo, uno de ellos detecta ansiedad y el siguiente depresión. A cada enunciado se le asigna un valor numérico del 0 al 3 de acuerdo con la gravedad del síntoma que mide³³.

La subescala de ansiedad ha mostrado una sensibilidad de 0.97 y especificidad de 0.96. El instrumento completo ha mostrado un nivel de correlación de 0.77 (r) con una $p < 0.01$ con respecto a otros instrumentos similares en la detección de casos y no casos. Por lo anterior se confirma que el HAD es un instrumento válido para lo que fue creado, detección y evaluación de desordenes del ánimo (ansiedad y depresión) en pacientes de hospitales no psiquiátricos³⁷. Torres y cols., encontraron una correlación entre las puntuaciones totales del IDB (Inventario para Depresión de Beck) y el HAD para medir depresión de $r = 0.78$ y una $p < 0.001$, así como, una buena sensibilidad para un punto de corte de 8 tanto para los ítems de ansiedad como para los de depresión³⁸. Chignon y cols., encontraron que un punto de corte de 8 para la subescala de ansiedad del HAD, fue capaz de identificar a los sujetos ansiosos de los no ansiosos²¹.

2.3.- ENTREVISTA CLINICA ESTRUCTURADA DEL DSM-III-R: Se trata de un instrumento utilizado para el diagnóstico clínico de diversos trastornos mentales, basado en los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales tercera edición revisada. Consta de un instrumento de aplicación, hoja de resumen de puntajes por grupos diagnósticos, guía de introducción a la entrevista con el paciente y guía de criterios diagnósticos para cada padecimiento. Su sensibilidad se ha establecido en 0.67 y su especificidad en 0.93 para las entidades que es posible diagnosticar con ella. Su concordancia es de 0.62 (K) entre diagnósticos clínicos independientes ³⁵ (anexo No. 3).

7. ANALISIS ESTADISTICO

Se realizó descripción general de las variables mediante frecuencias simples, medidas de tendencia central y dispersión de acuerdo a la distribución de los datos. La significancia estadística fue evaluada mediante la prueba de chi cuadrada y cuando esta no estaba indicada, se realizó la prueba exacta de Fisher. Para identificar el grado de asociación entre variables se utilizó la razón de momios con su intervalo de confianza del 95% (Cornfield). Además, se realizó análisis de regresión logística a fin de evaluar el grado de independencia de las variables identificadas como asociadas en forma significativa. El análisis de validez del instrumento se realizó mediante el cálculo de la sensibilidad, especificidad y valores de predicción, considerando como estándar de oro a la entrevista estructurada del DSM-III-R. El nivel de significancia que se consideró en todos los casos fue de 0.05 bimarjinal ⁴⁴.

8. ASPECTOS ETICOS

Se enviaron a los médicos familiares de los pacientes detectados como casos, información escrita acerca de los resultados, para que con ello tomaran las decisiones pertinentes, como por ejemplo iniciar tratamiento o solicitar interconsulta al servicio de psiquiatría del hospital general de zona correspondiente.

RESULTADOS

I. FRECUENCIA DE ANSIEDAD

A) Descripción general de los pacientes: La muestra de pacientes que acudieron a valoración por primera vez a la consulta externa de cardiología estuvo integrada por 350 pacientes, de los cuales el 83% (n = 289) fueron referidos para su valoración cardiológica por las unidades de medicina familiar, 5% (n = 19) por el servicio de urgencias del propio hospital, 4% (n = 13) acudieron referidos después de haber sido hospitalizados por otra condición médica y 8% (n = 29) por la consulta externa de diferentes especialidades médicas (tabla 1). De los 350 pacientes el 60% (n = 210) fueron del sexo femenino, la edad promedio del grupo total fue de 39 años (DE = 11). El 76% de los pacientes estaba casado o vivía en unión libre, el 16% eran solteros, el 5% viudos y el 4% estaban separados. La frecuencia de sujetos con estudios de primaria fue de 36% (n = 125), con secundaria de 20% (n = 70), con bachillerato 12% (n = 41), con estudios de nivel técnico 20% (n = 69) y con nivel de profesionista 12% (n = 41). La ocupación más frecuente fue la de ama de casa 32% (111), seguido por la de obrero 16% (55) y la de empleado 11% (39).

B) Frecuencia de ansiedad: De los 350 pacientes a quienes se les aplicó la subescala de ansiedad en 57% (n = 201) se identificó ansiedad (IC 95% = 52 - 62%). La edad promedio para el grupo con ansiedad fue de 39 años (DE = 12) y de 40 años (DE = 12) para el grupo sin ansiedad. La proporción de mujeres y hombres en el grupo sin ansiedad fueron similares, mientras que en el grupo de sujetos con ansiedad, el 67% (n = 135) estuvo representado por el sexo femenino. La diferencia entre ambos grupos respecto al sexo fue significativa (p = 0.002). En la tabla 2 se describen las principales características demográficas de ambos grupos.

II. TRASTORNO DE PANICO

A) Descripción general de los pacientes: Los grupos de estudio estuvieron integrados por pacientes provenientes de la consulta externa de primera vez del servicio de cardiología (n = 57) 57% y de pacientes enviados del servicio de salud mental (n = 43) 43% (ver tabla 3). La tabla 4 muestra las características demográficas principales de los grupos con y sin trastorno de pánico. Cada grupo estuvo integrado por 50 pacientes que fueron evaluados con la entrevista estructurada del DSM-III-R. La edad promedio para el grupo con TP fue de 35 años (DE = 10) y para el grupo sin TP fue de 40 años (DE = 12). El grupo con TP estuvo integrado por 24 mujeres y 26 hombres. El grupo sin TP lo integraron 30 mujeres y 20 hombres.

B) Factores asociados al TP: En el análisis bivariado se identificó al antecedente de TASI como el factor más fuertemente asociado al TP (RM = 9.04, IC 95% = 2.82 - 28.9, p = 0.0001). En segundo lugar de importancia se observó al antecedente de TP en familiares de 1er. grado, con una RM = 7.98, IC 95% = 0.94 - 67.4, p = 0.02. En la variable edad, el grado de asociación para una edad igual o menor a 45 años fue de una RM = 3.22, IC 95% = 1.25 - 8.3, p = 0.01. Con respecto a la variable estado civil, se observó una asociación con la categoría de unión libre obteniéndose una RM = 6, IC 95% = 1.24 - 28.9, p = 0.03. En escolaridad la asociación se obtuvo cuando se tienen estudios menores de bachillerato o de bachillerato incompleto. La RM fue = 3.08, IC 95% = 1.33 - 7.15, p = 0.01. En la variable ocupación solamente se apreció una asociación en la categoría de empleado, con una RM = 3.46, IC 95% = 1.29 - 9.26, p = 0.02 (tabla 5).

Las variables que resultaron estadísticamente significativas en el análisis bivariado (*antecedente de TASI, antecedente de TP en familiares de 1er. grado, edad < a 46 años, estado civil - unión libre, ocupación de empleado, escolaridad con estudios menores al bachillerato*), se incluyeron en el modelo de regresión logística, donde se obtuvieron los siguientes resultados: El modelo

seleccionó como estadísticamente significativas a las variables edad menor de 46 años, antecedente de trastorno por angustia de separación en la infancia, ocupación - empleado y primaria-secundaria-bachillerato incompleto. Se obtuvo una razón de momios (RM) de 4 para la variable edad menor de 46 años con una $p = 0.01$, para la variable antecedente de trastorno por angustia de separación en la infancia, la RM fue de 8 con una $p = 0.001$, para la variable ocupación - empleado su RM fue de 3 con una $p = 0.04$ y para la variable primaria-secundaria-bachillerato incompleto su RM fue de 3 con una $p = 0.01$. (tabla 6).

III. VALIDACION DE LA ESCALA HADm

A). La eficacia de la escala HADm autoaplicable para diagnosticar el TP a una prevalencia de 50% fue: una sensibilidad nosológica = 0.92, una especificidad nosológica = 0.68, un valor predictivo positivo = 0.74 y un valor predictivo negativo = 0.90. La proporción de falsos positivos fue de 16 y de falsos negativos de solamente 4 (tabla 7).

B). En la tabla 8 podemos apreciar los diferentes valores predictivos de la prueba cuando estos fueron calculados variando la prevalencia a priori y conservando la misma sensibilidad y especificidad. Con estos datos apreciamos que los valores predictivos positivos no son tan altos en poblaciones donde se tienen una prevalencia baja del padecimiento como sería en población abierta, sin embargo, los valores predictivos negativos son altos, confinándole al instrumento una utilidad adecuada en investigación clínica, en donde se prefiere estar relativamente seguro de que el paciente que no padece el trastorno es decir, no satisface los criterios para el diagnóstico de esa entidad en particular, e interesa menos que algunos de los pacientes que tienen la enfermedad pudieran ser clasificados como no portadores de ésta.

C). Descripción de los pacientes: Para este propósito se estudiaron a 100 pacientes, de los cuales 50 fueron diagnosticados por medio de la entrevista estructurada del DSM-III-R con trastorno de pánico y los otros 50 sin dicho trastorno. La entrevista estructurada del DSM-III-R se tomó como estándar de oro. Los 100 pacientes contestaron el cuestionario autoaplicable HADm. Posteriormente se realizó una curva ROC (figura 1) y se determinó que un punto de corte de 16 era el más adecuado ya que proporciona una sensibilidad alta y una moderada especificidad (ver tabla 9).

DISCUSION

La subescala de ansiedad del HAD detectó que el 57% de los 350 sujetos que acudieron a valoración cardiológica de primera vez, eran portadores de algún trastorno de ansiedad. Porcentaje que no es tan diferente a la reportada por otros autores y con otros instrumentos, por ejemplo, Zung reportó en 1979 una frecuencia de ansiedad de 32% en un primer nivel de atención médica y de 52% en pacientes que acudían al servicio de cardiología^{9 10}. Por otro lado, Chignon y col. encontraron niveles altos de ansiedad (46.7%) en pacientes referidos a cardiología. Niveles que fueron medidos también con el instrumento que nosotros utilizamos (HAD)²¹. Esta frecuencia alta de ansiedad, puede ser debida a un incremento en la ansiedad anticipatoria debida a su condición médica, o tal vez estar reflejando una probabilidad alta de comorbilidad de trastornos de ansiedad y problemas cardiovasculares. Por ejemplo Katon, Klein han reportado una comorbilidad de ansiedad generalizada en otras enfermedades no psiquiátricas hasta de un 12.4% y de 54% con enfermedad depresiva⁴⁶. Por otro lado, según lo reportado en la literatura y observado en la clínica, es frecuente que el paciente con ansiedad patológica y específicamente con sintomatología que corresponde al trastorno de pánico, no se haya diagnosticado adecuadamente en un primer nivel de atención médica y sea enviado erróneamente a un servicio de cardiología. Por lo anterior se desprende la necesidad de fomentar la participación del equipo de salud mental en dicho servicio.

Respecto al segundo objetivo, en donde se ha intentado establecer algunas ligas causales por medio de la búsqueda de factores de asociación a la ocurrencia del trastorno de pánico, podemos ratificar la complejidad del padecimiento desde esa perspectiva. EL TP es uno de los padecimientos psiquiátricos que en su etiología se considera existen múltiples factores. Su causalidad ha sido abordada desde el punto de vista de diferentes disciplinas, por ejemplo la teoría psicoanalítica ha intentado explicar su origen como el resultado de fuerzas inconscientes en conflicto, originadas desde edades tempranas del desarrollo psíquico. La sociología también ha tratado de establecer marcada importancia causal a situaciones ambientales que hacen de

alguna manera difícil la adaptación de un individuo a las demandas de su entorno social como por ejemplo situaciones económicas críticas, problemas laborales, etc.

Desde la observación de Donald Klein, de la respuesta positiva que los pacientes con TP presentaban a los antidepresivos tricíclicos sin que coexistiera un padecimiento depresivo, podemos decir que se acrecienta la investigación biológica en torno a la génesis del padecimiento, aumentan las observaciones que individuos con susceptibilidad a ciertas sustancias, o portadores de TP, o bien con antecedente de TP familiar, se les puede inducir ataques de pánicos. Es entonces cuando surge la hipótesis que probablemente la disfunción de ciertos núcleos del tallo cerebral son los responsables del TP. Así también, se inician investigaciones en el terreno de la genética, en donde estudios de linkage han sugerido la participación genética en la etiología del trastorno, sugiriendo una herencia de tipo recesiva y con penetrancia menor, o de una posible herencia de tipo multifactorial, en donde obviamente el entorno jugaría un papel importante en la conjunción de factores para que el padecimiento llegue a manifestarse. Desde esta última perspectiva, podemos ubicar que problemas de ansiedad en la infancia o adolescencia, o bien de algunos problemas sociales, se vean involucrados en algunas situaciones del padecimiento, como hemos observado en nuestro estudio. Por ejemplo se encontró que el antecedente de trastorno por angustia de separación en la infancia (TASI) es un factor que se asocia a la ocurrencia de trastorno de pánico (TP) con un riesgo de 8 veces más que quien no refiere dicho antecedente. Recordemos que TASI se trata de un trastorno de ansiedad, lo que podría sugerir que quizá dicho trastorno sea el mismo, o bien una manifestación temprana de un trastorno de ansiedad del adulto (TP). Este resultado de cierta forma apoya la tendencia de algunos investigadores a pensar que los trastornos de ansiedad de la infancia y adolescencia están relacionados con los trastornos de ansiedad del adulto. Por ejemplo Casat y col. han sugerido que algunos niños con TASI pueden desarrollar agorafobia y ataques de pánico en la vida adulta ⁴⁷. Por otro lado, Battaglia y col. consideran que TASI puede ser un predictor individual de inicio temprano del TP ⁴⁸. Pollack y col. (1996) ha referido que adultos con TP y con antecedente de trastornos de ansiedad en la infancia, tienen

tazas elevadas de comorbilidad de ansiedad y trastornos depresivos, así como también una tendencia incrementada hacia una conducta de evitación⁴⁹. Aún con los estudios de reciente publicación y de nuestros hallazgos, es necesario realizar otros más que de manera específica aborden tal asociación. Interesante por ejemplo sería, que se estudiara una cohorte de niños y adolescente con TASI y observar cuantos de ellos llegan a manifestar un TP en edad adulta, claro que un estudio de esta naturaleza resulta poco factible.

Contrario a lo referido por algunos autores respecto a la fuerte asociación del TP con el antecedentes de TP en familiares de 1er. grado, nosotros no encontramos dicha asociación cuando analizamos dicha variable en el modelo de regresión logística, sin embargo en el análisis bivariado sí. Consideramos que lo anterior sea debido al instrumento empleado para obtener el antecedente de la variable, ya que se utilizó el método de historia familiar, con el cual no siempre es posible entrevistar de manera directa al familiar con sospecha del padecimiento. Creemos que si hubiese sido posible entrevistar a todos los familiares con sospecha del padecimiento, probablemente se hubiesen obtenido resultados similares a los reportados por otros autores, ya que de alguna manera en el análisis bivariado sí se obtuvo una significancia estadística.

La asociación con una edad menor a 46 años, concuerda con lo observado en la clínica y reportado por otros investigadores, ya que además, en dicho rango de edad es donde el padecimiento frecuentemente se manifiesta.

Se encontró también asociación estadísticamente significativa con variables como ocupación de empleado y escolaridad de bachillerato incompleto, sin embargo, no existe un fundamento teórico para tal asociación, además de que dicha asociación no es habitual observaría de manera importante en la clínica, por lo que podemos suponer que dicho hallazgo pudiera ser producto del azar. Aunque no podemos descartar del todo, que quizá el hecho de tener estudios incompletos o tener un trabajo por lo regular poco remunerativo, sea una situación que confiera

al sujeto menos mecanismos para enfrentar de manera adecuada las demandas de una vida difícil y esto le genere niveles altos de ansiedad y por ende somatizaciones.

Con respecto al tercer objetivo podemos decir que la escala HADm es un instrumento válido para diagnosticar TP principalmente en pacientes en quienes se sospeche de algún trastorno de ansiedad. Consideramos que es útil su aplicación en servicios de primer nivel de atención médica, así como también, en servicios de cardiología en donde la prevalencia a priori es alta. Además, variando el punto de corte podemos darle una utilidad diferente al instrumento, por ejemplo, sabemos que en investigación epidemiológica es más importante contar con una sensibilidad alta que una especificidad, mientras que para la investigación clínica los sistemas diagnósticos deben poseer una alta especificidad y una razonable sensibilidad (ver tabla 9).

AL observar los diferentes valores predictivos obtenidos al variar la prevalencia a priori, podemos deducir que el HADm es un instrumento bastante útil cuando se aplica a una población con una prevalencia del TP alta, como ocurre con frecuencia en los servicios de cardiología, donde se han encontrado prevalencias hasta de 40 - 50%. También en servicios de primer nivel de atención médica se han encontrado prevalencias mucho mayores a la que existe en la población general (30%), por lo que también aquí el HADm tendría adecuada utilidad. Claro es, que en las dos situaciones referidas y principalmente en la segunda, el instrumento nos permitiría principalmente tener mayor certeza para descartar un TP en un paciente en que la sintomatología principal fuera de tipo físico con somatizaciones que pudieran confundirse con un cuadro cardiológico atípico. Lo anterior permitiría que las canalizaciones a los servicios de cardiología y/o psiquiatría se hicieran de manera más adecuada.

CONCLUSIONES

1. La frecuencia de ansiedad en pacientes que acuden por primera vez a valoración cardiológica en el HGZ No. 24 es alta (57%).
2. Las variables que se identificaron como asociadas en forma significativa a la ocurrencia del TP fueron: antecedente de TASI, edad menor a 46 años, estudios de bachillerato incompleto ó menor, ocupación empleado.
3. La escala HADm es un instrumento válido con una sensibilidad alta para identificar un paciente con TP principalmente cuando su prevalencia a priori es alta.

REFERENCIAS

1. De la Fuente R. Introducción. En: De la Fuente R, Frenk S, Argüero R. Angustia. 2a. ed. México: Litográfica Rendón, 1980: 1-8.
2. Greist JH, Jefferson JW. Trastornos de ansiedad. En: Goldman HH. Psiquiatría General. Segunda edición. Baltimore: El Manual Moderno, 1989: 367-384.
3. Rosenbaum JF, Pollack MH. Anxiety. En: Thomas P, Hackett M.D., Cassem NH. Hand Book of General Hospital Psychiatry. Massachusetts General Hospital. 2a ed. Massachusetts: PSG Publishing Company, 1987: 154-183.
4. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales edición revisada (DSM-III-R). 3a. ed. Barcelona: Masson, 1988.
5. De la Fuente JR, Lara MC, Nicollini H. El pánico un síndrome de ansiedad paroxística recurrente. Psiquiatría 1993; 1: 39-40.
6. Wisa MG, Taylor SE. Anxiety and mood disorders in medically ill patients. J Clin Psychiatry 1990; 51:1 (suppl).
7. American psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III). 3a. ed. Barcelona: Masson, 1984.
8. Walker EA, Katon WJ, Jemelka RP, Roy-Byrne MD. Comorbidity of gastrointestinal complaints, depression, and anxiety in the epidemiologic catchment area (ECA) study. Am J Med 1992; (suppl 1A): 26s-30s.
9. Zung WWK. Assessment of anxiety disorder: Qualitative and quantitative approaches. En: Fann WE, Karacan I, Pokorny AD, Williams RL. Phenomenology and Treatment of Anxiety. New York: Spectrum, 1979: 1-17.
10. Zung WWK. Prevalence of clinically significant anxiety in a family practice setting. Am J Psychiatry 1986; 1471-1472.
11. Marsland DW, Wood M. A data bank for patient care, curriculum and research in family practice: 526,196 patient problems. J Fam Pract 1976; 3: 25-68.

12. Lipowski ZJ. Psychiatry of somatic diseases: Epidemiology, pathogenesis, classification. *Compr Psychiatry* 1975; 16: 105-124.
13. Sheehan DV, Ballenger J, Jacobsen G. Treatment of endogenous anxiety with phobic, hysterical and hypochondriacal symptoms. *Arch Gen Psychiatry* 1980; 37: 51-59.
14. Wayne K. Introduction. *Am J Med* 1992; (suppl.1A) 24: 1A-2s.
15. Myers J, Weissman M, Tischler G. Six month prevalence of psychiatric disorder in three communities. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41: 959-970.
16. Wayne JK, Michael Von, Korf Sc, Lin E. Panic disorder: Relationship to high medical utilization. *Am J Med* 1992; (suppl. 1A) 24: 7s-11s.
17. Murray MJ, Hooberman D. Treatment of panic disorder in coronary artery disease. *Am J Psychiatry* 1993; 150:1015-1018.
18. Paradis Ch, Friedman S, Lazar RM, Kula RW. Anxiety disorders in a neuromuscular clinic. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 1102-1104.
19. Katon WJ. Chest pain, cardiac disease, and panic disorder. *J Clin Psychiatry* 1990; 51 (May suppl.): 27-30.
20. Kushner MG, Beitman BD, Beck NC. Factors predictive of panic disorder in cardiology patients with chest pain and no evidence of coronary artery disease: A cross-validation. *J Psychosom Res* 1989; 33: 207-215.
21. Chignon JM, Lepine JP, Ades J. Panic disorder in cardiac out patients. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 780-785.
22. Jolley R, Lydiard RB, Assey ME, Usher BW, Barnwell WH, Ballenger JC. Cardiovascular status of panic disorder patients with and without prominent cardiac symptoms. *Psychosomatics* 1992; 33: 81-84.
23. Anderson D, Noyes R Jr, Crone RR. A comparison of panic disorder and generalized anxiety disorder. *Am J Psychiatry* 1984; 141: 572-575.
24. Crone RR, Noyes R Jr, Wilson AF, Elston RC, Ward LJ. A linkage study of panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44:324-327.

25. Crowe RR, Russell N, Pauls DL, Szymen D. A family study of panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40: 1065-1069.
26. Moreau D, Wessman MM. Panic disorder in children and adolescent: A review. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 1306-1314.
27. Gittelman R, Klein DF. The relationship between separation anxiety and panic and agoraphobic disorders. *Psychopathology* 1984; 17(suppl 1): 56-65.
28. Crowe RR. The genetics of panic disorder and agoraphobics. *Psychiatr Dev* 1985; 2: 171-186.
29. Gorman JM, Lichowitz MR. A neuroanatomical hypothesis for panic disorder. *Am J Psychiatry* 1989; 146: 148-161.
30. Laszlo A, Donald F, Klein, Gorman JM. Carbon dioxide hypersensitivity, hyperventilation, and panic disorder. *Am J Psychiatry* 1993; 150:.
31. Cowley DS, Arana GW. The diagnostic utility of lactate sensitivity in panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 277-84.
32. Cowley S. Alcohol abuse, substance abuse, and panic disorder. *Am J Med* 1992; (suppl. 1A) 24: 41s-48s.
33. Zigmond AJ, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiat Scand* 1983; 67: 361-370.
34. Freedman M, Harold I Kaplan, Sadock BJ. Glosario. En: *Compendio de Psiquiatría*. Barcelona: Salvat, 1982: 827.
35. Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M. Structured clinical interview for DSM-III-R (SCID-UP). New York State Psychiatric Institute, Biometrics Research. 1987.
36. Vázquez I, Ortega H, Lara M. Confiabilidad y validez de la historia familiar (FH-RDC). Departamento de Psiquiatría y Salud Mental UNAM. Tesina realizada en 1988.
37. Aylard PR, Gooding JH, McKenna PJ, Snaith RP. A validation study of three anxiety and depression self-assessment scales. *J Psychosom Res* 1987; 31: 261-273.

38. Torres M, Hernández E, Soto H. Sensibilidad, especificidad y confiabilidad del inventario para depresión de Beck, en un hospital de tercer nivel de la ciudad de México. Depto. de Psiquiatría y Salud Mental, UNAM. Tesina realizada en 1987.
39. Crowe R, Pauls D, Slymen D, Noyes R. A family study of anxiety neurosis. *Arch Gen Psychiatry* 1980; 37: 77-79.
40. Herschfeld RMA. Fenomenología y clínica del trastorno de pánico. *Psiquiatría* 1993; 1: 42-44.
41. Berg Y, Butler A, Pritchard J. Psychiatric illness in the mothers of school-phobic and adolescents. *Br J Psychiatry* 1974; 125: 466-467.
42. Weissman MM, Leckman JF, Merikahgas KR, Gammon GD, Prusoff BA. Depression and anxiety disorders in parents and children. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41: 845-852.
43. Andreasen NC, Rice J, Endicott J, Reich T, Coryell W. The Family History Approach to Diagnosis. How Useful Is It?. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43: 421-429.
44. Kahn HA. Adjustment of data without use of multivariate models. En: Kahn H. *An Introduction to Epidemiologic Methods*. New York: Abraham M. Lilienfeld, 1983: 63-99.
45. Beitman BD, MD, Kushner M, Lambert, MD, Vaskar Mukerji. Panic disorder without fear in patients with angiographically normal coronary arteries. *J Nerv Ment Dis* 1990; 178: 307-312.
46. Katon W. *Panic Disorder in the Medical Setting*. Washington, DC: NIH Publication, 1993:51-56.
47. Casat CD, Ross BA, Scardina R, Sarno C, Smith KE. Mitral valve prolapse in a 12-year-old girl. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1987; 26:444-446.
48. Battaglia M, Bertella S, Politi E, Bernardeschi L, Giampaolo P, Gabriele A, Bellodi L. Age at Onset of Panic Disorder: Influence of Familial Liability to the Disease and of Childhood Separation anxiety Disorder. *Am J Psychiatry* 1995; 152:1362-1364.
49. Pollack MH, Otto MW, Sbatino S, Majcher D, Worthington JJ, McArdle ET, Rosenbaum JF. Relationship of childhood anxiety to adult panic disorder; correlates and influence on course. *Am J Psychiatry* 1996; 153:376-381.

C U A D R O S

Tabla 1
**Servicios de procedencia de los pacientes que fueron
 estudiados en la consulta externa de cardiología**

n = 350		
Procedencia	f	%
Medicina familiar	289	83.00
Hospitalización	13	3.7
Urgencias	19	5.4
Otorrinolaringología	5	1.4
Cirugía	1	0.3
Neurología	1	0.3
Neumología	1	0.3
Otra especialidad	21	6.0

Tabla 2
**Descripción de las características generales de los pacientes
que acuden por primera vez a la consulta externa de
cardiología y que se identificaron con y sin ansiedad
según el HAD***

	Con ansiedad n = 201		Sin ansiedad n = 149		Total n = 350	
	f	%	f	%	t	%
Edad **	39	12	40	12		
Sexo						
femenino	135	67	75	50	210	60
masculino	66	33	74	50	140	40
Estado civil						
casado	126	63	106	71	232	66
soltero	30	15	25	17	55	16
unión libre	23	11	10	7	33	9
viudo	12	6	4	3	16	5
divorciado	2	1	4	3	6	2
Ocupación						
ama de casa	73	36	38	26	111	32
obrero	28	14	27	18	55	16
empleado	25	12	14	9	39	11
desempleado	18	9	12	8	30	9
profesionista	15	8	19	13	34	10
estudiante	9	5	3	2	12	3
comerciante	8	4	7	5	15	4
técnico	4	2	4	3	8	2
Escolaridad						
primaria	76	38	49	33	125	36
secundaria	43	22	27	18	70	20
bachillerato	24	13	17	11	41	12
profesionista	19	10	22	15	41	12
carrera comercial	26	13	15	10	41	12
carrera técnica	12	6	16	11	28	8

* Escala de ansiedad y depresión para hospital general.

** Promedio (desviación estándar).

Tabla 3
**Servicios de procedencia de los pacientes que fueron
 evaluados con el DSM-III-R * para identificar los factores
 asociados al TP ** y para validar el HADm *****

Procedencia	n = 100	f	con TP	sin TP
Consulta externa de cardiología		57	21	36
Psicología		28	18	10
Psiquiatría		15	11	4
total		100	50	50

* Entrevista estructurada del DSM-III-R.

** Trastorno de pánico.

*** Escala HAD modificada.

Tabla 4
**Descripción de las características generales de los pacientes
 que se identificaron con y sin trastorno de pánico (TP)
 según el DSM-III-R ***

	Con TP n = 50		Sin TP n = 50		Total n = 100	
	f	%	f	%	t	%
Edad **	35	10	40	12		
Sexo						
femenino	24	48	30	60	54	54
masculino	26	52	20	40	46	46
Estado civil						
casado	26	52	33	66	59	59
soltero	10	20	6	12	16	16
unión libre	10	20	2	4	12	12
viudo	3	6	3	6	6	6
divorciado	1	2	6	12	7	7
Ocupación						
ama de casa	13	26	13	26	26	26
obrero	5	10	5	10	10	10
empleado	18	36	7	14	25	25
desempleado	3	6	3	6	6	6
profesionista	2	4	6	12	8	8
estudiante	1	2	2	4	3	3
comerciante	1	2	3	6	4	4
otro	7	14	3	6	10	10
Escolaridad						
primaria	13	26	13	26	26	26
secundaria	19	38	8	16	27	27
bachillerato	9	18	10	20	19	19
profesionista	2	4	7	14	9	9
carrera comercial	4	8	5	10	9	9
carrera técnica	3	6	7	14	10	10
Antecedente						
TASI ***	22	44	4	8	26	26
TP en fam. 1er. grado	7	14	1	2	8	8

* Entrevista estructurada del DSM-III-R.

** Promedio (desviación estándar).

*** trastorno por angustia de separación en la infancia.

Tabla 5
Factores asociados al trastorno de pánico (TP)

<i>n = 100</i>			
Variable	RM	IC - 95%	p
Sexo			
Masculino	1.6	0.74 - 3.59	0.3
Escolaridad			
Primaria, sec. y bach. inc. *	3.0	1.33 - 7.15	0.01
Edad (años)			
< 46	3.2	1.25 - 8.3	0.01
Ocupación			
Empleado	3.4	1.29 - 9.26	0.02
Estado civil			
Unión Libre	6.0	1.24 - 28.9	0.03
Antecedente			
TP en familiares de 1er. grado	7.9	0.94 - 67.4	0.02
TASI **	9.0	2.82 - 28.9	0.0001

* *primaria + secundaria + bachillerato incompleto*

** *trastorno por angustia de separación en la infancia.*

Tabla 6
**Resultados en el modelo de regresión logística para las
variables que se asociaron en forma bivariada
al trastorno de pánico**

Variable	Coef.	E.S.	RM	IC 95%	p
Edad < de 46 años	1.4347	0.6046	4.19	1.3 - 13.7	0.01
Ocupación empleado	1.1767	0.5934	3.24	1.0 - 10.4	0.04
Prim., sec. y bach. inc.*	1.2713	0.5351	3.56	1.2 - 10.2	0.01
Antecedente de TASI **	2.0745	0.662	7.96	2.2 - 29.1	0.001

* Primaria + secundaria + bachillerato incompleto.
** Trastorno por angustia de separación en la infancia.

Chi cuadrada del modelo = 34.74
Significancia del modelo = 0.00001

Sensibilidad del modelo = 68%
Especificidad del modelo = 79%

Coef.- Coeficientes
E.S.- Error estándar
RM.- Razón de momios
IC.- Intervalos de confianza del 95%

Tabla 7
Validación de la escala HADm*

n = 100	Trastorno de pánico <i>pacientes evaluados con DSM-III-R**</i>	
	+	-
Escala (+)	46	16
HADm (-)	4	34

* Subescala de ansiedad para hospital general (modificada)

** Entrevista estructurada del DSM-III-R (utilizada como estándar de oro)

Sensibilidad = 92%
 Especificidad = 68%
 Valor predictivo positivo = 74%
 Valor predictivo negativo = 90%

Razón de probabilidad positiva (Rp +) = 2.87
 Razón de probabilidad negativa (Rp -) = 0.11

El punto de corte fue de 16 y se seleccionó con base a que en él se observó una sensibilidad alta y especificidad moderada, en comparación a los otros puntos analizados en la curva ROC.

El análisis fue realizado con una prevalencia de 50 %.

Tabla 8
**Valores predictivos de acuerdo a la diferente prevalencia teórica
del trastorno de pánico en diferentes poblaciones**

Sensibilidad = 92 % Especificidad = 68 %		
Prevalencia %	Vp(+)*	Vp(-)**
1	0.02	0.99
3	0.08	0.99
6	0.15	0.99
8	0.20	0.98
15	0.33	0.97
40	0.65	0.92
50	0.74	0.89

* Valor predictivo positivo

** Valor predictivo negativo

Razón de probabilidad positiva (Rp +) = 2.87

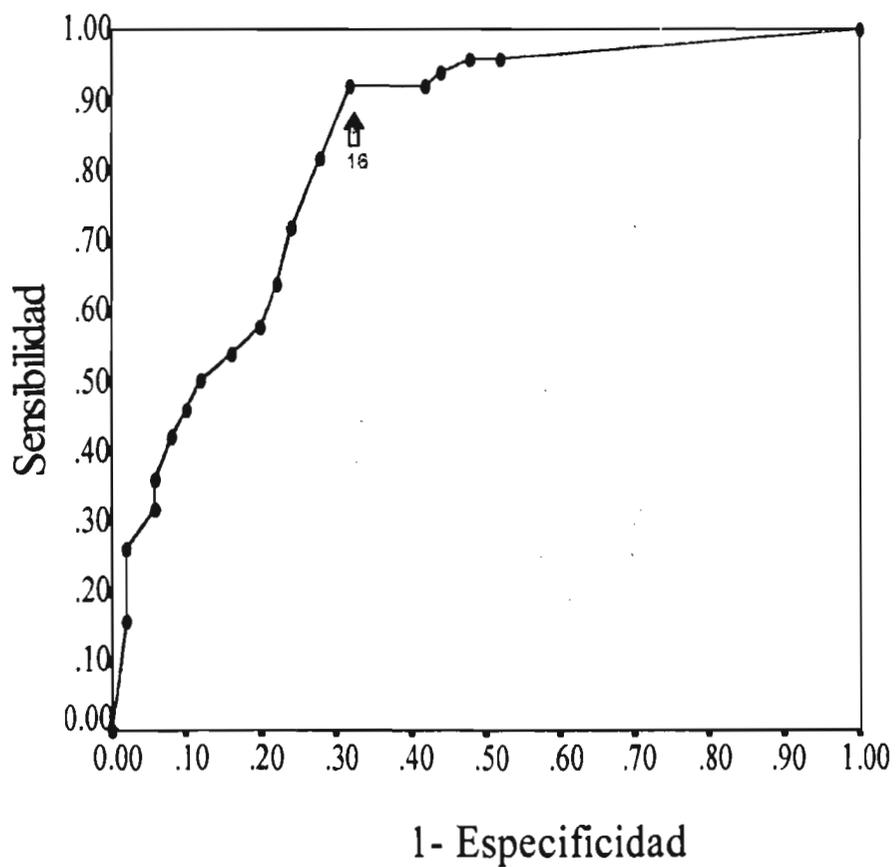
Razón de probabilidad negativa (Rp -) = 0.11

Tabla 9
**Sensibilidad y especificidad para diferentes puntos de corte
 en la escala HADm**

Punto de corte	Sensibilidad	Especificidad
> = 12	0.96	0.48
> = 13	0.96	0.52
> = 14	0.94	0.52
> = 15	0.92	0.58
> = 16	0.92	0.68
> = 18	0.82	0.72
> = 19	0.72	0.76
> = 20	0.64	0.78
> = 21	0.58	0.80
> = 22	0.54	0.84
> = 23	0.50	0.88
> = 24	0.46	0.90
> = 25	0.42	0.92
> = 26	0.36	0.94
> = 27	0.32	0.94
> = 28	0.26	0.98
> = 29	0.16	0.98

Figura 1

**Curva ROC del rendimiento global de la escala
HADm en el diagnóstico del trastorno de
pánico**



ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

A N E X O S

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 24
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION MEDICA

ESTIMADO DERECHO HABIENTE:

Los médicos de este hospital estamos interesados en conocer algunos aspectos emocionales de los pacientes que acuden a valoración al servicio de cardiología, pues lo consideramos de gran importancia para una mejor comprensión de la enfermedad, cualquiera que esta sea, y con el propósito de brindarle un tratamiento más completo.

Para lograr lo anterior, solicitamos su cooperación, proporcionando algunos datos generales y contestando un cuestionario breve y sencillo. Le informamos que los datos que nos proporcione serán estrictamente confidenciales y no serán archivados en su expediente de este hospital o de su clínica familiar.

En caso de aceptar cooperar, por favor conteste las preguntas de las siguientes hojas y al terminar entréguelas al médico que se las proporcionó.

En caso de no aceptar, por favor entregue estas hojas a la asistente médico de cardiología y no se preocupe, usted seguirá conservando los mismos derechos y calidad de atención que la institución le proporciona.

ESCALA HADm

Anexo No. 2

(subescala - A)

FECHA: _____

NOMBRE: _____

ESTE CUESTIONARIO SE HA DISEÑADO CON EL FIN DE AYUDAR A SU MÉDICO A QUE SEPA CÓMO SE SIENTE USTED EMOCIONALMENTE Y PODER BRINDARLE UNA MEJOR AYUDA.

Lea cada pregunta y marque con una " X " la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana.

No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta; en este tipo de preguntas las respuestas espontáneas tienen mayor valor que las que se piensan mucho.

★

1 Me siento tenso(a) o nervioso(a):

- Casi todo el día
- Gran parte del día
- De vez en cuando
- Nunca

2. Siento un temor, como si algo malo fuera a suceder:

- Sí, y muy intenso
- Sí, pero no muy intenso
- Sí, pero no me preocupa
- No siento nada de eso

3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

- Casi todo el día
- Gran parte del día
- De vez en cuando
- Nunca

4. Soy capaz de permanecer sentado(a), tranquilo y relajadamente:

- Nunca
- Raras veces
- A menudo
- Siempre

5. Experimento una desagradable sensación de " nervios y hormigueos " en el estómago:

- Muy a menudo
- A menudo
- Sólo en algunas ocasiones
- Nunca

6. Me siento inquieto(a) como si no pudiera dejar de moverme:

- Realmente mucho
- Bastante
- No mucho
- No, en lo absoluto

7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:

- Muy a menudo
- Con cierta frecuencia
- Raramente
- Nunca

8. He llegado a tener de manera inesperada, episodios de intenso temor, de angustia o de miedo a morir:

- Una o varias veces al día
- Una o tres veces a la semana
- De una a cuatro veces al mes
- Nunca

9. En ocasiones he tenido la sensación como si fuera a perder la razón o perder el control de mí mismo:

- Una o varias veces al día
- Una o tres veces a la semana
- De una a cuatro veces al mes
- Nunca

10. Me han sucedido episodios de manera inesperada en los que he llegado a sentir que no puedo respirar, que puedo ahogarme, que mi corazón late demasiado aprisa o que voy a desmayarme:

- Me sucede casi diario
- Me sucede cada semana
- Me sucede tres o cuatro veces al mes
- Nunca

11. He llegado a tener momentos de intenso miedo, sin saber a qué y en esos instantes llego a sentir también algunas partes de mi cuerpo dormidas, dolor de pecho, temblores, sudoración o bochornos (sentir que olas de calor recorren mi cuerpo):

- Varias veces al día
- Varias veces a la semana
- Cuatro o más veces al mes
- Nunca

12. Me ha sucedido que de manera inesperada y sin motivo alguno, he presentado intenso temor y una sensación extraña nunca antes vivida. Después tuve mucho miedo de que me volviera a suceder:

- Sí, y durante un mes o más tuve miedo
- Sí, pero el miedo me duró solo algunos días
- Sí, pero a los 15 días ya no tenía miedo
- Nunca me ha sucedido

ANEXO 3

LISTA DE CRITERIOS DEL DSM-III-R
(HOJA FRONTAL)

NUMERO DE IDENTIFICACION DEL ENTREVISTADO _____ INSTITUCION _____ COD _____ /01-06
 EDAD: _____ ENTREVISTADOR _____ COD _____ /07-10
 SEXO (M=1, F=2) (CIRCULE LA CODIFICACION) _____ ESTUDIO _____ COD _____ /11-13
 FECHA DE EVALUACION _____ / _____ / _____ /14-19
 ESTADO CIVIL 1 2 3 4 5 _____ HORA DE INICIO _____ /20-24
 (SOL) (CAS) (DIV) (VIU) (SEP) AM....1 PM....2
 _____ /25
 DIAGNOSTICOS DEL DSM-III-R
 PASEINA II ITEM II _____ CEE13054

01.	Trastorno por somatización.....	1	3	-	9	/26
	Diagnostico definitivo.....	1	3	5	9	/27
	Diagnostico de lamizaje.....	1	3	5	9	/28
02.	Crisis de angustia.....	1	3	5	7	9
03.	Ansiedad generalizada.....	1	3	5	7	9
04.	Agorafobia.....	1	3	5	7	9
05.	Fobia social.....	1	3	5	7	9
06.	Fobia simple.....	1	3	5	7	9
07.	Trastorno obsesivo compulsivo.....	1	3	5	7	9
4	08. Síndrome de estrés posttraumático.....	1	3	5	7	9
	09. Depresión.....	1	3	5	7	9
	10. Distimia.....	1	3	5	7	9
7	11. Manía.....	1	3	5	9	/38
	12. Esquizofrenia.....	1	3	5	9	/39
	13. Psicosis reactiva breve.....	1	3	5	7	9
	14. Trastorno esquizofreniforme.....	1	3	5	7	9
	15. Trastorno esquizoafectivo.....	1	3	5	7	9
	16. Trastorno delirante (paranoide).....	1	3	5	9	/43
	17. Anorexia nerviosa.....	1	3	-	9	/44
18/19.	Dependencia de sustancias psicoactivas.....	1	3	-	9	/45
	Abuso de sustancias psicoactivas.....	1	3	-	9	/46
	Dependencia al alcohol.....	1	3	-	9	/47
	Abuso de alcohol.....	1	3	-	9	/48
	Dependencia de anfetaminas o simpaticomiméticos similares.....	1	3	-	9	/49
	Abuso de anfetaminas o simpaticomiméticos similares.....	1	3	-	9	/50
	Dependencia de cannabis.....	1	3	-	9	/51
	Abuso de cannabis.....	1	3	-	9	/52
	Dependencia de cocaína.....	1	3	-	9	/53
	Abuso de cocaína.....	1	3	-	9	/54
	Dependencia de alucinógenos.....	1	3	-	9	/55
	Abuso de alucinógenos.....	1	3	-	9	/56
	Dependencia de inhalables.....	1	3	-	9	/57
	Abuso de inhalables.....	1	3	-	9	/58
	Dependencia de nicotina.....	1	3	-	9	/59
	Dependencia de opiáceos.....	1	3	-	9	/60
	Abuso de opiáceos.....	1	3	-	9	/61
	Dependencia de fenliciclitina (PCP) o aniliciclohexilaminas sim....	1	3	-	9	/62
	Abuso de fenliciclitina (PCP) o aniliciclohexilaminas sim....	1	3	-	9	/63
	Dependencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.....	1	3	-	9	/64
	Abuso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.....	1	3	-	9	/65

9	20.	Personalidad antisocial.....	1	3	5	9	166
	21.	Delencia.....	1	3	-	9	167
11	22.	Personalidad dependiente.....	1	3	5	7	9
12	23.	Personalidad pasivo agresiva.....	1	3	5	7	9
13	24.	Personalidad Hiltrofe.....	1	3	5	7	9
14	25.	Personalidad narcisista.....	1	3	5	7	9
15	26.	Personalidad compulsiva.....	1	3	5	7	9
16	27.	Personalidad histriónica.....	1	3	5	7	9
17	28.	Personalidad paranoide.....	1	3	5	7	9
18	29.	Personalidad esquizoide.....	1	3	5	7	9
19	30.	Personalidad por evitación.....	1	3	5	7	9
	31.	Otros.....	1	3	5	7	9
	32.	1	3	5	7	9

FASE A LA PAGINA 3 DE LA HOJA FRONTAL

CODIGOS PARA EL DIAGNOSTICO: 1 - Ausente, 3- Presente, 5- Presente, pero puede ser "debido a" otro diagnóstico o condición, 7 - Duda o diagnóstico "provisional", 9- Incierto.

CODIGOS PARA LOS SINTOMAS: 1 - Ausente, 5 -Presente, 9- Incierto.