



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"

**Calidad de vida en pacientes con diagnóstico de
Trastorno de Angustia y Trastorno de Ansiedad
Generalizada.**

TESIS

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA**

PRESENTA:

Candy Daniela Rodríguez Lira

Asesores:

Dra. Carmen Rojas Casas

Asesor teórico

Maestra en Ciencias Janet Jiménez Genchi

Asesor Metodológico

Facultad de Medicina



México D.F.

Agosto, 2010



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.

AGRADECIMIENTOS

La realización de ésta tesis ha requerido de esfuerzo y mucha dedicación, sin embargo, no hubiera sido posible su finalización sin la ayuda desinteresada de todas y cada una de las personas que participaron y cooperaron en ella.

Primero y antes que nada, quiero dar gracias a Dios por estar presente a cada paso de mi existir, dándome soporte día a día tanto en momentos difíciles como en momentos tan importantes como éste.

A mi familia, por su apoyo incondicional en todos los proyectos de mi vida, especialmente a mis padres José Daniel y Juanita, quienes con su ejemplo me han enseñado los valores de la responsabilidad, la dedicación, la superación y el amor de una familia. A mis hermanos, por brindarme su alegría, cariño y apoyo sincero.

Agradecer a mi esposo Rogelio por su comprensión y paciencia, por compartir el mayor tiempo posible a mi lado, impulsándome a salir adelante.

De igual manera, extender mis más sinceros agradecimientos al “Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez” por ser la institución que me ha brindado los conocimientos y experiencias suficientes para mi práctica profesional.

Le agradezco también a la Dra. Carmen Rojas Casas, así como a la Maestra en Ciencias Janet Jiménez Genchi por su siempre atenta y activa colaboración en la asesoría teórica y metodológica en el desarrollo de esta tesis. Agradeciendo su apoyo y confianza depositados en este trabajo, destacando sus capacidades para guiar, orientar e impulsar todas y cada una de las ideas surgidas durante esta investigación.

A todos y cada uno de ellos GRACIAS.

ÍNDICE

Resumen	
Abstract	
Introducción	1
Antecedentes	2
Justificación	18
Planteamiento del problema	19
Objetivos	20
Hipótesis	20
Material y métodos	20
Consideraciones éticas.....	26
Resultados.....	27
Discusión.....	48
Conclusiones	51
Referencias.....	53
Anexos.....	57

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diagnóstico	27
Figura 2. Sexo	28
Figura 3. Edad.....	28
Figura 4. Escolaridad	29
Figura 5. Estado Civil.....	30
Figura 6. Ocupación	30
Figura 7. Ingreso Promedio Mensual.....	31
Figura 8. Ingreso Promedio Mensual de los habitantes de su casa	32
Figura 9. Tratamiento Farmacológico.....	32

Figura 10. Tratamiento Terapéutico.....	33
Figura 11. Correlación de las áreas de Incavisa en pacientes con Trastorno de Angustia y Trastorno de Ansiedad Generalizada.....	35
Figura 12. Descripción estadística del área de Bienestar y Salud en pacientes con Trastorno de Angustia	36
Figura 13. Descripción estadística del área de Bienestar y Salud en Pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada	37
Figura 14. Síntomas Físicos predominantes en pacientes con Trastorno de Angustia.....	38
Figura 15. Síntomas Físicos predominantes en pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada	39

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características Sociodemográficas de los pacientes que participaron en el estudio.....	34
Tabla 2. Correlación entre variables de Calidad de Vida en pacientes con Trastorno de Angustia	43
Tabla 3. Correlación entre variables de Síntomas Físicos, Bienestar y Salud en pacientes con Trastorno De Angustia.	44
Tabla 4. Correlación entre variables Sociodemográficas en pacientes con Trastorno de Angustia	44
Tabla 5. Correlacion entre variables de Calidad de Vida en pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada.	45
Tabla 6. Correlación entre variables de Síntomas Físicos, Bienestar y Salud en pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada.....	45
Tabla 7. Correlacion entre variables Sociodemográficas en pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada.	46

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1.	Mini International Neuropsychiatric Interview: M.I.N.I
ANEXO 2.	Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa).
ANEXO 3.	Forma de calificar el Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa).

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La ansiedad normalmente comprende respuestas adaptativas ante una amenaza o tensión. Estas conductas pueden aparecer a una respuesta visual, olfatoria, auditiva e incluso ante estímulos somatosensoriales, o bien aparecer ante estímulos interoceptivos a través de vísceras, y el sistema autonómico nervioso. Los circuitos neuroanatómicos que ocasionan la ansiedad están modulados por varios sistemas de neurotransmisores, tales como el neuropéptido Y, sustancia P, entre otros.

Sin embargo, en ocasiones esta ansiedad se torna patológica dando como resultado la presencia de Trastorno de Pánico o Trastorno de Ansiedad Generalizada. A estos individuos les resulta difícil dedicar la atención necesaria a las tareas y las actividades normales de la vida diaria: responsabilidades laborales, económicas, la salud en general, el bienestar, el apoyo social, y sobre todo la calidad de vida, ámbito en el cual se enfoca este trabajo de investigación.

OBJETIVO: Describir y comparar la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de Trastorno de Angustia y Trastorno de Ansiedad Generalizada.

HIPÓTESIS: Se observó que sí existen diferencias estadísticamente significativas, entre la calidad de vida de pacientes con diagnóstico de Trastorno de Angustia y Trastorno de Ansiedad Generalizada.

MATERIAL Y MÉTODOS: La muestra quedó conformada con 60 pacientes; 30 de ellos con diagnóstico de Trastorno de Angustia y 30 con diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada. Los cuales acudían de forma subsecuente a la consulta externa del "Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez". Se les aplicó el MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW: M.I.N.I, en el módulo correspondiente a cada categoría diagnóstica, así también se aplicó el Inventario de Calidad de Vida y Salud, el cual tuvo la opción de ser autoaplicable, requiriendo una duración total de 15 a 30 minutos aproximadamente.

RESULTADOS: Se evaluaron las variables sociodemográficas, de síntomas físicos, bienestar y salud, al igual que las áreas específicas para calidad de vida, lo cual demostró que el 61.7% (37) del total de la muestra fueron mujeres, el 38.3% (23) fueron hombres, el 39.9% (24) se encontró en el grupo de edad de 31-40 años, el 20.0% (12) curso estudios de secundaria completa, el 51.7 (31) eran casados y el 58.3% se encontraron desempeñando algún oficio. En cuanto al tratamiento, el 61.7% (37) estaba en tratamiento farmacológico con ISRS y el 68.3% (41) No había acudido a tratamiento terapéutico. El 33.3% (10) de los pacientes con Trastorno de Angustia definieron como mala su calidad de vida, mientras que el 36.7% (11) de los pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada la definió como buena. Las áreas específicas de calidad de vida evaluadas fueron: la apariencia física, el desempeño físico, la adherencia terapéutica, las funciones cognitivas, la familia, las preocupaciones sociales debidas a la enfermedad, el alejamiento, y la percepción del apoyo social.

CONCLUSION

Se observó que existen diferencias estadísticamente significativas entre variables sociodemográficas, de síntomas físicos, bienestar y salud, así como calidad de vida. Se realizó además correlación de Pearson, y de Análisis de varianza de una sola vía (ANOVA), que demostraron y confirmaron la hipótesis de la investigación. Por lo que se concluye, que la base de datos obtenidos en este estudio puede ser utilizado en estudios posteriores, ampliando la muestra, aplicándolo antes y después de un tiempo determinado, para evaluar la calidad de vida antes y después de un tratamiento terapéutico o farmacológico.

Palabras clave: Calidad de Vida, Trastorno de Angustia, Trastorno de Ansiedad Generalizada, Bienestar y Salud, Correlación de Pearson y ANOVA.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The anxiety usually understands answers adaptativas in the face of a threat or tension. These behaviors can appear to a visual answer, olfatoria, auditory and even before stimuli somatosensoriales, or to appear before stimuli interoceptivos through viscera, and the nervous autonomous system. The circuits neuroanatómicos that cause the anxiety is modulated by several neurotransmisores system, such as the neuropéptido AND, substance P, among others. However, it anxiety you pathological restitution giving the presence of wonderful Dysfunction or Dysfunction of Widespread Anxiety as a result. These individuals find it difficult to dedicate the necessary attention to the tasks and the normal activities of the daily life, labor, economic responsibilities, the health in general, the well-being, the social support, and mainly the quality of life. Well being the main objective to this work. **OBJECTIVE:** To describe and to compare the quality of life in patient with diagnosis of Dysfunction of Anguish and Dysfunction of Widespread Anxiety. **Hypothesis:** It was observed that yes differences exist statistically significant, among the quality of life of patient with diagnosis of Dysfunction of Anguish and Dysfunction of Widespread Anxiety. **MATERIAL AND METHODS:** The sample was conformed as 60 patients; 30 of them with diagnosis of Dysfunction of Anguish and 30 with diagnosis of Dysfunction of Widespread Anxiety. This subject comes from a subsequent way to the external consultation of the Hospital Psychiatric. were applied the MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW: M.I.N.I, in the module corresponding to each diagnostic category , likewise was applied the Inventory of Quality of Life and Health. That make by them, requiring a total duration from 15 to 30 minutes approximately. **RESULTS:** The variable social was evaluated, of physical symptoms, well-being and health, the same as the specific areas for quality of life. That which demonstrated that 61.7% (37) of the total of the sample they were women, 38.3% (23) they were women, 39.9% (24) it was in the group of 31-40 year-old age, 20.0% (12) I study studies of complete secondary, the 51.7 (31) they were married and 58.3% was entered carrying out some occupation. As for the treatment, 61.7% (37) it was in pharmacological treatment with ISRS and 68.3%

(41) she/he had not gone to therapeutic treatment. 33.3% (10) of the patients with Dysfunction of Anguish defined as bad their quality of life, while 36.7% (11) of the patients with Dysfunction of Widespread Anxiety defined it as good. The evaluated specific areas of quality of life were the physical appearance, the physical acting, the therapeutic adherence, the functions cognitive, the family, the due social concerns to the illness, the estrangement, and the perception of the social support.

CONCLUSION: It was observed that differences exist statistically significant among variable, of physical symptoms and well-being and health, as well as quality of life. She/he was also carried out correlation of Pearson, and of Analysis of variance of a single road (ANOVA) that they demonstrated and they confirmed the hypothesis of the investigation. It's concludes that the database obtained in this study can be used in later studies, enlarging the sample, applying it before and after a certain time, to evaluate the quality of life before and after a therapeutic or pharmacological treatment. Words key: Quality of Life, Dysfunction of Anguish, Dysfunction of Widespread Anxiety, Well-being and Health, Correlation of Pearson and ANOVA.

INTRODUCCIÓN

La ansiedad normalmente comprende respuestas adaptativas ante una amenaza o tensión. Estas conductas emocionales pueden aparecer ante una respuesta esteroceptiva visual, olfatoria, auditiva e incluso ante estímulos somatosensoriales, o aparecer ante estímulos interoceptivos a través de vísceras, y el sistema autonómico nervioso. Puede ser también producida por procesos cognoscitivos que median la anticipación, interpretación o recolección de amenazas y estresores percibidos.

Las estructuras relacionadas con la ansiedad tienen que ver directamente con la amígdala, además de otras estructuras relacionadas como son estructuras corticales mesotemporales, la corteza y el tálamo sensorial, la corteza prefrontal, la ínsula anterior, el hipotálamo.

Los circuitos neuroanatómicos que ocasionan la ansiedad están modulados por varios sistema de neurotransmisores, entre los que se encuentran el neuropéptido Y (NPY), la hormona estimulante de corticotropina (CRH), sustancia P, neurotransmisores monoaminérgicos, serotonina (5HT), dopamina (DA), GABA y glutamato. (1)

Las estructuras relacionadas con la ansiedad tienen que ver directamente con la amígdala, además de otras estructuras relacionadas como son: estructuras corticales mesotemporales, la corteza y el tálamo sensorial, la corteza prefrontal, la ínsula anterior, el hipotálamo. (2) Sin embargo, en ocasiones esta ansiedad se torna patológica dando como resultado la presencia de Trastorno de Pánico o Trastorno de Ansiedad Generalizada.

La característica esencial del Trastorno de Angustia es la presencia de crisis de angustia recidivantes e inesperadas seguidas de la aparición durante un período como mínimo de un mes, de preocupaciones persistentes por la posibilidad de padecer una crisis de angustia y por sus posibles complicaciones o consecuencias. Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o de una enfermedad médica, o bien no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental. (5)

El trastorno de Ansiedad Generalizada es un trastorno mental con alta prevalencia. Según algunos autores, infradiagnosticado. (3) El Trastorno de Ansiedad Generalizada es un trastorno psiquiátrico crónico y recurrente donde la característica esencial es la ansiedad y la preocupación excesivas que se observan durante un periodo superior a 6 meses, y que se centran en una amplia gama de acontecimientos o actividades, presentando dificultad para controlar dicho estado de constante preocupación. (3)

El objetivo principal de este estudio fue evaluar la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de Trastorno de Angustia y Trastorno de Ansiedad Generalizada, en pacientes que acuden de forma subsecuente a la Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez y determinar si estadísticamente existen diferencias significativas entre ambos grupos de pacientes con respecto a la calidad de vida.

El trastorno de Ansiedad Generalizada es un trastorno mental con alta prevalencia. Según algunos autores, infradiagnosticado. (3) El Trastorno de Ansiedad Generalizada es un trastorno psiquiátrico crónico y recurrente donde la característica esencial es la ansiedad y la preocupación excesivas que se observan durante un periodo superior a 6 meses, y que se centran en una amplia gama de acontecimientos o actividades, presentando dificultad para controlar dicho estado de constante preocupación. (3)

El objetivo principal de este estudio fue evaluar la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de Trastorno de Angustia y Trastorno de Ansiedad Generalizada, en pacientes que acuden de forma subsecuente a la Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez y determinar si estadísticamente existen diferencias significativas entre ambos grupos de pacientes con respecto a la calidad de vida.

ANTECEDENTES

En los 90's se dio un tremendo progreso en la adquisición del conocimiento acerca de la biología molecular, celular y la correlación anatómica del miedo y la ansiedad. Avances en neurofarmacología y biología molecular han elucidado múltiples sistemas de neurotransmisores químicos que juegan importantes roles en el miedo y la ansiedad.

La ansiedad normalmente comprende respuestas adaptativas ante una amenaza o tensión. Estas conductas emocionales pueden aparecer a una respuesta ante una respuesta esteroceptiva visual, olfatoria, auditiva e incluso ante estímulos somatosensoriales, o aparecer ante estímulos interoceptivos a través de vísceras, y el sistema autonómico nervioso.

La ansiedad puede ser también producida por procesos cognoscitivos que median la anticipación, interpretación o recolección de amenazas y estresores percibidos.

Las estructuras relacionadas con la ansiedad tienen que ver directamente con la amígdala, además de otras estructuras relacionadas como son estructuras

corticales mesotemporales, la corteza y el tálamo sensorial, la corteza prefrontal, la ínsula anterior, el hipotálamo.

Los circuitos neuroanatómicos que ocasionan la ansiedad están modulados por varios sistema de neurotransmisores entre los que se encuentran el neuropéptido Y (NPY), la hormona estimulante de corticotropina (CRH), sustancia P, neurotransmisores monoaminérgicos, serotonina (5HT), Dopamina (DA), GABA y glutamato. (1)

Utilizando el condicionamiento de Pavlov como modelo, la fisiopatología de las respuestas de miedo y ansiedad han sido clarificadas con el pasar de los años. Muchos estudios en animales han mostrado que estos paradigmas pueden ser aplicados a los humanos para entender las causas de la ansiedad.

En un principio el estudio en ratones mostró que la amígdala, en conexión con una compleja red que incluye a la corteza prefrontal (PFC), Tálamo e Hipocampo integran múltiples aspectos en el procesamiento de las emociones, incluyendo respuestas adaptativas y respuestas patológicas del miedo y ansiedad.

Circuitos neuronales, definidos por imágenes del cerebro han dado pistas acerca de los receptores y las expresiones de genes, los cuales pueden elucidar potencialmente las causas de la vulnerabilidad en los trastornos de ansiedad.

El área del cerebro responsable de la adquisición, mantenimiento de las respuestas al miedo y la ansiedad están condicionado por la amígdala. Localizada dentro del lóbulo medio del temporal, que comprende de 13 núcleos, tres de los cuales, el basal, (BA), el lateral (LA) y el núcleo central (CA) están envueltos en las respuestas al miedo y ansiedad.

Estímulos recibidos a través del tálamo sensorial son transmitidos al núcleo lateral de la amígdala (LA) y luego son transferidos al núcleo central (CA).

La amígdala basal (BA) también funciona como una conexión entre la amígdala lateral (LA) y el núcleo central (CA). Por esa vía se envía información de la amígdala lateral (LA) a la corteza sensorial, ínsula y corteza prefrontal. Desde ahí, la información se proyecta al sitio efector en el tallo cerebral y el hipotálamo, el cual produce las manifestaciones anatómicas en la respuesta aguda al miedo.

(2)

El Trastorno de Ansiedad Generalizada es un trastorno psiquiátrico crónico y recurrente donde la característica esencial es la ansiedad y la preocupación excesivas que se observan durante un periodo superior a 6 meses, y que se centran en una amplia gama de acontecimientos o actividades, presentando dificultad para controlar dicho estado de constante preocupación.

La ansiedad y la preocupación se acompañan de al menos tres de los siguientes síntomas: inquietud, fatiga precoz, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño.

Las situaciones que originan ansiedad y preocupación no se limitan a las que son propias de otros trastornos como: trastorno de angustia, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de ansiedad de separación, anorexia nerviosa, trastorno de somatización, hipocondría, o trastorno por estrés postraumático.

Aunque los individuos que con Trastornos de Ansiedad Generalizada no siempre reconocen que sus preocupaciones resultan excesivas, manifiestan una evidente dificultad para controlarlas, provocando malestar subjetivo o deterioro social, laboral o en otras áreas de actividad.

A estos individuos les resulta difícil olvidar estas preocupaciones para poder dedicar la atención necesaria a las tareas que están realizando, preocupándose por las actividades normales de la vida diaria, como son las posibles responsabilidades laborales, temas económicos, la salud de su familia, los pequeños fracasos de sus hijos, entre otras.

Además, es importante señalar que esta entidad no se debe a efectos fisiológicos directos de una sustancia, drogas, fármacos, tóxicos o a enfermedad médica general y no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

(3)

Existen considerables variaciones culturales en cuanto a la expresión de la ansiedad (p. ej., en algunas culturas la ansiedad se expresa a través de síntomas predominantemente somáticos, y en otras a través de síntomas cognoscitivos). Es importante tener en cuenta el contexto cultural a la hora de evaluar el carácter excesivo de algunas preocupaciones.

En muestras de población general la prevalencia anual del Trastorno de Ansiedad Generalizada se sitúa en el 3 % aproximadamente, mientras que la prevalencia global llega hasta el 5%.

En los centros médicos para Trastorno de Ansiedad hasta un 25% de los individuos presentan Trastorno de Ansiedad Generalizada como diagnóstico exclusivo o comórbido.

Muchos individuos con trastorno de ansiedad generalizada se consideran ansiosos o nerviosos de toda la vida. Aunque más de la mitad de los que acuden a la consulta manifiestan que el Trastorno de Ansiedad Generalizada empezó en la segunda infancia o la adolescencia, no es raro que el trastorno se inicie a partir de los 20 años de edad. El curso es de carácter crónico, pero fluctuante, con frecuentes agravamientos coincidiendo con periodos de estrés.

En cuanto a los síntomas, que presentan estos individuos son: tensión muscular, temblores, sacudidas, inquietud motora, y dolores musculares. Muchos individuos con Trastorno de Ansiedad Generalizada también pueden presentar síntomas somáticos (sudoración, náuseas, diarrea y respuestas de sobresalto exageradas). Los síntomas de hiperactividad vegetativa (aumento de la frecuencia cardiaca, dificultad para respirar, mareo) son menos prominentes en el Trastorno de Ansiedad Generalizada que en otros trastornos de ansiedad, como el trastorno de angustia. Otros trastornos normalmente asociados al estrés (síndrome de colon irritable, cefalea) acompañan con bastante frecuencia al Trastorno de Ansiedad Generalizada.

La ansiedad como rasgo muestra una evidente incidencia familiar. Aunque los primeros estudios realizados revelaron hallazgos inconsistentes en cuanto a patrones familiares para el Trastorno de Ansiedad Generalizada, estudios más recientes realizados con gemelos sugieren una contribución genética al desarrollo de este trastorno. (3)

EL trastorno de Ansiedad Generalizada es un trastorno mental con alta prevalencia. Según algunos autores, infradiagnosticado. No se dispone de un tratamiento satisfactorio a largo plazo. Genera elevados costos sanitarios y humanos. La frecuente comorbilidad, las diferentes definiciones y las

metodologías utilizadas limitan la comparabilidad, la síntesis de los resultados y dificulta las estimaciones validas de prevalencia y costos. A nivel internacional el monto total de los trastornos de ansiedad es de 46.6 mil millones frente a 147,8 billones para todas las enfermedades mentales.

Los efectos de Trastorno de Ansiedad Generalizada van más allá de su implicación médica, evidenciándose actualmente la disminución de la calidad de vida de las personas afectadas y en consecuencia la pérdida gradual de la funcionalidad psicológica.

Los gastos del Trastorno de ansiedad Generalizada incluye tanto costos directos (que van desde la visita de atención primaria y especializada, a la necesidad de atención en los servicios de urgencias y hospitalización, medicamentos y estudios de laboratorio como costes indirectos, tales como la disminución de la productividad y las bajas laborales. (4)

Por otro lado, la característica esencial del Trastorno de Angustia es la presencia de crisis de angustia recidivante e inesperadas, seguidas de la aparición durante un período como mínimo en un mes, de preocupaciones persistentes por la posibilidad de padecer una crisis de angustia y por sus posibles complicaciones o consecuencias.

Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o enfermedad médica, o bien no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

La preocupación por la posible aparición de nuevas crisis de angustia o sus posibles consecuencias suele asociarse al desarrollo de comportamientos de evitación.

En algunos casos la pérdida o la afectación de algunas relaciones interpersonales importantes, que pueden relacionarse con el inicio o la exacerbación de un trastorno de angustia. Una de las consecuencias frecuentes de este trastorno es la desmoralización, que lleva a muchos individuos a sentirse desmotivados, avergonzados e infelices por las dificultades que experimentan al llevar a cabo sus actividades diarias. Esta desmoralización puede generalizarse en áreas que van más allá de los problemas específicos relacionados con la angustia.

Estos individuos suelen faltar al trabajo o la escuela por sus continuas visitas al médico o a los servicios de urgencia, lo que puede dar lugar a despidos o exclusiones en centros educativos.

Aunque se ha comunicado que la prevalencia durante la vida del trastorno de angustia (con o sin agorafobia), en muestras de la comunidad puede llegar a ser el 3,5% la mayoría de los estudios han hallado porcentajes de entre el 1 y el 2 %. Las tasas de prevalencia en un año se hallan entre el 0.5 y el 1.5%. La prevalencia del trastorno de angustia en la población clínica es considerablemente elevada. Por ejemplo: el trastorno de angustia se diagnostica en aproximadamente el 10% de individuos, derivados a una consulta de salud mental. En los centros de asistencia general, la prevalencia varía entre el 10 y 30 %, entre los casos de patología vestibular, respiratoria y neurología, y puede ser hasta del 60 % entre los casos de patología cardíaca.

La edad de inicio varía considerablemente, entre el final de la adolescencia y la mitad de la cuarta década de la vida. (3).

Adultos jóvenes adoptados intercontinentalmente mostraron 1.5 a 4 veces más problemas serios de salud mental, especialmente trastornos de ansiedad y trastornos del ánimo, con respecto a los no adoptados con la misma edad. En cuanto al sexo, los trastornos de ansiedad no mostraron diferencias entre los adultos jóvenes adoptados y los no adoptados a diferencia de los trastornos del estado de ánimo. De un total de 1484 individuos adoptados con trastorno de Angustia, 0.2 % eran hombres y 0.9 eran mujeres. Con respecto al trastorno de ansiedad generalizada 0.2% correspondía a hombres y 0.5 % eran mujeres.

De los 695 individuos no adoptados, sólo el 0.3 % correspondieron a mujeres con trastorno de angustia. En cuanto al trastorno de ansiedad generalizada, 0.3% correspondieron tanto a hombres como a mujeres. (5)

El hecho de que la ansiedad sea una emoción que cualquier persona ha experimentado, y que incluso en determinadas circunstancias puede contribuir a mejorar el rendimiento, hace que los trastornos de ansiedad se consideren “cuadros menores”, sin embargo los trastornos de ansiedad alcanzan en Europa una prevalencia para los 12 meses del 6.4%.

Conviene recalcar que los trastornos de ansiedad, presentan un curso evolutivo con tendencia a la recidiva, de forma que los seguimientos a largo plazo sugieren que la mayoría de los pacientes mejora al comenzar el tratamiento, lo cierto es que muchos permanecen sintomáticos, lo que hace necesaria la terapia de mantenimiento. Sin embargo conviene tener presente que, como distintos autores han comentado, también en estos trastornos la presencia de un largo curso evolutivo condiciona de manera muy negativa la respuesta al tratamiento.

De todo lo expuesto se deduce que estos trastornos generan una enorme carga, y de hecho son los responsables de la mayor parte del gasto económico generado por las enfermedades mentales en EE.UU., con un 32% del total, muy por encima de otros trastornos de repercusión bien conocida como la esquizofrenia (21% del gasto) o de los trastornos depresivos (22%). Por otra parte, el trastorno de ansiedad se asocia a una pobre calidad de vida, un claro deterioro social y ocupacional en los pacientes que lo padecen. En el mismo sentido Alonso y cols. (2004) tras valorar los días laborales perdidos debido a la enfermedad, encontraron que los trastornos de ansiedad se situaban entre las cinco primeras causas de pérdida de calidad de vida y discapacidad en Europa.

Los trastornos de ansiedad son los tipos más comunes de trastornos psiquiátricos, con una incidencia de 18.1 % y una prevalencia a lo largo de la vida de 28.8%. En Estados Unidos anualmente se considera 42.3 billones, con más del 50% del total de la suma directa del costo de los trastornos no psiquiátricos. (6) Los trastorno de ansiedad constituyen la forma más prevalente de enfermedad psiquiátrica en la sociedad occidental, sin embargo, la gran mayoría de los pacientes que sufren estos trastornos no son correctamente identificados ni reciben un tratamiento adecuado. (7)

De acuerdo al Estudio Nacional de Comorbilidades, en un año dado sólo aproximadamente el 37% de los pacientes con trastorno de ansiedad, utiliza algún servicio de salud, incluyendo visitas a psiquiatras (13%), otros servicios de salud mental (16%), y (24.3%) a médicos generales.(2)

Todo lo anterior justifica la necesidad de promover el desarrollo de estrategias adecuadas de intervención, para lo que es preciso entender a estos trastornos como el paradigma de la enfermedad mental desde su inicio.

Hoy en día, se postula que el diagnóstico y tratamiento precoz de los trastornos de ansiedad se asocia a un mejor curso evolutivo, mejor respuesta a tratamiento y a la prevención de patología comorbida. En la medida en que nuestro conocimiento de los marcadores de riesgo y síntomas prodrómicos del desarrollo de la ansiedad sea más preciso será posible poner en marcha estrategias preventivas que tengan impacto en la calidad de vida de los pacientes con trastornos de ansiedad (6).

CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) poco después de la Segunda Guerra Mundial lanzó su conocida definición de salud, que hace hincapié en que “la salud es el estado de completo bienestar físico, social y mental, y no sólo la ausencia de enfermedad”.

En 1980 la OMS publicó la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (ICIDH), pero resultaba demasiado compleja para su uso generalizado y nunca se adoptó de forma amplia. Más tarde la OMS elaboró un instrumento genérico de valoración de la calidad de vida (World Health Organization Quality of Life (WHOQOL).

Definiendo a la calidad de vida como la “percepción de un individuo de su posición en la vida, en el contexto cultural y sistema de valores en los cuales vive, en relación a sus metas, expectativas, estándares e intereses”. (8)

Existen autores que definen la calidad de vida como la combinación entre características situacionales (como demandas y oportunidades), entre las expectativas individuales, las habilidades y necesidades percibidas por el individuo. (9)

Una conceptualización abarcativa de la calidad de vida incluye al menos tres dimensiones interrelacionadas:

- A) Física: Se incluye no sólo el impacto producido por el deterioro de las funciones y los síntomas, sino también el impacto causado tanto por padecer determinada enfermedad así como por el tratamiento a seguir.
- B) Psicológica: Incluye todo el rango de estados emocionales así como la disminución de las funciones cognitivas.
- C) Social: Incluye el bienestar percibido en relación al rango de seres significativos, redes sociales, e inclusión social. (10)

Otros autores, consideran la calidad de vida relacionada con salud como un constructo multidimensional mencionan que evalúa al menos tres aspectos: estabilidad emocional, estado físico y funcionamiento social. (11)

De la misma forma, la calidad de vida se puede definir como todas las situaciones y factores que tienen impacto en el individuo, incluyendo actividad física, bienestar, autocuidado, actitudes positivas ante la vida, con significado y satisfacción en el trabajo. (12)

CALIDAD DE VIDA EN PSIQUIATRÍA

Al principio de los años ochenta, la Psiquiatría se hallaba al frente de la investigación sobre la “calidad de vida”, realizando estudios con pacientes con enfermedades mentales crónicas que vivían en la comunidad.

La necesidad de incluir estos factores contextuales en la investigación de la calidad de vida es especialmente en el caso de pacientes psiquiátricos, donde los ingresos, el apoyo social, y las condiciones de vida están estrechamente relacionados con la psicopatología.

Un aspecto que adquiere especial importancia en Psiquiatría es el uso de medidas del tipo “índice único de calidad de vida”, donde tanto la planificación de las intervenciones como en la valoración del resultado en un paciente individual y en ensayos clínicos, es necesario el uso de un concepto de calidad de vida,

estructurado en múltiples áreas, que cubra diferentes ámbitos vitales específicos, como el trabajo, la familia, el dinero, etc. La calidad de vida puede ser satisfactoria en un ámbito, en otros puede tener distinta.

En general la calidad de vida subjetiva de los enfermos mentales crónicos depende en gran parte del grado en que son capaces de satisfacer sus necesidades relacionadas con la enfermedad, como la atención psiquiátrica o la medicación, sin interferir en la satisfacción de las necesidades humanas básicas universales, como la aceptación social o las relaciones emocionales. Por lo tanto a fin de evaluar la calidad de vida de estas personas será necesario combinar medidas de sus condiciones de vida objetivas y su nivel subjetivo de satisfacción.

(13)

CALIDAD DE VIDA EN TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Una vez que los trastornos de ansiedad están presentes, aparecen otros factores agregados además de los síntomas que afectan la calidad de vida. Tales factores pueden incluir problemas financieros, necesidad de apoyo social, dificultad para llegar a las metas a lo largo de la vida.

Sujetos con trastorno de ansiedad que se incluyen en ensayos clínicos tienen significativo deterioro en la calidad de vida, aunque el grado de disfunción varía, sugiriendo que la percepción de la calidad de vida de cada individuo es un factor adicional que debe ser parte de una valoración completa. (14)

Según Mauro V Mendlowicz, MD., y Murray B. Stein, M.D, en su artículo Calidad de Vida en Individuos con Trastornos de Ansiedad, publicado en el año 2000, refiere que los trastornos de ansiedad fueron descritos desde el siglo cuarto A.C, en las escritos de Hipócrates, pero su importancia no fue completamente apreciada hasta hace 30 años.

A través de los criterios del DSM-III, El Instituto Nacional de las enfermedades Mentales (NIMH), mostró que los trastornos de ansiedad presentaban alta prevalencia dentro de los trastornos mentales, con una proporción a 6 meses de 8.9% y a lo largo de la vida de 14.6%, afectando a 26.9

millones de individuos en los Estados Unidos en algún momento de sus vidas. Los costos asociados con los trastornos de ansiedad en 1990 fueron de aproximadamente \$46.6 mil millones, de los 31.5 % de gastos totales en ese año para la salud mental.

En cuanto al concepto de calidad de vida, éste se refiere a los complejos aspectos de la vida que no pueden ser expresados utilizando sólo marcadores de medición, la cual describe finalmente evaluaciones de la vida en general. Abarca aunque no sólo indicadores objetivos tales como el estado de salud y situaciones de vida. Datos sobre la calidad de vida pueden ser usados para estimar el impacto del funcionamiento y bienestar entre diferentes enfermedades.

La mayoría de los expertos está de acuerdo que el alcance en el concepto de calidad de vida debe centrarse en la percepción subjetiva del individuo sobre su propia vida. Este acuerdo general proviene de los hallazgos de varios estudios sociológicos que han demostrado que las condiciones objetivas de la vida, tales como educación e ingresos, solo se relacionan marginalmente a las experiencias subjetivas de una más alta de "calidad de vida".

Datos recabados sobre calidad de vida en trastornos mentales en general, y particularmente con trastornos de ansiedad, derivan de dos tipos de fuentes: la primera fuente es representada por estudios epidemiológicos tales como el estudio de comorbilidades (ECA). Aunque estos estudios no fueron específicamente diseñados para el estudio de la asociación entre la calidad de vida y los trastornos mentales en la comunidad, ellos proveen un número de indicadores en los cuales la calidad de vida puede ser inferida. Estos indicadores incluyen una valoración subjetiva de la salud física y emocional, funcionamiento psicosocial y dependencia financiera. Los instrumentos clínicos utilizados de forma específica, representan la segunda fuente de información concerniente a la calidad de vida. Estos instrumentos pueden ser genéricos (es decir, intentan medir múltiples aspectos importantes de la calidad de vida) o específicos (relacionados con aspectos sobre el estado de salud específicos al área de interés).

En este artículo se realizó una revisión epidemiológica y clínica de estudios en los que se ha investigado la calidad de vida en pacientes con trastorno de

ansiedad generalizada, el Trastorno de Angustia, entre otros trastornos de ansiedad tales como: fobia social, estrés postraumático, trastorno obsesivo compulsivo. Dirigido por MEDLINE y PsicLIT de Enero de 1984 a Octubre de 1999.

El estudio nacional de comorbilidades (ECA) usó los criterios de DSM III-R para el trastorno de ansiedad generalizada, y encontró una prevalencia a lo largo de la vida de 4.1 a 6.6%. Un total de 58 de 65 de los sujetos con trastorno de ansiedad generalizada, tenían por lo menos otro trastorno del DSM-III. Frecuentemente eran solteros y divorciados. Una proporción significativamente alta de personas con trastorno de ansiedad generalizada nunca recibieron beneficios de discapacidad a lo largo de sus vidas. Incluso cuando eran empleados, los individuos con trastorno de ansiedad generalizada mostraron evidencia de su padecimiento: una proporción significativamente alta de ellos tenían ingresos menores de 1 980 dólares.

El trastorno de ansiedad generalizada es el trastorno más frecuente a lo largo de la vida, afectando 5.1 % de la población en E.U de 15 a 54 años de edad. La mayoría de personas con trastorno de ansiedad generalizada tenían por lo menos otro trastorno (morbilidad actual 66.3%, morbilidad a lo largo de la vida 90.4%). Los trastornos con mayor comorbilidad, fueron los trastornos afectivos y el trastorno de pánico.

Las personas con Trastorno de Ansiedad Generalizada presentan un estilo cognitivo en particular, caracterizado por la rigidez cognitiva, y la predicción catastrófica de los eventos: primero frente a las expectativas sociales, y segundo frente a la necesidad de control y convencimiento de tener la razón frente a las predisposiciones catastróficas de peligro inminente, junto con la abstracción selectiva y la generalización de situaciones potencialmente peligrosas.(15)

Massion y colegas examinaron los efectos en la calidad de vida en el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de pánico en un grupo de pacientes del programa de investigación en trastornos de ansiedad Harvard/Brown, utilizando preguntas derivadas del estudio nacional de comorbilidades (ECA). Ambos grupos mostraron deterioro en el funcionamiento y

vida social, así como baja satisfacción de vida en general. El trastorno de ansiedad generalizada estaba relacionado con una reducción en general de la salud emocional.

La valoración de la calidad de vida ha sido útil en serios y extensos estudios sobre trastorno de ansiedad. Estudios epidemiológicos y clínicos describen claramente la extensa reducción en la calidad de vida, asociada con los trastornos de ansiedad e indican las posibles diferencias entre los trastornos de ansiedad.

A pesar del número creciente de estudios durante los últimos 15 años, la investigación de la calidad de vida en individuos con trastorno de ansiedad, aún tiene mucho por desarrollarse. No obstante, los estudios dirigidos uniformemente retratan que los trastornos de ansiedad notablemente comprometen la calidad de vida y el funcionamiento psicosocial. (16)

La calidad de vida se encuentra reducida en los pacientes con trastorno de angustia, encontrándose en el mismo nivel que las enfermedades somáticas. Se estudió la relación que existe entre el trastorno de angustia como en el trastorno de ansiedad generalizada, observando el funcionamiento global, emocional y de salud, suicidios, hospitalizaciones, severidad de la angustia con agorafobia, funcionamiento matrimonial y funcionamiento social.

Aquellos con la combinación de ambos tipos de trastorno de Angustia y trastorno de ansiedad generalizada, mostraron mayor deterioro en la salud emocional, relaciones interpersonales con amigos, frecuentemente problemas de comunicación con sus esposos y valoración de la satisfacción global.

Se utilizó una muestra de 3590 individuos entre 18 y 65 años de edad, en Oslo durante 1994. De éstos 197 estaba demasiado enfermos; en prisión; en centros de refugio o hablaban sólo un idioma extranjero que hizo imposible la realización de la entrevista. De las 2693 personas restantes, 415 (16.5%) se rehusaron a realizar la entrevista y 35 (1.4%) pospusieron la entrevista más allá del periodo del estudio. Los diagnósticos psiquiátricos estuvieron basados en los criterios diagnósticos del DSM III-R, utilizando el CIDI para la validez y confiabilidad en los desórdenes mentales.

Las variables demográficas tales como la edad y el estado civil y las variables sociodemográficas, como la educación, ingresos y la evaluación subjetiva de la salud física, fueron evaluadas por una entrevista estructurada.

La calidad de vida fue evaluada en la entrevista y consistió de siete pasos: bienestar subjetivo, realización de uno mismo, contacto con amigos, apoyo durante la enfermedad, ausencia de eventos negativos en la vida, relación con la familia de origen, relación con vecinos, calidad global de vida y procedimiento estadístico.

Los resultados arrojaron que aquellos con trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de angustia, tenían baja calidad de vida global. Individuos con trastorno de ansiedad generalizada mostraron una importante disminución en el bienestar subjetivo. Aquellos con trastorno de pánico experimentaron, relativamente muchos eventos negativos en su vida. El trastorno de ansiedad generalizada es menor a lo largo de la vida, en tanto que el trastorno de pánico, son más relevantes con respecto a lo largo de la vida. (17)

La afectación de los problemas de salud sobre la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) constituye un elemento fundamental para valorar la relevancia sanitaria de las enfermedades. Implica conceptos como discapacidad funcional, estados de salud y bienestar, suele medir los efectos de los problemas sobre la salud en varios dominios, incluyendo funcionamiento general, físico y social, dolor, autopercepción del estado de salud, bienestar y salud mental. La discapacidad funcional o el número de días de trabajo perdidos.

Estudios realizados en atención primaria y especializada demuestran que los trastornos de ánimo y de ansiedad ejercen un impacto negativo sobre diversas medidas de (CVRS).

Estudios epidemiológicos señalan que las personas con un Trastorno de Angustia o trastorno depresivo mayor presentan peor calidad de vida y muestran una fuerte asociación con la presencia de días perdidos en el trabajo. Además los trastornos mentales presentan un efecto mayor sobre los días de trabajo perdidos que las enfermedades físicas crónicas. Se ha sugerido que el Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD) se asocia con una peor autopercepción de la salud,

peor CVRS y más días de trabajo perdidos, siendo su impacto comparable con la depresión mayor. Sin embargo el Trastorno de Angustia también ha mostrado un impacto negativo sobre la CVRS, aumentando el número de días de trabajo perdidos.

El estudio ESEMeD-España, es un estudio epidemiológico el cual consiste en una encuesta personal domiciliaria realizada a muestra representativa de la población general española mayor de 18 años con el objetivo principal de estimar la prevalencia de los trastornos mentales y los factores asociados a éstos. El estudio fue transversal y el trabajo de campo se realizó entre septiembre del 2001 y septiembre del 2002. Los trastornos mentales fueron evaluados con el *Composite International Diagnostic Interview (CIDI 3.0)*, la CVRS con el *12 Item Short Form Health Survey (SF-12)* y la discapacidad funcional con la *WHO Disability Assessment Schedule*. En total se evaluaron 5473 individuos, la tasa de respuesta fue de 78.6%.

Las características socio-demográficas de la muestra fueron las siguientes: Con respecto a la edad, 175 individuos de edades de entre 18 a 24 años (15.21%), 370 de 25 a 34 años (19.74%), 556 de 35 a 49 años (25.20%), 456 de 50 a 64 años (19.49%), y 564 de mayores de 64 años (20.36%).

Con respecto al sexo, 819 eran hombres (48.65), y 1032 eran mujeres (51.35%).

En cuanto a los años de educación 1326 individuos habían tenido de 0-11 años (58.30%), 121 con 12 años (5.30%), 289 tenían entre 13-15 años de educación (15.22%), y 385 individuos con más de 16 años de estudio (21.19%).

Con respecto al estado civil, 1398 eran casados o vivían en pareja (65.34%), 350 habían sido previamente casados (9.28%), y 373 nunca se habían casado (25.37%).

De la zona geográfica (habitantes) 520 correspondían a zona rural <10 000 (26.64%), 777 correspondían a una zona urbana media 10 000 a 100 000 (34.69%) y 824 provenían de una zona urbana grande >100 000 (38.66%).

En cuanto a la situación laboral 955 individuos se encontraban laborando (50.40%), 64 eran estudiantes (6.73%), 381 eran amas de casa (16.64%), 490 correspondían a jubilados (18.01%), y 231 clasificados como otros (8.22%).

397 pacientes con cualquier trastorno mental (8.95%), 269 con cualquier otro trastorno de ánimo (4.42%), y 231 con cualquier trastorno de ansiedad (6.22%). De éstos, 55 individuos correspondían a Trastorno de Ansiedad Generalizada (0.97%), y 45 a Trastorno de Angustia (0.6%).

Los trastornos mentales, y entre ellos los trastornos del estado de ánimo, mostraron el mayor impacto negativo sobre la CVRS y la discapacidad funcional (más días trabajo perdidos), superando el impacto de enfermedades físicas crónicas. La comorbilidad entre los trastornos del estado de ánimo y los de ansiedad fue la que generó la mayor afectación negativa de la CVRS. En general, la calidad de vida mental resultó más afectada que la calidad de vida física.

Llegando a la conclusión de que los Trastornos del estado de ánimo ejercen el mayor impacto negativo sobre la CVRS y la discapacidad funcional en España. Resultando discapacitante principalmente en los trastornos de ansiedad. (18)

En el año 2007 se realizó en México un estudio cuyo objetivo principal fue reportar la discapacidad producida por los trastornos afectivos y los trastornos de ansiedad identificados con mayor frecuencia.

Los datos analizados se recabaron durante la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica. Se utilizó una versión computarizada de la Entrevista Internacional Compuesta de Diagnóstico (CADI versión 15 certificada del CIDI). La discapacidad se evaluó con la Escala de Discapacidad de Sheehan y el número de días productivos perdidos. También se preguntó a cada entrevistado sobre el número de días en que fue totalmente incapaz de trabajar debido a un trastorno presente en los últimos doce días.

Se hicieron 5826 entrevistas completas, los resultados obtenidos demostraron que las relaciones con personas cercanas y la vida social fueron las más afectadas. La pregunta sobre cuántos días fueron totalmente incapaces de trabajar durante el último año, reveló que el Trastorno de Angustia fue de los

trastornos de ansiedad por los que se perdieron más días de actividad con un 20% y en cuanto al trastorno de ansiedad correspondió al 9.5%.

En general, los resultados más sobresalientes son los siguientes:

- El efecto de los trastornos de ansiedad y de los trastornos de ánimo, es mayor que el efecto de algunas enfermedades crónicas no psiquiátricas.
- En todas las áreas evaluadas los trastornos psiquiátricos obtuvieron en promedio puntuaciones más elevadas que las enfermedades crónicas.

Cabe mencionar que éste es el primer artículo en América Latina en que se reporta el impacto de los trastornos mentales según la discapacidad y los días de actividad perdidos que generan. (19)

El artículo Calidad de Vida en Trastornos de Ansiedad: Un Estudio en la Población, publicado en The Journal of Nervous and Mental Disease, en marzo del 2005. Muestra que los Trastornos de Ansiedad reducen la calidad de vida, especialmente en las áreas que tienen que ver con el ámbito social, la superación, y el desarrollo personal. En este sentido, concluyen que el tratamiento de los Trastornos de Ansiedad debe enfocarse en atender dichas áreas, puesto que de eso depende que tanto la familia, el trabajo y la percepción social se vean beneficiados de forma conjunta. (20)

trastornos de ansiedad por los que se perdieron más días de actividad con un 20% y en cuanto al trastorno de ansiedad correspondió al 9.5%.

En general, los resultados más sobresalientes son los siguientes:

- El efecto de los trastornos de ansiedad y de los trastornos de ánimo, es mayor que el efecto de algunas enfermedades crónicas no psiquiátricas.
- En todas las áreas evaluadas los trastornos psiquiátricos obtuvieron en promedio puntuaciones más elevadas que las enfermedades crónicas.

Cabe mencionar que éste es el primer artículo en América Latina en que se reporta el impacto de los trastornos mentales según la discapacidad y los días de actividad perdidos que generan. (19)

El artículo Calidad de Vida en Trastornos de Ansiedad: Un Estudio en la Población, publicado en The Journal of Nervous and Mental Disease, en marzo del 2005. Muestra que los Trastornos de Ansiedad reducen la calidad de vida, especialmente en las áreas que tienen que ver con el ámbito social, la superación, y el desarrollo personal. En este sentido, concluyen que el tratamiento de los Trastornos de Ansiedad debe enfocarse en atender dichas áreas, puesto que de eso depende que tanto la familia, el trabajo y la percepción social se vean beneficiados de forma conjunta. (20)

JUSTIFICACIÓN

Debido a que la ansiedad es una emoción natural, presente en todos los humanos, a la que se le atribuye una función adaptativa, pues pone en alerta al individuo ante una posible amenaza; se torna en ocasiones en una entidad psiquiátrica denominada "Trastorno de Ansiedad", siendo ésta de tipo Generalizada o bien como "Trastorno de Angustia". Las cuales alcanzan un nivel máximo de intensidad, que determina: cambios somáticos, pérdida de control sobre la conducta normal, deterioro del funcionamiento y calidad de vida de quien lo

padece. Por lo tanto he considerado trascendente estudiar la situación actual de la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada y Trastorno de Angustia, en pacientes que acuden a la consulta externa del “Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez”.

Otro aspecto importante, es el hecho de que en una institución de gran concentración e importancia, como lo es el “Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez”, no se han llevado a cabo investigaciones respecto a la calidad de vida en trastornos de ansiedad.

La investigación es viable, pues se dispone de los recursos necesarios para llevarlos a cabo.

padece. Por lo tanto he considerado trascendente estudiar la situación actual de la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada y Trastorno de Angustia, en pacientes que acuden a la consulta externa del “Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez”.

Otro aspecto importante, es el hecho de que en una institución de gran concentración e importancia, como lo es el “Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez”, no se han llevado a cabo investigaciones respecto a la calidad de vida en trastornos de ansiedad.

La investigación es viable, pues se dispone de los recursos necesarios para llevarlos a cabo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Existen diferencias estadísticamente significativas entre la calidad de vida en pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada y Trastorno de Angustia?

El Trastorno de Ansiedad Generalizada, y el Trastorno de Angustia, son trastornos relativamente frecuentes en la población, con una prevalencia del 5% y entre 1 -2 % respectivamente. La edad de inicio suele ser típicamente en la edad adulta joven, entre los 20 y los 30 años. Se da predominantemente en el sexo femenino para ambos trastornos. Aparece con mayor frecuencia en los sujetos que en el momento actual se encuentran divorciados, separados o viudos. Es más frecuente entre los que se dedican a las tareas del hogar y los desempleados por incapacidad laboral o jubilación anticipada.

El estudio planteado ayudará entre otros aspectos a conocer no sólo las implicaciones médicas, sino también las repercusiones que los Trastornos de Ansiedad tienen en la calidad de vida de los pacientes. Específicamente se comparará la calidad de vida entre pacientes con diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada y Trastorno de Angustia.

OBJETIVO GENERAL:

Describir y comparar la calidad de vida en pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada y Trastorno de Angustia.

OBJETIVO ESPECÍFICO:

Comparar la apariencia física, desempeño físico, adherencia terapéutica, funciones cognitivas, relaciones familiares, preocupaciones sociales debido a la enfermedad, alejamiento, percepción de apoyo social y síntomas de pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada y Trastorno de Angustia.

Comparar la calidad de vida en torno a las características sociodemográficas, síntomas físicos, bienestar y salud, de los pacientes con Trastorno de ansiedad Generalizada y Trastorno de Angustia

HIPÓTESIS:

Sí existen diferencias estadísticamente significativas en la calidad de vida y salud, entre pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada y Trastorno de Angustia.

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO: descriptivo, correlacional y transversal.

UNIVERSO DE TRABAJO:

Pacientes ambulatorios tratados en la consulta externa del “Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez”.

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Se aplicará a 30 pacientes con diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada y 30 pacientes con Trastorno de Angustia, de acuerdo a los criterios diagnósticos de clasificación CIE-10 en expedientes clínicos, así como en DSM IV-TR

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

Se seleccionarán a pacientes que acudan de manera ambulatoria a la consulta externa del “Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez”. Los cuales hayan sido diagnosticados en expedientes clínicos por consenso de dos médicos expertos, con diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada y Trastorno de Angustia, de acuerdo a los criterios de clasificación CIE-10 Y DSM IV-TR

CRITERIOS DE INCLUSION:

- Pacientes de ambos sexos que acudan a consulta externa del “Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez”
- Pacientes que cuenten con Diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada, y Trastorno de Angustia de acuerdo a los criterios de la CIE-10 Y DSM IV-TR.
- Pacientes que cuenten con diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada o Trastorno de angustia, que acudan de forma subsecuente a Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.
- Pacientes que cuenten con diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada o Trastorno de angustia, que acudan de forma subsecuente a Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, que hayan estado en Terapia de grupo.
- Pacientes que confirmen su participación en la investigación y que cuenten con consentimiento informado.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Se excluirán a:

- Pacientes que no acepten participar en la investigación
- Pacientes que no cuenten con consentimiento informado.
- Pacientes que presenten otro diagnóstico psiquiátrico en el eje I.

CRITERIOS DE ELIMINACION:

- Pacientes que hayan dejado de acudir a consulta externa en un lapso mayor a doce meses.
- Pacientes que no hayan completado adecuadamente los instrumentos de investigación.
- Pacientes que no acepten firmar el consentimiento informado.
- Pacientes que en un lapso de doce meses, se les haya cambiado el diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada o Trastorno de Angustia en el eje I.

VARIABLE DEPENDIENTE: Calidad de vida.

VARIABLE INDEPENDIENTE: Trastorno de Ansiedad Generalizada.
Trastorno de Angustia.

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW: M.I.N.I

La M.I.N.I. es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y el CIE -10. Estudios de validez y de confiabilidad se han realizado comparando la M.I.N.I con

el SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI (una entrevista estructurada desarrollada por la Organización Mundial de Salud para entrevistadores no clínicos para el CIE-10).

Los Resultados de estos estudios demuestran que la M.I.N.I tiene un puntaje de validez y confiabilidad aceptablemente alto, pero puede ser administrado en un periodo de tiempo mucho más breve (promedio de 18.7 +/- 11.6 minutos, media 15 minutos), que los instrumentos mencionados. Puede ser utilizada por clínicos, luego de una breve sesión de entrenamiento. Entrevistadores no clínicos deben recibir un entrenamiento más intenso.

Se debe realizar la entrevista lo más breve posible, informando al paciente que va a contestar una entrevista clínica siendo más estructurada de lo usual, en la cual se le va a hacer unas preguntas sobre sus problemas psicológicos que solo requieren respuestas de sí o no.

La M.I.N.I. está dividida en módulos identificados por letras, cada uno corresponde a una categoría diagnóstica. Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos.

INVENTARIO DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD (InCaVisa)

El Inventario se diseñó a partir de diferentes escalas de medición de calidad de vida en padecimientos crónicos (tanto escalas específicas como generales) basándose en investigación documental y en la experiencia clínica en hospitales. Se tomaron en cuenta los reactivos consistentemente mencionados en la mayoría de las escalas, así como los de mayor peso factorial, por considerarse los más claramente vinculados con aspectos de evaluación con padecimientos crónicos.

El inventario original fue la Escala de Calidad de Vida en Pacientes Seropositivos (EsCaViPS) (21).

A éste se le agregaron reactivos del Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (SEVIC) (22). Así como del Múltiple Sclerosis Quality of Life Scale (MSQOL) (23); del Obesity Related Well-Being Questionary (ORWELL 97)

(24); del Pediatric Oncology Quality of Life Scale (POQOLS)(25); del Cuestionario de Calidad de vida de Postinfarto del Miocardio (Mac New QLMI)(26); y del Perfil de Calidad de Vida en enfermos crónicos (PEVEC) (27).

El formato se modificó de modo que el aplicador lo tomara como guía, para una entrevista estructurada.

En una etapa inicial, se realizó una validación por jueceo, que arrojó cinco áreas: percepción de salud y bienestar, relaciones interpersonales, funciones cognitivas, síntomas y un estimador general de calidad de vida, encontrándose una consistencia interna para todo el instrumento $\alpha = 0.9023$ y valores entre $\alpha = 0.8265$ para cada una de las áreas.

Aunque los valores de consistencia eran adecuados, el balance de las áreas permanecía muy heterogéneo, de modo que se corrió un análisis factorial con la intención de conocer los reactivos correlacionados que pudieran conformar áreas, y mantenerlas en el mínimo posible de ítems. Se obtuvieron trece áreas: Bienestar y Salud, adherencia terapéutica, percepción corporal, apoyo percibido, desempeño físico, funciones cognitivas, familia, preocupaciones familiares, independencia, alejamiento, interacción social y síntomas físicos.

A fin de hacer el Inventario autoaplicable, el formato se modificó, mostrando los reactivos de cada área en página aparte; dentro de cada reactivo se agregó la opción de respuesta con una Escala Pictórica Tipo Likert (cuadros con diferente dimensión, yendo del más pequeño al más grande).

Se realizó un análisis de discriminación de reactivos y para cada área del (InCaVisa), se hizo un análisis de consistencia interna, analizando su matriz de correlación entre los reactivos que aportaban poco al área o disminuían la correlación total; los que mostraban tener relación con otra área se les sometió al mismo tiempo procedimiento para integrarlos. Se obtuvieron valores alfa entre $\alpha = 0.6243$ y $\alpha = 0.8220$. Al correr un análisis fue de 64.62%.

El área de síntomas se dejó completa con una consistencia interna de $\alpha = 0.6768$

DESCRIPCIÓN DE LAS ÁREAS QUE CONFORMARON EL InCaVisa:

Apariencia física: El área hace referencia a la imagen corporal del individuo. Se incluye aquí si la apariencia del cuerpo se percibe en sentido positivo o negativo (si se encuentra satisfecho o no con su cuerpo, su peso, etc.) y si ésta percepción se ha modificado debido a la enfermedad.

Desempeño Físico: Explora la energía y resistencia física percibida por la persona para realizar las tareas necesarias de la vida diaria.

Adherencia Terapéutica: Esta área se refiere a cogniciones y efectos relacionados con el medicamento y con el seguimiento adecuado de las indicaciones del equipo médico.

Funciones cognitivas: Hace referencia a las capacidades de memoria, concentración pensamiento y atención del individuo.

Familia: Se refiere a la relación afectiva que existe entre la persona y los miembros de la familia, existen reactivos tanto positivos como negativos que ayudan a evaluar si existe apoyo social dentro de la familia.

Preocupaciones sociales debido a la enfermedad: Esta área incluye reactivos que relacionan el estado de bienestar del individuo con la enfermedad que esté cursando. Hace relación tanto a la familia como a otras personas que involucran un trato social.

Alejamiento: Explora sentimientos negativos de incompetencia, disminución de la confianza y soledad del individuo.

Percepción de apoyo social: Se mencionan diversas situaciones que involucran el apoyo tanto de amigos , conocidos o familiares, en particular se refiere a la medida en que la persona puede depender de este soporte en una posible crisis o toma de decisiones.

Síntomas: Se enlistan una serie de síntomas más frecuentes que pueden presentar los individuos, se tienen cinco opciones de respuesta, que hacen referencia a la intensidad con la que se percibió el síntoma.

PROCEDIMIENTO:

Una vez aprobado el protocolo de estudio, se seleccionaran a 30 pacientes que asistan a consulta externa del “Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez” y que en expediente clínico cuenten con diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada y 30 pacientes con diagnóstico de Trastorno de Angustia, de acuerdo a la clasificación internacional de las enfermedades CIE-10 Y DSM IV-TR.

Una vez que los pacientes hayan aceptado participar en esta investigación, previa firma del consentimiento informado, se procederá a continuar con el resto de procedimientos.

Se les aplicarán los siguientes instrumentos de evaluación: MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW en sus módulos de Trastorno de Ansiedad Generalizada y Trastorno de Angustia, el Cuestionario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa).

Posteriormente se realizará la evaluación de los instrumentos, analizando la información recopilada para exponerla en el trabajo final, el cual tendrá una duración de aproximadamente 3 meses.

ANALISIS ESTADÍSTICO:

Se utilizarán pruebas de resumen (promedio desviación estándar), para la descripción de la muestra, se utilizará análisis de asociación (para prueba de hipótesis).

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se siguieron los lineamientos de la Ley General de Salud en México, la que considera como una investigación con riesgo mínimo, debido a que el diseño del estudio es de carácter observacional que no involucra asignación de maniobras ni intervenciones que pongan en peligro la integridad de los participantes, pero implica la aplicación de los instrumentos que pueden generar ansiedad o

incomodidad al participante por un breve tiempo, sin consecuencias a largo plazo.
(28)

incomodidad al participante por un breve tiempo, sin consecuencias a largo plazo.
(28)

RESULTADOS:

El grupo final quedó conformado por 60 pacientes, de los cuales el 50% (30) contaban con Diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada y el otro 50% (30) con diagnóstico de Trastorno de Angustia. (Ver figura 1)

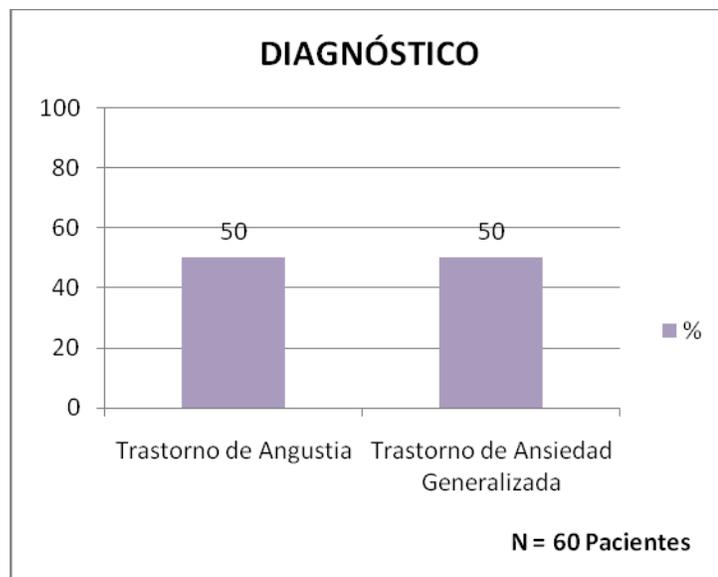


Figura 1

De los cuales se obtuvieron los siguientes datos sociodemográficos: El 61.7 % (37) fueron mujeres, y el 38.3 % (23) hombres. (Ver figura 2)

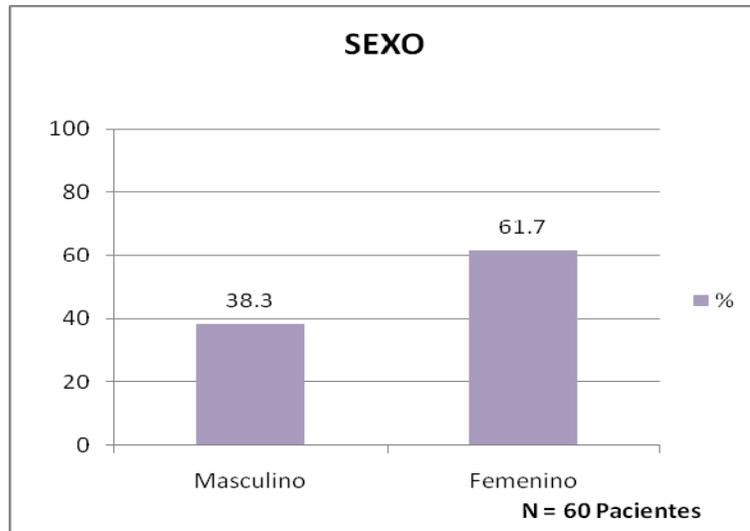


Figura 2.

En cuanto a la edad, el 1.7% (1) era menor de 20 años, el 23.3% (14) tenía de 21 a 30 años, el 39.9% (24) de 31 a 40 años, el 21.8% (13) de 41 a 50 años, el 11.8 % (7) de 51 a 60 años, y el 1.7 % (1) mayor de 60 años. (Ver figura 3)

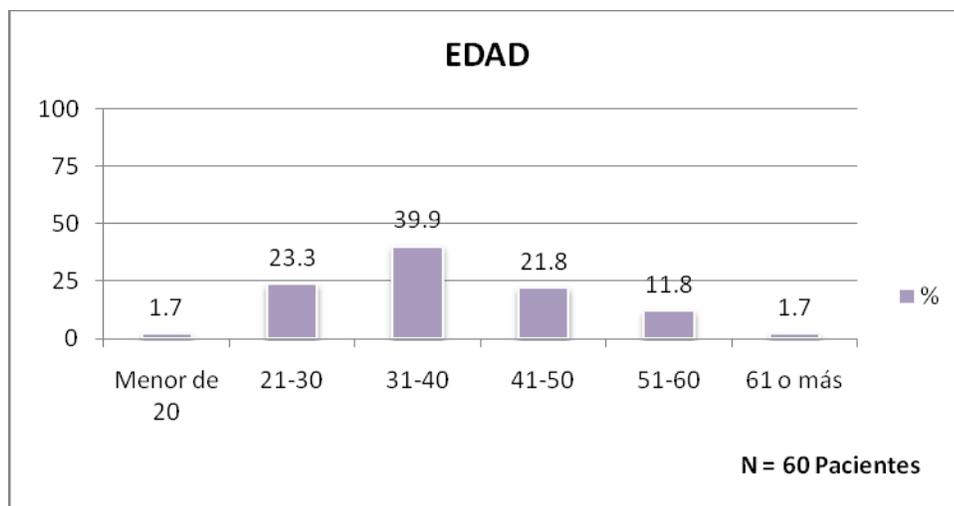


Figura 3.

En relación a la escolaridad 5.0 % (3) cuenta con primaria incompleta, el 5.0 % (3) con primaria completa, el 11.7 % (7) con secundaria incompleta, el 20.0% (12) con secundaria completa, el 11.7% (7) con bachillerato incompleto, el 15.0% (9) con bachillerato completo, el 13.3% (8) con carrera técnica y el 18.3% (11) con estudios universitarios. (Ver figura 4).

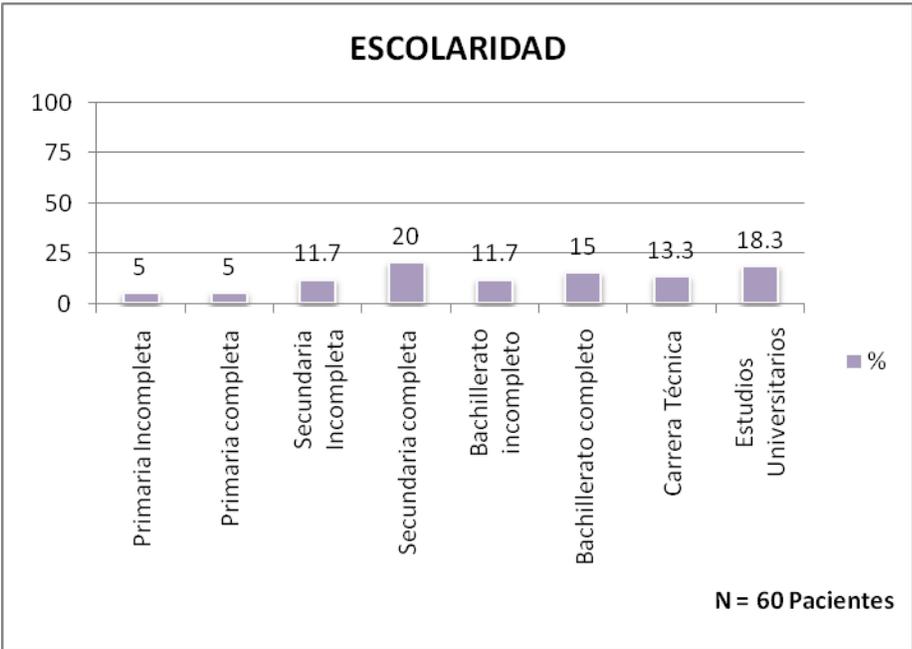


Figura 4

En lo que respecta al estado civil 18.3% (11) eran solteros, el 51.7% (31) eran casados, el 11.7% (7) en unión libre, 11.7% (7) separados, y otro 6.7% (4) divorciados. (Ver figura 5)

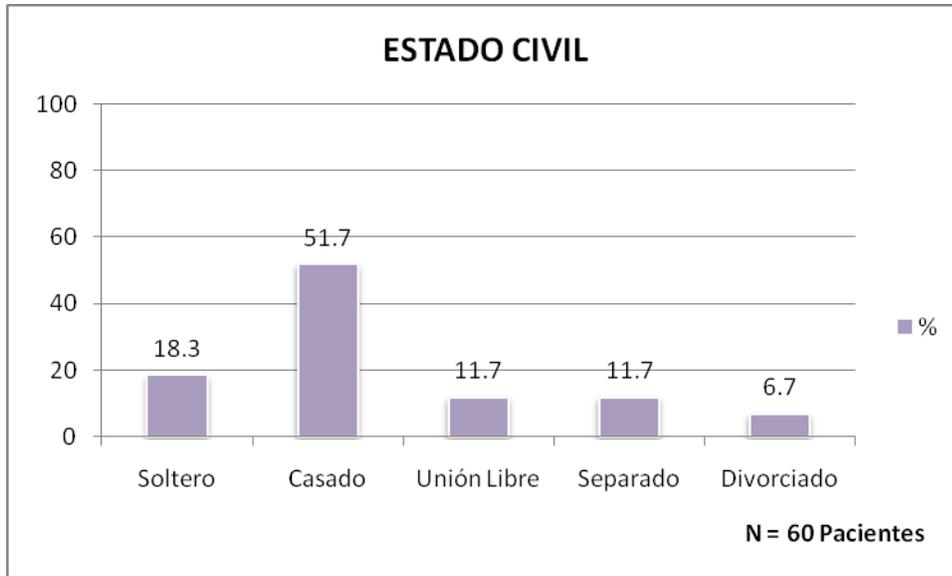


Figura (5)

En cuanto a la ocupación, el 15.0% (9) se dedicaba al hogar, el 58.3% (35) desempeñaba algún oficio, el 15.0 % (9) eran empleados, el 6.7 % (4) eran profesionistas y el 5.0 % (3) eran estudiantes. (Ver figura 6)

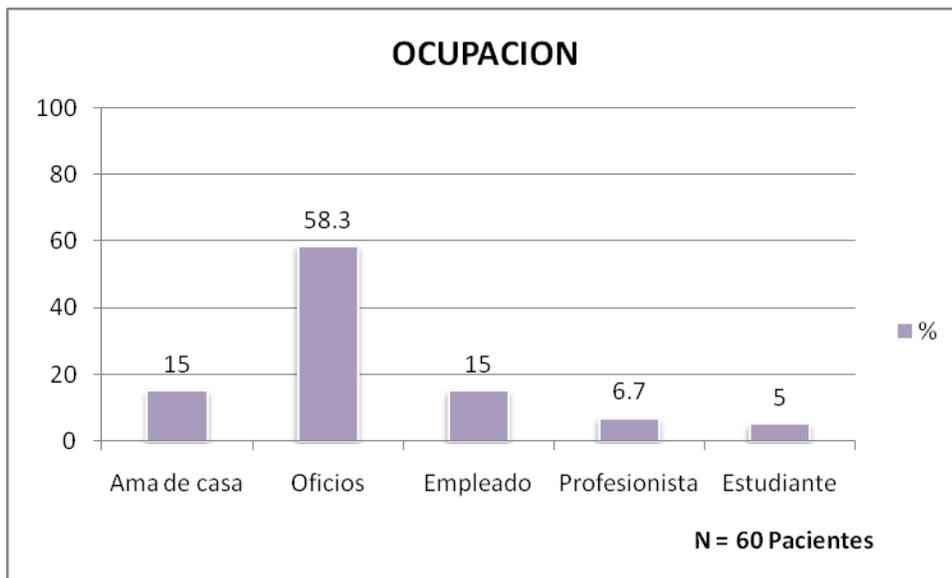


Figura 6

Con respecto al ingreso promedio mensual, el 40% (24) percibían una ganancia de 0 a 2 500 pesos mensuales, el 35.1% (21) de 2500 a 4000 pesos, el 6.7% (4) de 4000 a 5000 pesos, el 11.6% (7) de 7000 a 10000 pesos el 5.1% (3) de 11 000 a 15 000 pesos y el 1.7% (1) con una ganancia de 20 000 pesos mensuales. (Ver figura 7)

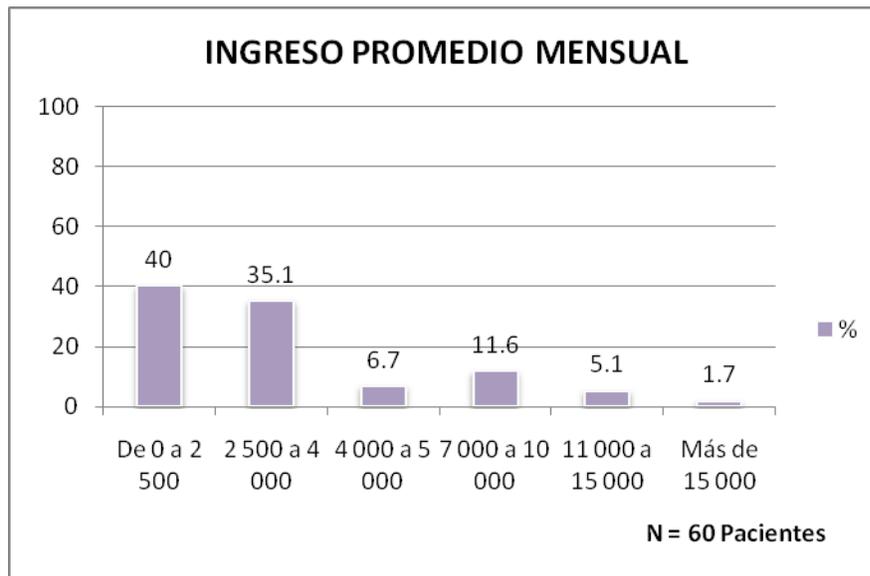


Figura 7

En cuanto al ingreso promedio mensual de los habitantes en su casa, el 26.6 % (16) obtuvieron una ganancia de 0 a 2 500 pesos mensuales, el 43.4% (26) de 2 500 a 4 000 pesos, el 15 % (9) de 4 500 a 6 000 pesos, el 5.0%(3) de 7 000 a 8 000 pesos, el 5.0 % (3) de 9 000 a 10 000 pesos y el 5.0 (3) de 20 000 a 25 000 pesos. (Ver figura 8)

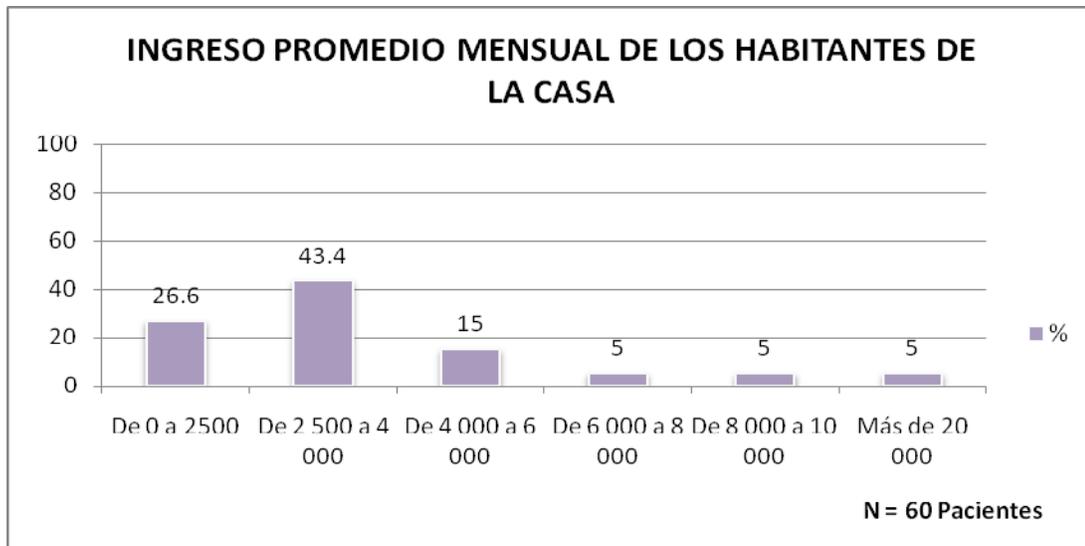


Figura 8

En cuanto al tratamiento farmacológico, el 61.7% (37) se encontraban en tratamiento con Inhibidores en la recaptura de serotonina (ISRS), el 31.7 % (19) con Inhibidor selectivo en la recaptura de serotonina (ISRS), más benzodiacepina, el 3.3% (2) con antidepresivos tricíclicos más benzodiacepina, el 1.7 % (1) con antidepresivos tricíclicos y el 1.7 (1) con benzodiacepinas. (Ver Figura 9)

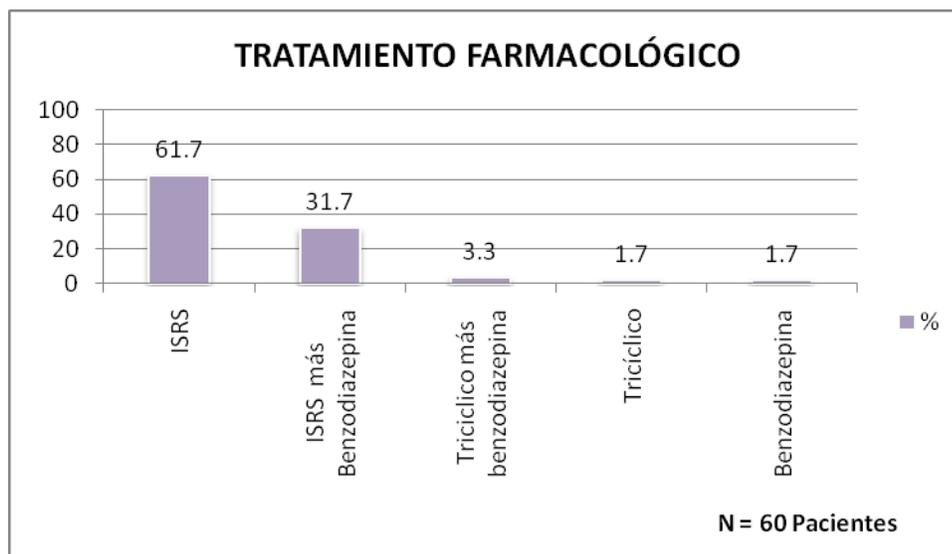


Figura 9

Con respecto al tratamiento terapéutico 68.3 % (41) tuvieron terapia de grupo y el 31.7% (19) no recibieron ninguna terapia de grupo. (Ver figura 10)

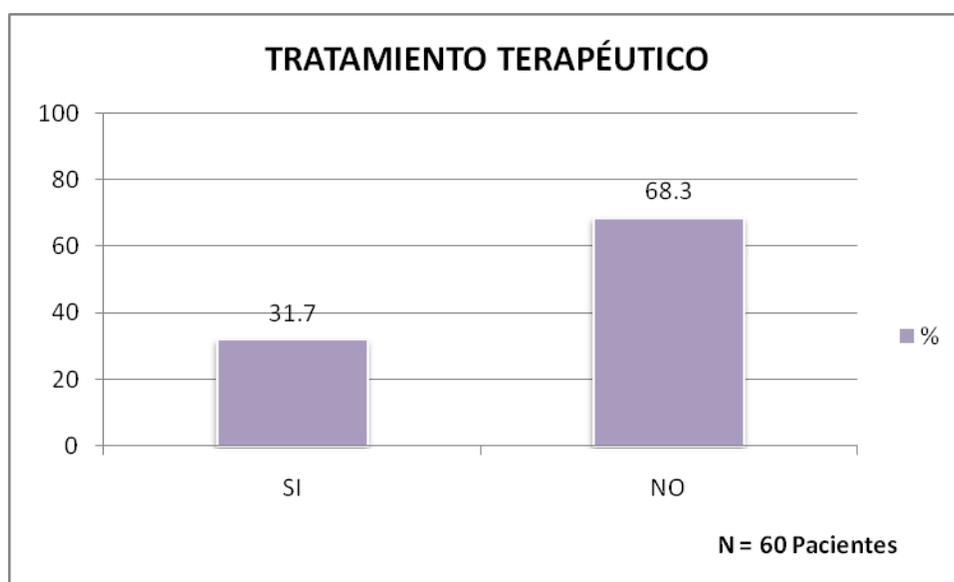


Figura 10

Tabla 1. Características Sociodemográficas de los pacientes que participaron en el estudio.

RELACION CON EL PACIENTE	N	%
SEXO		
Masculino	23	38.3
Femenino	37	61.7
EDAD		
Menor de 20	1	1.7
21-30	14	23.3
31-40	24	39.9
41-50	13	21.8
51-60	7	11.8
61 o más	1	1.7
ESCOLARIDAD		
Primaria Incompleta	3	5.0
Primaria completa	3	5.0
Secundaria Incompleta	7	11.7
Secundaria completa	12	20.0
Bachillerato incompleto	7	11.7
Bachillerato completo	9	15.0
Carrera Técnica	8	13.3
Estudios Universitarios	11	18.3
ESTADO CIVIL		
Soltero	11	18.3
Casado	31	51.7
Unión Libre	7	11.7
Separado	7	11.7
Divorciado	4	6.7
A QUE SE DEDICA		
Ama de casa	9	15.0
Oficios	35	58.3
Empleado	9	15.0
Profesionista	4	6.7
Estudiante	4	5.0
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO		
ISRS	37	61.7
ISRS más Benzodiazepina	19	31.7
Tricíclico más benzodiazepina	2	3.3
Tricíclico	1	1.7
Benzodiazepina	1	1.7
TRATAMIENTO TERAPEÚTICO		
SI	19	31.7
NO	41	68.3

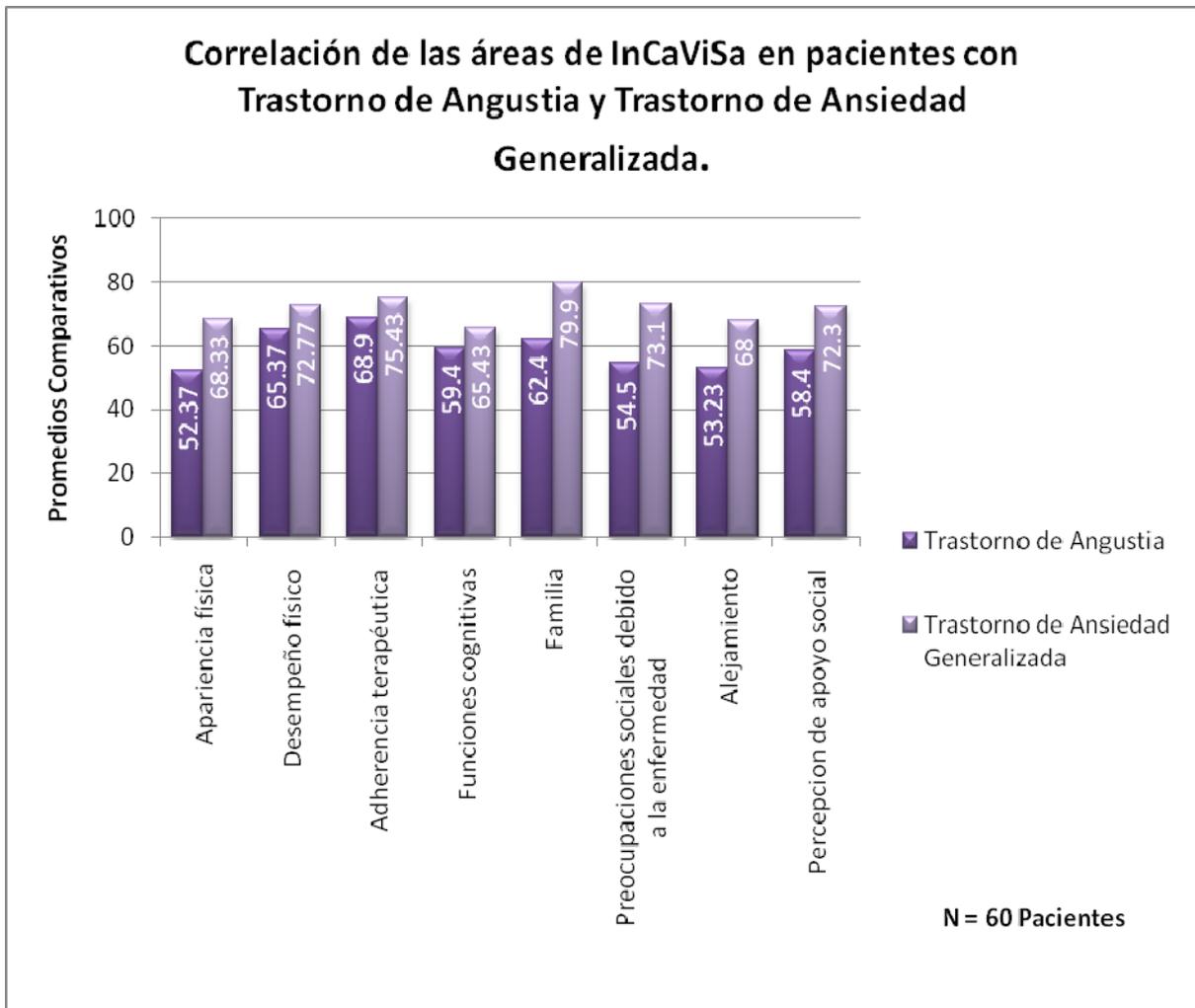


Figura 11

*El porcentaje se obtuvo al considerar que la puntuación mayor por cada área es igual a 24 puntos, que conforman el 100%

BIENESTAR Y SALUD

En cuanto a las áreas de Bienestar y Salud, en los 30 pacientes con diagnóstico de Trastorno de Angustia, demostraron los siguientes datos: El 50% (15) respondió que su salud en general era regular, y en comparación con el año pasado el 56.7% (17) también evaluaron su salud en general como regular. Con respecto a la calidad de vida, el 33.3% (10) definió como mala su calidad de vida.

En cuanto a si en los últimos siete días, ocurrieron hechos que influyeran claramente en su bienestar, el 73.3% (22) respondieron que sí, siendo la intranquilidad lo más frecuente con el 30% (9). Con respecto a si en los últimos seis meses se presentaron sucesos importantes que cambiaran su vida, el 63.3% (19) respondieron que sí, siendo los problemas laborales los más frecuentes con el 40% (12). (Ver Figura 12).

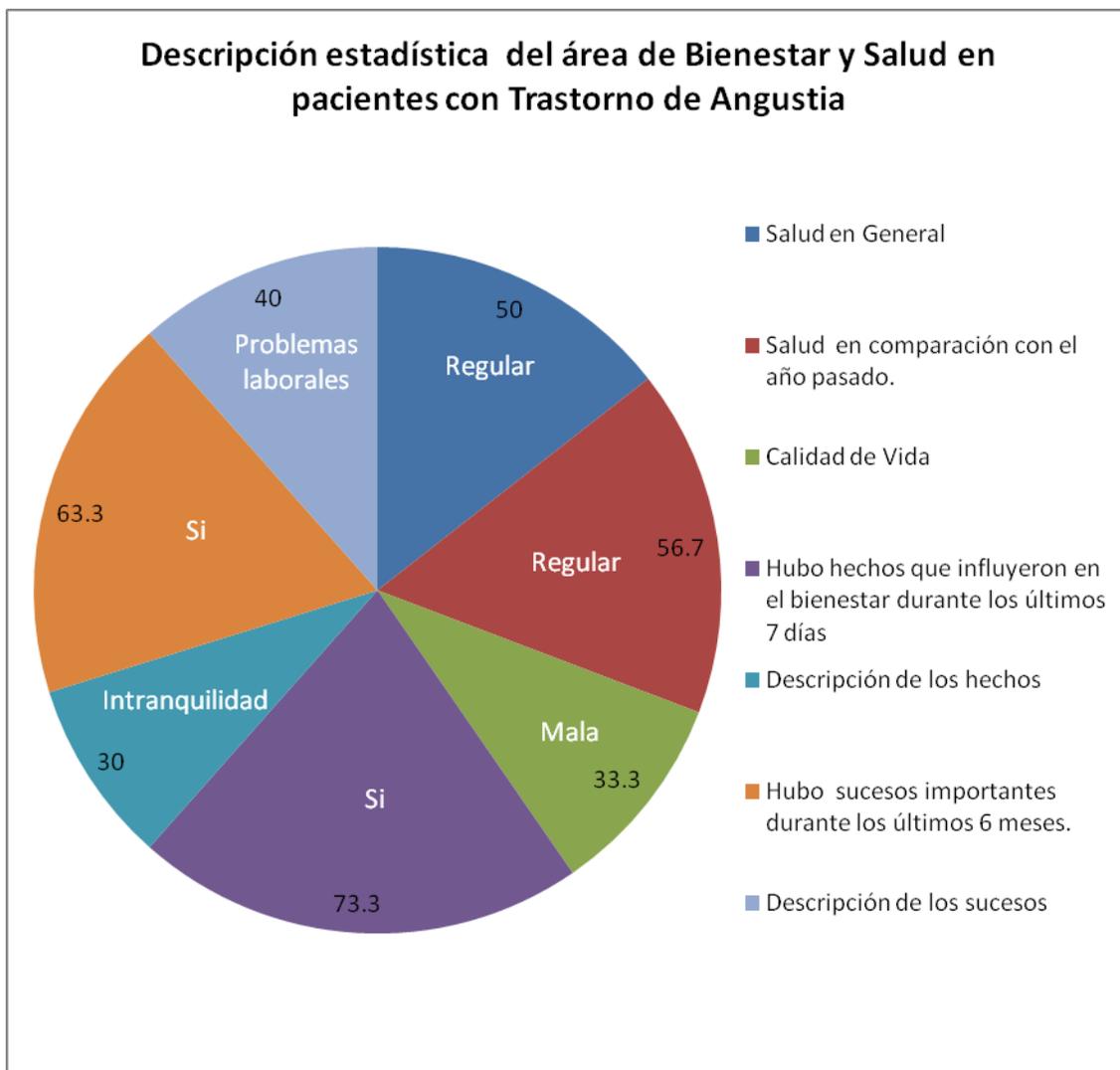


Figura 12

En cuanto a las áreas de Bienestar y Salud, en los 30 pacientes con diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada, el 53.3% (16) respondió que su salud en general era regular, y en comparación con el año pasado el 50.0% (15) también evaluaron su salud en general como regular. Con respecto a la calidad de vida, el 36.7% (11) definió como buena su calidad de vida. En cuanto a si en los últimos siete días, ocurrieron hechos que influyeran claramente en su bienestar, el 53.3% (16) respondieron que sí, siendo los problemas de pareja los más frecuentes con el 46.7% (14). Con respecto a si en los últimos seis meses se presentaron sucesos importantes que cambiaran su vida, el 53.3% (16) respondieron que negativamente. (Ver Figura 13).

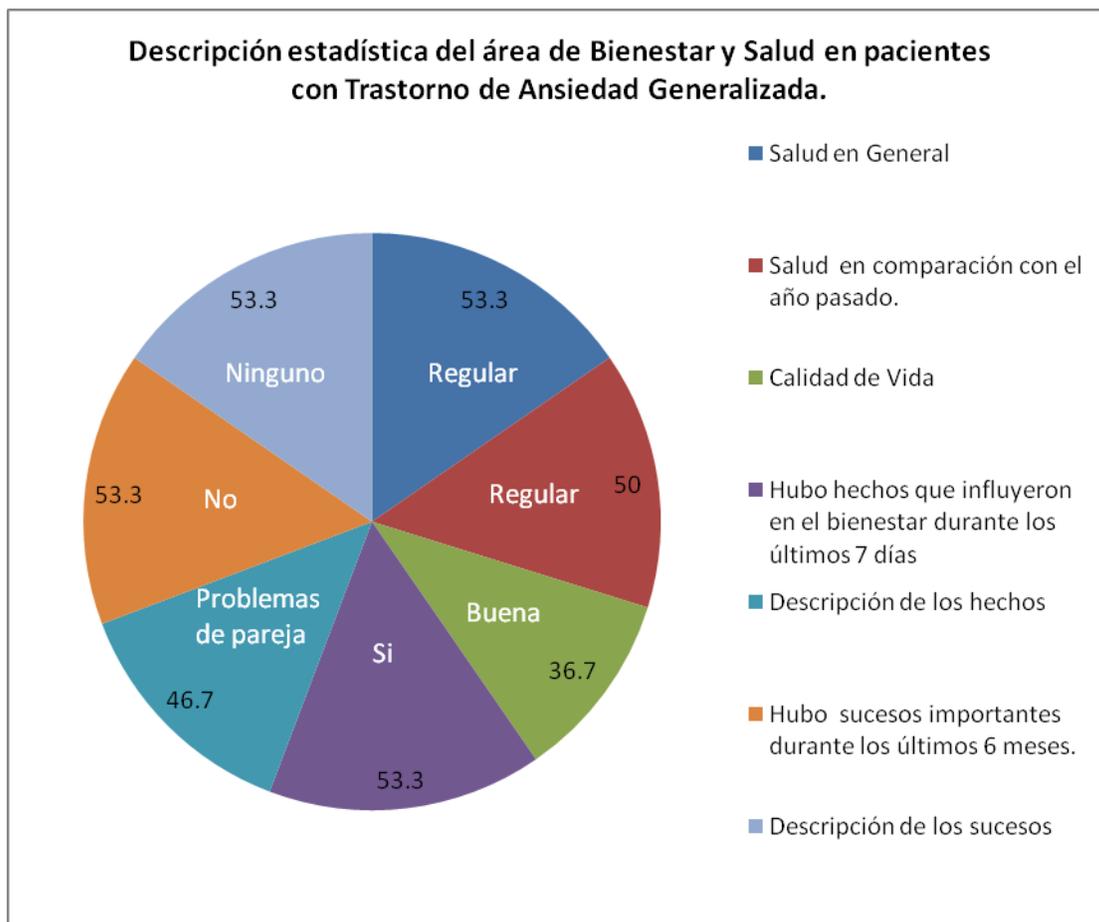


Figura 13

SÍNTOMAS FÍSICOS

Con respecto al área de síntomas físicos, en pacientes con diagnóstico de Trastorno de Angustia, se encontró lo siguiente: en el 40.0% (12) de pacientes predominó el dolor de cabeza de poca intensidad, el 33.3% (10) presentaron dolores musculares de poca intensidad, el 23.3% (7) negaron la presencia de dolores articulares, al igual que el 34.3% (13) que negaron hinchazón de piernas o tobillos, el 46.7% (14) refirieron problemas para ver de moderada intensidad, el 40.0% (12) no presentaron problemas para escuchar, el 33.3% (10) manifestaron comezón o lesiones en la piel de poca intensidad, el 36.7% (11) presento tos molesta de poca intensidad, el 33.3% (9) presentaron problemas para orinar en poca intensidad, el 43.3% (13) refirieron tics o tartamudeo en poca intensidad y el 30.0 % (9) manifestaron mal olor en mucha intensidad. (Ver Figura 14).

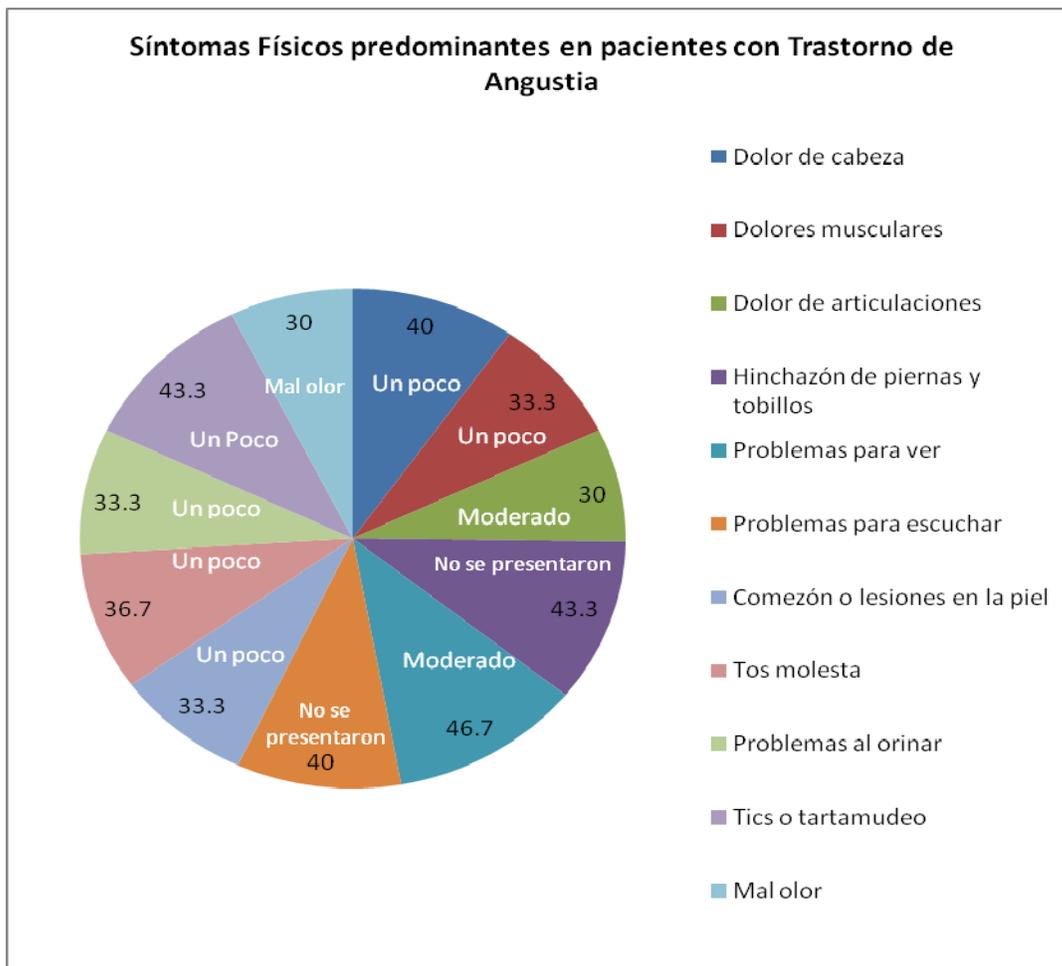


Figura 14

Con respecto al área de síntomas físicos, en pacientes con diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada, se encontraron lo siguiente datos: en el 46.7% (14) predomino el dolor de cabeza de moderada intensidad, el 36.7% (11) no presentaron dolores musculares, el 33.3% (10) refirieron la presencia de dolor de articulaciones en poca intensidad, el 76.7% (23) negaron hinchazón de piernas o tobillos, el 40.0% (12) negaron problemas para ver, al igual que el 80.0% (24) que no presentaron problemas para escuchar, el 40.0% (12) manifestaron comezón o lesiones en la piel en poca intensidad, el 60.0% (18) no presentaron tos molesta ,al igual que el 70.0% (21) que no presentaron problemas para orinar, así como el 63.3% (19) que negaron la presencia de tics o tartamudeo y el 36.7 % (11) que negaron la presencia de mal olor .(Ver Figura 15)

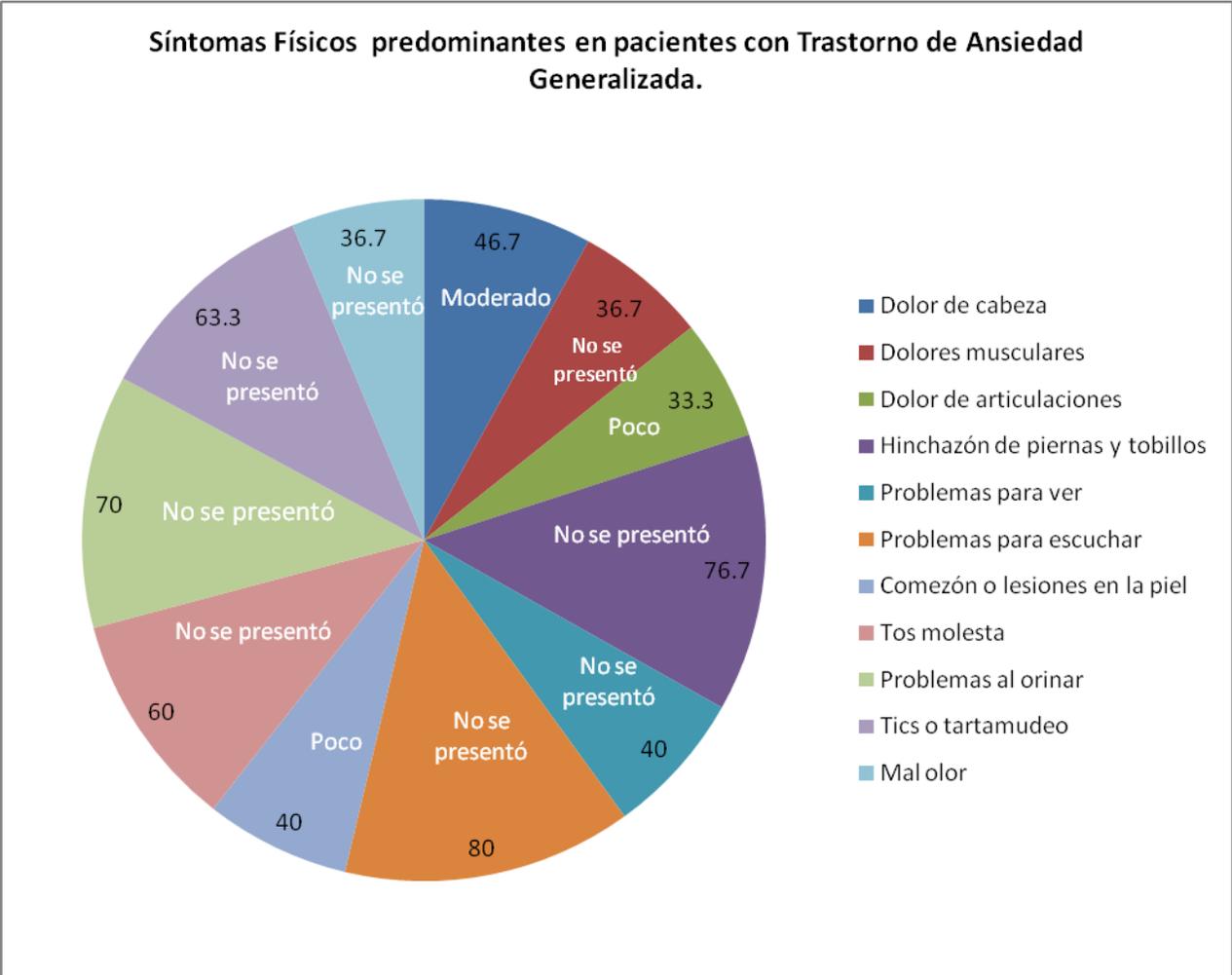


Figura 15

Como segundo análisis, se llevó a cabo una correlación entre las variables significativamente estadísticas de la calidad de vida en pacientes con Trastorno de Angustia, lo cual arrojó la siguiente información:

Entre la edad y el desempeño físico, existió una correlación negativa ($r=-.482$, $p=.007$), ocurriendo lo mismo para la adherencia terapéutica ($r=-.396$, $p=.030$), las funciones cognitivas ($r=-.650$, $p=.000$), las preocupaciones sociales debidas a la enfermedad ($r=-.381$, $p=.038$) y el alejamiento. Lo que permitió conocer que entre mayor era la edad de los pacientes, el desempeño físico se vio menos afectado, sin embargo presentaron un decremento de las funciones cognitivas, con una baja en cuanto a las preocupaciones sociales debidas a la enfermedad. Mostrando, que al incrementar la edad de los pacientes, los sentimientos negativos de incompetencia y desconfianza resultaron menos afectados.

Por el contrario, se observó una correlación positiva entre la escolaridad y el alejamiento ($r=.380$, $p=0.39$) lo que significo, que los pacientes que pertenecían a dicho grupo mostraron un aumento en los sentimientos negativos de incompetencia mientras más altos eran sus estudios escolares. (Ver tabla 2). Con respecto a la correlación con las variables significativamente estadísticas, de los síntomas físicos y bienestar en pacientes con Trastorno de Angustia, se demostró una correlación positiva entre la escolaridad y los problemas para ver ($.412$, $p=.024$), lo que nos confirma que entre más alto grado de escolaridad, hubo más problemas con respecto a la agudeza visual.

De igual forma se constató una correlación negativa entre el ingreso promedio mensual y el bienestar y salud ($r=-.525$, $p=.003$) y el ingreso promedio mensual de los habitantes de casa y el bienestar y salud ($r=-.467$, $p=.009$). Lo cual dio a conocer que mientras más se perciben ingresos económicos de forma mensual, resultó mayor el ingreso mensual de los habitantes de su casa; así mismo bienestar y salud se percibió con más alteraciones.

Por otra parte, también se confirmó una correlación negativa entre el tratamiento farmacológico y la presencia de síntomas físicos tales como tos molesta ($r=-.419$, $p=.021$) así como con la presencia de tics o tartamudeo ($r=-.439$,

$p=.015$). Lo que significó que el grupo de pacientes que se encontraban recibiendo tratamiento farmacológico de forma más prolongada, presentaron un menor reporte de dichos síntomas físicos. (Ver tabla 3).

Finalmente, las variables sociodemográficas en el grupo de pacientes con Trastorno de Angustia, revelaron una correlación positiva entre la escolaridad y el ingreso promedio mensual ($r=.435$, $p=0.16$), así como con el tratamiento terapéutico ($r=.369$, $p=0.45$). Lo cual demostró que a mayor escolaridad, se percibe un mejor ingreso promedio mensual, y la asistencia al tratamiento terapéutico se mantuvo con mejores resultados. En cuanto al ingreso promedio mensual ($r=.447$, $p=0.13$) se observó que entre más alto era el ingreso mensual del paciente, mejoraba el ingreso promedio mensual de los habitantes de su casa. Por último, el tratamiento terapéutico también tuvo una correlación positiva con la escolaridad ($r=.369$, $p=0.45$) siendo que las personas que se mantuvieron en tratamiento terapéutico, tenían más alto grado de estudios. (Ver tabla 4).

En tanto que en el grupo de pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada, también se encontraron variables de Calidad de Vida significativamente estadísticas, entre ellas la correlación negativa entre el sexo y la apariencia física, ($r= -.599$, $p=.000$), la escolaridad y las funciones cognitivas ($r=-.385$, $p=.035$), el tratamiento farmacológico y el desempeño físico ($r=-.389$, $p=.034$). Lo que demostró que los hombres tuvieron una mejor percepción de su apariencia física, en tanto que las capacidades de memoria y concentración, resultaron más alteradas entre menor grado de escolaridad tenían los pacientes. Se observó también una correlación positiva entre la ocupación y el desempeño físico ($r=.543$, $p=.002$) lo que significó que el rendimiento físico es mejor en empleados y profesionistas. Se observó también que el desempeño físico se vio más alterado en quienes mantenían tratamiento farmacológico a base de benzodiazepinas e ISRS. (Ver tabla 5)

Mostrando una correlación positiva entre la ocupación y el desempeño físico ($r=.543$, $p=.002$), lo que nos dio a conocer que los empleados y profesionistas, mostraron un mejor desempeño físico.

En cuanto a las variables significativamente estadísticas de síntomas físicos y Bienestar, se confirmó correlación positiva entre la edad y los dolores musculares ($r = .404$, $p = .027$), siendo positiva además entre el sexo y dolor de cabeza ($r = .468$, $p = .009$), los dolores musculares ($r = .460$, $p = .010$), dolor de articulaciones ($r = .429$, $p = .018$), hinchazón de tobillos o piernas ($r = .363$, $p = 0.49$). Lo que demostró que entre más rango de edad de los pacientes, la presencia de dolores musculares fuera más frecuente. En relación con el sexo y los síntomas físicos, encontramos que el ser mujer, influyó para presentar con más frecuencia la presencia tanto de dolores de cabeza, musculares articulaciones e hinchazón de piernas o tobillos. Con lo que respecta a la ocupación y el bienestar y salud ($r = .384$, $p = .036$) así como entre el tratamiento farmacológico y los dolores musculares ($r = .398$, $p = 0.29$), la hinchazón de piernas o tobillos ($r = .368$, $p = .045$) se encontraron correlaciones positivas, que confirmaron que los pacientes con empleo perciben mejor su bienestar y salud, y los pacientes que mantuvieron más tiempo el tratamiento farmacológico, presentaron con más frecuencia dolores musculares e hinchazón de piernas o tobillos. Además se encontró correlación negativa entre escolaridad y problemas para ver, ($r = -.451$, $p = .002$), entre ocupación y dolores musculares ($r = -.398$, $p = .030$), tics o tartamudeo ($r = -.431$, $p = .032$), entre ingreso promedio mensual y problemas para ver ($r = -.391$, $p = .032$), así como tics o tartamudeo ($r = -.395$, $p = .032$). Corroborándonos que entre más alto es el grado de escolaridad, existieron menos problemas en cuanto a la visibilidad. Mientras que los pacientes que se mantenían desempeñando alguna ocupación, negaron la presencia de síntomas físicos tales como dolores musculares y tics o tartamudeo. Y finalmente demostraron que entre más alto es el ingreso promedio mensual, refirieron disminución en cuanto a problemas en la visión y tics o tartamudeo. (Ver tabla 6).

Por último, se valoró la correlación con las variables sociodemográficas estadísticamente significativas, corroborando una correlación positiva entre el tratamiento terapéutico y la edad ($r = .374$, $p = .042$) y negativa con respecto a la escolaridad ($r = -.383$, $p = .037$). Lo que significó que los pacientes de menor edad, acudieron con más frecuencia a tratamiento terapéutico. Mientras que los

pacientes con más altos estudios académicos, se presentó una mayor asistencia con respecto al tratamiento terapéutico.

En cuanto al estado civil y el tratamiento farmacológico se encontró una relación negativa ($r=-.387$, $p=.035$). Lo que significa que los pacientes casados y en unión libre, utilizaron más tratamientos a base de ISRS y benzodiazepinas.

Observándose correlaciones positivas entre la ocupación y escolaridad ($r=.602$, $p=0.000$), e ingreso promedio mensual ($r=.537$, $p=.002$). Lo que significa que los pacientes con estudios universitarios, carreras técnicas y bachillerato completo eran empleados o profesionistas, los cuales refirieron ingresos promedios mensuales más elevados.

En cuanto a el ingreso promedio mensual, se observó una correlación negativa con el sexo ($r=-.568$, $p=.005$) es decir que el sexo femenino obtuvo menores ingresos mensuales. Siendo positivas para escolaridad ($r=.504$, $p=.005$), e ingreso promedio mensual de los habitantes de su casa ($r=.631$, $p=0.000$). Es decir que a mayor escolaridad se obtienen mejores ingresos mensuales y por lo tanto mayores ingresos mensuales de los habitantes de su casa. (Ver tabla 7).

TABLA 2. CORRELACIÓN ENTRE VARIABLES DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON TRASTORNO DE ANGUSTIA:

EDAD		
	r= (Correlación de Pearson)	p= (Significancia)
Desempeño Físico	-.482**	.007
Adherencia terapéutica	-.396*	.030
Funciones cognitivas	-.650**	.000
Preocupaciones sociales debido a la enfermedad	-.381*	.038
Alejamiento	-.383*	.037
ESCOLARIDAD		
Alejamiento	.380*	.039

TABLA 3. CORRELACIÓN ENTRE VARIABLES DE SÍNTOMAS FÍSICOS, BIENESTAR Y SALUD EN PACIENTES CON TRASTORNO DE ANGUSTIA.

ESCOLARIDAD		
	r=(Correlación de Pearson)	p=(Significancia)
Problemas para ver	.412*	.024
INGRESO PROMEDIO MENSUAL		
Bienestar y Salud	-.525*	.003
INGRESO PROMEDIO MENSUAL DE LOS HABITANTES DE CASA		
Bienestar y Salud	-.467*	.009
TRATAMIENTO FARMACOLOGICO		
Tos molesta	-.419*	.021
Tics o tartamudeo	-.439*	.015

TABLA 4. CORRELACIÓN ENTRE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS EN PACIENTES CON TRASTORNO DE ANGUSTIA.

ESCOLARIDAD		
	r=(Correlación de Pearson)	p=(Significancia)
Ingreso promedio mensual	.435*	.016
Tratamiento terapéutico	.369*	.045
INGRESO PROMEDIO MENSUAL		
Ingreso promedio mensual de los habitantes de su casa.	.447*	.013
TRATAMIENTO TERAÉPUTICO		
Escolaridad	.369*	.045

TABLA 5. CORRELACION ENTRE VARIABLES DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA.

SEXO		
	r= (Correlación de Pearson)	p= (Significancia)
Apariencia física	-.599**	.000
ESCOLARIDAD		
Funciones cognitivas	-.385*	.035
OCUPACIÓN		
Desempeño físico	.543*	.002
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO		
Desempeño Físico.	-.389*	.034

TABLA 6. CORRELACIÓN ENTRE VARIABLES DE SÍNTOMAS FÍSICOS, BIENESTAR Y SALUD EN PACIENTES CON TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

EDAD		
	r= (Correlación de Pearson)	p= (Significancia)
Dolores musculares	.404*	.027
SEXO		
Dolor de cabeza	.468*	.009
Dolores musculares	.460*	.010
Dolor de articulaciones	.429*	.018
Hinchazón de tobillos o piernas	.363*	.049
ESCOLARIDAD		
Problemas para ver	-.451**	.002
OCUPACIÓN		
Bienestar y Salud	.384*	.036
Dolores musculares	-.398*	.030
Tics o Tartamudeo	-.431*	.018
INGRESO PROMEDIO MENSUAL		
Problemas para ver	-.391*	.032
Tics o tartamudeo	-.395*	.032
TRATAMIENTO FARMACOLOGICO		
Dolores musculares	.398*	.029
Hinchazón de tobillos o piernas	.368	.045

TABLA 7. CORRELACION ENTRE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS EN PACIENTES CON TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA.

TRATAMIENTO TERAPÉUTICO		
	r= (Correlación de Pearson)	p= (Significancia)
Edad	.374*	.042
Escolaridad	-.383*	0.37
EDO. CIVIL		
Tratamiento farmacológico	-.387*	.035
OCUPACIÓN		
Escolaridad	.602**	.000
Ingreso promedio mensual	.537**	.002
INGRESO PROMEDIO MENSUAL		
Sexo	-.568**	.005
Escolaridad	.504**	.005
Ingreso promedio mensual de los habitantes de su casa	.631**	.000

Como tercer análisis se llevó a cabo el estudio de (ANOVA), Análisis de Varianza de Una Vía. En donde los resultados corroboraron la hipótesis propuesta en esta investigación, ya que confirmaron que sí existen diferencias estadísticamente significativas entre los resultados de las diferentes áreas de la calidad de vida en pacientes con Trastorno de Angustia y pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Con el análisis de varianza de una vía se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos de pacientes en las siguientes áreas:

Apariencia Física (F=11.260, P=.001): Se observó que los pacientes con Trastorno de Angustia obtuvieron puntajes bajos, con respecto al Trastorno de Ansiedad Generalizada, es decir que perciben menor su calidad de vida. Es decir, al área que hace referencia a la imagen corporal del individuo. Se incluye aquí si la apariencia física del cuerpo se percibe en sentido positivo o negativo (si se

encuentra satisfecho o no con su cuerpo, su peso etc.) y si ésta percepción se ha modificado debido a la enfermedad.

Funciones cognitivas (F=5.161, P=.027): En esta área, se demostró que los pacientes con Trastorno de Angustia, también presentaron menores puntuaciones con respecto a las funciones cognitivas con respecto al Trastorno de Ansiedad Generalizada. Lo que significó que dichos pacientes perciben menor su calidad de vida en cuanto a las capacidades de memoria, concentración, pensamiento y atención del individuo.

Familia (F=12.259, P=.001): Se encontró que con respecto al área relacionada con la familia, los pacientes con Trastorno de Angustia presentaron menor puntuación al ser comparados con Trastorno de Ansiedad Generalizada, mostrando que la percepción de su calidad de vida es menor en lo que respecta a la relación afectiva que existe entre la persona y los miembros de la familia, existen reactivos tanto positivos como negativos que ayudan a evaluar si existe apoyo social dentro de la familia.

Preocupaciones sociales debidas a la enfermedad (F=13.142, P=.001): Pacientes con Trastorno de Angustia presentaron puntajes más bajos, lo que significó una percepción menor de su calidad de vida a diferencia de pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada. Esta área relaciona el estado de bienestar del individuo con la enfermedad que esté cursando. Hace relación tanto a la familia como a otras personas que involucran un trato social.

Alejamiento (F=7.918, P=.007): Se pudo observar a través de esta área, que pacientes con Trastorno de Angustia percibieron menor calidad de vida al obtener puntajes más bajos, es decir que presentan sentimientos negativos más altos de incompetencia, disminución de la confianza y soledad, que aquellos pacientes con Trastorno de Angustia.

Percepción de Apoyo Social (8.024, P=.006): A través de ésta análisis se confirmó que los pacientes con Trastorno de Angustia mostraron puntajes más bajos en esta área, lo que demostró que su percepción de calidad de vida es peor que en Trastornos de Ansiedad Generalizada. En este sentido, mencionaron diversas situaciones que involucran el apoyo tanto de amigos, conocidos o familiares, en particular se refiere a la medida en que la persona puede depender de este soporte en una posible crisis o toma de decisiones.

Percepción de Apoyo Social (8.024, P=.006): A través de ésta análisis se confirmó que los pacientes con Trastorno de Angustia mostraron puntajes más bajos en esta área, lo que demostró que su percepción de calidad de vida es peor que en Trastornos de Ansiedad Generalizada. En este sentido, mencionaron diversas situaciones que involucran el apoyo tanto de amigos, conocidos o familiares, en particular se refiere a la medida en que la persona puede depender de este soporte en una posible crisis o toma de decisiones.

DISCUSIÓN

Tras el análisis estadístico de los resultados obtenidos en esta investigación, resulta necesario discutir algunos puntos esenciales.

En general, la calidad de vida de los dos grupos de pacientes que conformaron este estudio, reflejaron alteraciones en la calidad de vida.

Existen reportes en la literatura médica que demuestran que dentro de los trastornos de ansiedad, el trastorno de angustia y el trastorno de ansiedad generalizada tienen una puntuación baja en la calidad de vida global, (17) estudios realizados en atención primaria y especializada demuestran que los trastornos de ansiedad, ejercen un impacto negativo sobre la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). (18) Estudios epidemiológicos y clínicos describen claramente la extensa reducción en la calidad de vida, asociada con los trastornos de ansiedad. (16)

Sujetos con trastorno de ansiedad que se incluyen en ensayos clínicos tienen significativo deterioro en la calidad de vida, aunque el grado de disfunción varía, sugiriendo que la percepción de la calidad de vida de cada individuo es un factor adicional que debe ser parte de una valoración completa. (14)

Con respecto a los datos sociodemográficos en general, predominó el sexo femenino, siendo el grupo de edad de 31-40 años el de mayor porcentaje en ésta investigación, resultado de gran relevancia clínica debido a que se trata de un grupo etario económicamente activo y funcional. El estado civil casado fue el que

más se presento, en cuestión del nivel educativo, la mayoría de los individuos que conformaron el universo de la muestra de esta investigación concluyó la secundaria completa, dedicándose con mayor frecuencia al desempeño de un oficio, percibiendo ingresos promedios mensuales bajos, situaciones que finalmente se convierten en estresores multifactoriales que desempeñan un papel importante en la calidad de vida y funcionamiento de los pacientes con trastornos de ansiedad. Hallazgos que han sido reportados en la mayoría de las investigaciones. (18,5).

En relación a las áreas de calidad de vida evaluadas por el InCaViSa, (22-27) resultó interesante, cómo en los pacientes con Trastorno de Angustia, tanto el desempeño físico, como la adherencia terapéutica, las funciones cognitivas, las preocupaciones sociales debidas a la enfermedad y el alejamiento se encuentran significativamente relacionadas con la edad y la escolaridad. Mientras que en los pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada el sexo, la escolaridad, la ocupación y el tratamiento farmacológico se relacionan significativamente con la apariencia física, funciones cognitivas y desempeño físico. (19)

En algunos casos la pérdida o la afectación de algunas relaciones interpersonales importantes, que pueden relacionarse con el inicio o la exacerbación de un trastorno de angustia. Una de las consecuencias frecuentes de este trastorno es la desmoralización, que lleva a muchos individuos a sentirse desmotivados, avergonzados e infelices por las dificultades que experimentan al llevar a cabo sus actividades diarias. (4,5)

Mientras que en el grupo de pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada, el sexo, la escolaridad, la ocupación y el tratamiento farmacológico, obtuvo más correlaciones con la apariencia física, las funciones cognitivas, y el desempeño físico. Las personas con Trastorno de Ansiedad Generalizada presentan un estilo cognitivo en particular, caracterizado por la rigidez cognitiva, y la predicción catastrófica de los eventos: primero frente a las expectativas sociales, y segundo frente a la necesidad de control y convencimiento de tener la razón frente a las predisposiciones catastróficas de peligro inminente, junto con la

abstracción selectiva y la generalización de situaciones potencialmente peligrosas. (15)

En la población estudiada se tomaron en cuenta áreas que engloban tanto a síntomas físicos, como al bienestar y salud. Demostrando que en el grupo de pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada, existió con mayor frecuencia síntomas como dolor de cabeza, dolores musculares, de articulaciones, hinchazón de piernas o tobillos, así como tics o tartamudeo. Los Trastornos de Ansiedad debe enfocarse en atender dichas áreas, puesto que de eso depende que tanto la familia, el trabajo, la percepción social y los síntomas físicos relacionados con el trastorno de ansiedad o con las comorbilidades, se vean beneficiados de forma conjunta. (20) De acuerdo al Estudio Nacional de Comorbilidades, en un año dado sólo aproximadamente el 37% de los pacientes con trastorno de ansiedad, utiliza algún servicio de salud, incluyendo visitas a psiquiatras (13%), otros servicios de salud mental (16%), y (24.3%) en médicos generales.(2,3,4).

En cuanto a las variables significativamente estadísticas, relacionadas con la calidad de vida en pacientes con Trastorno de Angustia y Trastorno de Ansiedad Generalizada, se realizó un análisis de varianza de una vía, el cual reveló que en ambos la apariencia física, las funciones cognitivas, la familia, las preocupaciones sociales debidas a la enfermedad y la percepción del apoyo social, tuvieron relaciones significativamente estadísticas, demostraron que los pacientes del primer grupo, es decir pacientes con Trastorno de Angustia, percibieron su calidad de vida en general una puntuación más baja con respecto a pacientes del segundo grupo o Trastorno de Ansiedad Generalizada. Estudios epidemiológicos recientemente analizaron los datos de estudios que sugieren que pacientes con Trastorno de Angustia sufren una disfunción importante en varios ámbitos, sin embargo el área que más alteraciones presentó fue la de calidad y vida. Estos pacientes demostraron también una disminución importante en la escala de disfunción de Sheehan y subescalas. (21)

CONCLUSIONES

El objetivo principal de este estudio fue evaluar la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de Trastorno de Angustia y Trastorno de Ansiedad Generalizada, en pacientes que acuden de forma subsecuente a la Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez y determinar si estadísticamente existen diferencias significativas entre ambos grupos de pacientes con respecto a la calidad de vida.

La información obtenida en esa investigación, podrá ser de gran utilidad al personal del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, que se encuentre en contacto con el universo de trabajo que participó en este estudio, principalmente con el área médica, de psicología y trabajo social.

Ya que a través de esta información se podrán seguir reforzando las áreas y aspectos que influyen de manera positiva en la calidad de vida de los pacientes con Trastorno de Angustia y Trastorno de Ansiedad Generalizada. De la misma manera, se podrán realizar acciones que ayuden a incrementar las áreas más afectadas y bajas en cuanto a calidad de vida de los pacientes que acuden a esta institución, para brindar un tratamiento integral tomando en cuenta no sólo aspectos clínicos y farmacológicos, sino también aspectos tan importantes como lo son la calidad de vida, bienestar y salud.

El análisis estadístico de esta investigación demostró que tanto las variables sociodemográficas, de bienestar, salud, síntomas físicos y principalmente calidad de vida, mostraron correlaciones significativas positivas y negativas estadísticamente significativas tanto en el grupo de pacientes con Trastorno de Angustia, como en el grupo de pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada. Comportándose en gran parte a lo referido en la literatura médica y publicaciones electrónicas de mayor difusión.

Para aumentar la confiabilidad de esta investigación, los resultados obtenidos se sometieron a un análisis de varianza de una vía, que reveló que entre los dos diagnósticos psiquiátricos había diferencias significativas en la percepción de calidad de vida, siendo los pacientes con diagnóstico de Trastorno

de Angustia quienes tuvieron puntuaciones más bajas en cuanto a la apariencia física, las funciones cognitivas, la familia, las preocupaciones sociales debidas a la enfermedad, el alejamiento y finalmente la percepción de apoyo social.

En cuanto a las limitaciones que se observaron en la realización de este estudio, se pudo concluir lo siguiente: La mayoría de los pacientes no contaba con el tiempo suficiente para contestar los instrumentos de evaluación, manifestando preocupación por perder su cita programada, lo que disminuyó también la oportunidad de ser autoaplicables. Otro gran número de pacientes no conocían con exactitud su diagnóstico, confundiendo ambos diagnósticos entre sí o entre trastornos afectivos de tipo depresivo, lo que dificultó la captación de los pacientes. Por último, otra de las limitaciones fue, el no contar con el seguimiento específico de los pacientes que en algún momento recibieron tratamiento terapéutico.

Finalmente cabe señalar que mediante este estudio se logró obtener una base de datos, que si se continuara pudiera aumentar en número, variables, instrumentos de evaluación, así como seguimiento de cada grupo de pacientes.

REFERENCIAS

1. Deniss,S. Charney, Wayne C. Drevets: Chapter Neurobiological basis of anxiety disorders 1995; (63) 901-930.
2. Amir Garakani, Sanjai J. Mathew,Dennis S. Charney: Neurobiology of Anxiety Disorders and Implications for Treatment 2006;1-9.
3. López Aliño J., Váldez Miyar M. : Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 2002; 482-489, 529-534.
4. Albarracín G., Rovira J., Carreras L.: Aspectos Económicos y Epidemiológicos de los Trastornos de Ansiedad Generalizada: Una Revisión de la Literatura. Actas Españolas de Psiquiatría 2008; 36 1-12.
5. Wendy Tieman, Jan Van der Ende, Franck . Verhulst : Psychiatric Disorders in Young Adult Intercountry Adoptees: An Epidemiological Study 2005; 162:3.
6. Vázquez Varquero J. , Herrán Gómez A: Trastornos de Ansiedad 2006; 1-23.
7. González Ceinos M., Ayuso Gutierrez JL : Reflexión sobre los Trastornos de Ansiedad en la Sociedad Occidental. Rev Cubana Med Integr v.23 n.1 2007 6-18.
8. WHOQOL GROUP (1988). Development of the World Health Organization Quality of Life Assessment. Psychological Medicine, 28 (3), 551-558.
9. O' Boyle & Ciaran, A. : Quality of Life Assessment: A paradigm shift in health care. Irish Journal of Psychological Society Ireland (1997); 18 (1), 551-66
10. Siegrist, J. & Junge, A. Background material of the workshop on quality of life. Conceptual and Methodological Problems in research on the quality of life in clinical medicine (1990) , 29 (5), 463- 468.
11. Power, M. & Harper, A., The World Health Organization Quality of Life Group. (1999): Test of the universality of quality of life in 15 different cultural groups world wide. Health Psychology, 18 (5), 495-505.
12. Heinz Katschnig, Hugh Freeman, Norman Sartorius: Calidad de Vida en los Trastornos Mentales 2000; 5-35.

13. Marck, Hyman Rapaport, Cathryn Clary, Rana Fayyad, Jean Endicott: Quality of Life Impairment in Depressive and Anxiety Disorders 2005; 162 : 1171-1178.
14. Arredondo Londoño N., Álvarez Vargas C.: Distorsiones Cognitivas Asociadas al Trastorno de Ansiedad Generalizada. Inf Psic n.7 Medellin dez 2005.
15. Mauro V. Mendlowicz, Murray B. Stein,: Quality of life In Individuals with Anxiety Disorders 2000; 4-12.
16. Victoria Cramer, Candpolit, Svann Torgersen: Quality of Life and Anxiety Disorders: A Population Study 2005; 1-7.
17. Pinto Meza A, Jaro M.J, Palacin C., Martínez Alonso M: Impacto de los Trastornos de Ánimo, de Ansiedad y de las Enfermedades Crónicas en la Calidad de Vida de la Población General de España. Resultados del Estudio ESEMeD-España. Actas Españolas de Psiquiatría 2007; 35 (Supl.2) 12-20.
18. Lara Muñoz Ma. Carmen, Medina Mora Ma. Elena, Borges Guilgherme: Social Cost of Mental Disorders: Disability and work Days Lost. Results From The Mexican Survey of Psychiatric Epidemiology 2007; Salud Mental, Septiembre -Octubre vol. 30, número 005 Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente; 4-14.
19. Cramer Victoria CandPolit, Torgersen Svann, Kringlen Einar: Quality of Life and Anxiety Disorders. He Journal of Nervous of Mental Disease March 2005; 109-3.
20. González, J., & Sánchez –Sosa,J. : Sistematic Assessment of Quality of Life in HIV- Positive Patients at three Clinical Stages of the Infection. International Journal of Clinical Healt Psychology 2001; 1 (3), 519-528.
21. Rubin HC, Rapaport MH, Levine B, et al.: Quality of Well Being in Panic Disorder: The Assessment of Psychiatric and General Disability 2000; (21) 57-217.
22. Hernández, L.& Sánchez Sosa, J.: Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (SEVIC) 1993.

23. Vickrey, B.G.; Hays, R.D.; Marooni, R.& Myers, L.W. : A Health Related Quality of Life Measure for Multiple Sclerosis. *Quality of life Research* 1995; 4 (3), 1.87-206.
24. Mannucci, E.; Rica, V.; Barciulli, E.; Di Bernardo M.& Travaglini, R. et al.: QUality of Life and Overweight: The Obesity Related Well Being (ORWELL 97) Questionnaire. *Addictive Behaviors*, 24 (3), 345-357.
25. Goodwing, D., Boogs, S. & Graham –Pole J. (1994). Development and Validation of the Pediatric Oncology Quality of Life Scale. *Psychological Assessment*, 6 (4), 321-328.
26. Brotnos, L., & Feist, J. (2000). *Health Psychology. An Introduction to Behavior and Health* (4th ed.) Standford: Wadworth / Thompson Learning.
27. Fernández, J.A; Rancano, I.& Hernández, R. (1999. Propiedades Psicométricas de la Revisión Española del Cuestionario PEVEC de Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos. *Psicothema*, 11 (2), 293-330.
28. Ley General de Salud. Materia de Investigación para la Salud, Título 2; Capítulo 1, Artículo 17, Fracción III publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de Enero de 1987



“HOSPITAL PSQUIATRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ”

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“CALIDAD DE VIDA EN TRASTORNOS DE ANSIEDAD GENERALIZADA Y TRASTORNO DE ANGUSTIA”

El propósito de esta investigación es conocer la situación actual de la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada y Trastorno de Angustia, que acuden de manera subsecuente a la consulta externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez”.

El estudio se llevará a cabo a través de la recopilación de datos obtenidos de instrumentos clinimétricos de evaluación, los cuales deberán ser llenados por los pacientes que decidan participar en esta investigación.

El tiempo estimado para contestar los instrumentos de evaluación irá de los 15 a los 30 minutos.

El estudio no conlleva ningún riesgo y el participante no recibe ningún beneficio. No se dará ninguna compensación económica por participar en la investigación.

El proceso será estrictamente confidencial. Su nombre no será utilizado en ningún informe cuando los resultados de la investigación sean publicados.

La participación es estrictamente voluntaria. El participante tendrá el derecho de retirarse de la investigación en cualquier momento. No habrá ningún tipo de sanción ni represalias.

En caso de preguntas sobre la investigación podrá contactar a: Candy Daniela Rodríguez Lira, médico residente de 4o grado en la Especialización de Psiquiatría del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez”.

En caso de tener dudas sobre los derechos como participante, favor de contactar al Comité de Ética, del “Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez”.

Si desea participar, favor de llenar los instrumentos de evaluación y devolver inmediatamente al encuestador.

AUTORIZACIÓN

He leído claramente el procedimiento descrito anteriormente. El investigador me ha explicado el estudio y ha contestado mis dudas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en la investigación, confirmando que he recibido copia de este documento.

NOMBRE Y FIRMA DEL INVESTIGADOR

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

ANEXOS

Anexo 1: MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW: M.I.N.I

Nombre del paciente: _____	Número de protocolo: _____
Fecha de nacimiento: _____	Hora en que inicio la entrevista: _____
Nombre del entrevistador: _____	Hora en que terminó la entrevista: _____
Fecha de la entrevista: _____	Duración total: _____

MÓDULOS	PERIODO EXPLORADO	CUMPLE LOS CRITERIOS	DSM IV	ICD-10
A EPISODIO DEPRESIVO MAYOR	ACTUAL (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	299.20-296.26 episodio único	F32.x
	Recidivante	<input type="checkbox"/>	296.30-296.39 recidivante	F33.x
EDM CON SÍNTOMAS MELÁNCOLICOS (Opcional)	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 episodio único	F32.x
			296.30-296.36 recidivante	F33.x
B TRASTORNO DISTÍMICO	Actual (últimos 2 años)	<input type="checkbox"/>	300.4	F34.1
C RIESGO DE SUICIDIO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>		
	Riesgo: leve <input type="checkbox"/> moderado <input type="checkbox"/> alto <input type="checkbox"/>			
D EPISODIO MANÍACO	Actual	<input type="checkbox"/>	296.00-296.06	F30.x-F31.9
	Pasado	<input type="checkbox"/>		
EPISODIO HIPOMANÍACO	Actual	<input type="checkbox"/>	296.80-296.89	F31.8 F31.9/F34.0
	Pasado	<input type="checkbox"/>		
E TRASTORNO DE ANGUSTIA	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.01/300.21	F40.01-F41.0
	De por vida	<input type="checkbox"/>		
F AGORAFOBIA	Actual	<input type="checkbox"/>	300.22	F40.00
G FOBIA SOCIAL (TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL)	Actual(último mes)	<input type="checkbox"/>	300.23	F40.1
H TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.3	F42.8
I ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (Opcional)	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	309.81	F43.1
J DEPENDENCIA DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	303.9	F10.2x
ABUSO DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	305	F10.1
K DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
			304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
L TRASTORNO PSICÓTICO	De por vida	<input type="checkbox"/>	295.10-295.90/297.1	F20.xx-F29
	Actual	<input type="checkbox"/>	297.3/293.81/293.82 293.83/298.8/298.9	
TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS	Actual	<input type="checkbox"/>	296.24	F32.3/F33.3
M ANOREXIA NERVIOSA	Actual(últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
N BULIMIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2
ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVA/PURGATIVA	Actual	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
O TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	Actual (Últimos 6 meses)	<input type="checkbox"/>	300.02	F41.1
P TRASTORNO ANTISOCIAL DE PERSONALIDAD(Opcional)	De por vida	<input type="checkbox"/>	301.7	F60.2

E. TRASTORNO DE ANGUSTIA

SIGNIFICA: CIRCULAR NO EN E5 Y PASAR DIRECTAMENTE A F1

E1	a	¿En más de una ocasión, tuvo una crisis o ataques en los que se sintió súbitamente ansioso, asustado, incómodo o inquieto, incluso en situaciones en la cual la mayoría de las personas no se sentirían así?	NO	SÍ	1
	b	¿Estas crisis o ataques alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos?	NO	SÍ	2
E2		¿Alguna vez estas crisis o ataques ocurrieron de manera inesperada o espontánea u ocurrieron de forma impredecible o sin provocación?	NO	SÍ	3
E3		¿Ha tenido una de estas crisis seguida por un periodo de un mes o más en el que temía que otro episodio recurriera o se preocupaba por las consecuencias de la crisis?	NO	SÍ	3
E4		Durante la peor de crisis que usted puede recordar:			
	A	¿Sentía que su corazón saltaba latidos, latía más fuerte o más rápido?	NO	SÍ	5
	B	¿Sudaba o tenía las manos húmedas?	NO	SÍ	6
	C	¿Tenía temblores o sacudidas musculares?	NO	SÍ	7
	D	¿Sentía la falta de aliento o dificultad para respirar?	NO	SÍ	8
	E	¿Tenía sensación de ahogo o un nudo en la garganta?	NO	SÍ	9
	F	¿Notaba dolor o molestia en el pecho?	NO	SÍ	10
	G	¿Tenía náuseas, molestias en el estómago o diarreas repentinas?	NO	SÍ	11
	H	¿Se sentía mareado, inestable, aturdido o a punto de desvanecer?	NO	SÍ	12
	I	¿Le parecía que las cosas a su alrededor eran irreales, extrañas, indiferentes, o no le parecían familiares, o se sintió fuera o separado de su cuerpo o de partes de su cuerpo?	NO	SÍ	13
	J	¿Tenía miedo de perder el control o de volverse loco?	NO	SÍ	14
	K	¿Tenía miedo de que se estaba muriendo?	NO	SÍ	15
	L	¿Tenía alguna parte de sus cuerpo adormecida o con hormigueos?	NO	SÍ	16
	M	¿Tenía sofocaciones o escalofríos?	NO	SÍ	17
E5		¿CODIFICÓ SÍ EN E3 Y EN POR LO MENOS 4 DE E4	NO	SÍ	
E6		SI E5 = NO , ¿CODIFICÓ SÍ EN ALGUNA RESPUESTA DE E4 ? SI E6 = SÍ , PASAR A F1	NO	SÍ	
E7		¿En el pasado mes, tuvo estas crisis en varias ocasiones (2 o más), seguidas de miedo persistente a tener otra?	NO	SÍ	18

Crisis con síntomas limitados Actual

Trastorno de Angustia Actual

O. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, CIRCULAR **NO** EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MODO

O1	a	¿Se ha sentido excesivamente preocupado o ansioso debido a varias cosas durante los últimos 6 meses?	NO	SÍ	1
	b	¿Se presentan estas preocupaciones casi todos los días?	NO	SÍ	2
		CODIFICAR SÍ, SI LA ANSIEDAD DEL PACIENTE ES RESTRINGIDA EXCLUSIVAMENTE, O MEJOR EXPLICADA POR CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE DISCUTIDOS	NO	SÍ	3

O2 ¿Le resulta difícil contrarlar estas preocupaciones o interfirieren para concentrarse en lo que hace? NO SÍ 4

O3 CODIFIQUE NO SI LOS SÍNTOMAS SE LIMITAN A RASGOS DE CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE EXPLORADOS.

En los últimos seis meses cuando estaba ansioso casi todo el tiempo:

A	¿Se sentía inquieto, intranquilo, o agitado?	NO	SÍ	5
B	¿Se sentía tenso?	NO	SÍ	6
C	¿Se sentía cansado, flojo o se agotaba fácilmente?	NO	SÍ	7
D	¿Tenía dificultad para concentrarse, o notaba que la mente se le quedaba en blanco?	NO	SÍ	8
E	¿Se sentía irritable?	NO	SÍ	9
F	¿Tenía dificultad durmiendo (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche o demasiado temprano o dormía en exceso)?	NO	SÍ	10

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE O3?

NO SÍ

<p>TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA ACTUAL</p>
--

Anexo 2: INVENTARIO DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD (InCaVisa)

DATOS SOCIODEMIGRÁFICOS.

¿Cuál es su edad? _____

Sexo: Hombre Mujer

¿Cuál es su escolaridad? (Por favor, marque uno):

- Ninguno en absoluto
- Escuela primaria incompleta
- Escuela primaria completa
- Escuela secundaria incompleta
- Escuela secundaria completa
- Bachillerato incompleto
- Bachillerato completo
- Carrera técnica
- Estudios universitarios.

¿Cuál es su estado civil?

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Soltero | <input type="checkbox"/> Separado |
| <input type="checkbox"/> Casado | <input type="checkbox"/> Divorciado |
| <input type="checkbox"/> Unión Libre | <input type="checkbox"/> Viudo |

¿A qué se dedica?_____

Ingreso promedio mensual \$_____

Ingreso promedio mensual de los habitantes en su casa \$ _____

INVENTARIO DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD (InCaVisa)

INSTRUCCIONES: Los siguientes enunciados se refieren a su salud y actividades cotidianas. Por favor conteste **Señalando con una 'X'** la opción que mejor describa su situación. Conteste con toda confianza y franqueza, para este cuestionario no existen respuestas buenas ni malas. Procure contestar todas las preguntas. Por favor siéntase en absoluta libertad de solicitar ayuda en caso de cualquier duda, o bien para leer y llenar el cuestionario, con todo gusto le atenderemos.

EJEMPLO:

	Nunca	Casi nunca	Pocas Veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
	0%	20%	40%	60%	80%	100%
1.- Hay situaciones o cosas que me hacen sentir mucho miedo o terror.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Colocaría una 'X' "CASI NUNCA" si ha sentido miedo o terror muy rara vez en su vida. Si pensara que siente miedo o terror en todo momento, tacharía "SIEMPRE".

	Nunca	Casi nunca	Pocas Veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
	0%	20%	40%	60%	80%	100%
1.- Hay situaciones o cosas que me hacen sentir mucho miedo o terror.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				

Reciba de antemano nuestro agradecimiento por su cooperación y recuerde: *con toda confianza, conteste con la verdad.*

Las siguientes preguntas se refieren únicamente a cómo ha pensado o sentido durante **las últimas dos semanas**, por favor tenga en mente sus creencias, esperanzas, gustos y preocupaciones pero sólo en los **últimos 15 días**.

Durante las últimas dos semanas...

APARIENCIA FÍSICA						
	Nunca	Casi nunca	Pocas Veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
	0%	20%	40%	60%	80%	100%
1.-Estoy insatisfecho (a) con la apariencia de mi cuerpo	<input type="checkbox"/>					
2.- Me preocupa que mi cuerpo se vea diferente porque estoy enfermo (a).	<input type="checkbox"/>					
3.- Me siento restringido (a) por mi peso	<input type="checkbox"/>					
4.- Me da pena mi cuerpo.	<input type="checkbox"/>					

Durante las dos últimas semanas...

DESEMPEÑO FÍSICO	Nunca	Casi nunca	Pocas Veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
	0%	20%	40%	60%	80%	100%
5.- Tengo suficiente energía para mis actividades cotidianas	<input type="checkbox"/>					
6.- Puedo cargar las bolsas del mandado sin hacer grandes esfuerzos.	<input type="checkbox"/>					
7.- Puedo subir más de un piso por las escaleras sin cansarme demasiado.	<input type="checkbox"/>					
8.- Puedo ir a donde quiero yo solo (a).	<input type="checkbox"/>					

Durante las dos últimas semanas...

ADHERENCIA TERAPÉUTICA						
	Nunca	Casi nunca	Pocas Veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
	0%	20%	40%	60%	80%	100%
9.- Me fastidia tomar tantas medicinas	<input type="checkbox"/>					
10.- Los efectos de las medicinas son peores que la enfermedad	<input type="checkbox"/>					
11.- Me siento a gusto con mi médico.	<input type="checkbox"/>					
12.- El trato que he recibido en el hospital o en la clínica ha lastimado mis sentimientos.	<input type="checkbox"/>					

Durante las dos últimas semanas...

FUNCIONES COGNITIVAS

	Nunca	Casi nunca	Pocas Veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
	0%	20%	40%	60%	80%	100%
13.- Se me olvida en donde puse las cosas	<input type="checkbox"/>					
14.- Se me olvidan los nombres	<input type="checkbox"/>					
15.- Tengo dificultad para concentrarme y pensar	<input type="checkbox"/>					
16.- Tengo problemas con mi memoria.	<input type="checkbox"/>					

Durante las dos últimas semanas...

FAMILIA						
	Nunca	Casi nunca	Pocas Veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
	0%	20%	40%	60%	80%	100%
17.- El amor de mi familia es lo mejor que tengo	<input type="checkbox"/>					
18.- Me siento a gusto entre los miembros de mi familia y círculo de amigos.	<input type="checkbox"/>					
19.-Mi familia me comprende y apoya.	<input type="checkbox"/>					
20.- El trato de mi familia ha lastimado mis sentimientos.	<input type="checkbox"/>					

Durante las dos últimas semanas...

PREOCUPACIONES SOCIALES DEBIDO A LA ENFERMEDAD

	Nunca	Casi nunca	Pocas Veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
	0%	20%	40%	60%	80%	100%
21.-Me incomoda el trato que median por mi enfermedad	<input type="checkbox"/>					
22.- Mi enfermedad es una carga para mi familia	<input type="checkbox"/>					
23.- Mi enfermedad es una carga para mi familia	<input type="checkbox"/>					
24.-Me preocupa que alguien no quiera salir conmigo por mi enfermedad	<input type="checkbox"/>					

Durante las dos últimas semanas...

ALEJAMIENTO

	Nunca	Casi nunca	Pocas Veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
	0%	20%	40%	60%	80%	100%
25.- Siento que soy un estorbo	<input type="checkbox"/>					
26.- Me siento tan vacío (a) que nadie podría animarme	<input type="checkbox"/>					
27.- Me parece que desde que enferme no confían en mí como antes	<input type="checkbox"/>					
28.- Me siento solo (a) aún estando en compañía de otros.	<input type="checkbox"/>					

Durante las dos últimas semanas...

PERCEPCIÓN DE APOYO SOCIAL

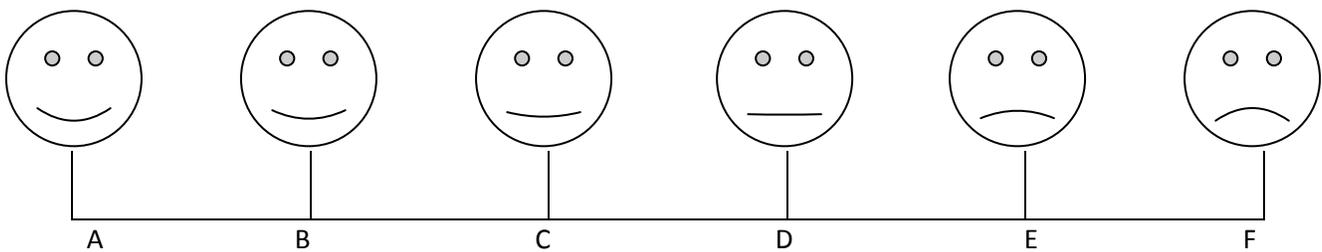
	Nunca	Casi nunca	Pocas Veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
	0%	20%	40%	60%	80%	100%
29.- Mis amigos se interesan por mí.	<input type="checkbox"/>					
30.-Tengo a quien recurrir cuando tengo problemas de dinero.	<input type="checkbox"/>					
31. -Cuando las cosas me salen mal,, hay alguien que me puede ayudar	<input type="checkbox"/>					
32.-Hay alguien con quien puedo hablar sobre decisiones importantes.	<input type="checkbox"/>					

BIENESTAR Y SALUD

	Muy mala	Mala	Regular	Buena	Muy buena	Excelente
	0%	20%	40%	60%	80%	100%
33.- Mi salud en general es.	<input type="checkbox"/>					
En comparación con el año pasado						
34.- ¿Cómo evalúa su salud en general ahora?	<input type="checkbox"/>					

35.- En general, ¿Cómo evaluaría su calidad de vida?.

Elija una letra en la siguiente escala y enciérrela en un círculo.



La mejor
Calidad de vida
Posible.

La peor
calidad de vida
Posible.
Tan mala o peor que estar muerto (a).

BIENESTAR Y SALUD

36.- En los últimos **siete días**: ¿Ocurrió algún hecho que influyera claramente en su bienestar?

(por ejemplo: disgustos, problemas de salud, intranquilidad, etc.)

() **NO** () **SI** **Por favor describa** _____

37.- En los últimos **seis meses**: ¿Ha ocurrido algún suceso importante para usted que cambió su vida?

(por ejemplo: muerte o enfermedad grave de un familiar cercano, salida de un hijo, de la casa, cambio de domicilio o de trabajo, separación).

() **NO** () **SI** **Por favor describa** _____

38.- Por favor indique su padecimiento y desde hace cuánto tiempo lo tiene:

39.- ¿Toma medicamentos?, si es así, por favor indique cuáles y en qué cantidad.

Instrucciones: La siguiente es una lista de preguntas sobre los síntomas físicos más frecuentes que pudiera tener. Por favor conteste encerrando en un círculo la opción que mejor refleje su propio caso.
 Todas las preguntas se refieren a cómo se sintió en los **últimos siete días**.

	No tuve	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
40.- ¿Dolor de cabeza?	<input type="checkbox"/>				
41.- ¿Dolores musculares?	<input type="checkbox"/>				
42.- ¿Dolor de articulaciones? (codo, rodillas, muñecas, ingle, dedos, etc)	<input type="checkbox"/>				
43.- ¿Hinchazón de tobillos y/o piernas?	<input type="checkbox"/>				
44.- ¿Problemas para ver?	<input type="checkbox"/>				
45.- ¿Problemas para oír?	<input type="checkbox"/>				
46.- ¿Comezón o lesiones en la piel? (Ilagas de cama, hongos, ampollas, resequedad, etc)	<input type="checkbox"/>				

	No tuve	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
47.- ¿Tos molesta?	<input type="checkbox"/>				
48.- ¿problemas al orinar? (ardor, cambio de color por su frecuencia o cantidad, etc.)	<input type="checkbox"/>				
49.- Tics o tartamudeo	<input type="checkbox"/>				
50.- ¿Mal olor, por ejemplo, en aliento, por sudoración, etc.?	<input type="checkbox"/>				
51.- ¿Hay algún síntoma que desee agregar?, si es así, ¿Cuál o cuáles son?	<hr/> <hr/>				

Anexo 3. Forma de Calificar el Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaVisa).

A continuación se presenta la forma de asignar los puntajes a los reactivos de Inventario de Calidad de Vida y Salud, así como el procedimiento para obtener la calificación total por área.

El inventario se conforma por 59 reactivos, los cuales se encuentran divididos en ocho principales áreas así como una de síntomas y otra de bienestar y salud. Los reactivos que conforman cada área se enumeran abajo:

	<i>Reactivos</i>
✓ Apariencia física	1*,2*,3*,4*
✓ Desempeño Físico	5,6,7,8
✓ Adherencia Terapéutica	9*,10*,11,12*
✓ Funciones cognitivas	13*,14*,15,16*
✓ Familia	17,18,19,20*
✓ Preocupaciones Sociales debido a la enfermedad	21*,22*,23*, 24*
✓ Alejamiento	25*,26*,27*,28*
✓ Percepción de apoyo social.	29,30,31,32

* *Reactivos Inversos*

Estos reactivos se califican otorgando puntuaciones de 1 a 6 en orden positivo:

- 1 = Nunca, 0%
- 2 = Casi nunca, 20%
- 3 = Pocas Veces, 40%
- 4 = Frecuentemente, 60%
- 5 = Casi siempre, 80%
- 6 = 100%.

Excepto los reactivos inversos (marcados por un asterisco) que se recodifican de la siguiente manera: 1=6, 2=5, 3=4, 4=3, 5=2, 6=1, a partir de la respuesta del paciente.

Una vez asignada la puntuación de cada reactivo, se suman los reactivos de cada área y se obtiene el porcentaje por área. El porcentaje se obtiene al considerar que la puntuación mayor por cada área es igual a 24 puntos lo que confirmaría el 100%, siendo así, se obtuvo un total de 19 puntos, el porcentaje de esa área sería $(19 \times 100) / 24 = 79.16\%$.

Para obtener el porcentaje total de Calidad de Vida, se suman todos los puntos de cada área, con un máximo de 192 que equivalen al 100%, con el procedimiento anterior, se obtiene el porcentaje total, lo que indicará puntajes bajos, menor calidad de vida; puntajes altos, mejor calidad de vida.

El área de síntomas, se puede manejar por su frecuencia codificando presencia (1) o ausencia (0) y por su severidad (Poco, Moderado, Mucho, Muchísimo).