

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**

**NIVELES DE ANSIEDAD EN FAMILIARES DE PACIENTES CON
DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA**

RONY ROSALES FLORES

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, SEPTIEMBRE DE 2002

INDICE

I.	Introducción.....	1.
II.	Definición del problema.....	3
III.	Justificación.....	5
IV.	Objetivos.....	7
V.	Revisión bibliográfica.....	9
VI.	Diseño metodológico.....	21
VII.	Presentación de resultados.....	27
VIII.	Conclusiones.....	53
IX.	Recomendaciones.....	55
X.	Resumen.....	57
XI.	Bibliografía.....	59
XII.	Anexos.	61

I. INTRODUCCIÓN.

Los trastornos de ansiedad, antes denominados: “Trastornos neuróticos”, son entidades patológicas clasificadas dentro de la especialidad médica de la psiquiatría. Aunque su etiopatogenia es sólo parcialmente conocida, y su naturaleza subjetiva, entre otras características, condiciones por las que su interacción psicosomática es muchas veces subestimada; los efectos que producen en la vida humana son trascendentales como se describe en la revisión bibliográfica de éste estudio.

Gran variedad de patologías orgánicas producen ansiedad secundaria que pocas veces se trata, y puede complicar la enfermedad física, por ejemplo y entre otras cosas, por la relativa inmuno supresión que la ansiedad intensa y sostenida puede causar, y que a su vez puede determinar predisposición para desarrollar trastornos psicosomáticos a las que normalmente no se brinda terapéutica integral, que considere el componente psíquico del individuo.

Las circunstancias de problemática socioeconómica y estresantes ambientales, pueden precipitar también trastornos de ansiedad, como en la revisión bibliográfica de éste documento se describe, y en la realidad se observa, los pacientes con trastornos conductuales o del comportamiento, de la imaginación, percepción etc. como la esquizofrenia, pueden generar significativo estrés a los familiares cercanos que conviven con ellos por diversas circunstancias como la conducta agresiva, afecto plano que evita el desarrollo de nexos de tipo afectivo y así la independencia del núcleo familiar de su origen, que no sean productivos económicamente, las percepciones como alucinaciones visuales y auditivas, delirios etc. características de ésta entidad que contribuyeron a justificar la investigación.

Considerando lo expuesto, el presente estudio de tipo descriptivo transversal, se desarrolló en la consulta externa del Hospital Nacional de Salud

Mental para investigar los niveles de sintomatología ansiosa que cursan los familiares cercanos que conviven con los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, durante los meses de junio , julio y agosto de 2,002.

La investigación se desarrolló a través de la técnica de entrevista, (utilizando como instrumento la escala de Ansiedad “De Hamilton”) a los familiares acompañantes del paciente a su cita en la consulta externa, quienes la mayoría de las veces eran de sexo femenino, las madres, y en segundo lugar los padres, que convivían aún con los pacientes, y prevaleció también que sólo una persona los acompañara.

Fueron excluidas los familiares que por decisión personal no participaron, aproximadamente el 30% de la población total o universo, y a los que cumplían terapéutica con psicofármacos, sujetos escasos.

Se estableció que las intensidades totales o resultado final de la sumatoria de todos los ítems evaluados para detectar sintomatología ansiosa en general en ésta población de familiares de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia es del 9% para la media, 21% para la leve, y del 70% para la ausente o normal.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA:

La angustia y ansiedad, aflicción o congoja, según el Diccionario de la Real Academia Española, es la emoción más universalmente experimentada y ha sido objeto de especial atención por parte de filósofos, teólogos, poetas, psicólogos y psiquiatras. Se trata de una emoción compleja, difusa y desagradable que conlleva serias repercusiones psíquicas u orgánicas en el sujeto. (9).

Los trastornos de ansiedad (antes clasificados como “Trastornos Neuróticos”) constituyen un serio problema de Salud Pública. Se trata de un grupo de enfermedades que, como su nombre lo indica, cursan con ansiedad, y afectan al ser humano en cualquier etapa de su ciclo vital. (17).

En la población general la ansiedad constituye una de las alteraciones psiquiátricas más comunes presentándose como única manifestación clínica en la mayoría de los casos.

Otras veces surge asociada a una enfermedad física o a un trastorno depresivo, siendo muy importante la identificación de estos procesos, porque su tratamiento contribuye a aliviar sustancialmente la angustia. (17).

Los pacientes esquizofrénicos manifiestan un complejo conjunto de síntomas y signos muchos de los cuales expresan psicosis por el característico alejamiento de la realidad que evidencian. Lo dramático de esta situación, produce muchas veces trastornos emocionales significativos en los familiares, como depresión y estrés, emociones que se relacionan directamente con la ansiedad. (10,17).

Este estudio describe los niveles de ansiedad en los familiares de pacientes esquizofrénicos que asisten a la consulta externa del “Hospital Nacional de Salud Mental”, de la ciudad de Guatemala.

III. JUSTIFICACION:

La magnitud del problema planteado por la ansiedad es tal, que se calcula que el 8% de la población adulta padece síntomas que son la expresión en la vertiente física de la emoción ansiosa o angustiosa, y otro 11% sufre manifestaciones relevantes de ansiedad que están asociadas a enfermedad física lo que significa que una quinta parte de la población adulta manifiesta síntomas significativos de ansiedad. (8)

La importancia de los Trastornos de Ansiedad se debe a su alta prevalencia, y por el sufrimiento que conlleva tanto para el paciente como para su familia. Además, estos trastornos interfieren con el funcionamiento social, afectivo, cognoscitivo, y /o laboral u ocupacional de la persona.

Los familiares de pacientes que cursan con Síndromes como Esquizofrenia suelen presentar significativos niveles de estrés que produce ansiedad, la cual si no es controlada puede evolucionar y originar otro paciente psiquiátrico.(5).

Este estudio permitió detectar familiares que cursan con ansiedad patológica sin terapéutica, contribuyendo así a reducir la incidencia, prevalencia, y complicaciones de ésta entidad clínica.

Es importante además considerar que no existían estudios similares hasta la fecha en el Hospital Nacional de Salud Mental, y como producto de esta investigación se pueden tomar medidas preventivas y terapéuticas aplicadas a los familiares de los pacientes atendidos.

IV. OBJETIVOS.

A. GENERAL.

1. Describir la intensidad de la sintomatología ansiosa, en los familiares de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que asisten a la consulta externa del Hospital Nacional de Salud Mental.

B. ESPECIFICOS.

1. Determinar las características clínicas del trastorno de ansiedad, en familiares de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.
2. Determinar el sexo, edades, y grado de parentesco de las personas que acompañan a los pacientes.

V. REVISIÓN BIBLIOGRAFICA.

A. INTRODUCCION

La ansiedad es una emoción universal que normalmente experimentamos cuando enfrentamos peligros externos y/o conflictos intra psíquicos, y que tiene un enorme valor adaptativo ya que nos alerta y nos obliga a actuar instintivamente.

Los Trastornos de Ansiedad se refieren a expresiones diversas de ansiedad anormal-patológica (enfermiza), en cuanto constituyen una respuesta incorrecta ante un determinado estímulo, ya sea por su intensidad (sobre reacción), duración, o porque se presente fuera de contexto (como una falsa alarma).⁽²³⁾

La importancia de los Trastornos de Ansiedad está dada por su alta prevalencia y por el sufrimiento que conlleva tanto para el paciente como para su familia. Además, estos trastornos interfieren con el funcionamiento social, afectivo, cognoscitivo.

Muchos pacientes con ansiedad patológica buscan aliviar su malestar con el consumo de alcohol u otras sustancias adictivas, entre las que se cuentan algunos fármacos tranquilizantes. Estas "pseudosoluciones" no solo no resuelven el problema, sino que pueden agravar la ansiedad y llevar a un problema adicional. Un paciente con ansiedad patológica requiere un examen neuropsiquiátrico completo.^(19,22,23)

Los Trastornos de Ansiedad son enfermedades que tienen tratamientos específicos que incluyen fármacos y técnicas psicoterapéuticas apropiadas.

Podemos encontrar:

1. Crisis de angustia secundaria a patología somática.

2. Asociación de crisis de angustia y de patología somática.

La patología orgánica puede ser la causa de la angustia, acompañarla o mimetizarla. Es importante su identificación y tratamiento pues repercute de manera negativa en:

- 1) Evolución de la patología somática de base y aumento de la morbilidad, sobre todo en los ancianos ⁽¹⁾, 2) disminución de la calidad de vida, 3) disminución de la expectativa de vida⁽²⁾, 4) mayor demanda de asistencia médica y de recursos socio sanitarios, con aumento de los costes directos, 5) incremento de las bajas laborales y disminución de los rendimientos, con aumento de los costes indirectos, 6) mayor riesgo de suicidio ^(3,4,5) y 7) incremento del consumo de alcohol y otros tóxicos.

B. DEFINICIÓN:

La ansiedad es un estado emocional con sensación subjetiva desagradable, originada por una hiperactividad del sistema nervioso, provocada por una amenaza potencial, real o imaginaria, y que se manifiesta con síntomas físicos y psíquicos ⁽⁶⁾

Se habla de Ansiedad orgánica cuando el síntoma predominante es la ansiedad y es provocada por una causa orgánica ⁽⁷⁾. Es una ansiedad persistente o recurrente, o bien en forma de ataques de pánico debidos a factores orgánicos específicos, en ausencia de trastorno cognitivo importante o de alteraciones del humor, de la percepción, del pensamiento o de la personalidad ⁽⁸⁾ La intensidad es muy variable.

La ansiedad es muy frecuente como acompañante de otros procesos médicos, y puede alcanzar al 20-25 % del total de los cuadros que son vistos por el médico general.⁽⁵⁾

La ansiedad es un estado emocional caracterizado por la sensación vaga, desagradable y difusa de inquietud, aprensión o zozobra. La ansiedad puede tener características normales o patológicas de acuerdo con su intensidad, duración y el grado de alteración del comportamiento y funcionamiento de la los

diagnósticos de trastornos específicos de ansiedad. Ha desaparecido gradualmente el diagnóstico de neurosis para dar paso a los diagnósticos de trastornos específicos de ansiedad. La ansiedad normal se presenta como una reacción natural frente a las amenazas de la vida cotidiana. Algunos ejemplos de ansiedad normal son las sensaciones de: el lactante ante la separación de los padres, un niño el primer día escolar, un adolescente ante su primera cita, un adulto al pensar en la vejez y la enfermedad y cualquier persona frente a una situación de compromiso, de crecimiento, de cambio o al experimentar algo nuevo y no aprobado.

C. MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

Las manifestaciones físicas y psíquicas de la ansiedad son muy variadas: taquicardia, palpitaciones, dificultad respiratoria y sensación de falta de aire, hiperventilación, taquipnea sudoración profusa, poliuria y polidipsia. Náuseas, vómitos, molestias digestivas y diarreas. Temblor, inquietud, alteraciones del sueño: conciliación y mantenimiento en el ritmo y la calidad del sueño. Sensación de fatiga, tos seca y carraspeos. Cefaleas, mareo y sensación de inestabilidad. Despersonalización y desrealización. Dolores vagos. Sensación de peligro inminente, miedo a perder el juicio o al control de sus actos, distraibilidad y falta de concentración y de rendimientos intelectuales. Tensión motora e inquietud, temores vagos e injustificados, inseguridad. Esta riqueza de síntomas nos va a plantear importantes problemas a la hora de hacer el diagnóstico y el diagnóstico diferencial, porque son muchas las enfermedades somáticas de etiología clara y definida que, además de sus síntomas característicos, presentan también ansiedad.

D. ANSIEDAD DEBIDA A ENFERMEDADES MÉDICAS

Son trastornos médicos que se acompañan de ansiedad. Los cuadros clínicos en los que más frecuentemente se produce esta asociación son ^(9,10) :

1. Enfermedades endocrinas y metabólicas:

Feocromocitoma: producen episodios bruscos de taquicardia, palpitaciones, aumento de la tensión arterial, sudoración, calor, sequedad de boca, temblores, cefaleas e incluso sensación de muerte inminente. Es difícil diferenciarlo de las crisis de pánico puras. No suelen desarrollar ansiedad anticipatoria ni conductas evitativas ⁽¹¹⁾.

- Trastornos tiroideos, hipertiroidismo o hipotiroidismo, sobre todo el primero. Provocan crisis que posteriormente pueden hacerse autónomas aunque se normalice la función tiroidea. Es aconsejable la realización de pruebas tiroideas de forma rutinaria ⁽¹²⁾.

- Hipoglucemia: Cuando aparecen ataques postprandiales tardíos se debe medir la glucemia durante la crisis. Suele acompañar sensación de hambre.

- Hipoparatiroidismo. Es poco frecuente. Nos orienta la cirugía tiroidea previa, calcio bajo, fósforo alto y fosfatasa alcalina normal.

- Síndrome de Cushing., menopausia, síndrome premenstrual, y enfermedad de Adison.

2. Enfermedades cardiovasculares:

Entre éstas, las más frecuentes son : insuficiencia coronaria, infarto de miocardio, taquicardia paroxística supraventricular, prolapso de válvula mitral, arritmias, hipertensión arterial.

La frecuencia cardíaca suele ser superior a 140 latidos por minuto. Los síntomas son palpitaciones, dolor isquémico subesternal, sensación de vértigo o mareo, poliuria; la duración es variable, generalmente superior a 10 minutos. No suele presentar relación con el ejercicio ni con las emociones.

Los episodios de insuficiencia coronaria también pueden simular una crisis de angustia. A veces es imprescindible un ECG, lo mismo que en el prolapso de válvula mitral. Éste último cuadro se acompaña de palpitaciones, taquicardia, mareo, vértigo, disnea, fatiga y dolor precordial atípico. Hay teorías según las

cuales el prolapso y la crisis serían manifestaciones de un mismo trastorno, o que uno sería consecuencia de la otra.

3. Respiratorias:

La disnea e hiperventilación aparecen en las crisis de angustia y en muchos cuadros respiratorios. La hiperventilación resulta de un fracaso del sistema nervioso central en el control del ritmo respiratorio y puede ser inducido por sobrecarga respiratoria exógena. Aparte de la disnea, pueden aparecer palpitaciones o arritmia. La gasometría muestra descenso del PCO₂, pH alcalótico y PO₂ normal o alto. Puede acompañar a: asma bronquial, enfermedad pulmonar obstructiva, hipoxia por embolia o neumonía, síndrome de hiperventilación, y apnea del sueño.

4. Neurológicas:

Son frecuentes la patología del lóbulo temporal y crisis complejas que suelen ser muy breves, de segundos de duración, con comienzo y finalización muy agudos, las enfermedades desmielinizantes, enfermedad de Parkinson., demencias ⁽¹³⁾ , enfermedad de Wilson, accidente vascular frontal o temporolímbico, tumores del tercer ventrículo, corea de Huntington, delirium, síndrome postconfusional, que desarrollan ansiedad hasta en un 20 % de los casos ⁽¹⁴⁾ .

La ansiedad es un síntoma frecuente en las demencias, sobre todo en los primeros estadios. Cuando el deterioro cognitivo es grave, resulta difícil su exploración pues el paciente no consigue identificar y transmitir sus manifestaciones físicas o psíquicas, y se diferencia mal de la inquietud o agitación ⁽¹³⁾ .

5. Enfermedades carenciales y metabólicas:

Déficit de vitamina B12, ácido fólico, o vitamina B1, anemia y porfiria.

6. Intoxicación por sustancias:

Alcohol, anfetaminas y derivados, alucinógenos, cafeína, cannabis, cocaína, PCP, inhalantes, broncodilatadores, estimulantes alfa-adrenérgicos, y anticolinérgicos entre otros.

La cafeína puede inducir crisis de ansiedad a dosis de 200 mg. al día ⁽¹⁵⁾ , y en consumidores crónicos la abstinencia puede inducir un ataque ⁽¹⁶⁾ .

La teofilina, relacionada químicamente con la cafeína, puede producir efectos cardiovasculares similares a los de ésta última ⁽¹⁷⁾ .

Los estimulantes alfa-adrenérgicos se relacionan estructuralmente con las anfetaminas y pueden producir insomnio, irritabilidad, ansiedad e inquietud.

Los broncodilatadores, químicamente parecidos a las catecolaminas, elevan los niveles de lactato, la tensión arterial y el ritmo cardíaco, precipitando ataques en sujetos predispuestos.

7. Síntomas por supresión de:

Alcohol, cocaína, barbitúricos, benzodiacepinas, antidepresivos, hipnóticos y neurolépticos.

8. Provocada por diversos tratamientos:

Anestésicos, analgésicos, antiinflamatorios, broncodilatadores, anticolinérgicos, insulina, preparados tiroideos, anticonceptivos orales, antihistamínicos, antiparkinsonianos, corticoides, antihipertensivos, sales de litio, anticomiciales, antidepresivos o antipsicóticos.

9. Otras causas:

Intoxicación por metales pesados, gases nerviosos, sustancias volátiles como gasolina o pintura, insecticidas organofosforados, CO₂ y CO.

E. CLASIFICACION:

La ansiedad es muy frecuente como acompañante de otros procesos médicos, y puede alcanzar al 20-25 % del total de los cuadros que son vistos por el médico general ⁽⁵⁾ .

Las formas clínicas de presentación pueden ser:

1. **Trastorno de Ansiedad Generalizada**, en el que hay una "angustia libre flotante", que no se presenta ante situaciones concretas, sino de forma casi permanente, pudiendo variar mucho en intensidad. Hay una situación de "expectativa aprensiva", inquietud, fatiga y dificultad para concentrarse.

2. **Trastorno de Pánico**, con crisis de angustia paroxística episódica, en las que aparecen los síntomas de forma súbita y dramática, con sensación de muerte inminente. La intensidad de la angustia es mayor que en el caso anterior y si se repiten los episodios se acompaña de ansiedad anticipatoria, lo que secundariamente puede llevar a los enfermos a una limitación progresiva de sus actividades, o al consumo excesivo de tranquilizantes o alcohol. Tampoco es raro que desarrollen sintomatología depresiva a la larga, siendo un factor de riesgo para intentos de suicidio ^(3,4).

3. **Trastorno por estrés postraumático**, debida a "reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos con síntomas debidos al aumento de activación y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma". Los síntomas suelen aparecer los primeros meses después del trauma y el tiempo que pueden durar es muy variable.

4. **El Trastorno por estrés agudo** se presenta con síntomas similares al anterior y aparece en el mes siguiente, a un acontecimiento altamente traumático. La intensidad de los síntomas y las manifestaciones pueden ser muy variables.

F. DIAGNÓSTICO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Debemos hacerlo por la historia clínica y la exploración psicopatológica, exploración física y neurológica y escalas de evaluación. Hay que identificar la enfermedad somática que la puede generar. Se deben realizar las exploraciones complementarias que se consideren pertinentes según la clínica acompañante, e incluir analítica de rutina, ECG, hormonas tiroideas, B12 y ácido fólico ⁽¹⁸⁾.

No siempre es fácil diferenciar la ansiedad de la depresión, con la que se solapa a menudo. Incluso los instrumentos empleados para su evaluación no son puros, ya que casi todas las escalas de depresión tienen varios ítems de ansiedad

somática o psíquica, y en las escalas de ansiedad las puntuaciones mejoran cuando mejora el estado afectivo ⁽¹⁹⁾.

Las escalas para valorar la ansiedad pueden ser auto o hetero aplicadas, unas y otras tienen ventajas e inconvenientes ⁽²⁰⁾, las más conocidas son: la “Escala de Hamilton de Ansiedad”, “Escala de Zung” y la “Escala de Beck”.

La medida de la ansiedad parece más compleja que la de la depresión, sin duda por las dificultades que ofrece este trastorno. La ansiedad no es un trastorno homogéneo y los síntomas medidos no tienen la misma estabilidad temporal que los síntomas depresivos. La ansiedad puede componerse de síntomas predominantemente somáticos en algunos sujetos, mientras que en otros constituye un síndrome más bien psíquico. Los manuales contemporáneos y estadísticos (como el DSM-VI o CIE 10) reconocen las distintas categorías de los trastornos de ansiedad y resulta verdaderamente difícil encontrar una escala que mida todo los fenómenos de la ansiedad.

No todas las escalas de la ansiedad miden de la misma manera este trastorno entre otras diferencias, varía en el enfoque temporal: las escalas del estado de ansiedad miden el presente o el pasado más reciente, mientras que las escalas de los rasgos de la ansiedad miden las sensaciones subjetivas generales.

Un último aspecto a considerar, a la hora de medir la ansiedad, es la coexistencia tan asidua entre la ansiedad y otros trastornos. El ejemplo más llamativo de coexistencia es el de ansiedad y sintomatología depresiva.

Por lo tanto, para medir la ansiedad se necesitan instrumentos que proporcionen un juicio sintético de la propia ansiedad y al mismo tiempo evalúen de manera exacta la intensidad del trastorno.

G. TERAPEUTICA.

El tratamiento de la ansiedad secundaria se basa en: tratamiento de la enfermedad somática de base, psicofármacos y medidas psicoterapéuticas.

El tratamiento de la enfermedad básica puede, en ocasiones, ser suficiente para resolver la sintomatología. En otras precisará de tratamiento psicofarmacológico específico y/o medidas psicoterapéuticas.

Se debe intervenir sí: los síntomas son severos y persistentes, hay historia previa de respuesta al tratamiento, importante repercusión en la calidad de vida o no han sido suficientes las medidas psicoterapéuticas instauradas.

1. Psicofármacos

a. **Benzodiacepinas** son los primeros fármacos a prescribir. Su acción terapéutica se relaciona con los sistemas GABA e indirectamente actúa sobre serotonina, noradrenalina, acetilcolina y dopamina. La elección de la benzodiacepina se hará según: vida media, presencia o no de metabolitos activos, forma metabólica de eliminación, edad del paciente, patología somática, personalidad previa del enfermo y si pretendemos un tratamiento de base o en crisis.

Las benzodiacepinas de acción corta o intermedia tienen menos riesgo de acumulación y más de habituación o de síntomas de retirada. Si se emplean las de acción prolongada, es preferible utilizar dosis única y vigilar a los ancianos en los que, por su acumulación, se notaran los fallos cognitivos a medida que avance el tratamiento ⁽²¹⁾.

Las benzodiacepinas que se eliminan por conjugación (oxacepam, loracepam o tepazepam) no incrementan su efecto con la edad, y las que lo hacen por oxidación como el clonacepam, diacepam o cloracepato tienden a aumentarlo con la edad. El oxacepam y el loracepam no tienen metabolitos activos.

En los ancianos son preferibles, en principio, las benzodiacepinas de vida media corta o intermedia y poco las de vida media larga por el riesgo de acumulación señalado, que favorece los fallos cognitivos ^(21,22). Los ancianos son más sensibles a los efectos depresores centrales y a los efectos indeseables de mareo, confusión y ataxia que se incrementan al continuar el tratamiento ^(23,24).

Se deben establecer tratamientos durante períodos limitados, con revisiones regladas y etapas de descanso. Nunca instaurarlo a demanda del paciente o familias. La pauta del tratamiento será diferente si lo instauramos para resolver una situación puntual de crisis o si es un tratamiento de base.

Cuando el paciente tiene historia previa de adicción o tendencia a automedicarse, es preferible el tratamiento con neurolépticos sedantes en dosis bajas o antidepresivos sedantes.

Siempre tener presente la patología concomitante respiratoria, broncopatas crónicos y neumonías; el riesgo de hipotensión, conducción, manejo de máquinas peligrosas, etc ⁽²⁵⁾.

b. Los betabloqueantes se han mostrado eficaces especialmente sobre el correlato de las manifestaciones somáticas de la ansiedad y no lo son tanto cuando predomina la ansiedad psíquica.

c. Las azapironas, como buspirona: que es agonista parcial de los receptores de la serotonina. Puede estar indicada cuando se precisan ansiolíticos y las benzodiacepinas producen muchos efectos secundarios cognitivos o de la marcha. Su defecto es la latencia de dos semanas aproximadamente

d. Los antidepresivos clásicos y los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina, ISRS, se pueden emplear como ansiolíticos. Están plenamente indicados en el trastorno de ansiedad con o sin agorafobia, así como en los ataques de pánico. Son antidepresivos con importante componente sedante: amitriptilina, clorimipramina, maprotilina, mianserina, fluvoxamina, mirtazapina y nefazodona.

e. Antihistamínicos: Pueden producir sedación.

f. Neurolépticos sedantes: Son de elección en pacientes con enfermedades somáticas graves o con problemas respiratorios. La elección depende de la patología subyacente. Son preferibles en la ansiedad que acompaña a la demencia y al delirium⁽²³⁾ en la que acompaña a las psicosis orgánicas y en drogadictos .

LA ESQUIZOFRENIA.

Es una enfermedad mental que comienza generalmente entre los 16 y los 25 años de edad aunque puede iniciarse en la edad media de la vida o mucho mas tarde, mayor posibilidad tendrá de dañar la personalidad del paciente cuanto mas precoz sea su comienzo, así como dependerá de la habilidad innata de adaptarse del paciente, para llevar a cabo una vida normal. A pesar de tener terapéutica, las recaídas son frecuentes y en ocasiones no se recupera el paciente por completo de las mismas. Este trastorno puede hacer muy difícil el llevar a cabo una vida totalmente independiente, trabajar estudiar y relacionarse con los demás. Afecta aproximadamente a una de cada cien personas.

Las personas que padecen esquizofrenia rara vez son peligrosas y no poseen doble personalidad.

MANIFESTACIONES CLINICAS.

Se dividen en dos grupos:

Los síntomas negativos que son mas la ausencia de conductas normales. Los sentimientos, conductas y pensamientos del paciente con esquizofrenia, están en parte desconectados unos de otros, de tal manera que lo que la persona dice puede no guardar relación con lo que siente o hace.

Síntomas positivos, que son experiencias anormales, en las que el paciente puede sentir que sus pensamientos se le han impuesto desde fuera, o que se le han robado por algo o alguien externo. El cuerpo puede sentirse como si hubiera sido poseído o controlado como una marioneta. La personalidad por completo parece estar bajo la influencia de una fuerza extraña o espíritu, experiencia explicada de acuerdo con su educación y cultura. (1,17).

VI. DISEÑO METODOLÓGICO.

A. METODOLOGÍA:

A. TIPO DE ESTUDIO.

Descriptivo, transversal y prospectivo.

B. Selección del sujeto a estudio.

Se seleccionó la muestra de familiares de pacientes que asistieron a la consulta externa del Hospital Nacional de Salud Mental con diagnóstico de Esquizofrenia, revisando el libro de admisión, para después revisar los expedientes de pacientes con éste diagnóstico. Luego en forma aleatoria se contactó a los familiares de los pacientes después o durante su visita a la cita en la consulta externa, y se entrevistaron utilizando como instrumento la Escala de Ansiedad de Max Hamilton.

C. Universo de Estudio.

Lo constituyeron los familiares, de pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia, que asistieron a tratamiento a la Consulta Externa del Hospital Nacional de Salud Mental, durante un año, que según los libros de registro del Departamento de Estadística del Hospital, son de 1,500 familiares igual que el número de pacientes, pues se consideró sólo un familiar por paciente.

C. Muestra del Estudio.

Considerando 1,500 como Universo del Estudio, con una prevalencia de ansiedad en la población general del 10%, se calculó una precisión deseada del 5%, de acuerdo con la siguiente fórmula estadística con la que se calculó el tamaño de la muestra.

Tamaño muestral: $n/(1-(n/\text{población}))$

$$n = z^2 \cdot P(1-P) / (d^2)$$

Fórmula tomada del Manual Paltext, OPS.

$z =$ Variación estándar normal o valor z correspondiente para el nivel de confianza deseado (en éste caso 1.96 por ser el 95% de confianza).

$P =$ Proporción de la población con la afección (para este caso 10% de prevalencia de ansiedad en la población general).

$d =$ Precisión deseada, (5% para éste estudio).

Para el Universo establecido, aplicando la fórmula da un resultado de 140 sujetos de estudio como Muestra estadística mente representativa.

D. Criterios de inclusión y exclusión:

1. Inclusión:

Se incluyeron los familiares de pacientes que consultaron o asistieron a tratamiento por esquizofrenia a la consulta externa del Hospital Nacional de Salud Mental, durante los meses de junio a agosto de 2,002.

2. Exclusión:

Se excluyeron del estudio:

- a. Todo familiar que por alguna causa no aceptó participar.
- b. Todo familiar que en ése momento se encontraba bajo tratamiento farmacológico con ansiolíticos, u otras terapéuticas, que originaran falsos resultados al entrevistarse.

E. VARIABLES A ESTUDIAR.

VARIABLE.	DEFINICIÓN TEORICA.	DEFINICION OPERACIONAL.	ESCALA DE MEDICION.	UNIDAD DE MEDIDA.
EDAD (De familiares de pacientes).	Tiempo que una persona ha vivido desde que nació.	Anotación en años, la edad del familiar del paciente.	Cuantitativa.	Años cumplidos.
SEXO (De familiares de pacientes).	Condición anatómica y fisiológica que distingue ambos sexos.	Anotar el sexo del familiar del paciente.	Cualitativa.	Masculino, femenino.
FAMILIAR.	Miembro perteneciente a la familia por consanguinidad o	Respuesta directa del entrevistado.	Cualitativa.	Padre-madre Abuelo-abuela Hermano-hermana Padrastro-madrastra

	afinidad.			Tío-tía Primo-prima.
ANSIEDAD.	Inquietud y aprensión temerosa.	Respuesta directa del entrevistado	Cuantitativa.	Escala de Hamilton. (Puntaje de 0 a 4.
TENSIÓN.	Imposibilidad de relajarse.	Respuesta directa del entrevistado	Cuantitativa.	Escala de Hamilton. (Puntaje de 0 a 4.
MIEDOS.	Perturbación angustiosa del animo, por riesgo o amenaza.	Respuesta directa del entrevistado	Cuantitativa.	Escala de Hamilton. (Puntaje de 0 a 4.
INSOMNIO	Trastornos del sueño.	Respuesta directa del entrevistado	Cuantitativa.	Escala de Hamilton. (Puntaje de 0 a 4.
FUNCIONES INTELECTUALES.	Facultades mentales superiores.	Respuesta directa del entrevistado	Cuantitativa.	Escala de Hamilton. (Puntaje de 0 a 4.
ESTADO DE ANIMO DEPRESIVO.	Falta de interés, apatía y desgano.	Respuesta directa del entrevistado	Cuantitativa.	Escala de Hamilton. (Puntaje de 0 a 4.
SINTOMAS SOMATICOS.	Quejas corporales, musculares.	Respuesta directa del entrevistado	Cuantitativa.	Escala de Hamilton. (Puntaje de 0 a 4.
SINTOMAS SOMATICOS, SENSORIALES.	Sensaciones corporales.	Respuesta directa del entrevistado	Cuantitativa.	Escala de Hamilton. (Puntaje de 0 a 4.
SÍNTOMAS CARDIOVASCULARES.	Taquicardia, palpitaciones y otras quejas relacionadas con el corazón.	Respuesta directa del entrevistado	Cuantitativa.	Escala de Hamilton. (Puntaje de 0 a 4.
SÍNTOMAS RESPIRATORIOS.	Sensación de ahogo, falta de aire.	Respuesta directa del entrevistado	Cuantitativa.	Escala de Hamilton. (Puntaje de 0 a 4.
SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES.	Quejas relacionadas a molestias gastrointestinales	Respuesta directa del entrevistado	Cuantitativa.	Escala de Hamilton. (Puntaje de 0 a 4.
SINTOMAS GENITOURINARIOS.	Quejas relacionadas a molestias genitourinarias.	Respuesta directa del entrevistado	Cuantitativa.	Escala de Hamilton. (Puntaje de 0 a 4.
SINTOMAS DEL SISTEMA NERVIOSO AUTONOMO.	Quejas de síntomas relacionados a sistema nervioso autónomo.	Respuesta directa del entrevistado	Cuantitativa.	Escala de Hamilton. (Puntaje de 0 a 4.

F. RECURSOS.

1. HUMANOS.

- a. Familiares de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, que consultaron a la consulta externa del Hospital Nacional de Salud Mental.
- b. Investigador.

2. MATERIALES.

- i. Boletas con la escala de ansiedad de Max Hamilton .

b. FISICOS.

- i. Instalaciones del Hospital Nacional de Salud Mental
- ii. Equipo y material de oficina.
- iii. Computadora.
- iv. Calculadora.

G. PLAN DE RECOLECCION DE DATOS.

1. Se obtuvo la autorización al Hospital Nacional de Salud Mental para efectuar la investigación.
2. Contactando los familiares aleatoriamente se procedió a la realización de una encuesta piloto la primera semana, entrevistando a diez familiares de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia para comprobar la efectividad de la tabulación.
3. Se realizaron las entrevistas a familiares de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, llenando la boleta con los datos de la escala de ansiedad de Max Hamilton, en la consulta externa, del Hospital.
4. Tabulación de la información recopilada.

H. ASPECTOS ÉTICOS

Al realizar la entrevista, no se manipuló a los familiares de los pacientes, contestar las preguntas fué confidencial y voluntario, no se solicitó nombre. Por ser entrevistas esta investigación es congruente y éticamente adecuada según el código de Helsinki de investigaciones biomédicas, con ese objetivo se obtuvo un “Consentimiento Informado” documento que detalla las características generales y sobre todo enfatiza los objetivos del estudio, y lo firmaron los familiares de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia al entrevistarse, informando así su consentimiento voluntario de participar en el estudio.

I. EJECUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

Todos los días en que se realizaron entrevistas, se contactaron al azar los pacientes que llegaron a su respectiva consulta programada ese día, posteriormente se entrevistó a los familiares llenando los ítems de la boleta de la escala de ansiedad de Max Hamilton, se aplicaron los parámetros de evaluación que contiene, de ésta manera se determinó el nivel de ansiedad que presentaron.

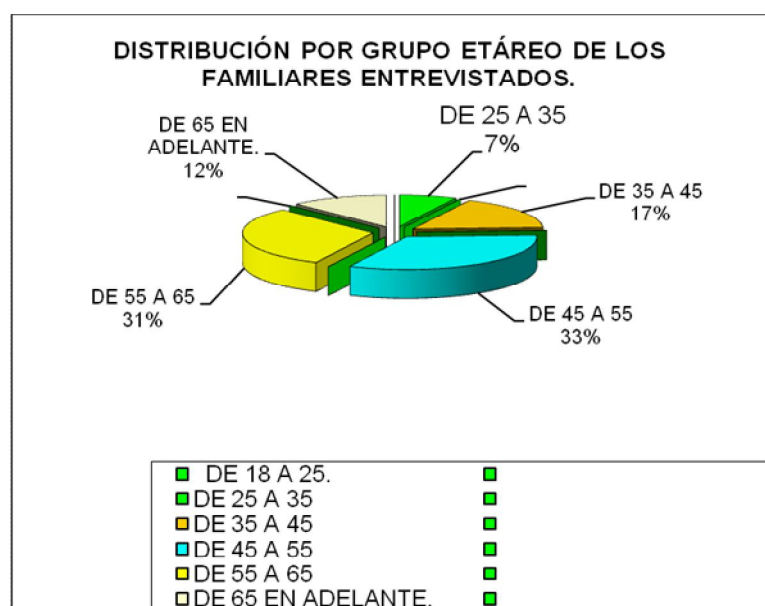
V. PRESENTACIÓN ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

CUADRO 1.

Distribución por grupo etáreo, de los familiares de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que asisten a la consulta externa del Hospital Nacional de Salud Mental.

EDAD.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
DE 18 A 25.	0	0%
DE 25 A 35	10	7.00%
DE 35 A 45	24	17.00%
DE 45 A 55	46	33.00%
DE 55 A 65	43	31.00%
DE 65 EN ADELANTE.	17	12.00%
TOTAL.	140	100%

Fuente: Boletas de recolección de datos con la "Escala de Ansiedad de Hamilton".

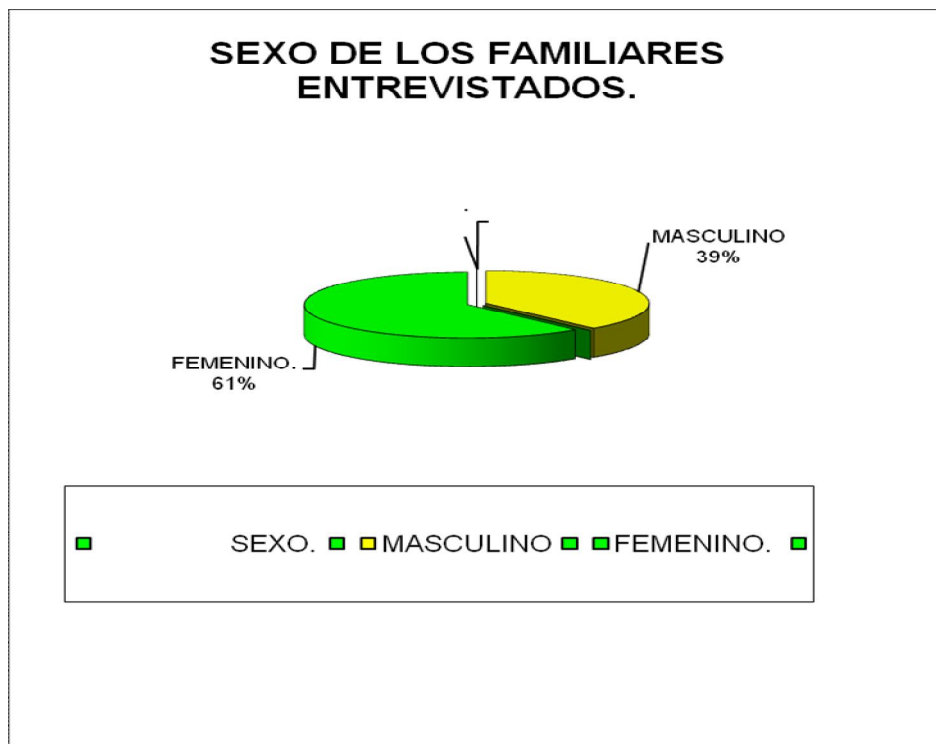


CUADRO 2.

Sexo de los familiares de los Pacientes con Diagnostico de Esquizofrenia que asisten a la Consulta Externa del Hospital Nacional de Salud Mental.

SEXO.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
MASCULINO	54	39%
FEMENINO.	86	61%
TOTAL .	140	100%

Fuente: Boletas de recolección de datos con la "Escala de Ansiedad de Hamilton".

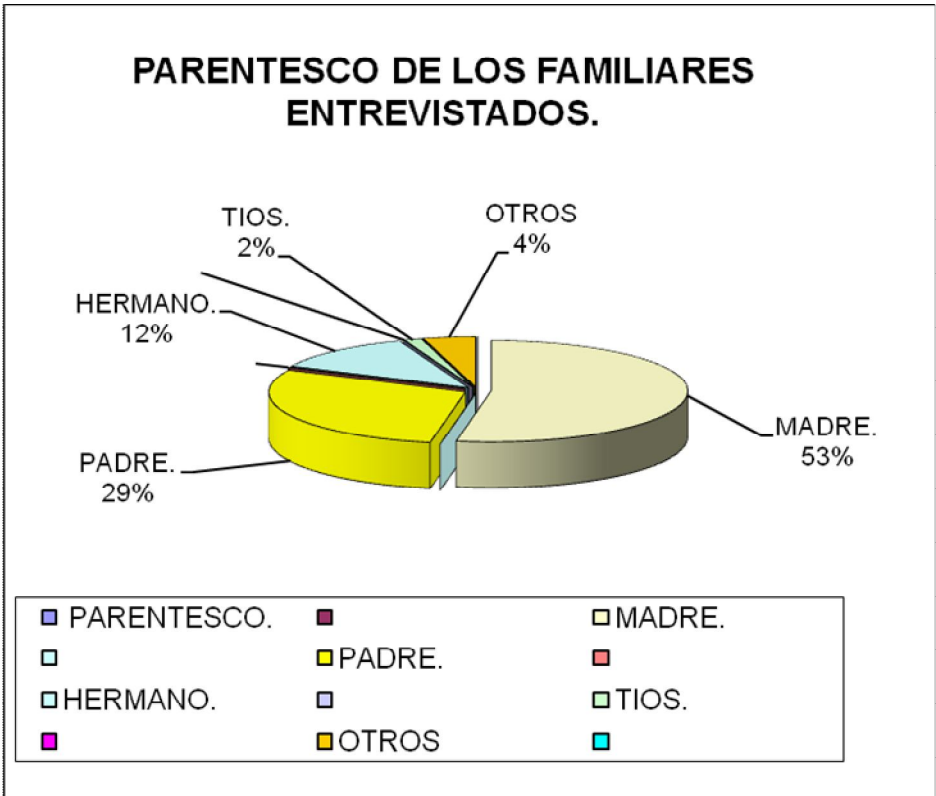


CUADRO 3.

Parentesco de los familiares de los Pacientes con Diagnóstico de Esquizofrenia que asisten a la Consulta Externa del Hospital Nacional de Salud Mental.

PARENTESCO.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
MADRE.	74	54%
PADRE.	41	29.00%
HERMANO.	17	12.00%
TIOS.	2	1.00%
OTROS	6	4.00%
TOTAL.	140	100%

Fuente: Boletas de recolección de datos con la "Escala de Ansiedad de Hamilton".



CUADRO 4.

Síntoma de "ESTADO DE ANIMO ANSIOSO", referido en la
 escala de "Ansiedad de Hamilton", por los familiares de los
 pacientes con diagnostico de Esquizofrenia que asisten a la
 Consulta Externa del Hospital Nacional de Salud Mental.

GRADO DE INTENSIDAD.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
0 = AUSENTE.	18	12.85%
1= INTENSIDAD LEVE.	58	41.42%
2= INTENSIDAD MEDIA.	40	28.57%
3= INTENSIDAD FUERTE.	20	14.31%
4= INTENSIDAD MÁXIMA.	4	2.85%
TOTAL.	140	100%

Fuente: Boletas de recolección de datos con la "Escala de Ansiedad de Hamilton".

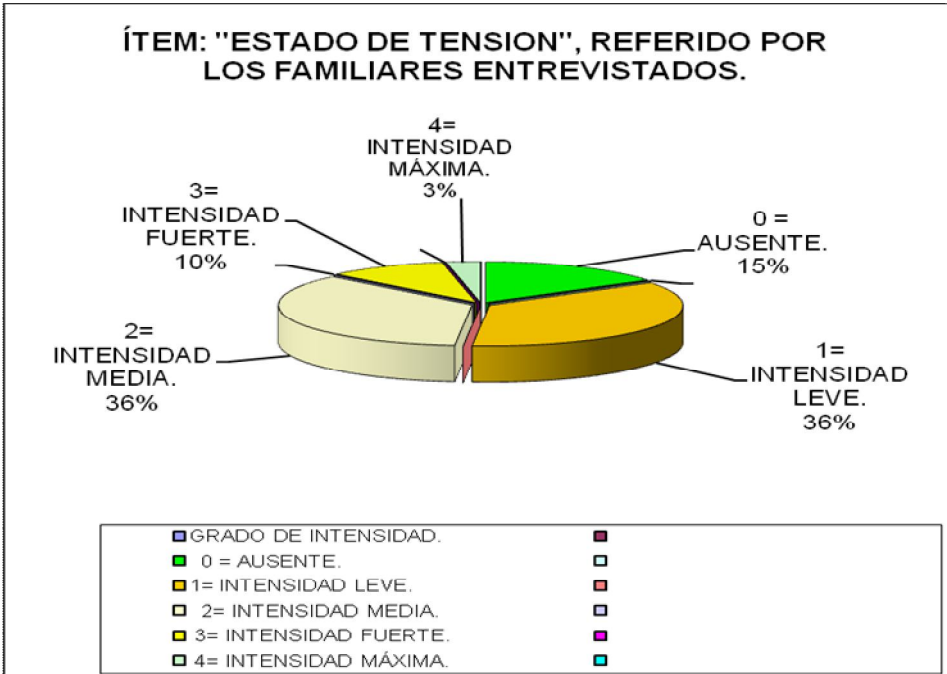


CUADRO 5.

Síntoma de "TENSION", referido en la escala de "Ansiedad de Hamilton", por los familiares de pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia que asisten a la Consulta Externa del Hospital Nacional de Salud Mental.

GRADO DE INTENSIDAD.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
0 = AUSENTE.	22	15.71%
1= INTENSIDAD LEVE.	50	35.71%
2= INTENSIDAD MEDIA.	50	35.71%
3= INTENSIDAD FUERTE.	14	10%
4= INTENSIDAD MÁXIMA.	4	2.86%
TOTAL.	140	100%

Fuente: Boletas de recolección de datos con la "Escala de Ansiedad de Hamilton".

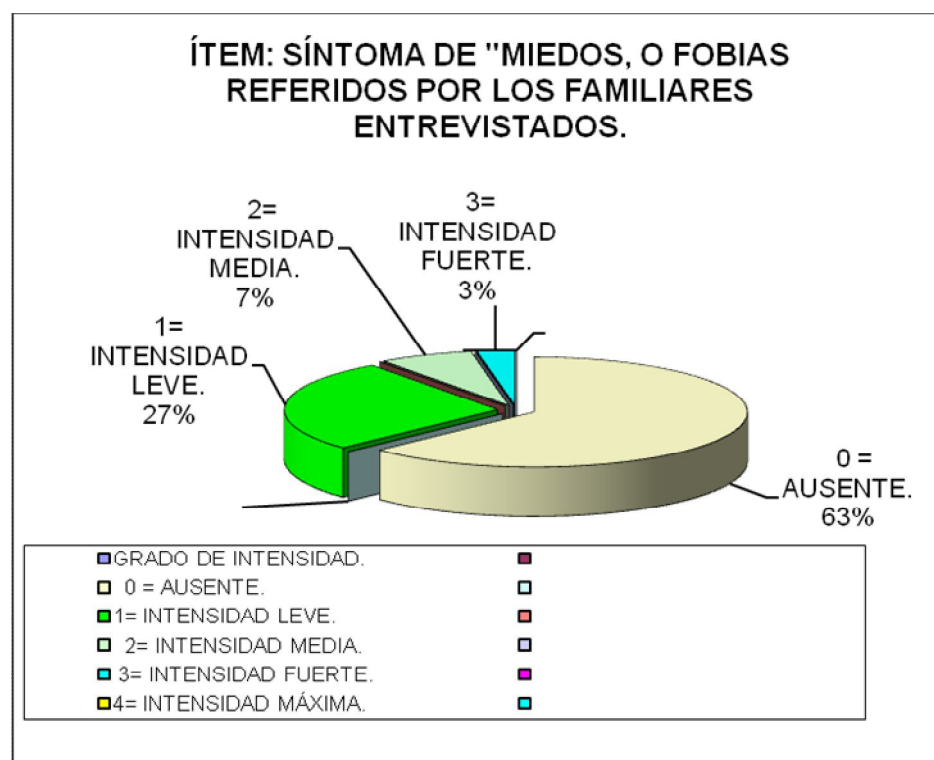


CUADRO 6.

Síntoma de "MIEDOS, FOBIAS, O TEMORES", referidos con
la escala de "Ansiedad de Hamilton", por los familiares de los
pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia que asisten a la
Consulta Externa del Hospital Nacional de Salud Mental.

GRADO DE INTENSIDAD.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
0 = AUSENTE.	88	62.85%
1= INTENSIDAD LEVE.	38	27.14%
2= INTENSIDAD MEDIA.	10	7.14%
3= INTENSIDAD FUERTE.	4	2.85%
4= INTENSIDAD MÁXIMA.		
TOTAL.	140	100%

Fuente: Boletas de recolección de datos con la "Escala de Ansiedad de Hamilton".

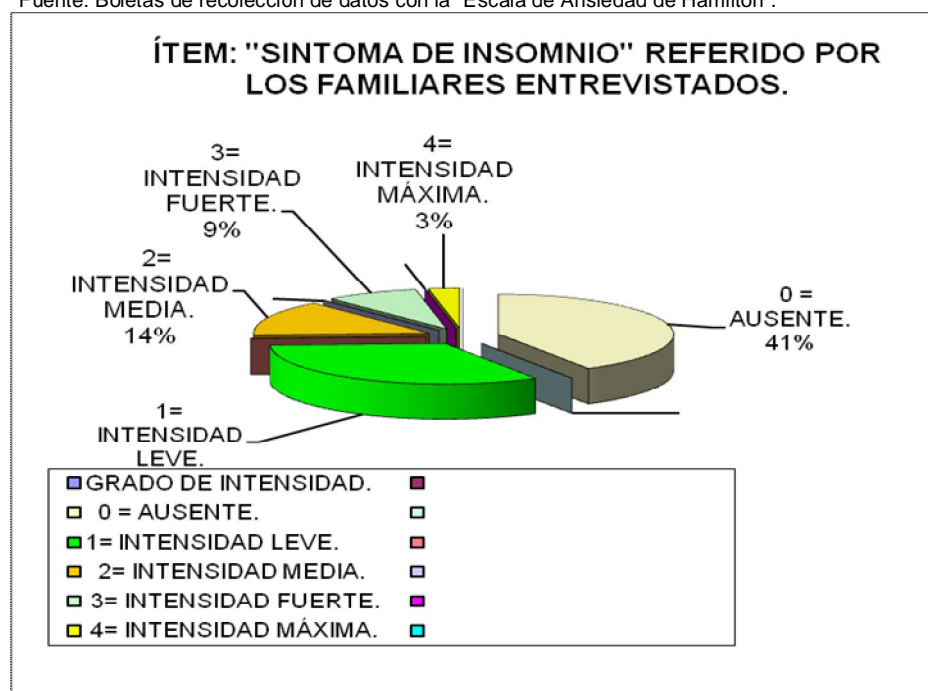


CUADRO 7.

Síntoma de "INSOMNIO", referido en la escala de "Ansiedad de Hamilton", por los familiares de los pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia que asisten a la Consulta Externa del Hospital Nacional de Salud Mental.

GRADO DE INTENSIDAD.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
0 = AUSENTE.	58	41.41%
1= INTENSIDAD LEVE.	46	32.85%
2= INTENSIDAD MEDIA.	20	14.28%
3= INTENSIDAD FUERTE.	12	8.57%
4= INTENSIDAD MÁXIMA.	4	2.85%
TOTAL.	140	100%

Fuente: Boletas de recolección de datos con la "Escala de Ansiedad de Hamilton".

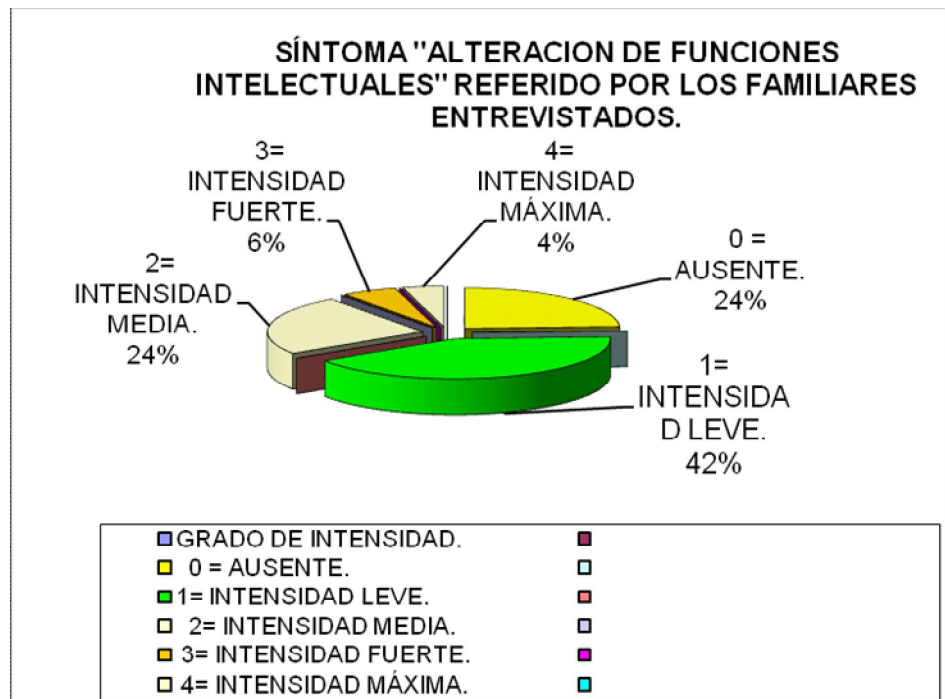


CUADRO 8.

Síntoma "ALTERACION DE FUNCIONES INTELECTUALES",
referido en la escala de "Ansiedad de Hamilton", por los familiares de
los pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia que asisten a la
Consulta Externa del Hospital Nacional de Salud Mental.

GRADO DE INTENSIDAD.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
0 = AUSENTE.	34	24.28%
1= INTENSIDAD LEVE.	58	41.46%
2= INTENSIDAD MEDIA.	34	24.28%
3= INTENSIDAD FUERTE.	8	5.70%
4= INTENSIDAD MÁXIMA.	6	4.28%
TOTAL.	140	100%

Fuente: Boletas de recolección de datos con la "Escala de Ansiedad de Hamilton".

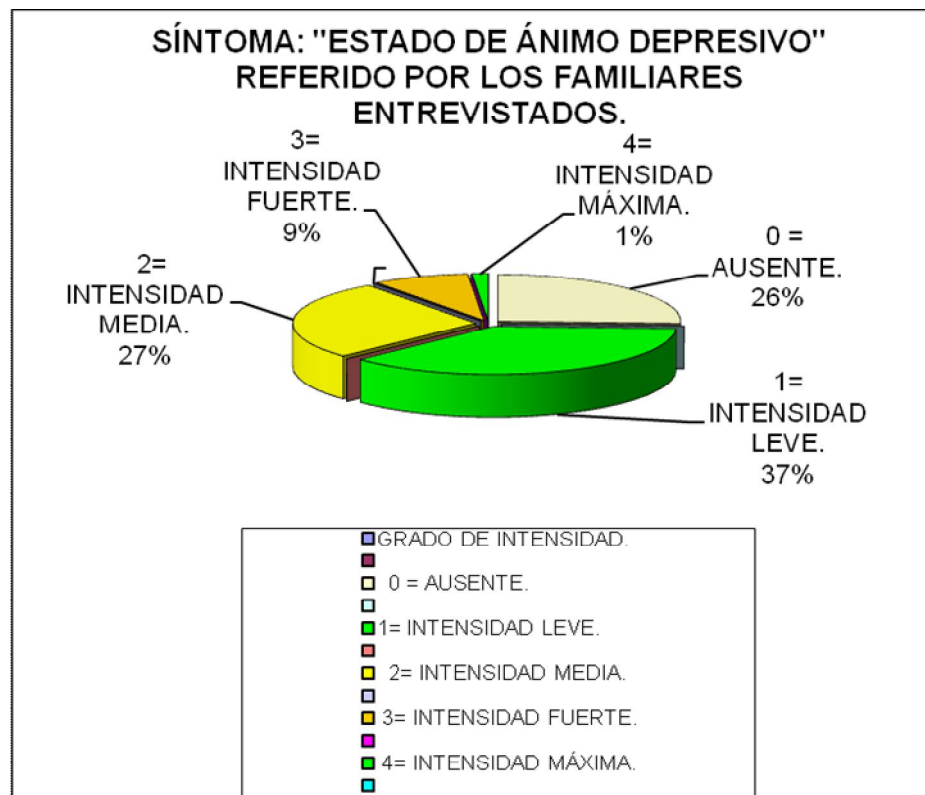


CUADRO 9.

Síntoma "ESTADO DE ANIMO DEPRESIVO", referido en la
 escala de "Ansiedad de Hamilton", por los familiares de los pacientes
 con diagnóstico de Esquizofrenia que asisten a la Consulta Externa
 del Hospital Nacional de Salud Mental.

GRADO DE INTENSIDAD.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
0 = AUSENTE.	36	25.71%
1= INTENSIDAD LEVE.	52	37.14%
2= INTENSIDAD MEDIA.	38	27.14%
3= INTENSIDAD FUERTE.	12	8.57%
4= INTENSIDAD MÁXIMA.	2	1.44%
TOTAL.	140	100%

Fuente: Boletas de recolección de datos con la "Escala de Ansiedad de Hamilton".

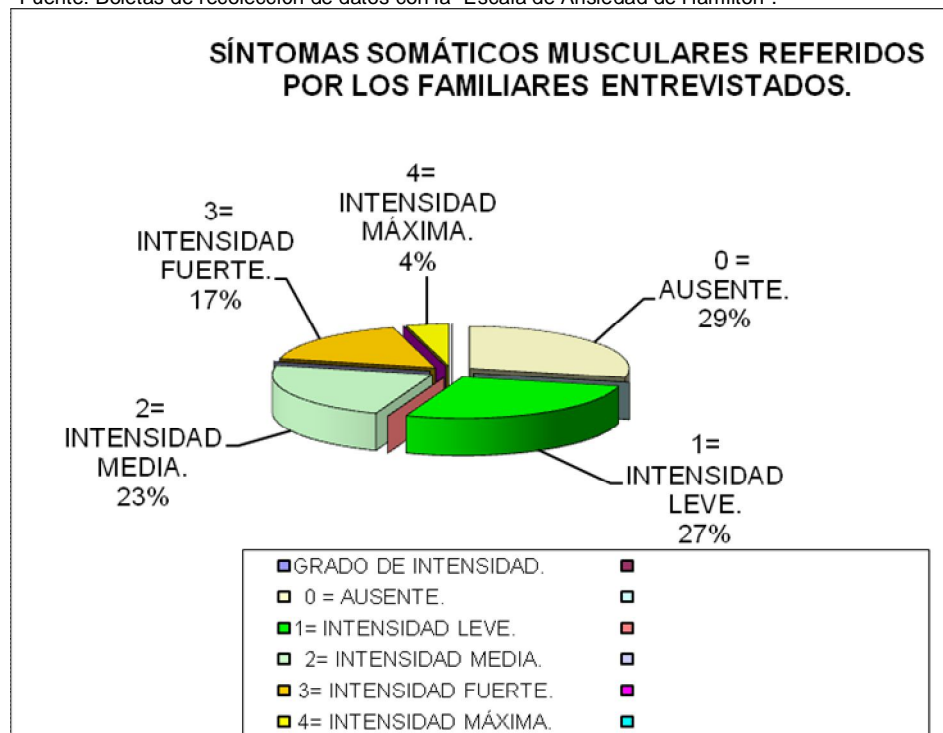


CUADRO 10.

SINTOMAS SOMATICOS GENERALES (Musculares),
referidos en la escala de "Ansiedad de Hamilton", por los familiares
de los pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia que asisten a la
Consulta Externa del Hospital Nacional de Salud Mental.

GRADO DE INTENSIDAD.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
0 = AUSENTE.	40	28.57%
1= INTENSIDAD LEVE.	38	27.14%
2= INTENSIDAD MEDIA.	32	22.85%
3= INTENSIDAD FUERTE.	24	17.14%
4= INTENSIDAD MÁXIMA.	6	4.30%
TOTAL.	140	100%

Fuente: Boletas de recolección de datos con la "Escala de Ansiedad de Hamilton".



CUADRO 11.

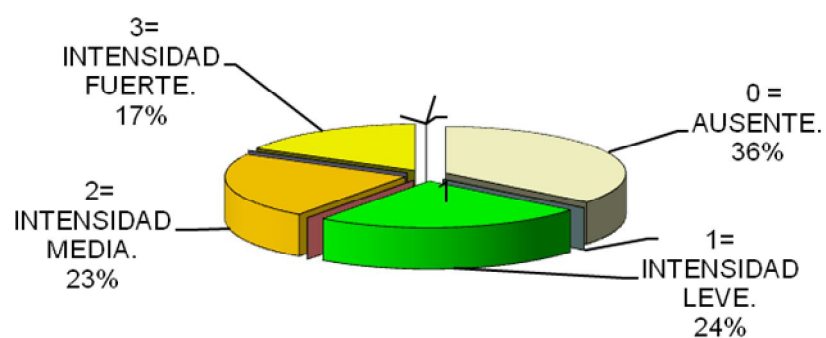
SÍNTOMAS SOMÁTICOS SENSORIALES,

referidos con la escala de "Ansiedad de Hamilton", por los familiares de los pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia que asisten a la Consulta Externa del Hospital Nacional de Salud Mental.

GRADO DE INTENSIDAD.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
0 = AUSENTE.	50	35.71%
1= INTENSIDAD LEVE.	34	24.29%
2= INTENSIDAD MEDIA.	32	22.86%
3= INTENSIDAD FUERTE.	24	17.14%
4= INTENSIDAD MÁXIMA.	0	0%
TOTAL.	140	100%

Fuente: Boletas de recolección de datos con la "Escala de Ansiedad de Hamilton".

**SÍNTOMAS SOMÁTICOS SENSORIALES
REFERIDOS POR LOS FAMILIARES
ENTREVISTADOS.**



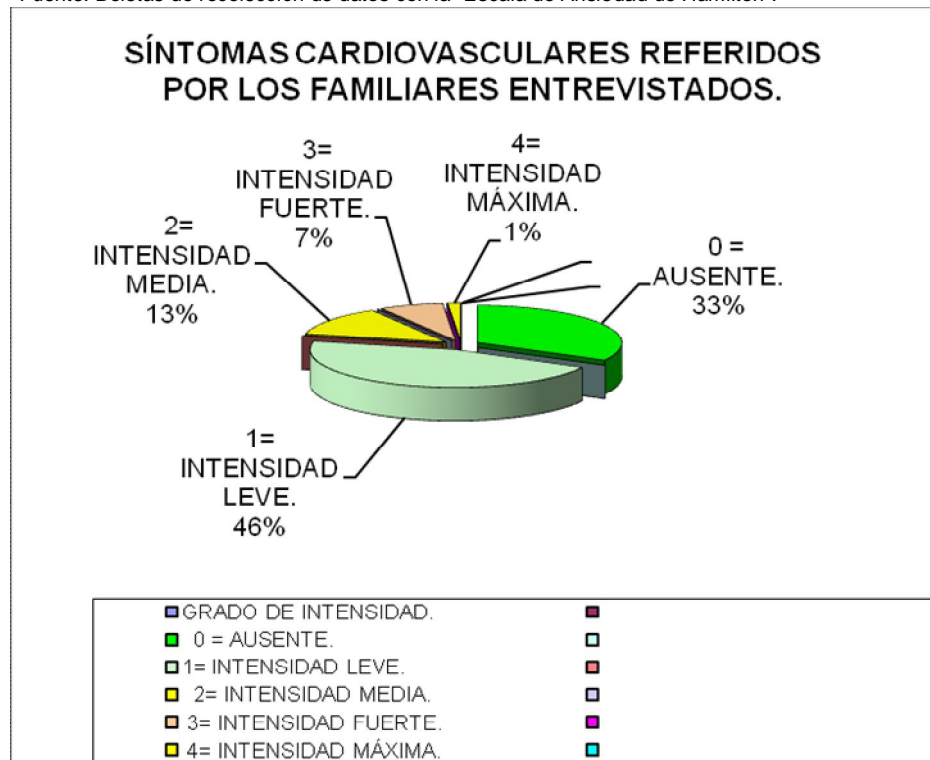
GRADO DE INTENSIDAD.	
0 = AUSENTE.	
1= INTENSIDAD LEVE.	
2= INTENSIDAD MEDIA.	
3= INTENSIDAD FUERTE.	
4= INTENSIDAD MÁXIMA.	

CUADRO 12.

"SÍNTOMAS CARDIOVASCULARES", referidos en la escala de "Ansiedad de Hamilton", por los familiares de los pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia que asisten a la Consulta Externa del Hospital Nacional de Salud Mental.

GRADO DE INTENSIDAD.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
0 = AUSENTE.	46	32.86%
1= INTENSIDAD LEVE.	64	45.71%
2= INTENSIDAD MEDIA.	18	12.86%
3= INTENSIDAD FUERTE.	10	7.14%
4= INTENSIDAD MÁXIMA.	2	1.43%
TOTAL.	140	100%

Fuente: Boletas de recolección de datos con la "Escala de Ansiedad de Hamilton".

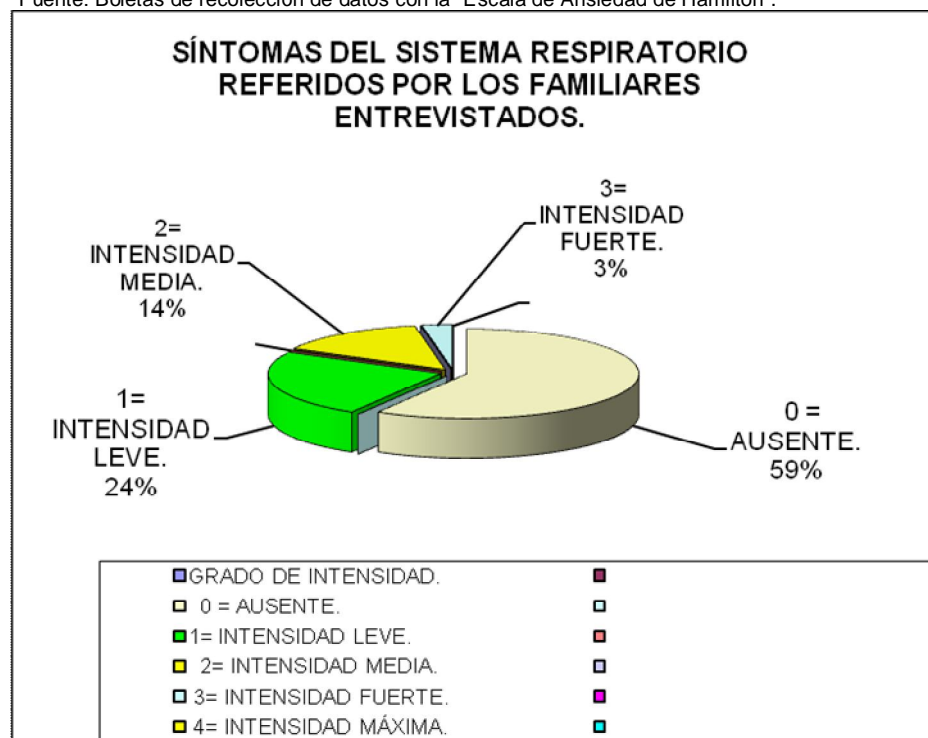


CUADRO 13.

"SÍNTOMAS DEL SISTEMA RESPIRATORIO", referidos en la
 escala de "Ansiedad de Hamilton", por los familiares de los pacientes
 con diagnóstico de Esquizofrenia que asisten a la Consulta Externa
 del Hospital Nacional de Salud Mental.

GRADO DE INTENSIDAD.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
0 = AUSENTE.	82	58.57%
1= INTENSIDAD LEVE.	34	24.29%
2= INTENSIDAD MEDIA.	20	14.29%
3= INTENSIDAD FUERTE.	4	2.85%
4= INTENSIDAD MÁXIMA.	0	0%
TOTAL.	140	100%

Fuente: Boletas de recolección de datos con la "Escala de Ansiedad de Hamilton".

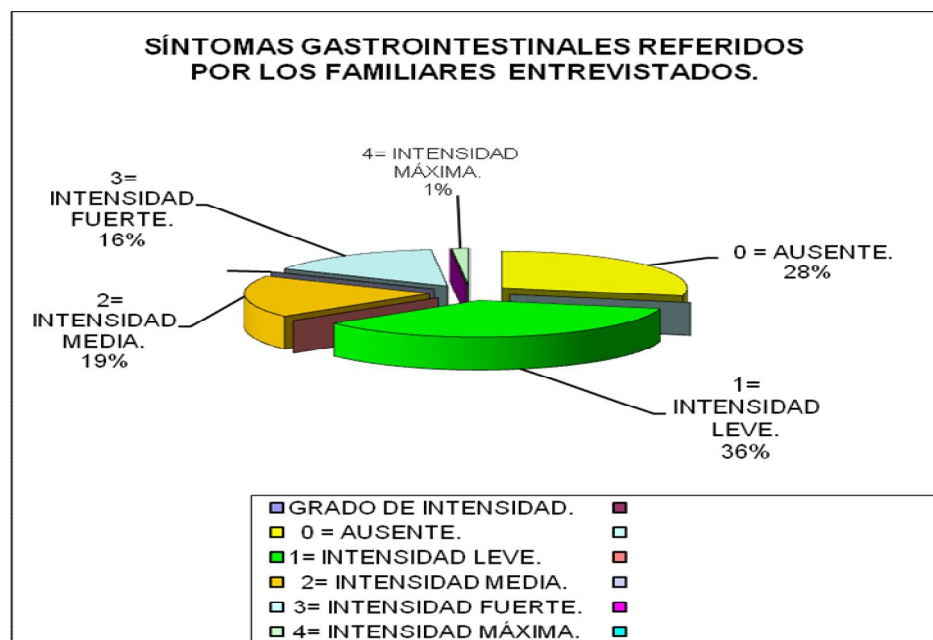


CUADRO 14.

"SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES", referidos en la
 escala de "Ansiedad de Hamilton", por los familiares de los pacientes
 con Diagnóstico de Esquizofrenia que asisten a la Consulta Externa
 del Hospital Nacional de Salud Mental.

GRADO DE INTENSIDAD.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
0 = AUSENTE.	40	28.57%
1= INTENSIDAD LEVE.	50	35.71%
2= INTENSIDAD MEDIA.	26	18.57%
3= INTENSIDAD FUERTE.	22	15.71%
4= INTENSIDAD MÁXIMA.	2	1.43%
TOTAL.	140	100%

Fuente: Boletas de recolección de datos con la "Escala de Ansiedad de Hamilton".

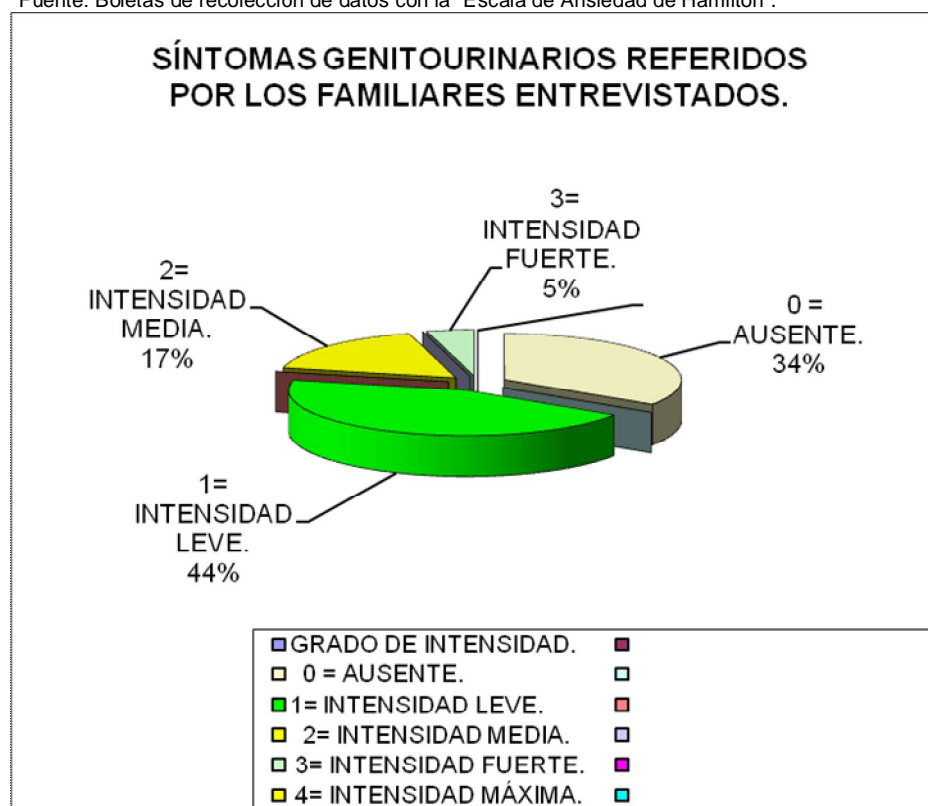


CUADRO 15.

"SÍNTOMAS GENITOURINARIOS" referidos en la escala de "Ansiedad de Hamilton", por los familiares de los pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia que asisten a la Consulta Externa del Hospital Nacional de Salud Mental.

GRADO DE INTENSIDAD.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
0 = AUSENTE.	48	34.28%
1= INTENSIDAD LEVE.	62	44.28%
2= INTENSIDAD MEDIA.	24	17.14%
3= INTENSIDAD FUERTE.	6	4.29%
4= INTENSIDAD MÁXIMA.	0	0%
TOTAL.	140	100%

Fuente: Boletas de recolección de datos con la "Escala de Ansiedad de Hamilton".



CUADRO 16.

"SÍNTOMAS DE SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO"

referidos en la escala de "Ansiedad de Hamilton", por los familiares de los pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia que asisten a la Consulta Externa del Hospital Nacional de Salud Mental.

GRADO DE INTENSIDAD.	FRECUENCIA.		PORCENTAJE.
0 = AUSENTE.	42		30%
1= INTENSIDAD LEVE.	52		37.14%
2= INTENSIDAD MEDIA.	30		21.43%
3= INTENSIDAD FUERTE.	16		11.43%
4= INTENSIDAD MÁXIMA.	0		0%
TOTAL.	140		100%

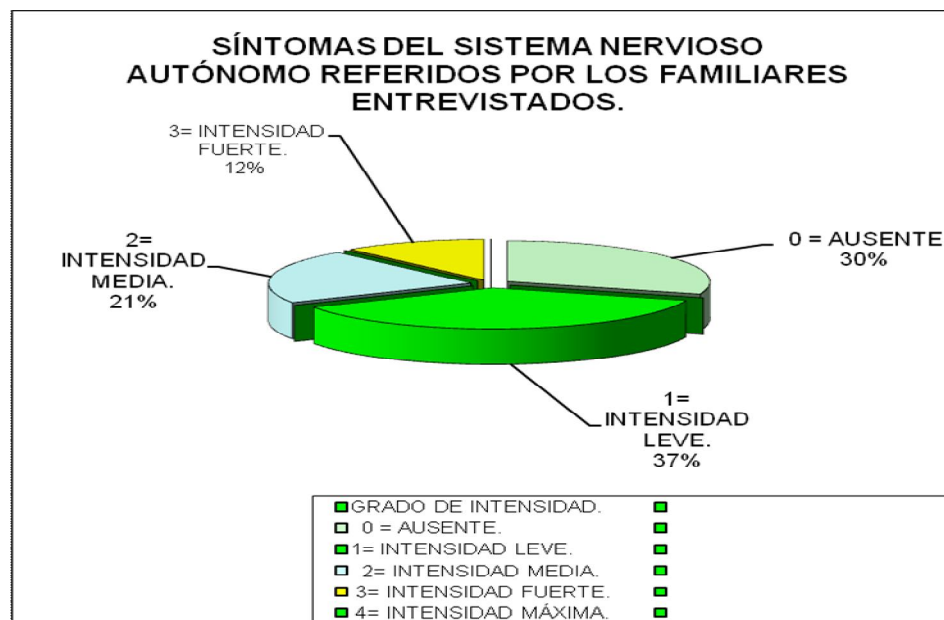
Fuente: Boletas de recolección de datos con la "Escala de Ansiedad de Hamilton".

CUADRO 17.

ANSIEDAD POR EL "COMPORTAMIENTO DURANTE LA ENTREVISTA observado durante la evaluación con la escala de "Ansiedad de Hamilton en los familiares de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que asisten a la Consulta Externa del Hospital Nacional de Salud Mental.

GRADO DE INTENSIDAD.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
0 = AUSENTE.	18	12.85%
1= INTENSIDAD LEVE.	70	50%
2= INTENSIDAD MEDIA.	42	30%
3= INTENSIDAD FUERTE.	10	7.14%
4= INTENSIDAD MÁXIMA.	0	0%
TOTAL.	140	100%

Fuente: Boletas de recolección de datos con la "Escala de Ansiedad de Hamilton".

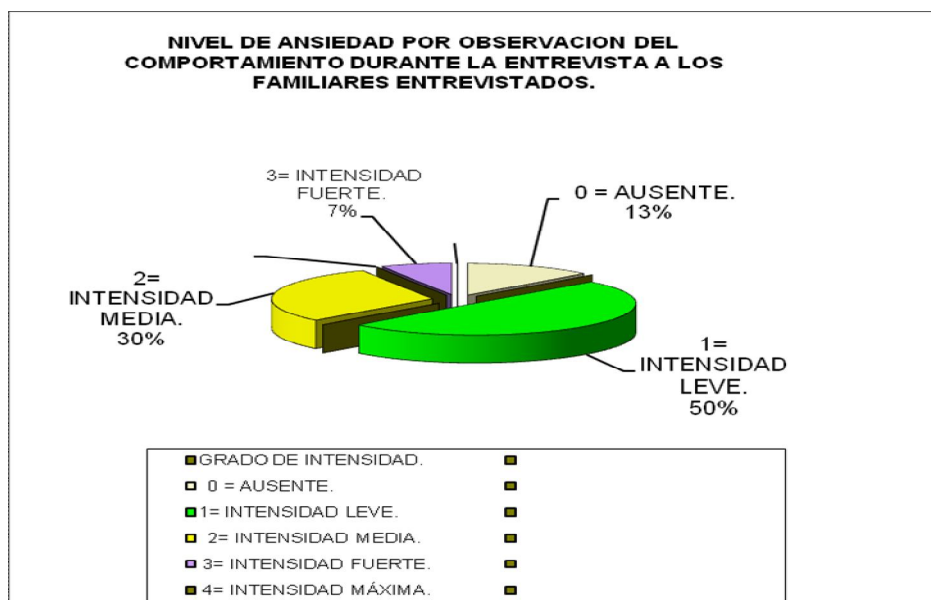


CUADRO 17.

ANSIEDAD POR EL "COMPORTAMIENTO DURANTE LA ENTREVISTA observado durante la evaluación con la escala de "Ansiedad de Hamilton en los familiares de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que asisten a la Consulta Externa del Hospital Nacional de Salud Mental.

GRADO DE INTENSIDAD.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
0 = AUSENTE.	18	12.85%
1= INTENSIDAD LEVE.	70	50%
2= INTENSIDAD MEDIA.	42	30%
3= INTENSIDAD FUERTE.	10	7.14%
4= INTENSIDAD MÁXIMA.	0	0%
TOTAL.	140	100%

Fuente: Boletas de recolección de datos con la "Escala de Ansiedad de Hamilton".



CUADRO 18.

Resultados de las entrevistas a los familiares de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que asisten al Hospital Nacional de Salud Mental.

GRADO DE INTENSIDAD.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
1= INTENSIDAD "AUSENTE"	98	70.00%
2= INTENSIDAD. LEVE.	30	21.00%
3= INTENSIDAD MEDIA.	12	9.00%
TOTAL.	140	100%

Fuente: Boletas de recolección de datos con la "Escala de Ansiedad de Hamilton".



El presente estudio describe las características clínicas y epidemiológicas de sintomatología del trastorno de ansiedad en los familiares de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que asisten a la consulta externa del Hospital Nacional de Salud Mental.

El análisis de grupos etáreos mostrado en el cuadro y gráfica No. 1, evidencia que prácticamente sólo mayores de dieciocho años acompañan a los pacientes pues en el intervalo de 18 a 25 no se encontraron acompañantes. De 25 a 35 se inician las edades de acompañantes con el 7% porcentaje de frecuencia.

De los 35 en adelante aumenta progresivamente la frecuencia hasta los 65 y más, edades desde las cuales disminuye de nuevo al 12%.

Estos resultados muestran que probablemente la madurez del acompañante influye en el nivel de responsabilidad necesario para conducir y controlar a los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, y en el presente estudio esa acción se inició a los 25 años, y no a los dieciocho. De los 25 progresivamente se eleva el acompañamiento hasta los 65, años en adelante en que sólo se encuentra el 12% de frecuencia.

El sexo prevaleciente resultó ser el femenino que casi duplicó la frecuencia de acompañamiento por hombres que es del 39%. Como contraparte la frecuencia de asistencia de mujeres es del 61%, cifra que corresponde con la prevalente atención de las madres.

Es probable que patrones culturales prevalecientes en que se delega el rol de cuidado de la prole a las madres influya en éste

resultado, así como por similares motivos los hombres son los que frecuentemente se encuentran ocupados más tiempo laborando fuera de sus residencias, pues deben cumplir el rol de llevar ingresos a su hogar.

El parentesco que prevaleció con una cifra de 54% que es más de la mitad del total, es el de “madre” correspondiente con el cuadro de sexo, en segundo lugar de prevalencia se encuentran los padres con el 29%, aproximadamente la mitad como en la distribución de los sexos, en la que el femenino duplicó al masculino en asistencia. Los hermanos (as) apoyaron a sus pacientes con el 12% de frecuencia, los consortes y novios sólo representaron el 4%.

Los hermanos brindaron escaso apoyo probablemente porque a la edad mayor de 18 años en que suele aparecer la esquizofrenia en los pacientes, la mayoría de hermanos ya vive con sus consortes.

Los (as) cónyuges y novios (as) en éste estudio sólo representan el 4%, lo que puede sugerir muy escasas relaciones afectivas como la mayoría de las veces vivencian las personas con diagnóstico de esquizofrenia, quienes muestran probablemente lo que en la jerga psiquiátrica se ha llamado “afecto plano”, considerando que el 96% no evidenció nexos afectivos.

Luego de éstos datos generales, se inician con el cuadro número cuatro las descripciones e interpretaciones de los ítems que corresponden a la escala de ansiedad de Max Hamilton, con los cuales se procuró precisar, los niveles de sintomatología ansiosa y precisar el tipo e intensidad de psicopatización secundaria de los familiares entrevistados.

El síntoma: “Estado de ánimo ansioso”, resultó ser en el 12% de los casos ausente, 40% leve, máximo en el 3%, medio en el 29% y fuerte en el 14%.

Considerando lo expuesto se puede interpretar que probablemente, éstos se han adaptado progresivamente a las condiciones patológicas de sus familiares. Además los pacientes se están medicando con las prescripciones de los psiquiatras, psicofármaco terapia que en alguna medida (no evaluada en éste estudio) ha resultado eficaz, y puede reducir por ejemplo la conducta agresiva de los pacientes que es una de las características que más perturbaron a los familiares según espontáneamente refirieron.

Como espontáneamente expresaron en la entrevista, los aspectos de pobres relaciones afectivas duraderas que facilitaran la independencia del núcleo familiar de origen, y el escaso desempeño de actividades productivas, son probablemente las situaciones que más afectaron a los familiares y pueden generarles los niveles de ansiedad medio del 14%, y leve del 29%, pues evidenciaron escasas relaciones con el sexo opuesto, y la gran mayoría no son productivos económicamente, sólo realizan tareas muy sencillas.

Entre ausentes y leves podemos considerar normales los niveles de ansiedad de la población, por la personalidad ansiosa de nuestra época, secundaria a la crítica situación cultural y socioeconómica que “nuestros tiempos” imponen como describió Karen Horney.

El cuadro No. 5 describe el síntoma de tensión que muestra el 36% de frecuencia en las intensidades leve y media, no percibe tensión

perceptible 15% y los familiares con tensión máxima y fuerte sólo se sitúan entre el 3 y 10%.

Esta situación muestra una prevalencia parecida a los niveles de sintomatología ansiosa detectados, pero probablemente porque se asocia a actividades laborales realizadas por los entrevistados que afectan el músculo trapecio y resto de musculatura implicada, saturándolos de ácido láctico durante el metabolismo anaeróbico que cursa por el esfuerzo sostenido, y es posible que eso hizo referir “tensión” en la entrevista.

El cuadro No. 6 muestra que el 63% de entrevistados no refirió síntomas de fobias o temores irracionales, e intensidad leve el 27%, las intensidades media y fuerte son muy escasas con el 7% y 3%. Estos porcentajes sugieren que los síntomas fóbicos son de muy baja prevalencia posiblemente por motivos culturales.

El cuadro No.7 evalúa el síntoma de insomnio que similar al anterior es muy escaso con una frecuencia del 33% y el 41% ausente. La mayoría de entrevistados son de condiciones socioeconómicas precarias por lo que desarrollan tareas y trabajos rudos, muchas veces extenuantes, y refirieron al entrevistarles que dormían bien porque requerían recuperarse rápido por el activismo desarrollado en sus prioritarias y exhaustivas actividades productivas.

Respecto a la alteración de funciones intelectuales descrita en el cuadro No. 8, el 42% expresaron leve perturbación que según perciben afecta más que la memoria, la concentración, pues es como si estuvieran preocupados y por lo mismo con una tendencia a la

distraibilidad continuamente. Este síntoma está relacionado así en los escasos individuos con puntajes globales que indican niveles de ansiedad entre medios a fuertes.

El estado de ánimo depresivo está ausente en la cuarta parte de familiares y es leve en el 37%, refieren depresión máxima solo el 1%, fuerte el 9%, y la “regular” o “media” casi el 30% por lo que consideramos razonable deducir e interpretar que este síntoma es poco prevalente.

Los síntomas somáticos musculares y sensoriales resultaron con características muy similares como se expresa en los cuadros 10 y 11, con el 30 y 36 por ciento de afectación ausente, el 24 y 27 por ciento leves, y mediano el 23% exactamente, interpretamos que más de la mitad de ésta muestra no revela afectación significativa de ésta índole, y la intensidad media abarca casi la cuarta parte (23%).

Los síntomas cardiovasculares referidos también son escasos según el cuadro número 12; y más aún síntomas respiratorios y gastrointestinales, en los que la sintomatología ausente llega al 60%, y leve el 24%, suman el 84% por lo que se puede considerar no importante ésta somatización.

La sintomatología referida sobre afectación del sistema nervioso autónomo suma más del 90% entre ausente leve y mediana, (ausente 30%, leve 38%, y mediana 21%), lo que también hace deducir que es sintomatología de prevalencia no relevante, igual que el comportamiento durante la entrevista (cuadro No. 17) en que éstas intensidades suman el 87%.

El resultado completo de ésta evaluación es el que se puntea con la suma de todos los ítems y se interpreta así:

Intensidad normal o ausente.....de 0 a 18 puntos.

Intensidad leve:.....de 19 puntos a 24 puntos.

Intensidad moderada:.....de 25 puntos a 29 puntos.

Intensidad severa:.....más de 30 puntos.

Como muestra el cuadro No. 18, las intensidades de sintomatología de trastorno de ansiedad en general en ésta población de familiares de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia interpretándolas según esos parámetros, son: del 70% para la ausente, 21% para la leve, y 9% para la media.

VIII. CONCLUSIONES.

1. La intensidad de sintomatología del trastorno de ansiedad es entre ausente y leve para ésta población estudiada, pues los punteos interpretados reflejan intensidades del 70% para la ausente, 21% para la leve, y 9% para la media.
2. La somatización del trastorno correspondiente con su leve y ausente prevalencia e incidencia, es también poco relevante.
3. Los casos en que se refirió sintomatología del sistema nervioso autónomo, gastrointestinal, cardiovascular, y respiratorio, son los de pacientes con niveles de ansiedad significativos, sujetos escasos, y los que en realidad cursaban con enfermedades orgánicas que somáticamente los afectaran.
4. Las edades de familiares que más apoyaron a estos pacientes se ubican en el rango de los 45 a 65 años. El parentesco que más acompañó a los familiares fueron las madres, por lo mismo el sexo prevalente es el femenino. Probablemente por patrones culturales prevalecientes en que se delega el rol de cuidado de la prole a las madres influya en éste resultado, así como por similares motivos los hombres son los que frecuentemente se encuentran ocupados

más tiempo laborando fuera de sus residencias, pues deben cumplir el rol de llevar ingresos a su hogar.

5. Las características clínicas de la sintomatología ansiosa en los entrevistados coincidieron con las que describe la literatura según la revisión bibliográfica como: “tensión”, fobias, insomnio, síntomas cardiovasculares, respiratorios, gastrointestinales etc.
6. Considerando que el 70% de familiares de ésta población revelan intensidad de sintomatología ansiosa “ausente”, se interpreta como evidente parámetro de que el 30%, cursan con algún nivel entre “leve” y “mediano” de la misma.

IX. RECOMENDACIONES.

1. Desarrollar en otros servicios del Hospital Nacional de Salud Mental, estudios similares en poblaciones sometidas a más estrés, por ejemplo servicios de intervención en crisis como la emergencia.
2. En las primeras consultas y atención crítica de pacientes esquizofrénicos que agreden y se encuentran descompensados, brindar simultáneamente consulta y apoyo terapéutico a los familiares acompañantes, para propiciar consecuente mejoría en la atención de los familiares hacia los pacientes.
3. Sistematizar con escalas de auto evaluación de sintomatología ansiosa, (como la de Zung) distribuyéndolas en los familiares cuando acompañan a los pacientes a servicios de atención en crisis, para detectar ansiedad significativa y brindar terapéutica adecuada también a ellos.

X. RESUMEN.

El presente estudio es de tipo prospectivo, descriptivo y transversal, e investiga los niveles de intensidad de sintomatología ansiosa de los familiares de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que asisten a la consulta externa del Hospital Nacional de Salud Mental. Se desarrolló durante los meses de Junio a agosto de 2002, entrevistando a los familiares que acompañan a los pacientes a sus citas en la consulta externa del Hospital, utilizando como instrumento la escala de ansiedad de Hamilton, estableciendo la puntuación de cada sujeto del estudio, se recopiló, tabuló y analizó estadísticamente la información obtenida.

Se confirmó que la intensidad del síntoma “Estado de ánimo ansioso”, evaluado como ítem en la escala de Hamilton, es entre ausente y leve para ésta población estudiada.

Se recomienda sistematizar la experiencia para obtener información útil en otros servicios del Hospital Nacional de Salud Mental. Eventualmente realizar estudios similares en poblaciones sometidas a más estrés, por ejemplo servicios de intervención en crisis como la emergencia.

Las intensidades totales o resultado final de la sumatoria de todos los ítems evaluados para detectar la sintomatología de ansiedad en general en ésta población de familiares de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia es de 70% para la ausente o normal, del 21% para la media, y 9% para la leve.

XI. BIBLIOGRAFÍA:

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 40 ed. Washington, 1998.
2. Ayuso Gutiérrez José Luis, Trastornos de Angustia, Barcelona 1998,1:12-
3. Curran,H.V.: Tranquillising memories: A review of the effects of benzodiazepines on human memory. Biological Psychology, 1996, 23: 178- 213.
4. Díez, C.: Trastornos médicos y ansiedad. En: Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. Vallejo,J. Barcelona: Ed.Salvat, 1995 (54-57).
5. Eudd,M.D., Dahm,P.F., Rajab,M.H.: Diagnostic comorbidity in persons with suicidal ideation and behavior. Am. J. Psychiatry, 1996, 150: 928- 934.
6. Evaluación de la Depresión y la Ansiedad Grupo de investigación Servier,. 1999. 19-21.
7. Fawcett,J.: Factores de riesgo para el suicidio en los trastornos depresivos y en el trastorno por angustia. J. Clin. Psychiatry, 1997, 53: 9- 13.
8. Flint AJ: Epidemiology and comorbidity of Anxiety Disorders in the Elderly. Am J Psychiatry 1995; 151(5): 640- 649.
9. Gastó,C.: Ansiedad secundaria. En: Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. Vallejo,J. Barcelona: Ed. Salvat 1997 (49- 61).
10. Goldberg,R.J.: Clinical Presentations of Panic- Related Disorders. J. Anxiety Dis. 1997. 2: 61- 75.
11. Greenblatt,D.J., Abernethy,D.R., Shader,R.I.: Pharmacokinetic aspects of drug therapy in the elderly. Ther. Drug. Mon. 1996, 8: 249- 255.
12. Jacobs,M.A., Senir,R.M., Kessler,G.: Clinical experience with theophylline. Relationship between average, serum concentrations and toxicity. JAMA, 1975, 235: 1998. 1986.
13. Johnson,J., Weissman,M.M., Klerman,G.L.: Panic disorders, comorbidity and suicide attempts. Arch. Gen. Psychiatry, 1990, 47: 805- 808.

14. Kay,D.W.K., Bergman,K.: Physical disability and mental health in old age. A follow-up of a random sample of people seen at home. J. Psychosom. Res. 1995, 10: 3-12.
15. Lader,M.: Differential diagnosis of anxiety in the elderly. J. Clin. Psychiatry, 1,999, 43 (9): 4-7.
16. Lipman,R.S.: Differentiating anxiety and depression in anxiety disorders: use of rating scales. Psychopharmacology Bull. 1991, 1991, 18: 69- 77.
17. Mackenzie,Th. B., Popkin,M.K.: Síndrome de Ansiedad Orgánica. Am. J. Psychiatry, 1999 140: 3-8.9.- Lader,M.: Differential diagnosis of anxiety in the elderly. J. Clin. Psychiatry, 1,999, 43 (9): 4-7.
18. McCullough,P.K.: Evaluation and management of anxiety on the older adult. Geriatrics, 1997, 47,nº4: 35- 44.
19. Raj,A.B., Sheehan,D.V.: Medical evaluation of the anxious patient. Psychiatric Annals, 1998, 18: 176- 181.
20. Raj,A., Sheehan,D.V.: Medical evaluation of Panic Attacks. J. Clin. Psychiatry, 1997, 48: 309- 313.
21. Serna de Pedro, I. de la: Trastornos de la ansiedad. En: Psicogeriatría. Serna de Pedro, I. de la. Madrid: Jarpyo Editorial 1998 (177- 189).
22. Serna de Pedro,I. de la.: Delirium: Identificación y Manejo. Medicina General, 1997, 5: 31- 35.
23. Starkman,M.N., Zelnick,T.C., Nesse,R.M., Cameron,O.G.: Anxiety in patients with pheochromocytoma. Arch. Intern. Med. 1995, 145: 248- 252.
24. Victor,B.S., Lubetsky,M., Greeden,J.F.: Somatic manifestations of caffeinism. J. Clin. Psychiatr, 1999, 42: 185- 188.
25. Weiss KJ. Optimal management of anxiety in older patients. Drugs and Ageing 1996; 9(3): 191- 201.
26. White,B.C., Lincoln, C.A., Pearce,N.W. et al.: Anxiety and muscle tension consequences of caffeine withdrawal. Science, 1990, 209: 1547- 1548.
27. Apiquian A. Fresan H. Nicolini: Evaluación de la Sicopatología, Escalas en Español, 2000, 4: 37-47.

XII. ANEXOS.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS. HOSPITAL NACIONAL DE SALUD MENTAL.
**BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS, CON LA “ESCALA DE MEDICIÓN DE
ANSIEDAD DE HAMILTON”.**

Datos Generales del Familiar del paciente:

Nombre: _____

Edad: _____ **Sexo:** _____ **Parentesco:** _____

Se seleccionará para cada ítem la nota que corresponda, según la experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven como guía. Se indicó en el casillero situado a la derecha la cifra (de 0 a 4) que define la intensidad. Todos los ítems son anotados.

0= ausente

1= intensidad leve

2= intensidad media

3= intensidad fuerte

4= intensidad máxima

#	PREGUNTAS.	0	1	2	3	4
---	------------	---	---	---	---	---

1	Estado de ánimo Ansioso. Inquietud. Espera de lo peor. Aprensión (anticipación temerosa. Irritabilidad.					
2	Sensación de tensión. Fatigabilidad. Imposibilidad de relajarse. Sensación de no poder quedarse en un lugar.					
3	Temores irracionales. A la multitud. A estar sólo. A la oscuridad. Al tránsito callejero. A las arañas etc.					
4	Insomnio: dificultad para dormir, sueños penosos, cansancio al despertar, sueño interrumpido. Etc.					
5	Funciones intelectuales. Dificultades para concentrarse. "Mala memoria".					
6	Estado de ánimo depresivo. Nostalgia. Tristeza. Apatía. Indiferencia. No disfrutar de los pasatiempos etc.					
7	Sensaciones de "temblor de cuerpo o dolores musculares".					
8	Síntomas sensoriales. Zumbido de oídos. Visión borrosa. Adormecimiento de manos etc.					
9	Síntomas cardiovasculares. Taquicardia. Palpitaciones. Angina de pecho. Extrasístoles etc.					
10	Síntomas respiratorios. Asfixia. Sensación de opresión torácica. "Falta de aire" etc.					
11	Síntomas gastrointestinales. Flatulencia. Diarrea. Estreñimiento. Náusea. Vómitos. Epigastralgia etc.					
12	Síntomas genitourinarios. Amenorrea. Disuria. Cambios en la libido. Retención urinaria. Etc.					
13	Síntomas del sistema nervioso autónomo. Sequedad bucal. Palidez. Sudoración excesiva. Cefalea etc.					
14	Comportamiento durante la entrevista. Inquietud. Agitación. Temblor de manos. Impaciencia etc.					

Puntaje: Menor de 18 puntos= Ausente o normal.

Resultado de ésta boleta=

De 18 a 24 puntos= Leve.

De 25 a 29= moderada

De 30 en adelante=severa

CONSENTIMIENTO PARA LA PARTICIPACIÓN EN UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN. **CONSENTIMIENTO FUNDAMENTADO PARA EL TAMIZAJE.**

Título del proyecto:

Niveles de Ansiedad en familiares de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.

Investigador:

Rony Rosales Flores. (Investigación para Tesis de la Licenciatura en Medicina).

Invitación para participar y descripción del proyecto:

Por éste medio usted es invitado a que participe en un estudio desarrollado a través de entrevistas sencillas, diseñado para examinar lo que sucede a las personas que están muy nerviosas y con muchos problemas causados por ese excesivo nerviosismo.

Se ha seleccionado porque un miembro de su familia tiene diagnóstico de esquizofrenia, y con esta investigación se determinará si ésta situación de enfermedad de su familiar le causa a usted una alteración de nerviosismo leve, moderada o muy seria, y con ello la posibilidad de brindarle tratamiento si lo necesitara.

Descripción de los procedimientos:

Se necesitará hacerle algunas preguntas muy sencillas acerca de su salud y problemas de nerviosismo. Esta entrevista durará aproximadamente 30 minutos de su tiempo.

El estudio se está controlando por la Facultad de Medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala, y el departamento de Investigación además del comité de Ética del Hospital Nacional de Salud Mental.

Riesgos e incomodidades:

Además de algún estrés o molestia por las preguntas personales, no hay ningún riesgo conocido por participar en este estudio. Si durante el estudio usted tiene inquietudes sobre su salud o los problemas del nerviosismo alguien le atenderá e informará.

Beneficios:

Su participación nos ayudará a comprender mejor los problemas de salud emocional y física que afectan a los familiares de los pacientes que presentan diagnóstico de enfermedades mentales como la esquizofrenia. Además usted se beneficiará directamente, pues esta entrevista será prácticamente una consulta que permitirá diagnosticar el nivel de trastorno por nerviosismo que pueda tener a la vez establecer el tratamiento de diverso tipo que pueda requerir para mejorar su estado de salud en general desde el punto de vista físico y psicológico.

Confidencialidad:

Cualquier información obtenida es confidencial. Esta información solo será usada por el equipo de investigación y no se compartirá con alguien más. Usted no será identificado en ningún informe que se elaborara al completar el estudio.

Participación voluntaria:

Comprendo que mi participación es voluntaria y puedo elegir no participar en éste estudio, eso no afectará la atención que recibe mi familiar en el Hospital Nacional de Salud Mental.

Preguntas:

¿Tiene alguna pregunta? Usted esta en libertad de preguntar en cualquier momento. Puede hacerlas al teléfono 2883461, o al 5190287.

Autorización: ¿Esta de acuerdo en participar?

POR MEDIO DE MI FIRMA CERTIFICO QUE SE ME HA LEIDO Y QUE YO COMPRENDI PLENAMENTE LA EXPLICACIÓN ANTERIOR DEL PROYECTO Y QUE TODAS MIS PREGUNTAS SE HAN RESPONDIDO SATISFACTORIAMENTE, ACEPTO PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO.

Fecha

Firma del sujeto

Nombre del Sujeto

Ha acordado participar en el proyecto descrito anteriormente. Sus finalidades generales, la naturaleza de su participación y los riesgos e incomodidades posibles le han sido explicados por mí. He leído esta forma de consentimiento al sujeto y a su familia.

Indicar el tipo de consentimiento que la persona proporciona:

Consentimiento Escrito: ☐

Consentimiento Oral: ☐

Consentimiento Grabado: ☐

Firma de la persona que solicitó el consentimiento

Fecha

Firma el Investigador

Fecha