



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

LOS COSTOS DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD: ESTUDIO
COMPARATIVO DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD
GENERALIZADA Y EL TRASTORNO DE ANGUSTIA

TESIS DE ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA QUE PRESENTA:

Luis Gerardo Moncayo Samperio

Tutor Teórico	Tutor Metodológico
Dr. Ilyamín Merlín García	Dra. Ana Fresán Orellana



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	5
ABSTRACT.....	7
MARCO DE REFERENCIA:	
TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y SU EPIDEMIOLOGÍA EN MÉXICO Y EL MUNDO	9
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA.....	9
TRASTORNO DE ANGUSTIA.....	16
COSTOS DE LOS TRASTORNOS MENTALES A NIVEL MUNDIAL Y EN MÉXICO.....	22
COSTO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD.....	24
ESTUDIOS DE COSTOS.....	27
METODOLOGÍA:	
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	31
JUSTIFICACIÓN.....	33
OBJETIVO GENERAL.....	34
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	34
HIPÓTESIS GENERAL.....	35
HIPÓTESIS ESPECÍFICAS.....	35
MATERIAL Y MÉTODO:	
TIPO DE ESTUDIO.....	36
POBLACIÓN EN ESTUDIO; SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	37
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	37
CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.....	37
DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES.....	38
ESCALAS DE MEDICIÓN	
CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (WHODAS II).....	40
ESCALA DE DISCAPACIDAD DE SHEEHAN.....	41
ESCALA DE IMPACTO ECONÓMICO DE LA ENFERMEDA EN HOGARES EN MÉXICO 2009, CUESTIONARIO DEL HOGAR (SAGE).....	42
ESCALA DE USO DE SERVICIOS (SUQ).....	43
ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON (HAM-A).....	44
PROCEDIMIENTO.....	45
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	47
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	48
RESULTADOS	
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA.....	49
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS ENTRE GRUPOS.....	51
COSTOS DIRECTOS E INDIRECTOS DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD.....	52
COMPARACIÓN DE COSTOS DIRECTOS E INDIRECTOS POR	

GRUPO DIAGNÓSTICO.....	55
VARIABLES ADICIONALES EVALUADAS ASOCIADAS A LOS COSTOS DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD.....	58
DISCUSIÓN.....	61
CONCLUSIONES.....	66
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	67
ANEXOS	
CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	77

RESUMEN

Los costos de los trastornos de ansiedad: Estudio comparativo del Trastorno de Ansiedad Generalizada y el Trastorno de Angustia.

Objetivo: Comparar los costos directos e indirectos del tratamiento de pacientes con diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de angustia que acudieron al servicio de consulta externa, así como de atención psiquiátrica continúa del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz durante un periodo de un año.

Método: El presente estudio empleó un muestreo de tipo no-probabilístico de tipo intencional, para obtener casos representativos de la población a estudiar, lo que permitió la obtención de datos relevantes para el estudio, con adecuada validez interna de los resultados. Para el presente estudio se incluyeron 124 pacientes.

Resultados: Se incluyeron un total de 124 pacientes con una edad promedio de 44.0 años (D.S.=12.6, rango 18-64), de los cuales el 73.4% (n=91) eran mujeres y el 26.6% (n=33) hombres. De los pacientes incluidos, el 65.3% (n=81) tuvieron el diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), mientras que el Trastorno de Angustia (TA) fue diagnosticado en el 34.7% (n=43).

De forma global, tanto los pacientes con TAG como con TA reportaron costos directos similares. El gasto económico de las consultas, medicamentos y análisis fue similar en ambos grupos. En cuanto al tiempo empleado, se observó que los pacientes con TAG emplean más en transportarse al servicio de psiquiatría en comparación con los pacientes con TA ($p=0.04$).

Al igual que lo observado en los costos directos, no se encontraron diferencias entre pacientes con TAG y TA en cuando al nivel de discapacidad reportado por el respectivo trastorno. Ambos grupos reportan niveles similares de discapacidad en el último mes, siendo éste de moderado a grave en las diferentes áreas de evaluación.

El nivel de apoyo social percibido, de acuerdo a la escala de Sheehan, también fue similar en los pacientes con TAG (media=68.1, D.E.=31.3) y en los pacientes con TA (75.5, D.E.=31.1; $p=0.21$), al igual que los días de incapacidad (TAG=5.2, D.E.=7.2; TA=4.5, D.E.=7.6; $p=0.16$) y de reducción de actividad (TAG=9.0, D.E.=8.5; TA=8.4, D.E.=9.5; $p=0.70$), evaluados mediante el WHODAS.

Conclusiones: El presente estudio brinda un panorama general de cuáles son los costos de atención que tienen los pacientes con un trastorno de ansiedad, así como la discapacidad asociada a estos trastornos. Estos resultados podrían ser la base que nos orille a fomentar la difusión de información de estos trastornos en la población general y el fomento al tratamiento adecuado para limitar las repercusiones a la funcionalidad de los pacientes y reducir los costos para las familias mexicanas. Es importante replicar estos estudios en otro tipo de poblaciones, con un contexto diferente a la población urbana que se incluyó en esta investigación. Así también sería relevante evaluar las repercusiones en adultos mayores y en menores de edad, quienes también ven sus vidas alteradas por estos trastornos.

ABSTRACT

The Costs of Anxiety Disorders: A Comparative Study of Generalized Anxiety Disorder and Distress Disorder.

Objective: To compare the direct and indirect costs of the treatment of patients with generalized anxiety disorder and panic disorder who attended the outpatient service, as well as the ongoing psychiatric care service of the National Institute of Psychiatry Ramón de la Fuente Muñiz, during a period of one year.

Method: The present study used a non-probabilistic type sampling of intentional type, which was used to obtain representative cases of the population to be studied (in this case patients with generalized anxiety disorder and patients with panic disorder in services of the INPRFM), which allowed the obtaining of relevant data for the study, with adequate internal validity of the results. For the present study 124 patients were included.

Results: A total of 124 patients with a mean age of 44.0 years (SD = 12.6, range 18-64) were included, of which 73.4% (n = 91) were women and the remaining 26.6% (n = 33) , men. Of the patients included, 65.3% (n = 81) had the diagnosis of Generalized Anxiety Disorder (GAD), while Panic disorder (PD) was diagnosed in the remaining 34.7% (n = 43).

Overall, both GAD and PD patients reported similar direct costs. The economic expenditure of consultations, medications and analysis was similar in both groups. Regarding the time spent, it was observed that patients with GAD use more transportation time to attend the psychiatric service compared to patients with PD (p = 0.04).

As observed in direct costs, no differences were found between GAD and PD patients when compared to the level of disability reported by the disorder. Both groups report similar levels of disability in the last month; being moderate to severe in the different areas of evaluation.

The level of perceived social support according to the Sheehan scale was also similar in patients with GAD (mean = 68.1, SD = 31.3) and in patients with PD (75.5, SD = 31.1, $p = 0.21$), at (GAD = 5.2, SD = 7.2, TA = 4.5, SD = 7.6, $p = 0.16$) and activity reduction (GAD = 9.0, SD = 8.5, SD = 8.4, SD = 9.5). = 0.70) evaluated by WHODAS.

Conclusions: The present study provides an overview of the costs of care for patients with an anxiety disorder as well as the disability associated with these disorders. These results could be the basis for us to encourage the dissemination of information on these disorders in the general population and the promotion of appropriate treatment to limit the repercussions on the functionality of patients and reduce costs for Mexican families. It is important to replicate these studies in another type of population, with a different context to the urban population studied in this research. It would also be relevant to assess the impact on the elderly and minors, which also see their lives altered by these disorders.

MARCO DE REFERENCIA

TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y SU EPIDEMIOLOGÍA EN MÉXICO Y EL MUNDO

Para mejorar las políticas de distribución de recursos en países de la Organización Mundial de la Salud, este organismo ha implementado una iniciativa para recolectar información acerca de la prevalencia y la carga de enfermedad de los trastornos mentales. La información recolectada sugiere que la enfermedad mental es común en todo el mundo, donde los trastornos de ansiedad, del ánimo, externalizados y trastornos por consumo de sustancias presentan una prevalencia de 18.1% a 36.1%. Se estima que en los Estados Unidos aproximadamente el 50% de los individuos tendrá criterios diagnósticos para un trastorno psiquiátrico en algún momento de su vida (1). De acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, en México los trastornos de ansiedad reportan una prevalencia de 14.3% (2).

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

Algunos autores consideran el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) como el trastorno de ansiedad básico, porque su característica fundamental que es la aprehensión ansiosa. Esta característica se refiere a un estado de ánimo orientado al futuro, en el que el individuo se prepara para enfrentar un evento negativo que está por suceder, lo que se asocia a un afecto negativo de

hiperactivación crónica, una sensación de pérdida de control y una atención focalizada a los estímulos del ambiente cercano (3).

EPIDEMIOLOGÍA.

La prevalencia a lo largo de toda la vida del TAG en la población general da un estimado que va desde 1.9% a 5.4%. Entre los estudios que han arrojado una prevalencia más alta es el del National Comorbidity Survey (NCS), donde más de 8,000 personas de la comunidad, de edades entre 15 y 54 años fueron evaluados con entrevistas estructuradas, obteniendo una relación de 2 a 1 entre mujeres y hombres (4).

Se ha encontrado que el trastorno de ansiedad generalizado es más prevalente en caucásicos, comparado con otros grupos étnicos (5). Entre la población pediátrica se encontró una prevalencia de 3% en niños y de 10.8% en adolescentes, con una edad de inicio entre los 10 y 14 años (6).

La prevalencia en los adultos mayores se incrementa importantemente al punto que se propone que el 17 % de los hombres y el 21.5 % de las mujeres de este grupo etario tienen síntomas suficientemente graves como para ameritar tratamiento, aunque sin quedar completamente clara la prevalencia, pero es conocido que hasta del 17 al 50% de las personas mayores toman tranquilizantes (7).

CURSO DE LA ENFERMEDAD.

La mayoría de los pacientes con TAG tienen dificultad para señalar con claridad la edad de inicio del trastorno o comentan que sus síntomas iniciaron en la infancia, lo que sugiere un curso crónico (8).

La edad de inicio varía de manera importante de estudio a estudio. Por ejemplo, Grant publicó en 2005 un artículo basado en la National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions, donde encuentra una edad media de inicio para el TAG entre los 31 y los 32.7 años de edad (9), mientras que Brown, en 2001, realizó un estudio grande con una muestra clínica donde reportó una edad media de inicio de 20.57 años (10). Aunque la edad de inicio puede variar, se ha encontrado que una edad de inicio más temprana se asocia a niveles más altos de neuroticismo, así como mayor gravedad y comorbilidad. También hay evidencia de que si el TAG no se asocia a un estresor precipitante, es más probable que tenga una edad temprana de inicio, y si los síntomas inician en la edad adulta, es en el contexto de un estrés leve a moderado (11). Hay estudios longitudinales que muestran que hasta el 46% de las mujeres y el 56% de los hombres tiene episodios de remisión completa, llegando a durar esto más en las mujeres, por lo que no podemos generalizar a todos los casos de TAG como crónicos, sino que hay un subgrupo de este trastorno que tiene un curso crónico y se puede asociar de manera importante a mayor cantidad de comorbilidades (12).

DIAGNÓSTICO.

Muchos estudios extensos han examinado la confiabilidad del diagnóstico del TAG usando entrevistas clínicas semiestructuradas como la Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Lifetime Version (ADIS-IV-L), indicando una confiabilidad diagnóstica baja (13). También se han implementado entrevistas clínicas estructuradas para el diagnóstico del TAG, como la Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos de Eje I del DSM-IV-TR, que contiene una sección especial para este trastorno, con buenas propiedades psicométricas

(14). La escala de Ansiedad de Hamilton es un instrumento de 14 ítems, administrado por el clínico, para medir la gravedad de los síntomas de ansiedad. Aunque esta escala no se elaboró para medir los síntomas del TAG en particular, se utiliza frecuentemente para medir resultado en ensayos de tratamiento, con la limitación de no poder discriminar adecuadamente entre ansiedad y depresión (15).

Los criterios diagnósticos proporcionados por la APA en el DSM-5 son los siguientes (16):

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM-5.

- A. Ansiedad y preocupación excesiva, que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante por lo menos seis meses, en relación con diversos sucesos.
- B. Al individuo le es difícil controlar las preocupaciones.
- C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis siguientes síntomas (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):

Nota: En los niños, solamente se requiere un ítem.

- 1. Inquietud.
 - 2. Fatigabilidad con facilidad.
 - 3. Dificultad para concentrarse o relajarse.
 - 4. Irritabilidad.
 - 5. Tensión muscular.
 - 6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo)
- D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar significativo o deterioro en áreas importantes del funcionamiento.

- E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia ni otra afección médica.
- F. La ansiedad no se explica mejor por otro trastorno mental.

COMORBILIDAD.

El TAG se consideraba un problema menor, ya que no repercutía mucho en la funcionalidad, pero recientemente en la National Comorbidity Survey, el 82% de las personas con el diagnóstico reportaban un problema importante de discapacidad, con una interferencia sustancial en las actividades de la vida diaria (17). El 90% de las personas con TAG presentan en algún momento de sus vidas algún trastorno psiquiátrico asociado, el 65% de los pacientes que actualmente tiene el diagnóstico presentan una comorbilidad psiquiátrica; y el 75% tiene otro trastorno de ansiedad o del estado de ánimo comórbido (18). La información epidemiológica del National Comorbidity Survey sugiere también que 16% de los pacientes que tienen actualmente TAG, padece un trastorno por consumo de sustancias (18). Altas tasas de comorbilidad asociadas al TAG tienen implicaciones importantes para su tratamiento, con tasas menores de remisión y mayores probabilidades de recaídas en los doce años siguientes al diagnóstico (19).

TRATAMIENTO.

Psicológico.

Meta-análisis han demostrado que la terapia cognitivo conductual (TCC) reduce los síntomas del TAG de una manera importante y es más efectiva que el placebo (20). La terapia conductual basada en

la aceptación, terapia metacognitiva, TCC dirigida a la intolerancia y la incertidumbre, han demostrado ser efectivas para el manejo del TAG (21). La terapia psicoanalítica también ha mostrado ser beneficiosa, en especial la de tipo breve, al punto de que un estudio comenta que es tan efectiva como la TCC para la reducción de las puntuaciones de ansiedad, aunque la TCC sigue siendo superior en mediciones de preocupación y de depresión (22).

Psicológico y farmacológico.

Meta-análisis han concluido que el combinar TCC y farmacoterapia es más efectivo que cualquiera de ellas por sí sola (23). Pocos estudios han comparado el beneficio de la TCC asociado a medicamento contra la TCC sola o el medicamento solo, pero si hay mucha evidencia que el hecho de asociar TCC al tratamiento farmacológico, permite reducir más rápidamente las dosis de benzodiazepinas al inicio del tratamiento farmacológico (24).

No hay evidencia que apoye el indicar de rutina la implementación de TCC junto con terapia farmacológica, pero en pacientes con TAG que no responden a TCC o tiene una respuesta limitada, se recomienda un ensayo con farmacoterapia. De la misma manera, si el tratamiento farmacológico solo no funciona o tiene una respuesta parcial, se recomienda el indicar TCC (25).

Tratamiento farmacológico.

Los tratamientos farmacológicos que tiene buena evidencia para el tratamiento del TAG incluyen los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), los inhibidores no selectivos de la recaptura de serotonina, los antidepresivos tricíclicos, las benzodiazepinas, pregabalina, la quetiapina XR y otras terapias (26).

El tratamiento de primera línea para el TAG son los antidepresivos ISRS escitalopram y sertralina, así como los inhibidores no selectivos de la recaptura de serotonina, duloxetina y venlafaxina de liberación prolongada (27). La paroxetina también se considera un medicamento de primera línea para el tratamiento del TAG, así como la paroxetina CR, que tiene un ingrediente activo similar pero con menor cantidad de evidencia (28). Otro medicamento de primera línea para el tratamiento del TAG es el anticonvulsivante pregabalina, que ha demostrado ser más efectivo que el placebo y tan efectiva como las benzodiacepinas en estos pacientes, así como igual de efectivo que la venlafaxina XR en un ensayo clínico controlado aleatorizado (29).

Entre los tratamientos de segunda línea para el tratamiento del TAG encontramos las benzodiacepinas: alprazolam, bromacepam, diazepam y lorazepam. Aunque todos estos medicamentos cuentan con nivel 1 de evidencia para el tratamiento del TAG, se recomiendan como de segunda línea y solamente por un breve tiempo, por sus efectos adversos, potencial de dependencia y los síntomas de abstinencia (30). Otros medicamentos de segunda línea son los antidepresivos tricíclicos y otros antidepresivos como el bupropion; la imipramina ha mostrado efectividad superior a placebo y es tan efectiva como las benzodiacepinas, teniendo un grado 1 de evidencia, pero no es tan recomendable por su potencial de toxicidad en sobredosis (31). Aunque hay poca evidencia del uso de bupropion XL para el manejo del TAG, un ensayo clínico controlado a 12 semanas ha demostrado que es tan efectivo como el escitalopram (32).

La quetiapina de liberación prolongada tiene buena evidencia para el manejo del TAG, siendo su efectividad significativamente superior

a placebo y equivalente a los antidepresivos, pero se ha asociado a ganancia de peso, sedación y tasas más altas de abandono del tratamiento farmacológico, por lo que se considera como medicamento de segunda línea (33).

TRASTORNO DE ANGUSTIA

El trastorno de angustia (TA) es un padecimiento crónico, caracterizado por ataques de pánico recurrentes. Los ataques de pánico son episodios de ansiedad o miedo, con un inicio abrupto, incremento paulatino de la ansiedad y un fin espontáneo. Los ataques se acompañan de síntomas asociados a actividad del sistema nervioso autónomo, como palpitaciones, taquicardia, respiraciones rápidas y poco profundas, mareo y temblor. Entre los ataques, los pacientes pueden estar relativamente asintomáticos, aunque algunos experimentan fatiga, dolor de cabeza y síntomas del ataque de pánico que persisten. El pánico se distingue del miedo ordinario por la falta de estímulos apropiados que precipiten las emociones. La mayoría de los pacientes con TA reportan ataques de pánico sin ningún estímulo que generara miedo, pero en otras ocasiones reaccionan desproporcionadamente a estímulos (35).

HALLAZGOS BIOLÓGICOS.

Se han encontrado alteraciones fisiológicas bien documentadas en los trastornos de ansiedad. Los pacientes con trastorno de angustia tienen una reactividad cardíaca y respiratoria durante el sueño mayor que los individuos sanos (36). Niveles elevados de lactato o

dióxido de carbono pueden activar un mecanismo de supervivencia para advertir al cuerpo de una sofocación inminente o peligro, por lo que los investigadores suponen que este sistema de "alarma por sofocación" está mal regulado (37). El locus ceruleus representa una gran parte del sistema de noradrenalina y se proyecta al sistema límbico y a la corteza cerebral. La mala regulación en la activación de locus ceruleus puede producir una respuesta subjetiva al miedo y un mecanismo de compensación ineficiente, principalmente en la frecuencia respiratoria (38). Pacientes con trastorno de angustia que son vulnerables a ataques de pánico inducidos por lactato tienen una asimetría importante del flujo sanguíneo parahipocampal, volumen sanguíneo y el metabolismo de oxígeno. Otros estudios de imagen han demostrado un incremento en el metabolismo de la glucosa, implicando a la amígdala, el hipotálamo y la corteza prefrontal, así como al circuito del miedo, incluyendo al núcleo del tracto solitario, el tálamo y el hipocampo (39). Los receptores de dopamina están involucrados en condicionar ansiedad al incrementar la excitabilidad en la amígdala y aumentar la memoria declarativa de asociación en el hipocampo. Los receptores de dopamina en la corteza prefrontal pueden estar involucrados también en la conducta evitativa (40). Otros estudios de imagen cerebral indican que existe una mala regulación del sistema de neurotransmisión de serotonina en el trastorno de angustia, con una unión de transportador de serotonina disminuido en el lóbulo temporal y el tálamo. El grado de esta anomalía es congruente con la gravedad de la sintomatología (41).

HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD.

El trastorno de angustia inicia por lo general en la tercera década de la vida y la mayoría de los casos inicia entre los 18 y los 35 años de edad (42). El trastorno de angustia puede iniciar de manera aguda con ataques de pánico, pero también puede iniciar de manera insidiosa con sensación de tensión, nerviosismo, fatiga o mareo por años antes de que se presente el primer ataque de pánico. El contacto médico inicial con los pacientes con trastorno de angustia no es siempre útil. Los pacientes por lo general presentan molestias físicas, externando síntomas cardiorrespiratorios y miedo a una enfermedad cardíaca. En caso de que el médico no esté familiarizado con la historia natural del trastorno de angustia podría reforzar los miedos del paciente (43).

El pronóstico del trastorno de angustia varía importantemente según las comorbilidades psiquiátricas. En pacientes con trastorno de angustia la comorbilidad con el trastorno depresivo mayor reduce la tasa de recuperación aproximadamente a la mitad y duplica la probabilidad de recaída (44). Los trastornos de personalidad, encontrados en la quinta parte de los pacientes con trastorno de angustia, nos se asocian a un curso más crónico de la enfermedad (45). Los hombres y las mujeres tienen un pronóstico similar (46).

Los criterios diagnósticos proporcionados por la APA en el DSM 5 son los siguientes (16):

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM-5:

- A. Ataques de pánico recurrentes. Un ataque de pánico es la aparición súbita de malestar intenso que alcanza su máxima

expresión en minutos y donde se producen cuatro (o más) de los síntomas siguientes:

1. Palpitaciones o aceleración de la frecuencia cardiaca.
2. Sudoración.
3. Temblor.
4. Sensación de dificultad para respirar.
5. Sensación de ahogo.
6. Dolor o molestias en tórax.
7. Náuseas o malestar en región abdominal.
8. Sensación de mareo, aturdimiento o desmayo.
9. Escalofríos o sensación de calor.
10. Parestesias.
11. Desrealización o despersonalización.
12. Miedo a perder el control.
13. Miedo a la posibilidad de morir.

Nota: Se pueden observar síntomas específicos de índole cultural. Estos síntomas no cuentan como uno de los cuatro síntomas que se requieren.

- B. Al menos a uno de los ataques le ha seguido por un mes (o más) uno o los dos hechos siguientes:
1. Inquietud o preocupación continúa acerca de otros ataques de pánico y de lo que pueda pasar secundario a estos.
 2. Un cambio de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques (p. eje., comportamientos evitativos).
- C. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia ni a otra condición médica.

D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental.

COMPLICACIONES.

El trastorno de angustia se asocia a con una reducción de la longevidad. Hombres con trastorno de angustia tiene el doble de tasa de mortalidad, principalmente por enfermedad cardiovascular y suicidio (47). La reducción de la variabilidad de la frecuencia cardiaca, documentada entre pacientes con trastorno de angustia, se considera un indicador de actividad simpática elevada y puede contribuir a un incremento de la mortalidad por factores cardiacos (48).

Aunque muchas personas con trastorno de angustia pueden funcionar y experimentar una calidad de vida satisfactoria, el trastorno puede estar asociado con un grado muy variable de discapacidad. En un estudio de 72 pacientes valorados en un servicio de consulta externa con trastorno de angustia y agorafobia, 15% reportó que no podían trabajar por completo y 46% describió una disminución significativa en su capacidad de trabajar (49). Los pacientes con comportamientos evitativos eran los que tenían más dificultades para laborar. Pacientes con trastorno de angustia pierden el equivalente a 39 días funcionales por año, similar a los que pierden los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 (50). Se ha encontrado que los pacientes que tienen el trastorno de agorafobia tienen más discapacidad de los que tiene trastorno de angustia únicamente. Otros factores que se asocian a una mayor discapacidad son trastornos de la personalidad, edad avanzada y la falta de educación (51).

Con el paso de los años la discapacidad relacionada con el trastorno de angustia puede disminuir al punto de poder encontrar que a 11 años del diagnóstico 33% de los pacientes tiene criterios de remisión y 90% tiene solamente discapacidad leve o ningún tipo de discapacidad en familia o en su vida laboral, pero hasta una 66% persiste con discapacidad social, repercutiendo en su calidad de vida (52).

TRATAMIENTO:

Desde los años 1960's Klein y colaboradores en Nueva York y Marks y colaboradores en Inglaterra encontraron que el tratamiento con antidepresivos prevenía los ataques de pánico, posteriormente encontrando la utilidad de la terapia de apoyo y conductual como una herramienta de potenciación (53).

Los inhibidores selectivos de recaptura de serotonina como la fluoxetina y la paroxetina, los inhibidores de recaptura de serotonina y noradrenalina como la venlafaxina, así como otros medicamentos de nueva generación como la mirtazapina tiene la misma efectividad que los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores de la monoamino oxidasa, pero son mejor tolerados y más seguros. Por los beneficios de estos medicamentos se han vuelto el tratamiento de elección para el tratamiento del trastorno de angustia (54). Aún con todos los beneficios planteados de los antidepresivos, el tratamiento en monoterapia más utilizado en la actualidad para el manejo del trastorno de angustia siguen siendo las benzodiacepinas (55). Las benzodiacepinas son un tratamiento efectivo para prevenir los ataques de pánico, pero se puede necesitar grandes dosis de éstas para lograrlo. Pero en ocasiones estos medicamentos no actúan tan rápido como para prevenir ataques de pánico, pero pueden

disminuir la ansiedad entre un ataque de pánico y otro (56). Aunque las benzodiazepinas pueden acelerar la respuesta del tratamiento con antidepresivos y prevenir algunos efectos adversos de estos últimos en el tratamiento para el trastorno de angustia, estos beneficios no parecen durar más de 3 meses (57). Respecto al mecanismo de acción de este tipo de tratamientos se ha encontrado que los antidepresivos parecen prevenir los ataques de pánico al disminuir el flujo de noradrenalina en algunas áreas del cerebro, y también puede hacerlo al disminuir la ansiedad generada por la activación del sistema de serotonina (58). Las benzodiazepinas incrementan la transmisión GABAérgica inhibitoria, así como actuar en los sistemas de noradrenalina (59). El tratamiento psicológico principal actualmente para el trastorno de angustia involucra el uso de terapia cognitivo conductual y cognitiva, de exposición y terapias de respuesta-prevención. La principal desventaja en la implementación de un proceso psicoterapéutico es el tiempo involucrado y el esfuerzo que se requiere del paciente, por lo que no se recomiendan procesos psicoterapéuticos largos y costosos (60).

COSTOS DE LOS TRASTORNOS MENTALES A NIVEL MUNDIAL Y EN MÉXICO

El Global Burden of Disease, Injuries and Risk Factors Study (GBD) es un esfuerzo sistemático y a gran escala para aportar una evaluación comparable de la pérdida de la vida a causa de enfermedades y lesiones a nivel regional y global (61).

El GBD mide la carga de la enfermedad son los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), consistente en los años de vida perdidos por mortalidad prematura (AVP) y los años vividos con discapacidad (AVD) a causa de una enfermedad específica (62).

Tan importante como la identificación de la enfermedad es si la persona puede trabajar y llevar a cabo las actividades cotidianas necesarias para cumplir con sus roles en el hogar, el trabajo, la escuela o en otras áreas sociales. La discapacidad es un importante problema de salud. Cuando se realizan evaluaciones globales sobre la carga de enfermedad, más de la mitad de la carga de mortalidad prematura se debe a la discapacidad total. En general, las personas acuden a los servicios de salud porque una enfermedad les dificulta hacer lo que realizaban con anterioridad (es decir, por tener una discapacidad) en lugar de por tener una enfermedad. Los prestadores de los servicios de salud consideran que un caso es clínicamente significativo cuando limita las actividades diarias de una persona, y utilizan información sobre discapacidad como base para efectuar su evaluación y planificación (63).

Los trastornos mentales han demostrado tener una edad más temprana de inicio que la mayoría de las enfermedades físicas y también está asociado a un nivel más alto de disfunción en comparación de las enfermedades físicas. Se ha estimado de una forma conservadora que los costos para la sociedad relacionados con los trastornos mentales sobrepasan los \$193 billones de dólares al año únicamente en los Estados Unidos (64). En términos del carga global económica, las enfermedades mentales costaron alrededor de \$2.5 trillones de dólares en el 2010, con costos indirectos llegando a representar hasta dos tercios de esta cantidad (65). Para el año

2030 este número se proyecta que se incrementará a más de \$6 trillones de dólares. Un reporte del Foro Económico Mundial proyecta que en las siguientes dos décadas, la enfermedad mental consistirá en más de la mitad de la carga económica de enfermedad asociada a las enfermedades no transmisibles y más de la tercera parte de las pérdidas a nivel mundial (66).

Los costos de las enfermedades mentales se pueden controlar y reducir con el tiempo. Para la realización de esto será necesario diseminar la implementación de un tratamiento psicológico efectivo, aunque esta tarea pueda representar costosa, el fallar en a los individuos con enfermedad mental en el mundo sería significativamente más costoso. La prosperidad económica de los países desarrollados y en vías de desarrollo dependerá de su capacidad de contener el costo de las enfermedades mentales que se está incrementado significativamente (67).

COSTO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

En la práctica clínica habitual los trastornos de ansiedad se presentan con frecuencia, ya sea como entidades primarias o acompañando a otras afecciones psíquicas o somáticas. Constituyen una respuesta del sistema nervioso a estímulos externos o alteraciones endógenas cerebrales que se traducen en síntomas somáticos y psicológicos. Los trastornos de ansiedad tiene una alta prevalencia en el mundo (12.5 a 15%); en Estados Unidos, aproximadamente 40 millones de adultos los padecen. En México, según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, los trastornos de ansiedad fueron los más frecuentes como grupo

(14.3%), seguido del abuso de sustancias (9.2%) y los trastornos afectivos (9.1%) [68].

Los costos ambulatorios y de hospitalización para la atención de estos trastornos representan el 87% de los costos totales. Algunos autores han identificado que el principal costo deriva de la atención médica no psiquiátrica (54%), seguida de atención psiquiátrica (31%), los costos indirectos (10%), la mortalidad (3%) y, finalmente, de los fármacos (2%) [68].

Los pacientes con ansiedad, trastornos depresivos o ambos solicitan 50 a 90 % más servicios que aquellos con otra enfermedad; sus molestias se asocian con somatizaciones, comorbilidades y falta de apego a tratamiento (69). Estos pacientes acuden a los servicios de urgencias con síntomas inespecíficos, que a la postre requieren estudios o interconsultas para descartar enfermedades orgánicas, por lo que es frecuente se les someta a evaluación cardiovascular, estudios de laboratorio o gabinete especializados, todo lo cual eleva el costo de atención. El tratamiento adecuado reduce el impacto económico derivado de la atención médica y de la sintomatología, a menudo asociada con depresión y abuso de sustancias, evita la reaparición de síntomas de ansiedad, mejora la funcionalidad en las actividades diarias e incrementa la calidad de vida de los pacientes y sus familias (70).

En un estudio sobre costos de los trastornos de ansiedad, Olesen, en 2012, estimó que ésta gama de trastornos suman un costo para la Unión Europea de 74.4 mil millones de euros anualmente (71). Los trastornos de ansiedad por sí solos implican un costo de 626 millones de euros para el sistema de salud de Los Países Bajos, lo que

representa un 0.7% del total del presupuesto de salud de este país (72).

Específicamente, los costos directos e indirectos del trastorno de ansiedad generalizada se han estimado de entre 2,165 dólares y 3,607 dólares por paciente por año en Europa, así como en 6,472 dólares para los costos directos en los Estados Unidos (73).

Collet, en 2013, hace una aproximación más detallada de los costos del trastorno de ansiedad generalizada durante un periodo de un mes, encontrando que el costo promedio era de 56.4 libras por paciente, de lo que los costos más importantes fueron las visitas al médico general (41 libras al mes), hospitalización psiquiátrica (10 libras al mes), antipsicóticos (2 libras al mes) y llamadas al médico general (2 libras al mes) (74).

Los costos del tratamiento del trastorno de ansiedad generalizado se incrementan cuando se agrega una benzodiazepina al fármaco de elección, que es algún ISRS. Por lo general, esta opción de tratamiento se implementa cuando se exacerban los síntomas de ansiedad y debería ser indicado solo por unas semanas, estando contraindicado dejar el medicamento más de 90 días sin una nueva evaluación. A pesar de esto, hasta el 20% de los pacientes permanecen con benzodiazepinas sin haber indicación para ello, incrementado importantemente el costo del tratamiento farmacológico (34).

Aunque en tratamiento farmacológico se inicia frecuentemente en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de angustia, se ha encontrado que la terapia cognitivo conductual es superior en cuanto a costo efectividad, además la prefieren más los pacientes y lleva a una mejoría más duradera (75).

Respecto al trastorno de angustia, Park, en 2014, encontró que los pacientes con este trastorno presentaban una importante pérdida del tiempo productivo por presentismo y abstencionismo, lo que se traduce en 15,585 dólares menos de percepción anual, siendo esto aproximadamente el 47% de su ingreso promedio anual (76).

ESTUDIOS DE COSTOS

La demanda de atención médica no disminuye, sino que aumenta y además se diversifica; asimismo el elevado costo de las distintas alternativas de acción en este periodo de cambios –sociales, económicos, demográficos y, por ende, epidemiológicos-, impone a los presupuestos institucionales una pesada carga que los gobiernos están tratando de controlar, sobre todo en materia de eficiencia, equidad y costos de atención médica. Dentro de este contexto, se introduce el estudio de los costos de servicios de salud como un indicador del análisis de la eficiencia técnica en la utilización de recursos, entendida como la capacidad para generar servicios de salud bajo la combinación de insumos más efectivos y al menor costo (77).

Se identifican dos tipos de eficiencia: a) la clínica, determinada por la calidad de la atención, que se refiere a la provisión de la mejor atención posible en la que se combinan los tiempos y las secuencias de servicios de tal manera que se produzca el mayor incremento en salud para el paciente, dados los recursos disponibles; y la b) la eficiencia en la producción de servicios, tomando en cuenta la calidad del sistema de producción aunque no como un componente de calidad de la atención misma sino, más bien, como

parte de la calidad de todo el proceso de producción de servicios. Se puede añadir otra dimensión a esta definición, que es la eficiencia administrativa, en donde las diferentes interacciones se dan en el contexto de un hospital con el fin de producir salud (77).

En el nivel operacional, los costos para fines de obtención y análisis se dividen en costos directos (en los que incurren directamente el prestador de la atención médica para la producción de un servicio) y los costos indirectos (en los que incurren el consumidor para obtener el servicio de atención médica, incluyendo tiempos de espera, de tratamiento, de traslado, etc) [77].

En los estudios sobre la cuantificación de los cambios en el perfil epidemiológico, la demanda de servicios para atender las enfermedades mentales representa una carga importante para la mayoría de los países. En México este problema tiende a aumentar, con altos índices de años perdidos saludables. Los costos económicos de los servicios de salud aumenta constantemente y las variables del mercado que los determinan rebasan las posibilidades del sector salud. Por esto, es necesario generar información económica que, bajo principios de equidad y eficiencia del sector, influya en el proceso de toma de decisiones sobre el financiamiento, y en la contienda en torno a los costos de producción (78).

Desde una visión integral del problema, los cambios epidemiológicos, en las demandas y en los costos de producción, plantean la necesidad de indicadores económicos para asignar los recursos, y de organización de los sistemas de salud que garanticen un uso cada vez más eficiente de los recursos. Esto nos dice que es importante una evaluación económica sobre la salud mental, en donde se incluya no sólo el costo de los servicios, sino también se

evaluó la demanda de servicios en las diferentes instituciones del sector salud en México, con la posibilidad de que se produzcan cambios epidemiológicos (78).

En conjunto, las enfermedades mentales demandan la utilización de servicios a relativamente grandes niveles. Los costos económicos provenientes de los servicios de salud pueden variar ampliamente entre los pacientes, en base al género, número de contactos sociales, tiempo de permanencia en hospitales, edad, desempeño social y síntomas negativos. Algunas investigaciones han descubierto que el estado civil, las habilidades para la vida diaria, la salud física y las actitudes del paciente justifican el 50% de los costos del tratamiento (79).

Por lo tanto para evaluar el costo de los trastornos mentales y del comportamiento deben considerarse tres tipos de costos según Rosenheck y Freedman (79):

- 1) Directos. Son los que realiza el estado o la institución para la organización y operación del servicio hospitalario o de consulta externa como salarios, traslado del paciente, transportes, insumos, conservación, administración, infraestructura y servicios; también incluyen los gastos que realizan los pacientes y sus familiares en su transporte y alimentación (gastos de bolsillo)
- 2) Indirectos. Son ocasionados por la falta de productividad del paciente al solicitar y esperar consulta, por la muerte prematura del paciente, es decir, lo que dejó de producir el paciente y / o por el tiempo que emplean sus familiares al acompañarlo a la consulta.

- 3) Intangibles. Hacen referencia a la pérdida del bienestar debido al dolor físico y psicológico del paciente y su familia por el padecimiento y la estigmatización de que son objeto.

Las repercusiones de una enfermedad específica representan costos que no se limitan a un solo sector, sino que afectan de manera diferencial a los grupos que conforman la sociedad y prácticamente a la totalidad de los aspectos de la vida económica y social. Los gastos indirectos generalmente no se han registrado en nuestro país, y hasta ahora no existe información sobre su magnitud. Entre ellos figuran: los días productivos perdidos por el paciente y su acompañante, modificaciones en la vivienda por la enfermedad. La experiencia obtenida en otros países ha documentado que estos costos son aún más elevados que los que representa la atención del paciente en los servicios (80).

Donabedian y Arredondo propone que el proceso de atención médica se concibe primordialmente de dos cadenas de actividades y procesos en los que participan, en forma paralela pero no inconexa, el proveedor de la atención médica, por una parte, y el consumidor, por otra. Las actividades que constituyen el proceso de atención médica surgen como una respuesta a la necesidad que generalmente se percibe como una alteración de la salud o del bienestar. El proveedor y el comportamiento del consumidor convergen en la obtención de atención médica, misma que debería culminar en la satisfacción o neutralización de la necesidad que desencadena originalmente el proceso. Esto lo hace un proceso dinámico y complejo en el que interviene variables psicosociales y culturales propias de la población, y variables político administrativas propias de los servicios, que ponen en contacto ambos actores (81).

METODOLOGÍA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

Los trastornos psiquiátricos en empezado a tomar gran importancia en los estudios epidemiológicos y de costos a nivel mundial debido a la importante carga global que representan según la OMS. Este despertar en su importancia está influenciado porque muchos de los trastornos psiquiátricos son crónicos y generan costos directos e indirectos importantes. Lo que ha llevado a muchos países del mundo a invertir mayores recursos en la salud mental y dentro de la salud mental es importante evidenciar que los trastornos las prevalentes son los trastornos de ansiedad. Eso debe ser una llamado a los países in vías de desarrollo como el nuestro, importantemente siendo un país de América Latina donde encontramos una prevalencia mayor que en otras regiones de México. De esta necesidad nace el interés de la realización de este estudio, quedando en claro al buscar antecedentes relacionados con la escasa información acerca del tema y más aun en trastornos tan comunes como el trastorno de angustia y el trastorno de ansiedad generalizada que vemos todos los días en nuestra práctica clínica.

1. ¿Cuáles son los costos directos e indirectos generados por el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizado y el trastorno de angustia para los pacientes que reciben atención psiquiátrica en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz durante el año de 2015?

2. Entre el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de angustia. ¿Cuál trastorno genera mayores costos directos e indirectos?

JUSTIFICACIÓN

Cada país destina un número limitado de recursos económicos a la atención de la salud de sus habitantes, en el caso de México vemos como es que se ha incrementado la demanda de servicios de salud que atienden la salud mental, pero el presupuesto destinado para la atención de estos trastornos no ha seguido el paso de esta creciente demanda. Los estudios de costos juegan un papel importante para mejorar la eficiencia económica en el cuidado de la salud, informando a nuestros gobernantes donde depositar los recursos que nuestro país dispone. Aunque a nivel mundial, de predominio en países desarrollados, los estudios de costos son algo común y vital para la gestión de los sistemas de salud. En México se encuentra limitada literatura referente a estos estudios, con una escasez aún más marcada cuando se habla de salud mental. Esto llama mucho la atención y nos obliga a realizar investigación en este espectro de los trastornos mentales.

Este estudio busca comparar el costo directo e indirecto de la atención de trastornos de ansiedad con alta prevalencia en nuestro país como los son el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de angustia en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz durante un periodo de un año.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Comparar los costos directos e indirectos del tratamiento de pacientes con diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada o trastorno de angustia que acudieron al servicio de consulta externa y atención psiquiátrica continúa del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz durante un periodo de un año.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Describir y comparar las características demográficas de pacientes con trastorno de angustia y trastorno de ansiedad generalizada en que acudan a la consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
2. Identificar cuáles son los factores que generan mayores costos en el tratamiento de los pacientes con trastorno de ansiedad generalizado y trastorno de angustia en el servicio de consulta externa y Atención Psiquiátrica Continua del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz durante un periodo de un año.

HIPÓTESIS

HIPÓTESIS GENERAL:

Los pacientes con diagnóstico de trastorno de angustia reportarán mayores gastos directos e indirectos durante un año de tratamiento en el servicio de consulta externa y Atención Psiquiátrica Continua en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz en comparación con pacientes con diagnóstico de trastornos de ansiedad generalizada.

HIPÓTESIS ESPECÍFICAS:

1. Se espera que las características demográficas cambien según el trastorno valorado. Se espera que los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada tengan mayor prevalencia en el sexo femenino, que tengan una edad de inicio variable, pero que se incremente con la edad, que tenga un curso de predominio crónico. Mientras que en los pacientes con trastorno de angustia se espera encontrar una edad de inicio más clara entre los 18 y los 35 años de edad, que los hombres y las mujeres tengan una prevalencia similar, que presente un curso agudo con ciertas recidivas, sin llegar a una cronicidad.
2. Se espera que los costos indirectos sean los que presenten una repercusión mayor para el sujeto estudiado en comparación con los costos directos. Principalmente encabezados por la disminución de la actividad laboral del sujeto y de sus familiares.

MATERIAL Y MÉTODO

TIPO DE ESTUDIO:

De acuerdo a la clasificación de Feinstein es un estudio: Observacional, transversal, retrolectivo y comparativo (82).

POBLACIÓN EN ESTUDIO; SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Se incluyeron en el estudio a pacientes con diagnóstico de trastorno de angustia o trastorno de ansiedad generalizada que recibieron atención en el servicio de consulta externa y de atención psiquiátrica continúa del Instituto Nacional de Psiquiatría durante un periodo de un año.

El presente estudio empleó un muestreo de tipo no-probabilístico de tipo intencional, el cual se empleó para obtener casos representativos de la población a estudiar (en este caso pacientes con trastorno de ansiedad generalizada y pacientes con trastorno de angustia atendidos en servicios del INPRFM), lo que permitió la obtención de datos relevantes para el estudio, con adecuada validez interna de los resultados. Para el presente estudio se espera incluir al menos 100 pacientes.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Hombres y mujeres.
- Ser paciente del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz durante un periodo mayor a un año.

- Diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizado y/o trastorno de angustia de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM 5.
- Que aceptaron participar y firmar hoja de consentimiento informado.
- De los 18 a los 65 años de edad.
- Pacientes que presentaron comorbilidad con diagnóstico de trastorno depresivo mayor, en un episodio leve a moderado o trastorno depresivo persistente.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Dificultad para comunicarse y cooperar.
- Discapacidad intelectual.
- Dependencia a sustancias psicoactivas.
- Diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo, esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar, anorexia nervosa, bulimia nervosa y trastorno depresivo mayor con último episodio grave.
- Pacientes que en el último año de tratamiento no asistieron a sus consultas de forma regular.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- Pacientes que no completen las evaluaciones programadas para el presente estudio.

VARIABLES A MEDIR:

Variables demográficas		
Edad	Dimensional (años)	Formato de datos clínicos y demográficos
Sexo	Categórica	
Estado Civil	Categórica	
Escolaridad	Dimensional (años)	
Nivel socioeconómico	Ordinal	
Ocupación	Categórica	
Variables clínicas		
Edad de inicio	Dimensional (años)	Formato de datos clínicos y demográficos
Tiempo de evolución	Dimensional (años)	
Antecedentes de hospitalización psiquiátrica	Categórica	
Comorbilidad médica y psiquiátrica	Categórica	
Tiempo entre el inicio del padecimiento y el tratamiento especializado	Dimensional (meses)	
Gravedad de la ansiedad	Dimensional	HAM-A
Costos Directos		
Consultas médicas (psiquiátricas)	Categórica (Si/No) Dimensional	SAGE Gastos en el hogar (últimos 30 días)

	(Costo)	
Consultas de medicina alternativa	Catagórica (Si/No) Dimensional (Costo)	SAGE Gastos en el hogar (últimos 30 días)
Análisis y estudios clínicos	Catagórica (Si/No) Dimensional (Costo)	SAGE Gastos en el hogar (últimos 30 días)
Medicamentos o fármacos	Catagórica (Si/No) Dimensional (Costo)	SAGE Gastos en el hogar (últimos 30 días)
Contacto con servicio de psiquiatría	Dimensional	SUQ (últimas 8 semanas)
Transporte a servicio de psiquiatría	Dimensional (Minutos y costo)	SUQ (últimas 8 semanas)
Tiempo de servicio en psiquiatría	Dimensional (Minutos)	SUQ (últimas 8 semanas)
Contacto con servicio de psicología	Dimensional	SUQ (últimas 8 semanas)
Transporte a servicio de psicología	Dimensional (Minutos y costo)	SUQ (últimas 8 semanas)
Tiempo de servicio en psicología	Dimensional (Minutos)	SUQ (últimas 8 semanas)
Costos Indirectos		
Discapacidad	Dimensional	Sheehan

		WHODAS
Variables Adicionales		
Medios de pago de los servicios médicos	Dimensional (porcentaje de pago)	SAGE Gastos en el hogar (últimos 30 días)
Ingresos económicos	Categoría (Si/No) Dimensional (Monto)	SAGE Gastos en el hogar (últimos 30 días)
Deudas económicas	Categoría (Si/No) Dimensional (Monto)	SAGE Gastos en el hogar (últimos 30 días)

ESCALAS DE MEDICIÓN

CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE DISCAPACIDADES DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (WHODAS II) DE 36 ITEMS

El Cuestionario para la Evaluación de Discapacidades de la Organización Mundial de la Salud (WHODAS) por sus siglas en inglés, World Health Organization Disability Assessment Scale) evalúa el nivel de deterioro y la evolución del deterioro a discapacidad, dependiendo de si la severidad limita o no la capacidad del individuo para desarrollar su función social. Está constituida por 8 áreas que son evaluadas por un entrevistador:

1.Total: evalúa la salud física, mental y la salud en general.

2. Comprensión y comunicación
3. Capacidad para moverse en su alrededor
4. Cuidado personal
5. Relación con otras personas
6. Actividades de la vida diaria
7. Actividades escolares o de trabajo
8. Participación en la sociedad

Por un lado se le pide al paciente que evalúe ciertas capacidades en una escala del 1 al 5, en donde 1 es sin dificultad y 5 es una dificultad extrema. Posteriormente se le pide que comente cuantos días en el último mes se ha presentado tal dificultad. Es así como se obtiene a manera de proporción la discapacidad, en donde 1.0 es total discapacidad y 0.0 es sin discapacidad. Tal proporción fue multiplicada por el número de días al mes en los cuales se presentó tal dificultad obteniéndose así los días al mes perdidos y los días al mes ajustados a discapacidad (30 menos los días perdidos) [83].

ESCALA PARA LA DISCAPACIDAD DE SHEEHAN

La escala de discapacidad de Sheehan se diseñó para evaluar la disfuncionalidad en cuatro dominios interrelacionados; trabajo/hogar, vida social y familiar. Es una herramienta autoaplicable en la cual el

paciente califica en qué medida sus síntomas le dificultan llevar a cabo sus responsabilidades sociales, familiares y laborales. Se utiliza una escala visual análoga del 0 al 10. Además de la escala numérica, utiliza una breve descripción simultáneamente para evaluar el grado de discapacidad en un continuum. El rango numérico puede ser descrito a manera de porcentaje si se desea. Los ítems también pueden ser sumados de tal manera que 0 es sin discapacidad y 40 altamente discapacitado. Sin embargo un puntaje arriba de 5 en cualquier dominio implica una disfunción significativa. La sensibilidad de la escala en pacientes con depresión es del 83%, la especificidad es del 69% (84).

Esta escala se diseñó originalmente para medir la discapacidad asociada a los diagnósticos de ansiedad, pero por su simplicidad, brevedad y validez se ha vuelto una herramienta utilizada ampliamente en ensayos clínicos de múltiples trastornos como el trastorno obsesivo compulsivo, el trastorno por estrés postraumático, el trastorno depresivo mayor, el trastorno de angustia, esquizofrenia, fobia social y juego patológico (85). Leon y colaboradores analizaron ensayos clínicos con pacientes con trastorno de angustia y reportaron que la escala tiene una consistencia interna adecuada ($\alpha=0.56$ a $.85$) y una estabilidad en el seguimiento después del tratamiento (86).

CUESTIONARIO SOBRE EL IMPACTO ECONÓMICO DE LA ENFERMEDAD EN HOGARES EN MÉXICO 2009

El cuestionario se basa en el estudio de envejecimiento global y la salud del adulto (SAGE), el cual es un estudio longitudinal que recolecta información de adultos de 50 años y más, así como una muestra ligeramente más pequeña de adultos de 18 a 49 años, con

muestras representativas de 6 países: China, Ghana, India, México, Sudáfrica y la federación Rusa. Este mide el salario, beneficios y apoyo económico que reciben los pacientes. Para su desarrollo la Organización Mundial de la Salud trabaja con el US National Institute on Aging, en su división de investigación social y del comportamiento. La importancia de la información obtenida en este estudio a través de su cuestionario permite a los países donde fue realizado tomar decisiones en áreas de vacunas e inmunizaciones, inversión en estudios de investigación, inversión en tecnología para la prestación de servicios de salud (87).

CUESTIONARIO DE USO DE SERVICIOS (SUQ)

Existen muchos inventarios para registrar los diferentes servicios de salud a los que las personas asisten, esto con un importante interés por parte de las instituciones y de los gobiernos a nivel mundial. Al registrar los servicios de salud que los usuarios usan con mayor frecuencia, así como la calidad de estos, es como se distribuye el presupuesto dedicado al rubro de la salud. Cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó la herramienta WHO-DAS-II (World Health Organization Disability Assessment Schedule II) para medir la discapacidad de las enfermedades ocasionaban a nivel mundial, desarrolló también un instrumento llamado Cuestionario de Utilización de Servicios (SUQ por sus siglas en inglés) que le permitiera identificar cuáles eran los servicios que más empleaban los pacientes con cierta patología. Aunque el WHO-DAS II es una herramienta que se puede utilizar a nivel mundial, se han hecho ciertas modificaciones a los cuestionarios para cada región según sus peculiaridades sociales y económicas. En el caso del Cuestionario de

Utilización de Servicios que se emplea en México contiene rubros que nos permite diferenciar que tipo de profesional atendió al paciente, la posibilidad que haya sido atendido por personas que atiendan problemas de salud en regiones rurales (curanderos), el nivel de especialización de la atención (primer, segundo y tercer nivel), los factores que le facilitan o impiden recibir una atención de salud, los tratamientos indicados en cada servicio de salud y si recibe apoyo por algún familiar o amistad para acudir a los servicios de salud. (88)

El cuestionario de uso de servicios incluye información acerca de los servicios de salud a los que el participante ha acudido en el último bimestre, incluyendo en éste las ocasiones en que ha presentado otros trastornos de ansiedad, cambios de tratamiento, etc.

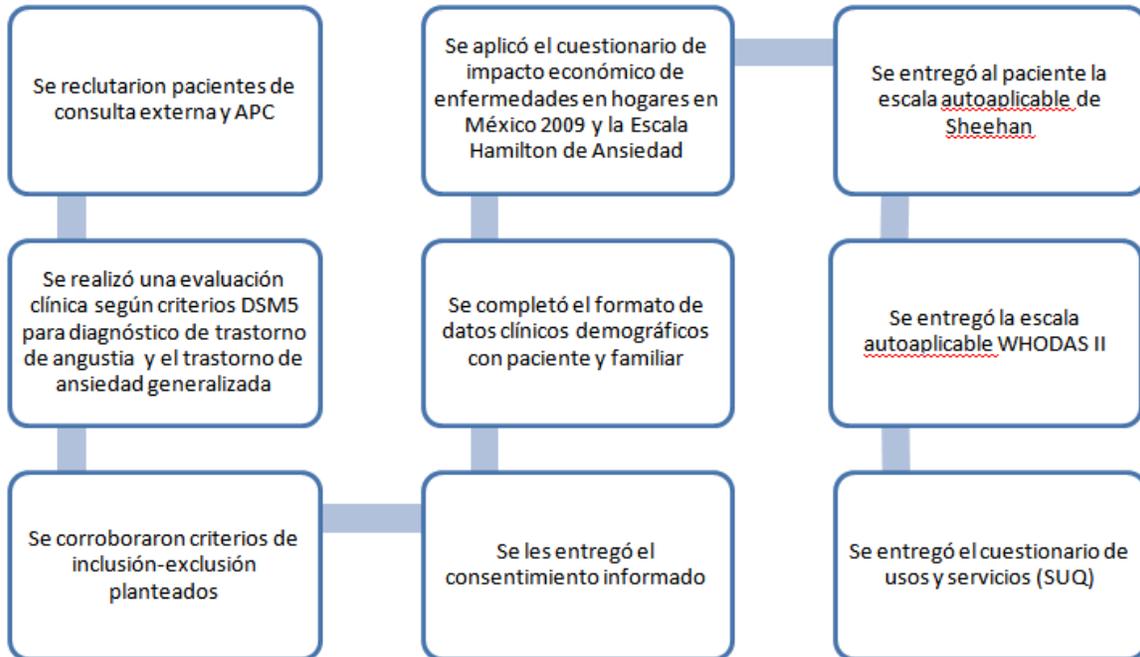
ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON (HAM-A)

La escala de ansiedad de Hamilton se desarrollo en 1969 (89), pero sigue siendo la escala más utilizada a nivel internacional para medir la ansiedad clínica utilizada por el clínico. Consta de 14 ítems y tiene gran parte de los síntomas que encontramos en trastornos de ansiedad como el trastorno de ansiedad generalizado, por abarcar una gran cantidad de los síntomas psíquicos y somáticos de esta entidad. La escala de ansiedad de Hamilton tiene a la población general como población diana. Se trata de una escala administrada por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Valora la ansiedad psíquica y la somática. No existen puntos de corte, per una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras

recibir tratamiento tanto farmacológico como psicoterapéutico. Esta escala toma una importancia sustancial a nivel mundial desde los años 70's por su implementación en la valoración de la respuesta a ciertos medicamentos. Esta herramienta tiene una confiabilidad del 80% entre los observadores, con un coeficiente de confiabilidad en paciente con crisis de angustia de 0.84, mientras que para los pacientes con ansiedad generalizada fue de 0.18. La escala puede diferenciar los síntomas producidos por la ansiedad generalizada de aquellos originados por las crisis de angustia (90).

PROCEDIMIENTO

Se realizó el reclutamiento en el área de la consulta externa y de Atención Psiquiátrica Continua del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. A los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión se les explicó el estudio y se les pidió su consentimiento verbal para asistir a una entrevista. En la entrevista se explicó a mayor detalle el estudio, se les entregó un consentimiento informado y se resolvieron sus dudas en caso de que las hubiera. Ya firmado el consentimiento informado se completó el "Formato de Datos Clínicos Demográficos" (FDCD) de cada uno de los pacientes, mediante un interrogatorio directo con el paciente y su familiar (en caso de que lo hubiese). Ya completado el FDCD se llevó a cabo el cuestionario de impacto económico de la enfermedad en hogares en México 2009 y la Escala Hamilton de Ansiedad. Posterior a esto, se entregó al paciente la escala autoaplicable de discapacidad de Sheehan, la escala autoaplicable WHODAS II y el cuestionario de uso de servicios (SUQ). Al finalizar se le agradeció al paciente por su participación.



ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La descripción de las características demográficas, clínicas y de costos se realizó con frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y con medias y desviaciones estándar (D.E.) para las variables continuas. Para la comparación entre los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada y los pacientes con trastorno de angustia se empleó χ^2 para el contraste de variables categóricas y la t de Student para muestras independientes para el contraste de variables continuas. El nivel de significancia estadística se fijó en una $p \leq 0.05$ para todos los análisis.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente investigación se considera una investigación con riesgo mínimo, ya que se incluye el registro de datos mediante cuestionarios autoaplicables y entrevistas en donde el sujeto pudiera sentirse incómodo de revelar cierta información o con malestar durante el procedimiento, en caso de que esto suceda el personal dará la contención necesaria y en caso necesario se le brindará la atención medica apropiada o acompañará al servicio de Atención Psiquiátrica Continua de esta institución.

A todos los sujetos que se consideraron para tomar parte de esta investigación se les informó verbalmente de los procedimientos a realizar y se solicitó su consentimiento por escrito para su participación en el estudio, guardando su confidencialidad y aprobación para reportar los resultados.

Los elementos que constituye el consentimiento informado son:

- a) La justificación y objetivos de investigación
- b) Los procedimientos o consignas a seguir durante la investigación
- c) La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento
- d) Canalización a atención médica o psicológica especializada para aquellos pacientes que presenten alguna disfunción asociada al trastorno de ansiedad generalizada o el trastorno de angustia.

Los nombres y datos generales de los sujetos que acepten participar quedarán bajo resguardo de los investigadores del estudio y no aparecerán en ninguno de los reportes que sean producto de la investigación, todo con el fin de respetar la confidencialidad del paciente.

RESULTADOS

a) CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE LA MUESTRA

Se incluyeron un total de 124 pacientes con una edad promedio de 44.0 años (D.S.=12.6, rango 18-64), de los cuales el 73.4% (n=91) eran mujeres y el 26.6% (n=33) restante, hombres. Poco más de la mitad de los pacientes se encontraban sin pareja al momento del estudio (soltero n=53, 42.7%; viudo n=2, 1.6%, divorciado n=9, 7.3%) y sin un empleo remunerado (desempleado n=16, 12.9%, hogar n=42, 33.9%, estudiante n=6, 4.8%). La escolaridad promedio reportada fue de 12.0 años (D.E.=3.8, rango 3-22 años) y el 54.8% (n=68) reportaron tener un nivel socioeconómico medio, seguido por el 44.4% (n= 55) con nivel bajo y solo un paciente (0.8%) tenía un alto nivel socioeconómico.

De los pacientes incluidos, el 65.3% (n=81) tuvieron el diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), mientras que el Trastorno de Angustia (TA) fue diagnosticado en el 34.7% (n=43) restante. La edad de inicio del padecimiento fue a los 28.9 (D.E.13.7, rango 6-64) años y el tiempo promedio de evolución fue de 15.7 (D.E.=12.7, rango 1-58 años). Los pacientes reportaron que el tiempo entre el inicio del padecimiento y el momento en el que recibieron tratamiento especializado fue de 83.4 (D.E.=134.1, 1-540) meses, equivalente a casi 7 años sin tratamiento especializado para el diagnóstico del trastorno de ansiedad. Del total de los pacientes, solo ocho de ellos (6.4%) reportó haber tenido alguna hospitalización psiquiátrica a lo largo de la evolución de su padecimiento, con un rango entre una y tres hospitalizaciones. La gravedad de los síntomas de ansiedad al momento del estudio fue de 13.1 (D.E.=5.1, rango 5-

32) puntos en la Escala de Ansiedad de Hamilton, indicativo de ansiedad ligera-moderada.

En cuanto a la comorbilidad psiquiátrica y médica, el 59.7% (n=74) reportaron tener alguna comorbilidad psiquiátrica mientras que el 39.5% (n=49) reportó alguna comorbilidad médica. De la primera, el principal diagnóstico comórbido reportado fue la depresión, mientras que algún padecimiento circulatorio y la diabetes fueron los principales diagnósticos médicos comórbidos (Tabla 1).

Tabla 1. Comorbilidad psiquiátrica y médica de los pacientes incluidos en el estudio

	n	%
Comorbilidad psiquiátrica (n=74)		
Depresión	72	97.3
Trastorno de Personalidad	4	5.4
Trastorno alimentario	1	1.4
Trastorno del sueño	1	1.4
Comorbilidad médica (n=49)		
Diabetes mellitus	13	26.5
Padecimiento digestivo	4	8.2
Padecimiento respiratorio	1	2.0
Padecimiento circulatorio	25	51.0
Padecimiento neurológico	4	8.2
Padecimiento músculo-esquelético	6	12.2
Padecimiento metabólico	11	22.4

b) CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS ENTRE GRUPOS

Los pacientes con TAG y TA fueron similares en todas las características demográficas evaluadas y en la mayoría de las características clínicas. Se observó que los pacientes con TAG tenían un mayor tiempo de evolución del padecimiento y un mayor tiempo transcurrido entre el inicio de la enfermedad y el recibir tratamiento especializado. Estos resultados se observan en la Tabla 2.

Tabla 2. Características demográficas y clínicas entre grupos diagnósticos.

	TAG (n=81)		TA (n=43)	
	n	%	n	%
Género				
Hombre	18	22.2	15	34.9
Mujer	63	77.8	28	65.1
Pareja				
Sin pareja	39	48.1	25	58.1
Con pareja	42	51.9	18	41.9
Ocupación				
No remunerada	46	56.8	18	41.9
Remunerada	35	43.2	25	58.1
Hospitalización previa*				
Si	4	4.9	4	9.3
Comorbilidad psiquiátrica general*	51	63.0	23	53.5
Comorbilidad médica general*	37	45.7	12	27.9
	Media	D.E.	Media	D.E.
Edad	45.5	12.4	41.1	12.6
Escolaridad (años)	11.9	4.1	12.3	3.3
Edad de inicio	28.0	14.4	30.5	12.3
Tiempo de evolución (años)**	17.5	12.7	10.6	11.5
Inicio de tratamiento (meses)**	99.1	144.9	53.8	106.2

*Presencia

**p<0.05

c) COSTOS DIRECTOS E INDIRECTOS DE LOS TASTORNOS DE ANSIEDAD

Del total de pacientes incluidos, 119 (95.9%) reportaron haber tenido al menos una consulta de psiquiatría en las últimas 8 semanas.

Adicionalmente 15 (12.4%) pacientes acudieron a algún servicio de psicología, 4 (pacientes reportaron haber ido a un servicio de medicina alternativa (3.2%) y 21 (16.9%) acudieran a citas para la realización de análisis de laboratorio y estudios clínicos.

Considerando que de acuerdo a estos datos, los pacientes acuden una vez por mes, al menos, a atención para el tratamiento del trastorno de ansiedad, en la Tabla 3 se muestra el costo mensual que representan para los pacientes la atención de los médicos especialistas, la atención en medicina alternativa y el gasto mensual en la realización de los análisis.

En esta tabla no se muestra el costo que representa la atención a servicios de psicología ya que el Cuestionario Sobre el Impacto Económico de la Enfermedad en Hogares no incluye este rubro específico. Sin embargo, incluye el costo mensual por los medicamentos adquiridos para el tratamiento del padecimiento, dato que fue incluido en la Tabla 3.

Además del costo de consultas, análisis y medicamentos, mediante el Cuestionario de Usos de Servicios se obtuvo información sobre el costo del transporte empleado por el paciente para acudir a los diferentes servicios así como el tiempo empleado en el mismo y el tiempo promedio que invierte en cada consulta.

Tabla 3. Costos directos de la atención del trastorno de ansiedad –
Estimación mensual

	Media	D.E
Consulta psiquiatra (M.N.)	441.2	648.6
Consulta medicina alternativa (M.N.)	262.5	160.0
Análisis de laboratorio/ Estudios clínicos (M.N.)	883.7	817.4
Tratamiento farmacológico (M.N.)	718.5	729.6
Costo transporte a consulta con psiquiatra (M.N.)	70.8	94.7
Costo transporte a consulta con psicólogo (M.N.)	64.3	123.3
Costo transporte a análisis de laboratorio (M.N.)	25.6	29.2
Tiempo de transporte a consulta con psiquiatra (min)	177.4	97.6
Tiempo de transporte a consulta con psicólogo (min)	165.7	92.1
Tiempo de transporte a análisis de laboratorio (min)	71.8	68.7
Tiempo de consulta con psiquiatra (min)	53.8	32.9
Tiempo de consulta con psicólogo (min)	71.0	38.5
Tiempo de análisis de laboratorio (min)	31.0	22.4

Para la determinación de los costos indirectos del trastorno de ansiedad, se emplearon las escalas WHODAS y Sheehan de discapacidad. Para el caso de la escala de Sheehan, las puntuaciones de cada dimensión van en un continuo de 0 a 10, en donde el “0” indica la ausencia de discapacidad y el “10” la máxima discapacidad. El reactivo de apoyo percibido se valora de menor percepción de apoyo (puntaje 0) a mayor percepción de apoyo (puntuación de 100).

De forma similar las puntuaciones de la escala WHODAS tienen un rango de 0 a 100, siendo el primero indicador de que no existe discapacidad y el último de discapacidad grave. Así, las

puntuaciones promedias reportadas por los pacientes del estudio se muestran en la Tabla 4.

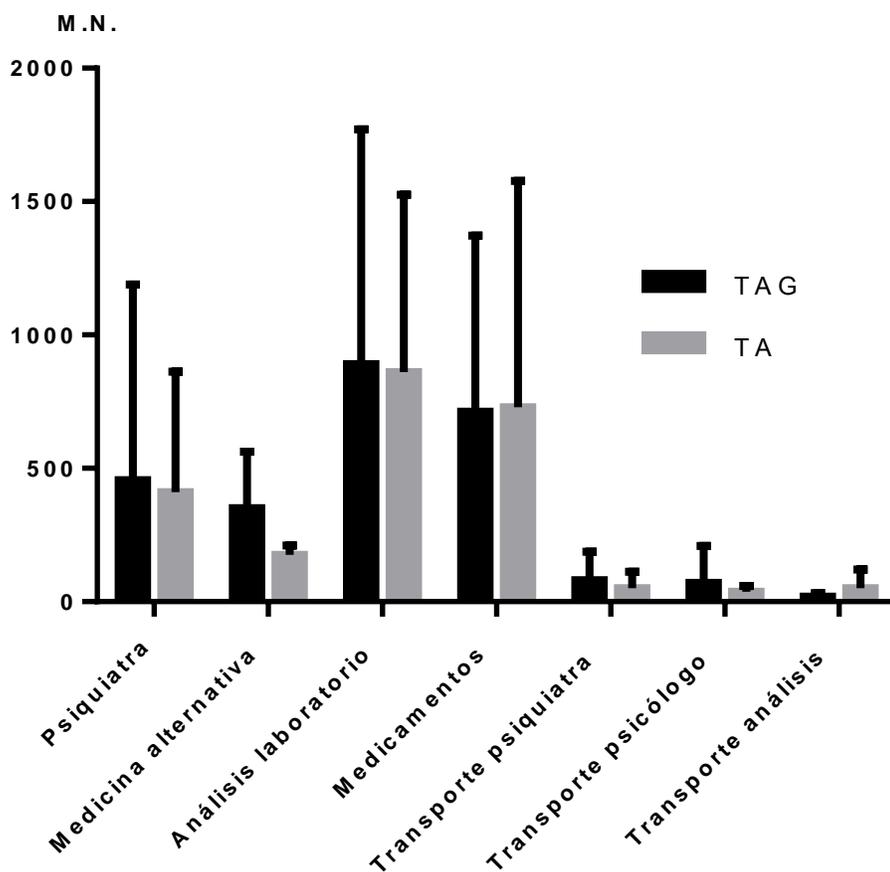
Tabla 4. Costos indirectos de la atención del trastorno de ansiedad – Discapacidad en los últimos 30 días.

	Media	D.E.
Escala de Discapacidad de Sheehan		
Discapacidad en el Trabajo	5.4	2.9
Discapacidad en la Vida Social	5.9	2.9
Discapacidad en la Vida Familiar	6.1	2.8
Nivel de Estrés Percibido	6.8	2.6
Apoyo social percibido	70.7	31.3
Evaluación de Discapacidad de la OMS-WHODAS		
Comprensión y comunicación	42.7	21.8
Movilidad	36.0	26.8
Cuidado personal	26.9	26.1
Relacionarse con otras personas	38.3	25.7
Actividades de la vida diaria		
Doméstica	41.6	29.6
Laboral	41.2	26.6
Participación en la sociedad	50.0	21.2
Número de días con incapacidad total	5.0	7.3
Número de días con incapacidad parcial	8.8	8.8

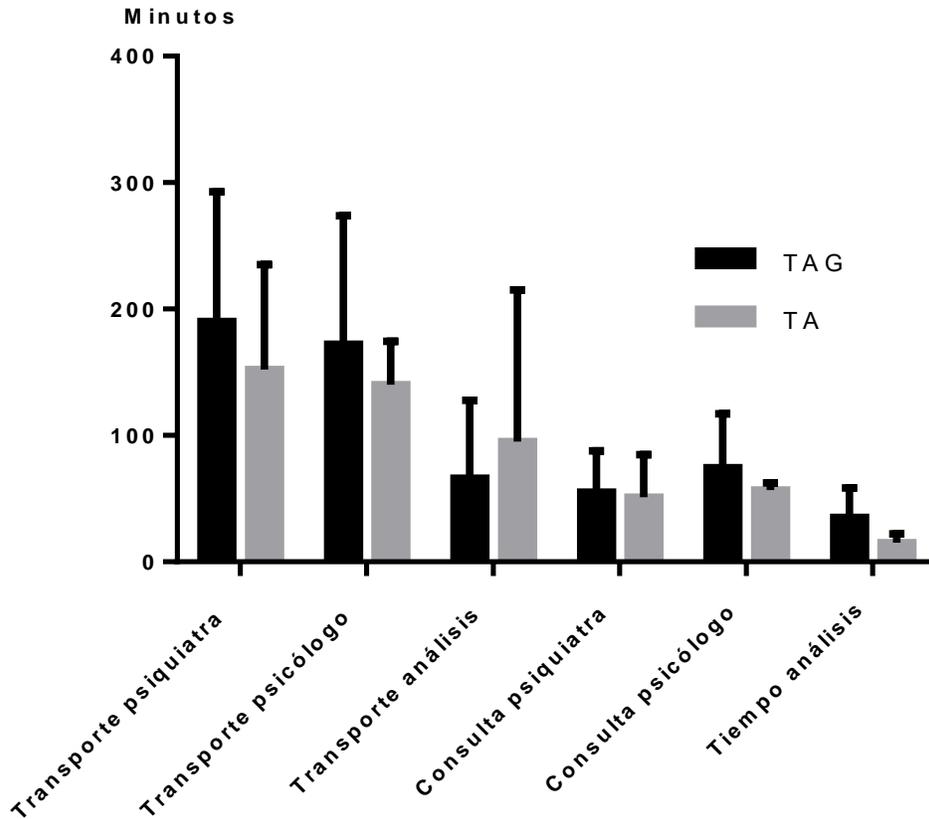
d) COMPARACIÓN DE COSTOS DIRECTOS E INDIRECTOS POR GRUPO DIAGNÓSTICO

De forma global, tanto los pacientes con TAG como con TA reportaron costos directos similares. El gasto económico de las consultas, medicamentos y análisis fue similar en ambos grupos. En cuanto al tiempo empleado, se observó que los pacientes con TAG emplean más tiempo de transportación para acudir al servicio de psiquiatría en comparación con los pacientes con TA ($p=0.04$). En la Gráfica 1 se muestra el gasto económico promedio por los servicios en ambos grupos, mientras en la Gráfica 2, se reporta el tiempo empleado para acudir a los servicios.

Gráfica 1. Gastos económicos entre grupos – Costos directos



Gráfica 2. Tiempo invertido entre grupos – Costos directos



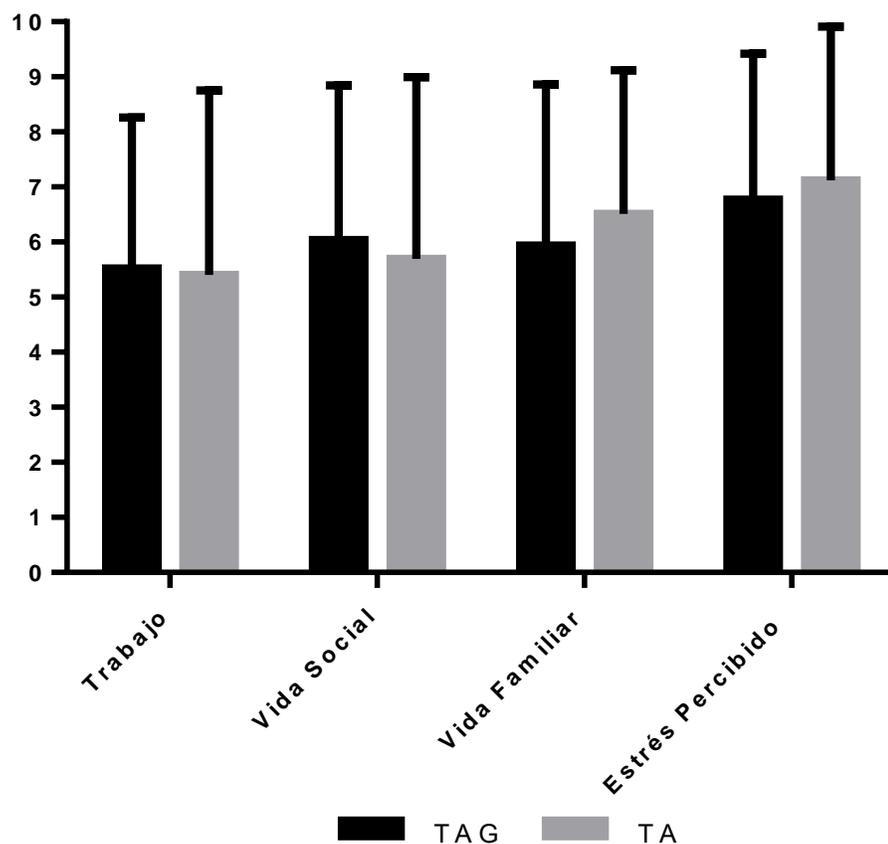
Al igual que lo observado en los costos directos, no se encontraron diferencias entre pacientes con TAG y TA en cuando al nivel de discapacidad reportado por el trastorno. Ambos grupos reportan niveles similares de discapacidad en el último mes, siendo éste de moderado a grave en las diferentes áreas de evaluación.

El nivel de apoyo social percibido, de acuerdo a la escala de Sheehan también fue similar en los pacientes con TAG (media=68.1, D.E.=31.3) y en los pacientes con TA (75.5, D.E.=31.1; $p=0.21$), al igual que los días de incapacidad (TAG=5.2, D.E.=7.2; TA=4.5, D.E.=7.6;

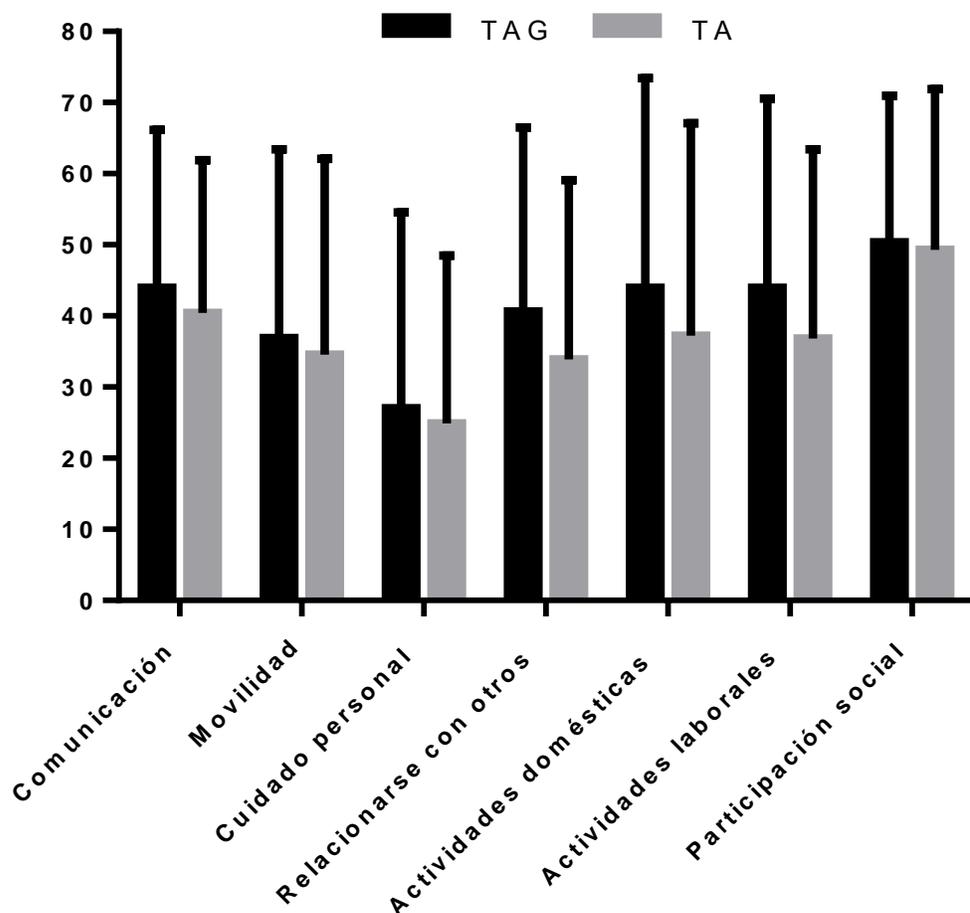
p=0.16) y de reducción de actividad (TAG=9.0, D.E.=8.5; TA=8.4, D.E.=9.5; p=0.70) evaluados mediante el WHODAS.

Las áreas de evaluación restante de la escala de discapacidad de Sheehan se muestran en la Gráfica 3 y aquellos de la escala WHODAS en la Gráfica 4.

Gráfica 3. Discapacidad entre grupos diagnósticos evaluados con la escala Sheehan.



Gráfica 3. Discapacidad entre grupos diagnósticos evaluados con la escala WHODAS



e) VARIABLES ADICIONALES EVALUADAS ASOCIADAS A LOS COSTOS DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Para el presente estudio, se evaluaron algunas variables adicionales a las propuestas en los objetivos de investigación, pero que pudieran tener una estrecha relación con los costos de los trastornos de ansiedad. Estas variables fueron: a) métodos de pago de los servicios de salud, b) ingresos económicos totales del paciente, c) presencia y

monto de deudas económicas y d) factores que intervienen en el uso de servicios de salud. A continuación se realizará una descripción de cada una de estas variables en el total de la muestra del presente estudio.

En relación con el pago de los servicios médicos, en la Tabla 5 se muestra el porcentaje de pacientes que ocupan los distintos medios de pago descritos y el porcentaje de contribución de cada medio para el pago de los servicios médicos del trastorno de ansiedad.

Tabla 5. Medios de pago de los servicios médicos

Medio	Número de pacientes		Porcentaje de contribución	
	n	%	Media	D.E.
Ingresos	124	100	91.7	16.8
Ahorro	14	11.3	26.4	16.9
Préstamos (amigos, familia)	18	14.5	29.1	19.5
Financiamiento	4	3.2	32.5	9.5
Seguro médico	0		--	
Venta de posesiones	0		--	

En cuanto a los ingresos, 108 pacientes (87.1%) reportaron contar con algún tipo de ingreso económico, el cual se describe a detalle en la Tabla 6. El ingreso total promedio de los pacientes es de \$9900.8 M.N (D.E.=9541.8), ingreso del cual dependen un total de 3 personas en promedio (rango 1-6 personas). Con este ingreso, el 56.5% (n=70) de los pacientes perciben su situación económica como regular, 22.6% (n=28) como mala y el 8.9% (n=11) como muy

mala. Solo el 12.1% (n=15) consideró tener una buena situación económica.

A su vez, poco más del 50% de los pacientes reportaron tener alguna deuda económica (n=63, 50.8%) cuyo monto va desde los \$200 M.N. en algunos pacientes hasta un paciente con una deuda de \$1,000,000 M.N.

Tabla 6. Ingresos económicos de los pacientes con trastorno de ansiedad

Tipo de ingreso	Número de pacientes		Monto económico recibido (M.N.)	
	n	%	Media	D.E.
Sueldos/salarios	78	62.9	7150.0	6046.6
Venta/comercio de producto	44	35.5	6836.3	10780.4
Renta de propiedad	3	2.4	4266.6	2193.9
Pensión/jubilación	24	19.4	5995.8	5698.3
Intereses/dividendos	0		--	

DISCUSIÓN

La hipótesis del presente estudio planteó que los pacientes con diagnóstico de trastorno de angustia (TA) reportarían mayores gastos directos e indirectos durante un año de tratamiento en el servicio de consulta externa y Atención Psiquiátrica Continua en el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz", en comparación de con pacientes con diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada (TAG). Este planteamiento permitió hacer una comparación entre dos de los trastornos de ansiedad más prevalentes en la población mexicana y determinar los costos directos e indirectos que estos pueden generar. Esta información es relevante ya que nos permite evidenciar los costos que implican para los pacientes y sus familias, así como la discapacidad que estos trastornos les puede generar. Además, al tener una información detallada de los gastos totales que implican estos trastornos en comparación con el ingreso muestra las dificultades y limitaciones que producen a las familias mexicanas.

Del total de los pacientes incluidos en el estudio, observamos que el 65 % de la muestra tuvieron un diagnóstico de TAG, mientras que menos de un tercio el de TA en contraste con lo encontrado para TA. Este hallazgo es similar a las prevalencias reportadas en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, en donde se observa un mayor número de individuos con TAG, con una prevalencia del 5.4% (4). Incluso, este diagnóstico es de los más prevalentes respecto a otros trastornos de ansiedad, según de las diferentes clasificaciones de trastornos mentales (2).

Uno de los datos más relevantes encontrados fue el tiempo entre el inicio del padecimiento y el momento en que se recibió diagnóstico y

tratamiento especializado, el cual fue de casi 7 años. En México, la percepción sobre la psiquiatría, los trastornos mentales y los psicofármacos, así como el acceso a la atención en salud mental, han sido claramente afectados por la inadecuada información brindada por los medios de comunicación, lo que ha generado estigma y prejuicios al respecto (91). Todo ello, ha dificultado que las personas acudan a un servicio de atención especializada de forma oportuna, haciendo que estos padecimientos se vuelvan crónicos y tengan una mayor repercusión en las diferentes áreas de la vida de los individuos que los padecen (63).

Por otro lado, la entidad psiquiátrica con la que se encontró mayor comorbilidad fue la depresión, para ambos grupos de estudio, lo cual era esperado y congruente con los datos en la mayoría de la literatura publicada al respecto (18), aunque en algunos estudios se ha reportada una comorbilidad mayor con otros trastornos de ansiedad (18).

Se observó que los pacientes con TAG tuvieron una mayor cronicidad general comparados con los pacientes con TA. Esto podría deberse, por un lado, a la inadecuada conciencia de los pacientes sobre los síntomas propios del TAG, donde la persona asume sus preocupaciones como algo normal; por otro lado, existe la teoría de que el hecho de asociarse a mayor número de comorbilidades, generaría un ciclo vicioso que perpetuaría la sintomatología (12). Además, ya que los síntomas del TA son en gran parte síntomas físicos fácilmente identificables, esto lleva al paciente a buscar ayuda de forma más temprana, amén de que al ser altamente incapacitantes, en el momento en el que se presentan, generando una necesidad inmediata de atención (49).

Respecto al tipo de atención buscada, se encontró que únicamente el 12.4% de los pacientes reportó que acudía en el momento de la evaluación a un servicio de psicoterapia, para trastornos de ansiedad,

cuando la literatura establece que es el tratamiento de elección, incluso tras haber mostrado en algunos estudios ser superior al tratamiento farmacológico, esto debido a mejor costo-eficiencia, la preferencia de los pacientes y su efecto de mejoría más duradero (75).

En este estudio no se encontraron diferencias sustanciales en los costos directos entre los dos trastornos. Sin embargo, el desarrollo de la investigación permitió obtener cifras precisas sobre los costos directos para los participantes que estaban recibiendo atención psiquiátrica para los trastornos de ansiedad estudiados. De ello, deben resaltarse los montos que se pagan de manera mensual en la atención con el psiquiatra, el transporte al lugar donde se recibe la atención y los medicamentos, que en total suman un monto mayor de \$1,200. Si comparamos esta cifra con los \$1700 del salario mínimo establecido al momento del estudio, una persona que gana este sueldo tendría que invertir más de las dos terceras partes de su ingreso únicamente en la atención de estos trastornos. (92).

Respecto a los costos indirectos tampoco se encontraron diferencias importantes entre ambos grupos de estudio, con resultados congruentes con lo reportado en la bibliografía, que describe una discapacidad moderada a grave (63,76). Las áreas social y familiar son las que más se vieron afectadas por los trastornos de ansiedad estudiados. Llama la atención que la mayoría de los pacientes comentaron que sentían apoyados por sus familiares, amigos y sociedad, esto probablemente fomentado por factores culturales de nuestro país, donde el núcleo familiar se mantiene unido durante la mayor parte de la vida, a diferencia de otras culturas. Referente a las funciones que se vieron más afectas por los síntomas ansiosos fueron la comprensión y la comunicación, así como la capacidad de relacionarse con los demás, lo implicaría una dificultad del paciente de pedir ayuda, externar sus síntomas y recibir la atención de

salud pertinente. En cuestión de la proporción del total del tiempo del mes que los pacientes presentan disfunción: la sexta parte de los días su funcionalidad se vio abolida por completo y en una tercera parte de los días disminuida sustancialmente.

Finalmente, respecto a la fuente de ingreso que les permite a los pacientes costear sus atenciones, es devastante que la tercera parte de los pacientes necesitaban pedir préstamos a familiares o amigos o recurrir a entidades financieras para poder recibir la atención necesaria para tratar su padecimiento. En muchas ocasiones sin la capacidad de pagar estos préstamos, lo que genera un nuevo e importante estresor para el paciente y su familia. Esta disparidad entre la fuente de ingresos de la gran parte de la población y los costos de la atención para la salud mental, reflejan el estigma y la poca comprensión de las enfermedades mentales. Lo que hace evidente que las instituciones de salud, así como las políticas públicas en nuestro país no están siendo suficientes para hacer frente a la creciente demanda de salud mental en nuestra población.

LIMITACIONES

Es importante considerar que este fue un estudio transversal y que la información se obtuvo de forma retrospectiva, por lo que el sesgo de memoria pudo haber influido en los resultados de los costos. Al respecto, será importante realizar estudios futuros que incluyan una evaluación prospectiva sobre los costos en la atención del trastorno de ansiedad.

Por otro lado, debido a la alta frecuencia de comorbilidades para el TA y el TD, principalmente con el trastorno depresivo mayor, estas podrían incrementar las cifras de los costos obtenidos, tanto directos como indirectos, dificultando el cálculo de los costos atribuibles exclusivamente a los trastornos estudiados. Además, la presencia de comorbilidades no psiquiátricas, como diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial sistémica, también influirían en el incremento de los costos.

Finalmente, respecto a la población incluida, el estudio se realizó con pacientes entre los 18 y los 65 años, por lo que no se incluyeron adultos mayores, en quienes se conoce una alta frecuencia de estos trastornos, inclusive con prevalencias más altas y con una discapacidad mayor por la ansiedad, respecto a poblaciones jóvenes.

CONCLUSIONES

El presente estudio brinda un panorama general y amplio sobre los costos de atención que tienen los pacientes con un trastorno de ansiedad, así como sobre la discapacidad asociada a estos trastornos.

Estos resultados podrían ser la base para fomentar la difusión de información sobre estos trastornos en la población general, que permitirían mejorar el acceso a un tratamiento adecuado y limitar las repercusiones sobre la funcionalidad de los pacientes, así como reducir los costos para las familias mexicanas. Será importante replicar el estudio en otras poblaciones, con contextos distintos a la población urbana, o en grupos etarios particularmente vulnerables a estos padecimientos, tales como los adultos mayores y los menores de edad.

La disparidad entre los ingresos de la población y los costos de la atención para la salud mental, hace evidente el estigma y la poca atención de las instituciones a las enfermedades mentales. Esto nos impulsa a la creación de políticas públicas en el área de salud mental para hacer frente a la alta prevalencia de los trastornos de ansiedad en nuestra población, que nuevamente son expuestos como altamente discapacitantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1.- Kessler R, Aguilar-Gaxiola. The global burden of mental disorders: An update from the WHO World Mental Health (WHM) Surveys. *Epidemiologia e Psiquiatria Sociale* (2009); 18:23-33.
- 2.- Medina-Mora ME, Borges G. Prevalence of mental disorders and use of services: results from the Mexican National Survey of Psychiatric Epidemiology. *Salud Ment* (2003); 26:1-16.
- 3.- Barlow D, Blanchard E. Generalized anxiety and generalized anxiety disorder: Description and reconceptualization. *Am J Psychiat* (1986); 143:40-44.
- 4.- Wittchen H, Zhao S. DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey Archives of General Psychiatry (1994); 51: 355-364.
- 5.- Asnaani A, Richey J. A cross-ethnic comparison of lifetime prevalence rates of anxiety disorders. *J Nerv Ment Dis* (2010); 198:551-555
- 6.- Beesdo K, Pine DS. Incidence and risk patterns of anxiety and depressive disorders and categorization of generalized anxiety disorder. *Arch Gen Psychiatry* (2010);67:47-57.
- 7.- Salzman C. Pharmacologic treatment of the anxious elderly patient. *Anxiety disorder in the elderly* (1991); 149-173.
- 8.- Sanderson WC, Wetzler. Chronic anxiety and generalized anxiety disorder: Issues in comorbidity. In *Chronic Anxiety: Generalized Anxiety Disorder and Mixed Anxiety-Depression*. Guilford Press (1991) New York. USA.
- 9.- Grant BF, Hasin DS. Prevalence, correlates, co-morbidity, and comparative disability of DSM-IV generalized anxiety disorder in the USA:

results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychol Med* (2005); 35:1747-1759

10.- Brown TA, Campbell LA. Current and lifetime comorbidity of the DMS-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *J Abnorm Psychol* (2001); 110:585-599.

11.- Campbell LA, Brown TA. The relevance of age of onset to the psychopathology of generalized anxiety disorder. *Behav Ther* (2003); 34:31-48.

12.- Yonkers KA, Bruce SE. Chronicity, relapse, and illness- course of panic disorder, social phobia and generalized anxiety disorder: Findings in men and women from 8 years of follow up. *Depress Anxiety* (2003);17:173-179.

13.- Brown TA, Nardo PA. Reliability of DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for classification of emotional disorders. *J Abnormal Psychol* (2001); 110;49-58.

14.- First MB, Spitzer RI. Structural Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I): Clinical Version. American Psychiatric Press (1996) Washington, DC, USA.

15.- Rickels K, Zanielli R. Paroxetine treatment of generalized anxiety disorder. A double-blind, placebo-controlled study. *Am J Psychiat* (2003); 160:749-756.

16.- Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría (2013).

17.- Wittchen H, Zhao S. DSM- III-R generalized anxiety disorder in National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiat* (1994); 51:355-364.

- 18.- Brawman- Mintzer O, Lydiard R. Somatic symptoms in generalized anxiety disorders. *Am J Psychiat* (1994);151:930-932.
- 19.- Bruce SE, Yonkers KA. Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: A 12-year prospective study. *Am J Psychiat* (2005);162:1179-1187.
- 20.- Slev J, Chambless DL. Specificity of treatment effects: cognitive therapy and relaxation for generalized anxiety and panic disorders. *J Consult ClinPsychol* (2007); 75:513-522.
- 21.- Roemer L, Orsillo SM. Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: evaluation in a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* (2009); 76:1083-1089.
- 22.- Leichsenring F, Salzer S. Short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder: a randomized, controlled trial. *Am J Psychiatry* (2009); 166:875-881.
- 23.- Hofman SG, Swayer AT. Is it beneficial to add pharmacotherapy to cognitive-behavior therapy when treating anxiety disorders? a meta-analytic review. *Int J CognTher* (2009); 2:160-175.
- 24.- Gosselin P, Ladouceur R. Benzodiazepine discontinuation among adults with GAD: A randomized trial of cognitive behavioral therapy. *J Consult Clin Psychol* (2006); 74:908-919.
- 25.- Crits-Christoph P, Newman MG. Combined medication and cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord* (2011); 23:1106-1117.
- 26.- Martin A, Pierre B. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry* (2014); 14:Suppl 1.

- 27.- Kapczinski F, Lima MS. Antidepressants for generalized anxiety disorder. Cochrane Database Syst Rev (2003) CD003592.
- 28.- Bielski RJ, Bose A. A double-blind comparison of Escitalopram and paroxetine in the long term treatment of generalized anxiety disorder. Ann Clin Psychiatry (2005); 17:65-69.
- 29.- Rickles K, Pollack MH. Pregabalin for treatment of generalized anxiety disorder: a 4 week, multicenter, double-blind, placebo-controlled trial of pregabalin and alprazolam. Arch Gen (2005); 62:1022-1030.
- 30.- Martin A, Pierre B. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. BMC Psychiatry (2014);14:Suppl 1.
- 31.- Kapczinski F, Lima MS. Antidepressants for generalized anxiety disorder. Cochrane Database Syst Rev (2003) CD003592.
- 32.- Bystrisky A, Kerwin L. A pilot controlled trial of bupropion XL versus escitalopram in generalized anxiety disorder. Psychopharmacol Bull (2008);41:46-51.
- 33.- Depping AM, Komossa K. Second-generation antipsychotics for anxiety. Cochrane Database Syst Rev (2010) CD008120.
- 34.- Berger A, Edelsberg J. Health Outcomes Research in Medicine (2012) 3, e45-54.
- 35.- North C, Yutzy Sean. Goodwin and Guze's Psychiatric Diagnosis. Sixth edition (2010).
- 36.- Koenigsberg H, Pollak P. Cardiac and respiratory activity in panic disorder: effects of sleep and sleep lactate infusions. Am J Psychiat (1994); 151:1148-1152.

- 37.- Klein, D. False suffocation alarms, spontaneous panics, and related conditions. An integrative hypothesis. *Arch Gen Psychiat* (1993);50:306-317.
- 38.- Papp L, Martinez J. Respiratory psychophysiology of panic disorder: three respiratory challenges in 98 subjects. *Am J Psychiat* (1997) 66:69-71.
- 39.- Sakai T, Kumano H. Cerebral glucose metabolism associated with fear network in panic disorder. *NeuroReport* (2005); 16: 927-931.
- 40.- Ninan P, Dunlop B. Neurobiology and etiology of panic disorder. *J Clin Psychiat* (2005); 66 suppl 4:3-7.
- 41.- Maron E, Kuikka J. Reduced brain serotonin transporter binding in patients with panic disorder. *Psychiat Res* (2004); 132:173-181.
- 42.- Eaton W, Dryman A. Panic and phobia. In *Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study*. (1991):155-179.
- 43.- North C, Yutzy Sean. Goodwin and Guze's *Psychiatric Diagnosis*. Sixth edition (2010) 98-130.
- 44.- Bruce S, Yonkers K. Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: a 12-year prospective study. *Am J Psychiat* (2005); 162:1179-1187.
- 45.- Massion A, Atkinson M. An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients: the Addiction Severity Index. *J Nerv Ment Dis* (1980); 168:26-33.
- 46.- Yonkers K, Bruce S. Chronicity, relapse, and illness-course panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder: findings in men and women from 8 years of follow-up. *Depress Anxiety* (2003); 66:1477-1484.
- 47.- Grasbeck A, Rorsman B. Mortality of anxiety syndroms in a normal population. The Lundby Study. *Neuropsychobiol* (1996); 33:118-126.

- 48.- Yeragani V, Pohl R. Twenty-four-hour QT interval variability: increased QT variability during sleep in patients with panic disorder. *Neuropsychobiol* (2002); 46:1-6.
- 49.- Latas M, Starcevic V. Predictors of work disabilities in patients with panic disorder with agoraphobia. *Eur Psychiat* (2004); 19: 280-284.
- 50.- Rubin H, Rapaport M. Quality of well being in panic disorder: the assessment of psychiatric and general disability. *J Affect Disord* (2000); 57:217-221.
- 51.- Hudson J, Goldenberg D. Comorbidity of fibromyalgia with medical and psychiatric problems. *Am J Med* (1992); 92:363-367.
- 52.- McFall M, Murburg M. Basal sympathoadrenal function in posttraumatic distress disorder. *BiolPsychiat* (1992); 180:498-504.
- 53.- Klein D. Importance of psychiatric diagnosis in prediction of clinical drug effects. *Arch Gen Psychiat* (1967); 16:118-126.
- 54.- Pollack M. The pharmacotherapy of panic disorder. *J Clin Psychiat* (2005); 66 Suppl 4:23-27.
- 55.- Susman J. The role of high-potency benzodiazepines in the treatment of panic disorder. *Prim. Care Comp. J Clin Psychiat* (2005); 7:5-11.
- 56.- Zamorski M, Albucher R. What to do when SSRIs fail: eight strategies for optimizing treatment of panic disorder. *Am Fam Physician* (2002); 66:1477-1484.
- 57.- Pollack M. The pharmacotherapy of panic disorder. *J Clin Psychiat* (2005); 66 Suppl 4:23-27.
- 58.- Zohar J, Westenberg H. Anxiety disorders: a review of tricyclic antidepressants and selective serotonin reuptake inhibitors. *ActaPsychiat Scand Suppl* (2000); 403:39-49.

- 59.- Zwanzger P, Rupprecht R. Selective GABAergic treatment for panic? Investigations in experimental panic induction and panic disorder. *J Psychiat Neurosci* (2005); 403:39-49.
- 60.- Black D. Efficacy of combined pharmacotherapy and psychotherapy versus monotherapy in the treatment of anxiety disorders. *CNS Spectr* (2006); 11:29-33.
- 61.- Samarasekera U. The story of GBD 2010: A “super human” effort. *Lancet* (2012); 380: 2067 – 2070.
- 62.- Lim SS, Vos T. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: A systematic analysis for the global burden of disease study 2010. *Lancet* (2012); 380:2224-60.
- 63.- La discapacidad: manual para el cuestionario de evaluación de la discapacidad de la OMS (2015)15-20.
- 64.- Kessler R, Heeringa S. The individual-level and societal-level effects of mental disorders on earnings in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiat* (2008); 156: 703-711.
- 65.- World Health Organization. Global status report on non-communicable diseases 2011. Geneva: WHO.
- 66.- Bloom D, Cafiero E. The Global economic burden of non-communicable diseases. Geneva: World Economic Forum (2011).
- 67.- Murray L, Dorsey S. A common elements treatment approach for adult mental health problems in low and middle income countries. *Cogn Behav Pract* (2014); 21:111-123.

- 68.- Constantino-Casas P, León-González Armando. Costo-efectividad de ansiolíticos en los trastornos de ansiedad. *Rev Med InstMexSeguroSoc* (2010); 48 (3): 303-308.
- 69.- Mendodlowcz MV, Stein MB. Quality of life in individuals with anxiety disorders. *Am J Psychiatry* (2000); 157: 669-682.
- 70.- Greenberg PE, Sisitsky T. The economics of anxiety disorders in the 1990s. *J Clin Psychiatry* (1991); 148:1494-1500.
- 71.- Olesen J, Gustavsson A. The economic cost of brain disorders in Europe. *Eur J Neurol* (2012); 19:155-162.
- 72.- Slobbe L, Kommer G. Kosten van ziekten in Nederland 2003. *ZorgvoorEur* (2006);1.
- 73.- Andlin-Sobocki P, Wittchen HU. Cost of anxiety disorders in Europe. *Eur J Neurol* (2005); 12 (Suppl. 1):39-44.
- 74.- Chollet J, Saragaussi D. A Clinical Research Practice Datalink Analysis of Antidepressant Treatment Patterns and Health Care Cost in Generalized Anxiety Disorder. *Value Health* (2013); 16: 1133-1139.
- 75.- Heuzenroeder L, Donnelly M. Cost-effective of psychological and pharmacological interventions for generalized anxiety disorder and panic disorder. *Aust N Z J Psychiatry* (2004); 38:6022-12.
- 76.- Park Y, Kim W. Impairment of work productivity in panic disorder patients. *J Affect Disorders* (2014); 157:60-65.
- 77.- Arredondo A, Damián Teresa. Una aproximación al estudio de costos de servicios de salud en México. *Salud Pública México* (1995); 37:437-445.
- 78.- Rascón R, Arredondo A. Una aproximación al costo del tratamiento de las enfermedades mentales en México: depresión y esquizofrenia. *Salud Ment* (1998) ; 21.
- 79.- Farmacoeconomía. *Salud Ment* (2014); 37.

- 80.- Van-Roijen L, Koopmanschap M. Indirect costs of disease: An international comparison. *Health Policy* (1995); 33:15-29.
- 81.- Arredondo A, Nájera P. Atención médica ambulatoria en México: el costo para los usuarios. *Salud Pública México* (1999); 41.
- 82.- Feinstein AR. *Clinical epidemiology. The architecture of clinical research*. Philadelphia: WB Sanders; (1985).
- 83.- OMS. *Medición de la salud y la discapacidad: manual para el cuestionario de evaluación de la discapacidad de la OMS* (2015)15-20
- 84.- Rush JA. *Handbook of Psychiatric Measures*. American Psychiatric Association (2000); 113-115.
- 85.-Sheehan KH. Assessing treatment effect in clinical trials with the discan metric of the Sheehan Disability Scale. *IntClinPsychoparmacol* (2008); 23:70-83.
- 86.- Leon AC, Shear MK. Assessing psychiatric impairment in primary care with the Sheehan Disability Scale. *Soc Psychiatry PsychiatrEpidemiol* (1992); 27:78-82.
- 87.- WHO. *WHO Study on Global Ageing and Adult Health (SAGE)*. WHO longitudinal multi-country studies (2010).
- 88.- Vázquez-Baquero J, Herrera Castanedo S. La Discapacidad: Modelos interpretativos y su influencia en el nuevo Sistema de Clasificación de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud. *Arch Psiquiatría* (2000).
- 89.- Hamilton M. Diagnosis and rating of anxiety. *Br J Psychiatry* (1969); 3:76-79.
- 90.- Snaith R, Baugh S. The Clinical Anxiety Scale: an instrument derived for the Hamilton Anxiety Scale. *Br J Psychiatry: the journal of mental science* (1982); 141:518-523.

91.- Picco L, Pang S. Internalized stigma among psychiatric outpatients: Associations with quality of life, functioning, hope and self-esteem. *Psychiat Res* (2016); 246:500-506.

92.- Instituto Nacional de Estadística y Geografía 2016.

FORMATO DE DATOS DEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS

Datos Sociodemográficos

Fecha: _____
Expediente: _____

Nombre: _____

Edad al momento del estudio: _____ Sexo: M (1) F (2)

Estado Civil: (1) Casado / Unión Libre
(2) Soltero
(3) Viudo
(4) Divorciado / Separado

Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Escolaridad (en años): _____

Nivel Socioeconómico: Alto (1) Medio (2) Bajo (3)

Ocupación: (1) Desempleado
(2) Hogar
(3) Estudiante
(4) Empleo medio tiempo / Subempleo
(5) Empleo tiempo completo

Dirección: _____

Teléfono: _____

Familiar responsable: _____

Teléfonos alternativos de localización:

Correo electrónico: _____

Datos clínicos relacionados con los trastornos de ansiedad:

¿A qué edad empezó a tener síntomas de ansiedad?

Años _____

¿Cuánto tiempo tiene presentado síntomas de ansiedad?

Años _____

¿Con qué profesional acudió por primera vez por sus síntomas de ansiedad?

Médico general

Psicólogo

Psiquiatra

Homeópata

Especialista (especifique _____) _____

Enliste todas las atenciones que recibió para el manejo de los síntomas de ansiedad antes de llegar a esta institución.

Brindó la atención	Diagnóstico proporcionado	Tratamiento empleado

Usted padece de algún otro trastorno psiquiátrico?

Diagnóstico	Tiempo de evolución	Tratamiento

--	--	--

Usted padece de alguna otra enfermedad física? (ejemplo diabetes o hipertensión)

Diagnóstico	Tiempo de evolución	Tratamiento

CONSENTIMIENTO INFORMADO

LOS COSTOS DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD: ESTUDIO COMPARATIVO DEL
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA Y EL TRASTORNO DE ANGUSTIA

CARTA DE CONSENTIMIENTO PARA EL PACIENTE.

He tenido junto con el Investigador Responsable una entrevista clínica en donde se me informó de la investigación, su justificación, los objetivos y los procedimientos.

El presente estudio se justifica porque cada país destina un número limitado de recursos económicos a la atención de la salud de sus habitantes, en el caso de México vemos como es que se ha incrementado la demanda de servicios de salud que atiende la salud mental, pero el presupuesto destinado para la atención de estos trastornos no ha seguido el paso de esta creciente demanda. Los estudios de costos juegan un papel importante para mejorar la eficiencia económica en el cuidado de la salud, informando a nuestros gobernantes donde depositar los recursos que nuestro país dispone. En México se encuentra limitada literatura referente a estos estudios, con una escasez aun más marcada cuando se habla de salud mental y más aun en los trastornos de ansiedad. Esto llama mucho la atención y nos obliga realizar investigación en este espectro de los trastornos mentales.

El objetivo final de este estudio es Comparar los costos directos e indirectos del tratamiento de pacientes con diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada o trastorno de angustia que acudieron al servicio de consulta externa y atención psiquiátrica continuada del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz durante un periodo de un año.

Se me va a incluir como parte de un grupo de mexicanos que acuden a consulta al Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, que han sido diagnosticados con trastorno de ansiedad generalizado o trastorno de angustia (Trastornos de ansiedad). Mi participación consistirá en aportar datos relacionados mi vivienda, redes de apoyo sociales, con el gasto que yo y/o mis familiares tenemos relacionados con los medicamentos, las consultas de control, las hospitalizaciones, y los estudios de gabinete y

laboratorio, durante un periodo de 12 meses. Así como dar una aproximación del ingreso mensual con el que cuento para dichos gastos, considerando que todos los datos que le proporcione al Investigador Responsable serán absolutamente confidenciales.

Mi participación en el estudio es voluntaria y en el caso de que yo no desee participar en ella, puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento y entiendo que de ninguna manera afectará negativamente la calidad de la atención médica que voy a recibir. De esta forma y como se mencionó anteriormente, mi participación es importante ya que podrá contribuir al conocimiento social que los médicos tienen acerca del costo del trastorno que se investiga.

He hablado directamente con el investigador clínico responsable y este ha contestado todas mis preguntas en términos que he podido entender. Además entiendo que en cualquier momento puedo consultarlo para aclarar dudas que me pudieran surgir durante el transcurso del estudio.

Mi identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o en sus resultados. Además, para salvaguardar mi anonimato, a mis datos se les asignará un código numérico común de tal suerte que sólo el investigador responsable tendrá acceso al identificador correspondiente.

La información que le brinde al Investigador en ningún momento será comunicada a mi familiar responsable, ni a ninguna otra persona ajena a este estudio sin mi autorización, excepto en el caso en que la ley lo obligue.

Contacto.

Si tengo alguna pregunta, puedo contactar al investigador responsable de este estudio, Dr. Luis Gerardo Moncayo Samperio, al teléfono 5541605287: o bien directamente en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Edificio de Servicios Clínicos, Modulo E.

Firma del Paciente.

Fecha.

Nombre del Paciente.

Firma del investigador.

Fecha.

Nombre del investigador.

Firma del Testigo 1

Fecha.

Nombre del Testigo 1

Firma del Testigo 2

Fecha.

Nombre del Testigo 2