

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE MEDICINA



"CALIDAD DE VIDA EN LOS TRASTORNOS
DE ANSIEDAD"

POR:

DR. CESAR GUSTAVO VIEYRA CHACON

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER
EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA GENERAL

FEBRERO DE 2015

“CALIDAD DE VIDA EN LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD”

Aprobación de la tesis:



Dr. Omar Kawas Valle
Director de la tesis



Dr. Alfredo Bernardo Cuéllar Barboza
Coordinador de Enseñanza



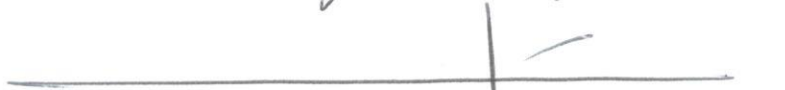
Dr. Felipe Homero Sandoval Avilés
Coordinador de Investigación



Dr. Ricardo Salinas Ruiz
Jefe de Servicio o Departamento



Dr. Raúl Díaz Niño de Rivera
Codirector de Tesis



Dr. med. Gerardo Enrique Muñoz Maldonado
Subdirector de Estudios de Posgrado

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE MEDICINA



“CALIDAD DE VIDA EN LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD”

Por

DR. CÉSAR GUSTAVO VIEYRA CHACÓN

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA GENERAL**

FEBRERO, 2015

“CALIDAD DE VIDA EN LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD”

Aprobación de la tesis:

**Dr. Omar Kawas Valle
Director de la tesis**

**Dr. Alfredo Bernardo Cuéllar Barboza
Coordinador de Enseñanza**

**Dr. Felipe Homero Sandoval Avilés
Coordinador de Investigación**

**Dr. Ricardo Salinas Ruiz
Jefe de Servicio o Departamento**

**Dr. Raúl Díaz Niño de Rivera
Codirector de Tesis**

**Dr. med. Gerardo Enrique Muñoz Maldonado
Subdirector de Estudios de Posgrado**

DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS

A mi amada Arianne que ha sido el impulso durante toda mi residencia y el pilar principal para la culminación de la misma, que con su apoyo constante y amor incondicional ha sido amiga y compañera inseparable, fuente de sabiduría, calma y consejo en todo momento.

Para mis padres, por su comprensión y ayuda. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi perseverancia y mi empeño. A mis amados hermanos y sobrinos gracias por todo su apoyo.

Llegar tan lejos es imposible sin ayuda. Por eso, quiero expresarles un profundo agradecimiento a todas aquellas personas que de una manera u otra hicieron posible que este trabajo fuera completado. En especial a personas como el Prof. Dr. Omar Kawas, Prof. Dr. med. Eloy Cárdenas y Prof. Dr. Raúl Díaz Niño.

ÍNDICE

CAPITULO I

1. Resumen.....	10
-----------------	----

CAPITULO II

2. Introducción.	12
2.1 Ansiedad.....	12
2.2 Constructos Teóricos sobre Trastorno de Ansiedad.....	16
2.3 Calidad de Vida.	22
2.4 Epidemiología.	26
2.5 Antecedentes.....	28
2.6 Justificación.	30

CAPITULO III

3. HIPÓTESIS.....	31
3.1 Hipótesis de trabajo (H1):	31
3.2 Hipótesis nula (Ho1):	31

CAPITULO IV

4. OBJETIVOS.....	32
-------------------	----

4.1 Objetivo General.....	32
4.2 Objetivos Particulares.....	32

CAPITULO V

5. MATERIAL Y MÉTODOS.....	33
5.1 Diseño Metodológico.	33
5.2 Tipo de estudio.	33
5.3 Población de estudio.	33
5.4 Lugar de referencia.....	33
5.5 Sujetos y proceso de selección.	34
5.6 Protocolo.	36
5.7 Instrumentos de trabajo.	38
5.8 Cálculo del tamaño de la muestra.	40
5.9 Variables.....	42
5.10 Análisis estadístico.	42
5.11 Estadística descriptiva.	44

CAPITULO VI

6. RESULTADOS.....	45
6.1 Estadística descriptiva	45
6.2 Estadística descriptiva de las escalas.	52

CAPITULO VII

7. DISCUSIÓN	60
CAPITULO VIII	
8. CONCLUSIÓN	72
CAPITULO IX	
9. ANEXOS	74
9.1 Instrumentos de trabajo	74
9.1.1 Cuestionario de Salud SF-36	74
9.1.2 Inventario de Discapacidad de Sheehan	81
9.1.3 Ficha Sociodemográfica	82
CAPITULO X	
10. BIBLIOGRAFÍA	83
CAPITULO XI	
11. RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO	93

INDICE DE TABLAS

Nombre	Página
Tabla 1. Datos demográficos de acuerdo al sexo.....	46
Tabla 2. Datos demográficos de acuerdo al estado civil.....	47
Tabla 3. Datos demográficos de acuerdo al lugar de residencia.....	48
Tabla 4. Datos demográficos de acuerdo a la escolaridad.....	48
Tabla 5. Datos demográficos de acuerdo a la actividad económica.....	49
Tabla 6. Tabla con las frecuencias absolutas de acuerdo al “salario mínimo”.....	50
Tabla 7. Datos demográficos de acuerdo al Diagnostico.....	51
Tabla 8. Correlación de variables del Grupo Control mediante el índice de correlación de Spearman (Rho).....	54
Tabla 9. Correlación de variables del Grupo Censo mediante el coeficiente de correlación Tau de Kendall (τ).....	56
Tabla 10. Correlación de variables Grupo Censo y Grupo Control mediante el coeficiente de correlación de Spearman (Rho).....	59
Tabla 11. Promedios obtenidos de los índices de la escala de Sheehan.....	64
Tabla 12. Promedios de los índices escala SF-36.....	65
Tabla 13. Lista de variables que se utilizaron, así como los porcentajes y percentiles.....	94

Tabla 14. Análisis comparativo mediante la prueba de Mann-Whitney.....	107
---	-----

INDICE DE FIGURAS

Nombre	Página
Figura 1. Esquema donde se observan los factores que influyen en la calidad de vida (Palomba, 2002).....	22
Figura 2. Gráfico de caja y bigotes que muestra la distribución por edad.....	45
Figura 3. Histograma de acuerdo a género.....	46
Figura 4. Histograma donde se muestran frecuencias absolutas de acuerdo al estado civil.....	47
Figura 5. Histograma de acuerdo a Escolaridad.....	49
Figura 6. Histograma de acuerdo a la actividad económica.	50
Figura 7. Histograma de acuerdo a Diagnostico.....	51
Figura 8. Histograma de los índices de la EDS.....	65
Figura 9. Histograma de los índices de la Escala SF-36.....	66

LISTA DE ABREVIATURAS

H1: Hipótesis de trabajo

UANL: Universidad Autónoma de Nuevo León

OMS: Organización Mundial de la Salud

CIE – 10: Clasificación Internacional de Enfermedades

INEGI: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática

CONASAMI: Comisión Nacional de Salarios Mínimos

CDV: Calidad de Vida

USA: Estados Unidos de América

LC: Locus Caeruleus

EDS: Escala de Discapacidad de Sheehan

M.I.N.I: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional

UANL: Universidad Autónoma de Nuevo León

1. RESUMEN

Objetivo: Determinar la existencia de una diferencia estadísticamente significativa en las escalas que evalúan la calidad de vida, entre la población diagnosticada enferma con trastornos de ansiedad y población sin diagnóstico de enfermedad del departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario.

Material y métodos: El estudio consistió en un análisis observacional, transversal con alcance correlacional, realizado entre el mes de febrero 2014 a diciembre 2014. Se estudió un total de 242 observaciones, de éstas, el grupo censo lo constituyen 57 pacientes con trastornos de ansiedad que acuden a la consulta externa de psiquiatría del Hospital Universitario "Dr. José E. González" y el grupo control 185 estudiantes de medicina, sin diagnóstico de enfermedad en materia de salud mental, pertenecientes a la Universidad Autónoma de Nuevo León. Se administraron dos escalas auto aplicables, una para calidad de vida y una para evaluación de discapacidad, además de una ficha sociodemográfica.

Resultados. Se determinaron que las variables implicadas en la calidad de vida en ambos grupos son semejantes pero la distribución es diferente. En el grupo censo se observó la condensación de correlación en el índice de discapacidad, estrés percibido, vida social y vida familiar. A diferencia del Grupo Control, predominaron de igual manera el índice de discapacidad, vida social, vida familiar, pero se agregó el trabajo y la salud mental. En los

dos, existen síntomas de ansiedad pero en un grupo se torna con disfuncionalidad (Grupo Censo) y en el otro no (Grupo Control), resultado que se proyecta en una mejor o peor calidad de vida.

Conclusiones: las variables que influyen en el grupo censo y grupo control son las mismas (discapacidad, vida social y vida familiar) sin embargo la prevalencia que se da en cada una de ellas es diferente y mayor en el grupo control, donde se observó una mejor calidad de vida a pesar de tener síntomas de ansiedad, mismos que no afectan su funcionalidad, a diferencia del grupo censo. Algunas diferencias en la correlación, sugieren que ambos grupos presentan distintos factores generadores de ansiedad, como el estrés percibido en el grupo censo y mayor impacto del trabajo y la salud mental en el grupo control, reflejo de las necesidades de cada población en particular, como sus características sociodemográficas.

Palabras Clave: calidad de vida, trastornos de ansiedad

2. INTRODUCCIÓN.

2.1 Ansiedad.

La ansiedad es una de las enfermedades mentales más comunes en cualquier edad del ser humano (Lader, 2001; Stuart-Hamilton, 2002; Aleixandre, 2004), es una respuesta ante el peligro, que por lo general exagera la situación peligrosa o minimiza la propia capacidad para resolverla (Williams & Hargreaves, 1998).

La palabra ansiedad proviene del latín *anxietas*, que significa conjuga o aflicción, inquietud o zozobra del ánimo, agitación. En general, el término ansiedad alude a la combinación de distintas manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales, sino que se manifiestan ya sea en forma de crisis o bien como un estado persistente y difuso, pudiendo llegar al pánico; no obstante, pueden estar presentes otras características tales como síntomas obsesivos o irritabilidad que no dominan el cuadro clínico.

Cuando la ansiedad es leve produce una sensación de inquietud, de intranquilidad y desasosiego, pero cuando es muy severa puede llegar a paralizar a un sujeto, tornando muy dificultoso su accionar en la vida diaria, pudiendo llegar a transformarse en pánico. Al vocablo ansiedad suele confundírsele o utilizarse como sinónimo de miedo pero, la ansiedad se diferencia del miedo, ya que, mientras el miedo es una perturbación cuya presencia se manifiesta ante estímulos presentes, la ansiedad se relaciona con la anticipación de peligros futuros, indefinibles e imprevisibles (Ellenberger, 1967).

Si bien, la ansiedad como el miedo poseen manifestaciones similares, pues, en ambos casos aparecen pensamientos de peligro, sensaciones de aprensión, reacciones fisiológicas y respuestas motoras; razones por las cuales algunos estudiosos utilizan como sinónimos ambos términos; considerándolos mecanismos evolucionados de adaptación que potencian la supervivencia de nuestra especie humana (Camuñas, 2002).

La característica más interesante de la ansiedad es su carácter anticipatorio, es decir, del peligro o amenaza para el propio ser humano, confiriéndole, de esta manera un valor funcional importante; además, tiene una función activadora y facilitadora de la capacidad de respuesta del individuo, concibiéndose como un mecanismo biológico adaptativo de protección y preservación ante posibles daños presentes en el humano desde su infancia.

Sin embargo, como ya se mencionó, si la ansiedad supera la normalidad en cuanto a los parámetros de intensidad, frecuencia o duración, provoca manifestaciones patológicas en el individuo, tanto a nivel emocional como funcional (Vila, 1984).

También suele utilizarse como sinónimo de la palabra ansiedad la de angustia, pero en este sentido existe una diferencia entre las mismas, ya que en la angustia predominan los síntomas físicos, la reacción del organismo es de paralización, de sobrecogimiento y la nitidez con la que el individuo capta el fenómeno disminuye, mientras que en la ansiedad predominan los síntomas psíquicos, la sensación de ahogo y peligro inminente, se presenta una reacción de sobresalto, mayor intento de buscar

soluciones eficaces para afrontar la amenaza que en el caso de la angustia, y, por último, el fenómeno es percibido con mayor nitidez.

El uso indistinto de estos dos términos quizás se enfatizó dado que en el DSM-IV-TR el trastorno de ansiedad se denomina trastorno de angustia, resaltando, entre otras características, la presencia de crisis de angustia recidivantes e inesperadas (American Psychiatric Association, 1994). De esta forma el término alemán "Angst", empleado por Freud para referirse a un afecto negativo y una activación fisiológica desagradable, fue traducido al inglés como anxiety; pero en español tuvo un doble significado, ansiedad y angustia al igual que en francés (Sierra, 2003).

Con el surgimiento de diferentes escuelas y enfoques, ambos conceptos, de ansiedad y angustia, se han ido diferenciando, hoy en día, la psicología científica emplean particularmente el palabra ansiedad, mientras que las corrientes psicoanalíticas y humanistas usan con preferencia el término angustia.

En el lapso de los últimos ciento cincuenta años se designó a la ansiedad en sus variadas manifestaciones, ya sea como crisis aguda o malestar crónico, con diferentes nombres, en los que se destacan los siguientes: Síndrome de Da Costa, Disfuncionalismo Cardíaco, Síndrome por Esfuerzo, Fatiga Nerviosa, Astenia, Corazón de soldado, etc., acentuando así, los estudiosos de esa época, los síntomas somáticos de la ansiedad (Miguel,1990). Ya en el año 1769, el psiquiatra escocés Cullen en su "Synopsis nosologiae methodicae" se refería, a esta alteración, como una afección general del sistema nervioso que cursaba sin fiebre ni afección local de algún órgano, y que comprometía "el sentido" y "el movimiento",

mezclándose en ella desde síncope hasta el tétanos y la hidrofobia, pasando por la histeria, la melancolía y la manía.

El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), fue descrito, junto al síndrome pánico, por primera vez por Sigmund Freud, en 1895, con el nombre de Neurosis de Angustia; incluyendo en el cuadro clínico de la misma los siguientes síntomas: La excitabilidad general, con insomnio e hiperestesia auditiva. La espera angustiosa, que luego se denominó ansiedad anticipatorio, haciendo alusión a que esta era permanente y latente.

En sus estudios sobre la ansiedad, Freud, identifica elementos fenomenológicos y fisiológicos, aseverando que las distintas formas de neurosis están determinadas por la intensidad y el carácter que presentan, lo cual se debería al origen de la experiencia traumática y a la etapa de desarrollo psicosexual en la que se encuentre un sujeto. Por lo cual, la ansiedad es, para el autor anteriormente mencionado, una característica esencial de la neurosis, una respuesta no realista ante la situación que es temida por el sujeto y que implica poco o ningún miedo real; es decir que dicha ansiedad neurótica actúa como una señal de peligro procedente de los impulsos reprimidos del individuo, que se origina a raíz de las transformaciones producidas sobre la propia ansiedad objetiva.

2.2 Constructos Teóricos sobre Trastorno de Ansiedad.

Freud, identifica tres teorías sobre la ansiedad (Freud, 1967):

1) La ansiedad real que aparece ante la relación que se establece entre el yo y el mundo exterior; manifestándose como una advertencia para el individuo, es decir, notifica al sujeto de un peligro real que existe en el contexto que lo rodea (Sierra, 2003).

2) La ansiedad neurótica, que resulta más complicada que la anterior, ya que si bien se entiende, también, como una señal de peligro, su origen hay que indagarlo en los impulsos reprimidos del individuo, siendo ésta la base de todas las neurosis.

Esta teoría sobre la ansiedad se caracteriza por la carencia de objeto, estando el recuerdo del castigo o evento traumático reprimido, no reconociéndose el origen del peligro; al mismo tiempo, este se relaciona con el castigo eventual a la expresión de los impulsos reprimidos.

Dicha ansiedad neurótica ocurre cuando el yo intenta satisfacer los instintos del ello, pero tales exigencias le hacen sentirse amenazado y el sujeto teme que el yo no pueda controlar al ello.

3) La ansiedad moral o de la de la vergüenza, aquí el super-yo amenaza al sujeto con la posibilidad de que el yo pierda el control sobre los impulsos.

Es decir, para Sigmund Freud la ansiedad era un síntoma; señal de peligro procedente de los impulsos reprimidos, considerada como una reacción del Yo a las demandas inconscientes del Ello que podían emerger sin control, consecuencia de conflictos intra-psíquicos de carácter generalmente inconsciente.

Recapitulando, para Freud, toda psiconeurosis es un trastorno emocional expresado en el plano psíquico, con o sin alteraciones somáticas y con una leve deformación afectiva del sentido de la realidad, que se manifiesta en las relaciones sociales e interpersonales como la expresión de otros conflictos psicológicos. Por lo cual, cualquier tipo de neurosis presenta una característica común: la ansiedad, refiriéndose aquí a un estado puramente mental del sujeto.

En síntesis para la Teoría Psicodinámica angustia es más un proceso biológico (fisiológico) insatisfecho (respuesta del organismo ante la sobreexcitación derivada del impulso sexual (libido) para posteriormente llegar a otra interpretación en donde la angustia sería la señal peligrosa en situaciones de alarma. Según esta teoría, la angustia procede de la lucha del individuo entre el rigor del súper yo y de los instintos prohibidos (ello) donde los estímulos instintivos inaceptables para el sujeto desencadenarían un estado de ansiedad (Freud, 1967).

Para la escuela Existencialista "la ansiedad es la experiencia de la amenaza inminente de no ser" (May,1967), derivada "...de que el hombre es el animal que valora, el ser que interpreta su vida y su mundo en términos de símbolos y significados, e identifica esto con su existencia como Yo....". El origen de la ansiedad reside en la amenaza a los valores que abrace un ser humano, comprendiendo estos la vida física o psicológica o a algún otro valor como por ejemplo, el patriotismo o el amor.

También, los existencialistas, diferencian la ansiedad del miedo argumentando que "la ansiedad toca el nervio vital de la propia estima, en

cambio, el miedo es una amenaza contra la periferia de la existencia, la ansiedad es ontológica; el miedo no" (May,1967).

Ante las teorías dinámicas, surge el enfoque conductual mediante el cual se busca aproximar el término ansiedad a lo experimental y operativo; partiendo de una concepción ambientalista, en la cual la ansiedad es concebida como un impulso (drive) provocada por la conducta del organismo.

Según el Conductismo la ansiedad clasifica simplemente como conducta que "solamente puede manifestarse cuando un estímulo precede de manera característica a un estímulo aversivo con un intervalo de tiempo suficientemente grande para permitir observar cambios en la conducta" (Skinner, 1974).

Explicando, también que "un estímulo que previamente no sea capaz de evocar respuestas de ansiedad puede adquirir el poder de hacerlo, si resulta que está actuando sobre el organismo cuando la ansiedad está siendo evocada por otro estímulo; entonces se convierte en un estímulo condicionado a la ansiedad, y la ansiedad por él evocada puede, en ocasiones posteriores condicionarse a otros estímulos" (Wolpe,1981).

Los teóricos conductistas no diferencian entre miedo y ansiedad ya que ambos se manifiestan fisiológicamente de la misma forma, acordando que la ansiedad perturba el funcionamiento y no parece servir a ningún fin práctico (Wolpe, 1981).

Desde estas teorías la ansiedad, en general, supone un afrontamiento de la situación por parte del sujeto, independientemente de las consecuencias que resulten de ella, pudiendo derivar en: 1- inhibición de la

conducta, 2- comportamientos agresivos, 3- evitación de situaciones futuras que sean similares, 4- bloqueos momentáneos, 5- hiperactividad, según se trate de un individuo u otro.

Entonces, el conductismo se basa en que todas las conductas son aprendidas y en algún momento de la vida se asocian a estímulos favorables o desfavorables adoptando así una connotación que va a mantenerse posteriormente.

Según esta teoría, la ansiedad es el resultado de un proceso condicionado de modo que los sujetos que la padecen han aprendido erróneamente a asociar estímulos en un principio neutros, con acontecimientos vividos como traumáticos y por tanto amenazantes, de manera que cada vez que se produce contacto con dichos estímulos se desencadena la angustia asociada a la amenaza.

La teoría del aprendizaje social dice que se puede desarrollar ansiedad no solo a través de la experiencia o información directa de acontecimientos traumáticos, sino a través del aprendizaje observacional de las personas significativas al entorno (Virues, 2005).

El enfoque Cognitivo distingue la ansiedad del miedo afirmando que la ansiedad es un proceso emocional y el miedo es un proceso cognitivo. "El miedo involucra una apreciación intelectual de un estímulo amenazante; y la ansiedad involucra una respuesta emocional a esa apreciación" (Beck, 1985). Beck, asevera que "El elemento crucial en los estados de ansiedad, es un proceso que puede tomar la forma de un pensamiento automático o imagen que aparece rápidamente, como un reflejo, después de un estímulo inicial (por ejemplo: respiración entrecortada), aparentemente creíble y seguida por

una ola de ansiedad". Manteniendo que la percepción y la estructura de las experiencias del individuo determinan sus sentimientos y conducta.

Las personas que experimentan ansiedad tienden a sobreestimar el grado de peligro futuro y la probabilidad de daño. "Desde luego, un pensamiento o imagen específica no es siempre identificable. En tal caso es posible sin embargo, inferir que un esquema cognitivo con un significado relevante al peligro ha sido activado" (Beck,1985).

Es decir, la Teoría Cognitivistas considera la ansiedad como resultado de "cogniciones" patológicas. Se puede decir que el individuo "etiqueta" mentalmente la situación y la afronta con un estilo y conducta determinados. Por ejemplo, cualquiera de nosotros podemos tener una sensación física molesta en un momento determinado, si bien la mayoría de nosotros no concedemos ningún significado a esta experiencia. No obstante existen personas que interpretan ello como una señal de alarma y una amenaza para su salud física o psíquica lo cual provoca una respuesta neurofisiológica desencadenando así la ansiedad (Virues,2005).

Como se puede advertir, la fenomenología clínica de los llamados trastornos de ansiedad forma parte de la literatura psiquiátrica desde hace más de un siglo, estando estrechamente vinculada al concepto clínico de neurosis.

En la actualidad se analiza a la ansiedad como un modelo de enfermedad psíquica pentadimensional: vivencial, físico, de conducta, cognitivo y asertivo; son desde estas cinco dimensiones que se manifestaría la ansiedad en un sujeto. Por lo cual, la ansiedad consiste en una respuesta vivencial, fisiológica, conductual, cognitiva y asertiva, caracterizada por un

estado de alerta, de activación generalizada, destacando que se caracteriza por ser una señal de peligro difusa, que el individuo percibe como una amenaza para su integridad. Cabe destacar que todos los procesos de activación ansiosa tiene por objetivo fundamental: preparar al organismo para la acción (Rojas, 2005).

La activación se traduce como síntomas periféricos derivados del sistema nervioso vegetativo (aumento del tono simpático) y del sistema endocrino (hormonas suprarrenales), que dan los síntomas de la ansiedad. Por otro lado, los síntomas en estimulación del sistema límbico y de la corteza cerebral que se traducirán en síntomas psicológicos de misma.

2.3 Calidad de Vida.

El concepto de calidad de vida es un término multidimensional, derivado de la realización de las potencialidades de la persona, posee aspectos subjetivos y objetivos, significa «tener buenas condiciones de vida y un alto grado de bienestar, incluye la satisfacción colectiva de necesidades a través de políticas sociales: materiales y no materiales, individuales y colectivos, en adición a la satisfacción individual de necesidades», (Ardila, 2003).

Figura 1. Esquema donde se observan los factores que influyen en la calidad de vida (Palomba, 2002).

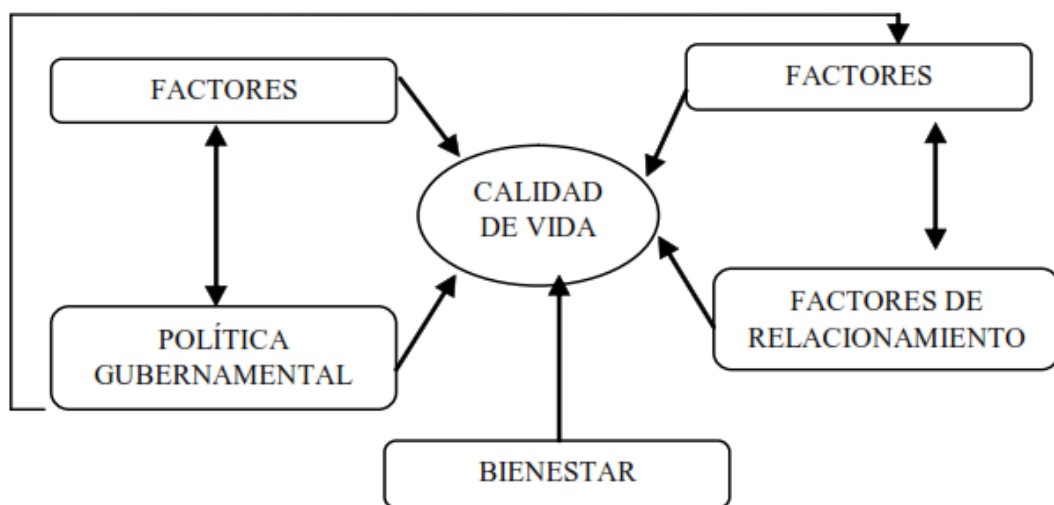


Figura 1((Palomba, 2002).

- Factores materiales: son los recursos que uno tiene (ingresos disponibles, posición en el mercado de trabajo, salud, nivel de educación, etc. Mientras más y mejores recursos se tengan mayor es la probabilidad de una buena calidad de vida.

- Factores ambientales: son las características de la comunidad que pueden influir en la calidad de vida, tales como: presencia y acceso a servicios, grado de seguridad y criminalidad, transporte y movilización, habilidad para servirse de las nuevas tecnologías que hacen la vida más simple.
- Factores de relacionamiento; incluyen las relaciones con la familia, los amigos y las redes sociales: la integración a organizaciones sociales y religiosas, el tiempo libre y el rol social después del retiro de la actividad económica.
- Políticas gubernamentales: considera la perspectiva social.
- Bienestar subjetivo: incluye aspectos como intimidad, expresión emocional, seguridad percibida, productividad personal y salud percibida. (Palomba, 2002).

La calidad de vida se ha convertido en un constructo que incorpora: la salud física de la persona, los estados psicológicos, los niveles de independencia, el nivel socioeconómico, el nivel educativo y las condiciones personales, en base a estos constructos han surgido una serie de conceptualizaciones de la calidad de vida desde diferentes posturas teóricas., Desde la perspectiva de salud (Torres, Quezada, Rioseco 2008) consideraron a la calidad de vida, como el “conjunto de valoraciones que se hace del grado de bienestar y satisfacción general de la propia vida, que en definitiva es la valoración global de la salud y enfermedad que presenta el individuo en el transcurso de su vida”.

El uso del concepto de calidad de vida ha originado dudas, confusiones e interpretaciones equívocas entre médicos, políticos, e investigadores, la principal razón es que no existe un término que englobe el concepto por su connotación subjetiva. En base a esta dificultad la OMS en 1994 propuso una definición en función de la manera en que el individuo percibe su posición en la vida:

“Es la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”, todo ello matizado por: su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales; no se ha de tener en cuenta el monto absoluto o relativo de los ingresos, sino el grado de satisfacción que proporcionan esos ingresos, tampoco se tomará en cuenta el número de horas de sueño, pero sí se tomará en cuenta todo problema que se le plantee al individuo con relación a él mismo (Casado, 2001).

Así surge otro concepto de calidad de vida, propuesto por Browne y cols. (1996) quien lo define como; “La interacción dinámica entre las condiciones externas de un individuo y la percepción interna de dichas condiciones” concepto reforzado posteriormente establecido por Lucas (2007) en el que sintetiza a la calidad de vida, como: “La percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”.

Delgado (1998), define la calidad de vida, como “el grado de bienestar de las comunidades y de la sociedad, determinado por la satisfacción de sus

necesidades fundamentales, entendidas estas como los requerimientos de los grupos humanos y de los individuos para asegurarse su existencia, permanencia y trascendencia en un espacio dado y en un momento histórico determinado”. Fernández Ballesteros, (1998) estableció una serie de lineamientos que determinaban el término de calidad, refiriéndola a “ciertos atributos o características de un objeto particular”, mientras que el término vida lo conceptualiza en un término más amplio que “envuelve a los seres humanos”. En referencia a este concepto de calidad de vida propuesto por Fernández Ballesteros, Maya (2003) explicó, la necesidad de que el concepto de calidad de vida contenga elementos subjetivos o sea la valoración, juicio o sentimiento sobre salud percibida, satisfacción social, necesidades culturales, valoración del entorno, servicios de salud y sociales percibidos y elementos objetivos o de medición real sobre la calidad ambiental, la disponibilidad de servicios de salud y sociales, la salud objetiva (valoración), el apoyo social y factores culturales. Por ello “la evaluación de la calidad de vida tiene que contemplar una visión multidimensional, con componentes subjetivos y objetivos en la operacionalización de sus distintas condiciones y dimensiones”. Igualmente Yanguas, (2006, citado en Molina, Meléndez, y Navarro, 2008) sostiene que la calidad de vida es un concepto multidimensional, que comprende componentes objetivos y subjetivos además de un número diverso de ámbitos de la vida que refleja las normas culturales de bienestar objetivo y otorga un peso específico diferente a los distintos ámbitos de la vida considerados más importantes para algunas personas que para otras. En este mismo sentido, Terol y cols. (2000), indica que existe un acuerdo en cuanto a que la calidad de vida, como constructo,

debe evaluarse atendiendo a aspectos físicos, sociales y psicológicos por un lado, y por otro, a la subjetividad de quién informa, es decir, tal y cómo el paciente los percibe.

2.4 Epidemiología.

La investigación epidemiológica sugiere que los trastornos de ansiedad tienen la tasa de prevalencia general más alta entre psiquiátricos trastornos, con una tasa anual de 18,1% y una tasa a lo largo de la vida de 28,8% (Kessler, Berglund et al., 2005; Kessler, Chiu y Walters, 2005). Los costos estimados asociados con los trastornos de ansiedad en 1990 fueron \$ 46.6 mil millones de dólares, lo que representa el 31,5% del gasto total en ese año para la salud mental en USA, (DuPont et al., 1996). Además de la elevada prevalencia y alto costo de los trastornos de ansiedad, trastornos de ansiedad tienen un impacto negativo en la calidad de vida (QOL; Gladis, Gosch, Dishuk, y Crits-Christoph, 1999; Mendlowicz y Stein, 2000).

CDV, en sentido amplio, se refiere a los aspectos de la vida que hacen que sea satisfactoria y que vale la pena y se extiende más allá de los síntomas de ansiedad a sí mismos para incluir a pacientes "subjetivo el bienestar y la satisfacción con la vida (Angermeyer y Kilian, 1997). En consecuencia, la evaluación de la calidad de vida en la ansiedad trastornos incorpora opiniones subjetivas de los pacientes de sus circunstancias de vida, incluyendo la percepción de la salud mental, salud física, las relaciones sociales y familiares, que funcionan en el trabajo, y que funcionan en el hogar (DuPont et al., 1996).

Aunque las investigaciones de la calidad de vida en los trastornos de ansiedad siguen siendo menos frecuente que las investigaciones de la calidad de vida en otros trastornos psiquiátricos (Hansson, 2002), hay evidencia de problemas conyugales y financieros en los pacientes con trastorno de pánico (Weissman, 1991), el deterioro de la educación y las relaciones en los pacientes con fobia social (Schneier et al., 1994; Stein Y Kean, 2000), las altas tasas de asistencia financiera pública y disminuido el bienestar subjetivo en pacientes con trastorno de estrés posttraumático (TSP; Warshaw, Fieman, Pratt, y Hunt, 1993; Zatzick et al., 1997), limitaciones interaccionales en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC; Hollander, Kowan, Stein, y Broatch, 1996; Corán, Thienemann, Y Davenport, 1996), y las altas tasas de divorcio y la discapacidad en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada (TAG; Blazer, Hughes, George, Swartz, y Boyer, 1991).

Estos hallazgos sugieren que los trastornos de ansiedad afectan negativamente muchas áreas funcionales que pueden contribuir a la calidad de vida. El impacto de los trastornos de ansiedad en la calidad de vida también parece ser robusto en que es independiente de la gravedad de los síntomas, las variables demográficas, de salud somática y la comorbilidad diagnóstica (Cramer, Torgersen, y Kringlen, 2005; Markowitz, Wiessman, Ouellette, Lish, y Klerman, 1989; Rapaport, Clary, Fayyad, y Endicott, 2005; Strine, Chapman, Kobau, y Balluz, 2005).

2.5 Antecedentes

Enfocándolo a la salud, el término Calidad de Vida se determinó y surgió en el marco de las ciencias sociales y fue utilizado en sus inicios con relación a la medicina con el objetivo de evaluar si los tratamientos disponibles para el cáncer además de extender el tiempo de vida aumentaban la sensación de bienestar de los pacientes (Spitzer, Dobson & Hall, 1981).

Dentro del campo de la salud el término se ha utilizado para evaluar el impacto tanto de las enfermedades como de los tratamientos sobre la percepción de bienestar del paciente (Patrick & Erickson, 1993).

El concepto de caída de vida ha sido definido de diversas formas y presenta cierta imprecisión debido a que se le ha comparado muchas veces con variables que actualmente se reconocen más ligadas al nivel de funcionamiento del individuo.

Se considera que integra la percepción respecto de las capacidades y las limitaciones, los síntomas y las características psicosociales que permiten a un ser humano realizar una serie de funciones de forma satisfactoria para él mismo (Fernández-López & Hernández-Mejía 1993).

Una conceptualización que abarque la calidad de vida incluye al menos tres dimensiones interrelacionadas e importantes: la física, la psicológica y la social (Siegrist & Junge, 1990). Dentro de la primera se incluirán no sólo el impacto producido por el deterioro de las funciones y los síntomas, sino también el malestar causado tanto por padecer determinada enfermedad así como por el tratamiento a seguir, costos y duración del mismo.

La segunda dimensión incluye todo el rango de estados emocionales así como la disminución de las funciones cognitivas relacionadas a sus síntomas. Por último, el área social, incluirá el bienestar percibido en relación al rango de seres significativos, redes sociales y de apoyo, relación con la sociedad.

La calidad de vida ha sido extensamente estudiada en los trastornos psiquiátricos severos tales como la esquizofrenia y el trastorno bipolar, no obstante, la valoración de la misma en los trastornos de ansiedad ha recibido poca atención hasta entrados los años 90.

Como se ha demostrado, los trastornos mentales constituyen una importante carga social y económica, tanto por su frecuencia, coexistencia y comorbilidad, como por la discapacidad que producen. Entre los problemas de salud mental, los trastornos de ansiedad se asocian con importantes niveles de incapacidad y con un impacto considerable en el bienestar personal y en las relaciones sociales y laborales, limitándolas importantemente. El agravante de su alta prevalencia y el curso recurrente o incluso crónico de muchos de estos trastornos los pueden ser tan incapacitantes como cualquier otra enfermedad crónica. Los trastornos de ansiedad, en sí mismos o asociados a otras patologías inclusive no psiquiátricas, son una de las causas más frecuentes de consulta en Atención Primaria, existiendo además cierta variabilidad en su manejo.

La falta de una pauta común de presentación, la so matización y asociación con enfermedades crónicas, así como la necesidad de una terapéutica específica y en ocasiones prolongada en el tiempo, hace que el manejo de estos pacientes resulte complejo.

2.6 Justificación.

La vida actual, caracterizada por un aumento en la longevidad, no está necesariamente asociada a mejor calidad de vida. El aumento de la frecuencia y velocidad de los cambios (revolución tecnológica), la inseguridad constante, el exceso de información, el desempleo o el multi-empleo, los cambios en la estructura familiar (divorcios, uniones inestables, ambos padres en el mercado laboral), la pérdida de motivaciones, lealtades, valores, señalan los múltiples factores estresantes a que estamos sometidas la mayoría de los seres humanos.

Se conoce que el estrés predispone a la enfermedad y deteriora la calidad de vida. La evaluación de calidad de vida en este nos ayuda para estudiar población general o con enfermedades específicas, con el fin de planificar, asignar recursos, priorizar, evaluar políticas de salud, comparar poblaciones.

Por lo tanto, se justifica realizar estudios para tener mayor entendimiento de sus características y para diseñar estrategias y tratamientos integrales específicos para esta población. Permitiendo intervenir de manera adecuada y oportuna en esta población.

Éste trabajo nos permite identificar las variaciones en la calidad de vida de los trastornos de ansiedad, en la población estudiada, permitiéndonos planificar estrategias para su mejora, evitando recaídas y brindando psicoeducación con respecto a su enfermedad, permitiendo la creación de un grupo psicoeducativo para esta población.

3. HIPÓTESIS

3.1 Hipótesis de trabajo (H1):

Existe una diferencia estadísticamente significativa en las escalas que evalúan la calidad de vida, entre la población diagnosticada enferma y población sin diagnóstico de enfermedad.

3.2 Hipótesis nula (Ho1):

No existe una diferencia estadísticamente significativa en las escalas que evalúan la calidad de vida, entre la población diagnosticada enferma y población sin diagnóstico de enfermedad.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General

Nuestros objetivos están orientados principalmente a evaluar los factores sociodemográficos en individuos con trastornos de ansiedad y su relación con la calidad de vida de la consulta psiquiátrica en el Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”, de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL).

4.2 Objetivos Particulares.

1. Identificar las variables sociodemográficas de la población en estudio que demuestren una correlación significativa hacia la calidad de vida.
2. Observar las variaciones en la calidad de vida de los pacientes con trastornos de ansiedad según población estudiada.
3. Describir cómo afecta el tipo de trastorno de ansiedad en la calidad de vida.
4. Observar las variaciones de la salud mental según factores sociodemográficos.

5. MATERIAL Y MÉTODOS.

5.1 Diseño Metodológico.

Es un estudio observacional, transversal, comparativo, prospectivo, no ciego.

5.2 Tipo de estudio.

Encuesta o cohorte transversal

5.3 Población de estudio.

$N = 57$ casos incluidos

$N = 185$ sujetos sanos

5.4 Lugar de referencia.

Pacientes activos en la consulta externa del departamento de psiquiatría, del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”, UANL, Monterrey (Mty.), Nuevo León (N.L.), México. A su vez el grupo control de voluntarios sanos se realizó en el departamento de Geriátrica del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”, UANL, Monterrey (Mty.), Nuevo León (N.L.), México

5.5 Sujetos y proceso de selección.

A. Método de reclutamiento.

Se solicitó autorización al Comité de Ética de la institución y se obtuvo aprobación para la realización del estudio, posteriormente se solicitó autorización al jefe de departamento de Psiquiatría, para acceder a la población de estudio y poder aplicar los instrumentos de trabajo., para obtener el censo de pacientes que acude a consulta externa, los sujetos fueron elegidos mediante un muestreo incidental incluyendo la totalidad del censo obtenido, resultando un total de 57 observaciones para el grupo censo y 185 observaciones para el grupo control, durante el periodo de Febrero 2014 - Septiembre 2014.

B. Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de Trastornos de Ansiedad según criterios del DSM IV TR que acudan a seguimiento en el Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario” Dr. José Eleuterio González”.
- Mayores de 18 años, hombres y mujeres.
- Que acepten participar y firmen el Consentimiento Informado.
- Que hayan completado debidamente los instrumentos de trabajo.

C. Criterios de exclusión:

- Pacientes que no acepten participar en el estudio o no acepten firmar el Consentimiento Informado.

- Pacientes cuyo funcionamiento cognitivo impida responder a los instrumentos.
- Participantes que se encuentren bajo el efecto de sustancias psicoactivas o medicación sedativa, según criterio médico.
- Sujetos que por su condición clínica no pudieron cooperar en la evaluación.

D. Criterios de eliminación:

- Aquellos que no se hayan concluido la aplicación de los instrumentos.
- Pacientes menores de 18 años de edad.
- Pacientes atendidos antes o después del periodo de reclutamiento del estudio.
- Pacientes que no contestaron adecuadamente los instrumentos de trabajo.
- Pacientes que presentaron una crisis de ansiedad, en el momento de la entrevista.

E. Consideraciones Éticas.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética y Comité de Investigación de la institución, con la clave de registro: PS14-001. Debido a las características del estudio, se consideró una investigación sin riesgo, sin embargo al tratar con una población vulnerable fue necesario el empleo del consentimiento informado para la aplicación de los instrumentos de trabajo. Se protege la privacidad del paciente, siguiendo la Normatividad del Expediente Clínico y de la Ley Federal de Protección de datos personales y Buenas Prácticas Clínicas.

5.6 Protocolo.

A. Descripción del diseño.

El estudio se dividió en dos grupos, el grupo uno censo y el grupo dos control. Para el grupo uno censo, se solicitó la autorización de la Dirección del departamento de psiquiatría para poder realizar la evaluación y enrolamiento de pacientes. A los pacientes que eran detectados en la consulta de primera vez (pre-consulta) con algún trastornos de ansiedad., previo a evaluación clínica y cumplir criterios de DSM IV-TR para diagnóstico de trastorno de ansiedad, se corroboran criterios de inclusión-exclusión del estudio., se les realizaba la invitación a participar y se les explicaba detenidamente el consentimiento informado así como la metodología y finalidad del estudio, los que accedían se realizaba la firma de consentimiento informado. Posteriormente se continuaba la entrevista y se recolectaban los datos demográficos, se procedía a la aplicación de instrumentos: M.I.N.I, escala de discapacidad de sheehan, cuestionario de salud SF-36. Al finalizar la entrevista y aplicación de instrumentos, se recolectaban los datos, en base de datos diseñada para estudio. Y para finalizar el paciente continuaba su atención en los servicios del Hospital Universitario y consulta externa.

Para la población del grupo dos control, se solicitó autorización a la Dirección del departamento de Geriátría, realizando la invitación abierta a los estudiantes de la carrera de Medicina en la UANL. Los estudiantes no eran subordinados y se les invito abiertamente a participar. Ya que los sujetos del grupo control eran voluntarios sanos, lo cual se corrobore en la entrevista,

no se les aplicó el M.I.N.I, una vez que aceptaron la participación se procedió a la firma del consentimiento informado y a la aplicación de los instrumentos: escala de discapacidad de sheehan, cuestionario de salud SF-36. Se recolectaron los datos, en base de datos diseñada para el estudio.

Para la población que corresponde al grupo control, son estudiantes de la carrera de medicina en la UANL, que se encuentren realizando prácticas clínicas en las diferentes especialidades del Hospital Universitario, se solicitó autorización al jefe del departamento de Geriátrica, a su vez nos otorgaron las facilidades para la aplicación de nuestros instrumentos de trabajo (encuestas) en dicha población, se obtuvo un muestreo incidental y al mismo tiempo se favoreció un trato de equidad, con la no subordinación, en los estudiantes de medicina, posteriormente invitamos a participar con abierto manejo de la información y con previa firma del consentimiento informado. Para la recolección de información se desarrolló una base de datos electrónica en un software estadístico, finalmente se procedió a la elaboración de resultados y conclusiones.

5.7 Instrumentos de trabajo.

- A. (MINI) Entrevista Neuropsiquitrica Internacional. La MINI es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Estudios de validez y de confiabilidad se han realizado comparando la MINI 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 la CIE-10). Los resultados de estos estudios demuestran que la MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta, pero puede ser administrada en un período de tiempo mucho más breve (promedio de $18,7 \pm 11,6$ minutos, media 15 minutos) que los instrumentos mencionados.
- B. Cuestionario de Salud SF-36: está compuesto por 36 preguntas (ítems) que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud. Los 36 ítems del instrumento cubren las siguientes escalas: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental. Propiedades psicométricas: alfa = 0,92., fiabilidad test –retest, en las diferentes subescalas $> \text{ó} = 0,69$. Tiempo de administración 10 -15 minutos aproximado.
- C. Inventario de Discapacidad de Sheehan: evalúa las discapacidades en pacientes de salud mental. Consta de tres subescalas que se puntúan de forma independiente (Discapacidad, estrés percibido,

apoyo social percibido) Propiedades psicométricas: alfa =0,72., fiabilidad test –retest, en las diferentes subescalas > ó = 0,82. Tiempo de administración 5 minutos aproximado.

- D. Ficha sociodemográfica: Incluye las variables independientes de género, edad, estado civil, lugar de residencia, escolaridad, actividad económica, (variables de acuerdo al Censo de Población y Vivienda 2010, del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI), nivel socioeconómico de acuerdo al salario mínimo mensual en pesos mexicanos (de acuerdo a la Comisión Nacional de Salario Mínimo 2014, CONASAMI), Diagnostico según criterios DSM-IV TR.

5.8 Cálculo del tamaño de la muestra.

Se establecieron tres cálculos del tamaño de muestra los cuales se describen a continuación, se tomó la más alta para cubrir de esta manera significancia estadística.

1) Cálculo del tamaño de muestra para una población conocida, con una precisión de 10%, y esperando una variabilidad de 5% en los resultados: Población de 200 jóvenes que acuden en un año a la consulta por vez primera y que se les diagnostica TAG; tamaño de muestra: α 0.05 (0.050 para dos direcciones) = 51 (46 + 5). Se requieren un total de 153 (51 x 3) personas sanas de control) esto es, se requiere investigar a un mínimo de 51 pacientes jóvenes con diagnóstico de TAG para ser representativo de los pacientes que acuden a la consulta de Psiquiatría, Hospital Universitario, según la precisión y variabilidad de la hipótesis. Fuente, Jefatura del Departamento de Psiquiatría, Hospital Universitario.

2) Cálculo del tamaño de muestra para una prevalencia conocida de cualquier trastorno de ansiedad a lo largo de la vida es de 14.3 %) Se trata de demostrar que hay una diferencia de 10.9% (para quedar en 3.4%) de prevalencia de TAG. Se requiere un total de 57 (52 + 5) pacientes con cualquier trastorno de ansiedad para demostrar una prevalencia de 3.4% de pacientes con TAG, según Alfa de 0.05 para dos direcciones y Beta de 0.20 (Ronald C, 2007, citado en: Guía clínica GPC, SS, IMSS, ISSSTE, Gobierno Federal 2010).

3) Cálculo del tamaño de muestra para una prevalencia conocida de TAG de 66.7%) Se trata de demostrar que hay una diferencia de 16.7% (para quedar en 50%) entre los pacientes que tienen test de buena calidad de vida contra los que no tienen esa calidad. Para demostrar un decremento mínimo de 16.7%, en pacientes con buena calidad de vida, se requiere un total de 44 (40 + 4) pacientes según Alfa de 0.05 para dos direcciones y Beta de 0.20 (Eric Henning MA. Depression and Anxiety. 24, 342-349. 2007.

5.9 Variables.

- A. Variables Independientes: edad, género, estado civil, lugar de residencia, escolaridad, actividad económica, diagnóstico.
- B. Variable Dependiente: Calidad de vida.

Tabla 1.4 Ver donde se muestra a detalle la lista de variables que se utilizaron, así como los porcentajes y percentiles.

5.10 Análisis estadístico.

- A. Métodos estadísticos.

El análisis estadístico, tanto descriptivo como inferencial, se efectuó con el paquete computacional Stata ic 13. Número de licencia: 301306226015.

Las variables categóricas se obtuvieron por frecuencias absolutas, proporciones y porcentajes. Mientras que en las variables numéricas y/o continuas se calcularon medidas de centralidad, de variabilidad y posicionamiento. Los parámetros en estudio se estimaron puntualmente y por intervalo con un 95% de confianza. La significancia estadística se definió con valor de $p < 0.05$.

Para alcanzar los objetivos del estudio y contrastar las hipótesis de interés se realizó la correlación de variables paramétricas mediante el coeficiente de correlación de Spearman, para la comparación de las características demográficas de la población (variables independientes) se

utilizó el test de distribución t en variables paramétricas y test U de Mann-Whitney en muestras No-Paramétricas.

La prueba de Kolmogorov - Smirnov fue utilizada para comprobar la normalidad de todos los datos continuos.

Se utilizó la prueba Mann-Whitney para comparar las características demográficas de la población en estudio.

En el presente análisis, se analizaron los diferentes dominios de las escalas SF-36 y escala de Discapacidad de Sheehan, se correlacionaron. Las escalas de redacción y de respuesta de los elementos de estos dominios se muestran en la Tablas 1, 2,3.

El Mann-Whitney *U*-test se utilizó para evaluar la relación entre las diferentes puntuaciones de los subíndices y la prueba de regresión simple para la relación entre las diferentes puntuaciones. Debido a múltiples pruebas, una diferencia con un valor $p < 0,001$ fue considerado significativo. En el análisis univariado todas las variables que representan un componente significativo para las escalas de la CVRS en el análisis univariado fueron probadas en un modelo de regresión logística multivariante, como: la edad, el género, el estado civil, el lugar de residencia, la escolaridad, la actividad económica, el nivel económico y el diagnóstico fueron analizados.

5.11 Estadística descriptiva.

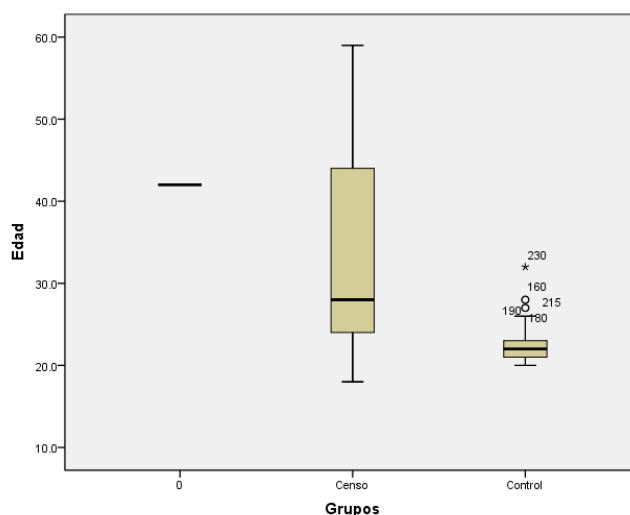
Las siguientes estadísticas descriptivas fueron calculadas las puntuaciones de cada dominio, y la correlación media inter-ítem entre elementos se tomaron como correlaciones relevantes aquellas mayores a $r=.71$) y los histogramas se representaron para evaluar el grado de los efectos de techo (preponderancia de las puntuaciones a valor máximo en la escala).

6. RESULTADOS.

6.1 Estadística descriptiva

El número total de casos incluidos en el estudio fue de 57 y 185 sujetos control, de acuerdo a los criterios de exclusión y de eliminación, se excluyeron 6 casos. Los rangos de edad oscilaron entre 18 – 59 años en el censo y de 20 – 32 años en el grupo control, la media en el censo fue de 33 en el censo y de 22 en el grupo control, la mediana fue en el censo de 28 y en el grupo control de 22, y una desviación estándar de 12.264 en el censo y de 1.638 en grupo control.

Figura 2. Gráfico de caja y bigotes que muestra la distribución por edad.

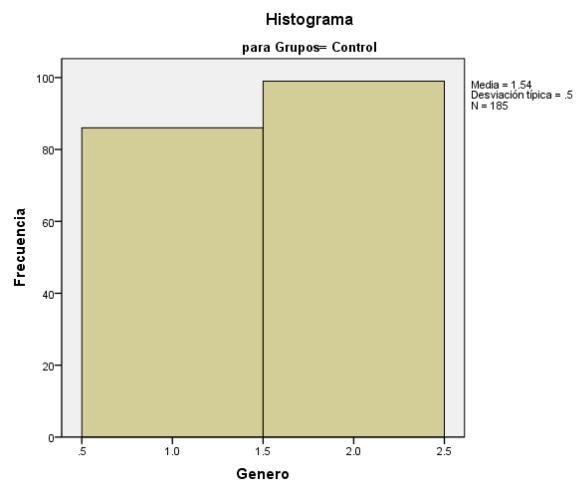
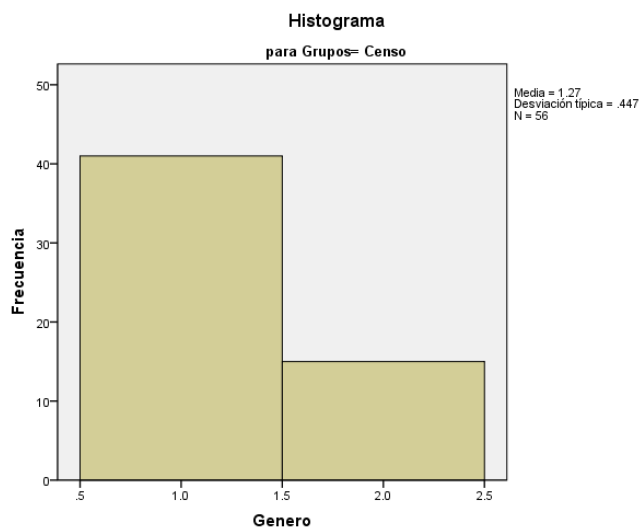


En la agrupación de acuerdo al género la gran mayoría fueron mujeres en el censo con 41 y 16 varones, en el grupo control de igual forma prevalecieron las mujeres con un total de 99 mujeres y 86 varones.

Tabla 1. Datos demográficos de acuerdo al sexo.

Género censo control		
Masculino	16	86
Femenino	41	99

Figura 3. Histograma de acuerdo a Género.

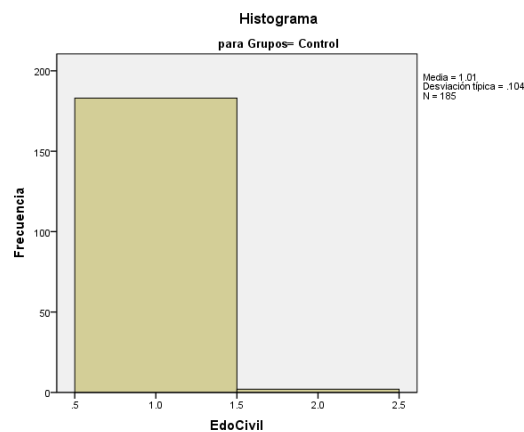
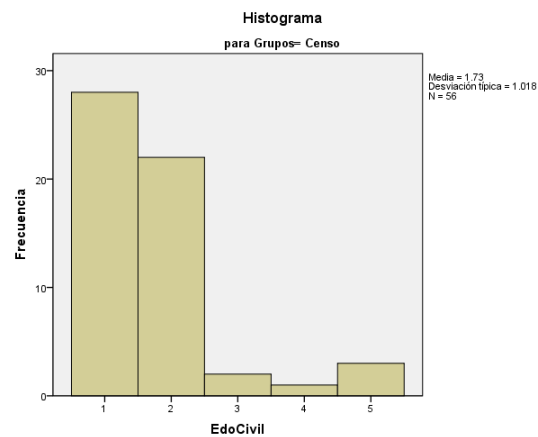


El censo, el estado civil más frecuente se encontró en la categoría de soltero con 28 casos, casado 23 casos, unión libre 3 casos, divorciado 2 casos y viudo 1 caso. En el grupo control, el estado civil más frecuente fue soltero con 183 casos y solo 2 casos casados.

Tabla 2. Datos demográficos de acuerdo al estado civil.

Estado Civil	Censo	Control
1. SOLTERO	28	183
2. CASADO	23	2
3. DIVORCIADO	2	0
4. VIUDO	1	0
5. UNION LIBRE	3	0

Figura 4. Histograma donde se muestran frecuencias absolutas de acuerdo al estado civil.



En el censo, el lugar de residencia de la población se categorizó en aquellos residentes de otros municipios del estado 28 sujetos; representando la mayor parte de la población, otra categoría incluyó viven en Monterrey, Nuevo León (Mty., N.L.) con 26 sujetos y aquellos que radican en otros estados de la República Mexicana con 3 sujetos.

En el grupo control la categoría viven en Monterrey, Nuevo León (Mty., N.L.) con 102 sujetos representando la mayor parte de la población, aquellos residentes de otros municipios del estado 79 sujetos y aquellos que radican en otros estados de la República Mexicana con 4 sujetos .

Tabla 3. Datos demográficos de acuerdo al lugar de residencia.

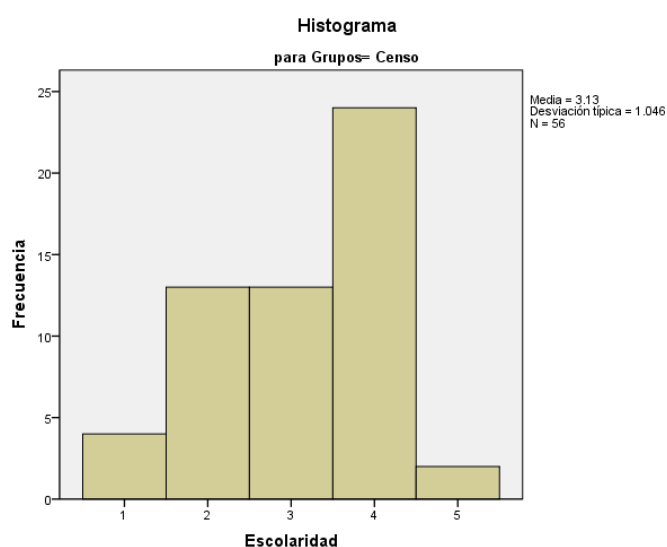
Residencia	Censo Control	
1. MONTERREY, N.L.	26	102
2. OTROS MUNICIPIOS DE N.L.	28	79
3. OTROS ESTADOS	3	4

La escolaridad en el censo correspondió en su mayoría a la categoría de licenciatura con 25 casos, preparatoria con 13 casos, secundaria con 13 casos, primaria 4 sujetos y posgrado 2 sujetos. En el grupo control los 185 correspondían a Licenciatura.

Tabla 4. Datos demográficos de acuerdo a la escolaridad.

Escolaridad	Censo	Control
1. PRIMARIA	4	0
2. SECUNDARIA	13	0
3. PREPARATORIA	13	0
4. LICENCIATURA	25	185
5. POSGRADO	2	0

Figura 5. Histograma de acuerdo a Escolaridad.

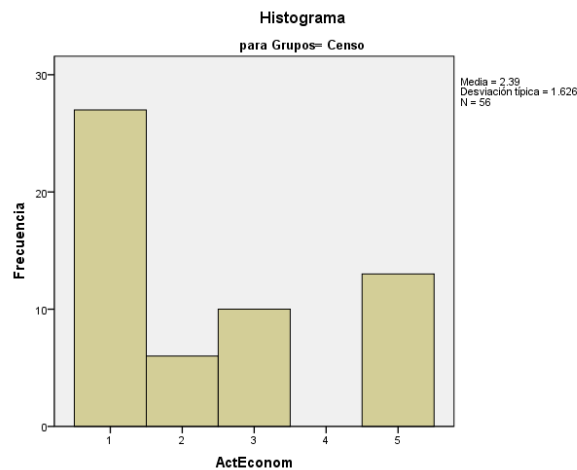


En el censo la actividad económica reportada con mayor prevalencia fue la de laboralmente activos con 28 casos, ama de casa con 10 casos, estudiantes con 13 casos, desempleado 6 casos y jubilados con 2 casos. En el grupo control la actividad económica reportada con mayor prevalencia fue la de estudiante con 179 casos y activos con 4 casos.

Tabla 5. Datos demográficos de acuerdo a la actividad económica.

Variables	Censo	Control
1. ACTIVO	28	4
2. DESEMPLEADO	6	0
3. AMA DE CASA	10	0
4. JUBILANDO	2	0
5. ESTUDIANTE	13	179

Figura 6. Histograma de acuerdo a la actividad económica.



En el censo el nivel económico de acuerdo al salario mínimo mensual percibido en pesos mexicanos se categorizó en 4 rangos y el que más prevaleció fue de \$ 0-1800, con 26 casos, posteriormente la categoría de \$más de 5400 con 16 casos, de \$180-3600 con 8 casos, y de \$3600-5400 con 7 casos. En el grupo control el nivel económico que más prevaleció fue de \$más de 5400 con 130 casos, \$3600-5400 con 24 casos, \$ 0-1800 con 20 casos y de \$180-3600 con 11casos.

Tabla 6. Tabla con las frecuencias absolutas de acuerdo al “salario mínimo”.

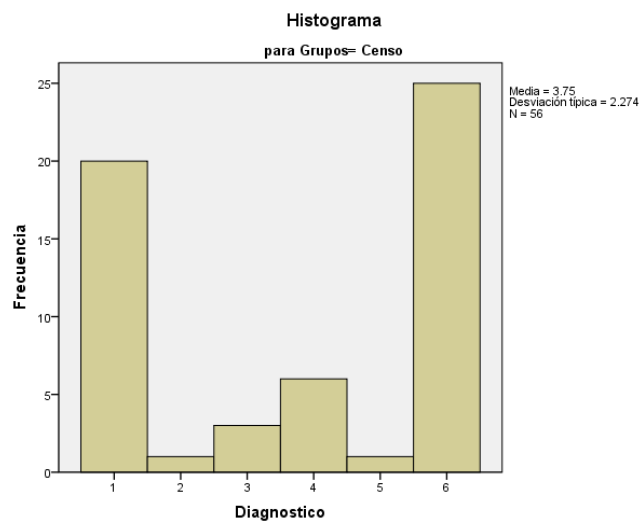
Salario	Censo	Control
\$0-1800	26	20
\$1800-3600	8	11
\$3600-5400	7	24
\$más de 5400	16	130

Los diagnósticos psiquiátricos más prevalentes son trastorno de ansiedad generalizada con 25 casos (44%), trastorno de angustia con 20 casos (35%), trastorno por estrés postraumático 6 casos (11%), trastorno obsesivo compulsivo con 3 casos (5%), fobia social con 2 casos (4%) y trastorno por estrés agudo con 1 caso (2%). Dentro del grupo control no se encontraron diagnósticos psiquiátricos puesto que es una población sana.

Tabla 7. Datos demográficos de acuerdo al Diagnostico.

Diagnostico	Censo	Control
1.TA	20	0
2.FS	2	0
3.TOC	3	0
4.TPET	6	0
5.TPA	1	0
6.TAG	25	0

Figura 7. Histograma de acuerdo a Diagnostico



6.2 Estadística descriptiva de las escalas.

El análisis estadístico y psicométrico de este estudio, se realizó usando solamente aquellas encuestas que contenían el 100% de respuestas contestadas de la versión estándar del cuestionario de salud SF –36 y la escala de discapacidad de Sheehan.

Para el cuestionario de salud SF-36 la distribución de las respuestas de cada pregunta fueron evaluadas visualmente con diagramas de dispersión. Un análisis estadístico descriptivo de las respuestas de cada pregunta fueron calculadas, así como también la media y la varianza de los resultados de las escalas.

El porcentaje de respuestas en los extremos fue examinado para cada escala y se determinaron los porcentajes de “mejor scores” y “peor scores” del rango de la escala. Como los resultados de las escalas del SF-36 son calculadas sumando los resultados de cada pregunta dentro de cada dimensión, se verificaron los principales supuestos que subyacen en el método de Likert, usado para calcular los resultados de las escalas del SF-36.

El índice discapacidad representa el valor promedio de 3 ítems que son la vida familiar, la vida social y el trabajo, estos ítems también se evaluaron de manera individual y se correlacionaron por separado para ver la asociación a detalle de cada uno de ellos. De esta manera se realizó en la estadística correlacional del grupo control, grupo censo y análisis comparativo de los mismos.

A. Grupo Control. Correlación de variables correspondientes a los instrumentos SF-36 e IDS.

Mediante el coeficiente de correlación de Spearman ρ (rho) y de acuerdo a las 185 observaciones ($N = 185$), los índices que tuvieron mayor significancia estadística y que más prevalecieron en esta correlación de variables, en orden de relevancia fueron: el índice de discapacidad, de función social y salud mental.

El índice de discapacidad, obtuvo una correlación lineal positiva casi perfecta ($r=.902$) con el índice de trabajo, una correlación lineal positiva muy alta con el índice de vida social ($r=.898$) y vida familiar ($r=.862$), mientras que con el índice de función social ($r=-.478$) tuvo una correlación lineal negativa moderada.

El índice de vida social tuvo una correlación positiva muy alta con el índice de trabajo ($r=.802$) y con el índice de vida familiar ($r=.705$).

El índice de vida familiar tuvo una correlación positiva muy alta ($r=.760$) con el índice de trabajo y con el índice de vida social ($r=.751$), también se observó una correlación lineal negativa moderada con el índice de función social ($r=-.441$).

El índice de salud mental mostró una correlación positiva muy alta ($r=.728$) con el índice de vitalidad y salud general ($r=.712$).

El índice de estrés percibido no mostró una correlación estadísticamente significativa, sin embargo se observó una asociación discreta, con el índice de discapacidad ($r=.535$) y vida familiar ($r=.523$) con una correlación lineal negativa alta respectivamente.

El índice de desempeño físico y desempeño emocional no tuvieron correlaciones significativamente estadísticas con ninguna variable. El análisis realizado se puede observar a detalle en la siguiente tabla.

Tabla 8. Correlación de variables del Grupo Control mediante el índice de correlación de Spearman (Rho).

GRUPO CONTROL - Correlación de variables mediante el coeficiente de correlación de Spearman (Rho)

Índices	E1. Función Física	E4. Vitalidad	E5. Salud Mental	E6. Función Social	E7. Dolor Físico	E8. Salud General	E9. Cambio Salud	F1. Trabajo	F2. Vida Social	F3. Vida Familiar	F4. Estrés Percibido	F5. Apoyo Social	F6. Discapacidad
E1. Función Física	1	.370(**)	.283(**)	.192(**)	.234(**)	.341(**)	0.052	-.181(*)	-.159(*)	-.198(**)	-0.115	-0.016	-.195(**)
E4. Vitalidad	.370(**)	1	.728(**)	.541(**)	.559(**)	.678(**)	.271(**)	-.286(**)	-.295(**)	-.302(**)	-.296(**)	0.088	-.344(**)
E5. Salud Mental	.283(**)	.728(**)	1	.646(**)	.478(**)	.712(**)	.209(**)	-.382(**)	-.328(**)	-.363(**)	-.370(**)	0.119	-.405(**)
E6. Función Social	.192(**)	.541(**)	.646(**)	1	.494(**)	.457(**)	.199(**)	-.423(**)	-.394(**)	-.441(**)	-.327(**)	0.093	-.478(**)
E7. Dolor Físico	.234(**)	.559(**)	.478(**)	.494(**)	1	.461(**)	.223(**)	-.220(**)	-.233(**)	-.256(**)	-.240(**)	0.118	-.305(**)
E8. Salud General	.341(**)	.678(**)	.712(**)	.457(**)	.461(**)	1	.262(**)	-.271(**)	-.263(**)	-.243(**)	-.269(**)	.182(*)	-.285(**)
E9. Cambio Salud	0.052	.271(**)	.209(**)	.199(**)	.223(**)	.262(**)	1	-0.014	-0.101	-0.089	-0.067	0.062	-0.079
F1. Trabajo	-.181(*)	-.286(**)	-.382(**)	-.423(**)	-.220(**)	-.271(**)	-0.014	1	.802(**)	.760(**)	.456(**)	0.038	.902(**)
F2. Vida Social	-.159(*)	-.295(**)	-.328(**)	-.394(**)	-.233(**)	-.263(**)	-0.101	.802(**)	1	.751(**)	.495(**)	-0.009	.898(**)
F3. Vida Familiar	-.198(**)	-.302(**)	-.363(**)	-.441(**)	-.256(**)	-.243(**)	-0.089	.760(**)	.751(**)	1	.523(**)	-0.026	.862(**)
F4. Estrés Percibido	-0.115	-.296(**)	-.370(**)	-.327(**)	-.240(**)	-.269(**)	-0.067	.456(**)	.495(**)	.523(**)	1	0.067	.535(**)
F5. Apoyo Social	-0.016	0.088	0.119	0.093	0.118	.182(*)	0.062	0.038	-0.009	-0.026	0.067	1	0.023
F6. Discapacidad	-.195(**)	-.344(**)	-.405(**)	-.478(**)	-.305(**)	-.285(**)	-0.079	.902(**)	.898(**)	.862(**)	.535(**)	0.023	1

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

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

B. Grupo Censo. Correlación de variables correspondientes a los instrumentos SF-36 e IDS.

Mediante el coeficiente de correlación Tau de Kendall (τ) y de acuerdo a las 57 observaciones ($N = 57$) se realizó la correlación de variables no paramétricas en el grupo censo obteniendo los siguientes hallazgos e interés:

El índice de discapacidad fue el ítem que se encontró con mayor valor estadísticamente significativo y mayor prevalencia, se obtuvo una

correlación lineal positiva casi perfecta, con el índice de vida familiar ($r=.912$) y de vida social ($r=.901$), una correlación lineal positiva muy alta con el índice de trabajo ($r=.894$) y de estrés percibido ($r=.832$), así como una correlación lineal negativa muy alta con el índice de función social ($r=-.724$) y salud mental ($r=-.702$).

Siguiendo en orden de relevancia las correlaciones estadísticamente significativas fueron: el índice de vida familiar, vida social, estrés percibido, salud mental, trabajo, función social y vitalidad, con correlaciones lineales positivas altas.

Fue de interés observar la asociación del índice de vida familiar con una correlación lineal positiva muy alta con el índice de estrés percibido ($r=.770$), vida social ($r=.739$) y trabajo ($r=.713$). Mientras que con el índice de función social ($r=-.707$) y salud mental ($r=-.703$) se obtuvo también una correlación lineal negativa muy alta.

El índice de vida social tuvo una correlación positiva muy alta con el índice de estrés percibido ($r=.753$) y trabajo ($r=.713$), así como una correlación negativa muy alta con el índice de función social ($r=-.701$).

El índice de estrés percibido tuvo una correlación lineal positiva muy alta con el índice de trabajo ($r=.728$) y una correlación lineal negativa alta ($r=-.614$) con el índice de salud mental.

El índice de función social se asoció con una correlación lineal positiva muy alta con el índice de salud mental ($r=.756$).

El índice de salud mental tuvo una correlación lineal positiva muy alta ($r=.739$) con el índice de vitalidad y una correlación lineal negativa alta ($r=-.645$) con el índice de función social.

El índice de vitalidad tuvo una correlación lineal positiva alta ($r=.635$) con el índice de función social.

El índice de desempeño físico y desempeño emocional no tuvieron correlaciones significativamente estadísticas con ninguna variable.

La correlación de variables en el grupo censo se observan a detalle en la siguiente tabla.

Tabla 9. Correlación de variables del Grupo Censo mediante el coeficiente de correlación Tau de Kendall (τ).

GRUPO CENSO - Correlación de variables mediante el coeficiente de correlación Tau (τ) de Kendall

Índices	E1. Funcion Física	E4. Vitalidad	E5. Salud Mental	E6. Funcion Social	E7. Dolor Fisico	E8. Salud General	E9. Cam bio Salud	F1. Trabajo	F2. Vida Social	F3. Vida Familiar	F4. Estres Percibido	F5. Apoyo Social	F6. Discapacidad
E1. Funcion Fisica	1	.335(*)	.279(*)	.406(**)	.404(**)	.454(**)	.325(*)	-0.175	-.342(**)	-.529(**)	-.321(*)	0.188	-.392(**)
E4. Vitalidad	.335(*)	1	.739(**)	.635(**)	0.087	.394(**)	.481(**)	-.336(*)	-.360(**)	-.572(**)	-.482(**)	0.106	-.474(**)
E5. Salud Mental	.279(*)	.739(**)	1	.756(**)	.339(**)	.583(**)	.576(**)	-.548(**)	-.645(**)	-.703(**)	-.614(**)	0.234	-.702(**)
E6. Funcion Social	.406(**)	.635(**)	.756(**)	1	.446(**)	.575(**)	.569(**)	-.550(**)	-.701(**)	-.707(**)	-.583(**)	0.184	-.724(**)
E7. Dolor Fisico	.404(**)	0.087	.339(**)	.446(**)	1	.428(**)	.395(**)	-.480(**)	-.449(**)	-.439(**)	-.407(**)	.366(**)	-.505(**)
E8. Salud General	.454(**)	.394(**)	.583(**)	.575(**)	.428(**)	1	.533(**)	-.483(**)	-.493(**)	-.551(**)	-.423(**)	0.238	-.566(**)
E9. Cam bio Salud	.325(*)	.481(**)	.576(**)	.569(**)	.395(**)	.533(**)	1	-.453(**)	-.420(**)	-.548(**)	-.488(**)	.383(**)	-.528(**)
F1. Trabajo	-0.175	-.336(*)	-.548(**)	-.550(**)	-.480(**)	-.483(**)	-.453(**)	1	.713(**)	.713(**)	.728(**)	-.263(*)	.894(**)
F2. Vida Social	-.342(**)	-.360(**)	-.645(**)	-.701(**)	-.449(**)	-.493(**)	-.420(**)	.713(**)	1	.739(**)	.753(**)	-0.252	.901(**)
F3. Vida Familiar	-.529(**)	-.572(**)	-.703(**)	-.707(**)	-.439(**)	-.551(**)	-.548(**)	.713(**)	.739(**)	1	.770(**)	-.319(*)	.912(**)
F4. Estres Percibido	-.321(*)	-.482(**)	-.614(**)	-.583(**)	-.407(**)	-.423(**)	-.488(**)	.728(**)	.753(**)	.770(**)	1	-.307(*)	.832(**)
F5. Apoyo Social	0.188	0.106	0.234	0.184	.366(**)	0.238	.383(**)	-.263(*)	-0.252	-.319(*)	-.307(*)	1	-.309(*)
F6. Discapacidad	-.392(**)	-.474(**)	-.702(**)	-.724(**)	-.505(**)	-.566(**)	-.528(**)	.894(**)	.901(**)	.912(**)	.832(**)	-.309(*)	1

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

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

C. Análisis comparativo entre Grupo Control y Grupo Censo mediante la correlación de variables correspondientes a los instrumentos SF-36 e IDS.

Mediante el coeficiente de correlación de Spearman ρ (rho) se analizaron las mismas variables de los instrumentos de trabajo pero en ambos grupos, obteniendo los siguientes resultados:

Nuevamente el índice de discapacidad se reportó estadísticamente significativo con las correlaciones más elevadas y en mayor prevalencia, seguido del índice de vida familiar, vida social, estrés percibido, salud mental, salud general, función social y vitalidad, el resto de las variables reportaron datos moderadamente significativos (es decir $r < .6$

Comenzando con el índice de discapacidad mostró nuevamente correlaciones significativamente altas con las variables descritas anteriormente, pero en mayor valencia estadística, tuvo una correlación lineal positiva casi perfecta con el índice de vida social ($r=.947$), trabajo ($r=.945$) y vida familiar ($r=.926$), una correlación positiva muy alta con el índice estrés percibido ($r=.701$) y una correlación lineal negativa alta ($r=-.655$) con función social.

El índice de vida familiar mostró una correlación lineal positiva muy alta con el índice de vida social ($r=.873$), trabajo ($r=.856$) y estrés percibido ($r=.702$), mientras que con el índice de función social ($r=-.639$) mostró una correlación lineal negativa alta.

El índice de vida social tuvo una correlación lineal positiva muy alta con el índice de trabajo ($r=.879$) y una correlación lineal negativa alta ($r=-.614$) con el índice de función social.

El índice de estrés percibido mostró una correlación positiva alta ($r=.690$) con el índice de vida social.

El índice de salud mental obtuvo una correlación lineal positiva muy alta con el índice de vitalidad ($r=.764$), salud general ($r=.746$) y función social ($r=.741$).

El índice de vitalidad mostró una correlación lineal positiva alta ($r=.689$) con el índice de salud general.

El índice de dolor físico no mostró correlaciones estadísticamente significativas, se obtuvo una correlación lineal positiva alta con el índice de salud mental ($r=.545$) y salud general, no reportando otras asociaciones de interés ($r=.534$).

Los índices de función física, cambio de salud y apoyo social mostraron correlaciones lineales positivas moderadas y bajas ($r<.5$), no siendo estadísticamente significativo.

El índice de desempeño físico y emocional reportaron correlaciones triviales, siendo las más bajas en este análisis.

La correlación de variables en el grupo censo se observan a detalle en la siguiente tabla.

Tabla 10. Correlación de variables Grupo Censo y Grupo Control mediante el coeficiente de correlación de Spearman (Rho).

GRUPO CONTROL Y GRUPO CENSO - ANALISIS COMPARATIVO													
Correlaciones de variables mediante el coeficiente de correlación (RhoS) de Spearman													
Índices	E1.Funcion Fisica	E4.Vitalidad	E5.Salud Mental	E6.Funcion Social	E7.Dolor Fisico	E8.Salud General	E9.Cambio Salud	F1.Trabajo	F2.Vida Social	F3.Vida Familiar	F4.Estres Percibido	F5.Apoyo Social	F6.Dis capacidad
E1.Funcion Fisica	1	.451(**)	.411(**)	.377(**)	.345(**)	.443(**)	0.105	-.388(**)	.401(**)	-.425(**)	-.315(**)	0.049	-.419(**)
E4.Vitalidad	.451(**)	1	.764(**)	.641(**)	.527(**)	.689(**)	.295(**)	-.452(**)	.466(**)	.490(**)	-.464(**)	0.087	-.495(**)
E5.Salud Mental	.411(**)	.764(**)	1	.741(**)	.545(**)	.746(**)	.276(**)	-.564(**)	.559(**)	.573(**)	-.541(**)	.131(*)	-.589(**)
E6.Funcion Social	.377(**)	.641(**)	.741(**)	1	.600(**)	.580(**)	.268(**)	-.624(**)	.614(**)	.639(**)	-.526(**)	0.101	-.655(**)
E7.Dolor Fisico	.345(**)	.527(**)	.545(**)	.600(**)	1	.534(**)	.250(**)	-.471(**)	.440(**)	.447(**)	-.400(**)	.133(*)	-.490(**)
E8.Salud General	.443(**)	.689(**)	.746(**)	.580(**)	.534(**)	1	.292(**)	-.508(**)	.499(**)	.480(**)	-.443(**)	.156(*)	-.515(**)
E9.Cambio Salud	0.105	.295(**)	.276(**)	.268(**)	.250(**)	.292(**)	1	-.0116	-.150(*)	-.165(*)	-.166(**)	.127(*)	-.140(*)
F1.Trabajo	-.388(**)	-.452(**)	-.564(**)	-.624(**)	-.471(**)	-.508(**)	-.0116	1	.879(**)	.856(**)	.642(**)	-0.004	.945(**)
F2.Vida Social	-.401(**)	-.466(**)	-.559(**)	-.614(**)	-.440(**)	-.499(**)	-.150(*)	.879(**)	1	.873(**)	.690(**)	-0.047	.947(**)
F3.Vida Familiar	-.425(**)	-.490(**)	-.573(**)	-.639(**)	-.447(**)	-.480(**)	-.165(*)	.856(**)	.873(**)	1	.702(**)	-0.066	.926(**)
F4.Estres Percibido	-.315(**)	-.464(**)	-.541(**)	-.526(**)	-.400(**)	-.443(**)	-.166(**)	.642(**)	.690(**)	.702(**)	1	0	.701(**)
F5.Apoyo Social	0.049	0.087	.131(*)	0.101	.133(*)	.156(*)	.127(*)	-0.004	-0.047	-0.066	0	1	-0.018
F6.Dis capacidad	-.419(**)	-.495(**)	-.589(**)	-.655(**)	-.490(**)	-.515(**)	-.140(*)	.945(**)	.947(**)	.926(**)	.701(**)	-0.018	1

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

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

7. DISCUSIÓN

De manera general, en el *análisis comparativo*, entre el Gcen y Gcon, se observaron las siguientes tendencias: para el índice de discapacidad una correlación lineal positiva muy alta, siendo estadísticamente y fue el ítem que más prevaleció en la correlación de variables, de manera más prevalente con vida social, vida familiar y trabajo, seguido de estrés percibido, salud mental y función social. Estos últimos ítems nos hablan del aspecto emocional del individuo y de la gran importancia que tiene en la calidad de vida, demostrado en estudios previos.

Existe una marcada plasticidad en el cerebro y en el desarrollo de la neurogénesis en diversas regiones cerebrales tales como la corteza, hipocampo, cerebelo, y bulbo olfatorio. En un estudio realizado a animales expuestos a experiencias estresantes se observó que existía disminución en el número de células nuevas en el giro dentado en los subordinados comparados con los que no estuvieron expuestos al estrés. Sin embargo nosotros aún no sabemos la naturaleza de los cambios en la neuroplasticidad en el humano con datos tempranos de ansiedad social. En otro estudio se observó que las neuronas granulosas están potencialmente involucradas en tareas de aprendizaje dependientes del hipocampo y una disminución en el número de neuronas es probable que altere la formación hipocampal en el adulto.

Las experiencias estresantes, que incrementan los niveles circulantes de glucocorticoides y estimula la liberación hipocampal de glutamato puede inhibir la neurogénesis de las células granulosas. En los adultos con

ansiedad social existe una hipótesis que dice que la transmisión glutamatérgica excesiva en las regiones hipocampales y corticales puede ser un componente clave de la disfunción en los circuitos. Se busca que un tratamiento exitoso prevenga la inhibición de la neurogénesis y modifique la neurotransmisión glutamatérgica.

Hay evidencia que los factores estresantes afectan las regiones hipocampales y también las corticales. Los cambios neuroplásticos también dependen de los niveles de las neurotrofinas. Mientras en la función social se ha demostrado que los individuos con mayor sentido de pertenencia grupal, seguridad al verbalizar sus afectos y emociones y tolerar la crítica entorno a él, fortalece las funciones yoicas del individuo, su autoconcepto y relación con el mundo externo (Poves, Romero, Vucínovich, 2010)., motivo por el cual el realizar intervenciones psicoterapéuticas a nivel grupal interviene de manera positiva en los síntomas de ansiedad del individuo, por lo que se justifica el tratamiento brindado en este estudio a aquellos con síntomas de ansiedad.

En formato grupal supone, no solo que los pacientes reciban un tratamiento efectivo, sino también eficiente, aspecto éste nada despreciable si pretendemos maximizar los recursos terapéuticos disponibles en la asistencia sanitaria pública. Dicho tratamiento tiene como característica principal su carácter multicomponente, fundamental en el abordaje de los trastornos de ansiedad, para tratar las dificultades cognitivas, fisiológicas y emocionales que conllevan.

Por otro lado, el tratamiento grupal cuenta con numerosas investigaciones que avalan su eficacia, puesto que es una herramienta terapéutica muy poderosa y rentable que fomenta las interacciones (Vinogradov, Yalom 1996).

Sin embargo, Mason, en 1968, expresó que el estímulo generador de la respuesta de ansiedad sólo se convierte en tal después que se ha realizado una evaluación cognitiva-simbólica que efectivamente lo califique como amenaza. Esta acción se ejecutaría, como primera fase, en el nivel córticolímbico y, en una segunda etapa, etapa neuroquímica mediada por neurotransmisores, se activarían e intercomunicarían diferentes núcleos cerebrales (LC, amígdala, tálamo, hipotálamo, etc.) que, entre otras cosas, como consecuencia producen información a los distintos ejes neuroendocrinos, principalmente, en el caso de la ansiedad, al eje HHA. Cualquier cambio en cualquier nivel de cada uno de los circuitos involucrados, va a producir repercusiones en todos los demás.

Hacia la evolución consciente de cambios realizados por vía de transformación en la forma de etiquetar el estímulo ansiógeno, es decir reaprender o redefinir estímulos catalogados como ansiógenos, transformándolos por aprendizaje, en estímulos neutros o incluso benéficos, mecanismos que puedan afectar las respuestas desde los núcleos cerebrales o acciones que impidan la aparición o retroalimentación en los ejes neuroendocrinos, producirían efectos en todo el sistema, generándose así posibles e interesantes vías para contrarrestar los síntomas de los T.A. Los métodos utilizados para tratar los T.A pueden variar en sus características: los hay como la psicoterapia, la relajación, los

psicofármacos, los métodos no tradicionales, etc. Sin embargo, su acción última debe realizarse en uno o varios de los niveles del aquí denominado sistema de la ansiedad.

Los valores que se reportaron con correlaciones altas o moderadamente significativas fueron para los índices de cambios en la salud, dolor físico y función física, de acuerdo a la metodología de este estudio, al tratarse de un corte transversal, no se observaron cambios en la salud en la línea del tiempo.

En lo referente al dolor físico y función física la mayoría de la población puntuó promedios aceptables en estos ítems, con adecuada funcionalidad, no siendo relevante estos índices en su calidad de vida por su buen funcionamiento.

Cabe mencionar que los trastornos de ansiedad se vinculan con enfermedades de manejo crónico y pérdida del impulso vital, con sintomatología leve a moderada, como cefalea tensional, hipertensión, psicodermatosis, fibromialgia, etc. que tienen relativamente un buen manejo ambulatorio (Jiménez-Franco 2012).

El apoyo social de manera general no mostró correlaciones estadísticamente significativas en ningún análisis, al igual que desempeño físico y emocional.

Grupo censo.

En el análisis de variables correspondiente al Grupo Censo, las correlaciones más relevantes que influyeron en la calidad de vida de las personas con síntomas de ansiedad, en orden de importancia fueron: el índice discapacidad, la vida social, la vida familiar, el estrés percibido, el trabajo y la salud mental, ya que se trata de una población laboralmente activa, que funge un papel de proveedores y personas que solventan sus necesidades biopsicosociales, por ejemplo acudir a recibir atención en materia de salud, satisfacer sus carencias alimenticias, de vivienda y sanitarias, cabe mencionar que este grupo pertenece a un estatus socioeconómico bajo y sus prioridades se tornan a cuestiones básicas, materiales y superficiales más allá de aspectos emocionales, afectivos y en materia de salud mental.

Por lo tanto esto puede explicar el índice de salud mental precede al trabajo, aspecto relevante en el índice de discapacidad.

El apoyo social no mostró correlación significativa en este grupo ($r > .2$), ya que la evaluación reportó promedios altos aceptables (GCen=65.43) que indican un apoyo percibido satisfactorio (Velázquez y cols 2002).

Tabla 11. Promedios obtenidos de los índices de la escala de Sheehan,

	Trabajo	V. Social	V. Familiar	Discapacidad	Estrés	A. Social
Grupo 1 (Censo)	4.632	4.439	4.404	4.632	4.789	65.439
Grupo 2 (Control)	0.573	0.649	0.622	1.214	1.541	60.108

Figura 8. Histograma de los índices de la EDS.

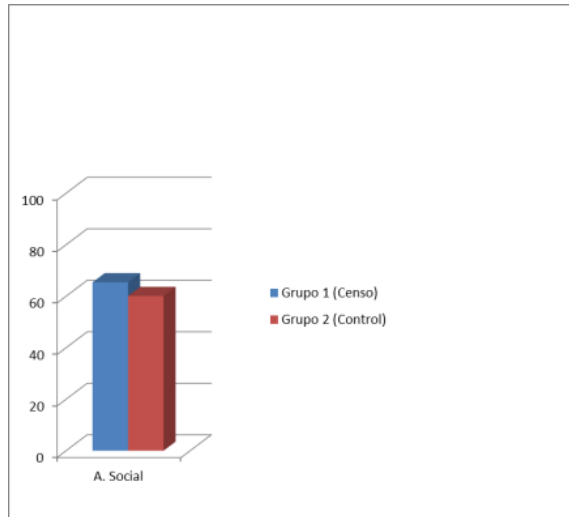
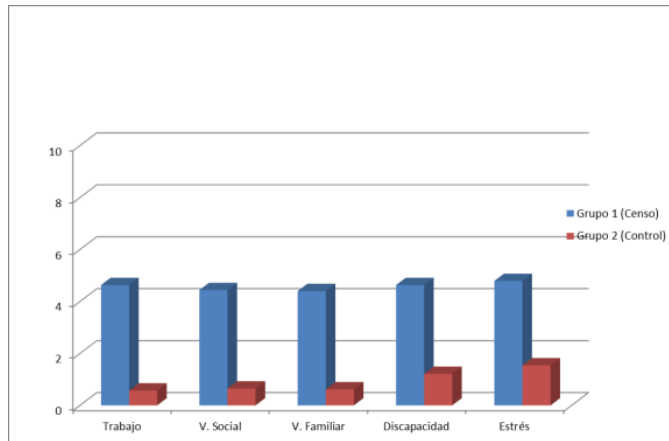
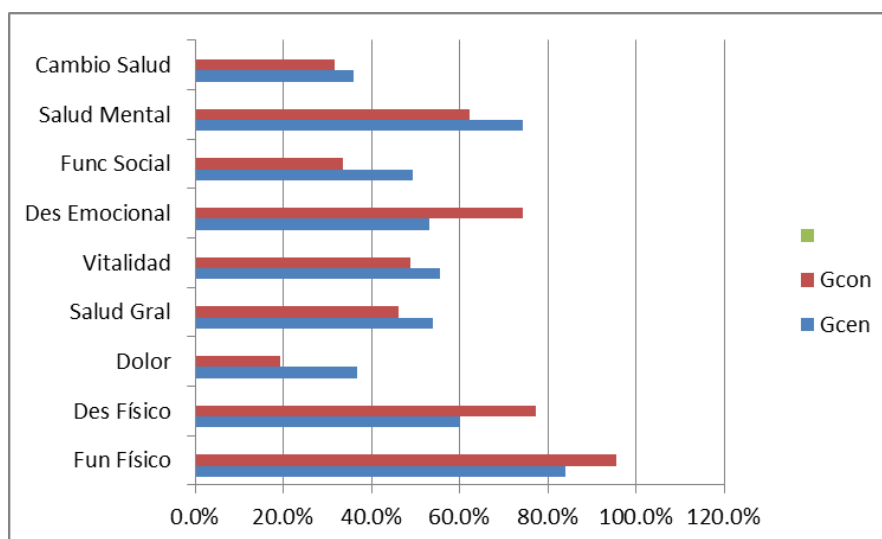


Tabla 12. Promedios de los índices escala SF-36.

	Fun Físico	Des Físico	Dolor	Salud Gral	Vitalidad	Des Emocional	Func Social	Salud Mental	Cambio Salud
Gcen	84.00%	60.00%	36.60%	53.90%	55.70%	53.20%	49.50%	74.40%	36.00%
Gcon	95.50%	77.40%	19.20%	46.20%	48.90%	74.40%	33.50%	62.30%	31.80%
	p<0.000001	p<0.000001	p<0.000001	p=0.025615	p=0.0533065	p<0.000001	p=0.000002	p=0.0104845	p=0.244546

Figura 9. Histograma de los índices de la Escala SF-36.



En este grupo a diferencia del Gcon, se mostró el impacto del estrés percibido con vida familiar ($r=.770$), vida social ($r=.753$), trabajo ($r=.728$) y con el índice de salud mental ($r=-.614$) lo que se pudiera explicar ya que el estrés laboral es uno de los problemas de salud más grave que en la actualidad afecta a la sociedad en general, debido a que no sólo perjudica a los trabajadores al provocarles incapacidad física o mental en el desarrollo de sus actividades laborales, sino también a los empleadores y a los gobiernos, ya que muchos investigadores al estudiar esta problemática han podido comprobar los efectos en la economía que causa el estrés. Los efectos del estrés varían según los individuos.

La sintomatología e incluso las consecuencias del estrés son diferentes en distintas personas. (Peiró, 1993). No todos los trabajadores reaccionan de la misma forma, por lo que se puede decir que si la exigencia presentada en el trabajo es adecuada a la capacidad, conocimiento y estado de salud de un determinado empleado, el estrés tenderá a disminuir y podrá

tener signos estimulantes, que le permitirán hacer progresos en el ámbito laboral y tener mayor proyección en el mismo.

El considerar el "conflicto entre el trabajo y la familia" y el "conflicto entre la familia y el trabajo" como dos dimensiones independientes que pueden afectar de forma diferencial a los individuos en su bienestar, salud y calidad de vida, además en estas vicisitudes tiene un papel preponderante los síntomas de ansiedad. (Frone et al., 1996; Hughes & Galinsky, 1994).

La vitalidad se asoció también de manera importante con la salud mental, con un valor estadísticamente significativo para ambos grupos (Gcon=.728 Gcen=.739) lo que explica la influencia del aspecto emocional en relación al cansancio, agotamiento y falta de energía más allá de factores físicos, como se ha demostrado en estudios previos (Brock D, 1998).

Grupo control.

En el Gcon se observó un comportamiento similar de las mismas variables a excepción del índice de salud mental y salud general que se posiciona entre los ítems más prevalentes y estadísticamente significativos, tomando mayor relevancia.

Donde estas variables se relacionan con trastornos afectivos, como depresión, ansiedad y síntomas neurovegetativos como la energía vital y fatiga, cabe mencionar que la percepción de la salud general y mental de los estudiantes de medicina va relacionada con la experiencia subjetiva con la que perciben su funcionalidad, a pesar de la gran diversidad de factores que influyen en su calidad de vida, podemos contribuir con este estudio que

existen variables que brindan un papel protector al individuo para su adaptación a situaciones de estrés y vulnerabilidad, en los estudiantes de medicina podemos mencionar el contar con un grado académico alto y someterse a constantes evaluaciones educativas, favoreciendo su adaptación a situaciones de estrés y ansiedad, adoptando distintas estrategias de afrontamiento a las que poseían hasta ese momento lo que permite culminar de manera exitosa las nuevas demandas de su entorno.

Siguiendo con las afirmaciones de Carrasco Galán y Espinar Fellman (2008), otras de las variables asociadas a la ansiedad, teniendo en cuenta el género sería los roles adjudicado a cada sexo. Sosteniendo que a las "mujeres se les refuerzan las conductas prosociales y empáticas, mientras que a los hombres se les fomentan los comportamientos de autonomía e independencia, la asertividad y la iniciativa a la hora de desempeñar distintas actividades", por ende, al ser "la expresión de la ansiedad más acorde con un rol de género femenino", "esta emoción y los comportamientos asociados a ella son mejor tolerados, aceptados y reforzados en las niñas, mientras que de los niños se espera que se manifiesten comportamientos de confianza y seguridad y aprendan modos de enfrentarse y reducir sus miedos".

Aseverando, Carrasco Galán y Espinar Fellman, que "La mayor propensión de las mujeres a la afectividad negativa empieza a aparecer alrededor de los dos años. Además, a lo largo de la infancia, las niñas empiezan a manifestar más síntomas de ansiedad e inhibición conductual".

Las afirmaciones anteriores, si bien son importantes de considerar, como variables moduladoras, creemos en coincidencia con otros estudiosos, (Enoch, (2003), que dicha situación, es decir la correlación existente entre ansiedad y género, con predominio de esta patología en el sexo femenino, en estudios previos la genética conllevaría a una mayor predisposición a los trastornos de ansiedad, hecho comprobado mediante estudios en relación con una variante de codificación en los genes, que codifica la catecol-ometiltransferasa (COMT Val158Met), enzima que inactiva a la dopamina, ya que desintegra y debilita la señal emitida por este neurotransmisor clave del cerebro.

El gen COMT se presenta en dos variantes, Met158 y Val158, las personas más propensas a presentar ansiedad son aquellas las que han heredado de ambos progenitores dos copias de la variante del primero de esos genes, es decir el Met158. En relación con lo descrito anteriormente (Mary-Anne Enoch y Colab. 2003), demostraron que las mujeres, en forma habitual, poseen una menor cantidad de esta enzima por lo cual tienden a preocuparse más y sufren mayores niveles de ansiedad que los hombres, situación está que se podría fomentar frente a las evaluaciones académicas.

Esta nueva situación de adaptación a un contexto diferente, en muchos casos, lleva a los alumnos a tener que contar o adoptar estrategias de afrontamiento muy distintas a las que poseían hasta ese momento; lo que le permitiría culminar en forma exitosa las nuevas demandas educativas.

Sin embargo, una gran parte de nuevos estudiantes universitarios carecen de esas estrategias o presentan conductas académicas que son

inadecuadas para las exigencias de los primeros años en las casas de altos estudios. (Fisher, 1984, 1984) considera que la entrada en la Universidad, con los cambios que esto supone, representa un conjunto de situaciones altamente ansiosas- estresantes debido a que el individuo puede experimentar, aunque sólo sea transitoriamente, una falta de control sobre el nuevo ambiente, potencialmente generador de ansiedad y estrés, potencial generador, con otros factores, del fracaso académico universitario.

Estos resultados se tornan preocupantes, ya que alumnos con niveles medios de ansiedad frente a los exámenes podrían presentar fallas en la atención selectiva, dificultad para permanecer atento y por lo tanto, requerir de ayuda para la resolución de problemas.

Recalcando, por lo anteriormente mencionado, la necesidad de plantear estrategias a través de las cuales especialistas de la salud y educación, mediante un trabajo interdisciplinario, puedan identificar a los estudiantes en riesgo, a los efectos de diseñar programas de intervención pertinentes, pudiendo, de esta manera, prevenir los efectos adversos que pueden tener la ansiedad sobre el aprendizaje en general y las situaciones evaluativas en particular. Además, sería significativo, en posteriores estudios, observar como impactan las variables socio personales (por ejemplo nivel de estudio de los padres) en la ansiedad y calidad de vida de los alumnos.

Por ultimo en este grupo el índice de estrés percibido y la función social tuvieron una asociación estadísticamente significativa menor, comparada con el Gcen, donde el estrés percibido tomó un papel de mayor impacto.

Análisis comparativo.

En el análisis comparativo de ambos grupos en orden de importancia las asociaciones más significativas fueron las siguientes: discapacidad, vida familiar, trabajo, vida social, salud mental, estrés percibido, vitalidad, función social y salud general.

El índice de discapacidad se asocia en este análisis con la vida social ($r=.947$), el trabajo ($r=.945$), la vida familiar ($r=.926$), el estrés percibido ($r=.701$) y la función social ($r=-.65$). En el Gcon influyen las mismas variables pero se agrega el índice de salud mental. Mientras que para el Gcen solamente influye la vida familiar, vida social y trabajo.

Siguiendo en orden de relevancia la salud mental en ambos grupos se asocia con el índice de vitalidad, función social y salud general. En el Gcon se correlaciona con vitalidad y salud general solamente. Mientras que el Gcen se asocia con vitalidad, función social y el índice de discapacidad.

El estrés percibido en ambos grupos se asocia con la vida familiar y discapacidad. En el Gcon se mostró relación con el índice de trabajo, función social, vida familiar y discapacidad. Mientras que para el Gcen no mostró correlación estadísticamente significativa.

El índice de vitalidad tanto en el análisis de ambos grupos y por grupo mostró un comportamiento similar con la asociación de los índices de salud mental y función social. El índice de salud general en el análisis de ambos grupos se asoció con el índice de salud mental y vitalidad, al igual que para el Gcon, mientras que para el Gcen no mostró correlaciones estadísticamente significativas.

8. CONCLUSIÓN

En este estudio podemos determinar que las variables implicadas en la calidad de vida en los trastornos de ansiedad son semejantes que las que intervienen en el Grupo Control, sin embargo la distribución de las mismas es diferente.

En los pacientes con trastornos de ansiedad se observó la condensación de estos factores a nivel de los índices de discapacidad y estrés percibido, seguidos del índice de vida social y vida familiar. A diferencia del Grupo Control (constituido por los estudiantes de medicina), predominaron de igual manera el índice de discapacidad, vida social, vida familiar, trabajo y salud mental, predominando la mayor parte de las correlaciones en el índice de discapacidad y con una distribución equitativa y semejante en los demás ítems. Es decir las variables que intervienen son las mismas pero con diferente distribución en ambos grupos.

En los dos, existen síntomas de ansiedad pero en un grupo se torna con disfuncionalidad (Grupo Censo) y en el otro no (Grupo Control) y el resultado de una mejor o peor calidad de vida lo determinan otros factores asociados como las variables sociodemográficas; cabe mencionar las diferencias en relación al género, nivel académico y estatus socioeconómico, factores psicológicos como la capacidad de resiliencia y afrontamiento, y la historia biográfica de cada individuo, que culminan en la formación de recursos adaptativos antes situaciones de estrés, que determina a su vez el hecho de que un individuo desarrolle síntomas de ansiedad que afecten su funcionalidad.

Como mencionó Milton (1667) en “El paraíso perdido”, la mente puede hacer de un cielo un infierno y de un infierno un cielo. En efecto, vemos cómo el mayor sufrimiento humano se da en el plano mental.

Es allí donde emociones destructivas y perturbadoras como odio, resentimiento, depresión, tristeza, envidia ,ansiedad, rabia producen un infierno en aquel que se ve poseído por ellas. Si dentro de nuestra labor diaria, como trabajadores de la salud mental, logramos fomentar la factores de adaptabilidad y favorecer la resiliencia en nuestros pacientes, sin lugar a dudas estaremos contribuyendo a vivir en un universo en el cual la serenidad, la alegría y en general la paz acerquen al paciente, a la persona que vive con nosotros la relación terapéutica, a un posible cielo más que a un infierno.

9. ANEXOS.

9.1 Instrumentos de trabajo.

9.1.1 Cuestionario de Salud SF-36

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

VERSIÓN ESPAÑOLA 1.4 (junio de 1999)

INSTRUCCIONES:

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales

Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

Copyright © 1995 Medical Outcomes Trust

All rights reserved. (Versión 1.4, Junio
1.999)

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 ... Muchas veces
- 4 ... Algunas veces
- 5 ... Sólo alguna vez
- 6 ... Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

- 1 ... Siempre
- 2 ... Casi siempre
- 3 ... Muchas veces
- 4 ... Algunas veces
- 5 ... Sólo alguna vez
- 6 ... Nunca

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

9.1.2 Inventario de Discapacidad de Sheehan.

SDI - INVENTARIO DE DISCAPACIDAD DE SHEEHAN

Indicación:

Evaluación de las discapacidades en pacientes de salud mental.

Codificación proceso: 1.1.1.2.2.1. Acciones de autodependencia (CIPE- α).

Administración:

Es una escala que puede ser autoadministrada o heteroadministrada. Los autores recomiendan usar la versión heteroadministrada en el caso de pacientes ingresados, analfabetos y en los que se sospeche que pueden falsear las puntuaciones.

Consta de 3 subescalas que se puntúan de forma independiente (discapacidad -3 ítems-, estrés percibido -1 ítem- y apoyo social percibido -1 ítem-).

Interpretación:

Proporciona 3 puntuaciones, una por cada escala. La puntuación de la escala de discapacidad se obtiene sumando las puntuaciones de todas ellas. Dado que cada ítem se puntúa con una escala tipo Likert de 0 a 10, la puntuación máxima de discapacidad global es de 50 puntos. No existen puntos de corte. A mayor puntuación, mayor discapacidad.

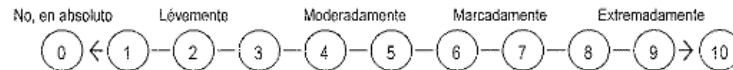
Propiedades psicométricas:

Consistencia interna: $\alpha=0,72$; Fiabilidad test-retest: en las diferentes subescalas $\geq 0,82$.

SDI - INVENTARIO DE DISCAPACIDAD DE SHEEHAN

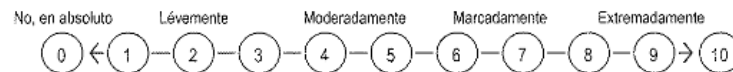
Trabajo

A causa de sus síntomas, su trabajo se ha visto perjudicado:



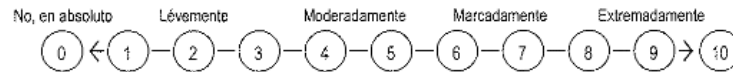
Vida social

A causa de sus síntomas, su vida social y sus actividades de tiempo libre se han visto perjudicadas:



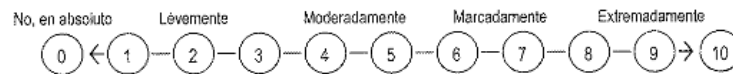
Vida familiar

A causa de sus síntomas, su vida familiar y sus responsabilidades conécticas se han visto perjudicadas:



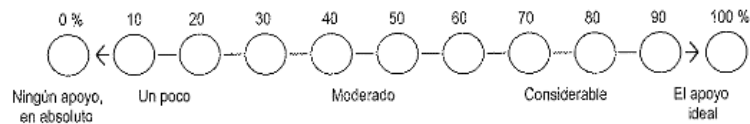
Estrés percibido

Durante la última semana ¿Cuánto le han dificultado la vida los eventos estresantes y los problemas personales como los problemas en el trabajo, en casa, de salud o económicos?



Apoyo social percibido

Durante la última semana ¿qué porcentaje de apoyo ha recibido de amigos, familiares, compañeros de trabajo, etc., respecto al apoyo que ha necesitado?



9.1.3 Ficha Sociodemográfica.

VARIABLES					
GENERO	1 FEMENNINO	2.MASCULINO			
ESTADO CIVIL	1. SOLTERO	2. CASADO	3. DIVORCIADO	4. VIUDO	5.UNION LIBRE
ESCOLARIDAD	1. PRIMARIA	2. SECUNDARIA	3. PREPARATORIA	4. LICENCIATURA	5. POSGRADO
ACTIVIDAD ECONOMICA	1. ACTIVO	2. DESEMPLEADO	3. AMA DE CASA	4. JUBILANDO	5. ESTUDIANTE
INGRESOS ECONOMICO	1. \$0-1800	2. \$1800-3600	3. \$3600-5400	4. MAS \$5400	
RESIDENCIA	1. MONTERREY, N.L.		2. OTROS MUNICIPIOS DE N.L.	3. OTROS ESTADOS	

10. BIBLIOGRAFIA.

- APA (2002). Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Desórdenes Mentales (DSM IV-TR) Ed. Masson. Barcelona. España.
- Axelsson, L. y Ejlertsson, G. (2002). Self-Reported Health, Self-esteem and Social Support Among Young Unemployed People: a Population Sased Study. *Internation Journal of Social Welfare*, 11-2, 11-119.
- Bados, A., Sanz, P. (2005). Validation of the Revised Test Anxiety Scale and the Friedben Test Anxiety Scale in a Spanish sample. *Ansiedad y Estrés*, 11 (23), 163-174.
- Beard M (1880) A Practical Treatise on Nervous Exhaustion (Neurasthenia). New York, W Wood.
- HERBERT, James D.; SAGEMAN, Marc. 11 "First Do No Harm:" Emerging Guidelines for the Treatment of Posttraumatic Reactions. *ISSUES AND CONTROVERSIES*, 2004, p. 213.
- BECK, Aaron T.; EMERY, Gary; GREENBERG, Ruth L. Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective. Basic Books, 2005.
- Bertoglia Richards, L. (2005) La Ansiedad y su Relación con el Aprendizaje. *Rev. Escuela de Psicología. Universidad Católica de Valparaíso. Vol. IV/05. 13-18.*
- Bobes, M. (2003). Trastorno de Ansiedad Social. *Rev. Salud Mental Año IIIN^a6*
- CAMPBELL, Susan B. Behavior problems in preschool children: Clinical and developmental issues. Guilford Press, 2006.
- Cano-Vindel, A, Miguel Tobal, J (2001) Emoción y Salud. *Ansiedad y Estrés*, 7 (23) 111.121.
- CARPINTERO¹²³, Helio. Medio siglo de la psicología en España-1950-2000.R. *interam. Psicol*, 2004, vol. 38, p. 2.
- CANO-VINDEL, A., et al. *Ansiedad y Estrés*. 2004.
- Carrasco Galán, I, Espinar Fellmann, I. (2008) Trastornos de Ansiedad y Género *Revista Mente y Cerebro N° 31-Psicología de la Gestación 1-5.* Barcelona.
- Cerdan, A, Aráoz Chávez, L., Castañeda Chang, A. (2003). Ansiedad Estado Rasgo en Niños y Adolescentes Durante la Hospitalización.
- Amanda Mercedes. Evaluación de la ansiedad frente a los exámenes universitarios. 2009.
- Chiu, L, Henri, L. (1990). Development and Validation of the Mathematics Anxiety Scale for Children. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 23, 3, 121-127.
- Cía, A, (2007) La Ansiedad y sus Trastornos. Manual Diagnóstico y Terapéutico. Ed. Polemos. Buenos Aires.

- Collazo, R, Ortiz Rodríguez, F, Hernández Rodríguez, Y. (2008) El Estrés Académico en Estudiantes Latinoamericanos de la Carrera de Medicina. *Rev. Iberoamericana de Educación*.
- Dimaria, F, Di Nuovo, S. (1990). Gender Differences in Social and Test Anxiety. *Personality and Individual Differences*, 11, 5, 525-530.
- Endler, N , Okada, M. (1975). A Multidimensional Measure of Trait Anxiety: The S-R Inventory of General Trait Anxiousness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 319-129
- Endler, N, Parker, J, Bagby, R, Cox, B.(1991) Multidimensionality of State and Trait Anxiety: Factor Structure of the Anxiety Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(6), 919-925.
- Jiang, Xueying, et al. BDNF variation and mood disorders: a novel functional promoter polymorphism and Val66Met are associated with anxiety but have opposing effects. *Neuropsychopharmacology*, 2005, vol. 30, no 7, p. 1353-1361.
- Arenas, M. Carmen; PUIGCERVER, Araceli. Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de Psicología*, 2009, vol. 3, no 1, p. 20-29.
- Eysenck, H, (1992). The Effects of Psychotherapy: an Evaluation. 1952. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(5), 659-663.
- EYSENCK, Michael W. Anxiety: The cognitive perspective. Psychology Press, 2013.
- Feldman, L, Goncalves, L, Chacón-Puignau, G, Zaragoza,J, Bagés, N, De Pablo, J, (2008).Relaciones entre Estrés Académico, Apoyo Social, SaludMental y Rendimiento Académico en Estudiantes Universitarios Venezolanos. V. 7 NO. 3 PP. 739-751 ISSN 1657-9267
- Fernández-Abascal, E, Jiménez, M, Martín Díaz, M. (2003). Emoción y Motivación. *La Adaptación Humana*. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.
- Fisher, S, (1984). Stress and Perception of Control. London: Lawrence Erlbaum.
- Fisher, S, Hood, B (1987).The Stress of the Transition to University: a Longitudinal Study of Vulnerability to Psychological Disturbance and Home Sickness. *British Journal of Psychology*,79,1-13.
- Fisher, S. (1986). Stress in Academic life. *Mental Assembly Line*. Buckingham Society for Research into Higher Education.
- GILLESPIE, N. A., et al. Occupational stress in universities: staff perceptions of the causes, consequences and moderators of stress. *Work & stress*, 2001, vol. 15, no 1, p. 53-72.
- Freud S. (1967) *Obras Completas*. Madrid: Biblioteca Nueva
- HIGGINS, E. Tory. Self-discrepancy: a theory relating self and affect. *Psychological review*, 1987, vol. 94, no 3, p. 319.
- Furlan, L (2006) Ansiedad ante los Exámenes. Qué se evalúa y cómo?. *Rev. Evaluar*, 6, 32 – 51.

- Galassi, J. Frierson, H, Siegel, R. (1984). Cognitions, Test Anxiety and Test Performance: A Closer Look. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 2, 319-320.
- Gardner, H. (1983) *Frames of Mind: The Theory of Multiple Intelligences*. New York: Basic
- GRAY, Jeffrey A. Brain systems that mediate both emotion and cognition. *Cognition & Emotion*, 1990, vol. 4, no 3, p. 269-288.
- Guida, F, Ludlow, L. (1989). A Cross-Cultural Study of Test Anxiety. *Journal of Cross Cultural Psychology*, 20, 2, 178- 190.
- Gutiérrez M. (1996) *Ansiedad y Deterioro Cognitivo: Incidencia en el Rendimiento Académico*. *Ansiedad y Estrés*; 2(2-3):173-94
- Gutiérrez-Calvo, M. (1984). *Ansiedad Evaluativa y Deterioro del Rendimiento. Los Mediadores Cognitivos Directos*. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 39, 5, 963-982.
- Hanin, Y (1989), *Interpersonal and Intra group Anxiety in Sport*. In: Hackfort, D. y Spielberger. C. E. Eds.: *Anxiety in Sport*. Hemisphere Publishing. Co. New York.
- Harry, L. (1990) *A Catastrophe Model of Anxiety and Performance*. In: J. G. Jones and L. Hardy Eds, *Stress and Performance in Sport*, Wiley, Chichester, 81-106.
- Head, L, Lindsey, J. (1983). *Anxiety and the University Student: A Brief Review of the Professional Literature*. *College Student Journal*, 17, 2, 176-182.
- PEKRUN, Reinhard, et al. *Academic emotions in students' self-regulated learning and achievement: A program of qualitative and quantitative research*. *Educational psychologist*, 2002, vol. 37, no 2, p. 91-105.
- Hodapp, V, Glanzmann, P, Laux, L. (1995). *Theory and Measurement of Test Anxiety as a Situationspecific Trait*. In: Spielberger, C.D. and Vagg, P.R. (Eds.), *Test Anxiety. Theory, Assessment, and Treatment*, 47-58. Taylor y Francis, London.
- Jadue J. (2001) *Algunos Efectos de la Ansiedad en el Rendimiento Escolar*. *Estudios Pedagógicos* [online]. Nº 27 111-118.
- Kerr, J. (1991) *Arousal Seeking in Risk Sport Participants*. *Personality and Individual Differences*. 12, 613-16.
- LANG, Peter J.; BRADLEY, Margaret M.; CUTHBERT, Bruce N. *Emotion, attention, and the startle reflex*. *Psychological review*, 1990, vol. 97, no 3, p. 377.
- Latorre, J, Montañés, J. (2004). *Ansiedad, Inteligencia Emocional y Conductas de Salud en la Adolescencia*. *Ansiedad y Estrés*, 10: 111-125.
- MacLean, P. (1990). *The Triune Brain Evolution*. New York: Plenum Press.
- Maldonado, M, Hidalgo, M, Otero, M, (2000) *Programa de Intervención Cognitivo-Conductual y de Técnicas de Relajación como Método para Prevenir la Ansiedad y el Estrés en Alumnos Universitarios de Enfermería y*

- Mejorar el Rendimiento Académico. Cuadernos de Medicina Psicosomática; 53, 43-57, Manual de Psicopatología .Vol. 2-.53-80. Madrid: McGraw-Hill.
- Martín Monzón, I, (2007), Estrés Académico en Estudiantes Universitarios. Apuntes de Psicología Colegio Oficial de Psicología. Andalucía Occidental. Universidad de Sevilla. Vol. 25, Nº 1, 87-99.
 - May, R. Schachter, S. y otros. (1968). La Angustia Normal y Patológica. Ed. Paidós. Buenos Aires, Argentina.
 - McGrath, M; Kawachi, I; Ascherio, A, (2004), Asociación entre el Catecol-OMetiltransferasa y la Ansiedad Fóbica American Journal Of Psychiatry. 2004 Sep;161(9):1703-1705.
 - Miguel Tobal, J. (1990). La Ansiedad. En Mayor, J. y Pinillos, J. Tratado de Psicología General. Vol. 8. Motivación y Emoción. Madrid. Alambra.
 - Montag, C, 2008, COMT Genetic Variation Affects Fear Processing: Psychophysiological Evidence. Behavioral Neuroscience. American Psychological Association. Vol. 122, Nº 4, 901-909
 - Montañés, J., Latorre, J., Serrano, J. y López, R. (2004). Inteligencia Emocional, Ansiedad y Percepción de Síntomas de Salud en la Adolescencia. En: Psicología de la Educación y Formación del Profesorado (M.I. Fajardo, M.I. Ruíz, A. Ventura, F. Vicente y J.A. Julve Eds. 379-388. (CL).
 - Ojat M, Glaser K, Xu G, Veloski J, Christian E. Gender, L (1999) Comparisons of Medical Student's Psychosocial Profiles. Med Educ; 33(5): 342-49.
 - OMS (1995). Clasificación de Trastornos Mentales CIE 10. Ed. Masson. Barcelona. España.
 - ROJO, Verónica; TIFNER, Mg Sonia; ALBANESI, Susana. ANSIEDAD ANTE EXÁMENES ORALES EN ESTUDIANTES DE LA LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA. Revista diálogos, 2014, vol. 4, no 2.
 - Perales, A, Sogi, C, Morales, R. (2003). Estudio Comparativo de Salud Mental en Estudiantes de Medicina de Dos Universidades Estatales Peruanas. Anales de la Facultad de Medicina. 64 (4): 239-246.
 - GRANDIS, Amanda Mercedes. Evaluación de la ansiedad frente a los exámenes universitarios. 2009.
 - HERNÁNDEZ, Santos Orejudo, et al. El desarrollo de la competencia para hablar en público en el aula a través de la reducción de la ansiedad ante esta situación. Estudio previo. Revista electrónica interuniversitaria de formación del profesorado, 2005, vol. 8, no 1, p. 4.
 - PINTADO, Isabel Serrano; DEL CAMINO ESCOLAR, María. Psicopatología de la ansiedad ante los exámenes: dimensiones y componentes. Escuela y Psicopatología, 2010, p. 135.
 - Riveros M, Hernandez V, Rivera B, (2007) Niveles de Depresión y Ansiedad en Estudiantes Universitarios de Lima Metropolitana. Rev. Investigación Psicológica (Online), jun. 2007, vol.10, no.1, 91-102.

- MENA, Estela Durán. Un Acercamiento a los Ataques de Pánico en México. *Mexico Quarterly Review*, 2010, vol. 1, no 2.
- ROSÁRIO, Pedro, et al. Ansiedad ante los exámenes: relación con variables personales y familiares. *Psicothema*, 2008, vol. 20, no 4, p. 563-570.
- FURLAN, Luis Alberto, et al. Estrategias de aprendizaje y ansiedad ante los exámenes en estudiantes universitarios. *Pensamiento psicológico*, 2010, vol. 5, no 12.
- Sandín, B, Chorot, P. (1995) Concepto y Categorización de los Trastornos de Ansiedad. En Belloch, A, Sandín, B y Ramos, F.
- SANTED, Miguel A., et al. Predicción de la sintomatología somática a partir del estrés diario: Un estudio prospectivo controlando el efecto del neuroticismo. *Revista de Psicopatología y psicología clínica*, 2013, vol. 5, no 3.
- SARASON, Irwin G. Stress, anxiety, and cognitive interference: reactions to tests. *Journal of personality and social psychology*, 1984, vol. 46, no 4, p. 929.
- Sierra, J, Ortega, V, Zubeidad, I. (2003) Ansiedad, Angustia y Estrés: Tres Conceptos a Diferenciar, *Rev. Mal-Estar e Subjetividad Fortaleza* . Vol. III- Nº 1 - 10 – 59.
- DÍAZ, Carlos Andrés Gantiva, et al. Atención y motivación ante estímulos afectivos en personas con ansiedad social. *Revista CES Psicología*, 2012, vol. 5, no 2, p. 79-87.
- Skinner, B. (1974). *Ciencia y Conducta Humana*. Editorial Fontanella, S.A. Barcelona, España.
- Skrttiy P, (1983) Anxiety and the Heart a Historical Review. *Psychol Med*; 13:17-25.
- Sperry, R. (1973). Lateral Specialization of Cerebral Function in the Surgically Separated Hemispheres. en McGuigan, F (Ed.). *The Psychophysiology of the Thinking*. New York: Academic Press.
- ALLINSON, Christopher W.; HAYES, John. Cross-national differences in cognitive style: implications for management. *International Journal of Human Resource Management*, 2000, vol. 11, no 1, p. 161-170.
- Sperry, R., Bogen, J., y Vogen, P. (1970). Syndrome of Hemisphere Deconnection. En Bailey, P and Fial, R(Eds.). *Proceeding American Psychologist*, 23, 10, 344-346.
- Spielberger, C. (1972.); *Anxiety: Currents Trends in Theory and Research*, Vol. 1. Academic Press, New York.
- Suinn, R (1969). The Stabs; a Measure of Test Anxiety for Behavior Therapy: Normative Data. *Behavior Research and Therapy*, 7, 335-339.
- SPIELBERGER, Charles D. *State-Trait Anxiety Inventory*. John Wiley & Sons, Inc., 2010.

- BARLOW, David H.; ALLEN, Laura B.; CHOATE, Molly L. Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 2004, vol. 35, no 2, p. 205-230.
- GRANDIS, Amanda Mercedes. Evaluación de la ansiedad frente a los exámenes universitarios. 2009.
- PARRA, Antonio Fernández, et al. Psicoterapia Analítico-Funcional y Terapia de Aceptación y Compromiso: teoría, aplicaciones y continuidad con el análisis del comportamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2005, vol. 5, no 2, p. 350-371.
- ORTEGA, Sagrario López, et al. Terapia breve en estudiantes universitarios con problemas de rendimiento académico y ansiedad: eficacia del modelo "La Cartuja". *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2005, vol. 5, no 3, p. 589-608.
- Vila, J (1984) Diferencias Individuales y Respuestas Psicofisiológicas. En puerto Salgado, A.ED. *Psicofisiología*. Vol1 Madris U.N.E.D. 299-334.
- SIERRA, Juan Carlos; ORTEGA, Virgilio; ZUBEIDAT, Ihab. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 2003, vol. 3, no 1, p. 10-59.
- MACÍAS, Arturo Barraza. El estrés académico en alumnos de maestría y sus variables moduladoras: un diseño de diferencia de grupos. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 2008, vol. 26, no 2, p. 270-289.
- Viñas Poch, R, Caparrós Caparrós, B. (2000). Afrontamiento del Período de Exámenes y Sintomatología Somática Autoinformada en un Grupo de Estudiantes Universitarios. *Revista Electrónica de Psicología*, Vol. 4, N.º I.
- GRANDIS, Amanda Mercedes. Evaluación de la ansiedad frente a los exámenes universitarios. 2009.
- Watson, J (1988). Achievement Anxiety Test: Dimensionality and Utility. *Journal of Educational Psychology*, 80, 4, 585-591.
- ONWUEGBUZIE, Anthony J.; WILSON, Vicki A. Statistics Anxiety: Nature, etiology, antecedents, effects, and treatments--a comprehensive review of the literature. *Teaching in Higher Education*, 2003, vol. 8, no 2, p. 195-209.
- PEKRUN, Reinhard; ELLIOT, Andrew J.; MAIER, Markus A. Achievement goals and achievement emotions: Testing a model of their joint relations with academic performance. *Journal of educational Psychology*, 2009, vol. 101, no 1, p. 115.
- SANDIN, Bonifacio. Evitación interoceptiva: Nuevo constructo en el campo de los trastornos de ansiedad. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 2005, vol. 10, no 2.
- UVA, Adriana. Cerebro y Aprendizaje. En Ponencia Primer Congreso Interdisciplinario de Investigación en Educación. Santiago de Chile. 2010.
- URDAY, William Montgomery. Teoría, investigación y aplicaciones clínicas del autocontrol. *Revista de Investigación en Psicología*, 2008, vol. 11, no 2, p. 215-225.

- PIQUERAS RODRÍGUEZ, José Antonio, et al. Ansiedad, depresión y salud. *Suma psicológica*, 2008, vol. 15, no 1, p. 43-74.
- GRASSES, Glòria; RIGO, Eduard. Estudio de la influencia de la ansiedad y el estrés en el rendimiento académico vs. la influencia del rendimiento académico en los niveles de ansiedad y estrés Study of the influences of anxiety and stress on. *Palma*, 2010, 2010, vol. 21, p. 97-116.
- Yunker, P, Yunker, J, Sterner, J. (1986). On the Relationship Between Test Anxiety and Grades in Accounting Courses. *College Student Journal*, 20, 3, 275-282.
- LUGO, Luz Helena; GARCÍA, Héctor Iván; GÓMEZ, Carlos. Reliability of sf-36 quality of life in health questionnaire in Medellín, Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 2006, vol. 24, no 2, p. 37-50.
- OBLITAS, Luis A. *Psicología de la salud y calidad de vida. Estimados amigos*, 2006, p. 37.
- VELARDE-JURADO, Elizabeth; AVILA-FIGUEROA, Carlos. Evaluación de la calidad de vida. *Salud pública de México*, 2002, vol. 44, no 4, p. 349-361.
- AROILA, RUBÉN. CALIDAD DEVIDA: UNA DEFINICIÓN INTEGRADORA. *Revista Latinoamericana de psicología*, 2003, vol. 35, no 2, p. 161-164.
- Nordenfelt L. Introduction. In: Nordenfelt L. (Ed). *Concepts and measurement of quality of life in health care*. Dordrech, Boston, London: Kluwer Academic publishers; 1994. p. 1-15.
- Ramírez R. Calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en salud: revisión sistemática de la literatura. *Rev. Col. Cardiol.* 2007; 14:207-222.
- Zúniga MA, Carrillo-Jiménez T, Fos-Peter J, Gandek B, Medina-Moreno MR. Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36: resultados preliminares en México. *Salud pública Méx.* 1999; 41: 110-118.
- Aaronson NK, Acquadro C, Alonso J, Apolone G, Eucquet D, Bullinger M, et al. International quality of life assessment (IQOLA) project. *Qual Life Res.* 1992; 1: 349-351.
- Ramirez-Velez R, Triana HR. Effect in the quality of life related to healthy (QLRH) of program therapeutic activity in water, in a group of persons with 55 year old non institutionalized. Cali, 2006. *Rev Iberoam Fisioter Kinesol.* 2007; 10:24-37.
- Tuesca-Molina R, Romero HC, Salgado MO, Delgado NG, López JL. Calidad de vida relacionada con la salud y determinantes sociodemográficos en adolescentes de Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte. Barranquilla (Col.)* 2008; 24: 53-63. Vargas - Atención salud 819 Tuesca-Molina R. La calidad de vida, su importancia y cómo medirla. *Salud Uninorte.* 2005; 21:76-86.

- Ramírez-Vélez R. Calidad de vida y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Rev. Cienc. Salud.* 2007; 5:90-100.
- Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, et al. El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit.* 2005; 19: 135-50.
- Garratt A, Schmidt L, Mackintosh A, Fitzpatrick R. Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *BMJ.* 2002; 324:1417.
- Vilagut G, Valderas JM, Ferrer M, Garin O, Lopez-Garcia E, Alonso J. Interpretation of SF-36 and SF-12 questionnaires in Spain: physical and mental components. *Med Clin.* 2008; 130: 726-735.
- Ware J Jr, Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care.* 1996; 34: 220-33.
- Alonso J, Regidor E, Barrio G, Prieto L, Rodríguez C, de la Fuente L. Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de salud SF-36. *Med Clin (Barc)* 1998; 111: 410-416.
- Ware JE, Kosinski M, Keller SK. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual. Boston, MA: The Health Institute; 1994.
- Ware JE, Kosinski M, Keller SD. SF-12: How to Score the SF-12 Physical and Mental Health Summary Scales. Second Edition. Boston, MA: The Health Institute, New England Medical Center; 1995.
- Valderas JM, Ferrer M, Alonso J. Lista de comprobación: instrumentos de medida de calidad de vida relacionada con la salud y de otros resultados percibidos por los pacientes. *Med Clin (Barc).* 2005;125 Supl 1:58-62.
- Rodríguez MA, Lopera J. Conceptos básicos en la validación de escalas en salud mental. *Rev. CES Med.* 2002; 16: 31-9.
- Arco, J. L., López, S., Heilborn, V. A. y Fernández, F. D. (2005). Terapia breve en estudiantes universitarios con problemas de rendimiento académico y ansiedad: Eficacia del modelo —La Cartujall. *International Journal of Clinical and Health*, 5(3), 589-680.
- Jiménez, M. I. y López-Zafra, E. (2008). El autoconcepto emocional como factor de riesgo emocional en estudiantes universitarios. Diferencias de género y edad. *Boletín de psicología*, 93, 21-39.
- Phelps, E. A. ((2006). Emotion and Cognition: Insights from studies of the human amygdale. *Annual Review of Psychology*, 57, 27-53.
- POVES OÑATE, Silvia; ROMERO GAMERO, Rafael; VUCÍNOVICH, Nicolás. Experiencia grupal breve para pacientes con trastornos de

ansiedad en un Centro de Salud Mental. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría., 2010, vol. 30, no 107, p. 409-418.

- Abbass, A., Hancock, J., Henderson, J. & Kisely, S. (2007). Psicoterapias psicodinámicas a corto plazo para trastornos mentales frecuentes (Revisión Cochrane traducida). En The Cochrane Library, 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Botella, L. & Corbella, S. (2005). Neurobiología de la autorregulación afectiva. Patrones de apego y compatibilidad en la relación terapeuta-paciente. Revista de psicoterapia, 61, 77-103.
- ADAMEC, Robert, et al. Protein synthesis and the mechanisms of lasting change in anxiety induced by severe stress. Behavioural brain research, 2006, vol. 167, no 2, p. 270-286.
- Bryanta, Richard A., Felminghama, Kim L., Kempb, Andrew H. Bartonc, Matthew, Pedutod, Anthony S., Renniec, Chris, Gordone, Evian and Williams, Leanne M. Neural Networks of Information Processing in Posttraumatic Stress Disorder: A Functional Magnetic Resonance Imaging Study Biological Psychiatry Volume 58, Issue 2, 15 July 2005, Pages 111-118
- Correll, Cynthia M., Rosenkranz, J. Amiel and Grace, Anthony A. Chronic Cold Stress Alters Prefrontal Cortical Modulation of Amygdala Neuronal Activity in Rats Biological Psychiatry, Volume 58, Issue 5, 1 September 2005, Pages 382-391.
- Galinowski, A. and Lôo, H. Biologie du stress: Biology of stress Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, Volume 161, Issue 10, December 2003, Pages 797-803.
- Heilig, Markus. The NPY system in stress, anxiety and depression Neuropeptides, Volume 38, Issue 4, August 2004, Pages 213-224
- Nitschke, Jack B., Sarinopoulos, Issidoros, Mackiewicz, Kristen L., Schaefer, Hillary S. and Davidson, Richard J. Functional neuroanatomy of aversion and its anticipation, NeuroImage, Volume 29, Issue 1, January 2006, Pages 106-116.
- Schulkin, Jay, Morgan, Maria A. and Rosen, Jeffrey B. A neuroendocrine mechanism for sustaining fear Trends in Neurosciences, Volume 28, Issue 12, December 2005, Pages 629-635.
- VILLAVICENCIO, María Elena Flores, et al. Ansiedad y Depresión como Indicadores de Calidad de Vida en Adultos Mayores. Revista de Psicología da IMED, 2012, vol. 4, no 1.

- GONZÁLEZ RAMÍREZ, Raúl Sergio. La calidad de vida en Tijuana y Monterrey: Un estudio exploratorio-comparativo. *Frontera norte*, 2013, vol. 25, no 49, p. 109-129.
- OLATUNJI, Bunmi O.; CISLER, Josh M.; TOLIN, David F. Quality of life in the anxiety disorders: a meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 2007, vol. 27, no 5, p. 572-581.
- VETERE, Giselle. Nivel de funcionamiento y calidad de vida en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada. *Anu. investig.-Fac. Psicol., Univ. B. Aires*, 2008, vol. 15, no 1, p. 51-55.
- PRINA, A. Matthew, et al. Prevalence of anxiety and its correlates among older adults in Latin America, India and China: cross-cultural study. *The British Journal of Psychiatry*, 2011, p. bjp. bp. 110.083915.
- MONÉS, Joan. ¿ Se puede medir la calidad de vida? ¿Cuál es su importancia?. *Cirugía española*, 2004, vol. 76, no 2, p. 71-77.
- VELARDE-JURADO, Elizabeth; AVILA-FIGUEROA, Carlos. Evaluación de la calidad de vida. *Salud pública de México*, 2002, vol. 44, no 4, p. 349-361.
- MUÑOZ, María del Carmen Lara, et al. Social cost of mental disorders: Disability and work days lost. Results from the Mexican survey of psychiatric epidemiology. *Salud Mental*, 2007, vol. 30, no 5, p. 4.
- PLATA-MUÑOZ, M. E.; CASTILLO-OLIVARES, M. E.; GUEVARA-LÓPEZ, U. Evaluación de afrontamiento, depresión, ansiedad e incapacidad funcional en pacientes con dolor crónico. *Rev Mexicana Anestesiología*, 2004, vol. 27, no 1.
- BOBES, Julio, et al. Validación de las versiones en español de los cuestionarios Liebowitz Social Anxiety Scale, Social Anxiety and Distress Scale y Sheehan Disability Inventory para la evaluación de la fobia social. *Medicina Clínica*, 1999, vol. 112, no 14, p. 530-538.
- PEREZ, Víctor; GILABERTE, Inmaculada. Remisión y funcionalidad en el trastorno depresivo mayor. *Actas Esp Psiquiatr*, 2013, vol. 41, no 5, p. 263-8.
- PAILHEZ, Guillem; BULBENA, Antoni; FULLANA, Miquel A. Efectividad de la terapia cognitivo-conductual grupal para el trastorno de pánico en una unidad especializada. *Actas Esp Psiquiatría*, 2014, vol. 42, no 4, p. 176-84.

11. RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO.

Cesar Gustavo Vieyra Chacón

Candidato para el grado de
Especialista en Psiquiatría.

Campo de Estudio: Ciencias de la Salud

Biografía:

Datos Personales: Nacido en Silao, Guanajuato el 27 de Junio de 1983, hijo de Rubén Vieyra Oliva y Ofelia Chacón Madrid.

Educación: Egresado de la Universidad Autónoma de Guadalajara, grado obtenido Médico Cirujano y Partero en 2008.

Actualmente curso el cuarto año de la residencia en Psiquiatría General, mis principales áreas de interés son los trastornos de Ansiedad, realice una rotación en el departamento de psiquiatría medicina de enlace y trastornos de ansiedad en el Hospital Privado de la ciudad de Córdoba Argentina.

Tabla 13. Lista de variables que se utilizaron, así como los porcentajes y percentiles.

		Percentiles								
		Grupos	Percentiles							
			5	10	25	50	75	90	95	
Promedio ponderado (definición 1)	Salario M M	Censo	1.00	1.00	1.00	2.00	4.00	4.00	4.00	
		Control	1.00	1.00	3.00	4.00	4.00	4.00	4.00	
	Edad	Censo	19.850	20.000	24.000	28.000	44.500	53.300	56.150	
		Control	21.000	21.000	21.000	22.000	23.000	25.000	25.000	
	Genero	Censo	1.00	1.00	1.00	1.00	2.00	2.00	2.00	
		Control	1.00	1.00	1.00	2.00	2.00	2.00	2.00	
	Estado Civil	Censo	1.00	1.00	1.00	1.50	2.00	3.00	5.00	
		Control	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
	Residencia	Censo	1.00	1.00	1.00	2.00	2.00	2.00	3.00	
		Control	1.00	1.00	1.00	1.00	2.00	2.00	2.00	
	Escolaridad	Censo	1.00	2.00	2.00	3.00	4.00	4.00	4.15	
	Actividad Económica	Censo	1.00	1.00	1.00	2.00	3.00	5.00	5.00	
		Control	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	
	Diagnostico	Censo	1.00	1.00	1.00	4.00	6.00	6.00	6.00	
	A1.Trabajo	Censo	.00	.00	2.00	4.00	7.00	8.00	10.00	
		Control	.00	.00	.00	.00	.00	2.00	3.00	
	A2.Vida social	Censo	.00	.00	2.00	4.00	6.75	8.30	9.15	
		Control	.00	.00	.00	.00	.50	2.40	4.00	
	A3.Vida Familiar	Censo	.00	.00	2.00	4.00	6.75	10.00	10.00	
		Control	.00	.00	.00	.00	.00	2.00	4.00	
	A4. Estrés Percibido	Censo	.00	.00	2.00	5.00	7.00	9.00	9.15	
		Control	.00	.00	.00	1.00	2.00	4.00	5.00	
	A5. Apoyo Social	Censo	10.00	20.00	42.50	70.00	90.00	100.00	100.00	
		Control	.00	.00	10.00	80.00	100.00	100.00	100.00	
	B1. En general, usted diría que su salud es:	Censo	1.00	1.70	2.00	3.00	3.75	4.00	4.15	
		Control	1.00	1.00	1.00	2.00	2.00	3.00	3.00	
	B2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?	Censo	1.00	1.00	2.00	2.00	3.00	4.00	5.00	
		Control	1.00	1.00	1.00	2.00	3.00	3.00	4.00	
	B3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?	Censo	1.00	1.00	2.00	3.00	3.00	3.00	3.00	
		Control	2.00	2.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	
	B4. 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?	Censo	1.85	2.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	
		Control	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	
	B5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?	Censo	2.00	2.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	
Control		3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00		
B6. Su salud actual,	Censo	1.00	2.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00		

¿le limita para subir varios pisos por la escalera?	Control	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00
B7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?	Censo	1.85	2.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00
B8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?	Censo	1.85	2.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00
	Control	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00
B9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?	Censo	1.00	2.00	2.25	3.00	3.00	3.00	3.00
	Control	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00
B10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?	Censo	1.00	2.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00
	Control	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00
B11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?	Censo	1.85	2.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00
B12 Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?.	Censo	1.85	2.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00
	Control	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00
B13 Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?.	Censo	1.00	1.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
	Control	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
B14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?	Censo	1.00	1.00	1.25	2.00	2.00	2.00	2.00
	Control	1.30	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
B15. 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?	Censo	1.00	1.00	1.00	2.00	2.00	2.00	2.00
	Control	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
B16. 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?	Censo	1.00	1.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
	Control	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
B17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el	Censo	1.00	1.00	1.00	2.00	2.00	2.00	2.00
	Control	1.00	1.00	1.50	2.00	2.00	2.00	2.00

tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?								
B18. 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)?	Censo	1.00	1.00	1.00	2.00	2.00	2.00	2.00
	Control	1.00	1.00	1.00	2.00	2.00	2.00	2.00
B19. 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)?	Censo	1.00	1.00	1.00	2.00	2.00	2.00	2.00
	Control	1.00	1.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
B20. 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?	Censo	1.00	1.00	2.00	3.00	4.00	4.00	5.00
	Control	1.00	1.00	1.00	1.00	2.00	2.00	3.00
B21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?	Censo	1.00	1.00	2.00	3.00	4.00	5.00	5.00
	Control	1.00	1.00	1.00	2.00	3.00	3.00	4.00
B22. 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)?	Censo	1.00	1.00	1.00	2.00	3.00	4.00	4.00
	Control	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	2.00	3.00
B23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?	Censo	1.00	2.00	2.00	4.00	4.00	5.00	6.00
	Control	1.00	1.00	2.00	2.00	3.00	4.00	4.70
B24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?	Censo	1.00	1.70	3.00	4.00	4.00	5.00	6.00
	Control	2.00	3.00	4.00	5.00	6.00	6.00	6.00
B25. Durante las 4	Censo	1.00	2.00	3.25	4.00	5.00	6.00	6.00

últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	Control	2.00	4.00	5.00	6.00	6.00	6.00	6.00
B26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?	Censo	1.00	2.00	3.00	4.00	4.00	5.00	6.00
	Control	1.00	1.00	2.00	2.00	3.00	4.00	5.00
B27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?	Censo	1.00	1.70	3.00	4.00	4.00	5.00	5.15
	Control	1.00	1.00	2.00	2.00	3.00	4.00	5.00
B28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?	Censo	1.00	2.00	3.00	4.00	5.00	6.00	6.00
	Control	3.00	4.00	5.00	5.00	6.00	6.00	6.00
B29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?	Censo	1.00	1.70	3.00	4.00	5.00	5.00	6.00
	Control	2.00	3.00	4.00	5.00	5.00	6.00	6.00
B30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?	Censo	1.00	1.00	2.00	4.00	4.00	5.00	5.15
	Control	1.00	1.00	1.00	2.00	3.00	4.40	5.00
B31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?	Censo	1.00	1.70	3.00	4.00	4.00	5.00	5.00
	Control	2.00	3.00	4.00	5.00	5.00	6.00	6.00
B32. 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)?	Censo	1.00	2.00	2.00	3.00	4.75	5.00	5.00
	Control	3.00	3.00	4.00	5.00	5.00	5.00	5.00
B33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.	Censo	1.00	2.00	2.00	3.00	4.00	5.00	5.00
	Control	1.00	2.00	4.00	5.00	5.00	5.00	5.00
B34. Estoy tan sano como cualquiera.	Censo	1.00	2.00	2.00	3.00	4.00	4.00	4.15
	Control	1.00	1.00	1.00	2.00	3.00	4.00	4.70
B35. Creo que mi salud va a empeorar.	Censo	1.00	2.00	2.00	4.00	4.00	5.00	5.00
	Control	2.00	2.60	3.00	4.00	5.00	5.00	5.00
B36. Mi salud es excelente.	Censo	1.00	1.70	2.00	3.00	4.00	4.00	4.15
	Control	1.00	1.00	1.00	2.00	2.00	3.00	4.00
C1. En general, usted diría que su salud es:	Censo	21.25	25.00	31.25	50.00	75.00	82.50	100.00
	Control	50.00	50.00	75.00	75.00	100.00	100.00	100.00
C2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?	Censo	.00	25.00	50.00	75.00	75.00	100.00	100.00
	Control	25.00	50.00	50.00	75.00	100.00	100.00	100.00
C3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos	Censo	.00	.00	50.00	100.00	100.00	100.00	100.00
	Control	50.00	50.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

pesados, o participar en deportes agotadores?								
C4. 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?	Censo	42.50	50.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
	Control	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
C5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?	Censo	50.00	50.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
	Control	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
C6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?	Censo	.00	50.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
	Control	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
C7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?	Censo	42.50	50.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
C8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?	Censo	42.50	50.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
	Control	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
C9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?	Censo	.00	50.00	62.50	100.00	100.00	100.00	100.00
	Control	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
C10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?	Censo	.00	50.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
	Control	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
C11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?	Censo	42.50	50.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
C12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?	Censo	42.50	50.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
	Control	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
C20. 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?	Censo	.00	25.00	25.00	50.00	75.00	100.00	100.00
	Control	50.00	75.00	75.00	100.00	100.00	100.00	100.00
C21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?	Censo	20.00	20.00	40.00	60.00	80.00	100.00	100.00
	Control	40.00	60.00	60.00	80.00	100.00	100.00	100.00
C22. Durante las 4	Censo	25.00	25.00	50.00	75.00	100.00	100.00	100.00

últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?	Control	50.00	75.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
C23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?	Censo	.00	20.00	40.00	40.00	80.00	80.00	100.00
	Control	26.00	40.00	60.00	80.00	80.00	100.00	100.00
C24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?	Censo	.00	14.00	40.00	60.00	60.00	80.00	100.00
	Control	20.00	40.00	60.00	80.00	100.00	100.00	100.00
C25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	Censo	.00	20.00	45.00	60.00	80.00	100.00	100.00
	Control	20.00	60.00	80.00	100.00	100.00	100.00	100.00
C26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?	Censo	.00	20.00	40.00	40.00	60.00	80.00	100.00
	Control	20.00	40.00	60.00	80.00	80.00	100.00	100.00
C27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?	Censo	17.00	20.00	40.00	40.00	60.00	86.00	100.00
	Control	20.00	40.00	60.00	80.00	80.00	100.00	100.00
C28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?	Censo	.00	20.00	40.00	60.00	80.00	100.00	100.00
	Control	40.00	60.00	80.00	80.00	100.00	100.00	100.00
C29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?	Censo	.00	14.00	40.00	60.00	80.00	80.00	100.00
	Control	20.00	40.00	60.00	80.00	80.00	100.00	100.00
C30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?	Censo	17.00	20.00	40.00	40.00	80.00	100.00	100.00
	Control	20.00	32.00	60.00	80.00	100.00	100.00	100.00
C31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?	Censo	.00	14.00	40.00	60.00	60.00	80.00	80.00
	Control	20.00	40.00	60.00	80.00	80.00	100.00	100.00
C32. 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)?	Censo	.00	25.00	25.00	50.00	93.75	100.00	100.00
	Control	50.00	50.00	75.00	100.00	100.00	100.00	100.00
C33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.	Censo	.00	25.00	25.00	50.00	75.00	100.00	100.00
	Control	.00	25.00	75.00	100.00	100.00	100.00	100.00
C34. Estoy tan sano	Censo	21.25	25.00	25.00	50.00	75.00	75.00	100.00

	como cualquiera	Control	7.50	25.00	50.00	75.00	100.00	100.00	100.00
	C35. Creo que mi salud va a empeorar.	Censo	.00	25.00	25.00	75.00	75.00	100.00	100.00
		Control	25.00	40.00	50.00	75.00	100.00	100.00	100.00
	C36. Mi salud es excelente.	Censo	21.25	25.00	25.00	50.00	75.00	82.50	100.00
		Control	25.00	50.00	75.00	75.00	100.00	100.00	100.00
	E1.Funcion Física	Censo	43.50	52.00	85.00	95.00	100.00	100.00	100.00
		Control	90.00	95.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
	E4.Vitalidad	Censo	9.25	25.00	40.00	50.00	65.00	81.50	85.00
		Control	35.00	45.00	60.00	75.00	85.00	90.00	100.00
	E5.Salud Mental	Censo	20.40	24.00	44.00	52.00	68.00	81.20	89.80
		Control	40.00	50.40	64.00	80.00	88.00	96.00	100.00
	E6.Funcion Social	Censo	10.63	25.00	37.50	50.00	75.00	100.00	100.00
		Control	50.00	62.50	75.00	100.00	100.00	100.00	100.00
	E7.Dolor Físico	Censo	22.50	22.50	45.00	67.50	90.00	100.00	100.00
		Control	50.00	57.50	80.00	90.00	100.00	100.00	100.00
	E8.Salud General	Censo	19.25	25.00	40.00	50.00	65.00	85.00	86.50
		Control	35.00	43.00	65.00	85.00	95.00	100.00	100.00
	E9.Cambio Salud	Censo	.00	25.00	50.00	75.00	75.00	100.00	100.00
		Control	25.00	50.00	50.00	75.00	100.00	100.00	100.00
	F1.Trabajo	Censo	.00	.00	2.00	4.00	7.00	8.00	10.00
		Control	.00	.00	.00	.00	.00	2.00	3.00
	F2.Vida Social	Censo	.00	.00	2.00	4.00	6.75	8.30	9.15
		Control	.00	.00	.00	.00	.50	2.40	4.00
	F3.Vida Familiar	Censo	.00	.00	2.00	4.00	6.75	10.00	10.00
		Control	.00	.00	.00	.00	.00	2.00	4.00
	F4.Estres Percibido	Censo	.00	.00	2.00	5.00	7.00	9.00	9.15
		Control	.00	.00	.00	1.00	2.00	4.00	5.00
	F5.Apoyo Social	Censo	10.00	20.00	42.50	70.00	90.00	100.00	100.00
		Control	.00	.00	10.00	80.00	100.00	100.00	100.00
	F6.Discapacidad	Censo	.00	.57	2.67	4.33	6.92	8.00	9.38
		Control	.00	.00	.00	.00	.67	2.33	3.57
Bisagras de Tukey	Salario M M	Censo			1.00	2.00	4.00		
		Control			3.00	4.00	4.00		
	Edad	Censo			24.000	28.000	44.000		
		Control			21.000	22.000	23.000		
	Genero	Censo			1.00	1.00	2.00		
		Control			1.00	2.00	2.00		
	Estado Civil	Censo			1.00	1.50	2.00		
		Control			1.00	1.00	1.00		
	Residencia	Censo			1.00	2.00	2.00		
		Control			1.00	1.00	2.00		
	Escolaridad	Censo			2.00	3.00	4.00		
	Actividad Económica	Censo			1.00	2.00	3.00		
		Control			5.00	5.00	5.00		
	Diagnostico	Censo			1.00	4.00	6.00		
	A1.Trabajo	Censo			2.00	4.00	7.00		
		Control			.00	.00	.00		
	A2.Vida Social	Censo			2.00	4.00	6.50		
		Control			.00	.00	.00		
	A3.Vida Familiar	Censo			2.00	4.00	6.50		
		Control			.00	.00	.00		
	A4.Estres Percibido	Censo			2.00	5.00	7.00		
		Control			.00	1.00	2.00		
	A5.Apoyo Social	Censo			45.00	70.00	90.00		
		Control			10.00	80.00	100.00		
	B1. En general, usted diría que su salud es:	Censo			2.00	3.00	3.50		
		Control			1.00	2.00	2.00		
	B2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada	Censo			2.00	2.00	3.00		
		Control			1.00	2.00	3.00		

con la de hace un año?				
B3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?	Censo	2.00	3.00	3.00
	Control	3.00	3.00	3.00
B4. 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?	Censo	3.00	3.00	3.00
	Control	3.00	3.00	3.00
B5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?	Censo	3.00	3.00	3.00
	Control	3.00	3.00	3.00
B6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?	Censo	3.00	3.00	3.00
	Control	3.00	3.00	3.00
B7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?	Censo	3.00	3.00	3.00
B8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?	Censo	3.00	3.00	3.00
	Control	3.00	3.00	3.00
B9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?	Censo	2.50	3.00	3.00
	Control	3.00	3.00	3.00
B10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?	Censo	3.00	3.00	3.00
	Control	3.00	3.00	3.00
B11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?	Censo	3.00	3.00	3.00
B12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?	Censo	3.00	3.00	3.00
	Control	3.00	3.00	3.00
B13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?	Censo	2.00	2.00	2.00
	Control	2.00	2.00	2.00
B14. Durante las 4 últimas semanas,	Censo	1.50	2.00	2.00
	Control	2.00	2.00	2.00

¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?					
B15. 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?	Censo	1.00	2.00	2.00	
	Control	2.00	2.00	2.00	
B16. 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?	Censo	2.00	2.00	2.00	
	Control	2.00	2.00	2.00	
B17. 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)?	Censo	1.00	2.00	2.00	
	Control	2.00	2.00	2.00	
B18. 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)?	Censo	1.00	2.00	2.00	
	Control	1.00	2.00	2.00	
B19. 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)?	Censo	1.00	2.00	2.00	
	Control	2.00	2.00	2.00	
B20. 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	Censo	2.00	3.00	4.00	
	Control	1.00	1.00	2.00	

personas?				
B21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?	Censo	2.00	3.00	4.00
	Control	1.00	2.00	3.00
B22. 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)?.	Censo	1.00	2.00	3.00
	Control	1.00	1.00	1.00
B23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?	Censo	2.00	4.00	4.00
	Control	2.00	2.00	3.00
B24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?	Censo	3.00	4.00	4.00
	Control	4.00	5.00	6.00
B25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	Censo	3.50	4.00	5.00
	Control	5.00	6.00	6.00
B26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?	Censo	3.00	4.00	4.00
	Control	2.00	2.00	3.00
B27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?	Censo	3.00	4.00	4.00
	Control	2.00	2.00	3.00
B28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?	Censo	3.00	4.00	5.00
	Control	5.00	5.00	6.00
B29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?	Censo	3.00	4.00	5.00
	Control	4.00	5.00	5.00
B30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?	Censo	2.00	4.00	4.00
	Control	1.00	2.00	3.00
B31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?	Censo	3.00	4.00	4.00
	Control	4.00	5.00	5.00
B32. 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	Censo	2.00	3.00	4.50
	Control	4.00	5.00	5.00

familiares)?				
B33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.	Censo	2.00	3.00	4.00
	Control	4.00	5.00	5.00
B34. Estoy tan sano como cualquiera.	Censo	2.00	3.00	4.00
	Control	1.00	2.00	3.00
B35. Creo que mi salud va a empeorar.	Censo	2.00	4.00	4.00
	Control	3.00	4.00	5.00
B36. Mi salud es excelente.	Censo	2.00	3.00	4.00
	Control	1.00	2.00	2.00
C1. En general, usted diría que su salud es:	Censo	37.50	50.00	75.00
	Control	75.00	75.00	100.00
C2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?	Censo	50.00	75.00	75.00
	Control	50.00	75.00	100.00
C3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?	Censo	50.00	100.00	100.00
	Control	100.00	100.00	100.00
C4. 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?	Censo	100.00	100.00	100.00
	Control	100.00	100.00	100.00
C5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?	Censo	100.00	100.00	100.00
	Control	100.00	100.00	100.00
C6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?	Censo	100.00	100.00	100.00
	Control	100.00	100.00	100.00
C7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?	Censo	100.00	100.00	100.00
C8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?	Censo	100.00	100.00	100.00
	Control	100.00	100.00	100.00
C9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?	Censo	75.00	100.00	100.00
	Control	100.00	100.00	100.00
C10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?	Censo	100.00	100.00	100.00
	Control	100.00	100.00	100.00
C11. Su salud actual, ¿le limita	Censo	100.00	100.00	100.00

para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?				
C12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?	Censo	100.00	100.00	100.00
	Control	100.00	100.00	100.00
C20. 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?	Censo	25.00	50.00	75.00
	Control	75.00	100.00	100.00
C21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?	Censo	40.00	60.00	80.00
	Control	60.00	80.00	100.00
C22. 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)?	Censo	50.00	75.00	100.00
	Control	100.00	100.00	100.00
C23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?	Censo	40.00	40.00	80.00
	Control	60.00	80.00	80.00
C24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?	Censo	40.00	60.00	60.00
	Control	60.00	80.00	100.00
C25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	Censo	50.00	60.00	80.00
	Control	80.00	100.00	100.00
C26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?	Censo	40.00	40.00	60.00
	Control	60.00	80.00	80.00
C27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?	Censo	40.00	40.00	60.00
	Control	60.00	80.00	80.00
C28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?	Censo	40.00	60.00	80.00
	Control	80.00	80.00	100.00
C29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se	Censo	40.00	60.00	80.00
	Control	60.00	80.00	80.00

sintió agotado?				
C30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?	Censo	40.00	40.00	80.00
	Control	60.00	80.00	100.00
C31. . Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?	Censo	40.00	60.00	60.00
	Control	60.00	80.00	80.00
C32. 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)?	Censo	25.00	50.00	87.50
	Control	75.00	100.00	100.00
C33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	Censo	25.00	50.00	75.00
	Control	75.00	100.00	100.00
C34. Estoy tan sano como cualquiera	Censo	25.00	50.00	75.00
	Control	50.00	75.00	100.00
C35. Creo que mi salud va a empeorar.	Censo	25.00	75.00	75.00
	Control	50.00	75.00	100.00
C36. Mi salud es excelente.	Censo	25.00	50.00	75.00
	Control	75.00	75.00	100.00
E1. Función Física	Censo	85.00	95.00	100.00
	Control	100.00	100.00	100.00
E4. Vitalidad	Censo	40.00	50.00	65.00
	Control	60.00	75.00	85.00
E5. Salud Mental	Censo	44.00	52.00	68.00
	Control	64.00	80.00	88.00
E6. Función Social	Censo	37.50	50.00	75.00
	Control	75.00	100.00	100.00
E7. Dolor Físico	Censo	45.00	67.50	90.00
	Control	80.00	90.00	100.00
E8. Salud General	Censo	40.00	50.00	65.00
	Control	65.00	85.00	95.00
E9. Cambio de Salud	Censo	50.00	75.00	75.00
	Control	50.00	75.00	100.00
F1. Trabajo	Censo	2.00	4.00	7.00
	Control	.00	.00	.00
F2. Vida Social	Censo	2.00	4.00	6.50
	Control	.00	.00	.00
F3. Vida Familiar	Censo	2.00	4.00	6.50
	Control	.00	.00	.00
F4. Estrés Percibido	Censo	2.00	5.00	7.00
	Control	.00	1.00	2.00
F5. Apoyo Social	Censo	45.00	70.00	90.00
	Control	10.00	80.00	100.00
F6. Discapacidad	Censo	2.67	4.33	6.83
	Control	.00	.00	.67

Tabla 14. Análisis comparativo mediante la prueba de Mann-Whitney.

	Rangos			
	Grupos	N	Rango promedio	Suma de rangos
E1. Función Física	Censo	56	82.71	4632
	Control	185	132.59	24529
E2. Desempeño Físico	Censo	56	121	6776
	Control	185	121	22385
E3. Desempeño Emocional	Censo	56	121	6776
	Control	185	121	22385
E4. Vitalidad	Censo	56	73.42	4111.5
	Control	185	135.4	25049.5
E5. Salud Mental	Censo	56	66.75	3738
	Control	185	137.42	25423
E6. Función Social	Censo	56	60.16	3369
	Control	185	139.42	25792
E7. Dolor Físico	Censo	56	73.33	4106.5
	Control	185	135.43	25054.5
E8. Salud General	Censo	56	67.04	3754.5
	Control	185	137.33	25406.5
E9. Cambio Salud	Censo	56	117.97	6606.5
	Control	185	121.92	22554.5
F1. Trabajo	Censo	56	193.79	10852
	Control	185	98.97	18309
F2. Vida Social	Censo	56	192.48	10779
	Control	185	99.36	18382
F3. Vida Familiar	Censo	56	188.76	10570.5
	Control	185	100.49	18590.5
F4. Estrés Percibido	Censo	56	177.86	9960
	Control	185	103.79	19201
F5. Apoyo Social	Censo	56	122.71	6872
	Control	185	120.48	22289
F6. Discapacidad	Censo	56	195.87	10968.5
	Control	185	98.34	18192.5