

11241
37

UNAM

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA,
PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

DIFERENCIAS DE PERSONALIDAD ENTRE PACIENTES CON
TRASTORNO DE ANGUSTIA CON Y SIN AGORAFOBIA

Dr. José Matías Sánchez Inzunza

Tutor teórico


Dr. Luis Xavier Sandoval García

Tutor metodológico


Dra. Danelia Méndez Tabera

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE **SUBDIPLOMA DE ESPECIALIZACION**

EN PSIQUIATRÍA

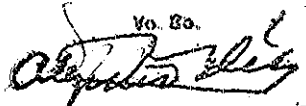
2002


SUBDIPLOMA DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

Calificación

CURSO DE ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA
DEPTO. DE PSICOLOGIA MEDICA,
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

Año 2000-2002

Martín...

DR. ALEJANDRO DIAZ MARTINEZ



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Dedicado a Aleida, Issaid, Alejandra y Néstor por su tolerancia y solidaridad.

A mis tutores, Dra Danelia Mendieta y Dr Xavier Sandoval, con especial agradecimiento.

A Leopoldo, por su apoyo incondicional.

A mis padres por el hecho de estar aquí.

A mis compañeros, gracias.

INDICE

Titulo

Resumen

Antecedentes

Hipótesis

Objetivos

Material y métodos

Procedimiento

-Criterios de inclusión

-Criterios de exclusión

Variables e instrumentos de medición

Descripción de instrumentos de medición

Resultados

Conclusiones

Bibliografía

**DIFERENCIAS DE PERSONALIDAD ENTRE
PACIENTES
CON TRASTORNO DE ANGUSTIA CON
AGORAFOBIA Y SIN AGORAFOBIA**

Resumen

Se efectuó un estudio transversal con la finalidad de determinar la relación existente entre la intensidad de los síntomas ansiosos de los pacientes con trastorno de angustia con y sin agorafobia y la calidad de vida así como las diferencias en cuanto a características de personalidad entre los pacientes con trastorno de angustia con y sin agorafobia. Se incluyeron 32 pacientes, 23 (71.8 %) de ellos mujeres, con edad promedio de 34.4 ± 9.6 años. Se utilizó para la evaluación el SCID-II del DSM-III-R modificado, el Inventario de Temperamento y Carácter (ITC), la escala de ansiedad de Hamilton, El Cuestionario de Calidad de vida de Dunbar y la escala de Bienestar Subjetivo (SUBI). Se utilizaron para el análisis estadístico de las diferentes variables el programa SPSS versión 9, con prueba t de dos colas, el coeficiente de correlación de Pearson, así como porcentajes, medias y desviación estándar.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la presencia de algún trastorno de personalidad específico o de temperamento y carácter en los pacientes con trastorno de angustia con y sin agorafobia. Hubo algunas correlaciones importantes entre los diferentes trastornos de personalidad, la intensidad de los síntomas ansiosos y la calidad de vida de los pacientes con trastorno de angustia con y sin agorafobia. Los pacientes mayormente afectados fueron aquellos con trastorno de personalidad dependiente, seguido por el trastorno paranoide y el límite de la personalidad. Ni la intensidad de los síntomas ansiosos ni la presencia o no de agorafobia mostraron correlaciones estadísticamente significativas con la calidad de vida de los pacientes. Son necesarios estudios con metodología y muestras adecuadas de pacientes para mejorar el conocimiento de estas áreas y su comorbilidad.

ANTECEDENTES

EPIDEMIOLOGIA

Los estudios epidemiológicos han proporcionado una tasa de prevalencia del 1.5 al 5 % para los trastornos de angustia y del 3 al 5.6 % para las crisis de angustia.

El trastorno de angustia suele desarrollarse en adultos jóvenes, con una edad promedio de presentación de aproximadamente 25 años, aunque puede presentarse a cualquier edad. (1)

En un estudio efectuado en Texas con la finalidad de determinar la prevalencia en la población general se encontró una tasa de 3.8 % para el trastorno de angustia, un 5.6 % para las crisis de angustia e incluyeron un 2.2 % para las crisis de angustia con síntomas limitados.

Se encontró además que las mujeres tienen una probabilidad 2 o 3 veces mayor de ser afectadas que los hombres aunque las diferencias para las crisis de angustia con síntomas limitados no fueron estadísticamente significativas. No se encontraron tampoco diferencias estadísticamente significativas entre sujetos hispanos, blancos, negros y no hispanos. (2)

Resultados similares se obtuvieron en otro estudio en Nueva York donde la prevalencia a lo largo de la vida del trastorno de angustia fue del 1.2 % entre afroamericanos y de 1.4 % entre blancos y no se encontró una diferencia significativa.

Tampoco hubo variación con respecto a la edad de inicio, años de evolución del trastorno, distribución de síntomas, intentos suicidas y comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos.

(3)

En la Ciudad de México el trastorno de angustia tiene una prevalencia lo largo de la vida de 1.1 % en los hombres y de 2.5 % en las mujeres, presentándose con mayor frecuencia en las edades comprendidas entre los 25 y 34 años. Además el 1.8 % de hombres y el 1.5 % de mujeres han presentado este trastorno en los últimos 12 meses siendo más frecuente en hombres solteros y mujeres casadas, con una escolaridad promedio entre 7 y 9 años. (4)

Trastorno de angustia y agorafobia.

Historia.

El concepto tiene su origen en el del síndrome de corazón irritable, observado por Jacob Mendes Da Costa en soldados durante la guerra civil americana, o llamado síndrome de Da Costa, el cual definía muchos síntomas psíquicos y somáticos actualmente incluidos en los criterios diagnósticos de los trastornos de angustia. En 1895 Freud introdujo el concepto de neurosis de ansiedad, que incluía síntomas psíquicos y somáticos, agudos y crónicos. El fue el primero en detectar la relación entre las crisis de angustia y la agorafobia.

La crisis de angustia (o ataque de pánico) se define en el DSM-IV como un período discreto de miedo intenso o incomodidad, que se acompaña de al menos cuatro síntomas somáticos o cognoscitivos como palpitaciones, temblores, sensación de ahogo, diaforesis, entre otros.

El trastorno de angustia se caracteriza por la presencia espontánea e inesperada de crisis de angustia, que varía desde múltiples ataques en un día, a un solo ataque en un año. A menudo se acompaña de agorafobia. (1)

Aunque los síntomas de ansiedad son comunes en niños y adolescentes de todas las edades y ambos sexos, solamente tres trastornos de ansiedad, entre ellos el trastorno sobreansioso, el trastorno de ansiedad de separación y el trastorno evitativo son clasificados específicamente como trastornos de ansiedad en la infancia. Estudios familiares y reportes retrospectivos de síntomas en la infancia por adultos con trastornos de ansiedad sugieren una continuidad entre trastornos de ansiedad entre la niñez y la etapa adulta. Se han reportado historias en la infancia temprana de trastorno de ansiedad de separación. (6)

Criterios diagnósticos. Trastorno de angustia sin agorafobia. DSM-IV.

A. Se cumplen (1) y (2):

(1) crisis de angustia inesperadas recidivantes

(2) al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o mas) de uno (o mas) de los siguientes síntomas:

a) Inquietud persistente ante la posibilidad de nuevas crisis.

b) preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (perder el control, sufrir un infarto, volverse loco).

c) cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis.

B. Ausencia de agorafobia.

C. Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica

D. Las crisis de angustia no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental, como fobia social, fobia específica, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por estrés postraumático o trastorno por ansiedad de separación. (7)

Criterios diagnósticos. Trastorno de angustia con agorafobia. DSM-IV.

A. Se cumplen (1) y (2):

- a) crisis de angustia inesperadas recidivantes.
- b) Al menos una de las crisis se ha seguido de durante un mes (o más) de Uno (o más) de los siguientes síntomas:

- a) inquietud persistente por la posibilidad de nuevas crisis.
- b) preocupación por las implicaciones de las crisis o sus consecuencias (perder el control, sufrir un infarto, volverse loco).

B. Presencia de agorafobia.

C. Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica.

D. Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental como fobia social, fobia específica, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por estrés postraumático o trastorno por ansiedad de separación. (7)

Agorafobia.

El término agorafobia fue acuñado en 1871 para describir la enfermedad de los pacientes que tenían miedo de aventurarse a salir solos a lugares públicos. El término deriva de las palabras griegas *agora* y *phobos*, que significa “miedo a la plaza del mercado”.

La agorafobia es descrita como miedo a los espacios abiertos. Esta puede ser considerada como la fobia más incapacitante, ya que interfiere significativamente con la capacidad de una persona para funcionar en su trabajo y en situaciones sociales fuera de su hogar. (5)

Existe un continuo debate sobre si la agorafobia representa una variante del trastorno de angustia o si es en sí una enfermedad separada. La agorafobia es después de todo un único e incapacitante síntoma complejo, que responde a la terapia conductual. Además, raramente se han encontrado, en poblaciones clínicas, pacientes agorafóbicos quienes nunca han experimentado crisis de angustia espontáneas, aunque pueden existir en la población general. (8)

La teoría condicionante de la adquisición de fobias ha sido desacreditada hasta cierto punto, pero algunos datos muestran que una mayoría de agorafóbicos pueden recordar un evento condicionante. La presencia de una ansiedad generalizada, que es más continua a través del tiempo que el trastorno de angustia, puede probablemente contribuir al condicionamiento de un estímulo de respuesta al temor. El inicio de la evitación en la agorafobia puede ser muy sutil, sin una continuidad sostenida, complicando de nuevo conocer datos claros del inicio. Hay evidencia que otros factores, mas que la frecuencia o intensidad de los episodios de angustia, o la duración de la enfermedad, contribuyen al inicio y severidad de la evitación fóbica, como otros trastornos de ansiedad y la depresión misma y puede darse la comorbilidad donde las crisis de angustia son una manifestación de un síndrome neurótico general con múltiples rasgos dependientes en la historia clínica individual. (7)

En los Estados Unidos, la mayoría de los investigadores del trastorno de angustia opinan que la agorafobia se desarrolla casi siempre como complicación del trastorno de angustia.

Los investigadores de otros países y algunos americanos no están de acuerdo con esta teoría, pero el DSM-IV establece el trastorno de angustia como predominante en esta década. (5)

La relación entre trastornos de personalidad y neurosis en general, y agorafobia en general, no es bien conocida.

Como grupo, los pacientes que sufren de agorafobia han sido descritos como sobreansiosos, evitativos, dependientes, poco asertivos y con limitada autoconfianza, aunque no es claro si

estas características son secundarias a este trastorno crónico e incapacitante o a características de personalidad premórbidas.

La impresión clínica no sustenta una personalidad premórbida típica en pacientes agorafóbicos y no existen claras evidencias para una cercana relación entre fobia escolar en la infancia, tomada como un marcador clínico general para una permanente vulnerabilidad a la ansiedad de separación y /o sobredependencia y agorafobia.

Por otro lado hay evidencia empírica que sugiere que existe una proporción de mujeres agorafóbicas, quienes lejos de ser sobredependientes, tímidas, emocionalmente lábiles, carentes de asertividad, aparentan, de hecho, ser lo opuesto cuando están libres de agorafobia.

(9)

Un estudio de 88 pacientes con diagnóstico de trastorno de angustia y evitación fóbica fueron divididos en relación a la magnitud de esta en tres grupos de acuerdo a la clasificación del DSM-III-R:

- a) Trastorno de angustia no complicado.
- b) Trastorno de angustia con evitación fóbica limitada.
- c) Trastorno de angustia con evitación fóbica extensa (agorafobia)

Los resultados mostraron que los trastornos de personalidad dependiente fueron mas prevalentes en los subgrupos de evitación fóbica .

Dependiendo de los instrumentos de medición utilizados, aproximadamente 40 % de los sujetos con alguna evitación fóbica cumplieron criterios para este trastorno de personalidad, aunque no se logró determinar si el trastorno de personalidad observado fue primario o secundario, en el sentido de que este podría predisponer al desarrollo de agorafobia en personas con trastornos de personalidad, o si el disturbio fuera secundario al trastorno de personalidad, especialmente al estar complicado con la evitación fóbica. (10)

Criterios diagnósticos. Agorafobia. DSM-IV

- A. Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar pueda resultar difícil, o donde en el caso de parecer una crisis de angustia inesperada o mas o menos relacionada con una situación o bien síntomas similares a la angustia puede no disponerse de ayuda. Los temores suelen incluir el estar solo fuera de casa, mezclarse con la gente, pasar por un puente o viajar en autobús, tren o automóvil.
- B. Estas situaciones se evitan, se resisten a costa de un malestar o ansiedad significativos por temor a que aparezca una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia, o se hace indispensable la presencia de un conocido para soportarlos.
- C. Esto no puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental como fobia social, fobia específica, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por estrés postraumático o trastorno de ansiedad por separación. (6)

Trastornos de la personalidad.

Definición.

Un *trastorno de personalidad* es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto.

Los *rasgos de personalidad* son patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales. Estos rasgos sólo constituyen trastornos de la personalidad cuando son inflexibles y desadaptativos y causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo. (6)

La CIE-10 describe a los trastornos de personalidad como graves perturbaciones de la personalidad y la conducta que representan pronunciadas desviaciones de los patrones culturales normales. Esto debe ser de larga duración y alterar varias áreas de funcionamiento con una conducta desadaptativa generalizada, tener inicio en la infancia o en la adolescencia y generar un considerable malestar personal. (11)

Starcevic menciona que las características de personalidad son patrones consistentes de conducta, emoción y cognición. Estos pueden ser identificados tempranamente en la vida y continuar estables a través del tiempo.

El rol y la influencia de las características de personalidad en la psicopatología han sido largamente debatidos. Han emergido diferentes puntos de vista de este debate: 1) que las características de personalidad constituyen un factor de vulnerabilidad y predisponen así al desarrollo de estados clínicos 2) Que hay factores patoplásticos y modifican la sintomatología en eje I. 3) Que los trastornos de personalidad son una consecuencia de trastornos del eje I y 4) Que los trastornos del eje I y eje II tienen etiologías independientes. (12)

Criterios diagnósticos Generales. Trastorno de personalidad. DSM-IV.

A. Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las siguientes áreas:

- (1) Cognición.
- (2) Afectividad.
- (3) actividad interpersonal.
- (4) control de los impulsos.

B. Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.

C. Este patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad.

D. El patrón es estable y de larga duración y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o principio de la edad adulta.

E. El patrón persistente no es atribuible a otro trastorno mental.

F. El patrón persistente no es debido a los efectos fisiológicos de una sustancia ni a una enfermedad médica. (6)

Trastorno de angustia y personalidad.

Las especulaciones etiológicas sugieren que puede haber una relación entre ciertos trastornos de personalidad y los trastornos de ansiedad en general o entre ciertos trastornos de

personalidad y ciertos trastornos de ansiedad. Por ejemplo, es probable que los pacientes con trastornos de ansiedad puedan tener un exceso de trastornos de personalidad del grupo C (evitativo, dependiente, obsesivo compulsivo y pasivoagresivo). Estos pacientes, llamados ansiosos o temerosos podría esperarse que sufrieran de síntomas de ansiedad que podrían al mismo tiempo predisponerlos a un trastorno de ansiedad.

La relación entre trastornos de ansiedad y trastornos de personalidad puede ser aún más específica. Por ejemplo, ha habido mucha especulación acerca de la asociación entre características de personalidad dependientes, ansiedad de separación y trastorno de angustia y agorafobia y entre trastorno de personalidad evitativo y fobia social. (13)

Estudios recientes demuestran que muchos pacientes con trastorno de pánico con y sin agorafobia tienen también trastornos de personalidad, con tasas de comorbilidad que llegan a alcanzar hasta el 65 %. (14)

Los factores asociados con la presencia de trastornos de personalidad en pacientes con trastorno de angustia han atraído escasamente la atención de los investigadores.

En enfermedades de origen multifactorial, los pacientes con inicio temprano frecuentemente tienen expresiones mas severas de la enfermedad y es mas probable que sus familiares tengan el mismo trastorno que los familiares de pacientes con inicio tardío, lo cual probablemente refleja una penetrancia genética aumentada, una etiología heterogenea o ambas. (15)

Battaglia y cols. investigaron la predisposición familiar al trastorno de angustia con agorafobia. Investigaron además otras variables familiares, clínicas, desarrollo y demográficas. Suponían que si encontraban un efecto significativo de historia familiar, la edad de inicio podría ser usada para mejorar el conocimiento de la genética del trastorno de angustia.

Compararon 231 pacientes con trastorno de angustia con 131 pacientes quirúrgicos de consulta externa y encontraron que el trastorno de ansiedad de separación fue diagnosticado significativamente con mas frecuencia entre los pacientes con trastorno de angustia. La edad promedio al inicio fue de 29.1 años. El riesgo para trastorno de angustia con agorafobia y

alcoholismo fue de 7.6 % y 6.2 % respectivamente para pacientes con trastorno de angustia y de 1.0 y 1.7 % respectivamente para el grupo de pacientes quirúrgicos. 56 pacientes tuvieron historia familiar de trastorno de angustia y trastorno de angustia con agorafobia y la edad promedio de sus familiares fue de 45 % contra 48 años en familiares de pacientes sin historia familiar de trastorno de angustia. Finalmente las únicas dos variables que afectaron la edad de inicio del trastorno de angustia en los procedimientos de regresión fueron una historia familiar de trastorno de angustia con agorafobia y la presencia de trastorno de ansiedad de separación en la infancia. Ellos concluyen que la edad de inicio puede ser un indicador de penetrancia genética en el trastorno de angustia. (16)

Pollack y Rosenbaum encontraron por su parte que la presencia de disfunción en la personalidad en pacientes con trastorno de pánico fue asociada con excesiva ansiedad en la infancia, pero no con una historia de abuso sexual o físico en la infancia. (17)

Un estudio con 60 pacientes agorafóbicos con trastorno de pánico a los cuales se les aplicó el cuestionario diagnóstico de personalidad (PDQ), una escala autoaplicable para evaluar trastornos de personalidad del DSM-III, mostró que esos pacientes tuvieron una mayor prevalencia de características de personalidad dependiente, evitativa e histriónica, que otros tipos de personalidad. Esto significa que hubo 29 instancias en 16 pacientes en las cuales los criterios para un diagnóstico en eje II fueron cumplidos predominantemente para los tres trastornos mencionados; diez evitativos, nueve dependientes y siete histriónicos. Sin embargo solo el 27 % de la muestra cumplió criterios para un diagnóstico de trastorno de personalidad y las características evitativas y dependientes no fueron consistentes. (10)

Un punto de gran interés ha sido la comorbilidad del trastorno de angustia y depresión mayor. Estudios epidemiológicos y clínicos han encontrado una forma mas severa de enfermedad y de resultado menos favorable para la comorbilidad que para los grupos de pacientes con trastorno de angustia puros.

La literatura revela frecuencias significativamente elevadas de trastornos de personalidad entre pacientes con trastornos comórbidos de ansiedad y del ánimo comparados con individuos afectados por trastornos ansiosos o del estado del ánimo en forma individual. La relación entre ansiedad y depresión es todavía materia de controversia.

Stavrakaky en su revisión de la relación entre esos síntomas entre esos síndromes comórbidos describe tres modelos conceptuales diferentes:

- 1) La posición unitaria (que los trastornos difieren cuantitativamente).
- 2) La posición pluralística (que la ansiedad y la depresión son entidades distintas y separadas)
- 3) La posición depresión-ansiedad (que la coexistencia depresión-ansiedad representa un síndrome separado. (18)

Langs examinó la prevalencia de trastornos de personalidad en pacientes con trastorno de angustia (TA) con y sin depresión comórbida a lo largo de la vida. Una de las metas fue evaluar la presencia y frecuencia de trastornos de personalidad para determinar su posible relación en el síndrome de comorbilidad en el eje I; en la otra intentó examinar si la combinación de un enfoque categórico, biaxial y dimensional podría ayudar a dilucidar la relación entre trastorno de angustia y depresión.

Incluyó 84 pacientes con TA, 49 de ellos sin depresión comórbida y 35 que si cumplieron criterios para depresión mayor. No encontró diferencias estadísticamente significativas en edad, nivel educacional, ocupacional o estado civil entre los grupos. Los trastornos de personalidad del grupo ansioso tuvieron la mas alta prevalencia en la población total, entre ellos el dependiente (17%) y el obsesivo compulsivo (17%), seguidos por el trastorno narcisista (13 %) y el trastorno histriónico (12%). La prevalencia de trastornos de personalidad fue significativamente alta en el grupo comórbido ($p < 0.02$).

No hubo diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de otros trastornos de ansiedad ni en la duración de la enfermedad.

Aunque la agorafobia fue considerada como complicación del TA, su prevalencia fue comparada en forma separada. La frecuencia total fue de 69 % y no hubo diferencias estadísticamente significativas entre las muestras de TA puro y el grupo comórbido. (19)

Otro estudio llevado a cabo por Hoffart y Thornes intentó explorar posibles relaciones entre categoría agorafobia y otros trastornos sintomáticos y trastornos de personalidad y si la presencia de trastornos de personalidad y características de personalidad modifican el cuadro clínico de agorafobia y estas condiciones comórbidas con otros trastornos.

El estudio incluyó 92 pacientes que fueron divididos en tres grupos:

- a) Pacientes con criterios de para trastorno de angustia con agorafobia(n=57)
- b) Pacientes con agorafobia sin historia de trastorno de angustia (n=21)
- c) Pacientes con otros trastornos de ansiedad sin agorafobia o trastorno de angustia (n=14).

El grupo de trastorno de angustia con agorafobia presentó una mayor prevalencia de trastorno obsesivo compulsivo comparado con los pacientes con agorafobia sola, mientras que en el grupo con otros trastornos ocurrió un efecto significativo para el trastorno paranoide de personalidad.

En los dos grupos de agorafóbicos, al correlacionar los índices de trastornos de personalidad, solo mostraron relación significativa aquellos con trastorno de personalidad evitativo y dependiente. (20)

Posteriormente, 33 pacientes fueron sometidos a un seguimiento de 16 semanas de tratamiento combinado utilizando fármacos y terapia conductual para evaluar cambios en los trastornos de personalidad, mostrando una substancial reducción en varias variables de personalidad, incluyendo la frecuencia de diagnósticos asignados, la distribución de características de personalidad y el número de reactivos en cada categoría de personalidad.

Interesantemente, los pacientes que exhibieron un alto número de características de personalidad antes del tratamiento fueron también significativamente más sintomáticos antes del tratamiento que los pacientes con pocas características. Esto sugirió que los factores de personalidad podrían tener significancia pronóstica en el tratamiento del trastorno de angustia y agorafobia y esto muestra un grado significativo de covariación entre trastornos de personalidad y severidad de los síntomas. (21)

Con estos resultados, el autor efectuó posteriormente una replicación a gran escala y al mismo tiempo trató de explorar la correlación demográfica, clínica y fenomenológica de trastornos de personalidad en 187 pacientes con trastorno de angustia o agorafobia y al mismo tiempo delinear las variables relevantes, incluyendo ansiedad, depresión, pánico y sintomatología fóbica que, correlacionada, predijo los perfiles de personalidad de esos pacientes. Los resultados mostraron también una preponderancia de diagnóstico y características dependientes, evitativas e histriónicas reforzando las observaciones de que los pacientes que exhibieron un alto número de características de personalidad también mostraron significativamente ser más sintomáticos, más neuróticos y relativamente menos extrovertidos que los pacientes con pocas características de personalidad. (22)

Los descubrimientos de que los pacientes con trastorno de angustia y trastornos comórbidos del estado del ánimo exhiben síntomas más severos, pobre respuesta a tratamiento, pobre ajuste social y alto riesgo de suicidio, han generado en los investigadores intentos de aclarar la naturaleza de esa asociación.

En base esto se efectuó un estudio para evaluar las diferencias en temperamento y personalidad en 62 pacientes con trastornos de personalidad, entre ellos 22 con trastorno de angustia y depresión mayor y 40 con trastorno de angustia solamente.

Los resultados mostraron que los pacientes afectados con trastorno de angustia

y depresión mayor comórbida tuvieron una prevalencia significativamente elevada de trastornos de personalidad comparados con aquellos con trastorno de angustia puro, especialmente dependientes y limítrofes, y sugiere que los trastornos de personalidad del grupo C están mas frecuentemente asociados con trastorno de angustia y depresión mayor comórbida. (23)

En otro estudio, Mavissakalian explora la especificidad del enlace entre trastorno de angustia con agorafobia (TAA) y características y trastornos de personalidad incluyendo pacientes con trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y trastorno obsesivo compulsivo (TOC). Estudió 187 pacientes con trastorno de angustia (161 con agorafobia), 51 con TOC y 39 con TAG. Uno con TAG, 12 con trastorno de angustia y 5 con TOC cumplieron criterios para depresión mayor actual. En cuanto al diagnóstico, los trastornos de personalidad del grupo A fueron significativamente menos frecuentes para trastorno de angustia que para los otros grupos. El trastorno de personalidad evitativo fue la categoría individual más frecuente en todos los grupos sin que hubiera diferencias significativas entre los grupos, mientras que el trastorno de personalidad dependiente fue mucho menos frecuente en TAG que en trastorno de angustia y TOC. En cuanto a características de personalidad, los puntajes para los pacientes con trastorno de angustia y TAG fueron idénticos entre los dos grupos pero significativamente más bajos que los puntajes en el grupo de TOC. Por otro lado, el perfil de trastorno de personalidad histriónico, dependiente y obsesivo compulsivo fue más pronunciado para el TOC comparado con los otros dos grupos. El perfil de trastorno de personalidad narcisista, evitativo y pasivo agresivo fue mas pronunciado para el grupo de TOC que para el trastorno de angustia. El perfil de personalidad dependiente fue más pronunciado en trastorno de angustia que en TAG. Esto mostró una notable diferencia en la disfunción de personalidad en el TOC cuando se comparó con los otros grupos, lo cual puede atribuirse en parte a la severa disrupción de los síntomas obsesivo compulsivos. (24)

No está claro, sin embargo, si hay algún factor específicamente asociado con trastornos de personalidad comórbidos en pacientes con trastorno de angustia y si existe una relación

significativa entre ciertas experiencias en la infancia de pacientes con trastornos de angustia y comorbilidad con trastornos de personalidad.

Latas y Starcevic, en un estudio en el cual intentaron investigar predictores de trastornos de personalidad comórbidos en una muestra de pacientes con trastorno de angustia con agorafobia, entre ellos: a) una larga duración y severidad importante del trastorno de angustia con agorafobia, b) una percepción negativa de los pacientes por sus familiares, c) excesiva ansiedad de separación en la infancia y d) experiencias traumáticas en la infancia. Encontraron altas tasas de trastornos de personalidad comórbidos en estos pacientes ya que el 45 % de la muestra de 60 pacientes recibió al menos un diagnóstico de trastorno de personalidad, predominando los del grupo C y grupo B del DSM-IV. (15)

Cloninger en 1986 propuso un modelo probable de temperamento para el estudio de patrones de comorbilidad psiquiátrica que incluye tres dimensiones de temperamento:

- a) Búsqueda de lo novedoso.
- b) Evitación del daño.
- c) Dependencia a la recompensa. (25)

Ampollini y Marchesi en un estudio evaluaron este modelo en 42 pacientes con trastorno de angustia con agorafobia, 18 con depresión mayor y 35 pacientes con condiciones mixtas y los comparó con 48 individuos sanos.

La prevalencia de agorafobia no tuvo diferencias significativas entre los grupos de pacientes con trastorno de angustia y los mixtos.

La prevalencia de trastornos de personalidad fue significativamente mas alta en pacientes que en controles y en los grupos mixtos que en los de angustia y depresión. Las tasas de trastornos de personalidad del grupo B, especialmente limítrofe, fueron significativamente mas altas en los grupos de trastorno de angustia y mixtos que en el de depresión mayor y controles y las tasas de trastornos de personalidad del grupo C, especialmente dependiente,

fueron significativamente mas altas en pacientes que en controles y en los grupos mixtos que en los de trastorno de angustia y depresión mayor.

Los puntajes de evitación del daño fueron significativamente mas altos en pacientes que en controles y en el grupo mixto que en el de trastorno de angustia y depresión mayor. Además, el puntaje de dependencia a la recompensa fue significativamente mas alto en pacientes que en controles. Así mismo los pacientes con depresión mayor y trastorno de angustia mostraron rasgos de temperamento similares pero diferentes patrones de trastornos de personalidad. (26)

IMPACTO DEL TRASTORNO DE ANGUSTIA EN LA CALIDAD DE VIDA

El concepto de calidad de vida está sujeto a numerosas interpretaciones. Para las personas la calidad de vida es de gran importancia y esta actúa como la fuerza que guía todas las acciones.

La calidad de vida en estos términos es implícita y altamente subjetiva y parece ser un concepto que es difícil de expresar como una cantidad. Los servicios de salud clínicos y de investigación han reconocido que los cambios en la calidad de vida de los pacientes están entre las principales determinantes de demanda para cuidados, conformidad con los regímenes de tratamiento y satisfacción. Los investigadores actualmente han tomado en cuenta este parámetro en la evaluación de los cuidados de salud.

La discrepancia entre los diversos enfoques para la medición de la calidad de vida realza las dificultades de una definición universal del concepto. La confusión entre estado de salud y calidad de vida ha creado dilemas técnicos, conceptuales y éticos. (27)

Así, el concepto de calidad de vida puede parecer extenso o ambiguo. Si a un fenómeno tan complejo como es la vida humana se le despoja de su dimensión temporal (la cantidad), todos los otros atributos de este fenómeno corresponden a la calidad. En medicina la calidad de vida pasa a su ámbito cuando se considera que la enfermedad y las intervenciones del médico influyen tanto sobre la cantidad como sobre la calidad de vida del paciente.

Algunos autores definen la calidad de vida como un problema esencialmente filosófico; "lo que constituye la calidad de vida es una cuestión personal e individual que lleva a una aproximación filosófica más que científica", lo cual traduce que no se cuenta con un estándar de oro o un criterio externo para su evaluación. Por otro lado se incluyen desde el punto de vista científico los elementos subjetivos y objetivos de la calidad de vida. El componente subjetivo incluye bienestar y satisfacción; el componente objetivo incluye la presencia o no de síntomas, el funcionamiento físico y el apoyo social entre otros.

Desde el primer punto de vista, la calidad de vida ha sido considerada sinónimo de bienestar, o la percepción subjetiva del individuo en relación a su incapacidad, lo que hace que el paciente considere que está o no está bien. Con esto el autor en cuestión concluye que la calidad de vida es la evaluación global que el sujeto hace de su vida, dependiendo tanto de las características del sujeto, entre ellas la personalidad y valores, como de estímulos externos como de la enfermedad y del tratamiento que esta requiere. (28)

Para otro autor la calidad de vida es aquella tensión o diferencia entre las expectativas y los resultados, el grado de satisfacción de las personas con su vida, a la cual contribuye la medicina de manera importante. La calidad de vida que espera a un habitante de las ciudades es intrínsecamente distinta de la que podría tener un habitante del campo, independientemente de la cultura, del idioma, de la raza o del régimen político o económico.

Las expectativas asociadas a un rol laboral o social son distintas de las derivadas del sexo o del nivel educacional y cuando se tiende a confundirlas se crean condiciones propicias a la insatisfacción y por ende a un detrimento en la calidad de vida. Una medicina multidimensional es en su sentido mas directo biopsicosocial, no en base a adiciones y yuxtaposiciones, sino en base a una integración armónica de perspectivas y puntos de vista. (29)

Los pacientes psiquiátricos tienen el problema específico de ser estigmatizados cuando ellos declaran estar mentalmente enfermos, lo cual parece necesario si ellos quieren obtener los medios para sobrevivir, incluyendo sus necesidades individuales de tratamiento, como fármacos y seguridad social, entre otros. Tal estigma pone en riesgo su autonomía debido a que los pacientes son excluidos de la sociedad de la que ellos quieren ser parte. Además de tener necesidades específicas de tratamiento los pacientes psiquiátricos están en desventaja debido a que ellos usualmente tienen pocos recursos para poder confrontar con los problemas de la vida, pocas habilidades sociales y cognitivas y escasos recursos de otro tipo, especialmente dinero. (30)

Los trastornos de ansiedad constituyen uno de los trastornos mentales más frecuentes y su familiaridad puede contribuir a la percepción de que son formas de psicopatología

relativamente leves. Sin embargo, quienes los padecen y los clínicos que los tratan reconocen que los trastornos de ansiedad tienen enormes efectos en la calidad de vida.

La valoración sistemática de la calidad de vida en las personas con trastornos de ansiedad había estado abandonada durante mucho tiempo, pero la experiencia clínica sugiere que las formas específicas de estos trastornos pueden afectarla de distintas maneras. Por ejemplo, los pacientes pueden ser apartados del trabajo, de sus relaciones y de sus actividades de esparcimiento a causa de síntomas cognitivos como el miedo, la preocupación y la obsesión, pueden verse afectados por los síntomas de activación autonómica pronunciados en el trastorno de angustia, la fobia social, el trastorno por estrés post-traumático y el trastorno de ansiedad generalizada. Pueden además estar limitados por la conducta de evitación intrínseca a las fobias y al trastorno por estrés post-traumático y pueden acarrear la desmoralización y vergüenza secundarias que comparten los pacientes con todos estos trastornos.

A esto se añade la comorbilidad que aparece junto con los trastornos de ansiedad. (31)

Aunque el trastorno de angustia es el trastorno de ansiedad más estudiado en relación a la calidad de vida, los estudios existentes solo muestran la superficie de los complejos efectos de esta psicopatología en el bienestar.

Markowitz y col. examinaron las consecuencias psicológicas y sociales del trastorno de angustia en una muestra de sujetos tomados del estudio de la Epidemiologic Catchment Area (ECA) en el cual compararon grupos de pacientes con trastorno de angustia (n=254), con depresión mayor (n=138) y pacientes sin algunos de estos trastornos (n=17113).

Reportaron un aumento en el riesgo de abuso de alcohol y otras sustancias para el trastorno de angustia, riesgo significativamente elevado de afectación en la funcionalidad social, la dependencia económica, el uso de medicamentos psicoactivos y para el uso de servicios de emergencias hospitalarias, cuando se comparó con el grupo de depresión mayor y el grupo sin algunos de estos trastornos.

No hubo diferencias significativas en cuanto al reporte de pobre salud global, intentos de suicidio y disfunción de pareja en los grupos de trastorno de angustia y depresión mayor, sin embargo el riesgo fue incrementado cuando se compararon ambos con el grupo sin estos

trastornos. Es importante destacar que la afectación social del trastorno de angustia ocurrió independientemente de la presencia o no de agorafobia. (32)

Posteriormente Klerman y col. utilizaron esta misma muestra y compararon casos de trastorno de angustia (n=254) y crisis de angustia subsindromáticas (n=667) con casos de cualquier otro trastorno no psiquiátrico (n=4857) y personas sin trastornos (n=12233). Ellos reportaron que los pacientes con trastorno de angustia referían en proporciones elevadas salud física (35 %) o emocional (38 %) regular o mala. Comparados con las personas sin trastorno, los pacientes con trastorno de angustia tuvieron una probabilidad 5.7 veces mayor de referir una salud física regular o mala y 6.9 veces mayor de referir una salud emocional regular o mala. Las proporciones entre los pacientes con trastorno de angustia no mostraron diferencias de las que se observaron en los pacientes con crisis de angustia subsindromáticas, depresión mayor u otro trastorno psiquiátrico. (33)

En esta misma línea, al hacer una comparación entre el trastorno de angustia y la angustia infrecuente (o subsindromática), Katon y col. encontraron que estos tienen una similar edad de inicio y una alta tasa de prevalencia de agorafobia en forma comórbida, enfermedades afectivas y abuso de alcohol y sustancias en comparación con controles sin trastorno de angustia.

En base a ello intentaron caracterizar más completamente la dimensión de la discapacidad funcional de pacientes con crisis de angustia infrecuentes comparada con aquellos con trastorno de angustia y controles de cuidados primarios, además de examinar la comorbilidad médica y psiquiátrica de pacientes con crisis de angustia infrecuentes comparada con pacientes con trastorno de angustia y controles de cuidados primarios. Incluyeron 62 pacientes con trastorno de angustia, 25 pacientes con crisis de angustia infrecuente y 61 controles encontrando el trastorno de angustia y crisis de angustia infrecuentes con mayor prevalencia en las mujeres, al mismo tiempo que un menor nivel de escolaridad en estos pacientes así como más bajas tasas de empleo cuando se compararon con los controles, lo cual fue significativo. Además, los pacientes del subgrupo de angustia habían experimentado en forma significativa un episodio depresivo mayor y trastorno de ansiedad generalizada, así como una

alta prevalencia actual de depresión mayor y fobia social en comparación a los controles. La probabilidad de tener uno o mas diagnósticos psiquiátricos a lo largo de la vida fue significativamente mayor en los subgrupos de angustia y un número significativamente alto de síntomas actuales de depresión mayor.

El trastorno de angustia tuvo una prevalencia significativamente elevado a lo largo de la vida de uno o más diagnósticos del DSM-III-R, una mayor prevalencia actual de depresión mayor y un mayor número de síntomas actuales de depresión mayor en comparación con el grupo de crisis de angustia infrecuentes. En cuanto al funcionamiento físico, emocional, social y de salud general, la discapacidad fue significativamente mas prevalente en los pacientes del subgrupo de angustia cuando se compararon con los controles pero no se encontraron diferencias significativas entre ambos trastornos. Por otro lado, los pacientes con trastorno de angustia y crisis de angustia infrecuentes tuvieron altos puntajes de neuroticismo comparados con los controles pero tampoco hubo diferencias significativas entre ambos trastornos. (34)

Otro estudio comparó mediciones de calidad de vida en personas con diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada o trastorno de angustia con o sin agorafobia, en las cuales incluyó la evaluación de salud emocional y física y el funcionamiento social de los sujetos. Incluyó 48 pacientes con trastorno de angustia sin agorafobia, 186 pacientes con trastorno de angustia con agorafobia, 63 con trastorno de ansiedad generalizada y 60 pacientes con ambos trastornos (ansiedad generalizada y trastorno de angustia con o sin agorafobia). Los resultados reportaron que la mayoría de los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada tuvieron casi universalmente algún otro trastorno de ansiedad, entre ellos fobias y trastorno obsesivo compulsivo, lo cual fue estadísticamente significativo en comparación con aquellos con trastorno de angustia con o sin agorafobia. Al mismo tiempo los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada tuvieron mayor probabilidad de cursar con un trastorno depresivo mayor comórbido, un inicio de edad mas temprano para el trastorno y las peores evaluaciones en salud emocional.

Por otro lado la historia de abuso o dependencia de alcohol fue notablemente diferente entre los grupos; de 44 % para trastorno de angustia con o sin agorafobia y de 10 % para trastorno

de ansiedad generalizada. Esta no tuvo variación en los sujetos con dos trastornos de ansiedad comórbidos.

El autor menciona que esto podría ser parcialmente explicado por la fenomenología del trastorno de ansiedad generalizada, que es una constelación de síntomas persistentes, lo que sugiere que tales manifestaciones son menos probables que sean exitosamente evitadas. (35)

León y col. analizaron la asociación entre de los criterios del DSM-III-R en pacientes con trastorno de angustia y afectación funcional utilizando la escala de discapacidad de Sheehan. Incluyeron 77 pacientes con trastorno de angustia (todos excepto tres con agorafobia) entre los cuales 18 tenían comorbilidad con trastorno depresivo mayor, 21 con distimia y 19 con trastorno de ansiedad generalizada. Hicieron la medición de tres variables clínicas las cuales se describen:

- Frecuencia de crisis de angustia en un período de dos semanas y el número de síntomas en una crisis de angustia típica.
- Porcentaje del tiempo diario que estaban preocupados en relación a la angustia e intensidad del miedo.
- Ansiedad fóbica.

Encontraron que juntos esos tres criterios del trastorno de angustia contabilizaron el 37 % de la varianza en cuanto a afectación mientras que el número de síntomas durante una crisis y la intensidad del temor no estuvieron significativamente relacionadas a la afectación. Concluyó así que los criterios del DSM-III-R participan con menos de la mitad de la afectación experimentada en el trastorno de angustia. (36)

En otro estudio que comparó 62 pacientes con trastorno de angustia vs 61 sujetos que nunca habían experimentado crisis de angustia, en el cual evaluaron la percepción de salud en general, salud mental y funcionamiento físico, así como variables de personalidad, presencia y severidad de enfermedades médicas crónicas y características demográficas, se encontró que

los pacientes con trastorno de angustia estuvieron mayormente afectados en comparación con los sujetos sanos en todas las áreas evaluadas.

El trastorno de angustia combinado con depresión mayor, un mayor neuroticismo y una edad mayor, menor nivel educacional y una interacción entre el trastorno de angustia y la edad representaron entre el 48 a 77 % de la varianza en los puntajes de afectación.

El género y la raza participaron discretamente y no se demostró contribución en la afectación por las enfermedades médicas crónicas o sitio de residencia. Estos datos corroboran que los pacientes con trastorno de angustia experimentan un alto nivel de afectación funcional. (37)

Justificación.

Se han efectuado a lo largo del tiempo diversos trabajos encaminados a estudiar la prevalencia de características y trastornos de personalidad en pacientes afectados por el trastorno de angustia complicado o no con agorafobia, incluso estudios para tratar de determinar en que medida uno contribuye a la aparición del otro.

Se conocen pocos estudios que analicen en el trastorno de angustia las diferentes características de personalidad predominantes cuando el trastorno se acompaña o no de agorafobia.

Un análisis de tales características permitiría ahondar en el conocimiento de la comorbilidad entre el trastorno de angustia complicado o no con agorafobia y los trastornos de personalidad.

Por otro lado, a pesar de que existe gran cantidad de estudios en relación a la calidad de vida en los trastornos de ansiedad, específicamente el trastorno angustia y la comorbilidad que suele acompañar a estos trastornos, tampoco existen muchos reportes que analicen el impacto que tiene en la calidad de vida la coexistencia de algún trastorno de personalidad en comorbilidad con trastorno de angustia con o sin agorafobia.

los pacientes con trastorno de angustia estuvieron mayormente afectados en comparación con los sujetos sanos en todas las áreas evaluadas.

El trastorno de angustia combinado con depresión mayor, un mayor neuroticismo y una edad mayor, menor nivel educacional y una interacción entre el trastorno de angustia y la edad representaron entre el 48 a 77 % de la varianza en los puntajes de afectación.

El género y la raza participaron discretamente y no se demostró contribución en la afectación por las enfermedades médicas crónicas o sitio de residencia. Estos datos corroboran que los pacientes con trastorno de angustia experimentan un alto nivel de afectación funcional. (37)

Justificación.

Se han efectuado a lo largo del tiempo diversos trabajos encaminados a estudiar la prevalencia de características y trastornos de personalidad en pacientes afectados por el trastorno de angustia complicado o no con agorafobia, incluso estudios para tratar de determinar en que medida uno contribuye a la aparición del otro.

Se conocen pocos estudios que analicen en el trastorno de angustia las diferentes características de personalidad predominantes cuando el trastorno se acompaña o no de agorafobia.

Un análisis de tales características permitiría ahondar en el conocimiento de la comorbilidad entre el trastorno de angustia complicado o no con agorafobia y los trastornos de personalidad.

Por otro lado, a pesar de que existe gran cantidad de estudios en relación a la calidad de vida en los trastornos de ansiedad, específicamente el trastorno angustia y la comorbilidad que suele acompañar a estos trastornos, tampoco existen muchos reportes que analicen el impacto que tiene en la calidad de vida la coexistencia de algún trastorno de personalidad en comorbilidad con trastorno de angustia con o sin agorafobia.

Hipótesis.

- 1.- Si existe relación entre los síntomas ansiosos de los pacientes con trastorno de angustia con agorafobia y sin agorafobia y la calidad de vida.
- 2.- Los pacientes con trastorno de angustia con agorafobia tienen más psicopatología correspondiente a los trastornos de personalidad, en comparación con los pacientes con trastorno de angustia sin agorafobia.

Objetivos.

- 1.- Determinar si existe relación entre la intensidad de los síntomas ansiosos de los pacientes con trastorno de angustia con y sin agorafobia y la calidad de vida.
- 2.- Determinar si existen diferencias en las características de personalidad entre los pacientes con trastorno de angustia con agorafobia y aquellos sin agorafobia.

Hipótesis.

- 1.- Si existe relación entre los síntomas ansiosos de los pacientes con trastorno de angustia con agorafobia y sin agorafobia y la calidad de vida.
- 2.- Los pacientes con trastorno de angustia con agorafobia tienen más psicopatología correspondiente a los trastornos de personalidad, en comparación con los pacientes con trastorno de angustia sin agorafobia.

Objetivos.

- 1.- Determinar si existe relación entre la intensidad de los síntomas ansiosos de los pacientes con trastorno de angustia con y sin agorafobia y la calidad de vida.
- 2.- Determinar si existen diferencias en las características de personalidad entre los pacientes con trastorno de angustia con agorafobia y aquellos sin agorafobia.

Tipo de estudio
Material y método.

Procedimiento.

Se incluyeron 34 pacientes que acudieron al servicio de preconsulta del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón De La Fuente". Fueron entrevistados por dos clínicos independientes y se les proporcionaron los instrumentos de medición, en la primera evaluación del servicio de birretroestimulación, los cuales fueron recabados en la siguiente evaluación. Los datos clínicos y demográficos, así como los antecedentes médicos y psiquiátricos se obtuvieron mediante revisión del expediente clínico. Los aspectos sociodemográficos, médico-clínicos y los puntajes de los índices clinimétricos se analizaron por medio de porcentajes, medias y desviación estándar. Las diferencias entre los índices de personalidad utilizados y la presencia o no de agorafobia en los pacientes con trastorno de angustia fueron analizadas mediante el programa SPSS versión 9, utilizando la prueba *t* de dos colas. Se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson para la evaluación entre trastornos de personalidad e intensidad de la ansiedad y calidad de vida.

Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

Pacientes que cumplan con criterios de trastorno de angustia con o sin agorafobia de acuerdo a los criterios del manual diagnóstico y estadístico cuarta versión.

Pacientes de la consulta externa del Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Edad entre 18 y 60 años.

Cualquier sexo.

Escolaridad suficiente para leer y responder los cuestionarios.

Confirmación de diagnóstico por dos clínicos independientes.

Criterios de exclusión

Otro trastorno comórbido del eje I más intenso e inmediato anterior al trastorno de angustia.

Pacientes con criterios clínicos, de laboratorio o gabinete para causa médica (hipertiroidismo, hipotiroidismo, hipertensión arterial sistémica).

Abuso o dependencia de alcohol y otras sustancias.

Variables e instrumentos de medición (Cuadro 1).

	Indices	Tipo de variable
Intensidad de la Sintomatología Ansiosa	Hamilton de Ansiedad	Ordinal
Calidad de vida	Bienestar subjetivo	Ordinal
	Calidad de vida de Dunbar.	Ordinal
Trastornos de Personalidad.	SCID-II	Nominal.
	ITC	Ordinal.

Descripción de instrumentos de medición.

Entrevista clínica estructurada para trastornos de personalidad del eje II del DSM-III-R modificada (SCID-II).

El SCID-II es un instrumento para evaluar 11 trastornos de personalidad. Aunque el trastorno de personalidad autodevaluativo y el pasivo agresivo ya no están incluidos en la clasificación del manual diagnóstico y estadístico DSM-IV, el trastorno pasivo-agresivo está incluido en una versión revisada "criterios y ejes propuestos para estudios posteriores". La última revisión del SCID-II incluye tanto los criterios diagnósticos del DSM-III-R de los trastornos de personalidad como las modificaciones hechas a estos trastornos en el DSM-IV. Puede ser usado para hacer diagnósticos del eje II tanto categóricamente (presente o ausente), como dimensionalmente (analizando el número de criterios de los trastornos de personalidad que hayan sido calificados con "1", "2", "3" y "4" y se toma la media de calificación obtenida por cada trastorno. (6)

Escala de ansiedad de Hamilton (Hamilton Rating Scale for Anxiety).

Esta escala, diseñada por Hamilton en 1959 es la más usada, sobre todo en los ensayos clínicos que pretenden evaluar magnitud y cambios en la severidad de los síntomas. (38) Es importante señalar que al igual que otras, esta escala se diseñó para usarse en pacientes que tienen un cuadro de ansiedad previamente diagnosticado como tal, y no para evaluar manifestaciones de ansiedad comunes a otros trastornos psiquiátricos. El instrumento contiene 14 reactivos, cada uno de los cuales se califica dentro de una escala del 0 al 4 (ausente, leve, moderado, severo, máximo) dependiendo de su intensidad. Estos reactivos incluyen las manifestaciones clínicas más representativas de los estados de ansiedad patológica

Se efectuó un análisis de la confiabilidad de la escala de Ansiedad de Hamilton en el cual se evaluaron las puntuaciones de la escala que realizaron 33 psiquiatras de 13 países diferentes, en cinco pacientes mediante una entrevista videograbada y como parte de una reunión de

investigadores. Los pacientes tenían diagnósticos de trastornos de ansiedad y fueron entrevistados por un mismo psiquiatra en forma semiestructurada. La calificación se hizo de manera independiente aunque se discutió posteriormente cada reactivo para establecer un consenso. Se usó el kappa generalizado no ponderado para evaluar el acuerdo interevaluador pero se eliminaron aleatoriamente de 1 a 3 de estos para mantener 30 evaluadores por paciente. Se calcularon el rango de porcentajes máximos de acuerdo, el porcentaje de acuerdo máximo, el porcentaje promedio de acuerdo máximo, la distribución de los evaluadores de acuerdo a la calificación global de cada paciente y el promedio y desviación estándar de las calificaciones globales por paciente. Al calcular el kappa generalizado no ponderado y la concordancia observada previa a la esperada por azar, el valor máximo de kappa fue de .45 para el reactivo 14, representando un acuerdo mas bien bajo. Al reactivo 12 correspondió la concordancia mas alta (.74) y el kappa mas bajo (.03), mientras que a los reactivos con kappas mas altos, como el 4 y 14 correspondieron concordancias intermedias (.68 y .69 respectivamente). El menor porcentaje de acuerdo se observó en el reactivo 3 (miedos) del paciente 3 y en el reactivo 7 (síntomas somáticos) del paciente 1, ambos con 49. El mayor porcentaje de acuerdo, que fue de 97, se observó en los reactivos 1 (humor ansioso), 4 (insomnio), y 8 (síntomas somáticos sensoriales) del paciente 4. El promedio de porcentajes de acuerdo mas elevado fue en el reactivo 12 (síntomas genitourinarios) con un valor de 83. En cuanto a la distribución de los evaluadores en relación al puntaje total con que cada uno calificó a los cinco pacientes, hubo 4 categorías para los pacientes 1, 3 y 4, para el paciente 2 5 categorías y para el paciente 3 solamente solo 3 categorías. En todos los pacientes, excepto en el 3, la mayoría de los evaluadores se agruparon en dos categorías. El promedio \pm la desviación estándar (de) en el puntaje total de este paciente fue de 18.1 ± 4.3 , en contraste con los demás pacientes 1, 2, 4 y 5 que tuvieron promedios mas altos (30.4, 23, 25.7 y 20.9) y de mas bajas (3.6, 3.9, 3.3 y 3.4) respectivamente. (39)

Escala de bienestar subjetivo (The Subjective Well-Being Inventory-SUBI).

Esta escala fue diseñada para medir sensaciones de bienestar o enfermedad experimentadas por un individuo o grupos de individuos. Es un instrumento que está compuesto de 40 reactivos (de una versión original de 130) y mide 11 dimensiones factoriales, el afecto positivo de bienestar general, soporte del grupo familiar, soporte social, inadecuado dominio mental, entre otros. La escala puede ser marcada atribuyendo los valores 3, 2 y 1 a categorías de respuesta de los reactivos positivos y 1, 2, y 3 a los reactivos negativos. Los puntajes mínimos y máximos que pueden ser obtenidos son de 40 y 120 respectivamente. La calificación de la suma puede ser interpretada dentro de tres rangos para tener una idea del estado de bienestar. Este índice fue aplicado a una submuestra de 120 sujetos de la muestra original en la India, 18 meses después de la primera aplicación de la versión inicial. En el análisis estadístico, la estructura factorial inicial fue de nuevo impresionantemente confirmada y 11 factores de la escala emergieron con valores sobre 1.0, lo cual explicó el 65.5 % de la varianza, mostrando un extraordinario grado de estabilidad en el contenido de los factores, así como estabilidad a través del tiempo. (40)

Cuestionario de calidad de vida de Dunbar. (Smithkline Beecham 'quality of life' scale).

Diseñado en 1992 para evaluar el concepto de calidad de vida en pacientes no psicóticos, aunque puede tener aplicación general. Está compuesto de 46 preguntas elaboradas en escalas analógico-visuales y se dividen en dos grupos de 23 preguntas que proporcionan los puntajes de dos indicadores, a saber:

- 1) Calidad subjetiva de vida actual (CVA), que evalúa la percepción subjetiva (PS) o individual de la satisfacción de vida en el momento de la aplicación del índice, esto en términos de 7 áreas del concepto:

- a) Bienestar psicológico: Determina la PS de la presencia y magnitud de problemas emocionales, sentimientos de seguridad, esperanza, satisfacción consigo mismo y fracaso.
- b) Bienestar físico: Estima la PS de la presencia e intensidad de alteraciones en el sueño y el apetito, incapacidad física para desplazarse, energía para realizar actividades y dolor físico.
- c) Humor: Determina la PS de la presencia y magnitud de irritabilidad, deseos de morir y preocupación.
- d) Autocontrol: Estima la PS de la jurisdicción del sujeto sobre su vida y la toma de decisiones, así como la presencia de sentimientos de impotencia.
- e) Relaciones sociales: Determina la PS del sujeto de su capacidad para hacer y mantener interacciones sociales y laborales, autoconfianza y sentimientos de inferioridad.
- f) Area laboral y de desempeño: Estima la PS de insatisfacción con actividades laborales o cotidianas de la vida, así como presencia y magnitud de incapacidad para realizar estas actividades.
- g) Area económica: Determina la PS de preocupación por el estado o nivel económico del sujeto.

2) Calidad de vida ideal (CVI): Evalúa la PS de la satisfacción de vida

ideal (la que el sujeto desearía) en los términos de las áreas señaladas.

Esto permite evaluar la diferencia entre el estado actual de la calidad de vida del sujeto y el ideal, proporcionando el conocimiento del grado en que se cubren las expectativas del sujeto en un momento dado, así como si estas son verosímiles o no. (41)

Esta escala fue validada en 129 pacientes con diagnóstico un episodio depresivo mayor o trastorno de ansiedad generalizada, de acuerdo a los criterios del DSM-III-R. Se les inició manejo antidepresivo y ansiolítico, evaluandolos en las semanas 6 y 12 después de haber iniciado el tratamiento con fármacos. Se utilizó el alpha de Cronbach para determinar la consistencia interna, la cual fue de 0.90 para la CVA y de 0.95 para la CVI. La validez concurrente se estimó estableciendo la relación del cuestionario de Dunbar con el Sickness

Impact Profile (SIP) y el General Health Questionnaire (GHQ), reportándose una r de 0.61 para el CD y el SIP, y de 0.44 con el GHQ. (42)

Inventario de temperamento y carácter (ITC) (Temperament and Character Inventory).

En 1987 Cloninger propuso un modelo de personalidad biopsicosocial basado en 3 dimensiones independientes de temperamento: búsqueda de lo novedoso, que describe como una tendencia heredable hacia la euforia o excitación intensa en respuesta a estímulos novedosos o dar entrada a una potencial recompensa o un potencial alivio del castigo, el cual lleva a una actividad exploratoria frecuente en busca de recompensas, así como evitación activa de la monotonía y del castigo potencial. La evitación del daño es la tendencia a responder intensamente a señales de estímulos aversivos, aprendiendo de ese modo a inhibir la conducta para evitar el castigo, la novedad y la recompensa frustrante. La dependencia a la recompensa se ha postulado también como una tendencia heredable a responder intensamente a señales de recompensa, particularmente signos verbales de aprobación social, sentimientos y socorro y para mantener o resistir la extinción de la conducta que previamente estuvo asociada con recompensas o alivio del castigo. Postuló que esas tres dimensiones se manifestaban en la vida temprana y estaban relacionadas a sistemas neurotransmisores específicos tales como dopamina, serotonina y norepinefrina. (26)

Recientemente el mismo Cloninger hizo una extensión de este modelo para medir siete dimensiones de personalidad basado en una síntesis de información acerca del desarrollo social y cognitivo y descripciones de desarrollo de personalidad en psicología humanística y transpersonal. La persistencia, la cual se pensaba originalmente que era un componente de la dependencia a la recompensa, emergió como un cuarto factor de temperamento distinto basado en estudios del factor estructural del ITC. Esta fue medida en términos de perseverancia a pesar de la frustración y la fatiga y no estuvo correlacionada con otros aspectos de la dependencia a la recompensa. Tres dimensiones de carácter fueron agregadas para medir tres aspectos del autoconcepto relativos a la identificación del sí mismo como un individuo autónomo, una parte integral de la humanidad y una parte integral del universo

como un todo. Esas tres dimensiones del carácter son la autodirección, la cooperatividad y la autotranscendencia.

El concepto de autodirección se refiere a la capacidad de un individuo para controlar, regular y adaptar su conducta para mantener una situación acorde con las metas y valores elegidas individualmente. Esto incluye características de personalidad tales como responsabilidad, determinación, recursos propios, autoaceptación y naturaleza congruente. El concepto de cooperatividad está diseñado para medir diferentes aspectos de carácter relacionados a la capacidad de acuerdo contra la agresión y hostilidad autodirigida, con características de personalidad que incluyen aceptación social, empatía, amabilidad y compasión. La autotranscendencia se refiere generalmente a la identificación con todas las cosas, consideradas como partes esenciales y resultantes de un todo unificado. Esto implica un estado de consciencia de unidad en el cual cada cosa es parte de una totalidad y no hay una distinción significativa entre el sí mismo y otro. Esta perspectiva de unidad puede ser descrita como aceptación, identificación o unión espiritual con la naturaleza y su origen.

El inventario de temperamento y carácter, un cuestionario de autoevaluación de 240 reactivos fue desarrollado para medir las cuatro dimensiones de temperamento y las tres dimensiones del carácter. (43)

En México se efectuó un estudio cuyo objetivo fue traducir y estandarizar al español la versión original de Cloninger del ITC. Los autores utilizaron una muestra tipo censo de 269 sujetos de ambos sexos, mayores de 18 años de edad, cuyos resultados compararon con una muestra original de Cloninger de 300 sujetos de una comunidad. Las medias y desviaciones estándares de la versión en castellano fueron similares a la original. Los resultados de la consistencia interna de las subescalas de temperamento y carácter fueron también similares a los reportados en la muestra original, con un alpha de Cronbach de .70 para la muestra mexicana y de .78 para la muestra original en la subescala de búsqueda de lo novedoso así de .87 para la muestra mexicana y .86 para la muestra original en la subescala de autodirección, por citar algunos ejemplos representativos. El valor mas bajo del alpha de Cronbach encontrado en la muestra mexicana correspondió a la subescala de carácter C3, el cual fue de .39 y de .63 para la muestra original. El resto se mantuvo dentro del rango descrito por los autores del ITC. (44)

Resultados.

Se incluyeron 32 pacientes al estudio y fueron excluidos dos pacientes que no llenaron en su totalidad los índices clinimétricos. Las características demográficas se describen en el cuadro 1 y 2. La mayoría fueron mujeres con 71.8 % (n = 23), 68.7 % (n = 22) de los pacientes fueron casados, La edad promedio fue de 34.4 ± 9.6 años, la escolaridad promedio fue de 11.4 ± 3.7 años y el tiempo de evolución promedio de la enfermedad fue de 8.38 ± 8.4 meses.

Cuadro 2. Datos clínico demográficos de los pacientes del estudio.

	Promedio	de
Edad (años)	34.4	9.66
Escolaridad (años)	11.4	3.70
Tiempo de evolución de la enfermedad (meses)	8.38	8.49

Cuadro 3. Datos clínico demográficos de los pacientes del estudio.

Sexo	n	%
Femenino	23	71.8
Masculino	9	28.2
Edo. civil		
casados	22	68.7
Solteros	7	21.8
UL	2	6.25
Div.	1	3.12
Religión		
Católica	26	81.2
Otras.	6	18.8
AHF		
Si	11	34.3
No	21	65.7

El puntaje promedio del HAM-A fue de 28.7 ± 10.6 , el promedio de bienestar subjetivo fue de 72.34 ± 11.0 , calidad de vida actual 120.9 ± 48.2 y de calidad de vida ideal de 217.0 ± 19.0 .

Cuadro 4. Promedio y desviación estándar de los índices utilizados en los pacientes del estudio.

Índice	promedio	de
HAM-A	28.7	10.6
Bienestar subjetivo	72.34	11.01
Calidad vida actual	120.29	48.24
Calidad vida ideal	217.0	19.03

El cuadro 5 muestra los resultados de las comparaciones entre los diferentes trastorno de personalidad y el trastorno de angustia con y sin agorafobia. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la presencia de algún trastorno de personalidad específico entre los pacientes con diagnóstico de trastorno de angustia con o sin agorafobia.

Cuadro 5. Diferencias en los trastornos de personalidad (SCID:II) dependiendo de la presencia o no de agorafobia en pacientes con trastorno de angustia.

T. de personalidad	T. de angustia Con agorafobia (Promedio)	T. de angustia sin agorafobia (Promedio)	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
Evitativo	14.71	14.73	-.016	30	0.98
Dependiente	16.24	13.93	1.46	30	.15
Obsesivo	18.59	17.53	.65	30	0.51
Paranoide	15.8	13.96	1.19	30	.24
Esquizoide	14.58	14.86	-.198	30	.84
Esquizotípico	14.9	14.2	.507	30	.61
Histriónico	16	13.67	1.69	30	0.1
Narcisista	16.82	14.8	1.35	30	0.18
Limítrofe	16.76	15.13	.95	30	0.34
Antisocial	8	8.3	-.66	30	.509
Pasivo agresivo	15.88	15.27	.52	30	0.604

El cuadro 6 muestra los resultados de las comparaciones entre las diferentes subescalas del inventario de temperamento y carácter y la presencia de trastorno de angustia con y sin agorafobia. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de temperamento y carácter de los pacientes con trastorno de angustia con agorafobia y sin agorafobia.

Cuadro 6. Diferencias en el Inventario de temperamento y carácter (ITC) dependiendo de la presencia o no de agorafobia en pacientes con trastorno de angustia.

		<i>n</i>	promedio	<i>De</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
Total BN	sin agora	15	19.3333	± 3.9581	-351	30	-4902
	con agora	17	19.8235	± 3.9248			-4902
Total DR	sin agora	15	10.6000	± 2.1647	690	30	4824
	con agora	17	10.1176	± 1.7278			4824
Total ED	sin agora	15	17.6667	± 1.7182	-769	30	-5686
	con agora	17	18.2353	± 2.4375			-5686
Total PE	sin agora	15	3.5333	± 1.4075	-934	30	-4667
	con agora	17	4.0000	± 1.4142			-4667
Total CO	sin agora	15	19.7333	± 1.4376	601	30	4980
	con agora	17	19.2353	± 3.0522			4980
Total AD	sin agora	15	22.2667	± 3.4942	-245	30	-2627
	con agora	17	22.5294	± 2.3748			-2627
Total AT	sin agora	15	18.3333	± 2.6637	1.338	30	1.2157
	con agora	17	17.1176	± 2.4465			1.2157

BN: Búsqueda de lo novedoso
 DR: Dependencia a la recompensa
 ED: Evitación del daño
 PE: Persistencia
 CO: Cooperación
 AD: Autodirección
 AT: Autotrascendencia

En el cuadro 7 se muestran los resultados de la correlación existente entre los trastornos de personalidad específicos y la intensidad de la ansiedad así como el impacto que estos tienen en la calidad de vida de los pacientes con estos trastornos. Se encontraron algunas correlaciones importantes entre los diferentes trastornos de personalidad, la intensidad de los síntomas ansiosos y la calidad de vida.

Cuadro 7. Coeficiente de correlación de Pearson entre trastornos de personalidad e intensidad de la ansiedad y calidad de vida.

Trastorno de Personalidad	HAM-A	BSI	CVA	CVI
Evitativo	-0.1	-.44	-0.15	-0.47
Dependiente	0.02	-0.48	-0.70 **	-0.32
Obsesivo	0	-.41	-.46	-.20
Paranoide	.05	-.54 **	-.52 **	-.27
Esquizoide	.14	-.48	-.30	-.43
Esquizotípico	0.2	-.43	-.27	-.50
Histriónico	-0.2	-.39	-.31	-.01
Narcisista	0	-.50	-.47	-.29
Limítrofe	.07	-.64 **	-.54**	-.40
Antisocial	.2	-.2	-.01	-.53**
Pasivo agresivo	.15	-.46	-.38	-.30

0.0 a 0.3 sin correlación
 * 0.31 a 0.5 correlación baja
 ** 0.51 a 0.7 correlación media
 *** 0.71 a 1.0 correlación alta

**ESTA TESIS NO SALE
 DE LA BIBLIOTECA**

En los cuadros 8 y 9 se muestran los resultados de la correlación entre intensidad de la ansiedad y la calidad de vida de los pacientes con trastorno de angustia con y sin agorafobia y entre la intensidad de la ansiedad y la presencia o no de agorafobia en la calidad de vida e los pacientes con trastorno de angustia respectivamente. No se encontraron correlaciones estadísticamente significativas en estos parámetros.

Cuadro 7. Coeficiente de correlación de Pearson entre intensidad de los síntomas ansiosos y la calidad de vida en pacientes con trastorno de angustia con y sin agorafobia.

HAM-A	
Bienestar Subjetivo	0.03
Calidad de vida Actual	0.06

Cuadro 8. Coeficiente de correlación de Pearson entre la intensidad de los síntomas ansiosos y la presencia o no de agorafobia en la calidad de vida de los pacientes con trastorno de angustia.

HAM-A	con agorafobia	sin agorafobia
Bienestar subjetivo	0.20	0.18
Calidad de vida actual	0.19	-0.11

0.1 a 0.3 sin correlación
 * 0.31 a 0.5 correlación baja
 ** 0.51 a 0.7 correlación media
 *** 0.71 a 1.0 correlación alta

Discusión.

Los resultados sociodemográficos de nuestro estudio tienen características similares a los obtenidos por otros autores (9, 10). Sin embargo al comparar las características de personalidad existentes entre los pacientes con trastorno de angustia con y sin agorafobia no se replicaron resultados de estudios previos en cuanto a la presencia de trastornos y características de personalidad específicas en relación a la presencia o no de agorafobia.

Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la presencia de variables específicas de temperamento y carácter en relación a la presencia o no de agorafobia en los pacientes con trastorno de angustia.

Como ya se ha mencionado, el trastorno de angustia complicado o no con evitación fóbica puede estar asociado a una importante afectación funcional (32) y diversos estudios han demostrado que estos pacientes tienen niveles de salud mental y de funcionamiento sustancialmente más bajos cuando se comparan con otros pacientes con enfermedades crónicas mayores pero mas altos o comparables a aquellos pacientes con depresión. (45) Candilis evaluó la calidad de vida en pacientes con trastorno de angustia observando al mismo tiempo la influencia de la comorbilidad con otros trastornos de ansiedad y con depresión. Comparó a los pacientes con una muestra de población general y encontró que los puntajes de salud mental y física fueron peores en los pacientes con trastornos de angustia comparados con los otros pacientes, lo cual estuvo asociado a la presencia de comorbilidad con otros trastornos de ansiedad o con depresión. (46)

En relación al impacto que tiene el trastorno de angustia con y sin agorafobia en la calidad de vida de los pacientes, nuestro estudio mostró algunos resultados interesantes. No se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre la intensidad de la sintomatología ansiosa y la calidad de vida de los pacientes con trastorno de angustia ni entre la intensidad de los síntomas ansiosos y la presencia o no de agorafobia en la calidad de vida de estos pacientes.

Los pacientes que más afectación tuvieron en la calidad de vida fueron aquellos con trastorno de personalidad dependiente, seguidos por el trastorno paranoide y límite, aunque sin correlación estadísticamente significativa. Estos resultados muestran que la presencia de determinadas características o trastornos de personalidad influyen más en la calidad de vida de los pacientes que la severidad misma de la sintomatología ansiosa o la presencia o no de agorafobia en los pacientes con trastorno de angustia.

Conclusiones.

A pesar de no haber encontrado diferencias estadísticamente significativas en las comparaciones de nuestro estudio, tales resultados deben ser tomados con reserva dadas las limitaciones del mismo. Por un lado la muestra de pacientes incluidos en el estudio es pequeña. Se debe tomar en cuenta además el carácter transversal del estudio y el hecho de que los índices clinimétricos no han sido adecuadamente estandarizados en la población mexicana. Por otro lado, el hecho de no haber utilizado una entrevista estructurada para diagnósticos en el eje I puede generar problemas metodológicos al efectuar los análisis. Estos resultados no deben desalentar la continuidad de la investigación en estas áreas. Son necesarios estudios de seguimiento con muestras de pacientes y metodologías adecuadas para ahondar en el conocimiento de la comorbilidad y sus consecuencias.

Los pacientes que más afectación tuvieron en la calidad de vida fueron aquellos con trastorno de personalidad dependiente, seguidos por el trastorno paranoide y límite, aunque sin correlación estadísticamente significativa. Estos resultados muestran que la presencia de determinadas características o trastornos de personalidad influyen más en la calidad de vida de los pacientes que la severidad misma de la sintomatología ansiosa o la presencia o no de agorafobia en los pacientes con trastorno de angustia.

Conclusiones.

A pesar de no haber encontrado diferencias estadísticamente significativas en las comparaciones de nuestro estudio, tales resultados deben ser tomados con reserva dadas las limitaciones del mismo. Por un lado la muestra de pacientes incluidos en el estudio es pequeña. Se debe tomar en cuenta además el carácter transversal del estudio y el hecho de que los índices clinimétricos no han sido adecuadamente estandarizados en la población mexicana. Por otro lado, el hecho de no haber utilizado una entrevista estructurada para diagnósticos en el eje I puede generar problemas metodológicos al efectuar los análisis. Estos resultados no deben desalentar la continuidad de la investigación en estas áreas. Son necesarios estudios de seguimiento con muestras de pacientes y metodologías adecuadas para ahondar en el conocimiento de la comorbilidad y sus consecuencias.

Bibliografía

1. Kaplan HI, Sadock BJ: Trastornos de ansiedad, Sinopsis de Psiquiatría, edición Octava 1999.
2. Katerndahl DA, Realini J, MD: Lifetime Prevalence of Panic States. Am J Psychiatry, 1993; 150 (2): 246-249.
3. Horwat E MD, Johnson J PhD: Epidemiology of Panic Disorder in African Americans. Am J Psychiatry 1993; 150 (3): 465-469.
4. Caraveo J. Prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población mexicana. Salud Mental 1996; V (Sup.abril): 8-13.
5. Moreau D, MD, Weissman M, PhD: Panic Disorder in Children and Adolescents. A Review: Am J Psychiatry 1992; 149 (10): 1306-1314.
6. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-IV, American Psychiatric Association, cuarta versión.
7. Noyes R, Reich J MD: Outcome of Panic Disorder: Relationship to Diagnostic Subtypes and Comorbidity. Arch Gen Psychiatry 1990; 47: 809-818.
8. Shear MK, Cooper AN, MD: A Psychodynamic of Panic Disorder. Am J Psychiatry 1993 ; 150 (6): 859-866.
9. Mavissakalian et al: DSM-III Personality Disorder in Agoraphobia. Comprehensive Psychiatry 1986; 27, (5): 471-479.
10. Reich J, Noyes R: Dependent Personality Disorder Associated

With Phobic Avoidance in Patients With Panic Disorder. Am J Psychiatry 1987; 144, (3): 323-326.

11. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10). Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínica y pautas del comportamiento. Organización Mundial de la Salud de Ginebra. Editor J J López Ibor.

12. Starcevic V, MD: Comorbidity Models of Panic Disorder/Agoraphobia And Personality Disturbance. J Pers Dis 1992; 6: 213-225.

13. Sanderson WC, Wetzler S MD: Prevalence of Personality Disorders Among Patients With Anxiety Disorders. Psychiatry Research 1992; 51: 167-174.

14. Reich JH and Noyes RA: A comparison of DSM-III personality disorders in acutely ill panic and depressed. J anxiety disorders 1986; 1:123-131.

15. Smeraldi E MD et.al: Factors affecting age at onset in patients with Affective disorders. J Psychiatry Res 1983; 17: 309-317.

16. Battaglia M, Bertella S, MD: Age at Onset of Panic Disorder: Influence of Familial Liability to the Disease and of Childhood Separation Anxiety
Am J Psychiatry 1995, 152, (9): 1362-1364.

17. Pollack M, Otto M: Personality Disorders in Patients With Panic Disorder: Association With Childhood Anxiety Disorders, Early Trauma, Comorbidity, and Chronicity. Comprehensive Psychiatry 1992; 33 (2): 78-83.

18. Stavrakaky and Vargo: The relationship of anxiety and depression: A review of the literature. Br J Psychiatry 1986, 149: 7-16.

19. Langs G, Quehenberger F: Prevalence, patterns and role of personality Disorders in panic disorder patients with and without comorbid (lifetime) major depression. *Acta Psychiatr Scand* 1998, 98: 116-123.
20. Hoffart A, Thornes K: DSM-III-R Axis I y II disorders in agoraphobic patients with and without panic disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1994; 89: 186-191.
21. Mavissakalian M, Hamann MS: DSM-III personality disorder in agoraphobia II: Changes with treatment. *Comprehensive Psychiatry* 1987; 28: 356-361.
22. Mavissakalian M, Hamann M: Correlates of DSM-III Personality Disorders in Panic Disorder and Agoraphobia. *Comprehensive Psychiatry*; 19 (6): 535-544.
23. Ampollini P, Marchesi C: Temperament and personality features in panic disorder with or without comorbid mood disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1997; 95: 420-423.
24. Mavissakalian MR, Hamann MS: DSM-III Personality Disorders in Generalized Anxiety, Panic/Agoraphobia, and Obsessive-Compulsive Disorders. *Comprehensive Psychiatry* 1993; 34, (4): 243-248.
25. Cloninger CR, MD: A Systematic Method for Clinical Description and Classification of Personality Variants. A proposal. *Arch Gen Psychiatry* 1987, 44: 573-588.
26. Ampollini P, Marchesi C: Temperament and personality features in patients with major depression, panic disorder and mixed conditions. *J of Affective Disorders* 1999; 52: 203-207.
27. Lepledge A, Hunt S, MD: The problem of Quality of Life in Medicine: *JAMA* 1997; 278 (1): 47-50.
28. Lara MC. De la Fuente JR: Conceptualización y medición de la calidad

de la calidad de vida de pacientes con cáncer. Rev Invest Clin 1995; 47: 315-327.

29. Lolás F: Biomedicina y calidad de vida: Análisis teórico. Acta psiquiátr Psicol Amer Lat 1991; 37: 25-30.

30. Katschnig HF, Chichester SN: How useful is the concept of quality of life in psychiatry?. Current Opinion in Psychiatry 1997; (10): 337-345.

31. Katschnig HF, Freeman H, Schneier FR: Calidad de vida en los trastornos Mentales. Masson, 1ª edición.

32. Markowitz JS, Weissman MM PhD: Quality of Life in Panic Disorder. Arch Gen Psychiatry 1989; 46: 984-992.

33. Klerman GL: Panic Attacks in the Community: Social Morbidity and Health Care Utilization. JAMA 1991; 265: 742-746.

34. Katon W, Hollifield M, Manuzza S: Comorbidity, Personality Characteristics and Functional Disability. J Psychiat Res 1995; 29 (2): 121-131.

35. Massion AO, Warshaw MG MD: Quality of Life and Psychiatric Morbidity in Panic Disorder and Generalized Anxiety Disorder. Am J Psychiatry 1993; 150 (4): 600-607.

36. Leon AC, Shear MK: The Relationship of Symptomatology to Impairment in Patients with Panic Disorder. J Psychiat Res 1993; 27 (4): 361-367.

37. Hollifield M, Katon W MD: Panic Disorder and Quality of Life: Variables Predictive of Functional Impairment. Am J Psychiatry 1997; 154 (6): 766-772.

38. Hamilton M. The Assesment of anxiety states by rating: Brit J Med Psychol 1959; 32: 50-55.
39. Lara MC, de la Fuente JR: La confiabilidad en la evaluación de la ansiedad: Acta psiquiát. Psicol. Amer. Lat. 1987; 33: 209-218.
40. Seil H and Napgal R: Assessment of Subjective Well-Being: Regional Health Paper, SEARO, N° 24.
41. Dunbar GC, Stoker MJ: The development of SBQOL a unique scale for measuring quality of life. Brit J Med Economics 1985; 54: 221-228.
42. Stoker JM, Dunbar GC: The Smitkline Beecham 'quality of life' scale: A validation and reliability study in patients with affective disorders. Quality of Life Res, 1992; 82: 1-28.
43. Cloninger CR, Svrakic DM MD: A Psychobiological Model of Temperament and Character: Arch Gen Psychiatry 1993; 50: 975-990.
44. Sánchez de Carmona M, Páez F. Traducción y confiabilidad del Inventario de Temperamento y Carácter (ITC): Salud Mental 1996; 19 (suplemento): 5-9.
45. Sherbourne CD PhD, Wells KB MD: Functioning and Well-Being of Patients With Panic Disorder: Am J Psychiatry 1996; 153, (2): 213-218.
46. Candilis PJ, Mclean RY MD: Quality of Life in Patients With Panic Disorder. The Journal of Nervous and Mental Disease 1999; 187: 429-434.