



Facultad de Medicina



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
POSGRADO**

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MÉDICA, PSIQUIATRÍA Y
SALUD MENTAL**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPÚLVEDA ÁLVAREZ"**

**TITULO
PREVALENCIA DE TRASTORNOS PSIQUIATRICOS Y SU IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA
DE PACIENTES CON DOLOR TORACICO FUNCIONAL**

PROYECTO DE TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA

PRESENTA:

DRA. LAURA ALICIA HERNANDEZ RIVERA

ASESOR: DR. FELIPE VAZQUEZ ESTUPIÑAN

MÉXICO, DF

FEBRERO, 2015



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.



DOCTORA
DIANA GRACIELA MENEZ DIAZ

JEFE DE LA DIVISIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

DOCTOR

MARTIN FELIPE VÁZQUEZ ESTUPIÑAN

PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

DOCTOR

MARTIN FELIPE VÁZQUEZ ESTUPIÑAN

ASESOR CLINICO
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



"2014, Año de Octavio Paz".

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 3601
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. BERNARDO SEPULVEDA GUTIERREZ, CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI,
D.F. SUR

FECHA **20/05/2014**

DR.(A). MARTÍN FELIPE VÁZQUEZ ESTUPIÑÁN

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

PREVALENCIA DE TRASTORNOS PSIQUIATRICOS Y SU IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON DOLOR TORACICO FUNCIONAL

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2014-3601-66

ATENTAMENTE

DR.(A). CARLOS FREDY CUEVAS GARCÍA

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3601

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

1. Datos del alumno (Autor)	1. Datos del alumno
Apellido Paterno	Hernández
Apellido Materno	Rivera
Nombre	Laura Alicia
Teléfono	55 2235 4184
Universidad	Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad o escuela	Facultad de Medicina
Carrera	Medicina Especialidad en Psiquiatría
Número de cuenta	511210143
2. Datos del asesor	2. Datos del asesor (es)
Apellido paterno	Vázquez
Apellido materno	Estupiñan
Nombre	Martin Felipe
3. Datos de la tesis	3. Datos de la tesis
Título	Prevalencia de trastornos psiquiátricos y su impacto en la calidad de vida de pacientes con dolor torácico funcional
Subtítulo	
Número de páginas	69 p
Año	2015
NÚMERO DE REGISTRO	R-2014-3601-66

INDICE

RESÚMEN.....	6
INTRODUCCIÓN	8
JUSTIFICACIÓN	22
OBJETIVOS	23
MATERIAL Y MÉTODOS.....	23
RESULTADOS	36
DISCUSIÓN	54
CONCLUSIONES	56
BIBLIOGRAFÍA	57
ANEXOS	59

RESUMEN

El dolor torácico funcional de origen esofágico se caracteriza por episodios de dolor torácico en la línea media, de calidad visceral, sin explicación y por lo tanto con un origen potencialmente esofágico. En el modelo biopsicosocial (originado por George Engel) de enfermedad, un conjunto de factores (genéticos, ambientales, psicosociales, fisiológicos y patológicos) interactúan para producir síntomas y conductas que conocemos como manifestaciones. De éste concepto parte la teoría de cómo los trastornos psiquiátricos, en particular la ansiedad y depresión, están fuertemente asociados con TFGI y se correlacionan con la severidad de los síntomas. Objetivos: El presente estudio tiene como objetivo general identificar los trastornos psiquiátricos que prevalecen en los pacientes con dolor torácico funcional del servicio de gastroenterología del Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda” de la UMAE Centro Médico Nacional Siglo XXI. Material y Métodos: Se trata de un estudio transversal y descriptivo, en el que se estudió a los pacientes con diagnóstico de dolor torácico funcional con seguimiento en el servicio de Gastroenterología y/o Psiquiatría de la UMAE, Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda” del Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social, que cumplieron con los criterios de inclusión. Se utilizó una metodología estadística nominal, ordinal (mediana, percentiles, rangos, cuartiles, Spearman rho) y/o de intervalo y proporción (promedio, desviación estándar, varianza y correlación de Pearson). Se correlacionó el puntaje de escalas de psicopatología (Hamilton) con las puntuaciones de calidad de vida y dolor mediante el coeficiente de correlación de Spearman. Resultados: Se entrevistó a un total de 10 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, aceptaron participar en el estudio y firmaron su carta de consentimiento informado; también se incluyeron un total de 11 controles, quienes no contaban con diagnóstico de dolor torácico funcional ni diagnóstico psiquiátrico, para valorar y comparar la calidad de vida. Se encontró una elevada frecuencia de trastornos psiquiátricos en los pacientes con dolor torácico funcional, siendo el trastorno de ansiedad generalizada el más frecuente (70%). El nivel de dolor se vio influenciado por la presencia de un diagnóstico psiquiátrico, ya que la mayoría de los pacientes que puntuaron un dolor por encima de 5, contaban con un diagnóstico psiquiátrico. En cuanto a la calidad de vida, la presencia de dolor torácico funcional influyó en una menor calidad de vida, siendo lo más

frecuente una calificación regular (40%), en comparación con los controles que no presentaban dolor torácico, los cuales fueron calificados con una calidad de vida excelente en su mayoría (80%). Además la calidad de vida se mostró influenciada por la presencia de un trastorno psiquiátrico, ya que el 20% de los pacientes con dolor torácico funcional evaluados con una mala calidad de vida y que calificaron su dolor con un puntaje mayor a 5 presentaban diagnóstico psiquiátrico. Conclusiones: Podemos concluir que la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en los pacientes con dolor torácico funcional es elevada, siendo lo más frecuente los trastornos ansiosos y que la presencia de un trastorno psiquiátrico no sólo modifica el dolor, de forma negativa, sino la calidad de vida. Es importante identificarlos y de esta manera mejorar la evaluación de los pacientes, siendo ésta de manera más integral y multidisciplinaria.

INTRODUCCIÓN

Los síntomas son muy personales. Penetran en nuestro mundo privado y se comparten con nuestros semejantes, principalmente a través de la palabra. Muecas faciales y otras comunicaciones no verbales permiten a los demás conocer que padecemos de algo, pero ellos no sabrán de qué se trata hasta que les digamos. Piense en cómo debemos esforzarnos por comprender los síntomas de un niño que llora. Sólo por medio del lenguaje se puede entender el dolor de otros. Todos comprendemos palabras útiles como dolor, náusea, parálisis y distensión abdominal, pero dispepsia, Rumiación o dolor esofágico son ambiguos y más difíciles de definir. Aunque podríamos entender en realidad la naturaleza de los síntomas comunicados por otros, debemos confiar por completo en sus palabras para aprender acerca de su intensidad, localización y factores causales. Estos son sujetos no sólo de la naturaleza de la lesión (si hay una), sino también de la experiencia previa, las creencias y el talante de quien la presenta. Después de todo, ninguno de nosotros cuenta con una base de comparación. Podemos decir con autoridad que nuestro dolor es mejor, peor o igual, pero no tenemos medios para clasificar por su intensidad con respecto al de otras personas.

A veces los síntomas son crónicos, repetitivos o intensos. Puede haber grupos de síntomas que sugieren un trastorno o síndrome en el intestino, la cabeza, la vejiga, los órganos reproductivos y otros sitios. Cuando interfieren con la vida normal o parecen señalar una enfermedad requieren atención médica rápida y se convierten, al menos por un momento, en un problema médico. Hay algunas condiciones médicas crónicas a las que no se puede encontrar explicación médica convencional. Tales condiciones se denominan trastornos funcionales y a las que parecen emanar de del intestino se les denomina trastornos funcionales gastrointestinales (TFGI); su característica determinante es que la alteración manifiesta del funcionamiento de nervios intestinales, músculos y hormonas, no tiene una causa conocida.

Por varios años, expertos de todo el mundo se han dedicado a perfeccionar una clasificación y abordaje clínico de los TFGI. Los informes se publican en un libro que se ha convertido en

referencia valiosa, la última edición de ese libro es Roma III: trastornos funcionales gastrointestinales.

Por lo general se cree que cada síntoma tiene una causa, si tan solo fuese posible descubrirla. Desde tiempos antiguos, las personas que desconocen la patología han inventado explicaciones elaboradas para los síntomas, que a menudo abarca lo místico y lo espiritual. Las evoluciones más importantes en nuestra comprensión de la enfermedad se presentaron durante la Ilustración cuando los médicos comenzaron a examinar los cuerpos de sus pacientes después de la muerte y así nació la ciencia de la patología. A medida que la cirugía intestinal se hizo frecuente más tarde en ese siglo, los cirujanos pudieron descubrir alteraciones patológicas en pacientes vivos. Conforme aumentaron los conocimientos, los facultativos pudieron identificar enfermedades internas con una exploración física especializada.

No obstante no todos los síntomas llevan a una conclusión lógica; muchos se mantienen sin explicación. Así, todos los TFGI se caracterizan por la presencia de síntomas intestinales que pudiesen en primer término sugerir una enfermedad estructural del intestino, pero al realizar una exploración más estrecha no se descubre alguna. Es decir, las determinantes subyacentes de los trastornos no se explican por el daño estructural a los intestinos, sino que comprenden como anomalías en el funcionamiento (es decir, fisiología) del intestino. Estas funciones alteradas suelen involucrar movimientos intestinales (motilidad), sensibilidad de los nervios intestinales, secreciones al interior del intestino, o las actividades de nervios y sustancias químicas (neuropéptidos) que controlan dichas funciones. Se considera que el tubo digestivo presenta síntomas por un funcionamiento anormal. A pesar de ello, es muy difícil distinguir lo normal de lo anormal. Los síntomas sin una causa clara constituyen un dilema para médicos y pacientes por igual.

Debemos distinguir enfermedad de malestar. Enfermedad es lo que un patólogo clínico o cualquier médico entrenado puede observar. Malestar es lo que uno siente; puede o no acompañar una enfermedad conocida, pero el paciente se siente mal y en ese momento le preocupa muy poco la

naturaleza de la enfermedad o sus causas. Una persona con un TFGI posiblemente se sentirá desalentada al descubrir que no se dispone de un tratamiento específico. No obstante hay medidas que pueden ayudar.

En el modelo biopsicosocial (originado por George Engel) de enfermedad, un conjunto de factores (genéticos, ambientales, psicosociales, fisiológicos y patológicos) interactúan para producir síntomas y conductas que conocemos como manifestaciones.¹

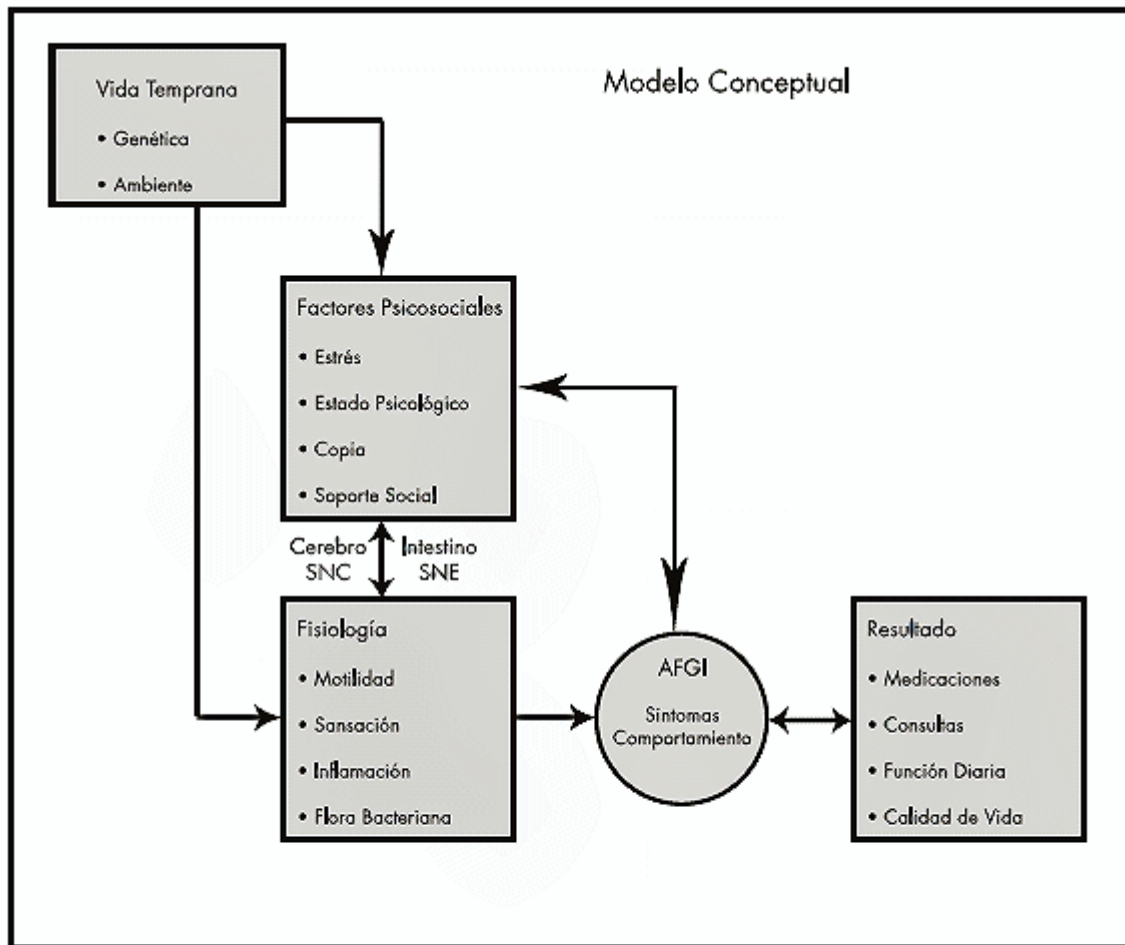


Fig. 1
Concepto biopsicosocial de la patogénesis y expresión clínica de las alteraciones funcionales gastrointestinales. Muestra la relación entre los factores fisiológicos, psicosociales, sintomáticos funcionales y resultados clínicos.

De éste concepto parte la teoría de cómo los trastornos psiquiátricos, en particular la ansiedad y depresión, están fuertemente asociados con TFGI y se correlacionan con la severidad de los síntomas. Incluso, adversidades de la vida temprana como abuso sexual y físico, se reportan con mayor frecuencia en éstos pacientes.

Existe evidencia creciente que muestra que los trastornos psiquiátricos están comúnmente asociados con el procesamiento central anormal de estímulos viscerales nocivos, la posible relación involucra anormalidades funcionales en diversos niveles del eje cerebro-intestino, que incluyen sistema hipotalámico-hipofisario-adrenal, sistema nervioso simpático y parasimpático, serotoninérgico y sistemas de endocannabinoides. Por otra parte, estudios recientes también han demostrado que los trastornos psiquiátricos puede alterar el sistema inmune en el intestino, que es cada vez más reconocido como una característica fisiopatológica de los TFGI. Se ha informado de la eficacia del tratamiento psiquiátrico, especialmente antidepresivos, y la intervención psicológica, como la terapia cognitivo-conductual y la meditación, sobretodo en el alivio de los síntomas y en la mejoría de la calidad de vida, sin embargo, es necesario realizar otros estudios para evaluar el impacto en la detección y oportuna y el inicio de tratamiento, en el curso de los TFGI.²

Un estudio llevado a cabo en una clínica de gastroenterología reportó una prevalencia del 34% a lo largo de la vida, de trastorno de ansiedad generalizada, en pacientes recién referidos con síndrome del intestino irritable.³ En otro estudio, en el que se incluyeron pacientes con trastornos de ansiedad y depresión, se encontró que los síntomas del síndrome de intestino irritable (SII) estaban asociados con la gravedad de la ansiedad y depresión; sin embargo, los pacientes con depresión en remisión no tenían asociación con los síntomas de SII.⁴ Por medio de la entrevista clínica estructurada del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos de Salud Mental-IV, se encontró que los trastornos de ansiedad se diagnostican en 38% de los pacientes con dispepsia funcional en comparación con 4% en la población general.⁵ Por otro lado, los pacientes de SII con comorbilidad psiquiátrica se caracterizan por tener un bajo umbral de dolor para la distensión rectal, altas tasas de asistencia sanitaria, problemas interpersonales y antecedente de abuso sexual.⁶ En un estudio realizado en la comunidad de Suecia, la ansiedad, pero no la depresión, se

vinculó a la dispepsia funcional con síndrome de angustia postprandial, pero no al síndrome de dolor epigástrico.⁷

En otro estudio, se mostró que los pacientes con dolor torácico no cardíaco tienen índices más altos de ansiedad y de trastorno de pánico en comparación con los controles sanos y pacientes con enfermedad arterial coronaria. Además después de un episodio de gastroenteritis, alrededor del 30% de los individuos van a desarrollar síndrome de intestino irritable, sin embargo, el riesgo aumenta si sufren de un trastorno de ansiedad concurrente. Lo más destacado de ésta información es la interacción entre la ansiedad, la inflamación gastrointestinal, y la posterior disfunción sensoriomotora.⁸

Finalmente no hay que olvidar que no hace mucho tiempo, los TFGI carecían de una definición, por lo que a veces son considerados de mala manera diagnósticos de exclusión. Aquellos pacientes que ingresaban al hospital eran frustrantes desde el punto de vista clínico, desafiaban el diagnóstico racional a pesar de la tecnología avanzada y respondían poco al tratamiento ofrecido por los médicos, que ignoraban el modelo biopsicosocial de la enfermedad de sus pacientes. Conforme se descubren explicaciones específicas de estos trastornos, pueden desecharse de la lista uno por uno y ya no considerarse funcionales. Algunos médicos sueñan con el día en que sea posible identificar de manera confiable la causa de cada uno de los trastornos y eventualmente, por un tratamiento eficaz, eliminarlos de la experiencia humana. A fin de cuentas, parecen ser parte de la condición humana lo que llevó a William Osler a aconsejar a los médicos "...curar a veces, aliviar a menudo y confortar siempre".

El sistema nervioso intestinal (SIN), una división del sistema nervioso autónomo, se sitúa dentro de las paredes del tubo digestivo y provee un control neural integral independiente de las funciones digestivas. Es capaz de iniciar y coordinar ciertas funciones intestinales programadas, pero subconscientes, y comparte muchos de los mediadores químicos cerebrales, como la acetilcolina y la serotonina.

Hay dos complejos nerviosos: el plexomientérico, que yace entre los músculos circular interno y el longitudinal externo en el tubo digestivo, y el plexo mucoso, que se encuentra dentro de la capa muscular interna, debajo de la mucosa. Los ganglios nerviosos contienen los cuerpos neuronales cuyas proyecciones largas y delgadas se conectan entre sí, así como con el músculo y las células endocrinas que controlan y de las que reciben señales. Estos axones coordinan el peristaltismo. Los nervios secretomotores se conectan con la mucosa, donde proveen control neuroendocrino relativo de la absorción y la secreción. Además fibras nerviosas sensoriales emiten impulsos desde sensores especializados que se conectan a fibras motoras que participan en reflejos locales y al sistema nervioso central a través de la médula espinal.

El SIN es capaz de actuar de forma independiente, como ocurre con la relajación “programada” del esfínter esofágico inferior para permitir el paso del material deglutido, o con el peristaltismo intestinal para trasladar el material en dirección al ano. Por lo general no nos percatamos de tal actividad. Sin embargo hay amplias conexiones entre el SIN y el SNC por medio de la médula espinal. Centros nerviosos en la base del cerebro transmiten impulsos motores tanto excitatorios como inhibitorios hacia el intestino a través de dichas conexiones, que a su vez son gobernadas por impulsos de los centro cerebrales superiores, como la corteza cerebral. De ésta manera las sensaciones, los pensamientos y las emociones pueden tener influencias sutiles sobre la función intestinal. Una hipótesis actual es que el intestino es “hipersensible”, que puede ser un aumento en la sensibilidad ante estímulos dolorosos (hiperalgesia) o una percepción dolorosa ante los estímulos no dolorosos (alodinia). La agitación emocional y mental en el cerebro pueden afectar de manera intensa la función intestinal.^{1, 8}

El aumento en la actividad del sistema nervioso simpático aumenta la sensibilidad colónica a la distensión con globo. Además, la acidificación esofágica experimental se asocia con una mayor actividad simpática en pacientes con enfermedad de reflujo gastroesofágico, y con una reducción de la actividad vagal en pacientes con dolor torácico no cardíaco. Tanto los datos en animales como en humanos apoyan una inhibición vagal de la nocicepción visceral. El tono vagal cardíaco es importante en procesos de autorregulación y de comportamiento emocional, clínicamente los pacientes ansiosos a menudo muestran un menor tono vagal en reposo. Hay un paradigma validado combinando recuerdo autobiográfico con la visualización de rostros temerosos y se ha demostrado que altera la función sensoriomotora gástrica en humanos.

La ansiedad se asocia comúnmente con la percepción anormal de la sensibilidad visceral en los pacientes. Además, el aumento de la ansiedad se asocia con una disminución en la respuesta a la terapia sintomática con inhibidor de la bomba de protones en la enfermedad de reflujo gastroesofágico erosiva y no erosiva. Estos datos sugieren que la ansiedad aumenta la percepción sensorial y también reduce la respuesta a la terapia sintomática. Rubenstein et al. correlacionaron la sensación esofágica con distensión con balón en pacientes con acidez estomacal con factores psicológicos. Los pacientes con acidez estomacal tenían puntajes más bajos en comparación con los voluntarios sanos, lo que demuestra la hiperalgesia esofágica. Sin embargo, cuando estos pacientes se sometieron a perfusión ácida esofágica, la presencia de ansiedad se asoció con un aumento en la intensidad del malestar, lo que sugiere que la ansiedad modula la percepción sensorial visceral.⁸

Por otro lado, los estudios en animales han apoyado el involucramiento de los mecanismos periféricos, por ejemplo la respuesta a estrés leve mediante la evitación en la administración de agua en ratas separadas de su madre, demostraron una mayor permeabilidad a antígenos en la barrera mucosa colónica y un aumento de la secreción de iones. Farre et al. comparó la función de barrera de la mucosa del esófago en ratas sometidas a estrés por inmovilización parcial. La permeabilidad de la mucosa en las ratas estresadas aumento, a las moléculas más pequeñas y la

exposición de la mucosa a una solución de ácido-pepsina, en las ratas estresadas, aumentó significativamente la permeabilidad a todas las moléculas ensayadas (400, 4000, and 20,000 Daltons). Estos datos sugieren que, aunque el estrés puede aumentar la permeabilidad de la mucosa, la combinación de estrés y lesiones induce un efecto aditivo sobre la permeabilidad de la mucosa. La dilatación de los espacios intercelulares puede aumentar la exposición de los nervios de la submucosa al ácido, un mecanismo que puede ser importante en el desarrollo de la hiperalgesia de esófago en la enfermedad de reflujo gastroesofágico. Se cree que los mastocitos están implicados en la mediación de los efectos de la tensión, a través de su degranulación y la consecuente liberación de mediadores inflamatorios que pueden sensibilizar las fibras aferentes de la mucosa hacia la columna vertebral. Fass et al, a través de un estudio con estrés auditivo agudo, informaron que el mecanismo del estrés inducido por el aumento de la percepción de ácido esofágico podría estar relacionado con la actividad en las vías centrales del dolor, como en el sistema límbico. Otra posibilidad puede ser la participación de los sistemas inhibidores y facilitadores supraespinales que involucran a opiáceos endógenos o la serotonina. En estudios de imágenes funcionales a nivel cerebral en humanos, la inducción de ansiedad aumenta el malestar ante los estímulos esofágicos, en asociación con una mayor actividad en las regiones cerebrales, como la ínsula y la corteza cingulada anterior (ACG), regiones que participan en los aspectos afectivo- cognitivo- motivacionales del procesamiento del dolor.⁸ Mediante el uso de resonancia magnética funcional, se examinaron las respuestas neuronales ante la sensación de esófago no doloroso (OS) en ocho sujetos sanos, durante contextos emocionales neutrales o negativas, por la presentación de rostros neutros o con expresiones de miedo. Se documentó una actividad insular dorsal derecha y ACG bilateral, significativamente mayor ($P < 0.01$) durante la presentación de rostros con miedo que con rostros neutrales. En un segundo experimento, se midió la ansiedad, el malestar y las respuestas neuronales en ocho varones sanos, OS no dolorosa, durante la presentación de rostros que representaban intensidades bajas, moderadas o altas de miedo. Se encontró significativamente mayor ($P < 0,01$) el malestar, la ansiedad y la activación predominantemente dentro de la ACG dorsal izquierda y la ínsula anterior bilateral, durante la presentación de rostros con alta intensidad de miedo.⁹

Entonces, todas estas funciones fisiológicas están sometidas a la influencia de los trastornos psicológicos en lo que podríamos llamar "sistema motor emocional", que se compone de la corteza motora visceral, la amígdala, los núcleos hipotalámicos y la sustancia gris periacueductal. Esta red neuronal implica el factor de liberación de corticotropina (CRF), que contiene las proyecciones neuronales que se activan tanto en el sistema nervioso autónomo como en el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal. El sistema está implicado en un amplio espectro de actividades fisiológicas tales como la excitación, la vigilancia y la modulación del dolor. La hiperactividad neuroendocrina, la respuesta de percepción visceral fisiológica (por ejemplo, comida) o estímulos psicológicos pueden desencadenar síntomas intestinales en pacientes con SII, inducida por el estrés; la administración de CRF alivia la hiperalgesia visceral y la respuesta afectiva negativa a la estimulación intestinal en pacientes con SII, el aumento de la actividad beta-adrenérgica se correlaciona significativamente con la hipersensibilidad y los síntomas de heces duras o abultadas en pacientes con predominio de estreñimiento.

Los trastornos psiquiátricos y los TFGI también comparten predisposición genética, particularmente con los genes que están involucrados en actividad serotoninérgica. Se ha demostrado que el polimorfismo C825T G-proteína beta 3 en homocigotos se asocia con dispepsia funcional, y este polimorfismo también se ha relacionado con la depresión. Se ha informado que el polimorfismo de los genes del transportador de la recaptura de serotonina, se asocia con los subtipos de SII. Los polimorfismos en el promotor para la síntesis de SERT, influencia la respuesta a medicamentos serotoninérgicos en la depresión así como la respuesta del tránsito colónico a alosetrón, un antagonista del receptor de serotonina-3 (5-HT₃), en pacientes con SII con diarrea predominante. Un estudio reciente ha informado también de que el genotipo C/C de la c.-42C> T con polimorfismo en el receptor 5-HT_{3A}, en comparación con el estado de portador T, se asocia con aumento de la ansiedad y en la capacidad de respuesta de la amígdala, así como en la severidad de los síntomas del SII.

Las adversidades en la vida temprana, particularmente el estrés psicológico, se ha especulado que desempeña un papel importante de la patogénesis de los TFGI. Se ha demostrado que el autoreporte de abuso sexual y físico es más común en personas con síntomas gastrointestinales, como el SII y la dispepsia funcional. Otros factores sociales y ambientales, como la exposición a las condiciones de tiempo de guerra, el trauma infantil y el aprendizaje social de la conducta ante la enfermedad son predictores del SII en la edad adulta. En modelos animales, se ha demostrado que el estrés psicológico presente durante los primeros años de vida, tales como la separación materna neonatal, resultan en el desarrollo de hiperalgesia y en características de ansiedad viscerales. Hay una serie de mecanismos putativos que median el desarrollo de estos cambios fisiopatológicos inducidos por estrés de la vida temprana, estos incluyen la hiperreactividad del sistema serotoninérgico en los sistemas nerviosos central y entérico, aumento de la actividad simpática y disminución de la parasimpática, aumento de la expresión de CRF tipo 1 y el receptor transitorio del canal de iones 1 (TRPV1). La hiperalgesia visceral resultante está probablemente relacionada con la sensibilización central a nivel cerebral y en la columna vertebral. En los últimos años, una asociación positiva entre el estrés psicológico y la inmunidad anormal también se ha implicado en el mecanismo fisiopatológico de SII. Pacientes con SII presentan hiperactividad del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal y aumento de los niveles de citoquinas pro-inflamatorias. Y como ya se comentó anteriormente el estrés psicológico crónico conduce a un aumento de la permeabilidad de la mucosa, así como disminución en la respuesta secretora del epitelio intestinal a los estímulos lumbinales. Se ha demostrado que el cambio en la permeabilidad de la mucosa intestinal está mediado por CRF.^{2, 10}

Existe amplia evidencia que apoya el papel terapéutico de los psicofármacos en el tratamiento de los TFGI. Los antidepresivos son los más ampliamente evaluados. En la reciente revisión de Cochrane, hay un efecto beneficioso inequívoco de los antidepresivos sobre el placebo para la mejoría del dolor abdominal (54% con los antidepresivos en comparación con el 37% del placebo: riesgo relativo [RR], 1,49, IC 95%, 1.5 a 2.12, $p = 0,03$; número necesario a tratar [NNT] = 5), la evaluación global (59% con los antidepresivos en comparación con el 39% de placebo: RR,

1,57, IC 95 % , 1,23-2,00, P < 0,001 ; NNT = 4) y puntuación de los síntomas (53 % de los antidepresivos en comparación con el 26% de placebo: RR , 1,99 , IC 95 % , 1,32-2,99 , P = 0,001 ; NNT = 4). Los antidepresivos tricíclicos han demostrado atenuar el estrés inducido por la hipersensibilidad visceral con represión de la activación cerebral, lo que sugiere un mecanismo de modulador en el dolor a nivel central que es independiente de su efecto antidepresivo, en pacientes con dispepsia funcional. Los inhibidores de la recaptura de serotonina (ISRS), se ha demostrado que reducen los síntomas de dolor en pacientes con dolor torácico no cardíaco, además de los de SII. La administración aguda de citalopram conduce a una reducción en la sensibilidad esofágica. Estos efectos son independientes de sus acciones antidepresivas, sin embargo, su beneficio terapéutico en los pacientes con SII no deprimidos no ha sido substantivo. Los inhibidores de la recaptura de serotonina y norepinefrina, tienen un uso más limitado por el malestar gastrointestinal. Se ha demostrado que la venlafaxina no es superior al placebo en el tratamiento de la dispepsia funcional en un ensayo controlado aleatorio, sin embargo se ha demostrado que es más eficaz que el placebo para mejorar el control del dolor y el bienestar emocional en pacientes con dolor torácico no cardíaco. La trazodona ha demostrado ser útil para el tratamiento de dolor torácico no cardíaco.²

TRASTORNOS FUNCIONALES ESOFÁGICOS

En la actualidad, los criterios de Roma III establecen las normas para su diagnóstico y consideran dentro de los trastornos esofágicos a cuatro entidades: pirosis funcional, dolor torácico funcional de origen esofágico, disfagia funcional (disfagia no obstructiva) y globo. En el diagnóstico de los trastornos funcionales esofágicos es importante seguir un protocolo adecuado para orientar el tratamiento. El surgimiento de nuevas tecnologías para el estudio funcional del esófago aumenta la precisión y el control de estos trastornos. La manometría de alta resolución (MAR) hace posible detallar información de segmentos específicos del esófago, como la zona de transición (de componente muscular mixto), la longitud esofágica, la unión esofagogástrica (UEG), así como la velocidad de contracción. Es una herramienta útil para el diagnóstico actual de los trastornos

esofágicos. De manera adicional, la MAR confirma, con mayor precisión, la ausencia de trastornos motores y sustenta irrefutablemente el diagnóstico en los trastornos funcionales esofágicos.

Dolor Torácico Funcional de Origen Esofágico

Se caracteriza por episodios de dolor torácico en la línea media, de calidad visceral, sin explicación y por lo tanto con un origen potencialmente esofágico. La respuesta anormal al estímulo sensitivo esofágico y las alteraciones motoras esofágicas son comunes en estos pacientes y más de la mitad de los individuos con dolor torácico funcional tiene trastornos de la motilidad en la manometría convencional. Yanfen y colaboradores mostraron una correlación inversa entre la amplitud de la contractilidad muscular y el flujo sanguíneo de la pared esofágica, que puede inducir isquemia y entonces dolor.¹¹

El dolor es fácilmente confundido con angina de pecho o dolor esofágico de otro origen como acalasia y ERGE. La exclusión de estos trastornos esofágicos y no esofágicos son necesarios para establecer el diagnóstico.

A2. Criterios diagnósticos para dolor torácico funcional de posible origen esofágico
Deben incluir todos los siguientes:

1. Dolor o molestia torácica en la línea media que no sea de carácter urente.
2. Ausencia de la evidencia de que el reflujo ácido gastroesofágico sea la causa del síntoma.
3. Ausencia de trastornos de motilidad basados en histopatología.

* Criterios completos cumplidos en los últimos tres meses con síntomas de inicio al menos hace seis meses.

En la evaluación clínica de estos pacientes es importantísimo excluir enfermedades cardiacas y luego excluir la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). Se pudiese entonces en un momento dado realizar, además de la historia clínica, electrocardiograma bajo ejercicio, con o sin Talio, coronariografía, pHmetría y manometría esofágica.

Por otro lado, la respuesta anormal al estímulo sensitivo esofágico y las alteraciones motoras esofágicas son comunes en estos pacientes. Más de la mitad de los individuos con dolor torácico funcional, tienen anomalías de motilidad en la manometría convencional. Los principales hallazgos son aquellos relacionados con las alteraciones espásticas, incluyendo esófago en cascánueces y espasmo esofágico difuso. La relación causal entre el evento motor normal y el dolor ha sido difícil de establecer. Los estudios de manometría ambulatoria sugieren que:

- en promedio, el dolor se puede atribuir al evento motor en el 15% de los episodios,
- (b) el dolor raramente acompaña al evento motor anormal en la manometría convencional,
- (c) la corrección de las anomalías (uso de relajantes de músculo liso) no tienen un efecto real en cuanto a reportes del dolor.

Balaban y col mostró que un aumento brusco del grosor de la pared distal del esófago, precedía los episodios de dolor torácico sin explicación. Este grosor detectado por el ultrasonido endoscópico, representa la contracción sostenida de la capa muscular longitudinal no detectada por manometría. Ahora bien, no se ha determinado la relación de este hallazgo con el dolor, ni con el fenómeno sensorial. La comorbilidad psiquiátrica es común en estos pacientes. La ansiedad, depresión y somatización son vistas en un 60% de los pacientes con dolores torácicos no cardíacos. En un tercio de ellos se observan ataques de pánico, por lo cual estas alteraciones psiquiátricas tienen significancia pronóstica pues los pacientes no mejoran en relación al dolor, éstos se hacen más frecuentes, hay más ansiedad y mala adaptación social. En un estudio mexicano en donde se incluyeron 34 pacientes (25 mujeres y nueve hombres; edad promedio de 46.2 ± 11.56 años) que cumplieron con los criterios de dolor torácico de origen no cardíaco (DTNC). Se reportó una prevalencia de trastornos psiquiátricos asociados a DTNC del 52%, en DTNC- ERGE 10 (48%) pacientes y en dolor torácico funcional (DTF) seis (60%) pacientes. La depresión mayor fue el trastorno más frecuente en ambos grupos, en DTNC-ERGE afectó a seis (29%) pacientes y en DTF a tres (33%) pacientes. No se encontraron diferencias significativas en otros trastornos psiquiátricos, sin embargo sólo se midió específicamente depresión y ansiedad.^{12,13}

El manejo sintomático es recomendado cuando se excluyen procesos estructurales o progresivos. Se indican tratamientos de acción periférica como bloqueantes de calcio y otros relajantes de músculo liso o agentes anticolinérgicos con beneficios anecdóticos, también han sido descritos tratamientos de acción central como antidepresivos tricíclicos, trazodona, terapia conductual, toxina botulínica, teofilina, sildenafil, estimulación eléctrica transcutánea y cirugía. Los estudios que evalúan la asociación entre tener síntomas esofágicos y la calidad de vida (QoL) son muy escasos. Un grupo japonés evaluó de forma consecutiva a 303 sujetos (139 pacientes con globus esofágico, 76 con disfagia, 33 con pirosis, 8 con dolor torácico no cardíaco y 47 controles) a los que se les aplicó una escala tipo Likert para evaluar la severidad de los síntomas y la forma corta (SF-8) del cuestionario HRQoL, antes de la realización de MAR con impedancia¹. De todos los pacientes, 155 (60.5%) tuvieron algún trastorno motor detectado por manometría, éstos se encontraron en 90.8% de los sujetos con disfagia, 45.5% de los pacientes con pirosis, 49.2% de aquellos con globus y 37.5% de los que tuvieron dolor torácico. Las causas más comunes de la disfagia fueron la acalasia y el espasmo esofágico difuso (EED), mientras que la causa más común del globus fue el trastorno motor inespecífico. En general los pacientes con síntomas esofágicos tuvieron menores puntajes en la escala física (PSC) que los controles, y los pacientes con globus y disfagia tuvieron menor puntaje en la escala mental (MSC). El estudio concluye que más de la mitad de los pacientes con síntomas esofágicos puede tener una alteración motora y que la disfagia y globus tienen un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes.¹⁴

Planteamiento del problema.

El dolor, es uno de los síntomas más inespecíficos que se manifiestan en un gran espectro de enfermedades, y que por sí solo representa un reto para el diagnóstico diferencial, sin dejar de ser uno de los puntos pivote para el abordaje correcto de cualquier patología. El dolor torácico es también uno de los síntomas que alarman tanto al paciente como al personal de la salud por la gran versatilidad que tiene en su origen y las posibles complicaciones de no hacer el diagnóstico diferencial adecuado, sin que este deje de ser también, uno de los tanto síntomas que se presenta o se exagera en la presencia de un trastorno psiquiátrico mayor.

JUSTIFICACIÓN.

Existen pocos estudios realizados en nuestra población, que correlacionen la comorbilidad de trastornos psiquiátricos con el dolor torácico funcional, así como con la calidad de vida. Al identificar los trastornos psiquiátricos que existen en comorbilidad con el dolor torácico funcional, podremos hacer un análisis transversal sobre el impacto que tienen estos trastornos del Eje I de acuerdo al DSM-IV TR, en el desarrollo y severidad del dolor, así como su impacto en la calidad de vida de estos pacientes. Secundariamente podremos iniciar un tratamiento farmacológico para así valorar la mejoraría en la calidad de vida y la funcionalidad de los pacientes.

Dentro de la pregunta de investigación se buscó verificar si existe prevalencia entre el dolor torácico funcional y los trastornos psiquiátricos, y cuál es su impacto en la calidad de vida.

Dentro de las Hipótesis se postula que a) Los pacientes con dolor torácico funcional presentan comorbilidad con trastornos psiquiátricos. B) La severidad del dolor torácico se ve influenciada por la presencia o ausencia de un trastorno psiquiátrico. C) La presencia o ausencia de un trastorno psiquiátrico comorbido con el dolor torácico funcional, impacta en la calidad de vida de los pacientes.

Y dentro de la Hipótesis nula se postula que: a) El dolor torácico funcional no se ve afectado en su evolución y severidad con la presencia o ausencia de un trastorno psiquiátrico. B) La presencia o ausencia de un trastorno psiquiátrico comorbido con el dolor torácico funcional, no impacta en la calidad de vida de los pacientes.

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Cuál es la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en los pacientes con dolor torácico funcional del servicio de gastroenterología del Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda” de la UMAE Centro Médico Nacional Siglo XXI.

Objetivos específicos:

- Identificar si existe correlación con la presencia de un trastorno psiquiátrico y la severidad del dolor torácico.
- Evaluar la calidad de vida de los pacientes con dolor torácico funcional y si existe relación con la presencia o ausencia de un trastorno psiquiátrico.
- Iniciar intervenciones terapéuticas en éstos pacientes, para evaluar en un futuro próximo, si la mejoría del trastorno psiquiátrico impacta en la calidad de vida y la severidad del dolor.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño de estudio:

Es un estudio cuantitativo.

- a) Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información:

Prospectivo.

- b) Según el periodo y secuencia del estudio:

Transversal

- c) Según análisis y alcance de los resultados:

Descriptivo.

Operacionalización de las variables.

- El diagnóstico de los trastornos psiquiátricos se realizó a través de la aplicación de la MINI International Neuropsychiatric Interview y a través de la entrevista psiquiátrica estructurada. En el caso de los diagnósticos de ansiedad y depresión, se utilizó la escala de Hamilton para ansiedad y Hamilton para depresión para medir su severidad.
- La calidad de vida se midió a través de la aplicación del cuestionario de salud SF-36.
- La intensidad del dolor se midió a través de la aplicación de la escala visual análoga del dolor.

Variable	Definición conceptual	Dimensiones (Variables contenidas en la definición conceptual)	Indicadores. Definición operacional
Diagnóstico Trastorno Psiquiátrico	Presencia de síntomas positivos para algún trastorno psiquiátrico	- Cumplimiento de los criterios diagnósticos del DSM-IV TR	- Positividad en la MINI International Neuropsychiatric Interview
Severidad de dolor	Intensidad del dolor subesternal recurrente, no relacionado a enfermedad isquémica.	- Descripción en la intensidad de dolor	- Nivel en la escala visual análoga de dolor
Calidad de vida	Bienestar físico, material, social, emocional y de desarrollo de un individuo.	- Descripción del nivel de calidad de vida del paciente.	- Puntuación en el cuestionario de salud SF-36.

Variable independiente: Diagnóstico de Trastorno Gastrointestinal

Variable dependiente: Diagnóstico de Trastorno Psiquiátrico

Universo de trabajo.

Unidad de observación.- Se estudió a los pacientes con diagnóstico de dolor torácico funcional con seguimiento en el servicio de Gastroenterología y/o Psiquiatría de la UMAE, Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda” del Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social. Además se estudiaron 11 controles que no contaban con diagnóstico de dolor torácico funcional ni diagnóstico psiquiátrico para evaluar su calidad de vida y compararla con los pacientes que si presentaban dichos diagnósticos.

- Criterios de inclusión:
 - 1) Pacientes mayores de 18 años
 - 2) Pacientes de ambos sexos.
 - 3) Pacientes que hayan firmado el consentimiento informado aceptando ser incluidos en el estudio.
- Criterios de exclusión:
 - 1) Pacientes con diagnóstico o tratamiento psiquiátrico previo.
 - 2) Pacientes con comorbilidad orgánica gastrointestinal.
- Criterios de eliminación.
 - 1) Pacientes que decidan no proporcionar su consentimiento informado para la participación en el estudio.
 - 2) Pacientes que no hayan completado los cuestionarios aplicados durante la entrevista.

Métodos e instrumentos de recolección de datos.

- 1) Consentimiento informado (ver anexo).¹⁵
- 2) Cuestionario sociodemográfico (ver anexo).
- 3) MINI International Neuropsychiatric Interview.
- 4) Cuestionario de salud SF-36
- 5) Escala visual análoga de dolor.

Consentimiento informado:

El consentimiento informado es la expresión tangible del respeto a la autonomía de las personas en el ámbito de la atención médica y de la investigación en salud. El consentimiento informado no es un documento, es un proceso continuo y gradual que se da entre el personal de salud y el paciente y que se consolida en un documento.

Mediante el consentimiento informado el personal de salud le informa al paciente competente, en calidad y en cantidad suficientes, sobre la naturaleza de la enfermedad y del procedimiento diagnóstico o terapéutico que se propone utilizar, los riesgos y beneficios que éste conlleva y las posibles alternativas. El documento escrito sólo es el resguardo de que el personal médico ha informado y de que el paciente ha comprendido la información. Por lo tanto, el consentimiento informado es la manifestación de la actitud responsable y bioética del personal médico o de investigación en salud, que eleva la calidad de los servicios y que garantiza el respeto a la dignidad y a la autonomía de las personas.

El consentimiento informado consta de dos partes:

a) Derecho a la información: la información brindada al paciente debe ser clara, veraz, suficiente, oportuna y objetiva acerca de todo lo relativo al proceso de atención, principalmente el diagnóstico, tratamiento y pronóstico del padecimiento. De la misma manera es importante dar a conocer los riesgos, los beneficios físicos o emocionales, la duración y las alternativas, si las hubiera.

El proceso incluye comprobar si el paciente ha entendido la información, propiciar que realice preguntas, dar respuesta a éstas y asesorar en caso de que sea solicitado.

Los datos deben darse a personas competentes en términos legales, edad y capacidad mental.

En el caso de personas incompetentes por limitaciones en la conciencia, raciocinio o inteligencia; es necesario conseguir la autorización de un representante legal. Sin embargo, siempre que sea posible, es deseable tener el asentimiento del paciente.

b) Libertad de elección: después de haber sido informado adecuadamente, el paciente tiene la posibilidad de otorgar o no el consentimiento, para que se lleven a cabo los procedimientos. Es importante privilegiar la autonomía y establecer las condiciones necesarias para que se ejerza el derecho a decidir.

Cuando se trata de un procedimiento de riesgo mayor al mínimo, el consentimiento debe ser expresado y comprobado por escrito, mediante un formulario firmado y será parte del expediente clínico. Las situaciones en que se requiere el consentimiento informado escrito, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico son las siguientes: ¹⁶

- Hospitalización en pacientes psiquiátricos, por mandato judicial, urgencia, peligro de quienes viven con él y riesgo de suicidio, entre otros.
- Intervención quirúrgica.
- Procedimientos para el control de la fertilidad.
- Participación en protocolos de investigación.
- Procedimientos diagnósticos o terapéuticos que impliquen riesgos físicos, emocionales o morales.
- Procedimientos invasivos.
- Procedimientos que produzcan dolor físico o emocional.
- Procedimientos socialmente invasivos y que provoquen exclusión o estigmatización.

Cuestionario sociodemográfico

Historia clínica breve que describe los datos de identificación del paciente como son nombre, número de expediente clínico, edad, sexo, dirección, teléfono, antecedentes personales patológicos de importancia así como tratamientos y antecedentes heredofamiliares neuropsiquiátricos de importancia.

MINI International Neuropsychiatric Interview.

La M.I.N.I. (DSM-IV) es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración (promedio de 18,7 min. \pm 11,6 min.; media de 15 minutos), que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV. MINI International Neuropsychiatric Interview.

Se han realizado estudios de validez y confiabilidad comparando la M.I.N.I con el SCID-P para el DSM-III R y el CIDI (una entrevista estructurada desarrollada por la Organización Mundial de la Salud para entrevistadores no clínicos para el CIE-10), los resultados de estos estudios demuestran que la M.I.N.I tiene un puntaje de validez y de confiabilidad aceptablemente más alto, pero puede ser administrado en un periodo de tiempo mucho más breve¹⁷

Esta dividida en módulos identificados por letras. Cada uno corresponde a una categoría diagnóstica.

- Al comienzo de cada módulo (con excepción del modulo «Trastornos psicóticos»), se presentan en un recuadro gris, una o varias pregunta(s)/filtro(s) correspondientes a los criterios principales del trastorno.
- Al final de cada modulo, una o varias casillas diagnósticas, permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos.

Acuerdos:

- Las frases escritas en letras minúsculas deben leerse al paciente "palabra por palabra" con el fin de estructurar la exploración de cada uno de los criterios diagnósticos.
- Las frases escritas en mayúsculas no deben de leerse al paciente. Son las instrucciones a las que el clínico debe referirse para integrar a lo largo de la entrevista todos los algoritmos diagnósticos.
- Las frases escritas en negrita indican el periodo de tiempo que se explora.
- Las frases escritas entre paréntesis son ejemplos clínicos que describen los síntomas evaluados. Pueden leerse para aclarar la pregunta.
- Cuando los términos están separados por una barra (/), se invita al clínico a considerar el criterio que corresponda al síntoma presentado por el paciente y que ya ha sido explorado

anteriormente.

- Las respuestas con una flecha encima, indican que no se reúne uno de los criterios necesarios para establecer el diagnóstico explorado. En este caso el clínico debe pasar directamente al final del módulo, enmarcar “no” en la casilla diagnóstica correspondiente y pasar al módulo siguiente (ver anexo).

Cuestionario de salud SF-36

La SF-36 evalúa aspectos de la calidad de vida en poblaciones adultas (mayores de 16 años). El producto de su aplicación es la construcción de ocho conceptos o escalas de salud resultando del promedio de la suma de las preguntas contenidas en el cuestionario. Estos conceptos son: a) función física (FF), b) rol físico (RF), c) dolor corporal (DC), d) salud general (SG), e) vitalidad (VT), f) función social (FS), g) rol emocional (RE), y h) salud mental (SM).

- a. **Función Física:** mide el grado en que la salud limita las actividades físicas, tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar cargas y la realización de esfuerzos moderados e intensos.
- b. **Rol Físico:** valora el grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, lo que incluye el rendimiento menor que el deseado, la limitación en el tipo de actividades realizadas o la dificultad en la realización de actividades.
- c. **Dolor Corporal:** valora la intensidad de dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en ésta.
- d. **Salud General:** proporciona una valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar.
- e. **Vitalidad:** cuantifica el sentimiento de energía y vitalidad frente al sentimiento de cansancio o agotamiento.
- f. **Función Social:** mide el grado en el que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual.

- g. Rol Emocional: valora el grado en el que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, lo que incluye la reducción en el tiempo dedicado a esas actividades, el rendimiento menor que el deseado y una disminución del cuidado al trabajar.
- h. Salud Mental: mide la salud mental general, lo que incluye la depresión, la ansiedad, el control de la conducta y el control emocional (ver anexo).

Además de los ocho conceptos de salud, la SF-36 incluye el concepto general de cambios en la percepción del estado de salud actual y en la del año anterior. La respuesta a esta pregunta describe la transición de la percepción respecto al mejoramiento o empeoramiento del estado de salud. En el cuadro I se presenta una descripción de las escalas de salud y su respectiva interpretación, de acuerdo con resultados bajos o altos por cada escala.

Cuadro I
ESCALAS DEL ESTADO DE SALUD E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS BAJOS Y ALTOS. ENCUESTA DE SALUD SF-36

Conceptos	No. de preguntas	Significado de los resultados	
		Bajo	Alto
Función física	10	Mucha limitación para realizar todas las actividades físicas incluyendo bañarse o vestirse debido a la salud	Realiza todo tipo de actividades físicas, incluyendo las más vigorosas, sin limitantes debido a la salud
Rol físico	4	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de la salud física	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de la salud física
Dolor corporal	2	Dolor muy severo y extremadamente limitante	Ausencia de dolor o limitaciones debido a dolor
Salud general	5	Evalúa la salud personal como mala y cree que probablemente empeorará	Evalúa la salud personal como excelente
Vitalidad	4	Cansancio y agotamiento todo el tiempo	Lleno de entusiasmo y energía todo el tiempo
Función social	2	Interferencia frecuente y extrema con las actividades sociales normales debido a problemas físicos y emocionales	Realiza actividades sociales normales sin interferencia debido a problemas físicos o emocionales
Rol emocional	3	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales
Salud mental	5	Sensación de nerviosismo y depresión todo el tiempo	Sensación de paz, felicidad y calma todo el tiempo
Transición de salud notificada	1	Cree que su salud es mucho mejor ahora que hace un año	Cree que su salud es mucho peor ahora que hace un año

Nota: traducción adaptada y modificada de The MOS 36-Item Short Form Health Survey (SF-36).¹⁰

El cuestionario de salud SF-36 fue utilizado en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcome Study), el cual permitió establecer un perfil de salud con aplicación para población general como para pacientes, en estudios descriptivos y de evaluación. Para ajustar este instrumento colaboraron investigadores de quince países para la adaptación cultural de International Quality of Life Assessment –IQOLA. Dicho cuestionario original en idioma inglés fue traducido al español y luego adaptado y re traducido con ajuste e interpretación de la versión existente con los autores del instrumento original a fin de armonizar el contenido del cuestionario. Luego se realizaron estudios pilotos en grupos de pacientes crónicos para valorar la comprensión y la factibilidad de aplicar este cuestionario. Después de esta fase se realizaron estudios para identificar la validez, fiabilidad y ajustar el estándar de referencia en países como España, Alemania, Dinamarca, Holanda, Italia, Reino Unido y Suecia.¹⁸

La versión autorizada de la SF-36 para su uso en México siguió un procedimiento estandarizado de traducción/re traducción por expertos bilingües; asimismo, se hicieron análisis por grupos focales representativos y se llevó a cabo una evaluación formal de la calidad de cada traducción. La SF-36 es un instrumento autoaplicado, contiene 36 preguntas y toma un promedio de 8 a 12 minutos para completarse. Por cada escala, las respuestas a cada pregunta se codifican y recodifican (10 preguntas), y los resultados se trasladan a una escala de 0 (peor salud) a 100 (mejor salud).

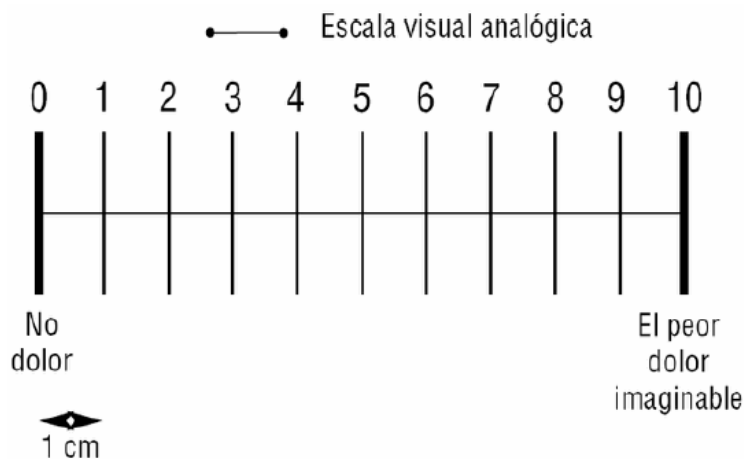
Las encuestas que enfocan la medición de diferentes aspectos del estado de salud deben ser cortas, aplicables a diversos grupos poblacionales, preferiblemente auto administradas, y sus resultados deben presentar de manera clara los aspectos de salud medidos. La SF-36 tiene el potencial de cumplir con estos requerimientos; además, permite la evaluación multidimensional del concepto de salud e incluye aspectos de incapacidad, incomodidad e insatisfacción, componentes todos de la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud.¹⁹

Escala visual análoga de dolor

En la escala visual analógica (EVA) la intensidad del dolor se representa en una línea de 10 cm. En uno de los extremos consta la frase de “no dolor” y en el extremo opuesto “el peor dolor imaginable”. La distancia en centímetros desde el punto de «no dolor» a la marcada por el paciente representa la intensidad del dolor. Puede disponer o no de marcas cada centímetro, aunque para algunos autores la presencia de estas marcas disminuye su precisión. La EVA es confiable y válida para muchas poblaciones de pacientes. Para algunos autores tiene ventajas con respecto a otras. Es una herramienta válida, fácilmente comprensible, correlaciona bien con la escala numérica verbal. Los resultados de las mediciones deben considerarse con un error de $\pm 2\text{mm}$.

Para algunos autores, la forma en la que se presenta al paciente, ya sea horizontal o vertical, no afecta el resultado. Para otros, una escala vertical presenta menores dificultades de interpretación para los adultos mayores, porque les recuerda a un termómetro.

Un valor inferior a 4 en la EVA significa dolor leve o leve-moderado, un valor entre 4 y 6 implica la presencia de dolor moderado-grave, y un valor superior a 6 implica la presencia de un dolor muy intenso. En algunos estudios definen la presencia de Dolor cuando la EVA es mayor a 3.²⁰



Diseño de análisis.

Objetivos	Hipótesis	Variables	Plan de tabulación
<p>Determinar la existencia de trastornos psiquiátricos en los pacientes con dolor torácico funcional del servicio de gastroenterología de la UMAE del CMN siglo XXI</p>	<p>Un porcentaje importante de los pacientes con dolor torácico funcional presentan comorbilidad con trastornos psiquiátricos, principalmente ansiedad y depresión.</p>	<p>Diagnóstico de dolor torácico funcional Diagnóstico de trastorno Psiquiátrico basado en la entrevista psiquiátrica estructurada y la MINI International Neuropsychiatric Interview.</p>	<p>Magnitud del problema. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en la población con dolor torácico funcional. Cual es el diagnóstico psiquiátrico mas prevalente.</p>
<p>Intensidad del dolor en los pacientes con dolor torácico funcional del servicio de gastroenterología de la UMAE del CMN siglo XXI</p>	<p>La intensidad del dolor esta relacionada con la presencia de algún trastorno psiquiátrico.</p>	<p>Intensidad del dolor en la escala visual análoga de dolor. Diagnóstico de trastorno psiquiátrico basado en la entrevista psiquiátrica estructurada y la MINI International Neuropsychiatric Interview.</p>	<p>Magnitud del problema. Nivel de dolor. Relación del dolor con el Diagnóstico psiquiátrico. Relación del dolor con la ausencia de trastorno psiquiátrico .</p>

			<p>Nivel de dolor según edad.</p> <p>Nivel de dolor según sexo.</p>
<p>Determinar la calidad de vida en los pacientes con dolor torácico funcional del servicio de gastroenterología de la UMAE del CMN siglo XXI</p>	<p>La calidad de vida se ve afectada por la intensidad del dolor y por la presencia o ausencia de un trastorno psiquiátrico.</p>	<p>Nivel de calidad de vida según el cuestionario de salud SF-36.</p> <p>Intensidad de dolor según la escala visual análoga de dolor.</p> <p>Diagnóstico psiquiátrico basado en la entrevista psiquiátrica estructurada y la MINI International Neuropsychiatric Interview.</p>	<p>Magnitud del problema.</p> <p>Puntuación en el cuestionario de salud SF-36.</p> <p>Relación de la calidad de vida con la intensidad del dolor.</p> <p>Relación de la calidad de vida con la presencia de un trastorno psiquiátrico.</p> <p>Relación de la calidad de vida con la ausencia de un trastorno psiquiátrico.</p>

			<p>Calidad de vida según la edad.</p> <p>Calidad de vida según el sexo.</p>
--	--	--	---

Se plantea que la técnica estadística sea descriptiva, es decir, que sirva para describir y sintetizar los datos utilizando distribuciones de frecuencia, promedios, porcentajes y varianzas.

Por el nivel de medición de las variables, los tipos de estadísticas que se plantean utilizar son el nominal (moda, frecuencia, coeficiente de contingencia, chi cuadrada), el ordinal (mediana, percentiles, rangos, cuartiles, Spearman rho, Kruskal-Wallis) y/o de intervalo y proporción (promedio, desviación estándar, varianza y correlación de Pearson, correlaciones de proporción múltiples, prueba T, prueba F, análisis de varianza (para diferencias entre grupos de trastornos funcionales: dolor torácico, colon irritable,). Se realizará prueba de U de Mann Whitney para comparar las puntuaciones de dolor y calidad de vida entre los pacientes con trastornos psiquiátricos y sin trastornos psiquiátricos (análisis bivariado). Se correlacionará el puntaje de escalas de psicopatología (Hamilton ó WMM3) con las puntuaciones de calidad de vida y dolor mediante el coeficiente de correlación de Spearman.

Implicaciones éticas.

A los pacientes que se contactaron en la consulta externa de gastroenterología y en el servicio de endoscopia, se les invitó a participar en el estudio a través de información verbal que les explicó en qué consistía el estudio y los objetivos del mismo.

A aquellos pacientes que aceptaron participar en el estudio se les solicitó la firma de un consentimiento informado por escrito.

La investigación estuvo sujeta a los artículos del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud.

Se cumplió con el artículo 13 del capítulo I, donde consta que toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

RESULTADOS

Se entrevistó a un total de 10 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, aceptaron participar en el estudio y firmaron su carta de consentimiento informado; también se incluyeron un total de 11 controles, quienes no contaban con diagnóstico de dolor torácico funcional ni diagnóstico psiquiátrico, para valorar y comparar la calidad de vida. (Tabla 1)

Tabla 1. Caso vs Control

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Caso	10	47.6	47.6	47.6
Válidos Control	11	52.4	52.4	100.0
Total	21	100.0	100.0	

No existió diferencia en cuanto al género en los pacientes con dolor torácico funcional, siendo 5 del género femenino y 5 del género masculino; en el caso de los controles, el mayor porcentaje pertenecían al género masculino (7). (Gráfica 1) La edad de los pacientes con dolor torácico funcional fue de los 35 a los 69 años, y la de los controles de los 25 a los 31 años. El 52.4% provenían de una familia de origen de tipo nuclear, el 23.8% de tipo extensa, el 19% de tipo desintegrada y el 4.8% de tipo reconstruida. (Tabla 2). En cuanto a los pacientes con dolor torácico el mayor número provenían de una familia extensa (4) y en el caso de los controles provenían de una familia nuclear (9). (Gráfica 2)

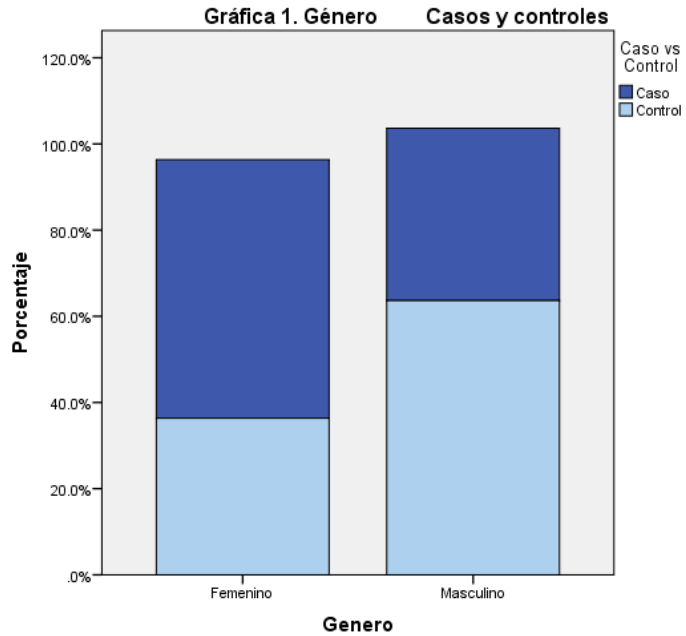
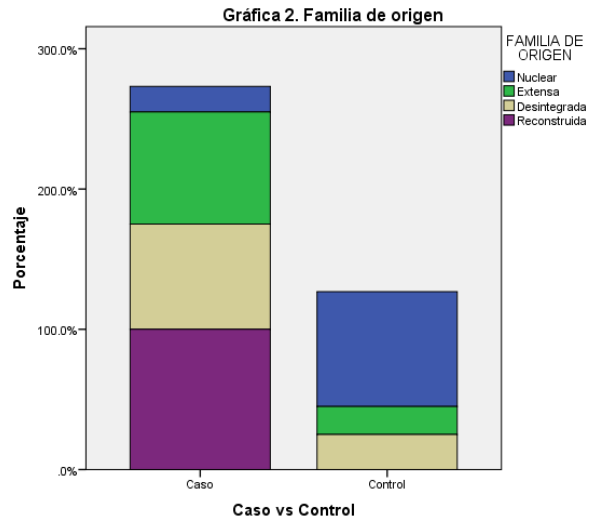
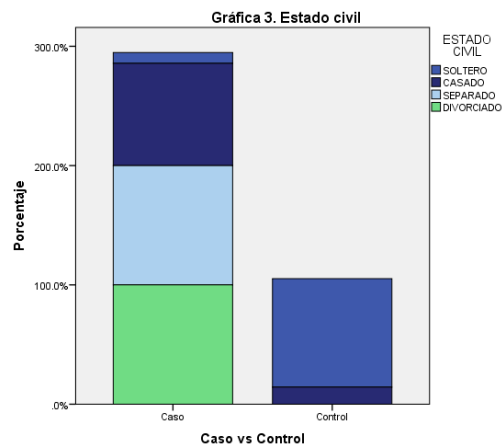


Tabla 2. FAMILIA DE ORIGEN

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nuclear	11	52.4	52.4	52.4
Extensa	5	23.8	23.8	76.2
Válidos Desintegrada	4	19.0	19.0	95.2
Reconstruida	1	4.8	4.8	100.0
Total	21	100.0	100.0	



El 52% se encontraba soltero (1 caso y 10 controles), el 33.3% se encontraba casado (6 casos y 1 control), el 9.5 % se encontraba separado (2 casos) y el 4.8% se encontraba divorciado (1 caso). (Gráfica 3), siendo estadísticamente significativo el ser soltero ($p = 0.003$).



El 61.9% contaban con un grado de escolaridad Licenciatura o posgrado (2 casos y 10 controles), el 19% contaban con preparatoria o nivel técnico (4 casos), el 14.3% contaba con escolaridad primaria (3 casos) y el 4.8% con escolaridad secundaria (1 caso). (Gráfica 4), al compararse la escolaridad con la calidad de vida, se encontró significancia estadística ($p = 0.003$). (tabla 3)

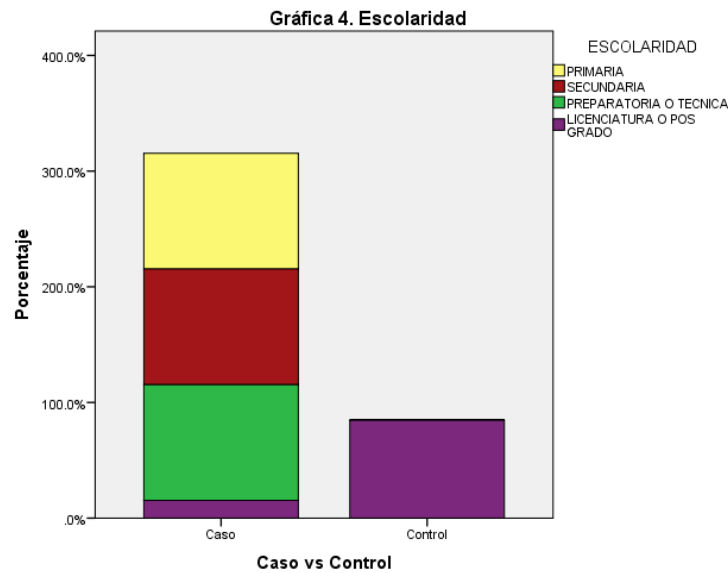


Tabla 3. Escolaridad *

	Caso vs Control
Chi cuadrado	14.215
ESCOLARIDAD gl	3
Sig.	.003 ^{a,b,c}

***Pruebas de chi-cuadrado de Pearson**

La mayoría no contó con antecedentes de historia familiar con enfermedad psiquiátrica (8 casos y 11 controles), siendo sólo dos de los pacientes con dolor torácico funcional quienes contaron con antecedentes de algún diagnóstico psiquiátrico en la familia directa ascendente (gráfica 5), sin encontrarse significancia estadística para el diagnóstico de dolor torácico funcional ($p= 0.119$). (Tabla 4)



Tabla 4. Antecedente familiar de enfermedad psiquiátrica

	Caso vs Control
Chi cuadrado	2.432
AHF PSIQ gl	1
Sig.	.119 ^{a,b}

La patología psiquiátrica más frecuente después de la aplicación del MINI en los pacientes con dolor torácico funcional, fue el trastorno de ansiedad generalizada, se aplicó la escala de Hamilton para ansiedad, obteniéndose con mayor frecuencia una ansiedad en nivel alto a moderado (4 moderado, 3 alto) (gráfica 6), siendo estadísticamente significativo al compararse con la ausencia de diagnóstico psiquiátrico ($p = 0.001$). (Tabla 5 y 6). Un paciente presentó episodio depresivo leve sin comorbilidad con ansiedad y dos pacientes con dolor torácico funcional no presentaron diagnóstico psiquiátrico. Otros diagnósticos encontrados de manera comorbida con el trastorno de ansiedad generalizada fueron episodio depresivo leve a moderado (2 casos), epilepsia del lóbulo temporal (1 caso) y trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad (1 caso). Los controles no cumplieron criterios para ningún trastorno psiquiátrico mayor.

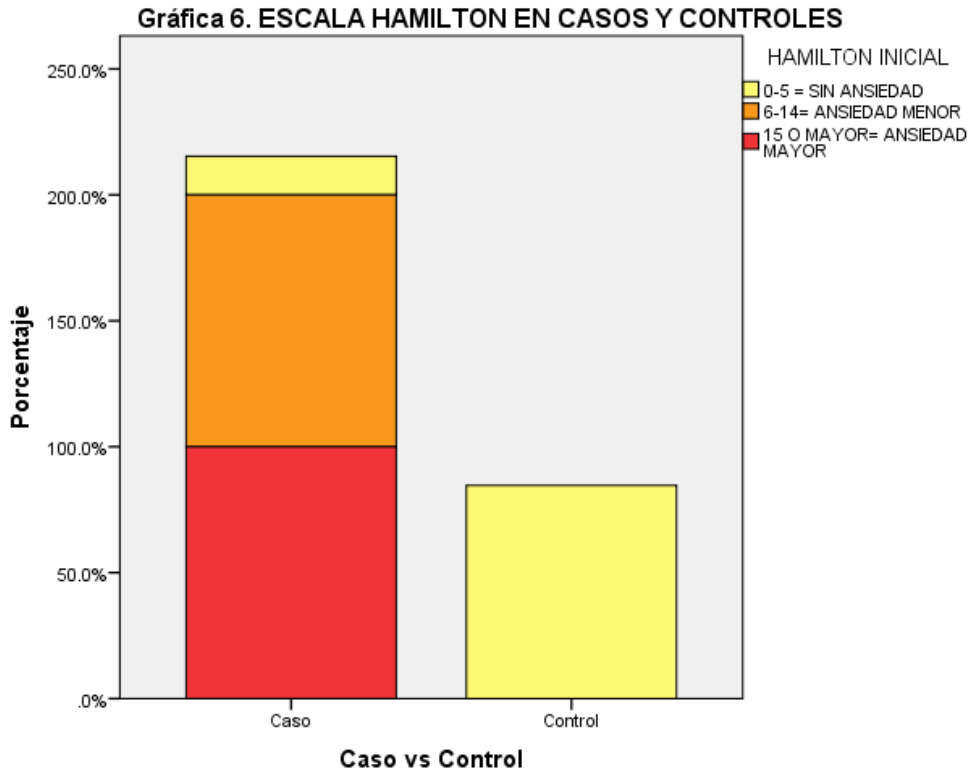


Tabla 5. Pruebas de chi-cuadrado de Pearson, presencia de Diagnóstico Psiquiátrico (ansiedad)

		Caso vs Control
HAMILTON INICIAL	Chi cuadrado	14.215
	gl	2
	Sig.	.001 ^{*,b}

Tabla 6. Correlaciones

		Caso vs Control	HAMILTON INICIAL
Caso vs Control	Correlación de Pearson	1	-.769**
	Sig. (bilateral)		.000
	Suma de cuadrados y productos cruzados	5.238	-6.810
	Covarianza	.262	-.340
	N	21	21
	Sesgo	0	-.003
	Típ. Error	0	.096
	Bootstrap ^c		
	Intervalo de confianza al Inferior	1	-.952
	95% Superior	1	-.575
HAMILTON INICIAL	Correlación de Pearson	-.769**	1
	Sig. (bilateral)	.000	
	Suma de cuadrados y productos cruzados	-6.810	14.952
	Covarianza	-.340	.748
	N	21	21
	Sesgo	-.003	0
	Típ. Error	.096	0
	Bootstrap ^c		
	Intervalo de confianza al Inferior	-.952	1
	95% Superior	-.575	1

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

c. A no ser que se indique lo contrario, los resultados autodocimantes se basan en 1000 stratified bootstrap samples

En cuanto a la calidad de vida en el caso de los pacientes con dolor torácico funcional, el mayor número puntuó en la escala SF-36, con una calidad de vida regular valuada por un porcentaje de 26-50% (4 casos), el resto puntuó de la siguiente manera: 2 casos con una calidad de vida excelente (76-100% en la escala SF-36), 2 casos con una calidad de vida buena (51-75% en la escala SF-36) y 2 casos con una calidad de vida mala (0-25% en la escala SF-36). En el caso de los controles sólo dos puntuaron para una calidad de vida buena, teniendo el resto un puntaje para una calidad de vida excelente, siendo estadísticamente significativo ($p=0.15$). (Gráfica 7 y tabla 7).

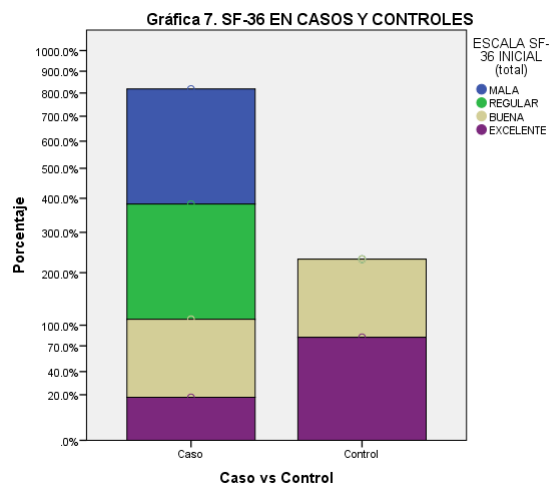


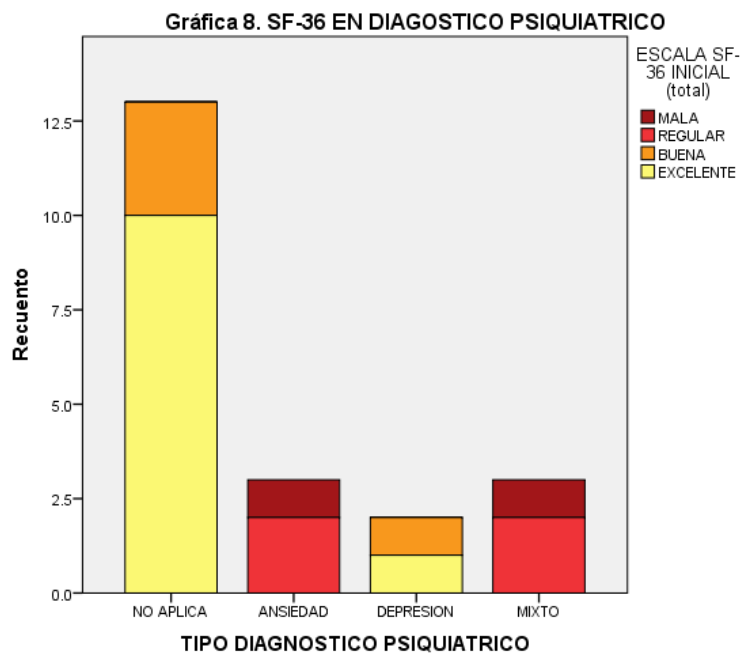
Tabla 7. Pruebas de chi-cuadrado de Pearson para calidad de vida

		Caso vs Control
ESCALA SF-36 INICIAL(total)	Chi cuadrado	10.431
	gl	3
	Sig.	.015 ^{*,b,c}

Al compararse el nivel de calidad de vida con la presencia de algún diagnóstico psiquiátrico, se encontró una diferencia significativa estadísticamente ($p= 0.009$). Se obtuvo una **calidad de vida mala** en dos pacientes con dolor torácico funcional que contaban, uno con diagnóstico de Trastorno de ansiedad generalizada y otro con trastorno de ansiedad generalizada más trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad. Se encontró una **calidad de vida regular** en cuatro pacientes con dolor torácico funcional (dos con diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada, uno con diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada más episodio depresivo moderado y uno con diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada más epilepsia del lóbulo temporal). Se encontró una **calidad de vida buena** en cuatro personas, dos de ellos fueron controles sin diagnóstico psiquiátrico y dos de ellos fueron pacientes con dolor torácico funcional (uno sin diagnóstico psiquiátrico y uno con depresión moderada). Finalmente se encontró una **calidad de vida excelente** en once personas de las cuales 9 fueron controles y dos fueron pacientes con dolor torácico funcional (uno sin diagnóstico psiquiátrico y uno con depresión leve). (Tabla 8 y Gráfica 8).

**Tabla 8. Pruebas de chi-cuadrado de Pearson para
Calidad de Vida vs Diagnóstico Psiquiátrico**

		TIPO DIAGNOSTIC O PSIQUIATRIC O
ESCALA SF-36 INICIAL(total)	Chi cuadrado gl Sig.	21.899 9 .009 ^{*b,c}



En cuanto al nivel de dolor, según la aplicación de la escala visual análoga de dolor, se encontró significancia estadística al compararla con la calidad de vida ($p=0.003$). Dos pacientes con dolor torácico funcional evaluados con una mala calidad de vida, calificaron su dolor con un puntaje mayor a 5 (ambos con calificación de 9 y con diagnóstico psiquiátrico). Cuatro pacientes con dolor

torácico funcional evaluados con una calidad de vida regular, calificaron su dolor mayor a 5 (7, 7, 7 y 6 respectivamente, todos con diagnóstico psiquiátrico). Un paciente con dolor torácico funcional evaluado con una calidad de vida buena, calificó su dolor igual o menor a 5 puntos (5 puntos, sin diagnóstico psiquiátrico) y uno lo califico mayor a 5 puntos (10 puntos y contaba con diagnóstico psiquiátrico). Finalmente de los dos pacientes con dolor torácico funcional evaluados con una calidad de vida excelente, uno califico su dolor mayor a 5 puntos (6 puntos y contaba con diagnóstico psiquiátrico) y otro lo califico menor a 5 puntos (4 puntos, sin diagnóstico psiquiátrico). Ningún control presentó dolor torácico (dos evaluados con una calidad de vida buena y 9 con una calidad de vida excelente). (Tabla 9 y 10)

Tabla 9. SF-36 Y NIVEL DE DOLOR

		NIVEL DE DOLOR	
		AGRUPADA	
		5 O MENOS	6 O MAS
		Recuento	Recuento
ESCALA SF-36 INICIAL(total)	MALA	0	2
	REGULAR	0	4
	BUENA	3	1
	EXCELENTE	10	1

Tabla 10. Pruebas de chi-cuadrado de Pearson SF-36

Y NIVEL DE DOLOR

		NIVEL DE DOLOR AGRUPADA
ESCALA SF-36 INICIAL(total)	Chi cuadrado	13.965
	gl	3
	Sig.	.003 ^{*,b,c}

La tabla 11 describe la distribución de la escala SF-36 en las 8 diferentes áreas que evalúa (función física, rol físico, dolor físico, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental), según el diagnóstico psiquiátrico. Las 8 áreas evaluadas se clasifican en salud física (función física, rol físico, dolor físico y salud general) y salud emocional (vitalidad, función social, rol emocional y salud mental).

En cuanto a la salud física, el mayor porcentaje de los pacientes con dolor torácico funcional se evaluó como regular (4 pacientes), y como excelente en los controles, encontrándose significancia estadística ($p= 0.007$). De los dos pacientes con dolor torácico funcional sin diagnóstico psiquiátrico, uno de ellos se evaluó con una salud física excelente y otro como buena. (Gráfica 9)

En cuanto a la salud emocional, la mayoría de los pacientes con diagnóstico de dolor torácico funcional fue evaluada como regular (5 pacientes) y como excelente en el caso de la mayoría de los controles (9 controles); encontrando significancia estadística ($p= 0.002$). De los pacientes con dolor torácico funcional sin diagnóstico psiquiátrico (2), fueron evaluados con una salud emocional excelente. (Gráfica 10).

En cuanto a la salud física en los pacientes con dolor torácico funcional se encontró entre regular y excelente (3 pacientes para cada una) y como excelente para todos los controles, encontrándose significancia estadística ($p= 0.010$). Ambos pacientes con dolor torácico funcional y sin diagnóstico psiquiátrico puntuaron para una salud física excelente. (Gráfica 11).

En cuanto al rol físico, la mayoría de los pacientes con dolor torácico funcional se evaluaron como malo (7 pacientes) y para los controles como excelente (9 controles), encontrándose significancia estadística ($p= 0.025$). De los pacientes con dolor torácico funcional sin diagnóstico psiquiátrico, uno se evaluó con un rol físico regular y otro como excelente. (Gráfica 12)

En cuanto al dolor físico, en los pacientes con dolor torácico funcional se evaluó entre malo y bueno (3 pacientes para cada uno) y como excelente en los controles (9 controles), encontrándose significancia estadística ($p= 0.41$). (Gráfica 13).

La salud general fue evaluada como regular en la mayoría de los pacientes con dolor torácico funcional (5 pacientes, dos de ellos sin diagnóstico psiquiátrico) y como excelente en los controles, encontrándose significancia estadística ($p=0.033$). (Gráfica 14).

La vitalidad fue evaluada como buena en la mayoría de los pacientes con dolor torácico funcional (5 pacientes) y como excelente en los controles, sin tener significancia estadística ($p= 0.136$). (Gráfica 15).

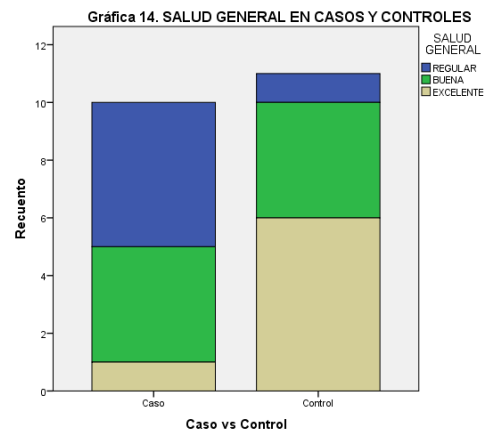
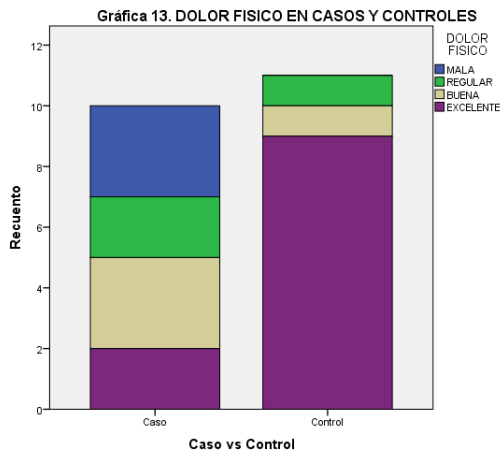
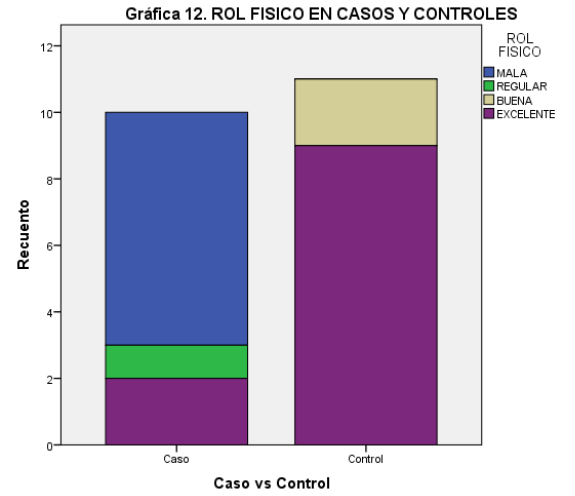
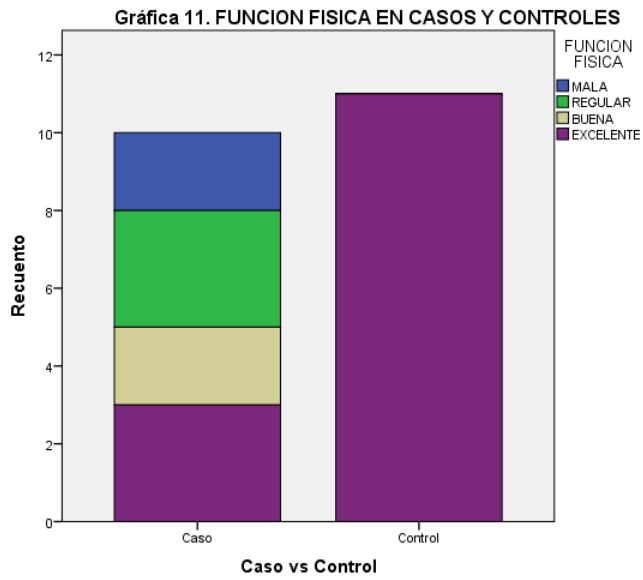
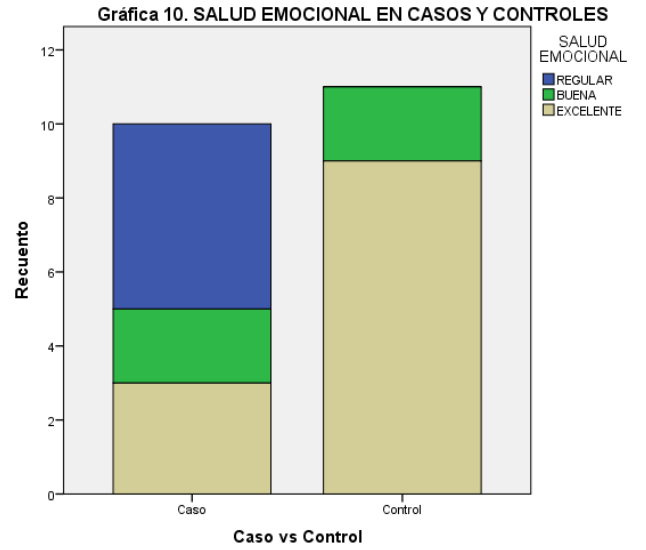
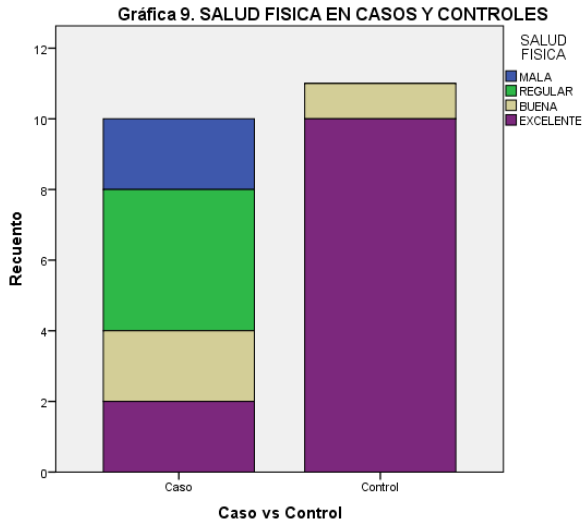
La función social fue evaluada como regular en la mayoría de los pacientes con dolor torácico funcional (5 pacientes) y como excelente en los controles. Encontrando una significancia estadística ($p= 0.003$). (Gráfica 16).

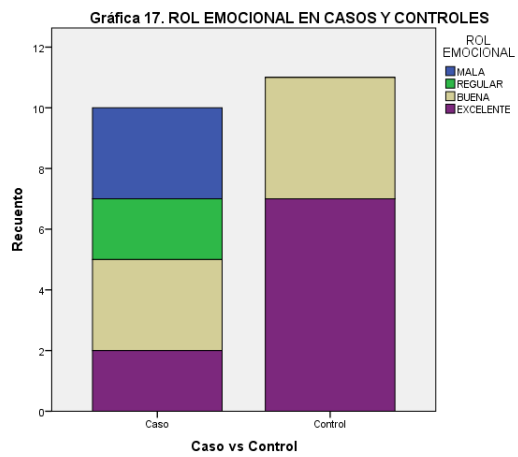
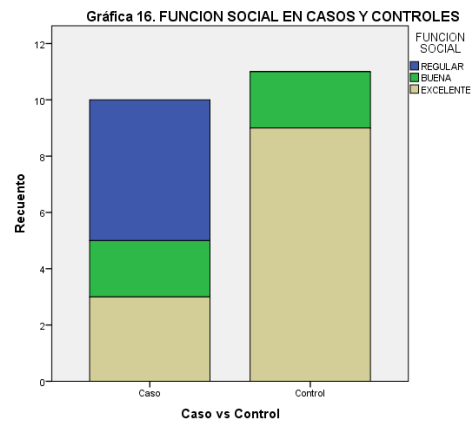
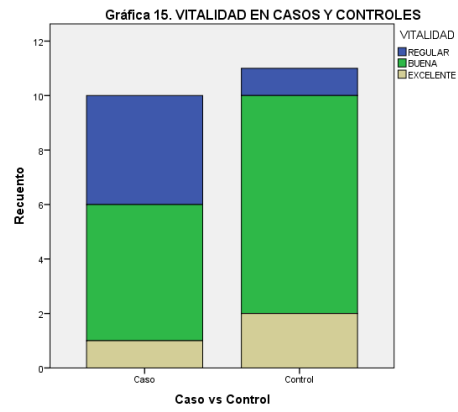
El rol emocional en los pacientes con dolor torácico funcional fue evaluado entre malo y bueno (3 pacientes cada uno) y como excelente en la mayoría de los controles, encontrando significancia estadística ($p= 0.029$). (Gráfica 17).

Tabla 11. Áreas evaluadas en la escala SF-36 según diagnóstico psiquiátrico

		TIPO DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO			
		NO APLICA	ANSIEDAD	DEPRESION	MIXTO
		Recuento	Recuento	Recuento	Recuento
SALUD FISICA	MALA	0	1	0	1
	REGULAR	0	2	0	2
	BUENA	2	0	1	0
	EXCELENTE	11	0	1	0
SALUD EMOCIONAL	MALA	0	0	0	0
	REGULAR	0	3	0	2
	BUENA	2	0	1	1
	EXCELENTE	11	0	1	0
FUNCION FISICA	MALA	0	1	0	1
	REGULAR	0	1	0	2
	BUENA	1	1	0	0
	EXCELENTE	12	0	2	0
ROL FISICO	MALA	0	3	1	3
	REGULAR	1	0	0	0
	BUENA	2	0	0	0
	EXCELENTE	10	0	1	0
DOLOR FISICO	MALA	0	2	0	1
	REGULAR	1	1	0	1
	BUENA	2	0	1	1
	EXCELENTE	10	0	1	0
SALUD GENERAL	MALA	0	0	0	0
	REGULAR	1	3	0	2
	BUENA	6	0	1	1

VITALIDAD	EXCELENTE	6	0	1	0
	MALA	0	0	0	0
	REGULAR	1	2	0	2
	BUENA	9	1	2	1
FUNCION SOCIAL	EXCELENTE	3	0	0	0
	MALA	0	0	0	0
	REGULAR	0	3	0	2
	BUENA	3	0	0	1
ROL EMOCIONAL	EXCELENTE	10	0	2	0
	MALA	0	2	0	1
	REGULAR	0	1	0	1
	BUENA	5	0	1	1
SALUD MENTAL	EXCELENTE	8	0	1	0
	MALA	0	0	0	0
	REGULAR	0	3	0	2
	BUENA	6	0	2	1
	EXCELENTE	7	0	0	0





DISCUSION

Nuestro estudio coincide con las descripciones encontradas en la literatura, donde se describe la existencia de una elevada frecuencia de trastornos psiquiátricos en los pacientes con dolor torácico funcional, siendo en el caso de este estudio, el trastorno de ansiedad generalizada el más frecuente, encontrándose en el 70% de los pacientes.

La depresión es otra comorbilidad frecuente, sin embargo en este estudio se encontró en una frecuencia menor a los trastornos de ansiedad. Otros diagnósticos psiquiátricos encontrados fueron la epilepsia del lóbulo temporal (10%), el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad (10%) y en uno de los pacientes se reportó un coeficiente intelectual límite.

El nivel de dolor se vio influenciado por la presencia de un diagnóstico psiquiátrico, ya que la mayoría de los pacientes que puntuaron un dolor por encima de 5, cuentan con un diagnóstico psiquiátrico. Los dos pacientes que no presentaron diagnóstico psiquiátrico, calificaron su dolor menor a 5.

En cuanto a la calidad de vida, la presencia de dolor torácico funcional influyó en una menor calidad de vida, siendo lo más frecuente una calificación regular (40%), en comparación con los controles que no presentaban dolor torácico, los cuales fueron calificados con una calidad de vida excelente en su mayoría (80%). Además la calidad de vida se mostró influenciada por la presencia de un trastorno psiquiátrico, ya que el 20% de los pacientes con dolor torácico funcional evaluados con una mala calidad de vida y que calificaron su dolor con un puntaje mayor a 5 presentaban diagnóstico psiquiátrico, el 40% evaluados con una calidad de vida regular y que calificaron su dolor mayor a 5, presentaban todos diagnóstico psiquiátrico y finalmente sólo el 10% de los

pacientes con dolor torácico funcional comorbido con un diagnóstico psiquiátrico, fue calificado con una calidad de vida buena y uno más como excelente, cabe señalar que éste último presenta diagnóstico de episodio depresivo sin trastorno de ansiedad; lo cual nos sugiere que es el diagnóstico de trastorno de ansiedad, lo que interfiere más en la calidad de vida y funcionalidad de los pacientes. Los dos pacientes con dolor torácico funcional que no presentaron diagnóstico psiquiátrico fueron evaluados con una calidad de vida buena y excelente respectivamente.

De las 2 subcategorías que evalúa la escala SF-36, la más afectada fue la salud emocional calificada como regular en un 50% contra la salud física calificada como regular en un 40% en los pacientes con dolor torácico funcional. De las 8 categorías que evalúa a su vez la escala SF-36, la más afectada fue el rol físico calificada como malo en el 70% de los casos de pacientes con dolor torácico funcional y la menos afectada fue la vitalidad con el 50% calificada como buena. En cuanto a los controles, la subescala que se mostró más afectada fue la salud emocional, la mayor parte de las categorías fue calificada como excelente en la mayoría de los controles, a excepción de la vitalidad que fue calificada como buena en la mayoría de ellos.

En cuanto a los datos sociodemográficos, los pacientes con dolor torácico funcional en su mayoría eran casados (60%) y contaban con una escolaridad de nivel técnico (40%).

Es importante mencionar que la muestra del estudio es pequeña, dada la prevalencia del dolor torácico funcional y la dificultad que se encontró para reclutar a los pacientes para que cumplieran con todos los criterios de inclusión, sin embargo, aún así los resultados se muestran similares a lo reportado en la literatura.

CONCLUSIONES

Podemos concluir que la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en los pacientes con dolor torácico funcional es elevada, siendo lo más frecuente los trastornos ansiosos y que la presencia de un trastorno psiquiátrico no sólo modifica el dolor, de forma negativa, sino la calidad de vida.

Factores como el estado civil y la escolaridad podrían estar influyendo también en la calidad de vida de los pacientes, siendo para el primero el estado civil soltero y para el segundo la escolaridad técnica o preparatoria los más comunes.

Es importante ampliar los estudios a segundo y primer nivel de atención ya que es ahí donde podría estar la mayor prevalencia de este dolor funcional, de esta manera se podría detectar en etapas tempranas ésta importante comorbilidad entre el dolor funcional y el trastorno psiquiátrico, que disminuye la calidad de vida de los pacientes e incrementa la percepción del dolor, de ésta manera se iniciaría tratamiento psicofarmacológico de manera temprana, lo cual podría verse reflejado en la mejoría de la funcionalidad de los pacientes, además de que mejoraría la evaluación de los pacientes, siendo ésta de manera más integral y multidisciplinaria.

Además de que la obtención de muestra podría ser mayor, lo cual incrementaría la significancia de los estudios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Interpretando el tracto digestivo irritable. Los trastornos funcionales gastrointestinales. W. Grant Thompson. Editado Douglas A Drossman. Intersistemas, Fundación Roma. 2012. Pag 3-11, 20-31.
2. Justin CY Wu. Psychological Co-morbidity in Functional Gastrointestinal Disorders: Epidemiology, Mechanisms and Management. *J Neurogastroenterol Motil.* 2012.18.1.13-18.
3. Lydiard RB, Fossey MD, Marsh W, Ballenger JC. Prevalence of psychiatric disorders in patients with irritable bowel syndrome. *Psychosomatics* 1993;34:229-234.
4. Karling P, Danielsson A, Adolfsson R, Norrback KF. No difference in symptoms of irritable bowel syndrome between healthy subjects and patients with recurrent depression in remission. *Neurogastroenterol Motil* 2007;19: 896-904.
5. Tse AW, Lai LH, Lee CC, et al. Validation of self-administrated questionnaire for psychiatric disorders in patients with functional dyspepsia. *J Neurogastroenterol Motil* 2010;16:52-60.
6. Guthrie E, Creed F, Fernandes L, et al. Cluster analysis of symptoms and health seeking behaviour differentiates subgroups of patients with severe irritable bowel syndrome. 2003;52:1616-1622.
7. Aro P, Talley NJ, Ronkainen J, et al. Anxiety is associated with uninvestigated and functional dyspepsia (Rome III criteria) in a Swedish population-based study. *Gastroenterology* 2009;137:94-100.
8. Abhishek Sharma, MD, et al. Anxiety Increases Acid-Induced Esophageal Hyperalgesia. *Psychosomatic Medicine.* 2010. 72:802–809.
9. Mary L. Phillips, et al. The effect of negative emotional context on neural and behavioural responses to oesophageal Stimulation. *Brain* (2003), 126, 669-684.
10. Paul E. Hyman, et al. Colon Motility During a Panic Attack. *Psychosomatic Medicine* (2005) 67:616–617.

11. Edgardo Suárez-Morán, et al. Trastornos funcionales del esófago. *Revista de Gastroenterología de México* 2011; Supl.1 (76):102-104.
12. Louis, Cesar. Trastornos funcionales esofágicos. *Gen* [online]. 2007, vol.61, n.4 [citado 2014-03-21], pp. 304-307.
13. Nayeli Xochiquetzal Ortiz-Olvera, et al. Causas de dolor torácico no cardíaco. *Revista Gastroenterología México*, 2007, Vol. 72, Núm. 2, 92-99.
14. J. M. Remes-Troche. Trastornos funcionales esofágicos. *Revista de Gastroenterología de México*. 2013;78(Supl 1):28-30.
15. Consentimiento informado para participar en un estudio de investigación médica, Comisiones de Investigación y Ética, Facultad de Medicina, UNAM, 2007; 1-4.
16. Guía Nacional para la Integración y el Funcionamiento de los Comités de Hospitalarios de Bioética. Comisión Nacional de Bioética. Secretaría de Salud, 2010, págs. 1-60.
17. M.I.N.I. Plus Español 5.0.0 1 de enero del 2004, L. Ferrando, J. Bobes, J. Gibert, PAG 1:60.
18. La Calidad de Vida, su importancia y cómo medirla, Rafael Tuesca Molina, *Salud Uninorte. Barranquilla (Col.)* 2005; 21: pag 76-86.
19. Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36: resultados preliminares en México, Miguel A. Zúniga, M.D., Dr. P.H. et al. *Salud pública de México / vol.41, no.2, marzo-abril de 1999*, pag 1-9.
20. Escalas de evaluación de dolor y protocolo de analgesia En terapia intensiva, Martin Clarett, año 2012.

ANEXOS:

A. Consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

Título del protocolo: Prevalencia de Trastornos Psiquiátricos y su Impacto en la calidad de vida de pacientes con dolor torácico funcional.

Investigador principal: Laura Alicia Hernández Rivera

Sede donde se realizará el estudio: Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda” Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social.

Nombre del paciente: _____

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

(Enunciar brevemente cada uno de los apartados en un lenguaje no médico, accesible a todas las personas).

1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO. (Razones de carácter médico y social).

El estudio se realiza para obtener un conocimiento certero de la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en los pacientes con dolor torácico funcional, y si éste tiene una relación con su calidad de vida y con la intensidad de dolor.

2. OBJETIVO DEL ESTUDIO

A usted se le está invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivos determinar la frecuencia en que los pacientes presentan un diagnóstico psiquiátrico y si éste repercute en el dolor y en la calidad de vida, para así poder implementar medidas de tratamiento con el fin de mejorar éstos tres aspectos.

3. BENEFICIOS DEL ESTUDIO

Con este estudio obtendremos un panorama preciso de la relación entre los trastornos psiquiátricos y el dolor torácico funcional en la población mexicana, ya que existen pocos estudios al respecto, lo cual en futuros estudios, da un preambulo para iniciar un tratamiento multidisciplinario que ayude a mejorar la calidad de vida de los pacientes.

4. PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO

B. CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI
SERVICIO DE PSIQUIATRIA**

Prevalencia de Trastornos Psiquiátricos y su Impacto en la calidad de vida de pacientes con dolor torácico funcional.

FECHA : ____/____/____

FOLIO: ____/____/____/____/____/____/____

EXPENDIENTE HOSPITALARIO: _____

NOMBRE DE LA PERSONA QUE LLENO EL CUESTIONARIO _____

1. Nombre del paciente _____

Domicilio del paciente _____

Teléfono del paciente _____

Edad _____ Sexo _____

Lugar de origen _____ Lugar de residencia _____

Estado civil _____ Escolaridad _____

Religión _____ Ocupación _____

Con quién vive _____

Familia de procedencia (nuclear, desintegrada, extensa, madre soltera, otra) _____

Tiene Hijos/edades _____

Tabaquismo(patrón) _____

Consumo de alcohol (patrón) _____

Toxicomanías _____

¿Cuenta con algún antecedente de importancia en la infancia? (violencia, traumatismos, alteraciones en el desarrollo) _____

¿En algún momento de su vida ha sido víctima de violencia? _____ Tipo (física, psicológica, sexual) _____

¿Quién fue el agresor? _____

3. Historia médica y clínica, y enfermedades concomitantes.

Sistema/Normal	SI	NO	Especifique anormalidad
Ojos, oídos, nariz, garganta			
Cardiovascular			
Pulmonar			
Gastrointestinal			
Genitourinario			
Musculoesquelético			
Neurológico			
Dermatológico			
Psiquiátrico			
Hematológico			
Alérgico/Inmunológico			
Endocrinológico			
Otros (especifique)			
Tabaquismo			
Alcoholismo			

Antecedentes heredofamiliares neuropsiquiátricos o gastrointestinales:

C. MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW.

<i>Nombre del paciente:</i>	_____	<i>Número de protocolo:</i>	_____
<i>Fecha de nacimiento:</i>	_____	<i>Hora en que inició la entrevista:</i>	_____
<i>Nombre del entrevistador:</i>	_____	<i>Hora en que terminó la entrevista:</i>	_____
<i>Fecha de la entrevista:</i>	_____	<i>Duración total:</i>	_____

MÓDULOS	PERÍODO EXPLORADO	CUMPLE LOS CRITERIOS	DSM-IV	ICD-10
A EPISODIO DEPRESIVO MAYOR	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26	Único F32.x
	Pasado	<input type="checkbox"/>	296.30-296.36	Recidivante F33.x
TRASTORNO DEL ESTADO DEL ÁNIMO DEBIDO A UNA ENFERMEDAD MÉDICA	Actual	<input type="checkbox"/>	293.83	F06.xx
	Pasado	<input type="checkbox"/>	293.83	F06.xx
TRASTORNO DEL ESTADO DEL ÁNIMO INDUCIDO POR SUSTANCIAS	Actual	<input type="checkbox"/>	29x.xx	none
	Pasado	<input type="checkbox"/>	29x.xx	none
EDM CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26	Único F32.x
			296.30-296.36	Recurrente F33.x
B TRASTORNO DISTÍMICO	Actual (Últimos 2 años)	<input type="checkbox"/>	300.4	F34.1
	Pasado	<input type="checkbox"/>	300.4	F34.1
C RIESGO DE SUICIDIO	Actual (Último mes)	<input type="checkbox"/>	ninguno	ninguno
	Riesgo: <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Alto			
D EPISODIO MANÍACO	Actual	<input type="checkbox"/>	296.00-296.06	F30.x-F31.9
	Pasado	<input type="checkbox"/>	296.00-296.06	F30.x-F31.9
EPISODIO HIPOMANÍACO	Actual	<input type="checkbox"/>	296.80-296.89	F31.8-F31.9/F34.0
	Pasado	<input type="checkbox"/>	296.80-296.89	F31.8-F31.9/F34.0
BIPOLAR II DISORDER	Actual	<input type="checkbox"/>	296.89	F31.8
	Pasado	<input type="checkbox"/>	296.89	F31.8
EPISODIO MANÍACO DEBIDO A UNA ENFERMEDAD MÉDICA	Actual	<input type="checkbox"/>	293.83	F06.30
	Pasado	<input type="checkbox"/>	293.83	F06.30
EPISODIO HIPOMANÍACO DEBIDO A UNA ENFERMEDAD MÉDICA	Actual	<input type="checkbox"/>	293.83	ninguno
	Pasado	<input type="checkbox"/>	293.83	ninguno
EPISODIO MANÍACO INDUCIDO POR SUSTANCIAS	Actual	<input type="checkbox"/>	291.8-292.84	ninguno
	Pasado	<input type="checkbox"/>	291.8-292.84	ninguno
EPISODIO HIPOMANÍACO INDUCIDO POR SUSTANCIAS	Actual	<input type="checkbox"/>	291.8-292.84	ninguno
	Pasado	<input type="checkbox"/>	291.8-292.84	ninguno
E TRASTORNO DE ANGUSTIA	Actual (Último mes)	<input type="checkbox"/>	300.01/300.21	F40.01-F41.0
	De por Vida	<input type="checkbox"/>	300.01/300.21	F40.01-F41.0
TRASTORNO DE ANSIEDAD CON CRISIS DE ANGUSTIA DEBIDO A UNA ENFERMEDAD MÉDICA	Actual	<input type="checkbox"/>	293.89	F06.4
TRASTORNO DE ANSIEDAD CON CRISIS DE ANGUSTIA INDUCIDO POR SUSTANCIAS	Actual	<input type="checkbox"/>	291.8-292.89	ninguno
F AGORAFOBIA	Actual	<input type="checkbox"/>	300.22	F40.00
G FOBIA SOCIAL (Trastorno de Ansiedad Social)	Actual (Último mes)	<input type="checkbox"/>	300.23	F40.1
H FOBIA ESPECÍFICA	Actual	<input type="checkbox"/>	300.29	F40.2
I TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO (TOC)	Actual (Último mes)	<input type="checkbox"/>	300.3	F42.8
	Actual	<input type="checkbox"/>	293.89	F06.4
TOC DEBIDO A UNA ENFERMEDAD MÉDICA	Actual	<input type="checkbox"/>	291.8-292.89	none
TOC INDUCIDO POR SUSTANCIAS	Actual	<input type="checkbox"/>	291.8-292.89	none
J ESTADO POR ESTRES POSTRAUMÁTICO	Actual (Último mes)	<input type="checkbox"/>	309.81	F43.1
K DEPENDENCIA DE ALCOHOL	Últimos 12 Meses	<input type="checkbox"/>	303.9	F10.2x
	De por Vida	<input type="checkbox"/>	303.9	F10.2x
ABUSO DE ALCOHOL	Últimos 12 Meses	<input type="checkbox"/>	305.00	F10.1
	De por Vida	<input type="checkbox"/>	305.00	F10.1
L DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS (No-alcohólicas)	Últimos 12 Meses	<input type="checkbox"/>	304.00-90/305.20-90	F11.0-F19.1
	De por Vida	<input type="checkbox"/>	304.00-90/305.20-90	F11.0-F19.1
DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS (No-alcohólicas)	Últimos 12 Meses	<input type="checkbox"/>	304.00-90/305.20-90	F11.0-F19.1
	De por Vida	<input type="checkbox"/>	304.00-90/305.20-90	F11.0-F19.1
M TRASTORNOS PSICOTICOS	De por Vida	<input type="checkbox"/>	295.10-295.90/297.1/	F20.xx-F29
	Actual	<input type="checkbox"/>	297.3/293.81/293.82/293.89/298.8/298.9	
TRASTORNO DEL ESTADO DEL ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS	Actual	<input type="checkbox"/>	296.24	F32.3/F33.3
ESQUIZOFRENIA	Actual	<input type="checkbox"/>	295.10-295.60	F20.xx
	De por Vida	<input type="checkbox"/>	295.10-295.60	F20.xx
TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO	Actual	<input type="checkbox"/>	295.70	F25.x
	De por Vida	<input type="checkbox"/>	295.70	F25.x
TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME	Actual	<input type="checkbox"/>	295.40	F20.8
	De por Vida	<input type="checkbox"/>	295.40	F20.8
TRASTORNO PSICÓTICO BREVE	Actual	<input type="checkbox"/>	298.8	F23.80-F23.81
	De por Vida	<input type="checkbox"/>	298.8	F23.80-F23.81

	TRASTORNO DELIRANTE	Actual	<input type="checkbox"/>	297.1	F22.0
		De por Vida	<input type="checkbox"/>	297.1	F22.0
	TRASTORNO PSICÓTICO DEBIDO A UNA ENFERMEDAD MÉDICA	Actual	<input type="checkbox"/>	293.xx	F06.0-F06.2
		De por Vida	<input type="checkbox"/>	293.xx	F06.0-F06.2
	TRASTORNO PSICÓTICO INDUCIDO POR SUSTANCIAS	Actual	<input type="checkbox"/>	291.5-292.12	none
		De por Vida	<input type="checkbox"/>	291.5-292.12	none
	TRASTORNO PSICÓTICO NO ESPECIFICADO	Actual	<input type="checkbox"/>	298.9	F29
		De por Vida	<input type="checkbox"/>	298.9	F29
	TRASTORNO DEL ESTADO DEL ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS	De por Vida	<input type="checkbox"/>		F31.X3/F31.X2/F31.X5
	TRASTORNO DEL ESTADO DEL ÁNIMO NO ESPECIFICADO	De por Vida	<input type="checkbox"/>	296.90	F39
	EPISODIO DEPRESIVO MAYOR CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS	Actual	<input type="checkbox"/>	296.24	F33.X3
		Pasado	<input type="checkbox"/>	296.24	F33.X3
	TRASTORNO BIPOLAR I CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS	Actual	<input type="checkbox"/>	296.04-296.64	F31.X2/F31.X5
		Pasado	<input type="checkbox"/>	296.04-296.64	F31.X2/F31.X5
N	ANOREXIA NERVIOSA	Actual (Últimos 3 Meses)	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
O	BULIMIA NERVIOSA	Actual (Últimos 3 Meses)	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2
	BULIMIA NERVIOSA TIPO PURGATIVO	Actual	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2
	BULIMIA NERVIOSA TIPO NO-PURGATIVO	Actual	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2
	ANOREXIA NERVIOSA, TIPO COMPULSIVO/PURGATIVO	Actual	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
	ANOREXIA NERVIOSA, TIPO RESTRICTIVO	Actual	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
P	TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	Actual (Últimos 6 Meses)	<input type="checkbox"/>	300.02	F41.1
	TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA DEBIDO A UNA ENFERMEDAD MÉDICA	Actual	<input type="checkbox"/>	293.89	F06.4
	TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA INDUCIDO POR SUSTANCIAS	Actual	<input type="checkbox"/>	291.8-292.89	none
Q	TRASTORNO ANTISOCIAL de la PERSONALIDAD	De por Vida	<input type="checkbox"/>	301.7	F60.2
R	TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN	De por Vida	<input type="checkbox"/>	330.81	F45.0
		Actual	<input type="checkbox"/>		
S	HIPOCONDRIA	Actual	<input type="checkbox"/>	300.7	F45.2
T	TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL	Actual	<input type="checkbox"/>	300.7	F45.2
U	TRASTORNO POR DOLOR	Actual	<input type="checkbox"/>	300.89/307.8	F45.4
V	TRASTORNO DE LA CONDUCTA (DISOCIAL)	Últimos 12 Meses	<input type="checkbox"/>	312.8	F91.8
W	TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (Niños/Adolescentes)	Últimos 6 Meses	<input type="checkbox"/>	314.00/314.01	F90.0/F90.9/
		Actual	<input type="checkbox"/>		F98.8
	TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (Adultos)	De por Vida	<input type="checkbox"/>	314.00/314.01	F90.0/F98.8
		Actual	<input type="checkbox"/>		
X	TRASTORNOS ADAPTATIVOS	Actual	<input type="checkbox"/>	309.xx	F43.xx
Y	TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL	Actual	<input type="checkbox"/>		
Z	TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD y DEPRESIÓN	Actual	<input type="checkbox"/>		

ADVERTENCIA

AUNQUE EL PACIENTE TENGA UN CLARO ESTRESOR QUE PUEDA AGRAVAR SUS SÍNTOMAS, PRIMERO EXPLORE TODOS LOS OTROS DIAGNÓSTICOS. NUNCA USE EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO ADAPTATIVO SI LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE CUMPLEN CON LOS CRITERIOS DE CUALQUIERA OTRO DE LOS TRASTORNOS.

D. CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. En general, usted diría que su salud es:
1 Excelente 2 Muy buena 3 Buena 4 Regular 5 Mala
2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?
1 Mucho mejor ahora que hace un año 2 Algo mejor ahora que hace un año
3 Más o menos igual que hace un año 4 Algo peor ahora que hace un año
5 Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada
4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada
5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada
6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada
7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada
8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada
9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada
10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada
11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada
12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?
1 Sí 2 No
14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?
1 Sí 2 No
15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?
1 Sí 2 No
16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?
1 Sí 2 No
17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
1 Sí 2 No
18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
1 Sí 2 No
19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
1 Sí 2 No
20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?
1 Nada 2 Un poco 3 Regular 4 Bastante 5 Mucho
21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?
1 No, ninguno 2 Sí, muy poco 3 Sí, un poco 4 Sí, moderado 5 Sí, mucho 6 Sí, muchísimo
22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?
1 Nada 2 Un poco 3 Regular 4 Bastante 5 Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS.
EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?
1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez

6 Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?
**1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez
6 Nunca**
25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?
**1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez
6 Nunca**
26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?
**1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez
6 Nunca**
27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?
**1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez
6 Nunca**
28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?
**1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez
6 Nunca**
29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?
**1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez
6 Nunca**
30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?
1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez 5 Nunca
31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?
1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez
32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?
1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez 5 Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.
1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa
34. Estoy tan sano como cualquiera.
1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa
35. Creo que mi salud va a empeorar.
1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa
36. Mi salud es excelente.
1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa

Asignación de puntaje.

Enfoque Rand es simple.

Transforma el puntaje a escala de 0 a 100 (lo mejor es 100).

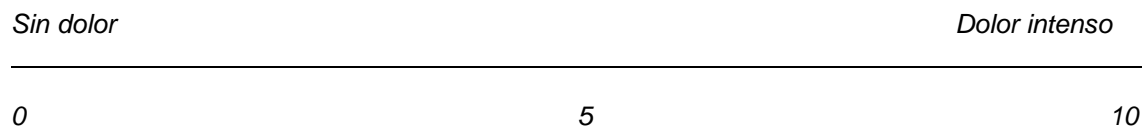
Por ejemplo pregunta de 3 categorías se puntan 0 - 50- 100; con 5 categorías se puntan 0 - 25 - 50 - 75- 100; con 6 categorías 0-20-40-60-80-100. Luego, los puntajes de ítems de una misma dimensión se promedian para crear los puntajes de las 8 escalas que van de 0 a 100.

Los ítems no respondidos no se consideran.

El enfoque del Health Institute, que da diferentes ponderaciones, es el más recomendado; hay un software para hacerlo

E. ESCALA VISUAL ANALOGA DE DOLOR

Ponga una marca en la línea para indicar la intensidad del dolor que ha presentado en las últimas 24 hr.



Seleccione la palabra que mejor identifica la intensidad del dolor que ha presentado en las últimas 24hr.

Sin dolor	
Dolor leve	
Dolor moderado	
Dolor intenso	
Dolor discapacitante	