



UNIVERSIDAD DE MURCIA
ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO

**Hábitos Saludables, Discapacidad y
Calidad de Vida en Personas con
Ansiedad y Depresión tras el Terremoto de
Lorca. Un Estudio Caso-Control**

D^a Ana Isabel Ruiz Moreno

2017

DIRECTORES DE TESIS

Dr. Pedro Simón Cayuela Fuentes

Dr. Fernando Navarro Mateu

A mi madre, que siempre creyó en mí

A mi abuela y su apoyo ilimitado.

“Todo parece imposible hasta que se hace”

Nelson Mandela

AGRADECIMIENTOS

A mi madre por apoyarme de forma incondicional para conseguir cada uno de los propósitos que he emprendido.

A Alfonso por acompañarme en las aventuras que me propongo, levantándose cuando caigo, sacándose una sonrisa en esos días nublados.

Al Dr. Fernando Navarro Mateu por ofrecerme la oportunidad de participar en el proyecto PEGASUS-Murcia, pero principalmente por conseguir realizar este proyecto, mostrándose ayuda y apoyo hasta el final.

Al Dr. Pedro S. Cayuela Fuentes por su generosa e incansable ayuda, consiguiendo que lo que empezó como una idea acabase en este trabajo.

Al Prof. Dr. David Armero Barranco por su inestimable labor de tutorización durante todo el proceso de elaboración y depósito de la presente tesis doctoral.

Al Dr. Jesús Martí Esquitino por su gran ayuda y colaboración en este trabajo.

A los compañeros y compañeras del Centro de Salud Mental de Lorca, que durante 2 años me ofrecieron toda su sabiduría, consiguiendo que día a día me guste más mi profesión así como me facilitaron la realización del trabajo de campo del presente trabajo.

A todos aquellos lorquinos y lorquinas que gracias a ellos que, a pesar de su dolor han contribuido enormemente a la investigación facilitándonos la información necesaria para poder realizar éste y otros trabajos de investigación.

ÍNDICE

INDICE

INDICE DE TABLAS	VII
INDICE DE FIGURAS	VIII
ABREVIATURAS.....	IX
1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. MARCO TEÓRICO ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL.....	3
1.1.1. PROFESIÓN ENFERMERA	3
1.1.2. ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL.....	5
1.1.3. MODELOS Y TEORÍAS PARA ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL.....	7
1.2. HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES	18
1.2.1. ESTILOS DE VIDA	18
1.2.2. HÁBITOS DE VIDA SALUBLES.....	25
1.3. DISCAPACIDAD EN LOS TRASTORNOS MENTALES	43
1.3.1. INFLUENCIA SOBRE LA SALUD FÍSICA, MENTAL Y SOCIAL DE LA PERSONA	43
1.3.2. DISCAPACIDAD EN LOS TRASTORNOS ANSIOSO/DEPRESIVOS	49
1.4. CALIDAD DE VIDA	55
1.4.1. CALIDAD DE VIDA: CONCEPTO Y DEFINICIONES.....	55
1.4.2. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS).....	59
1.4.3. INSTRUMENTOS GÉNERICOS PARA LA MEDIDA DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD.....	61
1.4.4. CALIDAD DE VIDA EN LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS Y DE ANSIEDAD	63
1.4.5. UTILIDADES DE LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA....	65
1.5. TRASTORNOS ANSIOSO/ DEPRESIVOS	67

1.5.1. TRASTORNOS DEPRESIVOS	68
1.5.2. TRASTORNOS ANSIOSOS.....	75
1.6 ESTRATEGIAS EN SALUD MENTAL.....	92
1.6.1. PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL	92
1.6.2. PLAN DE SALUD MENTAL DE LA REGIÓN DE MURCIA	104
1.7. PROYECTO PEGASUS- MURCIA (PSYCHIATRIC ENQUIRY TO GENERAL POPULATION IN SoUTH-EAST SPAIN-MURCIA)	115
1.8. TERREMOTO DE LORCA	117
1.8.1. MUNICIPIO DE LORCA.....	117
1.8.2. 11 DE MAYO DE 2011	117
2. JUSTIFICACIÓN.....	121
3. OBJETIVOS	125
4. HIPÓTESIS.....	129
5.MATERIAL Y MÉTODOS	133
5.1. DISEÑO DEL ESTUDIO	135
5.2. PARTICIPANTES.....	135
5.2.1. DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS	135
5.2.2. DESCRIPCIÓN DE LOS CONTROLES	136
5.3. ESTRATEGIAS PARA EL RECLUTAMIENTO	137
5.3.1. ESTRATEGIAS PARA EL RECLUTAMIENTO DE LOS CASOS	137
5.3.2. ESTRATEGIAS PARA EL RECLUTAMIENTO DE LOS PARTICIPANTES EN EL PROYECTO PEGASUS-MURCIA.....	138
5.4. INSTRUMENTOS DE MEDIDA	140
5.4.1. ENTREVISTA WMH-CIDI.....	140
5.4.2. WHODAS- II.....	142
5.4.3. CUESTIONARIO DE SALUD SF-12.....	145
5.4.4. HÁBITOS DE SALUD.....	147

5.4.5. ENFERMEDADES CRÓNICAS	152
5.4.6. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	154
5.4.7. GRADO DE EXPOSICIÓN AL TERREMOTO.....	155
5.5. CÁLCULO DEL TAMAÑO MUESTRAL.....	156
5.6. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	157
5.7. CONSENTIMIENTO INFORMADO Y CONSIDERACIONES ÉTICAS	158
5.8. CONFLICTOS DE INTERÉS	159
6. RESULTADOS.....	161
6.1. PARTICIPANTES	163
6.1.1. CASOS	163
6.1.2. CONTROLES	164
6.2. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS	165
6.3. DESCRIPCIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS ASOCIADOS	167
6.4. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS TRASTORNOS FÍSICOS DE CARÁCTER CRÓNICO	167
6.5. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA EXPOSICIÓN AL TERREMOTO..	169
6.5.1. ESTRESORES INDIVIDUALES (ET).....	169
6.5.2. NÚMERO DE EVENTOS RELACIONADOS CON EL TERREMOTO (NET)	170
6.5.3. IMPACTO EMOCIONAL DE LA EXPOSICIÓN AL TERREMOTO (IEET)	170
6.6. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE HÁBITOS DE SALUD	172
6.7. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE DISCAPACIDAD	174
6.8. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA CALIDAD DE VIDA.....	175
6.9. MODELOS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA MULTIVARIANTE	176
6.9.1. ASOCIACIÓN DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, ENFERMEDADES CRÓNICAS Y EXPOSICIÓN AL TERREMOTO..	176

6.9.2. ANÁLISIS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA MÚLTIPLE DE LOS HÁBITOS DE SALUD	180
6.9.3. ANÁLISIS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA MÚLTIPLE DE DISCAPACIDAD	180
6.10. ANÁLISIS MULTIVARIANTE DE LA CALIDAD DE VIDA.	185
7. DISCUSIÓN	187
7.1. RESULTADOS CLAVE:	189
7.1.1. EXPOSICIÓN AL TERREMOTO Y TRASTORNOS ANSIOSO- DEPRESIVOS	189
7.1.2. HÁBITOS SALUDABLES EN PERSONAS CON ANSIEDAD Y DEPRESIÓN	191
7.1.3. DISCAPACIDAD EN LOS TRASTORNOS ANSIOSO- DEPRESIVOS	196
7.1.4. CALIDAD DE VIDA EN LOS TRASTORNOS MENTALES ANSIOSO-DEPRESIVOS	198
7.1.5. PROPUESTA DE APLICABILIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DESDE EL ÁMBITO DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL.....	199
7.2. LIMITACIONES	203
7.3. FORTALEZAS	205
8. CONCLUSIONES	207
9. BIBLIOGRAFÍA	211
10. ANEXOS.....	245

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Factores que influyen en el proceso de enfermedad	21
Tabla 2: Análisis descriptivo de los casos y controles según las variables sociodemográficas.	166
Tabla 3: Diagnósticos clínicos en el grupo de casos.....	167
Tabla 4: Análisis descriptivo de los antecedentes de enfermedades crónicas según estado caso-control	168
Tabla 5: Análisis descriptivo de los antecedentes de exposición al terremoto según estado caso-control	171
Tabla 6: Análisis bivariante de los Hábitos de salud según estado caso-control.....	173
Tabla 7: Análisis bivariante de la discapacidad funcional según el estado caso-control mediante la WHODAS-II#	175
Tabla 8: Análisis bivariante de la calidad de vida percibida según el estatus caso-control mediante el cuestionario SF-12#.....	176
Tabla 9: Análisis multivariante de las variables sociodemográficas, antecedentes de enfermedades crónicas y exposición al terremoto.....	178
Tabla 10: Evaluación del Índice de Hábitos de Salud y la discapacidad según el estado caso-control mediante regresión múltiple	181
Tabla 11: Análisis de regresión logística múltiple de las dimensiones de la discapacidad funcional según la WHODAS-II#	184
Tabla 12: Análisis de regresión múltiple del Índice de Hábitos de Salud, discapacidad y calidad de vida según estatus caso-control	186

INDICE DE FIGURAS

Figura 1: Proceso de selección de participantes para el grupo de casos.....	164
Figura 2: Proceso de selección de participantes para el grupo de controles.....	165

ABREVIATURAS

ACV	Accidente Cerebro Vascular
ARN-m	Ácido Ribonucleico mensajero
CAPI	Computer Assited Personal Interview
CAT	Examen Adaptativo Computerizado
CIBERSAN	Centro de Investigación Biomédica en Red en el Área de Salud Mental
CIDI	Composite International Diagnostic Interview
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición
CIF	Clasificación Internacional del Funcionamiento de Discapacidad y Salud
CIS	Centro de Investigaciones Sociológicas
CNPT	Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo
CSM	Centro de Salud Mental
CVRS	Calidad de Vida Relacionada con la Salud
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ENS	Encuesta Nacional de Salud
ESEMeD	European Study of the Epidemiology of Mental Disorders
EFQM	European Foundation for Quality Management
ETAC	Equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario
FEAFES	Confederación Estatal de Asociaciones de Familiares de Enfermos Psíquicos
GAT	Grado de Afectación Emocional al Terremoto
GHQ	General Health Questionnaire

GPC	Guías de Práctica Clínica
IHS	Índice Hábitos de Salud
INE	Instituto Nacional de Estadística
MCS	Mental Component Scores
MSSSI	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de la Naciones Unidas
OR	Odds Ratio
PAE	Proceso de Atención de Enfermería
PCS	Physical Component Scores
PDSIS	Plan de Sistemas de Información Sanitaria
PEGASUS	Psychiatric Enquiry to General Population in South- east Spain- Murcia
PGET	Puntuación Global de Exposición al Terremoto
PNS	Plan Nacional de Salud
PNS	Plan Nacional de Salud Mental
PSMRM	Plan de Salud Mental de la Región de Murcia
QLDS	Quality of Life in Depression Scale
RAE	Real Academia de la Lengua Española
SBQOL	Smithkline Beecham Quality of Life Scale
SCID	Structured Clinical Interview of DSM Disorders
SMS	Servicio Murciano de Salud
SNC	Sistema Nervioso Central
SNS	Sistema Nacional de Salud

STROBE	Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology
TEPT	Trastorno por Estrés Post-Traumático
TIS	Tarjeta de Identificación Sanitaria
WHQOL-BREF	The World Health Organization Quality of Life
WMH-CIDI	The World Mental Health Composite International Diagnostic Interview
WHODAS-II	World Health Organization Disability Assessment Schedule

1. INTRODUCCIÓN

1.1. MARCO TEÓRICO ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

1.1.1. PROFESIÓN ENFERMERA

El arte de los cuidados es una constante desde el principio de la humanidad. En la antigüedad los cuidados eran ofrecidos por las mujeres cuya principal finalidad era asegurar y proteger la continuidad de la vida de sus seres queridos, para ello realizaban cuidados básicos pero imprescindibles como la alimentación, la protección frente al calor o frío, el aseo, etc... aprendidos de forma empírica y transmitidos entre generaciones de forma verbal.

En la Edad Media, las órdenes religiosas también formaban parte de la importancia de estos cuidados, ya que debido a la existencia de gran pobreza entre la población, numerosos monasterios abrieron sus puertas para ofrecer una atención de carácter humanitario y caritativo a los individuos necesitados, iniciando aquí la transmisión de los conocimientos obtenidos por escrito. Epidemias mortales como la peste o la lepra aumentaron la demanda de cuidados en esta época, siendo imposible el abastecimiento por los centros religiosos recayendo de nuevo el cuidado de sus familiares enfermos sobre las mujeres.

Pero no será hasta 1860 de la mano de Florence Nightingale, cuando se produzca un cambio sobre la visión de la enfermería, transformándose de una actividad puramente doméstica a una profesión como la conocemos hoy día (Attewell, 2010; Koffi & Fawcett, 2016; Valle Racero, 2010).

El primer uso y significado aceptado por la Real Academia de la Lengua Española (RAE) hacia el término enfermero/ra fue incluido en la primera edición del diccionario de la lengua castellana publicado en 1780, "*persona destinada a cuidar de los enfermos y a asistirlos por razones de su oficio y encargo*". Esta definición sufriría algunas modificaciones en la tercera edición del diccionario de la lengua castellana en 1791, manteniéndose en las posteriores ediciones publicadas hasta la vigesimotercera edición publicada en 2014, "*persona dedicada a la asistencia de enfermos*" (Cayuela Fuentes, Hernández Conesa, & Beneit Montesinos, 2013; RAE, 2014).

La enfermería ha ido avanzando poco a poco como profesión, disciplina, ciencia y tecnología hasta nuestros días, encontrando su marco conceptual y filosófico, su metaparadigma, formado por cuatro elementos, persona, entorno, salud y enfermería (Alligood & Marriner, 2011).

- Persona¹: Este concepto nos habla del receptor de los cuidados, puede contemplarse como un solo individuo, una familia o una comunidad.
- Entorno: Hablamos tanto de las condiciones internas y externas como de las circunstancias e influencias que afectan al receptor de los cuidados.
- Salud: Grado de bienestar o enfermedad experimentado por la persona.
- Enfermería: Características, actividades y atributos que provee el cuidado enfermero al receptor.

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE), es un conjunto de acciones intencionadas que el profesional de enfermería realiza basándose en modelos y teorías. A través del PAE se realiza un análisis crítico, deliberado y sistemático para satisfacer las necesidades de los individuos en cualquier momento de su vida, estableciéndose dentro de una relación de ayuda entre una persona y una enfermera en un ambiente determinado (Alonso, Reyes, Sánchez, & Islas, 2016).

El PAE consta de cinco fases, siendo necesaria su aplicación en el orden descrito ya que cada etapa depende de la anterior así como prepara la siguiente fase para su realización, asegurando una correcta validez exenta de errores. Las cinco fases del proceso de atención de enfermería son (González- Castillo & Monroy-Rojas, 2016):

- Valoración: Proceso sistemático y dinámico a través del cual, el profesional de enfermería obtiene datos en referencia a la salud y/o enfermedad del individuo, mediante una interacción bien con la propia persona receptora de los cuidados o con su entorno más cercano para posteriormente analizarlos. Principalmente los datos son recogidos

¹ A partir de este momento al utilizar el vocablo “persona” nos referiremos a individuo/familia/ comunidad.

mediante los patrones funcionales de Marjory Gordon, organizando la información recogida en función de once áreas², determinando tras su análisis si el patrón es funcional o disfuncional.

- Diagnóstico: Interpretación de los datos obtenidos, identificando las áreas problemáticas y formulación de los diagnósticos enfermeros.
- Planificación: Plan con la finalidad de ayudar a la persona con un problema de salud a conseguir mejorar o restaurar el funcionamiento de las áreas alteradas, mediante el planteamiento de objetivos e intervenciones enfermeras. En esta fase es importante la priorización de los diferentes cuidados.
- Ejecución: Puesta en marcha del plan establecido. Durante esta fase los profesionales deben de continuar observando y recogiendo datos sobre la persona ya que es un proceso dinámico.
- Evaluación: Su finalidad es evaluar la eficacia del plan establecido mediante la recogida de información sobre los resultados obtenidos tras su aplicación, posteriormente se debe realizar una revisión del plan con la finalidad de actualizarlo.

1.1.2. ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

El cuidado de los enfermos mentales a lo largo de la historia ha sido muy controvertido, principalmente debido a la escasa formación de los profesionales sanitarios en dicho ámbito. Generalmente los cuidados y la atención de los enfermos mentales estaban destinados principalmente a la beneficencia con escasa formación psiquiátrica, manteniéndolos aislados y reclusos en los denominados manicomios. En España, desde el Siglo XV se tienen referencias de la existencia de cuidados ofrecidos a las personas con trastornos mentales, como queda

² Los once patrones funcionales establecidos por Marjory Gordon son, percepción-manejo de la salud, nutricional metabólico, eliminación, actividad-ejercicio, sueño-descanso, cognitivo-perceptual, autopercepción-autoconcepto, rol-relaciones, sexualidad-reproducción, adaptación-tolerancia, valores y creencias (Gordon, 2000).

reflejado en la obra de Fray Juan Gilaberto Jofré³, quién en 1410 fundó el primer hospital psiquiátrico del mundo, bajo el nombre de “Los Santos Mártires Inocentes”, basando sus cuidados en la filosofía propia del cristianismo, caridad y misericordia. Estos cuidados consiguieron mantenerse hasta los inicios del Siglo XIX donde la inestabilidad política, económica, social y religiosa provocó una decadencia en la asistencia psiquiátrica (Cayuela Fuentes et al., 2013).

La primera normativa que regula aspectos relacionados con la presencia de profesionales Practicantes de Medicina y Cirugía en la Salud Mental fue la Real Orden de 28 de Julio de 1925, normativa aprobada basándose en la nula/defectuosa formación en la universidades con respecto a la psiquiatría. Se emitió un extenso informe, donde se recomendaba desarrollar medidas para reformar los métodos utilizados en la asistencia de los enfermos mentales, principalmente en cuestiones de aspectos humanitarios, sociales y sanitarios, utilizándose como propuesta la creación de una “Escuela de Psiquiatría”(Cayuela Fuentes et al., 2013).

En 1926 se aprobó la Real orden de 4 de Diciembre donde se establece la necesidad de enseñanza especial para la atención a los enfermos mentales a los Practicantes y Enfermeros que quisieran desempeñar dicho trabajo. Finalmente debido a la falta de interés gubernamental por los temas relacionados con la psiquiatría, la institución nombra anteriormente desapareció hasta la instauración de la Segunda República (Cayuela Fuentes et al., 2013).

Actualmente, los cuidados ofrecidos por los profesionales enfermeros en el ámbito de la salud mental se encuentran regulados por los estudios de Enfermero Especialista en Salud Mental, mediante un periodo de dos años de formación

³ Juan Gilabert (1350-1471), también conocido bajo el nombre Fray Jofré, religioso mercenario nacido en la ciudad de Valencia, realizó sus estudios de derecho en Lérida pero fue en 1370 cuando se incorporó a la orden mercenaria en el monasterio de Puig, donde cursó los estudios de teología. En 1391, perteneciendo a la vicaría del convento de Lérida, acudió al Rey Juan I para conseguir la redención de aquellos que se encontraban cautivos. Fue en 1409, cuando fundó en su Valencia natal el primer hospital para personas con trastornos mentales en el mundo, consiguiendo la creación de otros similares en el resto del territorio español (Córdoba 1419, Zaragoza 1425, Sevilla 1436, Palma de Mallorca 1457, Toledo 1480, Valladolid 1489) (Barrios Flores, 2002).

como Enfermero Interno Residente, titulación que capacita y habilita para desarrollar las funciones propias en dicho ámbito.

La Enfermera Especialista en Salud Mental es el profesional sanitario que, con una actitud científica, responsable y mediante la utilización de medios tanto clínicos como tecnológicos adecuados al desarrollo de la ciencia en cada momento, proporcionan a los individuos una atención especializada en la salud mental a través de la prestación de cuidados de enfermería.

Los cuidados especializados se realizan en los diferentes niveles de atención como son la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, siempre atendiendo a los diferentes factores extrínsecos que pueden provocar alteraciones en la salud mental del individuo. El ámbito de actuación de los profesionales Enfermeros Especialistas en Salud Mental engloba tanto la atención a nivel hospitalario como en el medio comunitario a través de los centros de salud mental especializados, domicilios, centros de atención primaria, centros de rehabilitación en salud mental o instituciones sociales (BOE N°123, 2001).

1.1.3. MODELOS Y TEORÍAS PARA ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL

En el momento de realizar una adecuada práctica enfermera, se debe de tener presente que no es válido un único modelo o teoría. Diversos autores nos revelan cómo podemos realizar el arte de los cuidados adecuadamente en aquellas personas que lo necesitan, mediante el reconocimiento, la validación así como incorporación de la condición psíquica en su salud integral.

1.1.3.1. Hildegard Peplau: Teoría de las relaciones interpersonales

Uno de los principales modelos teóricos en la enfermería de salud mental, es el modelo descrito por Hildegard E. Peplau⁴, bajo el nombre de Teoría de relaciones interpersonales. Este modelo nos describe la relación entre una persona con

⁴ Hildegard Peplau (1909-1999), enfermera y teorizadora estadounidense. Se le considera madre de la enfermería psiquiátrica. Desarrollo la teoría de relaciones interpersonales basada en la relación enfermera paciente. (Arredondo González & Siles González, 2009).

necesidad de ayuda y una enfermera formada adecuadamente para reconocer sus necesidades e intervenir terapéuticamente (Arredondo González & Siles González, 2009; Galvis, 2015).

Peplau nos habla a través de su modelo de una relación recíproca entre el profesional sanitario y la persona con problemas de salud, por lo que las acciones de enfermería no son solo en, para y hacia la persona, sino que el proceso debe de implicar un aprendizaje para ambos (Arredondo González & Siles González, 2009; Galvis, 2015).

Este modelo teórico se encuentra dentro del paradigma de la integración, es decir, orienta a la enfermera a reconocer en cada persona su componente biológico, psicológico, cultural, social y espiritual, dirigiéndose el cuidado a todas sus dimensiones física, social y mental. (Arredondo González & Siles González, 2009; Galvis, 2015).

En la relación enfermera-paciente, Peplau nos describe cuatro fases secuenciales, entendiendo el cuidado de enfermería como un proceso dinámico que cambia a medida del transcurso del aprendizaje (Galvis, 2015).

- Orientación; El individuo tiene una necesidad sentida y por tanto busca la ayuda del profesional de enfermería, quién ayudará a reconocer el problema existente.
- Identificación; Enfermería facilita la exploración de sentimientos para así conseguir ayudar a la persona a sobrellevar su proceso de enfermedad.
- Explotación; El individuo, intenta sacar el mayor rendimiento de lo que le es ofrecido a través de la relación de ayuda establecida con el profesional de enfermería, así como plantea nuevas metas.
- Resolución; Las necesidades de dependencia del paciente deben de ser resueltas, liberándose al personal de enfermería y tan solo creando una relación de apoyo.

La enfermera en la relación con el paciente puede adquirir seis papeles diferentes a lo largo del proceso de aprendizaje, tales como (Galvis, 2015):

- Rol de extraño; La enfermera y el paciente no se conocen, es importante que la enfermera no lance prejuicios hacia el paciente, sino que solamente debe de aceptarlo como persona. Generalmente, este es el principal papel que ocurre en la relación enfermera-paciente.
- Rol de suministradora de recursos; En este papel, la enfermera es la encargada de dar respuestas específicas a la persona, explicando detalladamente el plan de cuidados establecido entre ambos, siempre ha de tenerse en cuenta la situación existente para poder elegir la actuación más adecuada para conseguir un aprendizaje constructivo.
- Rol de educadora; En este caso es necesario tener información de todos aquellos conocimientos, intereses y capacidades de los cuales dispone el individuo, para que, a través de ellos, el personal de enfermería pueda enseñar al paciente y conseguir mejorar y/o restaurar esa necesidad por la que demanda ayuda.
- Rol de líder; Mediante una cooperación y participación activa, la enfermera ayuda al paciente a asumir tareas para su autocuidado.
- Rol de sustituta; La enfermera realiza tareas por el paciente que éste no puede realizar en un determinado momento ante la necesidad de ayuda.
- Rol de consejera; Es el más importante en la enfermería psiquiátrica. La enfermera debe ayudar a que el paciente recuerde y entienda completamente lo que en dicho momento le ocurre, y así poder integrar dicha experiencia a otras situaciones a lo largo de la vida.

Es importante clarificar que el cuidado ofrecido por enfermería no es un acto aislado, sino que tiene lugar en diferentes contextos sociales, institucionales y en redes sociales, por ello la enfermera como instrumento terapéutico debe de tener conocimientos y encontrarse comprometida con el cuidado. Cada encuentro terapéutico entre la enfermera y el paciente orientado bajo este modelo teórico es una oportunidad transformadora y dignificante por su contenido humanístico, creando una oportunidad de relación, crecimiento, madurez y aprendizaje mutuo (Arredondo González & Siles González, 2009; Galvis, 2015).

1.1.3.2. Callista Roy: Modelo de adaptación

El modelo de Roy⁵ comenzó durante el periodo de 1964-1966, surgiendo ante la observación de la capacidad de los niños ante la adaptación a los diferentes cambios ocasionados por una enfermedad, durante la realización de sus estudios en la Universidad de California, basando sus principios científicos en la teoría de sistemas de Von Bertalanfly y la teoría de la adaptación del psicólogo Harry Helson. Finalmente este proyecto se puso en marcha en 1968 y por primera vez escrito en 1970, mediante un artículo publicado en el Nursing Outlook, bajo el título de “Adaptación: un marco conceptual para enfermería”(Amad Pastor, Rivera Rocamora, & Cánovas Tomás, 2014; Gutiérrez López et al., 2007).

Roy describe a las personas como seres holísticos que actúan como un sistema vivo y abierto, recibiendo estímulos tanto del entorno como de su propio psique. Produciéndose así la adaptación de la persona hacia su entorno cuando es capaz de responder adecuadamente a los cambios de dichos estímulos, favoreciendo la integridad de la persona y por tanto su propia salud. Por el contrario, si la respuesta hacia los estímulos resultará negativa conllevaría al deterioro de la integridad y la salud del mismo.

En el modelo de adaptación propuesto por Roy pueden distinguirse a su vez dos subsistemas, en primer lugar un subsistema funcional o de procesos de control encargado de los procesos cognitivos y de regulación y en segundo lugar el subsistema de realización o efector compuesto por cuatro modos de adaptación, tales como (Alligood & Marriner, 2011):

- Necesidades fisiológicas
- Concepto de sí mismo
- Dominio del rol

⁵ Callista Roy es una religiosa, teórica y profesora de Enfermería, nació en 1939 en los Ángeles (California). Mundialmente conocida por su modelo de adaptación, recibió el “Bachelrol of Arts” en el año 1963 por el Mount Mary’s Collage de los Ángeles, en 1966 continuó con los estudios de máster en enfermería en la Universidad de los Ángeles culminando con el doctorado en 1977 bajo sus estudios de sociología (Gutiérrez López et al., 2007).

- Interdependencia

Para el modelo de Roy, la enfermera es la persona encargada de ayudar al hombre a conseguir adaptarse a los cambios que le acontecen, siendo su objetivo ocuparse de las dimensiones inevitables de la vida del ser humano, como la salud y la enfermedad. Cuando dichos mecanismos de adaptación se deterioran ocurre la enfermedad frente a la salud que es el producto de la continua adaptación, siendo por tanto la finalidad de enfermería ayudar al hombre a adaptarse a los diferentes cambios interactuando con el entorno para conseguir obtener el máximo bienestar evitando la aparición de la enfermedad, fortaleciendo sus mecanismos de afrontamiento (K. D. Philips, 2011).

1.1.3.3. Jean Watson: Filosofía y ciencia del cuidado transpersonal

Jean Watson⁶ nos revela que cuidar es una parte fundamental del ser, así como también es uno de los actos más primitivos que el ser humano ha realizado y sigue realizando. Watson nos propone mediante su modelo que ambas partes, teoría y práctica, siempre deben ir juntos y mucho más allá de la simple realización de tareas por parte de una enfermera hacia otra persona, es decir, debe de existir una relación interpersonal entre ambos (Jesse, 2011).

El cuidado ofrecido por el personal de enfermería es un cuidado profesional, estructurado, formalizado y orientado a satisfacer las necesidades del ser humano con la finalidad de promover, mantener o recuperar la salud, ya que los pacientes requieren de unos cuidados holísticos que promuevan el humanismo, la salud y la calidad de vida. El cuidado de los enfermos es un fenómeno social de carácter universal, donde Watson busca la sensibilización de los profesionales llevando consigo la humanización de la práctica enfermera (Jesse, 2011).

⁶ Margaret Jean Watson, nació en Estados Unidos en 1940, siempre rodeada de un ambiente familiar y comunitario. Estudió enfermería en la Universidad de Virginia, especializándose posteriormente en enfermería de salud mental y psiquiatría por la Universidad de Colorado. En 1973 recibió el título de doctora en psicología y orientación educativa con mención especial en psicología clínica y social por la misma Universidad (Amad Pastor et al., 2014).

Para Watson, la salud es la armonía y unidad entre la mente, cuerpo, alma y su relación con el grado de coherencia entre lo que experimenta el paciente.

Por tanto, para conseguirlo propone diez factores curativos para la práctica enfermera desde una perspectiva fenomenológica existencial:

1. Formación de un sistema de valores humanístico y altruista.
2. Inculcación de la fe y esperanza.
3. Cultivo de la sensibilidad para consigo mismo y los demás.
4. Desarrollo de una relación de ayuda y confianza: tal relación promueve y acepta la expresión de sentimientos positivos y negativos. Exige congruencia, empatía, calidez no posesiva y comunicación efectiva.
5. Promoción y aceptación de los sentimientos positivos negativos.
6. Empleo sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones.
7. Promoción de la enseñanza y el aprendizaje interpersonal.
8. Creación de un entorno de apoyo, protección y corrección mental, física, sociocultural y espiritual.
9. Ayuda para la satisfacción de las necesidades humanas.
10. Aceptación de las fuerzas existenciales fenomenológicas.

La teoría de Watson ha recibido críticas debido a falta de atención hacia los aspectos fisiopatológicos y la detallada descripción de los diez factores (Jesse, 2011).

1.1.3.4. Phil Baker: Modelo de la marea en la recuperación en salud mental

El modelo propuesto por Phil Baker⁷ trata de un método filosófico para la recuperación de la salud mental de los individuos, por tanto cabe destacar que no es un método de tratamiento o asistencia para la enfermedad mental. Está basado

⁷ Baker es enfermero psiquiátrico, psicoterapeuta, filósofo y autor del modelo de la marea en la recuperación de la salud mental (Galvis, 2015).

en la teoría del caos, el flujo constante, las mareas que van y vienen así como muestran patrones no repetitivos aunque se encuentren dentro de unos parámetros delimitados (Brookers, 2007). El autor plantea que pequeños cambios pueden conllevar a cambios imprevisibles, invitando a la enfermera a la búsqueda de la certeza encontrándose de parte de la incertidumbre.

El modelo de la marea consiste en diez compromisos que son la guía para el profesional. Este modelo establece a la enfermera como un elemento educativo en el centro de la intervención multidisciplinaria destacando la importancia de desarrollar un conocimiento de las necesidades de las personas a través del establecimiento de una relación terapéutica, mediante el empleo de métodos donde exista la delegación de poder (Amad Pastor et al., 2014; P. Baker, 2001).

Los diez compromisos que ayudan al profesional son (P. Baker, 2001; Galvis, 2015):

1. Valorar la voz
2. Respetar el lenguaje
3. Desarrollar la curiosidad genuina
4. Llegar a ser aprendiz
5. Revelar la sabiduría personal
6. Ser transparente
7. Utilizar el equipo de herramientas disponibles
8. Trabajar un paso más allá
9. Dar tiempo
10. Saber que el cambio es constante

1.1.3.5. Martha E. Rogers: Seres Humanos Unitarios

Rogers⁸ tenía una base tanto en ciencias como en humanidades hecho que se puede apreciar tanto en el desarrollo como en el origen de su modelo, el cual fue publicado en 1970 bajo el título de “An introduction to the theoretical basic of nursing” fundamentado bajo conocimientos como la antropología, psicología, sociología, astronomía, religión, filosofía, biología, historia, física, matemáticas y literatura para así dar lugar a seres humanos unitarios.

Al tratarse de un modelo conceptual abstracto, nos ofrece un punto de vista del mundo y una filosofía para que la enfermera consiga identificar aquellos fenómenos que le son de interés para el ejercicio de su disciplina (Gunther, 2011).

Para Rogers la persona es entendida como un sistema abierto en constante interacción con su entorno, nos describe a la persona como un ser unitario “*un campo de energía irreductible, indivisible y pandimensional que se puede identificar gracias al modelo y las características evidentes, que son específicas de todo el conjunto*” (Rogers, 1992).

Los cuidados ofrecidos por la enfermera, para la autora norteamericana, se encuentran definidos como la práctica del profesional con la finalidad de fomentar una interacción armoniosa entre el ser humano y su entorno, para así poder conseguir el máximo potencial de salud (Gunther, 2011).

El entorno es definido como el campo de energía irreducible y pandimensional, específico para cada ser humano. Finalmente, la salud la define como la ausencia de enfermedad o dolencias graves como consecuencia de una adecuada interacción con el entorno (Gunther, 2011; Rogers, 1989).

⁸ Martha E. Rogers (1914-1994), enfermera, investigadora y teórica estadounidense. Se diplomó en enfermería en la Knoxville General Hospital School of Nursing en 1936, obteniendo la licenciatura un año más tarde por la George Peabody College en Nashville (Tennessee). En 1952, obtuvo la titulación de máster en salud pública (Gunther, 2011).

1.1.3.6. Betty Neuman: Modelo de Sistemas

En 1960, Neuman⁹ desarrollo y publicó su primer modelo sobre salud mental y no fue hasta 1982 cuando vio la luz la primera edición de “The Neuman System Model: Application to nursing education and practice”.

El modelo de sistemas de Neuman está influenciado por la Teoría de Sistemas de Bertalanffy y nos refleja a los organismos como sistemas abiertos (Freese, 2007).

Para la autora, el concepto de persona es entendida como un sistema que se encuentra en interacción con el entorno, encontrando la posibilidad de ser una sola persona o bien un grupo, como puede ser una familia. Lo importante de este sistema es el dinamismo de interrelaciones entre los factores fisiológicos, psicológicos, socioculturales, de desarrollo y espirituales.

La salud es entendida para Neuman como un movimiento continuo de naturaleza que cambia constantemente. El entorno es definido como los factores internos y externos que envuelven y afectan a todo el sistema del cliente; Neuman definió tres tipos de entornos: interno, externo y creado inconscientemente.

Finalmente, para Neuman la enfermería es comprendida como una profesión única capaz de encargarse de todo aquello que afecta a la persona causando estrés, es decir, cuida al individuo en su totalidad, pero siempre con la ayuda de él. El paciente participa activamente como receptor de los cuidados además de establecer con la enfermera los objetivos y las intervenciones de sus cuidados, Neuman propone tres tipos de niveles de interacción enfermera-paciente: prevención primaria, secundaria y terciaria (Amad Pastor et al., 2014; Fresse & Lawson, 2011).

⁹ Neuman realizó sus estudios básicos de enfermería en la Escuela Peoples Hospital en Akron (Ohio) en 1947. En 1975 se licenció en Salud Pública y Psicología obteniendo honores por la Universidad de UCLA (Fresse & Lawson, 2011).

1.1.3.7. Joyce Travelbee: Modelo de relación humano a humano

Joyce Travelbee¹⁰ presentó un gran modelo pero debido a su muerte tan prematura no se encuentra profundamente desarrollado siendo escasa su repercusión en nuestro país (Galvis, 2015).

Para la norteamericana, la enfermería es un proceso interpersonal que tiene lugar entre dos seres humanos, encontrándose uno de ellos necesitado de ayuda por sufrir un proceso de enfermedad, siendo éste único e irremplazable en continuo cambio, conversión y evolución. La función de la enfermera como ser humano dotado de conocimientos específicos y con capacidad para su aplicación en ese proceso interpersonal demuestra el propósito de ayuda a otros seres humanos y la comunidad.

Por tanto enfermera y paciente tienen una influencia recíproca comunicándose bien de forma verbal o no verbal. Para Travelbee el término paciente puede ser útil para la comunicación pero destaca que en realidad no existen paciente solo hay seres humanos que necesitan de cuidados, asistencia o servicios proporcionados por otros seres humanos (Travelbee, 1963).

Travelbee define la salud bajo criterios objetivos y subjetivos. No define específicamente el entorno pero sí nos define experiencias humanas como el sufrimiento, dolor, esperanza y enfermedad para conseguir interpretarlo.

Para el modelo desarrollado por Travelbee la relación establecida entre la enfermera y el paciente se produce tras cuatro fases que tiene lugar paulatinamente, tales como el encuentro original, la emergencia de identidades, la empatía y la simpatía, finalmente tras la consecución de todas ellas se produce el denominado rapport o establecimiento de la relación, es decir, cuando ha ocurrido un proceso entre las dos personas, una experiencia o serie de experiencias.

¹⁰ Travelbee (1926-1973) a pesar de su corta vida, fue enfermera docente en la escuela de enfermería del Charity Hospital perteneciente a la Universidad de Louisiana así como en la New York University y en la Universidad de Mississippi de Jackson, ejerciendo a su vez como enfermera asistencial psiquiátrica. Joyce Travelbee obtuvo el título de Bachelor en ciencia de la enfermería por la Universidad Estatal de Louisiana en 1956 y posteriormente el título de master en la Universidad de Yale en 1959 (Galvis, 2015).

La autora nos presenta diferentes tipos de interacción entre la enfermera y el paciente (Amad Pastor et al., 2014; Hobbles & Lansinger, 1989; Salazar Maya & Martínez Acosta, 2008):

- Automática: Este tipo de relación carece de gran sentido para las dos personas involucradas ya que ni la enfermera ni el paciente se mueven hacia el mutuo conocimiento, se comunican pero falla el proceso en la búsqueda de resultado de una relación.
- Involuntaria: Está definida como aquella relación en la cual la enfermera debe de realizar algún tratamiento requerido por el paciente. La enfermera llevará a cabo las acciones necesarias pero no hablará con el paciente más allá de lo estrictamente necesario.
- Inconsciente: Caracterizada por un interés y amabilidad incondicional de la enfermera, este tipo de interacción es característica de aquellos procesos en los que el individuo es totalmente dependiente.

Por tanto la tarea del profesional de enfermería es planear, dirigir y guiar útilmente a la persona o grupo de personas para poder conseguir que esa interacción desencadene una relación que consiga resolver el proceso de enfermedad.

1.2. HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES

1.2.1. ESTILOS DE VIDA

Los hábitos saludables son entendidos como todas aquellas conductas y comportamientos que tenemos asumidos como propios en nuestra vida cotidiana e inciden positivamente en nuestro bienestar físico, mental y social. La práctica diaria de uno o varios hábitos saludables da lugar al término que designamos como estilo de vida saludable, es decir, todo aquel patrón de comportamiento de los seres humanos, que bien de forma individual o colectiva guardan una estrecha relación con la salud (Córdoba, Carmona, Terán, & Márquez, 2013; Muchotrigo, 2013). Entre las variables más clásicas dentro de una vida con prácticas de hábitos saludables, podemos encontrar, el mantenimiento de una dieta equilibrada día a día, la práctica regular de ejercicio físico, la abstinencia al consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias tóxicas, entre otras (Balaguer & Castillo, 2002; Muñoz & Ibáñez, 2015).

Dentro del considerado estilo de vida nocivo todos aquellos actos o conductas que nos llevan al deterioro del bienestar físico, psíquico o social constituyen un conjunto denominado como factores de riesgo. La experiencia a nivel educacional nos aconseja que la etapa de la vida en la cual pueden ser inculcados con mayor efectividad los hábitos que se esperan que sigan manteniendo en la edad adulta el individuo se corresponde con la edad preescolar (Chiang Salgado, Torres Rodríguez, Maldonado Díaz, & González Rubilar, 2003; San Mauro et al., 2015; Sánchez & Flores, 2015).

El estilo de vida del ser humano ha sufrido grandes transformaciones en el transcurso de la historia, pasando de la realización de una gran actividad física por parte del ser humano ante la necesidad de realizar labores que le permitieran su propia subsistencia a un hombre moderno donde los quehaceres ordinarios se han ido reduciendo y facilitando debido a los grandes avances de la ciencia y la tecnología del Siglo XXI así como el incipiente proceso de mecanización que arrastra con ello un estilo de vida cada vez más sedentario, conllevando poco a poco a la realización de actividades que requieren un menor esfuerzo físico así

como a la anulación de nuestro cuerpo como medio de desplazamiento (Fuentes Justicia, Torres Guerrero, & Vilchez Barroso, 2011).

En 1981 Marcos Becerro nos ofrecía la afirmación “La vida moderna se caracteriza por la existencia de los cinco demasiados (tabaco, alcohol, drogas, comida y estrés) y un poco (ejercicio)” manteniéndose prácticamente similar hasta 2006 cuando Dule nos alega “La obesidad, el estrés, el sedentarismo y el consumo exagerado de alcohol, tabaco y otras drogas, constituyen los pilares sobre los que se apoya el sistema de vida de los ciudadanos modernos que, a la vez les permite disfrutar de algunos placeres, les produce una forma típica de enfermedad y muerte” (Fuentes Justicia et al., 2011).

El concepto de salud ha sido estudiado a lo largo del transcurso de la historia, desde hace más de 4000 años, existiendo numerosas conceptualizaciones acerca de la salud versus enfermedad, pero sin embargo a pesar de ello no es posible definir con claridad los límites precisos entre la normalidad e irregularidad y aún menos en el ser humano, ya que se trata de un ser comprendido como biopsicosocial y no un simple determinismo organicista.

Actualmente, el concepto entendido por salud es expresado y comprendido como un proceso dinámico y adaptativo del ser humano al medio natural y sociocultural que le envuelve, el cual se encuentra influido por diversos factores, a los que se les atribuye el nombre de determinantes de la salud. Podríamos realizar la siguiente aclaración afirmando que aquellos factores que tienen cierta influencia en la salud individual o colectiva del ser humano, mediante su interacción en diferentes niveles de organización son capaces de determinar el estado de salud de la población. Tanto la salud como la enfermedad son elevadamente influenciadas por los determinantes de la salud, es decir, los factores individuales, sociales, culturales, económicos y ambientales son capaces de influir en el proceso de salud o enfermedad del ser humano (Fuentes Justicia et al., 2011).

En 1974, Marc Lalonde Ministro Canadiense de Salud, creó un modelo de salud pública incluido en el documento “Nuevas Perspectivas en la Salud de los Canadienses”, para intentar dar explicación a dicho concepto, exponiendo que el

término se encontraba compuesto por elementos como son, el medio ambiente (físico, químico, biológico, sociocultural, psicosocial y cultural), estilo de vida (toma de decisiones, hábitos de vida), biología humana (constitución genética, desarrollo y envejecimiento) y la organización del sistema sanitario (prevención y curación) (Trujillo, 2013; Ávila-Agüero, 2009).

En la conferencia celebrada entre el 10 al 12 de Mayo de 1999 en Bethesda (Maryland), Tarlov propuso un esquema donde describió de forma muy parecida al modelo propuesto por Lalonde lo que entendía él por determinantes de la salud, para ello realizó una clasificación en cinco niveles que abarcan desde el nivel más individual hasta el más generalizado así como descartó la atención sanitaria como uno de los determinantes de la salud considerándolo como una estrategia reparadora de la salud. Los niveles planteados por Tarlov fueron:

- Nivel 1. Determinantes biológicos, físicos y psíquicos.
- Nivel 2. Determinantes del estilo de vida.
- Nivel 3. Determinantes ambientales comunitarios: familia, escuela, vecindario, empleo, instituciones locales, etc...
- Nivel 4. Determinantes del ambiente físico, climático y contaminación ambiental.
- Nivel 5. Determinantes de la estructura macrosocial, política y percepciones poblacionales.

Estos determinantes de la salud pueden ser agrupados en función del momento en que su influencia se hace patente en relación al proceso de enfermedad, en este sentido los determinantes podrán ser clasificados como factores predisponentes, factores precipitantes y factores perpetuadores (Tabla nº1). Es importante destacar que en el modelo para los determinantes de la salud propuesto por Tarlov también se consideran todos aquellos factores que pueden dificultar la aparición de la enfermedad, refiriéndonos en este caso a los denominados como factores protectores. A pesar de existir cierta complejidad en la identificación de estos determinantes, resulta importante distinguirlos para diseñar intervenciones

efectivas para poder conseguir el cambio en conductas indeseables así como la promoción de otras saludables (Fuentes Justicia et al., 2011; Trujillo, 2013).

Tabla 1: Factores que influyen en el proceso de enfermedad

Predisponentes

Vulnerabilidad biológica

Características de personalidad

Primeras experiencias

Respuestas al estrés

Influencias socioculturales

Precipitantes

Acontecimientos estresantes

Estímulos que provocan respuesta emocional displacentera

Perpetuadores

Estresores permanentes

Elementos temporales ligados a la ansiedad

Reforzadores

Influencia familiar

Protectores

Atributos permanentes de adaptabilidad

Adecuada relación familiar

Red de hermanos

Soporte comunitario positivo

Fuente: Adaptado de Lask & Fosson, 1989

Conservar la salud y prevenir enfermedades exige conocer cuáles y cuántos son los factores que se encuentran involucrados para así poder evitarlos o renunciar a ellos a pesar de encontrarse muy extendidos entre los hábitos normalizados entre la población como puede ser el consumo de tabaco, alcohol, determinados tipos de alimentación, estrés o el sedentarismo entre otros (Fuentes Justicia et al., 2011).

Originariamente el término estilo de vida nace a finales del Siglo XIX, bajo las aportaciones de sociólogos y filósofos como Karl Marx y Max Weber.

El estilo de vida fue definido por Marx como el producto de las condiciones socioeconómicas en las que se encontraba inmerso el individuo. Weber realizó una ampliación del concepto estudiado, afirmando que el estilo de vida se encuentra influenciado por los aspectos socioeconómicos del individuo definiendo así su status social. Destacando que se encuentra conformado por dos elementos, la conducta vital (elecciones que realiza el propio individuo sobre su estilo de vida) y las oportunidades vitales (probabilidad de realizar dichas acciones dependiendo de la posición económica del individuo) (Gómez Arqués, Rubio Herrera, & Tapia Pinto, 2005).

La psicología también realizó su aportación a la hora de definir y teorizar el concepto cuestionado, entendiéndolo como un patrón único de conductas y hábitos con lo que el individuo busca alcanzar un estado de superioridad, el nacimiento de esta aportación llevó a coexistir dos teorías acerca del concepto estilo de vida hasta mediados del Siglo XX, por un lado concepción centrada en las condiciones socioeconómicas y en el otro lugar la concepción del estilo de vida como factores individuales de experiencia personal que determinan la conducta propia (S. Márquez Rosa, 2010).

Hasta los años cincuenta no se despertó el interés por la investigación en cuanto a los estilos de vida en el área dedicada a la salud pública, ya que hasta el momento las enfermedades de carácter crónico no habían constituido ningún problema, encontrando su máximo exponente en los años ochenta cuando se muestra un profundo interés en el estudio de la salud en relación al estilo de vida, ya que se concebía la idea del aumento de enfermedades de carácter crónico a

consecuencia del estilo de vida adoptado por el individuo (Fuentes Justicia et al., 2011).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera los estilos de vida como un sinónimo de conductas relacionadas con la salud definiéndolo explícitamente como “un forma general de vida, basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados tanto por los factores psicosociales como por las características personales” (OMS, 1986).

Es posible afirmar que el avance positivo que la salud ha tenido a lo largo del transcurso de la historia ha conseguido influir de una forma tangible en el concepto de estilo de vida.

Obteniendo definiciones acerca del concepto como “un estilo de vida no es la negación de un hábito o la evitación de una conducta [...] el cual se estructura a partir de un conjunto de conductas que generan en el sujeto un interés, un atractivo intrínseco, preferentemente, que favorecen permanezcan como alternativa a otros patrones o estilos de vida que consideramos no saludables” (S Márquez Rosa & Garatachea Vallejo, 2010).

Desde el ámbito de la salud, un estilo de vida podemos comprenderlo como aquellos patrones conductuales, aprendidos o asimilados de forma consciente o bien inconscientemente que permiten conseguir beneficios en la salud de los individuos. Es importante conocer las teorías que nos hablan acerca de los cambios de conducta de salud, ya que proporcionan algunos elementos necesarios para comprender e influir en los mecanismos subyacentes a los estilos de vida para conseguir una mejor salud en los individuos y la población general.

- Modelo explicativo del proceso de sociabilización de los estilos de vida saludables; Aquí podemos encontrar diversas teorías que nos inciden en la necesidad de tener en cuenta los diferentes factores psicosociales que determinan el comportamiento para adquirir un estilo de vida saludable. Todas estas teorías tienen como denominador común la consideración de la socialización del estilo de vida, proceso por el cual las personas consiguen adquirir comportamientos y hábitos que construirán su estilo de vida

propio, así como valores, actitudes y normas. Dentro de este modelo cabe destacar dos teorías consideradas de mayor importancia e influyentes en la actualidad, la teoría ecológica propuesta por Bronfenbrenner en 1987, ofrece una explicación de las condiciones estructurales que rodean y fundamentan el proceso de sociabilización y la teoría del aprendizaje social nacida de la mano de Cornell Montgomery y posteriormente adaptada por Bandura, nos hace entender que los principios de imitación y modelaje son la base para comprender el proceso de socialización.

Ambas teorías dan explicación de la adquisición y mantenimiento de estilos de vida saludable en la población adolescente (Balaguer & Castillo, 2002).

- Teoría de la expectativa-valor; Se encuentra representado por teorías como el modelo de creencias sobre la salud de Becker y Maiman, el modelo de la motivación protectora de Rogers, la teoría de acción razonada de Ajzen y Fishbein y la teoría de la conducta planificada resultado de una adaptación posterior a la teoría de acción razonada por parte de Ajzen.

Esta teoría asume que la opción que el individuo elige se encuentra basada en dos tipos de cogniciones, en primer lugar la probabilidad subjetiva de que un determinado comportamiento conducirá a un conjunto de resultados esperados y en segundo lugar la valoración de éstos. Los individuos deberán de elegir varias alternativas de acción, siendo la más deseable aquella que tenga más probabilidad de resultar satisfactoria o evite en gran medida a las negativas (Girón Daviña & Pacheco del Cerro, 2010).

Atendiendo a todo lo anteriormente mencionado, podemos llegar a la conclusión de que los estilos de vida no pueden ser fácilmente definibles ya que éstos son considerados en su globalidad como saludables pero pueden contener al mismo tiempo elementos que no beneficien en conseguir esa salud deseada (Alcedo & Ángulo, 2015). Por tanto, cualquier estilo de vida puede contener elementos considerados como no saludables, de tal manera que este término no sería el más apropiado para emplear, siendo necesario ampliar la visión y hacer

referencia hacia el constructo “hábitos de vida saludables” para poder expresar mejor aquello que queremos comprender (Fuentes Justicia et al., 2011).

1.2.2. HÁBITOS DE VIDA SALUBLES

Según la RAE, el término hábito es definido como “modo especial de proceder o conducirse adquirido por repetición de actos iguales o semejantes, u originado por tendencias instintivas” (RAE, 2014).

La definición de hábito lleva implícita consigo una serie de actitudes, motivaciones e intereses que generan los mecanismos que actúan en la disposición de él. Así mismo para la consolidación de un hábito es necesaria la existencia de una conducta de forma repetida sistemáticamente durante un periodo de tiempo, es decir, necesita que tales acciones o conductas tengan una estabilidad temporal para que puedan ser consideradas bajo el nombre de hábito.

Dubray refiere que un hábito debe de crecer y reforzarse bajo serie de criterios para su determinación como, número de repetición, frecuencia, uniformidad, interés y placer (Dubray, 1999).

Por tanto podemos afirmar que para generar un hábito es necesaria la interrelación entre motivaciones, actitudes y conductas, es decir, la actitud es el preámbulo de una conducta y cuando ésta es llevada a cabo con cierta perseverancia a lo largo de un periodo de tiempo constituye el denominado hábito (Delgado Fernández & Tercedor Sánchez, 2002).

Desde una perspectiva ética, la división existente en referencia hacia los hábitos la encontramos en la fragmentación de éstos entre buenos y malos, es decir, entre virtudes o vicios según las acciones sean entendidas conformes o contrarias a la normalidad, teniendo presente que la mayoría de las acciones humanas se encuentran influenciadas por las conductas morales, de acuerdo a los principios o prejuicios a los que la mente humana se encuentra acostumbrada (Vilchez Barroso, Torres Guerrero, & Palomares Cuadro, 2007).

Es importante destacar, la influencia de diferentes factores en las actitudes de los seres humanos, entre los que podemos encontrar los factores contextuales como la situación económica o la religión, los rasgos de personalidad y factores

como la edad, sexo o nivel de estudios. De este modo podemos llegar a puntualizar como nuestras actitudes están condicionadas por componentes básicos y definitorios (Fuentes Justicia et al., 2011):

- Componente cognitivo, compuesto por los conocimientos y creencias del individuo.
- Componente afectivo exteriorizado a través de los sentimientos y preferencias.
- Componente conductual o conativo representado por las acciones manifiestas y las declaraciones de intenciones.

Entre los hábitos que se consideran más favorables para la salud de los seres humanos podemos encontrar una correcta alimentación, una adecuada actividad física y unas pautas apropiadas de descanso (Sheprad & Trudeau, 2000; Sánchez & Flores, 2015).

Sin embargo otros autores nos hacen referencia en relación a los hábitos que inciden en salud, tabaco, sedentarismo, alcohol, obesidad, drogas, accidentes, etc... como aquellos a través de los que se determina la salud de los individuos siendo muy característica la posibilidad de ser controlados por la propia persona (Vilchez Barroso et al., 2007).

Se debe destacar que realmente el problema no reside en la decisión de iniciar la práctica de esos hábitos considerados como saludables sino más bien en el mantenimiento de éstos a lo largo del tiempo, ya que es el modo de lograr realmente una mejoría en la salud de los individuos (Fuentes Justicia et al., 2011).

A continuación, vamos a proceder a definir la influencia sobre la salud que tienen diversos hábitos saludables y perjudiciales, objeto de nuestra investigación.

1.2.2.1. Hábito Tabáquico

Hoy día, conocemos que el hábito tabáquico forma parte de la lista de las principales causas de muerte en nuestro país, y su adicción depende entre otros de los factores ambientales que nos rodean (Escobar, Pérez, Ramírez, & Sansores, 2007). Según la Encuesta Nacional de Salud el 24.0% de la población afirma que

fuma a diario, el 3.1% es fumador ocasional, el 19.6% se declara ex fumador y el 53.5% refiere no haber fumado nunca (MSSSI, 2013a).

Diversos estudios epidemiológicos han puesto de manifiesto los efectos nocivos que el consumo de tabaco tiene sobre la salud, ya no solo de la población fumadora sino también de aquella que no lo es, mostrando como dicha población puede estar influenciada por un riesgo aumentado de sufrir enfermedades como cáncer de pulmón, enfermedades cardiovasculares y respiratorias. Al igual que la población infantil acusa notablemente la exposición al humo procedente del consumo de tabaco, desarrollando alteraciones de tipo respiratorio como bronquitis o neumonías que conllevan a una reducción realmente significativa de la capacidad respiratoria así como asma u otitis. El embarazo o la lactancia son periodos de la vida donde el tabaco también provoca efectos nocivos de forma pasiva en la descendencia de madres tanto fumadoras como no fumadoras expuestas al humo del tabaco (Banegas et al., 2011; Bello, Michalland, Soto, Contreras, & Salinas, 2005; OMS, 2012; Ribot et al., 2014; Vilchez Barroso et al., 2007).

Los adolescentes inician el consumo de tabaco cada día a edades más tempranas, dejándose influenciar por el entorno que les rodea y aunque no obtengan ningún placer ante los primeros cigarrillos se esfuerzan por continuar fumando hasta llegar a la dependencia y adicción que conlleva (Vilchez Barroso et al., 2007).

Entre las principales consecuencias que podemos destacar sobre la salud a consecuencia del consumo de tabaco podemos encontrar (Banegas et al., 2011; Dule Rodríguez, 2006):

- Desarrollo de cáncer en diferentes lugares del organismo humano, encontrando preferencia por los pulmones, labios, laringe, esófago, lengua y vejiga.
- Alteraciones del aparato respiratorio, provocando lesiones en los cilios y membrana mucosa de este aparato, deteriorando con ello el sistema de defensa del aparato respiratorio superior.

- Afectaciones sobre el sistema cardiovascular provocando alteraciones como la insuficiencia coronaria u otras alteraciones vasculares.
- O consecuencias como mal aliento, manchas en los dientes, tos, menor resistencia a otras enfermedades debido a un menor rendimiento del sistema inmunológico, alteraciones en el patrón de sueño y de la alimentación así como una disminución en los sentidos del gusto y del olfato.

Otros autores nos advierten de las posibles consecuencias que el hábito tabáquico puede conllevar en la salud del individuo entre ellas:

- Espesamiento de la paredes arteriales, lo cual provoca un aumento de la presión arterial, llevando menor flujo sanguíneo.
- Aumento de la fatiga muscular como consecuencia de la destrucción de la vitamina B1 y C.
- Reducción ante la capacidad de transporte del oxígeno a las diferentes células del organismo ya que el dióxido de carbono tiene afinidad de casi 300 veces mayor por la hemoglobina que el oxígeno.
- Menor intercambio gaseoso debido a la presencia de resistencia a nivel alveolar.
- Mayor prevalencia de trombos debido a que el tabaco conlleva a una mayor liberación de colesterol al torrente sanguíneo.
- Hipoglucemias en ayunas.
- Favorece la aparición de accidentes coronarios durante entrenamientos.
- Aumento de la frecuencia cardiaca y respiratoria durante la práctica de ejercicio físico.
- Aumento de la presión diastólica tanto en reposo como en estado de actividad.
- La nicotina aumenta la secreción de adrenalina por el organismo provocando entre otros fenómenos la vasoconstricción de la piel volviéndose pálida y fría.

El tabaco tiene numerosos componentes, uno de ellos es la nicotina, la cual posee una gran capacidad adictiva con una vida media aproximada de 2 horas, la nicotina sabemos que puede actuar de modo estimulante cuando los fumadores experimentan un nivel bajo de activación como por ejemplo cuando se encuentran fatigados, pero también pueden actuar a modo de tranquilizante cuando éstos experimentan un nivel de activación alto, por ejemplo encontrarse ansioso, todo ello relacionado con la activación de los receptores acetilcolinérgicos- nicotínicos cerebrales que producen una sensación de relajación, alerta y tranquilidad (Escobar et al., 2007). Datos experimentales nos confirman este hecho, dado que los fumadores incrementan el consumo de tabaco tanto en situaciones de alta como de baja activación (Grobe & Perkins, 2000). Otros estudios, han dado a conocer que la nicotina puede beneficiar a personas con diversas patologías mentales entre las que encontramos la ansiedad o la depresión entre otras (Karan & Rosecrans, 2000).

Muchos fumadores utilizan la nicotina no sólo por el proceso adictivo de la sustancia, sino por sus propiedades funcionales para sus problemas psicopatológicos o personales que padecen. Realizando una revisión de los estudios con referencia al tema tratado, en la década de los noventa existen una serie de estudios que muestran de forma clara y consistente la relación que hay entre fumar y depresión (Piasecki, 2000) y otro amplio conjunto de trastornos como la ansiedad (Breslau, Killbery, & Andreski, 1997; Covey, Glassman, Stetner, & Becker, 1993; Leonard, Adler, Benhammou, & Berger, 2001; Mínguez & Iglesias, 2004; Wood, Cano Vindel, Iruarrizaga, & Dongil, 2009).

Otros autores, consideran que son cuatro los principales trastornos que se asocian al consumo de tabaco, esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión y una denominación de otros, entre la que engloba a un grupo de trastornos mentales como la ansiedad, considerando que la población con este tipo de patologías y que es fumadora, utilizan el tabaco como una forma de automedicación (Leonard et al., 2001). Hughes fue uno de los primeros en describir la relación entre ansiedad y fumar; En su estudio realizado con pacientes psiquiátricos, halló que las personas que padecían algún trastorno mental fumaban más que lo hacía la población normal, así obtuvo como resultado para la depresión de un 49% y para

el trastorno de la ansiedad de un 47%, llegando así a la conclusión de que en estos trastornos la prevalencia de tabaquismo era mayor que en la población general (Hughes, Hatsukami, Mitchell, & Dahlgren, 1986; S. Márquez Rosa, 2010).

Además durante la combustión del tabaco se producen más de 4000 productos tóxicos, entre los cuales podemos referenciar:

- Los alquitranes responsables de los distintos cánceres que el tabaco puede ocasionar.
- El monóxido de carbono favorecedor de las diferentes alteraciones cardiovasculares.
- Los irritantes como fenoles, amoníacos, ácidos cianhídricos, responsables de las distintas patologías a nivel respiratorio como las bronquitis crónicas o enfisemas pulmonares.
- Entre otros componentes dentro del tabaco cabe destacar el arsénico, cadmio, níquel, polonio 210, acetona o metanol.

El consumo de tabaco en la población constituye una importante partida de los gastos sanitarios y sociales de nuestro país, llegando a ser casi once veces superiores estos gastos que los beneficios obtenidos a través de él, e incluso debería de añadirse a los gastos sanitarios aquellos gastos ocasionados extra-hospitalariamente como el gasto farmacéutico, los gastos sociales como consecuencia de las pensiones por invalidez permanente, el absentismo laboral cuando los individuos enferman o los accidentes/ lesiones que sufre la población fumadora (Fuentes Justicia et al., 2011).

El Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo evaluó un gasto sanitario derivado de las enfermedades inducidas por el consumo de tabaco en España de un 15% (15.336 millones de euros) (CNPT, 2010). Un estudio sobre el coste-efectividad realizado en el año 2014 en la Región de Murcia, nos informó que el coste directo como consecuencia del tabaco supuso 38,7 millones de euros (López Nicolás, Trapero-Bertran, & Muñoz Fernández, 2014), todo ello conllevando a una menor productividad laboral del individuo aumentado por la vulnerabilidad ocasionada ante la enfermedad (PAHO, 2011).

1.2.2.2. Ejercicio Físico

La sociedad actual aún confunde los conceptos de ejercicio físico y actividad física a pesar de que en el año 1985 Caspersen, Powell y Christerson propusieron una definición estándar para los conceptos ejercicio físico, actividad física y deporte.

Estos autores utilizaban la definición “cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que resulta en gasto energético” para definir el concepto de ejercicio físico (Carpensen, Powell, & Christerson, 1985).

En 1995 se propuso la definición “aquella que privilegia el movimiento corporal como medio de expresión, relación y aprendizaje” para intentar ampliar y comprender el término ejercicio físico (Aisenstein, 1995).

Richard Tinning nos propuso el ejercicio físico como un campo compuesto por dos modelos, el rendimiento y la participación (Tinning, 1996).

- Rendimiento: búsqueda sistemática del producto final, la selección de los mejor dotados, es decir, se basa en la concepción del cuerpo como una máquina. Este modelo es adecuado para experiencia participativa, elitista dejando a un lado la parte de ocio de la actividad física.
- Participación: Este modelo se basa en la promover la participación en la cultura del movimiento con todos los valores educativos que le envuelven por tanto siendo una visión puramente de ocio.

En la actualidad el concepto “actividad física” hace referencia a la integración del movimiento, la interacción, el cuerpo y la práctica humana, formada por tres dimensiones: la biológica, la personal y la sociocultural. Entendiendo la dimensión biológica como cualquier movimiento corporal realizado por los músculos esqueléticos que lleva asociado un gasto de energía. Para esta definición resulta importante la presencia de las tres dimensiones ya que la parte personal y sociocultural permitirá al ser humano interactuar con el resto de seres vivos y el ambiente que le rodea (Annicchiarico Ramos, 2002; Davis, Bull, Roscoe, & Roscoe, 2000).

Haciendo referencia al ejercicio físico como una conducta saludable, se ha constatado que la inactividad física es el cuarto factor de riesgo en lo que respecta a la mortalidad mundial (6% de las muertes registradas en todo el mundo) (OMS, 2010).

La práctica regular de ejercicio físico aporta diversos beneficios en las diferentes esferas del bienestar psicológico, es decir, mejora la salud subjetiva, el estado de ánimo y la emotividad (Biddle, Fox, & Boutcher, 2000), acorta la depresión (Lawlor & Hopker, 2001), reduce los niveles de ansiedad (Akandare & Tekin, 2005), incrementa el autoestima (Elavsky & McAuley, 2007a) así como beneficia el afrontamiento del estrés (Holmes, 1993). El American College of Sport Medicine, recomienda que se practique ejercicio físico entre tres y cinco días por semana para conseguir mejorías en los trastornos de ansiedad durante al menos diez semanas o durante cinco semanas para algunos trastornos depresivos (ACSM, 1999). Mientras que la OMS, recomienda al menos ciento cincuenta minutos semanales de actividad física para los adultos entre dieciocho y sesenta y cuatro años, siendo estas actividades recreativas, de ocio o bien ocupacionales, donde la persona no deba mantener mucho tiempo su concentración (OMS, 2010). Actualmente, existen numerosos estudios con referencia a cómo llevar o practicar un estilo de vida saludable, bien sea practicando hábitos saludables o definiendo cuales no lo son, para evitar su realización y mejorar la calidad de vida de la población (Crespo Salgado, Delgado Martín, Blanco Iglesias, & Aldecoa Landesa, 2015; Giraldo Osorio, Toro Rosero, Macías Ladino, Valencia Garcés, & Palacio Rodríguez, 2010; Hoffman, 2002; Pastor, Balaguer, & García Merita, 2006).

Una de las motivaciones actuales para la realización de ejercicio físico es la búsqueda de un estado de bienestar que según el concepto individual de salud que tenga cada individuo, nos permitirá mejorar cada una de las dimensiones que la OMS emplea y por tanto nos conducirá a una mejor calidad de vida.

La práctica regular de ejercicio físico permitirá conseguir esa deseada calidad de vida mejorando la forma física, sintiéndonos más fuertes y seguros ante los diferentes retos que se pueden presentar en la vida diaria así como disminuyendo el riesgo de sufrir diversas enfermedades que se encuentran asociadas a una vida

sedentaria. Así mismo la práctica de ejercicio físico también permite un bienestar a nivel emocional ya la práctica de ejercicio conlleva a un aumento del autoestima e incluso mejorando la capacidad intelectual (Vilchez Barroso et al., 2007).

1.2.2.3. El sueño y el descanso adecuado

El sueño es una necesidad biológica que permite a los seres vivos restablecer sus funciones físicas y psicológicas esenciales para mostrar un pleno rendimiento diario así como la supervivencia, mientras que el patrón del sueño nos describe la capacidad de una persona para conseguir dormir, descansar o relajarse a lo largo de las 24 horas que tiene un día, incluyendo dentro de este patrón la percepción de la calidad y cantidad de sueño.

Antiguamente, el sueño era considerado como un estado pasivo hoy día se conoce que este estado es activo, en el que intervienen diversos sistemas neuronales como el diencéfalo, el tronco del encéfalo y la corteza cerebral. El ser humano invierte aproximadamente un tercio de su vida en dormir, demostrándose ser una actividad totalmente necesaria mediante la cual se llevan a cabo funciones fisiológicas totalmente necesarias para mantener el equilibrio físico y psíquico del individuo como la restauración de la homeostasis del sistema nervioso central y del resto de tejidos, se produce el restablecimiento del almacenaje de energía celular así como la consolidación de la memoria.

La duración del sueño nocturno variará en función de diferentes factores (MSSSI, 2011b):

- Edad.
- Problemas de salud física como malestar o dolor.
- Problemas de salud emocional como ansiedad, depresión u otras alteraciones mentales donde se deteriora la percepción, como por ejemplo la esquizofrenia.
- Situaciones ambientales que provoquen estados de ansiedad o estrés, como por ejemplo una hospitalización, una intervención quirúrgica, un duelo, etc...

- Viajes en los que se producen cambios horarios.
- Trabajos a turnos donde se alterna el día y la noche.
- Tratamiento con determinados fármacos, como los broncodilatadores, esteroides, etc...
- Interrupciones bruscas de determinados fármacos, como benzodiazepinas, antidepresivos o neurolépticos.
- Consumo de sustancias estimulantes, como la cafeína o la nicotina.
- Abuso de alcohol u otros tóxicos.
- Otras disfunciones asociadas al sueño, como la enuresis, bruxismo, pesadillas, etc...

El sueño es evaluado mediante la prueba de polisomniografía a través del cual se registra de forma estandarizada y simultánea las múltiples señales biológicas que tienen lugar durante los estados de sueño y vigilia.

Cada noche mientras dormimos pasamos por diferentes fases o estadios del sueño, sucediéndose de forma repetida a lo largo de cuatro o seis ciclos durante toda la noche. Los estadios se dividen a su vez en dos grandes fases del sueño (REM y NO REM), distinguiéndose por la distinta actividad muscular, cerebral y los movimientos oculares presentes en ambas fases.

Fase REM (rapid eye movement), esta etapa se encuentra asociada con una elevada actividad neuronal y con los sueños.

Fase No REM (non rapid eye movement), esta fase del sueño también es conocida como sueño de ondas lentas, el sueño No Rem se divide a su vez en tres estadios según la Academia Americana de Medicina del Sueño.

- Fase N1: es la más corta y se corresponde un sueño más superficial.
- Fase N2: esta fase corresponde con la mitad del tiempo total de sueño.
- Fase N3: durante esta fase se produce el sueño más profundo y reparador (Iber, Ancoli- Israel, & Chesson, 2007).

La salud de los individuos puede verse deteriorada como consecuencia de un patrón de sueño alterado conllevando a un inadecuado descanso de la persona. Un estudio pionero en demostrar dicha conexión fue el llevado a cabo en 1979 por Kripke, Simons, Grafinkel y Hammond, quienes a través de una encuesta efectuada por la Sociedad Americana de Psicología¹¹ a más de un millón de individuos con edades superiores a los 30 años en tratamiento oncológico, mostraba entre sus resultados una mejor calidad de vida y por tanto menos mortalidad entre los individuos que descansaban entre 7 y 8 horas e incluso era mejor aún la calidad de vida entre aquellas personas que descansaban entre 11 y 12 horas (Miró et al., 2006).

Los trastornos del sueño constituyen un problema frecuente de consulta a los profesionales sanitarios ya que, como hemos podido comprobar, producen diversas alteraciones que pueden desembocar en ciertas dificultades tanto en la salud como en la calidad de vida de los individuos. Entre los trastornos del sueño más frecuentes podemos encontrar el insomnio, los trastornos del movimiento relacionados con el sueño, los trastornos del ritmo circadiano, los trastornos respiratorios relacionados con el sueño y las parasomnias (MSSSI, 2011b).

Insomnio

El concepto insomnio se utiliza para designar el estado de hiperalerta o trastorno de la vigilancia que dura las 24 horas, por lo que es característico la dificultad para dormir también durante el día (Álvarez et al., 2016).

Existen múltiples clasificaciones para el insomnio, empleándose con mayor frecuencia la categorización según su etiología, momento de la noche en que se produce y su duración.

- En función de su etiología:
 - -Insomnio primario, no se encuentra asociado a ningún factor etiológico identificable, puede ser que este tipo de insomnio se

¹¹ La finalidad de este estudios no era evaluar el sueño, pero sí que uno de los ítems era medir la calidad de éste, por tanto estos autores decidieron emplearlo para intentar definir la conexión existente entre el sueño y la calidad de vida (Miró, Iáñez, & Cano, 2006).

encuentre relacionado con la personalidad del individuo o con su estilo de afrontar diversas situaciones.

- -Insomnio secundario, la aparición de esta alteración del sueño se debe a la existencia de un factor que provoca en el individuo una situación inadaptativa.
- En función del momento de la noche en el que aparece:
 - -Insomnio de conciliación, la dificultad del sueño existe en su inicio, puede encontrarse relacionado con el consumo de sustancias tóxicas o con la ansiedad. Es frecuente entre la población joven.
 - -Insomnio de mantenimiento, aparecen frecuentes despertares durante el ciclo del sueño, impidiendo el mantenimiento de éste. Frecuentemente se encuentra asociado a problemas del envejecimiento.
 - -Despertares precoces, el individuo se despierta al menos dos horas antes de lo habitual.
- En función de su duración:
 - -Insomnio de tipo transitorio, la duración de esta alteración del sueño es menor a una semana.
 - -Insomnio de corta duración o agudo, su duración está estipulada entre una a cuatro semanas.
 - -Insomnio de larga duración o crónico, la duración persiste durante más de cuatro semanas (Peraíta- Adrados, 2005).

Trastornos del movimiento relacionados con el sueño

Los trastornos del movimiento relacionados con el sueño más frecuentes son el síndrome de piernas inquietas y los movimientos periódicos de las extremidades, ambos caracterizados por la presencia de movimientos en referencia a los miembros inferiores.

El síndrome de piernas inquietas se caracteriza por la presencia de gran malestar en las extremidades inferiores que tan solo desaparece si el individuo las

mueve. Es frecuente que esta alteración tenga su aparición al inicio del sueño conllevado a un retraso o impedimento de éste.

En el síndrome de movimientos periódicos de las piernas los individuos no notan los movimientos que se producen por lo cual no se altera el sueño (MSSSI, 2011b).

Trastornos respiratorios relacionados con el sueño

Durante el sueño es el sistema nervioso autónomo, se encarga de controlar la función de la respiración ya que el individuo no se encuentra consciente para poder realizarlo, en el momento que este sistema se encuentra alterado se producirán las alteraciones del sueño conocidas como los trastornos respiratorios relacionados con el sueño, siendo los más frecuentes (MSSSI, 2011b):

- El síndrome de apnea obstructiva del sueño, caracterizada por somnolencia excesiva, ronquido irregular e insuficiencia respiratoria durante la etapa del sueño.
- El síndrome de apnea central del sueño, esta alteración del sueño es muy similar a la anterior pero sus causas son diferentes, ya que esta alteración se debe a problemas como insuficiencia cardiaca, enfermedad o lesión cerebral (ACV, tumor cerebral, infección cerebral viral) o enfermedad respiratoria crónica.
- El síndrome de hipoventilación central alveolar, manifestado por una disminución de la ventilación en los pulmones durante el sueño, despertando el individuo con sensación de asfixia.

Parasomnias

Lo más característico de esta alteración del sueño es que no existe afectación de su calidad. Dentro de las parasomnias podemos encontrar el bruxismo, caracterizado por el crujir de dientes, el sonambulismo, golpear o darse golpes en la cabeza así como hablar o gritar durante el sueño. El individuo que sufre parasomnia durante el transcurso de la misma no es consciente de ella pero cuando despierte sí que tendrá otros síntomas, como por ejemplo dolor.

La parasomnia más característica durante la infancia son los terrores nocturnos, representado por gritos sin causa alguna durante el sueño cediendo en un corto periodo de tiempo y despertando el niño como si no hubiese ocurrido nada (MSSSI, 2011).

1.2.2.4. Consumo de alcohol y otras drogas

EL alcohol es una sustancia legal y de libre adquisición obtenida mediante la fermentación anaeróbica en una disolución de azúcares con levaduras.

Durante siglos el alcohol ha sido consumido por numerosas culturas estableciéndose como una bebida de carácter social, conllevando su uso nocivo a una carga tanto social como económica para la sociedad (OMS, 2015a).

El alcohol no es una bebida estimulante sino que se trata de un depresor del Sistema Nervioso Central (SNC), a pesar de que la sintomatología inmediata experimentada debida a la afectación de los centros responsables del autocontrol provoca en el individuo euforia y desinhibición. Entre los efectos que realmente el alcohol produce sobre el organismo humano debido a la afectación del SNC podemos encontrar la disminución de la frecuencia cardiaca y respiratoria y un menor rendimiento del funcionamiento del cerebro. Generalmente, los efectos pueden aparecer entorno a los 10 minutos del inicio de la consumición pero realmente el punto máximo de acción es alcanzado a los 40 ó 60 minutos.

Debido al bajo peso molecular que tiene esta sustancia su absorción hacia el torrente sanguíneo se realiza directamente desde las paredes del intestino delgado y una pequeña parte desde la pared estomacal, ya que no requiere la realización de ningún proceso de digestión, siendo absorbido en su forma original. El alcohol viaja a lo largo de todo el torrente sanguíneo hasta su llegada al hígado donde se produce el proceso de descomposición de la sustancia psicoactiva.

El nivel de alcohol en sangre es conocido bajo el término de alcoholemia, empleado para conocer el estado de embriaguez del individuo.

El alcohol puede ser clasificado como bebidas fermentadas o destiladas (Moyer & Force, 2013; Sherin, Seikel, & Hale, 2016):

- Fermentadas, son aquellas bebidas en las cuales se produce una fermentación natural de los azúcares procedente de frutas como la uva o la manzana, el contenido alcohólico oscila entre el 6 al 20%. Las bebidas obtenidas por este proceso son el vino, la cerveza o la sidra.
- Destiladas, son el resultado de la depuración y destilación de bebidas previamente fermentadas, dando lugar a bebidas de graduación entre el 30 al 60%. Entre las bebidas destiladas encontramos el ron, tequila, vodka o whiskey.

Para calcular el consumo de alcohol la OMS emplea el término Unidad de Bebida Estándar (UBE), a través de este concepto podemos conocer la cantidad de alcohol puro ingerido pero no la cantidad de líquido que el individuo bebe. 1 UBE supone el consumo entre 8 y 13 gramos de alcohol puro. Para el cálculo debe de emplearse la siguiente fórmula:

$$\text{Centilitros o mililitros de bebida de alcohol} \times \text{graduación de la bebida} \times 0,8$$

100

La degradación y eliminación del alcohol en el organismo femenino es diferente al hombre debido a las diferencia de peso y composición de agua entre hombres y mujeres, provocando en ellas un mayor tiempo de exposición a la sustancia psicoactiva. La OMS propone que el sexo masculino no debe de superar los 30 gramos de alcohol diariamente frente a los 20 gramos diarios en las mujeres (OMS, 2015a).

El éxito de esta sustancia radica en el gran poder social que la persona adquiere cuando lo consume, dejando cuantiosos daños a su vez, en el año 2012 el consumo de alcohol llevo a 3,3 millones de muertes en todo el mundo, además de causar más de 200 enfermedades y trastornos como la cirrosis hepática, cáncer o enfermedades cardiovasculares, traumatismos derivados de accidentes de tráfico o violencia, así como síndrome alcohólico fetal en las embarazadas que consumen alcohol durante la gestación. Recientemente, se han establecido relaciones causales entre el consumo excesivo de alcohol y la incidencia de enfermedades infecciosas como el VIH o la tuberculosis (OMS, 2015a).

En España, los datos reflejados por la ENS de 2014 muestran que el 73,4 % de la población española había consumido alcohol por primera vez antes de los 15 años. Siendo mayor el consumo entre los hombres, 21,2% frente al 6,7% de la población femenina. Cabe destacar que el consumo habitual (al menos un día a la semana) aumenta con la edad, alcanzando el máximo entre los 55-64 años (MSSSI, 2014).

El consumo de alcohol puede ir asociado al consumo de otras drogas y conductas relativas a un estilo de vida poco saludable (Fuentes Justicia et al., 2011).

1.2.2.5. Consumo de otras sustancias

Cannabis

El cannabis es una de las drogas más consumidas en España después del tabaco y el alcohol (30,4%) (MSSSI, 2014). La planta es conocida como Cannabis Sativa utilizándose para el consumo diversas partes como la resina, hojas, flores o tallos. Generalmente, su consumo se realiza fumada en un cigarro mediante la mezcla con tabaco.

Cuando se consume cannabis se activa en nuestro organismo el sistema cannabinoide endógeno (sistema propio de nuestro organismo), provocando alteraciones en las funciones relacionadas con el comportamiento, el aprendizaje, el apetito, las emociones y el dolor entre otras. El consumo en dosis bajas puede resultar placentero pero cuando se trata de dosis elevadas puede provocar ansiedad. El consumo prolongado de esta sustancia altera diversos sistemas del organismo humano deteriorándolo progresiva e irreparablemente.

En aquellos individuos que tengan una mayor predisposición a padecer trastornos mentales el consumo de cannabis puede provocar la aparición de éstos o incluso agravarlos (Fuentes Justicia et al., 2011).

Cocaína

La cocaína es una droga ilegal que presenta un alto índice de consumo entre la población (cocaína en polvo 10,2%, cocaína en base 1,0% y cocaína en polvo y/o

base 10,3%) (MSSSI, 2014), presenta un alto poder adictivo actuando como un potente estimulador del SNC, no siendo necesario el consumo diario de la sustancia para crear la dependencia.

Esta sustancia psicoactiva aumenta la actividad del sistema de neurotransmisión dopaminérgico provocando en el sujeto una importante excitación motora y de nivel de actividad. También induce a un aumento de la frecuencia respiratoria y cardiaca así como la elevación de la tensión arterial llevando al desarrollo de diversas patologías.

La cocaína actúa sobre los circuitos cerebrales del placer y la gratificación, induciendo un deterioro de ellos cuando existe un consumo continuado, llevando al individuo a reducir su capacidad de sentir placer (Fuentes Justicia et al., 2011).

Heroína

Se trata de un derivado mórfico, es decir, se obtiene del opio, incluyéndose en el grupo de las sustancias opiáceas. Esta sustancia generalmente es adulterada para su consumo con quinina, lactosa, azúcar, etc... e incluso con barbitúricos o sedantes, siendo las adulteraciones las responsables de los problemas médicos subyacentes al consumo.

La heroína no es una de las sustancias adictivas con mayor consumo en España, según la ENS 2014 esta droga ilegal era consumida por 0,7% de la población (MSSSI, 2014).

El consumo de la sustancia puede ser realizado por diferentes vías, fumada, inhalada a través de la nariz o inyectada. La heroína activa el sistema opioide de nuestro organismo, realizando diversos efectos sobre la sensación de placer, el dolor o las funciones respiratorias o cardiovasculares. La activación de forma artificial de este sistema en el organismo humano conlleva a cambios en el cerebro que imponen la necesidad continuada de la consumición de tal sustancia, ya que en el caso de ser suprimida aparecería la sintomatología de abstinencia, creando un malestar importante en el individuo que tan solo es subsanado mediante el consumo de la sustancia (Fuentes Justicia et al., 2011).

Otras sustancias psicoactivas

Existen diversas sustancias adictivas que son elaboradas mediante una síntesis química como son el éxtasis, alucinógenos, anfetaminas, etc... Estas sustancias generalmente buscan la activación del organismo. Podemos encontrarlas en distintas formas de presentación, pastillas cápsulas, polvo, líquido con la finalidad de ser físicamente atractivas (Fuentes Justicia et al., 2011).

Cada vez son consumidas con mayor frecuencia, según la ENS- 2014 el consumo entre la población española de éxtasis fue del 4,8%, de alucinógenos y de Speed fue de 3,8% (MSSSI, 2014).

1.3. DISCAPACIDAD EN LOS TRASTORNOS MENTALES

1.3.1. INFLUENCIA SOBRE LA SALUD FÍSICA, MENTAL Y SOCIAL DE LA PERSONA

En la actualidad existe una gran preocupación por el impacto que los problemas de la salud tienen sobre la población, ya que éstos afectan tanto a la calidad de vida de las personas como al uso adecuado de los servicios sanitarios, desencadenando una serie de repercusiones y consecuencias que afecta al individuo en su conjunto, siendo la discapacidad uno de los problemas de salud que más quebranta y deteriora la calidad de vida de las personas y de su entorno (Galán, 2015).

La OMS define la discapacidad como *“un término general y complejo que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; Las limitaciones de las actividades son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales. Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive.”*(OMS, 2011). De tal manera que el término discapacidad hace referencia a aspectos negativos derivados de la interacción entre “salud” de una persona y sus factores contextuales: personales (sexo, edad, hábitos de vida, estilos de enfrentarse a los problemas, profesión) y ambientales de su entorno (físico social y actitudinal), entre estos últimos consideramos positivamente destacar el factor de apoyo social¹².

¹² Apoyo social; Desde la década de los setenta empieza existir un gran interés por el estudio del apoyo social, entendiéndolo como una variable dentro del área de la salud, con una gran inclinación en el afrontamiento del estrés en situaciones de crisis; El término apoyo social es realmente complejo ya que involucra aspectos estructurales, funcionales, reales y cognitivos en niveles distintos de análisis (Ortego, López, & Álvarez, 2010).

La discapacidad parece ser una alteración relativamente frecuente en el mundo según muestran las estadísticas, ya que alrededor de más de 1.000 millones de personas padecen alguna forma de discapacidad, lo que supondría una estimación de aproximadamente de un 15% de la población a nivel mundial, son datos realmente significativos ya que casi 200 millones de estas personas experimentan dificultades considerables para su funcionamiento diario (OMS, 2011). Todo ello hace plantearse que la discapacidad en los años venideros será un motivo de preocupación cada vez mayor, pues es evidente que su prevalencia está aumentando progresivamente, encontrándose entre sus principales causas: el envejecimiento de la población, por existir un mayor riesgo entre los adultos de más longevidad, y el aumento mundial del sufrimiento de enfermedades crónicas, tales como el cáncer, la diabetes, enfermedades cardiovasculares y los trastornos mentales. Hoy en día se asume que la discapacidad forma parte de la condición humana: casi todas las personas sufrirán algún tipo de discapacidad transitoria o permanente en algún momento de su vida siendo necesario superar las múltiples y sistemáticas desventajas asociadas a ella, que variarán según el contexto en el que se encuentre inmersa la persona que la padece (OMS, 2011).

Las características que delimitan la discapacidad en cada país están definidas por los problemas de salud, los factores ambientales e incluso por diversos problemas como son los accidentes de tráfico, las catástrofes naturales, los hábitos alimenticios y el abuso de sustancias entre otros factores.

Podemos afirmar que las poblaciones más vulnerables a las discapacidades, con una afectación desproporcionada, son aquellos países con ingresos más bajos frente aquellos países donde las rentas se encuentran elevadas, así como las mujeres y los ancianos también presentan una mayor prevalencia en cuanto al sufrimiento de una discapacidad. A nivel mundial, las personas que padecen alguna discapacidad, independientemente de que ésta sea física, psíquica o incluso ambas, gozan de peores resultados a nivel sanitario, académico así como un menor nivel económico mostrando unas tasas de pobreza más elevadas que en aquellas personas que se encuentran libres de cualquier discapacidad. En gran medida ello se debe a los numerosos obstáculos que causan un entorpecimiento en las personas que sufren alguna discapacidad como es el acceso a diferentes

servicios y recursos que para la sociedad en general resultan obvios, entre ellos sanidad, educación, empleo, transporte o simplemente la obtención de información, pero que en las poblaciones con ciertas discapacidades se llega a producir una gran exacerbación de ésta, así como se les excluye del mercado laboral por el hecho de presentar problemas de salud mental o deficiencias a nivel intelectual (OMS, 2011).

Esta situación ha llevado a la celebración de convenciones internacionales sobre los derechos de las personas con discapacidad, con el fin de *“promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad todos los derechos humanos y libertades fundamentalmente necesarios para que todas las personas con discapacidad puedan gozar de respeto hacia su dignidad inherente como persona”* (ONU, 2006).

Entre los obstáculos más destacados que se interponen entre las personas con discapacidades a cualquier nivel podemos destacar (OMS, 2011):

- Políticas y normas insuficientes. No siempre se tienen en cuenta las necesidades de las personas que padecen alguna discapacidad o simplemente no se hacen cumplir las normas o políticas que ya son vigentes.
- Actitudes negativas. Las creencias y prejuicios existentes en la sociedad crean unos obstáculos en las personas con discapacidad tanto para la educación, el empleo, la sanidad o la participación a nivel social, todo ello, junto con el desconocimiento, puede llegar a crear situaciones en las que se limitan las oportunidades de empleo.
- Prestación de servicios insuficiente. Las personas que padecen alguna discapacidad son especialmente vulnerables a las deficiencias que presentan los diferentes servicios y recursos, tales como la atención de la salud, la rehabilitación, la asistencia y el apoyo.
- Problemas con la prestación de servicios. La escasez de recursos humanos, mala gestión y coordinación de los servicios afectan a la calidad, accesibilidad e idoneidad de dichos servicios destinados a las personas con discapacidad. Como agravamiento muchos de los cuidadores de personas

con discapacidad poseen deficiencia en su formación para el cuidado de éstos así como una mala remuneración.

- Financiación insuficiente. Los recursos que se asignan para este tipo de cuidados son a menudo realmente insuficientes, por ejemplo, en los países de ingresos altos, entre el 20 y el 40% de las personas con discapacidad no tienen cubiertas sus necesidades de asistencia para las actividades cotidianas, mientras que muchos países de ingresos bajos y medianos, los gobiernos nacionales no pueden proporcionar servicios adecuados, y los proveedores comerciales de servicios no están disponibles o no son financieramente asequibles para la mayoría de las familias.
- Falta de accesibilidad. Muchos de los edificios públicos y medios de transporte no son accesibles para todas las personas. La existencia de falta de acceso al transporte es uno de los motivos que conlleva a que las personas con discapacidad dejen de buscar trabajo o incluso atención sanitaria. Las personas con discapacidad, en comparación con las no discapacitadas, tienen tasas significativamente más bajas de uso de tecnologías de información y comunicación e incluso en algunos casos es posible que no puedan acceder a productos y servicios básicos como el teléfono, la televisión o internet.
- Falta de consulta y participación. A consecuencia de su discapacidad muchas personas quedan excluidas en la toma de decisiones sobre su propia salud y vida, por ejemplo cuando estas personas no pueden decidir ni controlar como se les debe de prestar apoyo en sus propios hogares, por encontrarse incapacitadas.
- Falta de datos y pruebas. La falta de datos rigurosos y comparables sobre la discapacidad así como la falta de pruebas objetivas sobre los programas funcionantes pueden dificultar la comprensión e impedir que se adopten medidas, por ello es muy importante conocer el número de personas con discapacidad así como sus circunstancias para poder identificar cuáles son los obstáculos promotores de dicha discapacidad y poder adecuar los servicios necesarios para garantizarles una apropiada calidad de vida.

Debido a la existencia de deficiencias en el sistema sanitario, en diversas ocasiones la situación de las personas con discapacidad resulta precaria, siendo posible subsanarla mediante la puesta en marcha de las diferentes recomendaciones que la OMS ofrece en su informe mundial sobre la discapacidad (OMS, 2011):

- Posibilitar el acceso a todos los sistemas y servicios convencionales que una persona con discapacidad necesita y que algunos son de vital importancia como la salud y el bienestar. Intentar conseguir que los distintos niveles de salud sean más inclusivos y accesibles para todas aquellas personas que padezcan alguna discapacidad intentando disminuir sus necesidades pero también intentando igualarlos al resto de la sociedad.
- Invertir en programas y servicios específicos para las personas con discapacidades. Como por ejemplo programas destinados a la rehabilitación, el apoyo o la formación; Cuando hablamos de programas referidos a la rehabilitación, éstos deben de estar insertos en la comunidad y así promover la creación de servicios preventivos, es decir, deben de disponer de servicios, organizaciones e instituciones especializadas para así poder ofrecer a las personas con discapacidades una atención más integral. Con este tipo de programas se podrán conseguir mejorar tanto las actitudes como las aptitudes y con ello, los conocimientos de la sociedad en general y de las personas encargadas de ofrecer los cuidados de salud a personas necesitadas de estos. Mediante el uso de técnicas como la rehabilitación se puede conseguir generar capacidad humana, fomentar la autonomía y participación en las actividades de la vida diaria de aquellas personas que se encuentran con ciertos obstáculos por sufrir una discapacidad.
- Adoptar una estrategia y un plan de acción nacional sobre discapacidad. Si todos los lugares compartieran los mismos pensamientos, adoptarán las mismas medidas, dispusieran de los mismos recursos, etc... sería más fácil conseguir el objetivo final: las personas con discapacidad consigan tener una vida más fácil, autónoma y digna.

- Asegurar la participación de las personas con discapacidad, ya que ellos tienen una perspectiva única de su discapacidad y situación en la que se encuentran, la adquisición de recursos y la participación debería de ser igual para todos los individuos sin existir categorización, ayudando a la persona con discapacidad a tener el derecho a controlar su propia vida, consultándole acerca de todo aquello que le atañe, promoviendo la participación activa en su salud, educación, rehabilitación o vida comunitaria. Ayudándole a la generación de capacidades, apoyándole a emanciparse o tomar sus propias decisiones.
- Mejorar la capacidad de recursos humanos, en muchos países el personal sanitario carece de formación en cuanto a la prestación y gestión de los distintos servicios disponibles para aquellas personas con discapacidad, es importante tener en cuenta que esta situación puede mejorar a través de la educación y la formación de los distintos profesionales.
- Proporcionar una financiación suficiente y así mejorar la asequibilidad, para todas aquellas personas que lo necesiten puedan acceder a una asistencia adecuada así como de calidad. Ya que, como hemos comprobado, las personas que padecen alguna discapacidad son aquellas que tienen menos recursos económicos e incluso menos acceso al mercado laboral para poder permitirse los diferentes tratamientos, medios, etc...
- Fomentar la sensibilización pública y la comprensión de la discapacidad. El hecho de la falta de conocimientos acerca de las diferentes discapacidades existentes conlleva a que existan percepciones negativas hacia las personas con discapacidad. La sociedad debe de estar formada e inculcar ciertos valores para evitar que en cualquier momento se pueda producir la exclusión de una persona con discapacidad, siendo la participación de los medios de comunicación necesaria para conseguir la divulgación de historias positivas y campañas de información.
- Mejorar la recopilación de datos sobre discapacidad. Siendo conscientes del número de personas que padecen cualquier tipo de discapacidades físicas, psíquicas o ambas, se podrá estimar de una forma más exacta y

adecuada cómo y dónde realizarse la inversión de recursos. Actualmente no se registra adecuadamente y esto conduce al error de pensar que no existen tantas personas con dicho sufrimiento, es necesario realizar un registro adecuado para medir y vigilar los procesos/deficiencias existentes entre la población.

- Reforzar y apoyar la investigación sobre la discapacidad, promoviendo lograr nuevos avances para mejorar el día a día de las personas que sufren alguna discapacidad, intentando conseguir la máxima autonomía en su vida diaria. Para ello es necesario aumentar la comprensión pública acerca de la problemática existente entorno a la discapacidad informando de la políticas y programas así como realizando un reparto eficiente de los recursos. Debe de aumentarse de la investigación especializada en la discapacidad, así como de reforzarse en diversas disciplinas como la rehabilitación, la educación especial, la economía, la sociología, etc... Resultaría de gran utilidad que el aprendizaje y la investigación se realizará a nivel internacional contactando a las universidades de los distintos países.

1.3.2. DISCAPACIDAD EN LOS TRASTORNOS ANSIOSO/DEPRESIVOS

Los problemas de salud mental constituyen cinco de las diez principales causas de discapacidad en todo el mundo, suponiendo un tercio del total a nivel mundial (Aduen Castro, Melendez Caballero, Peñas Medina, Rueda Celedon, & Núñez Bravo, 2013).

La discapacidad ocasionada por los trastornos mentales conlleva importantes impedimentos tanto en el trabajo como en la calidad de vida de las personas que padecen dichos trastornos. La incapacidad funcional que esta genera puede llegar a crear un gran impacto en diferentes áreas de las personas, entre las que podemos destacar su bienestar físico y psíquico, las relaciones sociales y la productividad en el trabajo (J. Alonso et al., 2004; Wagner, González Forteza, García Peña, & Gallo, 2012).

Un estudio realizado en la población europea para conocer la discapacidad y la calidad de vida que los trastornos mentales ocasionan en estas poblaciones concluyó entre sus resultados con la existencia de una importante discapacidad en la población que padece algún trastorno mental, las personas que sufren dicha alteración presentarán una mayor discapacidad que aquellas que no padecen ningún trastorno mental e incluso que aquellos que padecen algún tipo de enfermedad física que implique consigo una discapacidad de la persona.

En este estudio participaron un total de 21.425 personas representando a una población de 212.000.000 individuos de diferentes países europeos (Bélgica, Francia, Alemania, Italia, Países Bajos y España) evaluándose cinco trastornos físicos (artritis, enfermedad del corazón, enfermedad pulmonar, diabetes y enfermedad neurológica) frente a las enfermedades mentales definidas por el DSM-IV, siendo imprescindible para la participación en el estudio, haber experimentado el mes anterior a la realización de la encuesta, la sintomatología referente a los trastornos tanto físicos como mentales cuestionados, los trastornos mentales incluidos para el estudio se dividieron en dos grupos, por un lado los trastornos del ánimo donde se incluyeron la depresión mayor¹³ y la distimia¹⁴ mientras que el segundo grupo relacionado con los trastornos de ansiedad estaba formado por la fobia social¹⁵, fobia específica¹⁶, trastorno de ansiedad

¹³ Depresión mayor; Se trata de una alteración de la salud mental, donde se produce un trastorno del estado de ánimo, prevaleciendo sentimientos como la tristeza, desesperanza, pérdida de interés por cosas gratificantes anteriormente, inquietud, ira, dificultad para la concentración, fatiga, cambios en el apetito con ganancias o pérdidas de peso, alteraciones en el patrón del sueño tanto por exceso como por defecto. La sintomatología puede perdurar en el tiempo sino se administra un tratamiento adecuado llegando incluso a ocasionar la cronificación de la sintomatología. (APA, 2014; López Ibor & Váldez, 2001).

¹⁴ Distimia; Conocido como trastorno depresivo persistente, es decir, de carácter crónico, no siendo sus síntomas tan graves como aquellos que ocurren en la depresión mayor. Se desconoce su causa exacta pero si es conocido su componente hereditario y la existencia de una mayor prevalencia en el género femenino (APA, 2014; López Ibor & Váldez, 2001).

¹⁵ Fobia social; Miedo de carácter persistente e irracional, manifestado por la presencia de sintomatología ansiosa ante ciertas situaciones sociales o actuaciones en público, llevando consigo a que el individuo genere conductas de evitación ante ellas (APA, 2014; López Ibor & Váldez, 2001).

¹⁶ Fobia específica; También conocida como fobia simple, se encuentra categorizada dentro de los trastornos de ansiedad, mostrándose un miedo irracional ante determinados

generalizada¹⁷, agorafobia¹⁸ con o sin trastorno de pánico, trastorno de pánico¹⁹, trastorno de estrés postraumático²⁰ y abuso/dependencia de alcohol. El estudio evaluó la incapacidad funcional que tanto los trastornos físicos como psíquicos ocasionaban, entendiendo a ésta como toda restricción o ausencia de la capacidad para realizar una actividad dentro del margen que se considera normal para el ser humano, midiéndolo mediante ítems como el dolor, la concentración, la movilidad, el autocuidado, la carga familiar/social, la pertenencia a un grupo y la discriminación existente. Obteniéndose como resultados en cada uno de los diferentes países estudiados un aumento sustancial de la discapacidad y pérdida de la calidad de vida en referencia al padecimiento de un trastorno mental, teniendo un alto impacto, en el desarrollo de discapacidad la distimia, la depresión mayor, el trastorno de estrés postraumático, la fobia social y el trastorno de pánico, mientras que el impacto fue bajo para el abuso/dependencia de alcohol, el trastorno de ansiedad y la agorafobia. Entre los trastornos físicos más incapacitantes fueron, con un 0.9%, los problemas neurológicos los que se destacaron frente al resto.

Entre los resultados obtenidos también es importante destacar, las causas que más incapacidad generaron entre los entrevistados, en primer lugar la mayor limitación era debida al desempeño de la función del rol personal (89.5%), tras

objetos, animales, situaciones, espacios, etc... ofreciendo éstos poco o ningún peligro de carácter real (APA, 2014; López Ibor & Váldez, 2001).

¹⁷ Trastorno de ansiedad generalizada; Trastorno mental caracterizado principalmente por manifestaciones del sujeto de ansiedad y preocupación de forma excesiva ante diferentes situaciones manifestándose durante un periodo de más de seis meses (APA, 2014; López Ibor & Váldez, 2001).

¹⁸ El término agorafobia proviene del griego, siendo su traducción “ἀγορά” plaza pública y fobia. Es utilizado en medicina, pero más concretamente en la disciplina de psiquiatría para designar a la sensación de angustia o miedo ante los espacios despejados (APA, 2014; López Ibor & Váldez, 2001).

¹⁹ Trastorno de pánico; Esta situación nace en diferentes trastornos de ansiedad, siendo la principal característica la aparición de forma aislada y temporal de miedo o malestar de gran intensidad, acompañándose de síntomas somáticos y/o cognoscitivos (APA, 2014; López Ibor & Váldez, 2001).

²⁰ Trastorno de estrés postraumático; Este tipo de trastorno ocurre en el individuo tras haber experimentado un suceso traumático que involucre una amenaza de muerte o lesión como un asalto, accidente, guerra, desastres naturales entre otros (APA, 2014; López Ibor & Váldez, 2001).

ella encontramos la problemática de la carga familiar (84.2%), en tercer lugar el estigma ocasionado por las diferentes discapacidades (79.0%), posteriormente se encontraba la cognición (68.4%), mientras que el factor que menor incapacidad causaba era el autocuidado del individuo (42.1%) (J. Alonso et al., 2013).

La calidad de vida y la discapacidad no solo influyen en el curso de la enfermedad sino que también puede afectar en la toma de decisiones sobre el tratamiento y la respuesta a él, un estudio realizado a través de una entrevista clínica abierta en la población mexicana que recibía atención médica en el Instituto Nacional Ramón de la Fuente Muñiz, mostró que el trastorno depresivo mayor ocupaba el primer lugar en cuanto a los años de vida ajustados por la discapacidad en las mujeres mexicanas frente al quinto lugar en los hombres (Marján López de la Parra, Mendieta Cabrera, Muñoz Suarez, Díaz Anzaldúa, & Cortés Sotres, 2014).

Los datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología de México, obtenidos a través de la escala de discapacidad de Sheedan, en el año 2007 realizada a 5.826 personas, nos revelan que los trastornos mentales que más discapacidad ocasionaban entre su población fueron la depresión, manía, agorafobia sin pánico, fobia social, ansiedad generalizada, trastorno de pánico y estrés postraumático, siendo la discapacidad mayor que la ocurrida a consecuencia de las enfermedades de carácter crónico como la diabetes, artritis, hipertensión, cefalea, dolor de espalda y cuello y otras enfermedades dolorosas (Lara Muñoz, Medina Mora, Borges, & Zambrano, 2007).

Una revisión epidemiológica de los estudios clínicos a cerca de la calidad de vida en pacientes con trastornos de ansiedad realizada por Mendlowicz y Stein, reveló que los pacientes que sufrían ansiedad frente a los que no, mostraban una mayor evidencia indirecta de impedimentos (Mendlowicz & Stein, 2000).

Entre la población China las afecciones neuropsiquiátricas son una de las principales causas de salud en hombres y mujeres. Philips et al, analizaron a 63.004 individuos con la finalidad de conocer la prevalencia de los trastornos mentales entre la población de estudio así como la discapacidad ocasionada por éstos. Para la realización del estudio se administró una versión china de la

Entrevista Clínica Estructurada obtenida a través del DSM-IV. Los resultados mostraron una prevalencia del 6,1% para los trastornos del ánimo, 5,6% para los trastornos de la ansiedad, un 5,9% de abuso de sustancias tóxicas y 1% para los trastornos psicóticos. Entre las personas con un trastorno mental diagnosticado, el 24% presentó una discapacidad moderada- grave a causa del trastorno mental y tan solo un 8% busco ayuda profesional, reforzando así los investigadores la necesidad de los servicios sanitarios de atención en salud mental (M. Philips et al., 2009).

En el año 2010 Scott mostró que a pesar de que las mujeres presentaran mayores niveles de discapacidad a consecuencia de trastornos mentales, cuando se trataba específicamente de trastornos afectivos o ansiosos eran los hombre quienes mostraban mayores tasas de discapacidad, sobre todo en las actividades del funcionamiento del rol, sociales y cognitivas (Scott & Collings, 2010).

La Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015 llevada a cabo en Colombia, nos informa de que los trastornos mentales son la primera causa de años vividos con discapacidad, contribuyendo al 7,4% de los años de vida ajustados por ésta, aumentando en la medida que disminuyen los producidos por las enfermedades transmisibles. La encuesta fue realizada mediante la CIDI-CAPI 3.0 a 10.870 adultos mayores de 18 años, mostrando que el 10,1% de la población entrevistada entre 18 y 44 años sufrió algún trastorno de ansiedad y/o depresión a lo largo de su vida, mientras que en la población mayor de 45 años la prevalencia fue 7,7%, siendo el trastorno depresivo el que obtuvo una mayor prevalencia (Gómez Restrepo et al., 2016).

Los trastornos de ansiedad constituyen en España la segunda causa de incapacidad laboral temporal por detrás de las enfermedades osteomusculares, un 20-25% de las personas que realizan consultas en los servicios de Atención Primaria presentan síntomas relacionados con trastornos mentales, además se ha observado que las bajas laborales con mayor duración, recurrencia e incapacidad permanente se deben a dichos trastornos.

Según las proyecciones de la OMS para el año 2020 la depresión mayor alcanzará el 15% de la morbilidad total llegando a ser la segunda causa por detrás

de la cardiopatía isquémica (Andani Cervera, Guadalajara Olmeda, Barrachina Martínez, & Vivas Consuelo, 2012).

Un estudio entre la población Noruega examinó y comparó la asociación entre trastornos mentales con la duración y recurrencia del absentismo laboral. El estudio epidemiológico fue realizado en una población inicial de 15.962 individuos que manifestaban episodios ansioso- depresivos con una duración superior a 16 días, fueron evaluados mediante la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS), posteriormente se excluyeron aquellos individuos que no tenía un empleo remunerado, se encontraban ausentes en el momento del inicio del estudio, estaban menos de un año de baja laboral y los que se encontraban cobrando una prestación por invalidez, resultando finalmente un total de 13.436 individuos. El estudio se inició el 31 de Diciembre de 2003 y se realizó un seguimiento de los pacientes durante 6 años y 65 días. Entre los resultados se apreció que tanto ansiedad como depresión se asociaban con el sufrimiento de discapacidad causando absentismo laboral entre la población estudiada, siendo destacable una mayor prevalencia de incapacidad producida por la ansiedad (Knudsen, Mykletun, Overland, & Harvey, 2013).

1.4. CALIDAD DE VIDA

1.4.1. CALIDAD DE VIDA: CONCEPTO Y DEFINICIONES

La búsqueda de la calidad de vida o “buena vida” ha estado presente desde la época de Aristóteles, en la Antigua Grecia, con la “eudaimonia” o la felicidad y bienestar. Sin embargo, la aparición del concepto como tal y el interés por la evaluación sistemática y científica del mismo comienza a popularizarse en la década de los 60, en la denominada investigación científica de la asistencia social benéfica. Entonces el concepto fue definido como la correlación existente entre un determinado nivel de vida objetivo, de un grupo de población determinado, y su correspondiente valoración subjetiva (satisfacción, bienestar) (Fernández López, Fernández Fidalgo, & Cieza, 2010).

Posteriormente, el término “calidad de vida” se usó indistintamente en ámbitos muy diversos, como son la salud, la educación, la economía, la política y los servicios en general, refiriéndose fundamentalmente al conjunto de condiciones que contribuyen a hacer la vida agradable, digna y valiosa (RAE, 2014) o al grado de felicidad o satisfacción que cada individuo es capaz de experimentar en relación a todos los aspectos que envuelven el conjunto de su vida. Más recientemente el constructo se ha asimilado al de bienestar subjetivo, abarcando juicio cognitivo y ánimo positivo y negativo (Fernández López et al., 2010).

La OMS define la calidad de vida como la manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en que vive, en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones. Todo ello matizado, por supuesto, por su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales dependientes de sus valores y creencias así como de su contexto histórico. Por tanto se hace patente una gran dificultad para conseguir medir exhaustivamente un fenómeno tan multicausal (OMS, 1996).

Abraham Maslow citado por Racionero (1986), establece una jerarquía de necesidades, organizando los indicadores de calidad de vida en cuatro campos específicos (Fuentes Justicia et al., 2011; Racionero, 1986):

1. Seguridad Personal: este campo engloba aquellas necesidades biológicas del ser humano y sus indicadores económicos así como indicadores de protección, seguridad y salud.
2. Ambiente Físico: este campo hace referencia a los indicadores de la salud relacionados con el medio ambiente urbano, como la contaminación, ruido, congestión o desplazamientos.
3. Ambiente Social: hace referencia a la pertenencia del individuo a distintos grupos sociales, amistades, familia, etc..., que poseen una influencia directa en sus hábitos, comportamientos y estilos de vida.
4. Ambiente Psíquico: se incluyen aquellos indicadores que abarcan las necesidades de autorrealización o libertad para que la persona pueda llevar a cabo el desarrollo pleno de sus aptitudes y capacidades.

Entre las primeras definiciones acerca de la calidad de vida encontramos la propuesta que realizó Shaw en el año 1977, hablándonos de la calidad de vida de una manera objetiva y cuantitativa, diseñando una ecuación que determinaría la calidad de vida de forma individual, $QL=NE \times (H+S)$, donde “NE” representa la dotación natural de la persona, “H” representa la contribución realizada por el hogar y su familia a la persona y “S” la contribución realizada por la sociedad. La aportación realizada por Shaw recibió ciertas críticas, en primer lugar, que la persona no es quien realiza su propia autoevaluación y, en segundo lugar, la imposibilidad de la existencia de cero calidad de vida (Urzúa & Caqueo- Uríza, 2012). Este modelo, basado en el enfoque cuantitativo y cualitativo, fue nuevamente definido por Dennis, Williams, Giangreco y Cloninger en 1994, realizando las siguientes aportaciones (Fuentes Justicia et al., 2011; Gómez-Vela & Sabeib, 2000):

- Enfoque cuantitativo, cuyo objetivo principal es conseguir operacionalizar la calidad de vida mediante determinados indicadores: sociales (se refieren a condiciones externas relacionadas con el entorno como la salud, el bienestar social, la amistad, el estándar de vida, la educación, la seguridad pública, el ocio, el vecindario, la vivienda, etc.); psicológicos (miden las reacciones subjetivas del individuo a la presencia o ausencia de

determinadas experiencias vitales); y ecológicos (miden el ajuste entre los recursos del sujeto y las demandas del ambiente).

- Enfoque cualitativo, siendo su principal objetivo el análisis del relato expuesto del individuo sobre sus experiencias, desafíos y problemas.

Años más tarde a la propuesta de Shaw, Hornquist define la calidad de vida como la satisfacción de las necesidades en esferas física, psicológica, social, de actividades, material y estructural (Caqueo-Urizar, Gutiérrez-Maldonado, Ferrer-García, & Fernández-Dávila, 2012; Hornquist, 1982; Urzúa & Caqueo- Uriza, 2012).

El interés por el estudio de la calidad de vida sigue siendo constante, si bien, no se llega a aceptar una definición concluyente. En 1987 Calman propuso definir la calidad de vida como la satisfacción, alegría, realización y la habilidad de afrontar diversas situaciones vitales en un periodo de tiempo, con ayuda de la esperanza y las expectativas de cada persona en su experiencia individual presente. Al mismo tiempo, Opong la definía, simplemente, como las condiciones de vida o expectativas de ésta (Urzúa & Caqueo- Uriza, 2012).

Al inicio de la década de los noventa Ferrans propone definir la calidad de vida como el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para él o ella (Urzúa & Caqueo- Uriza, 2012).

En el año 1993 Patrick y Erickson la definen como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de la disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, tratamiento y/o políticas de salud (Schwartzmann, 2003).

En 1996, Schumaker y Naughton definen la calidad de vida como la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar actividades importantes para el individuo (Schumaker, Naughton, Anderson, & Czajakowski, 1996). Ese mismo año Fernández-Ballesteros y Maciá propusieron, el modelo de “Estrellas”, según el cual, es necesario tener en consideración tanto elementos objetivos como elementos subjetivos al definir el concepto de calidad de vida. Dicho modelo, diferencia una serie de factores que se

representan en cada uno de los vértices de una estrella de diez puntas: factores culturales, entorno físico, satisfacción social, percepción de los servicios sociales y sanitarios, redes sociales, disponibilidad de servicios sociales y sanitarios, evaluación del contexto, las necesidades culturales, la salud percibida y la salud objetiva (J. Martínez, Méndez, Secanilla, Benavente, & García Sevilla, 2014).

Martin y Stockler, en 1998, afirmaban que para obtener una mejor calidad de vida es necesario que la diferencia entre las expectativas individuales y la realidad sea pequeña (Urzúa & Caqueo- Uríza, 2012).

Torres Guerrero, en 1999, considera que la calidad de vida debe de contener indicadores como la salud, el consumo de alimentación, educación, ocupación y condiciones de trabajo, condiciones de vivienda, seguridad social, ropa y derechos humano (Fuentes Justicia et al., 2011). Ese mismo año, la Doctora en Enfermería Barbara Haas propone definir la calidad de vida como evaluación multidimensional de circunstancias individuales de vida en el contexto cultural y valórico al que pertenece (Haas, 1999).

En 2001, M. Powell Lawton redefinió el concepto propuesto por Haas, entendiendo la calidad de vida como la evaluación multidimensional, de acuerdo a criterios interpersonales y sionormativos del sistema personal y ambiental del individuo (Urzúa & Caqueo- Uríza, 2012).

En el año 2002, Badía postula que la calidad de vida se encuentra comprendida por tres dimensiones (Fuentes Justicia et al., 2011):

- Dimensión física: entendida como la percepción que el propio individuo tiene sobre su estado de salud.
- Dimensión psicológica, el individuo habla sobre la percepción que tiene sobre el estado de salud de su dimensión afectiva y cognitiva, incluyendo sus creencias tanto espirituales como religiosas.
- Dimensión social, percepción de salud experimentada por el individuo en referencia a las relaciones interpersonales y roles sociales en la vida.

Finalmente, podemos afirmar que las necesidades, aspiraciones e ideales relacionados con una “vida de calidad” pueden variar según la etapa evolutiva en

la que se encuentre el ser humano. La percepción de satisfacción se va a ver influida por variables que se encuentran ligadas a la edad y a variables que se pueden modificar en el transcurso del desarrollo del individuo, como son las relaciones sociales, familiares, apoyos sociales, la salud general, el estado funcional y la disponibilidad económica (Botero Mejía & Pico Merchán, 2007; Vilchez Barroso et al., 2007).

1.4.2. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS)

El avance imparable y espectacular de la tecnología y su aplicación al campo de la salud han supuesto, en numerosas ocasiones, el abordaje de la enfermedad desde un enfoque exclusivamente biomédico, dejando de lado la visión holística del cuidado de la salud, donde no sólo se busque combatir la enfermedad sino promover el bienestar. La necesidad de dar respuesta a esta situación, unida a la elevada prevalencia de las enfermedades crónicas y a su objetivo terapéutico (atenuar o eliminar síntomas, evitar complicaciones y mejorar el bienestar de los pacientes) ha generado la obligación de definir y establecer medidas encaminadas a evaluar la calidad de los servicios de salud. En este contexto se incorpora la medida de la “Calidad de Vida Relacionada con la Salud” (CVRS) (Schwartzmann, 2003).

La dificultad conceptual y el componente subjetivo causaron cierta dificultad en el proceso de la investigación de la calidad de vida dentro de las ciencias de la salud. Inicialmente, el concepto CVRS, dentro de la subjetividad que representaba, pretendía designar únicamente aquellos aspectos de la vida relacionados con la salud, enfermedad y tratamientos, excluyendo aspectos no relacionados estrechamente con la salud como podían ser aspectos culturales, políticos o sociales, adjudicándoles el nombre de “calidad de vida no relacionada con la salud”. Por tanto, se puede decir que la calidad de vida relacionada con la salud es entendida como el aspecto de la calidad de vida referido concretamente a la salud de la persona y que es empleado para designar los resultados obtenidos tras la evaluación clínica y la toma de decisiones terapéuticas (Fernández López et al., 2010).

La Organización Mundial para la Salud concreta este extenso término limitándolo a una serie de dimensiones, con sus respectivas facetas relacionadas entre sí de forma compleja, como son la salud física (dolor y malestar, energía y fatiga, sueño y descanso), la salud psicológica (sentimientos positivos y negativos, imagen corporal, autoestima y pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración), el nivel de independencia (actividades de la vida cotidianas, movilidad, dependencia a medicación o tratamiento y capacidad para trabajar), las relaciones sociales (relaciones personales, soporte social y actividad sexual), el medio ambiente (seguridad física, ambiente hogareño, recursos financieros, cuidado social y de salud, oportunidades para adquirir información y aprendizaje, participación y oportunidades para la recreación y el ocio, medio ambiente físico, transporte) y la espiritualidad/religión/creencias personales (Baldi López, Devia, & Giménez, 2013; Bobes et al., 2000).

Los métodos actuales para la evaluación de la CVRS, se han desarrollado a partir de varios enfoques interdisciplinarios de investigación, entre los que cabe destacar: la investigación de la “felicidad”, que proviene de la tradición psicológica propuesta por Jones en 1953, donde felicidad y bienestar no podían reducirse solamente al grado de humor positivo experimentado, existiendo una independencia entre los afectos positivos y negativos relacionados con el bienestar. Los afectos positivos están relacionados con el control interno, la tendencia a la acción, el apoyo social y la extraversión, mientras los afectos negativos muestran asociación con el estrés, la depresión y la neurosis. La evidencia de que los sentimientos y deseos podían evaluarse de modo fiable y válido, a través de test, contribuyó a al desarrollo de la psicometría como soporte técnico de las evaluaciones; la investigación en “indicadores sociales”, que proviene de las ciencias sociales y se centraba en los determinantes sociales y económicos del bienestar, la primera evaluación del bienestar material (1930) y los estudios posteriores confirmaron la poca relación entre indicadores objetivos de satisfacción con la vida y las apreciaciones subjetivas, desarrollando distintos modelos teóricos (filosóficos, antropológicos, políticos, ...) sobre las necesidades humanas (fisiológicas, de relación emocional, de aceptación social y de realización y sentido); y la investigación en el “área de la salud”, donde se

demonstró que las medidas clásicas del estado de salud de la población (mortalidad, morbilidad, expectativa de vida, ...) no eran suficientes para evaluar la calidad de vida de la población, incorporando una de las mayores innovaciones en las evaluaciones de la salud, la medida de la CVRS, fundamentada en la percepción del individuo y desarrollando instrumentos válidos y fiables (Botero Mejía & Pico Merchán, 2007; Schwartzmann, 2003).

Es importante destacar que la Organización Mundial para la Salud en su versión multiaxial de la CIE-10, dentro de un contexto clínico, propone incorporar la calidad de vida al eje II correspondiente a la discapacidad social que se encarga de valorar cuatro áreas de funcionamiento social (personal, familiar, laboral y social) y evaluar la relación de la enfermedad del individuo y su situación en la vida, lo que parece totalmente contradictorio a la definición adoptada hoy día por la calidad de vida.

1.4.3. INSTRUMENTOS GÉNERICOS PARA LA MEDIDA DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

Como se expuesto anteriormente, el estado de la salud de la población tradicionalmente era medido a través de la tasa de mortalidad, la tasa de morbilidad y la esperanza de vida. La existencia de una mayor prevalencia de enfermedades crónicas, como consecuencia de un descenso o eliminación de enfermedades infecciosas, el desarrollo de nuevas tecnologías, que implicaron una prolongación de la vida, junto a la complicada decisión de cantidad versus calidad de la vida y el dilema ético de la distribución de los recursos económicos en salud, han hecho necesario incorporar la medida de la percepción del paciente (el estado de ánimo, los mecanismos de afrontamiento a las diversas situaciones y el soporte social), como una prioridad en la evaluación de resultados en salud, debiendo para ello desarrollar los instrumentos necesarios para que esa medida sea válida y confiable y aporte evidencia empírica con base científica al proceso de toma de decisiones en salud (Schwartzmann, 2003).

Generalmente, el tipo de instrumento más empleado para medir la calidad de vida suelen ser cuestionarios validados compuestos por escalas que se

corresponden con las distintas dimensiones que forman el constructo de la calidad de vida relacionada con la salud, para ello el Comité de Asesoramiento Científico del Medical Outcomes Trust nos propone una serie de requisitos para que el instrumento seleccionado para la medición de la calidad de vida en el individuo o individuos que deseemos sea el más adecuado: 1) Modelo conceptual y de medida, 2) fiabilidad, 3) validez, 4) sensibilidad al cambio, 5) interpretabilidad, 6) carga tanto para el entrevistado como el entrevistador, 7) formas alternativas y 8) adaptaciones culturales e idiomáticas (Scientific Advisory Committee, 1995).

La Organización Mundial para la Salud, junto a un grupo multicultural de expertos, elaboró un instrumento cuya finalidad era medir la calidad de vida: el World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100). Este instrumento pretende ser una medida de percepción de los sujetos de su situación en la vida dentro del contexto cultural y del sistema de valores en el que se encuentra inmerso. El WHOQOL-100 evalúa 6 dominios y 24 facetas mediante una escala de tipo Likert de 5 puntos, en la que unas veces hace referencia a la intensidad y en otras ocasiones a la satisfacción o capacidad del individuo. Las dimensiones abordadas por este cuestionario son el funcionamiento físico, funcionamiento emocional, funcionamiento social, rol funcional, funcionamiento cognitivo, percepción de salud general y de bienestar y los síntomas específicos para cada enfermedad (De Cunto, 2010).

Otro instrumento importante a destacar es el Medical Outcomes Study Short Form 36 (SF-36). Se trata de un instrumento de autoevaluación basado en un modelo bidimensional de salud, mide la salud física y la salud mental. Se encuentra compuesto por 36 ítems agrupados a su vez en 8 escalas. El componente físico de la escala está integrado por las escalas de funcionamiento físico, rol físico, dolor, salud general y vitalidad, mientras que el componente mental lo constituyen las escalas de funcionamiento social, rol emocional, salud mental, vitalidad y salud general. Para la obtención de la puntuación, dichas escalas se transforman en centiles, siendo el centil número 100 el que equivale al mejor nivel de salud posible en el área cuestionada. Existe una versión abreviada de este cuestionario denominada como SF-12, formada por un subconjunto de 12 ítems del SF-36, obtenidos de una regresión múltiple, incluyéndose 1 ó 2 ítems de

cada una de las 8 escalas que conforman la versión larga del instrumento. La información obtenida de los 12 ítems proporciona la información necesaria para conocer las medidas de la parte física y de la mental, PCS-12 y MCS-12 respectivamente. El SF-12 resulta ser una buena alternativa cuando se pretende medir la salud física y mental en general en una población elevada, superior a 500 sujetos. Existe una versión aún más reducida del cuestionario, el SF-8, estructurado en 8 ítems que contiene un ítem para cada escala (Vera-Villarroel, Silva, Celis- Atenas, & Pávez, 2014; Vilagut et al., 2005).

1.4.4. CALIDAD DE VIDA EN LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS Y DE ANSIEDAD

1.4.4.1. Trastornos depresivos

Los trastornos depresivos, en la actualidad, dada su elevada prevalencia, suponen un importante problema de salud pública. La presencia de síntomas depresivos produce un cambio en el funcionamiento diario de los individuos, así como en su bienestar, siendo incluso más discapacitantes que en personas con enfermedades de carácter crónico como la hipertensión o la diabetes, solamente se ha evidenciado una posible comparación de este tipo de síntomas con las personas que presentan problemas de carácter neurológico o cardiaco. Los individuos deprimidos suelen presentar mayores niveles de insatisfacción en cuestión de calidad de vida referidos hacia aspectos como la vivienda, familia, educación, redes sociales y experiencias relacionadas con el ámbito de la salud mental (J. Alonso et al., 2004). Las diferentes investigaciones acerca de la calidad de vida y los trastornos depresivos han podido corroborar la gran discapacidad asociada al padecimiento del trastorno, comportando consigo un deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud del sujeto.

Existen instrumentos específicos destinados a la evaluación de la calidad de vida para los trastornos depresivos tales como el Quality of Life in Depression Scale (QLDS) y el Smithkline Beecham Quality of Life Scale (SBQOL) (Cella et al., 2012; E. Kim & Kim, 2010).

El QLDS surgió ante la necesidad de medir la calidad de vida en sujetos diagnosticados de trastornos depresivos debido a la inexistencia de un cuestionario específico. Se trata de un instrumento autoaplicado basado en el modelo de satisfacción de necesidades, formado por 34 ítems, todos ellos redactados a modo de proposición tanto en sentido negativo como positivo, con dos únicas respuestas posibles (sí/no o verdadero/falso). Se caracteriza por ser un instrumento corto a la hora de su realización, fácilmente cumplimentable por el tipo de pregunta, las posibles respuestas y la forma de obtener la puntuación. Además, se adapta a la posible escasa concentración que en diversas ocasiones muestran las personas con trastornos mentales (McKenna et al., 2001).

El SBQOL es un instrumento válido tanto para las personas con trastornos depresivos como con trastornos ansiosos, permitiendo cuantificar los sentimientos en referencia a su bienestar, expectativas y esperanzas. Está estructurado en 28 ítems cada uno con una posible respuesta analógica visual de 10 puntos, donde son interpretados desde los aspectos más negativos a los más positivos. El instrumento está compuesto por dos dominios principales como son el bienestar psíquico y el físico y 8 dominios menores como son la función sexual, religión, humor, locus de control, relaciones sociales, trabajo, actividades e intereses y economía (Cella et al., 2012; E. Kim & Kim, 2010).

1.4.4.2. Trastornos ansiosos

Al igual que los trastornos depresivos este tipo de alteraciones de la salud mental conlleva asociado una discapacidad y, por consiguiente, un deterioro o baja calidad de vida relacionada con la salud, e incluso una mayor probabilidad de abusos de sustancias tóxicas, intentos de suicidios, etc... Los individuos diagnosticados de trastornos de pánico o trastornos obsesivos compulsivos presentan un perfil caracterizado por un elevado deterioro de su calidad de vida en su componente emocional y en el funcionamiento social en comparación con otros trastornos de carácter crónico. Es importante destacar que en los trastornos fóbicos la calidad de vida se encuentra relacionada con el número de situaciones fóbicas a la que se expone, es decir, cuanto mayor es el número exposición al factor estresante, el sujeto aumenta el sentimiento de una menor calidad de vida.

En general, los trastornos ansiosos presentan una menor calidad de vida en ocho áreas como son el trabajo, situación económica, familia de origen, amigos, relaciones de pareja, bienestar físico y psicológico e infancia, siendo escasas las escalas específicas para medir la CVRS en las personas con trastornos ansiosos (Cella et al., 2012; E. Kim & Kim, 2010).

1.4.5. UTILIDADES DE LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida de vida es un resultado final de salud que se centra concretamente en la persona, no en el proceso de enfermedad ni en el estado de salud en que se encuentra una persona según las pruebas diagnósticas. Es importante evaluar la calidad de vida en las personas con trastornos mentales debido a que las escalas clínicas disponibles no son capaces de evaluar con precisión cual es la situación en la que se encuentra el sujeto, ya que dichas las escalas nos informan acerca de las situaciones psicopatológicas del individuo pero nunca nos indican su calidad de vida. Por otro lado, las escalas orientadas a evaluar la calidad de vida de las personas son exigidas con mayor frecuencia por la sociedad ante procesos patológicos, ante la necesidad de mantener la mejor calidad de vida posible aunque la situación clínica no se pueda solventar. Además, las escalas encargadas de la medición de la calidad de vida pueden ayudar a conseguir un manejo y una planificación terapéutica más adecuada.

Finalmente, estas escalas en el ámbito de la salud mental permiten un feedback positivo entre la calidad de vida y los resultados terapéuticos, de modo que si se obtienen buenos resultados será reflejo de una adecuada calidad de vida.

La monitorización de la calidad de vida tiene su aplicación en la práctica clínica ya que permite evaluar las distintas políticas sanitarias para realizar un uso más racional y eficiente de los recursos sanitarios, estimar necesidades no detectadas habitualmente, mejorar los cuidados de la salud, observar la progresión de la enfermedad y la respuesta al tratamiento, mejorar la práctica clínica diaria, tanto desde un punto de vista de la relación profesional-paciente como en el empleo de los distintos tratamientos, según las necesidades específicas que cada

sujeto demande en función de sus expectativas, objetivos, valores, deseos, etc...(Fayers & Machin, 2013).

1.5. TRASTORNOS ANSIOSO/ DEPRESIVOS

Durante las últimas décadas han sido numerosos los estudios realizados en referencia a la prevalencia de los trastornos mentales en la población, intentando demostrar con ellos tanto la frecuencia de éstos como la discapacidad que llevan asociada consigo (Ayuso-Mateos et al., 2001; Baca Baldomero, Sáiz Ruiz, & Porras Chavarino, 2001; Bijl, Ravelli, & van Zessen, 1998; Henderson, Andrews, & Hall, 2000; Kessler et al., 2003; Kessler et al., 1994; Kringlen, Torgersen, & Cramer, 2001; Lindeman et al., 2000; Lépine, Gastpar, Mendlewicz, & Tylee, 1997; WHO, 2000; Wittchen, Müller, Pfister, Winter, & Schmidt kunz, 1999). Dichos estudios, realizados en diferentes países occidentales, han constatado que aproximadamente una de cada cuatro personas cumplía los criterios diagnósticos para un trastorno mental en el último año, además de evidenciar que alrededor de un 40% de la población llegaba a presentar algún trastorno mental en cualquier etapa de su vida (Haro et al., 2006).

El proyecto ESEMeD-España²¹ (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders), realizado dentro de un proyecto europeo y coordinado con la iniciativa de la World Mental Health Surveys (OMS), tiene como objetivo principal obtener datos sobre la epidemiología de los trastornos mentales en España, mostrando entre sus resultados la existencia de una elevada frecuencia de trastornos mentales entre la población española, aproximadamente uno de cada cinco individuos presenta un trastorno mental en algún momento de su vida, destacando la frecuencia de episodios depresivos mayores, fobia específica, distimia y abuso de alcohol (Haro et al., 2006).

²¹ El estudio ESEMeD- España, es un estudio epidemiológico realizado en una muestra representativa de la población general española formada por 5.473 individuos, utilizándose la versión 3.0 de la Composite International Diagnostic Interview para la recogida de la información sobre los síntomas de trastornos mentales, la utilización de servicios sanitarios en cuestión de razones ligadas a la salud mental y los tratamientos previos recibidos durante los 12 meses previos a la entrevista (Codony et al., 2007).

1.5.1. TRASTORNOS DEPRESIVOS

1.5.1.1. Descripción y clasificación de los trastornos depresivos

La depresión es un trastorno cada día más conocido en nuestra sociedad, debido tanto a su prevalencia como por hallarse dentro de las principales causas que originan discapacidad en la población de los países desarrollados. Este trastorno es definido como un síndrome o conjunto de síntomas que se encuentran susceptibles de valoración así como de ordenamiento bajo unos criterios diagnósticos racionales y operativos. El concepto de depresión recoge la presencia de síntomas afectivos (esfera de los sentimientos o emociones, como tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida), aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo e incluso somático. Se podría hablar de una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva (Alberdi Sudupe, Tabaoda, Castro Dono, & Vázquez Ventoso, 2006).

La principal clasificación de los trastornos mentales es la realizada por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM)²², el trastorno denominado “depresión” se encuentra dentro de la categoría de trastornos del ánimo según la clasificación establecida por el DSM-IV TR (cuarta edición revisada del manual), en la que se encuentran incluidos aquellos trastornos cuya principal característica para su clasificación es la existencia de una alteración del humor.

Haciendo referencia a los trastornos del ánimo, podemos afirmar que esta categoría se encuentra conformada a su vez por cuatro trastornos diferentes: los trastornos depresivos, los trastornos bipolares, los trastornos del estado de ánimo

²² El DSM fue elaborado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (American Psychiatric Association, APA). Dicho manual contiene la clasificación empleada para los trastornos mentales además de ofrecer descripciones acerca de la categoría diagnóstica con la finalidad de ayudar, tanto a investigadores como clínicos, a conseguir establecer unos correctos diagnósticos de los trastornos mentales, así como continuar el estudio e intercambio de información sobre los distintos trastornos mentales (APA, 2014).

debido a una enfermedad médica y los trastornos del estado de ánimo inducido por alguna sustancia.

Centrándonos en el tema de los trastornos depresivos, se debe mencionar que existe una pequeña clasificación de dichos trastornos, intentando con ello conseguir una mejor descripción y por consiguiente un correcto diagnóstico y tratamiento de los individuos que los padecen, siendo posible establecer tres variedades dentro de los trastornos depresivos: el trastorno depresivo mayor, el trastorno distímico y el trastorno no especificado (APA, 2014).

Los trastornos recogidos en el DSM son codificados mediante un sistema alfanumérico, asignándoles a cada uno de ellos una letra del alfabeto y una numeración compuesta por tres números (FXX.X). Por medio de este sistema se promueve la recolección, procesamiento, clasificación y comparación a nivel internacional de los distintos trastornos estudiados y así, posteriormente, poder realizar las estadísticas sobre las distintas patologías que afectan a la población mundial.

Trastorno depresivo mayor (F32. X, F33.X)

Dentro de las características definitorias del trastorno depresivo mayor, existe un requisito de carácter esencial a la hora de precisar dicho concepto, la duración del episodio debe de ser de al menos dos semanas, existiendo conjuntamente un estado de ánimo deprimido en el individuo o la pérdida de interés o de la capacidad para el placer en casi todas las actividades que realice el individuo.

Además de lo mencionado anteriormente, deben de coexistir al menos cuatro manifestaciones más para poder establecer el diagnóstico de trastorno depresivo mayor, incluyendo síntomas somáticos, psíquicos o ambos.

- Síntomas somáticos:
 - Aumento o pérdida de peso significativo sin la realización de dieta, al menos un 5% con respecto al peso inicial del individuo en un mes. Puede existir un aumento o disminución del apetito casi todos los días.
 - Presencia de insomnio o de hipersomnia casi todo el día.

- Enlentecimiento o agitación psicomotriz de forma diaria.
- Sensación de falta de energía o de fatiga experimentado a diario.
- Síntomas psíquicos:
 - Expresión diaria de sentimientos de inutilidad, inapropiados o manifestación de culpa excesiva por la situación existente, no siendo simplemente autorreproches o culpabilidad por encontrarse enfermo.
 - Disminución diaria de la capacidad para pensar o concentrarse en la realización de actividades, adquiriendo una forma más pronunciada en las actividades intelectuales.
 - Expresión de sentimientos recurrentes de muerte o incluso de ideación suicida, puede ser que no exista un plan específico o tentativa de suicidio o solamente la expresión de la idea de muerte.

La sintomatología existente puede provocar en el individuo un malestar clínicamente significativo, llegando a ocasionar un deterioro a nivel social, laboral o incluso afectando a otras áreas importantes en la actividad diaria del individuo. Los síntomas no deben ser producto del consumo de ninguna sustancia, tales como drogas u otros medicamentos, ya que estas podrían desencadenar efectos fisiológicos directos llevando a una confusión. Tampoco debe de acusar tales síntomas con alguna enfermedad de carácter orgánico, tanto cerebrales como sistémicas, un típico ejemplo de éste criterio es el hipotiroidismo, o como resultado de la reacción ante un duelo por la pérdida de una persona significativa en la vida del individuo (APA, 2014).

Los trastornos depresivos mayores suelen relacionarse entre un 20-25% con determinadas enfermedades de carácter crónico, entre éstas podemos encontrar la diabetes, el infarto de miocardio, carcinomas o incluso accidentes cerebro vasculares conllevando a que el tratamiento sea más complejo así como su pronóstico desfavorable (Giner et al., 2014).

En cuestiones de género, el trastorno depresivo mayor es dos veces más frecuente entre las mujeres. En referencia a la edad, el registro de mayor incidencia de trastorno depresivo mayor ocurre entre los rangos de edad de 25 a

44 años tanto en hombres como en mujeres, mientras que las tasas más bajas son registradas en individuos mayores de 65 años (APA, 2014). El patrón familiar lleva consigo un incremento de la probabilidad de afectación por trastorno depresivo mayor del 1,5 a 3 veces más en los familiares biológicos de primer grado en relación a la población general (APA, 2014).

Trastorno distímico (F34.1)

La principal característica del trastorno distímico es su cronicidad, de tal manera que el estado de ánimo depresivo se encuentra presente casi todos los días, siendo exteriorizado por el individuo además de observado por el resto de personas que conforman su entorno durante un período de al menos dos años.

Durante el estado de ánimo depresivo deben de converger al menos dos o más de los siguientes síntomas (APA, 2014):

- Disminución o aumento del apetito.
- Insomnio o hipersomnias.
- Falta de energía vital o fatiga.
- Baja autoestima.
- Dificultad para la concentración o para tomar decisiones.
- Sentimientos de desesperanza e inutilidad, el sujeto puede llegar a autoseñalarse como tal al realizar una autocrítica.

Pueden realizarse especificaciones acerca del trastorno distímico según la edad de inicio de éste, hablaremos de un distimia de inicio temprano cuando ésta tenga el inicio de los síntomas antes de los 21 años de edad. Estos individuos tienen una mayor probabilidad de desarrollar episodios depresivos mayores. Por el contrario, llamaremos distimia de inicio tardío cuando la sintomatología se produce a partir de los 21 años. En el caso que durante los dos últimos años de la sintomatología cumpliera con criterios atípicos se le denominara como distimia con síntomas atípicos²³.

²³ Entre los criterios para la especificación de síntomas atípicos encontramos la reactividad del estado de ánimo (el estado de ánimo mejora en respuesta a situaciones

El trastorno distímico tiene una gran carga genética, ya que es mucho más frecuente su desarrollo entre familiares biológicos de primer grado que en las personas que han sufrido un trastorno depresivo mayor. La prevalencia de sufrir un trastorno distímico a lo largo de la vida es aproximadamente de un 6% y de forma puntual es aproximadamente de un 3%. Entre los adultos, el género femenino, es de dos a tres veces más propenso de desarrollar un trastorno distímico que el masculino (APA, 2014).

Trastorno depresivo no especificado (F32.9)

Este trastorno se incluye para intentar codificar aquellos trastornos que manifiestan características depresivas pero que no cumplen criterios de un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto (ansioso y depresivo).

Entre los trastornos depresivos no especificados podemos encontrar (APA, 2014):

- Trastorno disfórico premenstrual: Los síntomas manifestados tendrán lugar durante última semana de la fase luteínica²⁴ remitiendo con el inicio de la menstruación, dichos síntomas se caracterizan por presentar un estado de ánimo deprimido, ansiedad, labilidad afectiva, pérdida de interés por diversas actividades que en un estado basal son importantes para la persona. El estado anímico que la persona mantiene durante este período temporal puede llegar a ser de importante gravedad como para interferir en sus actividades habituales.

reales o potenciales), se presentan al menos dos de los siguientes síntomas: aumento significativo del apetito o peso, hipersomnias, abatimiento (sensación inerte o de pesadez en los brazos o piernas) y largos períodos de rechazo interpersonal que provoca un deterioro a nivel social y/o laboral. Durante los episodios de síntomas atípicos no debe de existir sintomatología melancólica ni catatónica (APA, 2014).

²⁴ Fase lútea: Tercera fase del ciclo menstrual femenino, ocurre tras la ovulación y transcurre hasta el día previo a la menstruación, tiene una duración aproximada de 12 a 14 días (Herranz, Saez-de-Ibarra, Hillman, Gaspar, & Pallardo, 2016).

- Trastorno depresivo menor: Episodio de una duración de al menos dos semanas donde predominan síntomas depresivos con sintomatología referida en la ansiedad.
- Trastorno depresivo breve recidivante: Se caracteriza por la presencia de episodios depresivos con una duración entre dos días a dos semanas, presentándose al menos una vez al mes durante doce meses no correspondiéndose con los ciclos menstruales femeninos.
- Trastorno depresivo postpsicótico en la esquizofrenia: Episodio depresivo mayor que se presenta durante la fase residual de la esquizofrenia.
- Episodio depresivo mayor superpuesto a un trastorno delirante, a un trastorno psicótico no especificado o a la fase activa de la esquizofrenia.
- Episodio depresivo en el cual no se puede especificar si éste es primario, debido a una enfermedad médica o está causado por alguna sustancia tóxica como las drogas u otro medicamento.

Además de los trastornos depresivos englobados dentro de los trastornos del ánimo del DSM- IV TR y DSM V, encontramos otros trastornos depresivos como son la reacción de duelo, la depresión en el anciano y la depresión en la infancia y la adolescencia, quedando contemplados como problemas adicionales (APA, 2014; Franco & Gil, 2014; Sánchez- Hernández, Méndez, & Garber, 2014).

1.5.1.2. Estrategias terapéuticas ante la depresión.

Entre los objetivos que se persiguen con las estrategias terapéuticas para el afrontamiento de los trastornos depresivos, podemos mencionar (Alberdi Sudupe et al., 2006):

- Mejorar el estado afectivo.
- Reparar el funcionamiento socio-laboral del individuo.
- Ofrecer una mayor calidad de vida global al individuo.
- Disminuir la morbimortalidad.
- Prevenir las recaídas o minimizarlas todo lo que sea posible.

Las estrategias que pueden ser empleadas para el tratamiento de dichos individuos están basadas en tres líneas fundamentales: los fármacos antidepressivos, la psicoterapia y otros tratamientos somáticos, siendo muy importante para la elección del tratamiento las preferencias que el paciente manifieste sobre ello.

Fármacos antidepressivos:

Los medicamentos empleados para el tratamiento son los psicotrópicos, que se dividen en grandes grupos: los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), los tricíclicos y los de segunda generación, lo que supone un amplio abanico de elección para el tratamiento de la persona. La elección del antidepressivo se basa en la respuesta terapéutica alcanzada en un episodio previo, en la tolerancia a posibles efectos secundarios, en las interacciones de carácter previsible con otros fármacos o con enfermedades concomitantes y el coste económico que conlleve. Es importante informar a la persona que el fármaco empezará a realizar su efecto aproximadamente a las dos semanas desde el inicio de la administración no siendo posible la valoración de su eficacia o ineficacia hasta 4-6 semanas de su inicio, por tanto el médico podrá efectuar un cambio cuando pase dicho espacio temporal (Alberdi Sudupe et al., 2006).

Psicoterapia:

Este tratamiento está fundamentado en la información y educación, complementando a los fármacos antidepressivos. Es importante que la participación sea tanto del individuo que experimenta la sintomatología como de su familia. La relación que se debe de establecer entre el psicoterapeuta, el paciente y su familia, en el caso de que esta participe, debe de ser fructífera, mostrando confianza y estabilidad en el tiempo para conseguir así una comprensión de las vivencias psicológicas que causan el sufrimiento. Existen diversos tipos de psicoterapias como por ejemplo la psicoterapia psicoanalítica (explora la presencia de una vida intrapsíquica que permanece inconsciente para el paciente donde realmente se encuentran el origen de sus síntomas), la psicoterapia interpersonal (el análisis de la sintomatología se centra en el contexto de los roles y/o comportamientos que adopta el paciente en sus relaciones

interpersonales), y la terapia cognitiva y cognitiva conductual (pretende la modificación de la conducta del individuo mediante técnicas como la relajación, el entrenamiento de habilidades sociales, asertividad, técnicas de exposición a factores que le estresan) (Beck, 2008).

Otros tratamientos somáticos:

Entre los diferentes tratamientos referidos en este apartado podemos encontrar el uso de fármacos como ansiolíticos e hipnóticos empleados como medio de tratamiento coadyuvante en la ansiedad que puede sufrir la persona con trastorno depresivo. Por otro lado, el uso de neurolépticos ha sido referenciado para el tratamiento de aquellas depresiones que han mostrado sintomatología psicótica. Además, dentro de este grupo podemos encontrar técnicas como la terapia electroconvulsiva (TEC)²⁵ o la fototerapia²⁶ (Alberdi Sudupe et al., 2006).

1.5.2. TRASTORNOS ANSIOSOS

1.5.2.1. Descripción y clasificación de los trastornos ansiosos

La ansiedad se define como una situación de inquietud o agitación del ánimo que no siempre es patológica, sino que es una emoción común que cumple con una función vinculada a la supervivencia. Por instinto natural el ser humano va buscando su equilibrio emocional adaptándose tanto al mundo que le rodea como a las situaciones que le acontecen solventándolas en ocasiones con un mayor éxito que en otras (Lorenzo et al., 2009).

²⁵ La terapia electroconvulsiva (TEC), fue presentada por Cerletti y Beni en 1938, experimentando desde entonces gran auge tanto en Estado Unidos como Europa, esta técnica esta basa en la aplicación de una corriente eléctrica a la persona provocándole una convulsión, mediante la cual se pretende “ordenar” el cerebro y con ello aliviar la sintomatología que la persona padece. Dicha técnica debe siempre realizarse en un hospital, bajo profesionales cualificados aplicando anestesia general al paciente para que no sufra ningún tipo de dolor. Esta técnica es empleada en aquellas personas que están embarazadas, no pueden tomar los fármacos necesarios o bien no responden adecuadamente al tratamiento previo instaurado (Alberdi Sudupe et al., 2006).

²⁶ Fototerapia, mediante esta técnica se emplea una luz de carácter artificial muy similar a la emitida por el sol (negatoscopio), siendo empleado este tratamiento en los meses que se corresponde con las estaciones de otoño e invierno (Alberdi Sudupe et al., 2006).

Es importante diferenciar la ansiedad de estado, considerada como un periodo emocional inmediato, capaz de ser modificado con el tiempo, caracterizado por la combinación de tensión, aprensión, nerviosismo, pensamientos desagradables y preocupaciones junto a alteraciones fisiológicas; frente a la ansiedad rasgo, considerada como un patrón de conducta de la personalidad del sujeto encontrándose predispuesto a sufrir altos niveles de ansiedad ante situaciones consideradas como amenazantes (García-Sancho, Salguero, & Fernández-Berrocal, 2015).

Frente a la ansiedad que, de forma relativamente leve, vive el ser humano en el día a día, causada por un evento estresante transitorio como por ejemplo enfrentarnos a situaciones en las cuales tenemos que hablar en público, salir corriendo por un animal peligroso que nos persigue, etc..., encontramos los trastornos de ansiedad que tienen una duración al menos de seis meses y que pueden llegar a incapacitar la vida de la persona que lo padece si no son tratados adecuadamente (García-Sancho et al., 2015; Ries, Castañeda, Campos, & Del Castillo, 2012).

Al igual que el resto de trastornos mentales, los trastornos de ansiedad también son clasificados por el DSM para poder establecer de una forma adecuada los criterios específicos para su diagnóstico y, posteriormente, su apropiado tratamiento.

El grupo de los trastornos de ansiedad, según el DSM IV-TR y el DSM V, se encuentra compuesto por los siguientes trastornos (APA, 2014):

- Ataques de pánico (crisis de angustia, crisis de ansiedad, panic attack)
- Agorafobia:
 - Trastorno de angustia sin agorafobia (F41.0).
 - Trastorno de angustia con agorafobia (F40.01).
 - Agorafobia sin historia de trastorno de pánico (F40.00).
- Fobia específica (F40.02).
- Fobia social (F40.1).

- Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) (F42.8).
- Trastorno de estrés postraumático (TEPT) (F43.1).
- Trastorno por estrés agudo (F43.0).
- Trastorno de ansiedad generalizada (TAG) (F41.1).
- Trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica (F06.4).
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias²⁷.
- Trastorno de ansiedad no especificado (41.9).

Ataques de pánico (panic attack, crisis de angustia o crisis de ansiedad)

Las crisis de angustia o pánico suelen emerger en el contexto de diferentes trastornos de ansiedad, la principal característica que lo define es la aparición de forma aislada y temporal de miedo o malestar con carácter intenso, acompañándose de al menos cuatro de los siguientes síntomas somáticos o cognoscitivos²⁸:

- Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca.
- Sudoración.
- Sacudidas o temblores.
- Sensación de ahogo o falta de aliento.
- Sensación de atragantamiento.
- Opresión en el pecho.
- Nauseas o malestar a nivel abdominal.
- Mareo, inestabilidad o desmayo.
- Sensación de irrealidad (desrealización) o de despersonalización (sensación de estar separado de uno mismo).

²⁷ Códigos para el trastorno de ansiedad inducido por sustancias: F10.8 alcohol, F12.8 cannabis, F13.8 sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, F14.8 cocaína, F15.8 anfetaminas o sustancias similares, F16.8 alucinógenos, F18.8 inhalantes, F19.8 fenciclidina o derivados.

²⁸ En el caso de no presentar al menos cuatro de los síntomas somáticos o cognoscitivos propuestos se le denominaría crisis sintomáticas limitadas (APA, 2014).

- Miedo a “volverse loco”, perder el control.
- Miedo a morir.
- Sensación de entumecimiento u hormigueo (parestesias).
- Sofocones o escalofríos.

Las crisis de pánico se desencadenan de forma inesperada alcanzado su máxima expresión en diez minutos o incluso menos, experimentado una sensación de muerte inminente, de encontrarse en peligro con una necesidad vital de escapar. El individuo va perdiendo el miedo de forma paulatina conforme se va exponiendo a ellas. La ansiedad experimentada en una crisis de angustia o pánico se diferencia de la ansiedad generalizada por la gran intensidad alcanzada en un corto período de tiempo, su naturaleza intermitente y paroxística.

Se establecen tres de tres tipos de crisis de pánico dependiendo del contexto en el cual aparece el ataque, del modo de inicio y de la presencia y/o ausencia de determinantes ambientales (APA, 2014):

- Crisis de angustia inesperadas, el inicio de la crisis no se encuentra relacionado con ningún desencadenante ambiental, no existe motivo alguno aparente.
- Crisis de angustia situacionales, el ataque de pánico aparece inmediatamente tras la exposición o anticipación a un estímulo que puede ser el causante de ello.
- Crisis de angustia más o menos relacionada con una situación determinada, durante este tipo de crisis existe una probabilidad de inicio de un ataque de pánico frente a la exposición del factor ambiental causante de ello, pero no quiere decir que siempre que ocurra la exposición se desencadenará un ataque de pánico, si no que tan solo existe una posibilidad.

Agorafobia

Agorafobia literalmente significa miedo a los espacios abiertos. Se caracteriza por la ansiedad manifestada por el individuo al encontrarse en lugares o situaciones que pueden resultar difíciles o embarazosas a la hora de escapar.

Las situaciones que desencadenan la crisis de ansiedad en la persona tienden a ser en numerosas ocasiones evitadas por la persona con la finalidad de no sentir la tan temida crisis o incluso de no llegar ni tan siquiera a sentir la sintomatología propia de este trastorno. En numerosas ocasiones las personas que sufren de agorafobia necesitan de otros individuos a su lado para poder tolerar la situación acontecida.

Para que ocurra agorafobia no debe de existir ningún otro trastorno mental (fobia social, fobia específica, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de estrés postraumático o trastorno de ansiedad debido a una separación) que haga referencia hacia la conducta de evitación o ansiedad demostrada (APA, 2014).

Trastorno de angustia sin agorafobia (F41.0)

La principal característica de este trastorno es la presencia de crisis de ansiedad de una forma imprevista y recidivante, sin que exista una situación de fobia a los espacios abiertos, manifestando, al menos una de las crisis, la siguiente sintomatología durante un período de tiempo mínimo de un mes (APA, 2014):

- Inquietud ante la situación de tener una posible crisis de nuevo.
- Nerviosismo ante los efectos que podrían acontecer ante una nueva crisis.
- Cambios en el comportamiento debido al sufrimiento de las crisis de ansiedad.

La crisis de ansiedad no deben de ser consecuencia de los efectos fisiológicos producidos por alguna sustancia, bien sea un fármaco o una droga, así como tampoco debe de ser consecuencia de alguna enfermedad de carácter orgánico, como por ejemplo el hipertiroidismo²⁹ (APA, 2014).

²⁹ Entre la sintomatología propia del hipertiroidismo encontramos algunos síntomas también característicos en la ansiedad, tales como nerviosismo, dificultad para

Crisis de angustia con agorafobia (F40.01)

En este trastorno, la principal característica con respecto a las crisis de angustia sin agorafobia, es la presencia de crisis de ansiedad de una forma imprevista y recidivante ante vivencias de situaciones de agorafobia (APA, 2014).

Agorafobia sin historia de trastorno de pánico (F40.00)

Se caracteriza por la presencia de una sintomatología muy similar a la propia del trastorno de angustia con agorafobia. Se diferencia en que el individuo en lugar de tener miedo a que le sobrevenga un ataque de pánico, suele temer la aparición de algún síntoma que concurre durante un ataque de pánico (desmayarse, tener diarrea, tener vértigo,...).

Es importante que el desarrollo de este trastorno no sea como consecuencia del efecto fisiológico propio de sustancias, bien sea esta una droga o fármaco empleado en el tratamiento de otra patología que padezca el individuo, así como tampoco será consecuencia de la sintomatología causada por una enfermedad de carácter orgánico.

Sí el individuo sufriera alguna otra enfermedad médica, el miedo o temor que éste es capaz de describir ante la aparición de los síntomas es mucho mayor en comparación al desarrollado de la sintomatología de una forma habitual.

Cabe señalar la existencia de culturas o etnias que impiden la participación del género femenino en las actividades de la vida pública, lo cual no quiere decir que estas personas sufran de agorafobia, a pesar de ello la prevalencia existente en el género femenino de agorafobia es mayor que en el masculino (APA, 2014).

Fobia específica (F40.2)

Este tipo de trastorno anteriormente era conocido bajo el nombre de “fobia simple”. Se caracteriza por la sensación intensa y persistente de miedo de forma irracional ante la presencia o, simplemente, ante la anticipación de una situación u objetos. La respuesta de ansiedad experimentada por el individuo ocurre de una forma inmediata ante la exposición a la situación u objeto que ocasiona dicha

concentrarse, fatiga, aumento o disminución del apetito, inquietud, dificultades en el sueño y/o pérdida de peso.

situación fóbica. Frecuentemente, la persona reconoce que la situación de miedo experimentado es de carácter excesivo así como irracional. En numerosas ocasiones la situación causante del miedo tiende a ser evitada aunque no siempre ocurre así, pues la persona puede llegar a exponerse a la situación a pesar de estar sufriendo gran ansiedad e incluso malestar.

La vida diaria de la persona puede verse afectada debido a los comportamientos de evitación, de anticipación ante aquellas situaciones las cuales son causantes de las fobias. Entre los subtipos de fobia específica podemos encontrar (APA, 2014):

- Fobia específica de tipo animal: El miedo experimentado por el individuo está relacionado con los animales y/o insectos, generalmente se inicia durante la infancia.
- Fobia específica de tipo ambiental: Los fenómenos atmosféricos y la naturaleza suelen ser los principales causantes del desarrollo de miedo en este trastorno, es frecuente que su inicio ocurra durante la edad de la infancia.
- Fobia específica de tipo sangre-inyecciones-daño: Su característica principal hace referencia a la visión de sangre o de heridas, así como recibir inyección u otro tipo de intervenciones clínicas donde se utilicen procesos de tipo invasivo.
- Fobia específica de tipo situacional: Se relaciona con situaciones específicas, tales como viajar en transportes públicos, cruzar túneles o puentes, subir en ascensores o adentrarse en lugares cerrados. El inicio de este trastorno adopta una distribución de carácter bimodal, presentando dos rangos de edad en los que es más frecuente padecerlo, en primer lugar, con una mayor incidencia, en la edad que se corresponde con la segunda infancia y, posteriormente, en la mitad de la tercera década de la vida.
- Fobia específica de otros tipo: Existe un miedo intenso ocasionado por ciertas situaciones, tales como el atragantamiento, el vómito, padecimiento de alguna enfermedad o incluso miedo a diferentes “espacios”,

entendiendo esta situación como temor a caerse si no existieran paredes o algún otro medio que pueda servirle de sujeción.

La prevalencia de este tipo de trastorno no es muy elevada oscilando alrededor del 10%, ya que, generalmente, las fobias disminuyen conforme el individuo va creciendo. Es importante destacar que en cuestión de género la incidencia de fobias específicas es el doble de frecuente en las mujeres que en los hombres, incluso en la vejez. Por otro lado, la cultura puede influir bastante en este aspecto, ya en las distintas poblaciones existen diferentes creencias y no por ello debemos de considerarlas como fobias, solamente serán consideradas como tal cuando se presenten con carácter excesivo (APA, 2014).

Fobia social (F40.1) (trastorno de ansiedad social)

El miedo o temor existente en este trastorno se presenta en situaciones sociales o actuaciones que tienen lugar en espacios públicos donde el sujeto se encuentra frente a individuos que no pertenecen a su círculo social, sintiendo temor a que el resto de personas perciban la ansiedad a la cual se encuentra sometido en ese momento, creando una situación embarazosa o humillante. Cuando el individuo se encuentra expuesto a las situaciones sociales que le provocan la reacción ansiosa, ésta aparece de forma casi inmediata llegando incluso a convertirse en una crisis de angustia situacional (APA, 2014).

Las personas que padecen este trastorno reconocen que el temor manifestado resulta excesivo e irracional. Como consecuencia de dicho temor y/o miedo, el individuo tiende a evitar las situaciones sociales o actuaciones en público, con la finalidad de evitar la sintomatología que pueden desencadenar, aunque en ocasiones el individuo soporta dichas situaciones exponiéndose a un alto grado de terror.

La ansiedad anticipatoria, los comportamientos evitativos que el individuo realiza, la sintomatología y el malestar originado por aquellas situaciones causantes de miedo en el individuo llegan, en numerosas ocasiones, a incapacitarle en su vida diaria, afectándole en su día a día e incluso en las relaciones tanto laborales como sociales, originándole un malestar clínicamente

significativo. Este tipo de individuos tienen muy pocas habilidades sociales y como consecuencia presentan un gran deterioro en sus relaciones (APA, 2014).

Los comportamientos o miedos desarrollados no deben de ser originados como consecuencia de alguna enfermedad de origen orgánico ni de otra enfermedad mental, así como tampoco deben de ser originados como consecuencia del consumo de fármacos y/o drogas.

Trastorno obsesivo-compulsivo (F42.8)

Este trastorno está caracterizado por la presencia de comportamientos de carácter obsesivo y compulsiones de forma repetida, llegando a originar pérdidas de tiempo de más de una hora de duración, provocando incapacidad en el desarrollo de las actividades diarias e interfiriendo en sus relaciones a nivel social y/o laboral.

Las obsesiones se caracterizan por ser impulsos, imágenes o pensamientos que ocurren de forma continua e intrusiva provocando ansiedad y con ello malestar en el individuo. El contenido de estas obsesiones perturbadoras encontramos diferentes temas puede ser muy variado, como por ejemplo miedo a los gérmenes, suciedad, higiene excesiva, violencia, miedo a herir a seres queridos, ideas referentes a actos de carácter sexual, creencias religiosas, etc... La persona es capaz de reconocer que las obsesiones son un producto originado en su mente y por ello intenta ignorarlas mediante el empleo de otros pensamientos.

Por otro lado, las compulsiones son los comportamientos o actos mentales que la persona realiza de forma repetida como respuesta a una obsesión. La realización de estos rituales y/o pensamientos consigue prevenir la ansiedad que desencadenan las ideas, impulsos o imágenes que le acontecen, así como prevenir cualquier acontecimiento o situación negativa que pueden llegar a desencadenar las obsesiones. Es importante que las compulsiones resuelvan de forma realista las obsesiones, en caso contrario no se conseguirá neutralizar el malestar y provocará un aumento de la ansiedad y malestar.

El individuo, en algún momento a lo largo del transcurso del trastorno, puede llegar a recocer que las obsesiones y/o compulsiones son absurdas y/o excesivas.

El patrón familiar puede tener cierta influencia en el desarrollo de un trastorno obsesivo-compulsivo, encontrándose una mayor incidencia entre gemelos homocigóticos que en los dicigóticos. También, se observa una alta incidencia en pacientes de primer grado que padecen síndrome de Tourette (APA, 2014).

Trastorno de estrés postraumático (F43.1)

Este trastorno se origina cuando previamente el individuo se ha encontrado expuesto a una situación o acontecimiento estresante y verdaderamente traumático, tales como haber puesto en peligro su integridad física o amenazado su vida, haber encontrado amenazada la vida de otros individuos, presenciar la muerte de otras personas o simplemente conocer la situación por el relato de terceras personas. El individuo, como respuesta a tal situación, puede mostrar desesperanza, temor e incluso horrores.

Entre las manifestaciones de este trastorno mental puede destacarse la vivencia del suceso traumático de forma repetida y de diferentes modos, mediante recuerdos intrusivos del suceso, a través de sueños, mediante alucinaciones, ilusiones y flashback, malestar de carácter psicológico ante estímulos que representan el acontecimiento y respuestas de tipo fisiológico ante aquellos estímulos que interpretan al suceso estresante.

El sujeto normalmente tiende a la evitación de aquellos estímulos que le recuerdan al suceso traumático, tales como esfuerzos para obviar pensamientos relacionados con el mismo, esfuerzos para evitar personas, actividades o lugares que causen recuerdo de ello, incapacidad para recordar algún aspecto importante del acontecimiento, disminución tanto de la participación como del interés por actividades que anteriormente le eran importantes, alejamiento de otras personas, limitaciones en la vida afectiva y sentimientos negativos hacia el futuro.

Entre la sintomatología descrita existe una cierta persistencia de problemas para la conciliación y manteniendo del sueño, irritabilidad y ataques de ira, dificultad en la concentración, estado de hipervigilancia y sobresalto ante diversa situaciones. Dicha sintomatología debe de tener una duración de, al menos, un mes de evolución para poder establecer el diagnóstico. El trastorno puede

clasificarse como agudo si la duración de la sintomatología es menor de tres meses de evolución o crónico cuando la duración es de tres meses o superior.

El malestar que provoca dicho trastorno puede ocasionar un deterioro en la vida diaria del individuo así como cierta alteración a nivel social, laboral y en otras áreas importantes del individuo. La prevalencia de este tipo de trastorno es muy variable, oscilando entre 1-14% en población general y un 3-58% en grupos de personas más específicos como veteranos de guerras, personas que han presenciado atentados terrorista o han sufrido desastres naturales (APA, 2014).

Trastorno por estrés agudo (F43.0)

La principal característica de este trastorno mental es la aparición de ansiedad y trastornos disociativos, debidos a la exposición a un suceso de carácter traumático (vivencia de muerte de otra personas, peligro inminente de su vida y/o integridad física, etc...), presentando miedo, desesperanza u horror.

El individuo durante o posteriormente al suceso traumático presenta algunos de los siguientes síntomas disociativos (APA, 2014):

- Sensación subjetiva de embotamiento, alejamiento o dificultad emocional.
- Dificultad para poder establecer una adecuada relación con el entorno que le envuelve.
- Alteración en la percepción exterior al individuo sintiéndolo como extraño e irreal (desrealización).
- Alteración de la percepción por la cual la persona se encuentra separado de su cuerpo y mente sintiéndolos y observándolos como externos a él (despersonalización).
- Amnesia disociativa, la característica principal es que la persona no puede recordar un aspecto importante del trauma ocurrido.

El suceso traumático suele ser revivido por el individuo de una forma perseverante mediante sueños, imágenes, pensamientos, alucinaciones, ilusiones, revivencia de situaciones similares, flashback, etc... Generalmente, suele ocurrir

una evitación de todo aquello que le recuerda el suceso acontecido como pueden ser personas, lugares, actividades, etc...

Existe una persistencia de cierta sintomatología como problemas para la conciliación y manteniendo del sueño, irritabilidad y ataques de ira, dificultad en la concentración, estado de hipervigilancia o sobresalto ante diversa situaciones. El malestar que provoca dicho trastorno puede ocasionar un deterioro en la vida diaria del individuo así como cierta alteración a nivel social, laboral y en otras áreas importantes del individuo.

La sintomatología debe de aparecer durante el primer mes tras el suceso traumático y debe de tener, como mínimo, una duración de dos días, no excediendo de cuatro semanas, ya que estaríamos haciendo referencia hacia otro tipo de trastorno mental (APA, 2014).

Trastorno de ansiedad generalizada (F41.1)

Este tipo de trastorno se identifica principalmente por la ansiedad y preocupación que el sujeto manifiesta de forma excesiva. Durante un período de más de seis meses de duración, como consecuencia de diferentes sucesos que le han ocurrido o le acontecen. La preocupación está presente de forma constante y es muy difícil de autocontrolar.

Las preocupaciones y la ansiedad manifestada por el individuo se encuentran relacionadas con otros síntomas como (APA, 2014):

- Inquietud o impaciencia.
- Fatiga.
- Dificultad para no pensar en nada o concentrarse.
- Irritabilidad.
- Tensión muscular.
- Dificultades en el sueño.

La sintomatología descrita, y en especial las preocupaciones y ansiedad, no debe ser consecuencia de otro trastorno mental, como por ejemplo la ansiedad manifestada por un diagnosticado de fobia social. Tanto los síntomas físicos como

los psicológicos crean un malestar clínicamente significativo capaz de deteriorar la vida diaria del individuo, así como sus relaciones sociales y laborales.

La ansiedad generalizada es un trastorno que presenta una alta incidencia familiar, aunque no se conozcan exactamente los vínculos existentes. El género femenino se muestra más propenso en dos tercios al desarrollo de dicho trastorno (APA, 2014).

Trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica (F06.4)

Este trastorno es consecuencia del padecimiento de una enfermedad médica, manifestado por ansiedad, crisis de angustia y/u obsesiones-compulsiones, provocando un malestar clínicamente significativo capaz de deteriorar la vida social, laboral y diaria del individuo. Para su correcto diagnóstico es necesaria la realización de pruebas de laboratorio, la valoración de la historia clínica previa y la exploración física.

Existe una clasificación de diferentes tipos de trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica (APA, 2014):

- Con ansiedad generalizada: En esta variante predomina la ansiedad y preocupaciones.
- Con crisis de angustia.
- Con síntomas obsesivo-compulsivos.

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias

La sintomatología predominante en este trastorno es la ansiedad como efecto secundario provocado por la sustancia consumida, bien sea una droga, fármaco u otra sustancia de carácter tóxico. Deben de realizarse pruebas de laboratorio y una exploración física para determinar la sustancia causante de dicha situación, ya que, dependiendo del contexto y la naturaleza de ésta, podremos determinar si los síntomas se deben a un síndrome de abstinencia, a una intoxicación, a una alteración provocada por un fármaco o a la presencia de cualquier otro trastorno mental. Esta situación puede provocar alteraciones en la vida cotidiana del sujeto (APA, 2014).

Trastorno de ansiedad no especificado (F41.9)

Bajo esta categoría podemos encontrar todos aquellos trastornos donde la sintomatología manifestada por la persona es principalmente ansiedad o alguna evitación a consecuencia de una fobia, pero en realidad no se cumplen los criterios propios para establecer el diagnóstico de cualquier otro trastorno de ansiedad que forma el amplio abanico de esta categoría (APA, 2014).

1.5.2.2. Estrategias terapéuticas ante la ansiedad

Para poder optimizar el tratamiento ante la ansiedad es necesario conocer los deseos de la persona acerca del mismo. Para conseguirlo los profesionales sanitarios deben de realizar una adecuada y exhaustiva entrevista basada principalmente en la escucha activa, consiguiendo así poder entender tanto los sentimientos como ideas del paciente.

Entre las posibles estrategias terapéuticas se definen tratamientos psicológicos y farmacológicos, siendo, en numerosas ocasiones, la combinación de ambos la mejor opción (MSSSI, 2008).

Tratamiento psicológico:

Este tipo de tratamiento está comprendido por las psicoterapias psicodinámicas y las terapias cognitivas-conductuales.

Mediante las psicoterapias psicodinámicas se pretende fomentar la comprensión e integración de los aspectos del “yo” en la vida diaria del individuo, empleando una gradación progresiva en el conocimiento y concienciación de la parte conflictiva intrapsíquica y de los procesos inconscientes, donde se halla la base de los trastornos mentales del individuo, intentando ayudar a la persona a que supere la situación a la que se enfrenta, para así poder desarrollarse y funcionar con una mayor libertad y eficiencia en el día a día.

El psicoterapeuta emplea técnicas de apoyo como la sugestión (se intenta dar lugar a nuevas ideas, impulsos y/o formas de comportamiento, con la expectativa de hacer desaparecer otras que se encontraban previamente en el individuo), aconsejamiento (el terapeuta propone nuevas alternativas, conductas, etc... para

poder resolver aquellas situaciones que atormentan al sujeto) y abreacción (descarga emocional mediante la verbalización de aquellas situaciones que llevan al individuo a la situación de malestar). Además, se emplean técnicas de psicoterapia propiamente analítica como la confrontación (el terapeuta dirige al individuo hacia las situaciones causantes de conflicto), clarificación (intenta conseguir que el individuo conozca mejor sus sentimientos) y la interpretación (pretenden dar explicación a los procesos mentales que el individuo desconoce pero que en realidad son la base de su comportamiento) (MSSSI, 2008).

Las terapias cognitivas-conductuales emplean un método más activo ya que tanto el individuo como el terapeuta deben de trabajar conjuntamente bajo un formato estructurado, el sujeto debe encontrarse realmente motivado para realizar este tipo de terapia ya que tras cada sesión tiene que ir realizando las actividades propuestas por el terapeuta.

Las técnicas cognitivas valoran los procesos afectivos, expectativas, creencias y pensamientos distorsionados promotores de la sintomatología, intentando eliminarlos a través del empleo de técnicas adaptativas y funcionales. Entre las técnicas empleadas podemos destacar (MSSSI, 2008):

- Autoinstrucción: Capacidad de detectar verbalizaciones con carácter negativo y poder cambiarlas por nuevas instrucciones positivas.
- Entrenamiento del manejo de la ansiedad, mediante técnicas de relajación.
- Distracción cognitiva y detección del pensamiento.
- Técnicas de resolución de problemas: Mediante la detección y delimitación de los problemas.
- Reestructuración cognitiva: Los pensamientos distorsionados o irracionales se intentan eliminar mediante su sustitución por otros de naturaleza más racional.

La segunda parte de la terapia, la parte conductual, considera a los síntomas acontecidos como un medio de aprendizaje, para ello el terapeuta trabaja con el individuo mediante el manejo de ciertas técnicas como la relajación (se fundamenta principalmente en dos técnicas: el entrenamiento en relajación

progresiva y/o el entrenamiento del control de la respiración), la exposición al objeto o situación causante del desencadenamiento del proceso de ansiedad (puede dividirse a su vez en dos: la desensibilización sistemática³⁰ o en la exposición gradual), las técnicas de autocontrol mediante la auto observación, el autoreforzamiento-autocastigo, el control de estímulos (con ello se pretende enseñar al individuo aquellos principios que dirigen la conducta no deseada) y, finalmente, el entrenamiento del sujeto en habilidades sociales (Luceño Moreno, Martín García, Rubio Valdehita, & Díaz Ramiro, 2004; MSSSI, 2008).

El abordaje terapéutico de la sintomatología ansiosa puede realizarse empleando ambas terapias psicológicas (psicodinámica y cognitivo-conductual) dando lugar a terapias como la psicoterapia familiar breve, la terapia interpersonal o la terapia cognitivo analítica (MSSSI, 2008).

Tratamiento farmacológico:

A través del empleo de sustancias farmacológicas se pretende apaciguar los síntomas, prevenir las posibles recaídas, así como disminuir y/o eliminar aquellas posibles secuelas. Entre los fármacos que tienen adecuados resultados podemos encontrar los antidepresivos, los ansiolíticos y algunos antipsicóticos atípicos (MSSSI, 2008).

Otros tratamientos:

Existen otros tratamientos empleados pero que carecen de tanta efectividad como los anteriormente mencionados (Gastó Ferrer, Álvarez, & Roca Bennasar, 2008).

- Tratamientos de autoayuda, mediante el empleo de la biblioterapia, se realiza una lectura guiada con función terapéutica consiguiendo adquirir ciertos conocimientos y práctica. Las lecturas empleadas deben de ser recomendadas por un terapeuta.

³⁰ El sujeto, el terapeuta o ambos establecen una jerarquía de todos aquellos sucesos, situaciones u objetos causante de ansiedad en el individuo, entrenándolo previamente para que pueda actuar ante dichas situaciones mediante una respuesta antagónica a la ansiedad, posteriormente se le va exponiendo a las situaciones ansiosas comenzando por aquellas de menos intensidad hasta que finalmente se consigue disminuir o eliminar la respuesta ansiosa (MSSSI, 2008).

- Hierbas de carácter medicinal se basa en infusiones u otras formas de aplicación de hierbas como la pasiflora o la valeriana.

1.6. ESTRATEGIAS EN SALUD MENTAL

1.6.1. PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL

“La salud mental es la base para el bienestar y el funcionamiento efectivo de un individuo y una comunidad siendo mucho más que la ausencia de enfermedad ya que tiene un valor en sí misma” (OMS, 2001).

A través del empleo de diversos programas, el Sistema Nacional de Salud (SNS) establece entre sus perspectivas la promoción y prevención de diferentes grupos de riesgo, así como mejorar la imagen preconcebida de las personas que se encuentran afectadas. El último Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) publicado ha sido la “Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013”, basada en un modelo comunitario³¹ donde se promueve y respeta la autosuficiencia e independencia de las personas que padecen algún trastorno mental, sustentada por la Ley 39/2006, de 14 de Diciembre, de “Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia” (Ley 39/2006, 2006).

Por tanto, mediante su empleo se debe de velar por diversos principios y valores propios de todos los individuos, mostrando un mayor compromiso en el caso de personas que presentan diversas dificultades en la vida. Entre ellos debemos de hacer referencia a aquellos que representan los pilares básicos de este PNSM (MSSSI, 2011a):

- Autonomía: principio básico de todo ser humano por el simple hecho de serlo, se intenta promover la independencia y autosuficiencia de la persona.

³¹ Un modelo de atención en salud mental comunitaria debe de presentar ciertas características, entre ellas, ser de carácter público, su participación debe tener lugar por y para la comunidad, debe de encontrarse adaptado a las necesidades que demandan los usuarios siendo proporcionales a éstas, los equipos encargados de ofrecer la atención a los usuarios deben de estar formados por diferentes profesionales ofreciendo una perspectiva multiprofesional, así como una atención biopsicosocial, siendo de gran importancia la coordinación entre los diferentes recursos existentes en la comunidad para poder conseguir entre los objetivos la reinserción del individuo en el ambiente sociolaboral (SMS, 2010).

- Continuidad: El Sistema de Salud debe de abastecer y garantizar los cuidados necesarios y el apoyo a todas aquellas personas que los necesiten de una forma ininterrumpida a lo largo de toda su vida, así como de una forma adecuada con respecto a los servicios de los que se dispone.
- Accesibilidad: La asistencia ofrecida tanto al paciente como a su familia debe de prestarse donde y cuando éstos la necesiten.
- Comprensividad: Los trastornos mentales pueden necesitar diferentes recursos y en distintos grados a lo largo de todo el trascurso de éste, por ello los profesionales deben de promover el uso del abanico de recursos asistenciales disponible basándose en las demandas tanto del individuo como de su familia.
- Equidad: Los recursos sociales y sanitarios deben de distribuirse a los usuarios de una forma adecuada en calidad y proporcionada en cantidad, de acuerdo con criterios explícitos y racionales.
- Recuperación personal: La principal finalidad del PNSM es recuperar la salud del individuo así como su conciencia a pesar de la discapacidad existente.
- Responsabilidad: Es importante que las instituciones sanitarias encargadas de ofrecer los cuidados a los individuos adquieran un alto grado de responsabilidad frente a los pacientes, sus familias y la comunidad.
- Calidad; Para que los objetivos que el Plan Nacional de Salud (PNS) quiere alcanzar es importante que los servicios busquen continuamente obtener los máximos resultados deseados pero siempre utilizando procedimientos sustentados por la evidencia basada en pruebas.

1.6.1.1. Situación de la Salud Mental en España

Según establece la OMS, entre los principales objetivos planteados dentro de los planes y políticas sanitarias de cada país se debe encontrar la atención a los trastornos mentales, ya que se estima que aproximadamente un 25% de la población sufrirá algún tipo de trastorno mental o alteración del comportamiento a

lo largo de su vida. Actualmente, cuatro enfermedades neuropsiquiátricas se encuentran entre las diez primeras causas de discapacidad en el mundo, como son el trastorno depresivo unipolar, trastorno por consumo de alcohol, esquizofrenia y los trastornos afectivos bipolar (WHO, 2001) Con la finalidad de conseguir la información necesaria para determinar la situación de salud de cada uno de los países, la OMS, planteó la creación de una herramienta para la autoevaluación y registro interno de cada uno de los diferentes territorios, escogiéndose como herramienta el modelo propuesto por la European Foundation for Quality Management (EFQM)³², por la capacidad demostrada para identificar áreas de mejora, adaptabilidad y flexibilidad para cada uno de los países y así poder elaborar la estrategia necesarias para resolver o intentar paliar los problemas mostrados.

En España, se estima que entorno al 19,5% de la población adulta ha presentado uno o varios trastornos mentales en algún momento de su vida, estipulándose una mayor prevalencia de éstos en el género femenino (22,9 %) frente al masculino (15,7 %) (Haro et al., 2006).

Entre las distintas Comunidades Autónomas que conforman el territorio español se han observado diferencias significativas, principalmente relacionadas con el nivel socioeconómico, el nivel de estudios de la población, la tasa de desempleo existente y el tipo y cantidad de inmigración presente en cada una de ellas, creando la necesidad de la elaboración de planes de salud mental específicos para cada una de las Comunidades, con la finalidad de poder cubrir las necesidades concretas que demandan los individuos que residen en ellas. Por otro lado, se ha constatado que el ambiente de residencia del individuo, bien sea urbano o rural, no es causa para prevalecer ningún trastorno mental ni alteración de la conducta (Rocha, Pérez, Rodríguez Sanz, Borrel, & Obiols, 2011).

³² EFQM es un modelo no normativo, cuyo concepto fundamental es la autoevaluación, basándose en el análisis detallado del funcionamiento del sistema de gestión de la organización usando para ello como guía los criterios estipulados por el modelo. La utilización sistemática y periódica del modelo por parte del equipo directivo permite a éste el establecimiento de planes de mejora basados en hechos objetivos y la conservación de una visión común sobre las metas a alcanzar y las herramientas necesarias para ello. La aplicación de este modelo se basa en dos premisas principalmente, la comprensión y la evaluación (Robles-García et al., 2005).

El estado civil del individuo, también, es una de las características que marca notables diferencias en cuanto a la salud mental de los sujetos, obteniendo peores resultados en la salud de aquellas personas que se encuentran viudas, divorciadas o separadas (J. Alonso, Lépine, & Committee, 2007).

En referencia a la inmigración, el hecho de ser mujer con el agravante de haber tenido que inmigrar procedente de países en vías de desarrollo conlleva una elevada prevalencia a desarrollar algún trastorno mental, de forma contradictoria aquellos inmigrantes cuyo lugar de origen son países desarrollados o pertenecientes a la Unión Europea presentan una mejor salud que los habitantes autóctonos de España (Levy & Sidel, 2009).

También, es importante destacar la importante influencia que la situación laboral conlleva sobre la salud mental de los individuos, encontrándose elevada entre los desempleados, así como en las personas donde su ocupación está dedicada a la realización de las labores en el hogar (Prince et al., 2007).

En relación con el consumo de drogas y otras adicciones, cuya prevención y tratamiento se encuentran incluidas dentro del ámbito de actuación de la salud mental, se ha observado que la droga más consumida en España es el cannabis, seguida por la cocaína, el éxtasis, las anfetaminas, los alucinógenos y finalmente la heroína, con una mayor prevalencia entre el género masculino³³(MSSSI, 2013a).

A nivel europeo, se constató la existencia de muchas desigualdades (a nivel de infraestructuras, dotación económica presupuestaria, programas de atención,...) entre los Estados Miembros, evidenciando la necesidad de una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental, orientada a mejorar la salud mental de la población, mediante el desarrollo de los servicios de cuidados prolongados y las infraestructuras sanitarias en el campo de la salud mental. Dicha estrategia se plasmó en la elaboración del “Libro verde de la Salud Mental en Europa. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia en salud mental en la Unión

³³ La sustancia tóxica y adictiva más consumida entre la población puede ser diferente dependiendo de la Comunidad Autónoma a la cual nos referimos, en este caso, las estadísticas son a nivel de todo el territorio español.

Europea”. Este libro supone un pacto a nivel europeo por la salud mental y el bienestar, creando una declaración intersectorial sobre las acciones en salud mental en Europa mediante la conferencia de Alto Nivel “Juntos por la Salud y el Bienestar”, con la finalidad de apoyar e informar a los Estados Miembro, promover mejores políticas y alentar en el desarrollo de acciones para afrontar los principales desafíos que atañen a la salud mental recudiendo las desigualdades sociales, pactándose cinco áreas prioritarias de acción (Verde, 2005):

- La salud mental entre los jóvenes y en la educación.
- Prevención del suicidio y la depresión.
- La salud mental en el entorno laboral.
- La salud mental de las personas mayores.
- Luchar contra el estigma y la exclusión social.

1.6.1.2. Estrategias de acción del Plan Nacional de Salud Mental

El PNSM “Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013” se encuentra compuesto por cinco líneas estratégicas de acción (MSSSI, 2011a):

- Línea estratégica 1: Promoción de la salud mental de la población, prevención de las enfermedades mentales y erradicación del estigma asociado a las personas con trastorno mental.
- Línea estratégica 2: Atención a los trastornos mentales.
- Línea estratégica 3: Coordinación intrainstitucional e interinstitucional.
- Línea estratégica 4: Formación del personal sanitario.
- Línea estratégica 5: Investigación en salud mental.

Línea estratégica 1: Promoción de la salud mental de la población, prevención de las enfermedades mentales y erradicación del estigma asociado las personas con trastorno mental.

La capacidad para poder enfrentarse y superar las adversidades que se presentan en la vida, sin perder el equilibrio a nivel emocional, se encuentra

relacionado con el grado de salud mental del cual disfruta el individuo en cada momento, dependiendo de diversos factores personales, del contexto sociocultural y económico en el cual se encuentra inmersa la persona.

Para determinar esta línea estratégica se analizaron dos variables dentro de la Encuesta Nacional de Salud en España del año 2006, el apoyo social percibido y la función familiar, obteniéndose resultados bajos en las mujeres en relación con el apoyo social percibido frente a unos resultados positivos para la función familiar afirmando tener una familia normofuncionante con pocas diferencias entre las diferentes Comunidades Autónomas (MSSSI, 2006).

A nivel de todo el territorio español, la promoción de la salud mental no se ha conseguido generalizar, a pesar de que cada Comunidad Autónoma ha diseñado e implementado un plan de salud mental propio según las necesidades de sus habitantes, estando la mayoría de estos planes destinados hacia el asesoramiento, información y orientación. Esta deficiente situación ha hecho necesario la inclusión de esta línea estratégica dentro del PNSM, intentando la promoción de la salud mental de la población general y de grupos más específicos con alto riesgo. Para dar respuesta a necesidad, se proponen las siguientes recomendaciones, orientadas tanto a los profesionales sanitarios, las instituciones públicas como privadas así como a la población general (MSSSI, 2011a):

- Las intervenciones de promoción de la salud mental se dirigirán a grupos específicos de población y formarán parte de las estrategias de acción de atención primaria, especializada y salud pública. Estas actuaciones integrarán un plan específico o estarán integradas en los planes de promoción de la salud o en los de salud mental de las Comunidades Autónomas.
- Se recomiendan intervenciones de efectividad probada y orientadas a mejorar la resiliencia, tales como el afrontamiento del estrés, búsqueda de apoyo social, el aprendizaje de términos de solución de problemas, el aumento de la autoestima y el desarrollo de habilidades sociales entre otras.

- En las intervenciones dirigidas a representantes institucionales se señalará el papel central de la salud mental como generadora de bienestar y de productividad, y la importancia de la interacción del hábitat, la educación, las posibilidades de participación ciudadana, las relaciones igualitarias de género y los determinantes psicosociales de género con la salud mental de la población, así como las consecuencias socioeconómicas negativas derivadas de ignorarlas.
- El Ministerio de Sanidad y Política Social junto a las Comunidades Autónomas, desarrollarán intervenciones dirigidas a los medios de comunicación para implicarlos en la promoción de la salud mental.

Algunas Comunidades Autónomas incluyen programas específicos para poder ofrecer actividades de apoyo mediante servicios externos al ámbito de la salud mental como (MSSSI, 2011a):

- Atención primaria para cuidar a los cuidadores de personas con enfermedades crónicas, como en el caso de los trastornos mentales graves.
- Servicios de prevención y comités de salud laboral para prevenir el estrés laboral y los trastornos mentales asociados al trabajo.

Junto a esta línea estratégica se han implementado de forma paralela otros planes orientados a conseguir mejorar la salud mental de la población española, entre ellos cabe destacar (MSSSI, 2011a, 2013b):

- El Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social del Reino de España 2008- 2010.
- El Plan de Acción para Mujeres con Discapacidad, 2007.
- La Estrategia Global de Acción para el Empleo de Personas con Discapacidad 2008-2012.
- Estrategia Global de Actuación en Salud Mental, 2007.
- II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016.

Para prevenir la enfermedad mental, el suicidio y las adicciones en la población general el PNSM propone las siguientes recomendaciones (MSSSI, 2011a):

- Establecer como áreas prioritarias las intervenciones hacia grupos específicos, entre ellos, la prevención de la violencia, de los trastornos de la conducta alimentaria, del consumo de sustancia de abuso, del aislamiento social así como la prevención de la discriminación y violencia de género.
- Realizar intervenciones preventivas dirigidas a grupos de riesgo en la primera infancia y adolescencia.
- Desarrollar intervenciones preventivas, preferentemente talleres específicos y de entretenimiento en habilidades para la prevención de la depresión y el suicidio en diferentes ambientes como los centros docentes, instituciones penitenciarias o residencias geriátricas.
- Realizar intervenciones comunitarias orientadas a mejorar la dinámica social en áreas geográficas con un riesgo social alto y/o morbilidad psiquiátrica.
- El Ministerio de Sanidad y Política Social así como las Comunidades Autónomas, mediante los órganos encargados de ello, deberán de impulsar la inclusión de acciones de prevención de “riesgos psicosociales” y de los trastornos mentales asociados al trabajo en los planes de salud laboral y establecerán líneas de apoyo a los servicios de prevención.
- Realizar y evaluar intervenciones orientadas a informar y educar sobre los riesgos que tienen para la salud en general y para la salud mental en particular el consumo de sustancias adictivas en adolescentes.
- Realizar y evaluar intervenciones para prevenir los problemas de salud mental en los cuidadores de personas con enfermedad mental crónica.
- Facilitar y promover el desarrollo de programas psicoeducativos para familiares y cuidadores.

La erradicación del estigma, la discriminación y exclusión social que sufren las personas que padecen algún trastorno mental suponen un reto de complicado abordaje. Si bien, el PNSM intenta guiar a las diferentes Comunidades Autónomas mediante las siguientes recomendaciones (MSSSI, 2011a):

- Identificar adecuadamente las barreras existentes que impiden el acceso a diferentes ámbitos tanto públicos como privados a los individuos que padecen algún trastorno mental así como a sus familias.
- Se realizarán intervenciones dirigidas a aumentar la integración de las personas con trastornos mentales, tales acciones deben de estar dirigidas por profesionales de la salud, de la comunicación, educación, etc...
- Las unidades de psiquiatría deben de adaptarse a los individuos que sufren dichas alteraciones para poder cubrir sus necesidades de ocio, relación, ocupación y participación respetando su intimidad, libertad y dignidad.
- Disminuir el periodo de estancia hospitalaria garantizando una continuidad de cuidados a nivel comunitario tanto para el individuo como para su familia.
- Se favorecerá la integración del individuo al mundo laboral sin discriminación de género.

Línea estratégica 2: Atención a los trastornos mentales.

Supone un hecho de gran importancia el ofrecer desde el inicio del trastorno mental la mejor atención tanto sanitaria como social a los individuos, obteniéndose de esta manera los mejores resultados posibles. Para conseguir una adecuada atención con el PNSM se propone la elaboración y el empleo de diferentes recursos con los que mejorar y optimizar la atención a todos aquellos usuarios que padecen trastornos mentales. Entre dichos recursos encontramos las Guías de Práctica Clínica (GPC). A través de ellas podemos elaborar, difundir e implantar una serie de cuidados apoyados en un conjunto de recomendaciones basados en una revisión sistemática de la evidencia, así como la evaluación de los posibles riesgos o beneficios que pueden presentar las diferentes alternativas existentes. Podemos encontrar diferentes guías en el ámbito de la salud mental, entre ellas: GPC sobre el manejo de la depresión en el adulto (2014), GPC sobre el manejo del sueño en la infancia y la adolescencia en atención primaria (2011), GPC de prevención y tratamiento de la conducta suicida (2012), GPC sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños y adolescentes (2010), GPC para el manejo de pacientes con insomnio en atención primaria

(2009), GPC para el manejo de pacientes con trastorno del espectro autista en atención primaria (2009), GPC sobre la depresión mayor en la infancia y la adolescencia (2009), GPC de intervenciones psicosociales en el trastorno mental grave (2009), GPC para el manejo de pacientes con trastorno de ansiedad en atención primaria (2008), GPC sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente (2008) y GPC sobre trastornos de la conducta alimentaria (2008).

La atención ofrecida a las personas que padecen algún trastorno mental se ha intentado mejorar con la implantación en diferentes Comunidades Autónomas de Equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario (ETAC), a través de los cuales se pretende estructurar la asistencia a las personas con trastornos mentales graves centrandó el marco de actuación en su entorno social más próximo, siendo la piedra angular del tratamiento las visitas domiciliarias, integrando a través de ellas las distintas actuaciones que se pueden llevar a cabo con la persona tanto a nivel farmacológico, social, familiar como laboral³⁴ (Martínez Jambrina & Peñuelas Carnicero, 2007).

El PNSM, incluye dentro de sus estrategias conseguir uno de los aspectos más críticos hasta hoy día, conseguir que los individuos con trastornos mentales logren involucrarse en el mundo laboral y mantener el empleo. En numerosas ocasiones la dificultad que presentan estas personas se basa en el deterioro que puede causar el trastorno, por tanto a través de programas adecuados, como la rehabilitación mediante entrenamiento de habilidades, rehabilitación vocacional o empleo protegido, se puede llegar a conseguir una reinserción de las personas con trastornos mentales en el mundo laboral (Bond, Drake, & Becker, 2008).

En determinadas situaciones las personas con ciertos trastornos mentales necesitan de tratamiento a nivel hospitalario, donde se les administran tratamiento tanto farmacológicos como de contención mecánica para evitar que se produzcan daños a sí mismos o a terceros. La contención mecánica es una parte necesaria en diferentes momentos para el tratamiento del individuo, el PNSM contempla que en el caso de ser necesaria la contención mecánica de una persona esta debe de

³⁴ Este modelo de trabajo fue desarrollado por primera vez en Winconsin (USA) por Leonard Stein y Mary Ann Test, en la década de los setenta, en plena situación de desinstitutionalización (Martínez Jambrina & Peñuelas Carnicero, 2007).

realizarse garantizando unas buenas prácticas así como el respeto de los derechos y dignidad de los individuos, ofreciéndonos las siguientes recomendaciones (Jensen et al., 2012; MSSSI, 2011a):

- Deberá de elaborarse un protocolo de actuación con la colaboración de todos los agentes potencialmente implicados en los procedimientos de hospitalización involuntaria: profesionales de la salud mental y del Derecho, policía, transporte sanitario y asociaciones de familiares, usuarias y usuarios.
- Además debe de realizarse una versión operativa “vía de hospitalización involuntaria” de aplicación individual, en la que se registrarán cada uno de los pasos, los tiempos, los nombres y las firmas de los agentes implicados.
- Es importante realizar un documento de consentimiento informado destinado a los familiares de la persona ante situaciones que impliquen adoptar medidas de carácter restrictivo, ya que se merma la ley de autonomía del paciente.

Línea estratégica 3: Coordinación intrainstitucional e interinstitucional.

Mediante esta línea estratégica se pretende fomentar, tanto a los individuos con trastornos mentales como en sus familias, la participación en la elaboración, planificación y evaluación de los distintos servicios ofrecidos en el ámbito de la salud mental. Diferentes asociaciones de usuarios han propuesto tres grandes áreas para poder desarrollar estas actividades (MSSSI, 2011a):

- El apoyo mutuo y el acompañamiento, permitiendo la participación de la propia experiencia.
- Realización de actividades mediante recursos más actuales como las emisoras de radio, televisión, redes sociales,..., transmitiendo un mensaje de autonomía, positividad y de lucha contra el estigma.
- Permitiendo la creación de un colectivo representante formado por diferentes foros donde se permita con ello también la investigación, la gestión y la docencia.

A nivel de todo el territorio español, es realmente desigual la existencia de asociaciones que luchan por los derechos de las personas que sufren trastornos mentales, es de especial mención la Confederación Estatal de Asociaciones de Familiares de Enfermos Psíquicos (FEAFES) que desde 1983 viene velando por la calidad de vida de las personas con trastorno mental y sus familias así como la defensa de sus derechos.

Línea estratégica 4: Formación del personal sanitario.

El ámbito de la salud mental se encuentra reglamentado por la formación de sus profesionales, Psiquiatras, Psicólogos y Enfermeros, a través de una formación postgrado mediante el modelo de especialización en ciencias de la salud del sistema sanitario español, empleando el método de residencia, autoaprendizaje tutorizado y evaluación continua y final. La formación de estos tres grupos de profesionales se realiza mediante un plan de formación conjunto en Unidades Docentes Multiprofesional de la distintas Comunidades Autónomas.

El programa de formación de la especialidad de Psiquiatría fue aprobado el 1 de septiembre de 2008, donde se establece un periodo de residencia de duración de cuatro años, siendo los tres primeros años de carácter obligatorio a través de los cuales se adquieren las diferentes competencias en la rama, finalmente se realiza un cuarto año donde el profesional enfoca su formación hacia una rama en concreto como la gerontopsiquiatría, adicciones, psiquiatría infanto-juvenil, psicoterapia, etc...(BOE N° 224, 2008)

Al igual que el programa de Psiquiatría, la formación del Psicólogo Clínico tiene de una duración de cuatro años de residencia donde los tres primeros años adquiere las principales competencias profesionales para posteriormente en el últimos año vincular su especialización hacia programas como psico-oncología, neuropsicología, psicogeriatría, cuidados paliativos, salud sexual o reproductiva, trastornos de la conducta alimentaria, etc... su plan formativo fue aprobado el 2 de junio de 2009 (BOE N° 146, 2009).

Finalmente, la última de las especializaciones en el campo de la salud mental corresponde a los profesionales de Enfermería, siendo su periodo de residencia de dos años de duración, desde el año 1998 se están formando profesionales para el

desarrollo de competencias en el mundo de la salud mental, aunque hoy día sigue intentando abrirse camino lentamente. (MSSSI, 2011a; BOE N° 123, 2001; BOE N° 146, 2009).

Línea estratégica 5: Investigación en salud mental.

En Enero de 2008, se creó el Centro de Investigación Biomédica en Red en el Área de Salud Mental (CIBERSAM), con la finalidad de dar lugar a un espacio abierto de investigación a la comunidad científica, médica, política y social. Se encuentra formado por 24 grupos de investigación clínica, preclínica y traslacional pertenecientes a ocho Comunidades Autónomas. Las investigaciones de estos grupos están dedicadas especialmente al estudio de trastornos mentales como la depresión, esquizofrenia, trastorno bipolar, trastornos de la ansiedad, trastornos mentales en niños y adolescentes así como a la innovación terapéutica. Desde su creación ha llevado a cabo más de cuatrocientos proyectos, más de ochocientas publicaciones y licenciado veintidós patentes. Con este PNSM, se intenta fomentar la investigación en las distintas Comunidades Autónomas para conseguir avanzar en las demandas que ofrecen aquellas personas con trastornos mentales garantizándoles una mejor calidad de vida tanto a ellos como a sus familias (MSSSI, 2011a).

1.6.2. PLAN DE SALUD MENTAL DE LA REGIÓN DE MURCIA

El Plan de Salud Mental de la Región de Murcia (PSMRM) 2010-2013, ha sido planteado con la finalidad de introducir unos objetivos comunes para todos aquellos profesionales que trabajan con personas con trastornos mentales, diseñando unas medidas básicas para el desempeño de líneas de actuación comunes en todo el ámbito sanitario de la Región de Murcia.

Como cualquier plan de salud se encuentra sustentado por unos principios básicos tales como (SMS, 2010):

- Carácter público, equitativo y participativo.
- Eficaz y eficiente, procurando la mejor atención al paciente.

- Integrado en el Sistema Sanitario General dentro de la asistencia especializada.
- Orientado a un desarrollo en el marco comunitario, con distribución de recursos por áreas sanitarias y en coordinación con el resto de los dispositivos sanitarios y no sanitarios del área, y a la promoción de la Salud Mental.
- Concepción integral de la salud mental, desde una perspectiva biopsicosocial del enfermar, incluyendo las actividades de promoción, prevención y rehabilitación junto a las asistenciales.
- Contemplando la continuidad de cuidados, centrada en el paciente, y el abordaje multidisciplinar del mismo.
- Equidad, reduciendo las desigualdades detectadas en la atención o protección de las personas más vulnerables. condiciones de género o diversidad cultural, en una sociedad cada vez más compleja.

A partir de la definición de salud (OMS) como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, se acepta que la salud mental es un componente fundamental de la salud que permite la realización de las capacidades cognitivas, afectivas y relacionales del individuo (OMS, 2001; SMS, 2010).

Desde el 24 de Abril de 2009, (BORM de 7 de Mayo de 2009) la Región de Murcia se encuentra dividida en nueve Áreas de Salud, quedando el mapa sanitario en la siguiente situación:

- Área de Salud I; Corresponde a la zona de Murcia Oeste, encontrándose adscritas las zonas básicas de salud de Alcantarilla, Sangonera la Seca, Alhama de Murcia, Mula, Algezares, Aljucer, El Palmar, Espinardo, La Alberca, La Ñora, Nonduermas, San Andrés y Sangonera la Verde, encontrándose como hospital de referencia el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. En la red de salud mental, esta área de salud está compuesta por el Centro de Salud Mental de Alcantarilla, Centro de Salud Mental ubicado en el Hospital Virgen de la Arrixaca,

Centro de Salud Mental de San Andrés y el Centro de Salud Mental de Mula.

- Área de Salud II; Es la zona correspondiente a Cartagena, formada por las zonas básicas de salud de Casco Antiguo de Cartagena, Los Barreros, Cartagena Este, Cartagena Isaac Peral, Los Dolores, El Mar Menor, Molinos Morfones, Cartagena Oeste, Pozo Estrecho, San Antón, Santa Ana, Santa Lucía, Fuente Álamo, La Manga, La Unión, Mazarrón y Puerto de Mazarrón; El área II de salud tiene como hospitales de referencia al Hospital General Universitario Santa María del Rosell y el Hospital General Universitario Santa Lucía. La red de salud mental de esta área se encuentra compuesta además del hospital de referencia por el Centro de Salud Mental de Cartagena y la Unidad de Rehabilitación de Cartagena.
- Área de Salud III; El territorio abarcado por esta área hace referencia a las zonas básicas de Águilas, Lorca, La Paca, Puerto Lumbreras y Totana, encontrando como hospital de referencia al Hospital Rafael Méndez. Los centros de referencia en cuestiones de salud mental que localizamos en éste área son el Centro de Salud Mental de Lorca y el Centro de Salud Mental de Águilas.
- Área de Salud IV; Esta área de salud corresponde con la zona comprendida con el Noroeste de la Región de Murcia, se encuentran adscritas a ella las zonas básicas de Bullas, Calasparra, Caravaca, Barranda, Cehegín y Moratalla, atribuyéndole como hospital de referencia al Hospital Comarcal del Noroeste. Aquí podemos encontrar como centros de referencia en cuestiones de salud mental al Hospital Psiquiátrico Román Alberca y el Centro de Salud Mental de Caravaca.
- Área de Salud V; A esta área pertenecen las zonas que conforman el Altiplano de la Región de Murcia, es decir, se encuentra formado por las zonas básicas de Yecla y Jumilla, el hospital de referencia para los habitantes de esta zona es el Hospital Virgen del Castillo. Al igual que en el área IV el hospital de referencia en cuestiones de salud mental es el Hospital Psiquiátrico Román Alberca, mientras que los centros de salud

mental que encontramos atribuidos a esta área son el Centro de Salud Mental de Yecla y el Centro de Salud Mental de Jumilla.

- Área de Salud VI; También es conocida como el área de la Vega Media del Segura, está formada por las zonas básicas de salud de Abanilla, Alguazas, Archena, Ceutí, Fortuna, Las Torres de Cotillas, Lorquí, Molina de Segura, Cabezo de Torres, El Ranero, Santa María de Gracia, Santiago y Zairaiche, Vistalegre y Zarandona, realizando uso de hospital de referencia al Hospital General Universitario Morales Meseguer. Esta área de salud perteneciente a la Vega Media del Segura realiza las consultas en cuestiones de salud mental al Centro de Salud Mental Morales Meseguer, Centro de Salud Mental de San Andrés, Centro de Salud Mental de Molina de Segura y al Centro de Atención a Drogodependencias de Murcia, en cuestiones de hospitalización a nivel psiquiátrico los habitantes de las distintas zonas básicas pertenecen a dos hospitales al Hospital General Universitario Reina Sofía y al Hospital General Universitario Morales Meseguer.
- Área de Salud VII; Se corresponde con Murcia Este, abarcando las zonas básicas de salud de Beniel, Alquerías, Barrio del Carmen, Beniaján, Floridablanca, Infante Don Juan Manuel, Llano de Brujas, Monteagudo, Puente Tocinos, Santiago el Mayor, Vistabella y Santomera. En cuanto a los centros de salud mental esta zona goza de la atención ofrecida por el centro de salud mental de Infante Murcia, Centro de Salud Mental de Murcia Este, Centro de Salud Mental de San Andrés (tan sólo en uso de servicios como la unidad de rehabilitación y el servicio de infanto-juvenil), Centro de Atención a Drogodependencias de Murcia, siendo el Hospital de referencia el Hospital General Universitario Reina Sofía.
- Área de Salud VIII; También conocida como Área del Mar Menor, las zonas básicas que reciben atención en esta área son Los Alcázares, San Javier, San Pedro del Pinatar, Torre Pacheco, encontrando como referencia al Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor. Esta zona de salud recibe la atención sanitaria en referencia a salud mental en el Centro

de Salud Mental de Cartagena y el Hospital General Universitario Santa Lucía.

- Área de Salud IX; Conocida bajo el nombre de Vega alta del Segura, abarca las localidades de Abarán, Blanca y Cieza, siendo su hospital de referencia el Hospital de la Vega Lorenzo Guirao. La atención en salud mental es brindada por el Centro de Salud Mental de Cieza y el Hospital General Universitario Morales Meseguer.

Pero para llegar a este escenario sanitario que encontramos hoy día en la Región de Murcia se ha producido una larga trayectoria en la asistencia sanitaria en salud mental desde la reforma sanitaria hasta nuestros días. El cambio se produjo cuando la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiatría y la Ley General de Sanidad inician el desarrollo de una asistencia sanitaria en salud mental vinculándola al ámbito comunitario e integrándola por equipos multidisciplinares, iniciándose con la apertura de Unidades Psiquiátricas en algunos de los Hospitales Generales Universitarios de la Región. Ya en el año 1988, se publican las “Bases para un plan de transformación de la asistencia psiquiátrica y atención a la salud mental en la Región de Murcia” siendo considerado como el primer Plan de Salud Mental para la Región. Años más tarde, ya en la década de los noventa se produce el mayor crecimiento en el ámbito asistencial de la salud mental, es decir, se crean Planes de Salud Mental nuevos así como Planes Autonómicos de Drogodependencias permitiendo la sectorización de los centros de asistencia, creando nuevos servicios de atención e instaurando como puerta de acceso a este tipo de asistencia sanitaria especializada la demanda a servicios de atención primaria (Martínez Benítez, Marset Campos, & Huertas García-Alejo, 2015; F. Martínez & Coy, 2007).

Entre los logros adquiridos por el desarrollo del proceso de transformación de la atención a la salud mental en el antiguo Servicio Murciano de Salud, se encuentran los siguientes hitos (SMS, 2010):

- Integración de la psiquiatría por ley en el sistema sanitario general como una especialidad más.

- Desarrollo de una estructura administrativa, que imparte directrices con competencias para la planificación, gestión y evaluación de los recursos.
- Integración funcional de todas las redes de servicios psiquiátricos en una única red asistencial.
- Desarrollo de recursos humanos y estructurales específicos de Salud Mental, a través de la creación de equipos multidisciplinares.
- Organización de la asistencia sanitaria en salud mental en función de cinco programas asistenciales específicos: Programa de Adultos, de Infanto-Juvenil, de Drogodependencias, de Rehabilitación y de Hospitalización.
- Formación postgrado de profesionales específicos mediante la creación de la Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental de la Región de Murcia (formación MIR de Psiquiatría, PIR y EIR de Salud Mental).

1.6.2.1. Programas asistenciales de Salud Mental en la Región de Murcia

La asistencia sanitaria de salud mental en la Región de Murcia se encuentra compuesta por cinco programas específicos que asumen los diferentes centros asistenciales disponibles en la red sanitaria adquiriendo entre sus principales funciones la promoción y prevención de la salud mental de la población, formación, investigación, coordinación y la docencia tanto de la población general como la de aquellos nuevos profesionales (SGSM, 2015):

- Hospitalización de enfermos agudos.
- Servicio de programas asistenciales de adultos.
- Servicio de unidad de rehabilitación.
- Servicio de atención a drogodependientes.
- Servicio de programas asistenciales de infanto- juvenil.

Además, existen otros recursos disponibles en salud mental en la Región de Murcia:

- Programas de inserción socio-laboral para personas con trastornos mentales y drogodependencias (ISOL), destinado a orientar y formar en

actividades laborales a personas con trastornos mentales, como viverista, jardinería, mantenimiento, carpintería, informática, audiovisuales, forja, mosaicos y agricultura ecológica, para posteriormente realizar su reinserción en el mundo laboral.

- Centro de día para atención a drogodependientes. Actualmente se cuenta con dos centros, uno en Murcia “Heliotropos” y otro en Cartagena “La Huertecica”.
- Comunidades terapéuticas, se encargan de ayudar a la deshabituación del consumo de diferentes adicciones. Actualmente, se dispone de los siguientes centros: “La Huertecica”, “Betania”, “Proyecto Hombre” y “Las Flotas”.

1.6.2.3. Perfil de los distintos usuarios de atención de Salud Mental en la Región de Murcia

En el ámbito sanitario de la atención especializada de salud mental en la Región de Murcia, según el Plan de Salud Mental (SMS, 2010), podemos observar que el perfil más demandante de atención generalmente suelen ser mujeres en edades comprendidas entre los 24 y los 44 años (43,6%), con estudios de un nivel educativo medio/bajo. En cuanto al estado civil encontramos que la mayor demanda de atención se concentra en personas que se encuentra manteniendo una relación conyugal (51%) frente a las que se encuentran solteras (30%). Los diagnósticos que tienen una mayor demanda son en primer lugar los trastornos neuróticos afectivos (46,3%), seguidos por los trastornos afectivos (15,8%), las distimias (5,2%) y finalmente los trastornos psicóticos (3%).

Refiriéndonos a los adultos mayores de 65 años encontramos que el perfil predominante, de nuevo, es el género femenino (73,7%) con un nivel socio-educativo bajo (75,8%). El tipo de perfil de usuario que frecuenta las unidades de rehabilitación de los centros de salud mental se corresponde con individuos del género masculino con edades entre los 30 y 40 años con un nivel educativo medio/bajo, que conviven con la familia de origen. Los diagnósticos más comunes

en estas unidades son los trastornos esquizofrénicos, trastornos afectivos y trastornos de la personalidad.

Las unidades infanto-juveniles están frecuentes por niños con edades comprendidas entre los seis y diez años. La convivencia corresponde con la familia de origen (78,7%), siendo los principales motivos de consulta alteraciones emocionales, de adaptación, escolares y a nivel familiar.

En relación con la atención a las adicciones, el perfil del usuario es hombre (82%) con edad comprendida entre los 30 y 34 años (21,6%), mayoritariamente soltero (48,7%) y con trabajo (57,43%). La sustancia que ha presentado una mayor demanda de tratamiento es el alcohol (32,3%), seguido por la cocaína (25,9%) y por los opioides (9,1%). Sin embargo, son estos últimos los que generan el segundo mayor porcentaje de demandas de atención (22,7%) precedido del alcohol (29,2%)

1.6.2.4. Líneas estratégicas de acción en el Plan de Salud Mental de la Región de Murcia 2010-2013

Al igual que el PNSM 2009-2013, el PSMRM también cuenta con cinco líneas estratégicas que buscan la finalidad de mejorar tanto la atención sanitaria administrada como la calidad de vida de aquellas personas con trastornos mentales en la Región de Murcia (SMS, 2010):

- Línea de actuación 1: Promoción de la salud mental de la población, prevención de la enfermedad mental y erradicación del estigma asociado a las personas con trastorno mental.
- Línea de actuación 2: Atención a los trastornos mentales.
- Línea de actuación 3: Coordinación interinstitucional e intrainstitucional.
- Línea de actuación 4: Gestión del conocimiento, formación, docencia, investigación.
- Línea de actuación 5: Sistemas de información en salud mental.

Línea de actuación 1: Promoción de la salud mental de la población, prevención de la enfermedad mental y erradicación del estigma asociado a las personas con trastorno mental.

Para intentar dar respuesta a esta línea de actuación, se proponen actividades como el impulso y desarrollo de un Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia 2010-2015, aportando conocimientos, destrezas y valores presentes en todos los ámbitos de la vida personal, profesional y social, para así conseguir contribuir a un desarrollo integral de los individuos y por tanto lograr la adquisición de estilos de vida saludables.

También, el PSMRM incluye actividades con la finalidad de conseguir la prevención de la salud mental infanto-juvenil a través de actuaciones con los padres proporcionando información y pautas de actuación con sus hijos, como por ejemplo empleando guías o escuelas para padres, así como conseguir una detección precoz de los trastornos mentales en la infancia y adolescencia para obtener una mejor adecuación de los tratamientos y calidad de vida en los individuos.

Además, mediante esta línea de actuación se intenta alcanzar objetivos para satisfacer la prevención de la salud mental en otros ámbitos como el medio laboral, promocionando hábitos saludables en las empresas, encaminados a evitar la aparición de enfermedad mental en sus trabajadores utilizando la implantación de protocolos de intervenciones sobre riesgos psicosociales, así como se plantean actividades encaminadas a realizar intervenciones comunitarias en la población en riesgo de exclusión social o marginalidad.

Se considera de gran importancia en esta línea de actuación conseguir prevenir la conducta suicida, colaborando con la implementación de la Guía de Práctica Clínica de los Trastornos Depresivos para conseguir una detección precoz de aquellos individuos propensos a ello (SMS, 2010).

Línea de actuación 2: Atención a los trastornos mentales.

Esta línea de actuación, se basa principalmente en garantizar la continuidad de cuidados ofrecidos a aquellas personas con trastorno mental en la Región de Murcia, siendo homogéneo el empleo de recursos entre las distintas Áreas

Sanitarias (centros de salud mental, unidades de rehabilitación, centro de atención a drogodependencias, servicios de atención a infanto-juvenil, ETAC, unidades de hospitalización psiquiátricas, programas de atención psicogeriatrica) (SMS, 2010).

Línea de actuación 3: Coordinación interinstitucional e intrainstitucional.

Entre las actuaciones vinculadas a esta línea se hace referencia a necesidad de coordinación entre los diferentes ámbitos sanitarios que conviven en la Región de Murcia, principalmente con atención primaria, necesitando la existencia de una estrecha coordinación y comunicación entre ambos ámbitos sanitarios debido a que la atención primaria es la puerta de entrada de los pacientes hacia el ámbito de la salud mental, así como la encargada de la salud y enfermedad del individuo desde el momento de su nacimiento hasta su muerte, pasando por las distintas etapas de la vida.

Además, se debe de potenciar la participación de las personas con trastornos mentales y de sus familias para vincularse a diferentes asociaciones, con la finalidad de conseguir un mejor control del trastorno así como un mayor rendimiento de los individuos tanto en la sociedad como en el mundo laboral evitando con ello su exclusión social (SMS, 2010).

Línea de actuación 4: Gestión del conocimiento, formación, docencia, investigación.

Esta línea de actuación está orientada a fomentar la formación continuada específica en Salud Mental en los profesionales del Servicio Murciano de Salud y la formación especializada en Psiquiatría, Psicología Clínica y Enfermería de Salud Mental, a través de la Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental de la Región de Murcia, regulada mediante el Real Decreto 183/2008, del 8 de Febrero.

También, debe fomentar y facilitar la elaboración de proyectos de investigación específicos de Salud Mental en la Región de Murcia y la puesta en marcha y desarrollo de proyectos o líneas de investigación considerados como de importancia estratégica en el ámbito de la Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica (MSSSI, 2011a; SMS, 2010).

Línea de actuación 5: Sistemas de información en la salud mental.

Mediante esta línea de actuación se pretende la adaptación e implantación en el ámbito de la salud mental del Sistema Información Corporativo, definido en el marco del Plan de Sistemas de Información Sanitaria (PDSIS), en todos los centros y unidades de salud mental de la Región de Murcia. Dicho sistema de registro e información es capaz de proporcionar los datos a partir de la optimización de los registros existentes en la actualidad, mejorando la microgestión del sistema, mejorando la identificación de inmigrantes, centralizando el registro informático del programa de dispensación de metadona así como elaborando indicadores para conseguir una mejor estrategia en Salud Mental (SMS, 2010).

1.7. PROYECTO PEGASUS- MURCIA (Psychiatric Enquiry to GenerAl population in SoUth-east Spain-Murcia)

El estudio PEGASUS-Murcia es un estudio transversal de ámbito regional con una muestra representativa de la población general de la Región de Murcia (Navarro-Mateu et al., 2013). En la actualidad, se encuentra integrado en dos consorcios internacionales: La Iniciativa Mundial de Estudios de Salud Mental (The World Mental Health Survey Initiative, <https://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/>) y en el Grupo de Trabajo de Estrés Post-traumático del Consorcio de Genómica Psiquiátrica (Psychiatric Genomics Consortium, <https://www.med.unc.edu/pgc>).

El cuestionario utilizado en el estudio es la versión 3.0 de la WHO-Composite Internacional Diagnostic Interview (WHO-CIDI), desarrollada por la OMS para la iniciativa OMS Encuestas de Salud Mental (WHO World Mental Health Surveys) (<https://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/cidi/>). La CIDI está diseñada para su administración por entrevistadores legos en salud mental y para obtener los diagnósticos de los trastornos mentales en estudios epidemiológicos realizados en la población general según criterios diagnósticos basados en la CIE-X o en el DSM-IV. En el proyecto PEGASUS-Murcia se ha utilizado una versión adaptada para España del cuestionario (Navarro-Mateu et al., 2012). La utilización de un mismo cuestionario y la homogeneización de los aspectos metodológicos en el contexto del consorcio internacional ha permitido la publicación de numerosos estudios internacionales comparativos.

El proyecto PEGASUS-Murcia consta de dos etapas (Navarro-Mateu et al., 2013). En primer lugar una entrevista personal estructurada en una muestra representativa de la población adulta no institucionalizada de la Región de Murcia, realizada en su centro de salud de referencia o en su domicilio. Para la selección de los sujetos se realizó un muestro aleatorio en 9 estratos (correspondiéndose con las 9 áreas de salud existentes en la Región de Murcia) por conglomerados, después se seleccionaron aleatoriamente dos centros de salud por estrato. En segundo lugar, se produjo la extracción de muestras biológicas

mediante el raspado del epitelio de la mucosa bucal, concretamente dos muestras de cada participante, una para la extracción de ADN con la finalidad de realizar un análisis genómico y epigenómico, mientras que la otra muestra se consiguió con la finalidad de obtener el ARNm para la cuantificación de la expresión génica. Las muestras están almacenadas en el Nodo 1 de la Plataforma Regional de Biobancos del IMIB-Arrixaca (Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria, <http://www.imib.es/>). Todos los participantes firmaron dos consentimientos escritos informados, el primero para ser entrevistados y el segundo para la obtención de las muestras biológicas. La base de datos con información personal fue declarada a la Agencia de Protección de Datos. Los consentimientos informados del proyecto PEGASUS-Murcia fueron aprobados por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia en mayo de 2008. Ya se han publicado datos específicos de la población murciana, tanto a nivel regional (Navarro-Mateu et al., 2015), como a nivel internacional (Benjet et al., 2015; de Jonge et al., 2016; Kessler et al., 2014).

1.8. TERREMOTO DE LORCA

1.8.1. MUNICIPIO DE LORCA

Lorca es un Municipio de 1.675 km² ubicado al sureste de España, en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, junto a otros municipios como Águilas, Aledo, Alhama de Murcia, Librilla, Mazarrón Puerto Lumbreras y Totana conforma la comarca del Valle del Guadalentín. Dista de la capital de la Región unos 70 kilómetros, encontrando sus límites territoriales de norte a sur, con los términos municipales de Caravaca de la Cruz, Cehegín, Pulpí, Puerto Lumbreras, Huércal- Overa, Vélez Rubio, Vélez Blanco, Mula, Aledo, Totana, Mazarrón y Águilas, siendo considerado el segundo municipio más extenso a nivel nacional.

Según datos del INE, en el año 2016, la población Lorquina censada era de 91.730 habitantes (46949 hombres y 44781 mujeres), situándose como el tercer municipio con más población de la Región tras Murcia y Cartagena (INE, 2016). Lorca cuenta con un porcentaje de población extranjera del 20,34% colocándose por encima de la media nacional y regional, predominando la población de origen africano y suramericano. La población de origen europeo proviene de países como Rumanía, Reino Unido, Bulgaria y Francia. Destaca su actividad laboral por el desempeño de actividades agrícolas y comerciales. (Ayuntamiento de Lorca, 2014).

1.8.2. 11 DE MAYO DE 2011

En la geografía española han ocurrido sismos a lo largo de la historia, causando daños tanto físicos como emocionales, así como fallecimientos de personas aunque no de forma masiva como han podido causar otros fenómenos naturales en el resto del planeta; Por ejemplo podemos destacar el terremoto de Albolote (Granada), en el año 1956, causando 11 personas fallecidas o el sismo sucedido 13 años después en Cabo de San Vicente dando lugar a la muerte de 4 personas (Cabañas Rodríguez, Carreño Herrero, Izquierdo Álvarez, & Martínez Solares, 2011).

Dos meses más tarde del terremoto y tsunami de Japón, concretamente el 11 de Mayo de 2011, el municipio de Lorca se vio sacudido por dos movimientos sísmicos, a las 15:05 y 16:47 horas, con una magnitud de 4.5 y 5.1 respectivamente según la escala sismológica de magnitud del momento³⁵, además de 135 réplicas, afectando a unas 90.000 personas, ocasionando nueve víctimas mortales, 324 heridos, 10.000 evacuados y cuantiosos daños en la arquitectura de la población, suponiendo una estimación económica de 19.093.760,78 euros (Cabañas Rodríguez et al., 2011; Pascual Santamaria, González López, & Alguacil Alguacil, 2012).

Esta zona geográfica está afectada por la falla conocida con el nombre de “falla de Alhama o de Lorca-Totana”, considerada como una de las más activas de España, estando ubicada en el límite sur de la placa Euroasiática, dando lugar a un tipo de terremoto conocido con el nombre de interplaca o de falla activa de desgarre horizontal (García- Mayordomo, Gaspar- Escribano, & Benito, 2007; ITGE/CPTOPMA-CARM., 1992; Martínez Díaz, 1998; Martínez Díaz, Masana, Hernández Enrile, & Santanach, 2001).

Revisando la historia sísmica de la Región de Murcia y concretamente la de Lorca, podemos destacar tres terremotos. En el año 1579, se detectó un movimiento terrestre en esta localidad concretamente el 30 de Enero de dicho año, siendo más intenso que los ocurridos anteriormente, cabe destacar lo que nos refleja un documento del archivo municipal de Lorca “casas y edificios muy a peligro y arruinadas y muchas de las caídas”

Después en el año 1674, tuvo lugar una serie sísmica próxima a Lorca, con una duración aproximada de dos meses, iniciándose el día 10 de Agosto y finalizando la actividad el día 5 de Septiembre, existiendo movimientos entre medias los días 28, 29 de Agosto y el 9 de Septiembre. Existieron víctimas mortales aunque no es posible precisar el número de éstas.

³⁵ La escala sismológica de magnitud del momento (MW) es utilizada para medir y comparar los movimientos sísmicos. Se trata de una escala logarítmica que basa su medición en la energía total que se libera en un terremoto. Sus creadores fueron Thomas Hanks y Hiroo Kanamori en el año 1979 (Utsu, 2002).

El tercer terremoto destacable ocurrió entorno a las 16 horas del 19 de Diciembre de 1818, primero se produjo un seísmo premonitorio en Lorca, para que al día siguiente alrededor de las 09:45 horas se originase el terremoto principal, ocasionado heridas graves a dos personas así como el “hundimiento de tierras” (Cabañas Rodríguez et al., 2011; Martínez Guevara & Fernández Navarro, 1986; Utsu, 2002).

2. JUSTIFICACIÓN

Es numerosa la literatura científica que nos habla de los hábitos saludables como el hábito tabáquico, el descanso, la actividad física y el consumo de alcohol y otros tóxicos nocivos para la salud que ha sido referencia en el texto de la presente tesis doctoral, explicándonos cuál es la forma adecuada de practicarlos así como de los perjuicios que pueden tener hacia la salud, además de relacionarlos con trastornos mentales y las consecuencias que su desarrollo puede efectuar entre la población. Resultan abundantes los estudios científicos donde se evalúa la discapacidad de los sujetos con enfermedades mentales. No es mucha la literatura en cuanto a la calidad de vida de los individuos con trastornos mentales ya que ésta se centra en principalmente en la calidad de vida de los sujetos con enfermedades de carácter crónico e incluso en la calidad de vida de los cuidadores informales. Este estudio puede ayudar a conseguir aclarar el sentido de estas cuestiones.

Así mismo, existen abundantes estudios acerca de las consecuencias que los desastres naturales pueden acontecer entre la población, algunos menos sobre los efectos de los terremotos en la población general y un número muy reducido de estudios de casos y controles en los que ambos grupos hayan estado expuestos a los desastres. Los terremotos de Lorca de 2011 representan una oportunidad única para realizar un estudio con instrumentos estandarizados utilizados en otros proyectos nacionales e internacionales.

Por último hasta la fecha no existen estudios científicos publicados donde sean relacionados los hábitos saludables de una población, la discapacidad y la calidad de vida tras el afrontamiento de un desastre natural como es un terremoto, siendo necesario el estudio de la relación existente entre ellos.

3. OBJETIVOS

OBJETIVOS

- 1) Describir los hábitos saludables (actividad física, descanso, hábito tabáquico y consumo de alcohol y otras sustancias tóxicas) practicados por la población con diagnóstico de trastorno ansioso-depresivo, tras los terremotos ocurridos en Lorca el 11 de mayo de 2011, mediante la Encuesta Nacional de Salud de 2006.
- 2) Establecer la asociación entre la presencia de un trastorno ansioso-depresivo en personas que estuvieron expuestas a los terremotos ocurridos en Lorca el 11 de mayo de 2011 y la manifestación de discapacidad en dichas personas, mediante la escala WHODAS-II.
- 3) Determinar la calidad de vida mostrada por la población de personas con diagnóstico de trastorno ansioso-depresivo, tras los terremotos ocurridos en Lorca el 11 de mayo de 2011, a través del cuestionario SF-12.

4. HIPÓTESIS

HIPÓTESIS

- 1) Las personas con diagnóstico de trastorno ansioso-depresivo, tras los terremotos ocurridos en Lorca el 11 de mayo de 2011, han desarrollado peores hábitos saludables, tales como el aumento del consumo de tabaco, disminución de la actividad física y/o un menor descanso, comparado con las personas sin diagnóstico de trastorno ansioso- depresivo expuestas al mismo evento.
- 2) Las personas con diagnóstico de trastorno ansioso-depresivo, tras los terremotos ocurridos en Lorca el 11 de mayo de 2011, presentan una mayor discapacidad funcional global comparada con las personas sin diagnóstico de trastorno ansioso-depresivo expuestas al mismo evento.
- 3) Las personas con diagnóstico de trastorno ansioso-depresivo, tras los terremotos ocurridos en Lorca el 11 de mayo de 2011, presentan una menor calidad de vida comparada con las personas sin diagnóstico de trastorno ansioso-depresivo expuestas al mismo evento.

5. MATERIAL Y MÉTODOS

5.1. DISEÑO DEL ESTUDIO

En el presente estudio se utiliza un diseño analítico, observacional y retrospectivo de casos y controles. Forma parte de la segunda fase de estudios del proyecto PEGASUS-Murcia (Psychiatric Enquiry to General Population in Southeast Spain-Murcia) (Navarro-Mateu, Tormo, et al., 2013), que comprende la realización de diversos estudios de casos y controles. En concreto, este estudio es el segundo análisis que se realiza con la muestra seleccionada para evaluar el impacto de los terremotos de Lorca en la población, donde los casos provienen de personas atendidas en el Centro de Salud Mental (CSM) de Lorca tras los terremotos y los controles provienen de una muestra aleatoria obtenida de los participantes en el proyecto PEGASUS-Murcia entrevistados en la zona de Lorca sin patología mental.

Con la finalidad de mejorar la elaboración del diseño metodológico de este estudio se ha empleado la guía para el fortalecimiento del informe de estudios observacionales en epidemiología “Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology” (STROBE) (von Elm et al., 2014; von Elm et al., 2008). En el ANEXO I se adjunta la lista de comprobación correspondiente.

5.2. PARTICIPANTES

5.2.1. DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS

Los participantes valorados para su inclusión como casos fueron aquellos pacientes atendidos en el CSM de Lorca por primera vez entre las fechas del 11 de mayo de 2011 y el 27 de septiembre de 2012. Siendo imprescindible que el motivo principal de consulta fuera la demanda de atención por afectación a consecuencia de los terremotos ocurridos en Lorca el 11 de mayo de 2011. La finalidad de establecer una restricción temporal en la fecha de apertura de la historia clínica en su límite superior se debió a que el 28 de septiembre de 2012 tuvo lugar una nueva catástrofe natural en la misma zona. Tras unas lluvias torrenciales, diversas áreas de Lorca sufrieron unas inundaciones importantes que afectaron a la población local. Limitar la fecha de apertura de las historias clínicas

tiene como objetivo controlar los posibles efectos de retraumatización que este nuevo desastre natural pudiera haber ocasionado en la población general.

Se consideraron como **criterios de inclusión** de los **casos incidentes**:

- Personas mayores de 18 años.
- Diagnóstico de trastorno de ansiedad (F41) o diagnóstico de trastorno depresivo (F32) según DSM-IV.
- Apertura de la historia clínica en el CSM Lorca, durante el período comprendido entre 11/5/11 y el 27/09/12.
- Vivir en Lorca en el momento del terremoto.

Así mismo se establecieron como **criterios de exclusión**:

- Existencia de barrera idiomática por no tener un nivel adecuado de español, dificultando la realización de la entrevista.
- Deterioro cognitivo grave que impidiera la realización de la entrevista.

5.2.2. DESCRIPCIÓN DE LOS CONTROLES

Para la selección de los controles se utilizó una muestra aleatoria de participantes en el proyecto PEGASUS-Murcia entrevistados en el área de Lorca sin patología mental. El proceso de selección fue llevado a cabo por un investigador independiente a ciegas de las hipótesis del proyecto y del proceso de reclutamiento de los casos. El trabajo de campo en el área sanitaria de Lorca, en el contexto del proyecto PEGASUS-Murcia, se realizó entre 6 y 10 meses tras los terremotos. Los criterios de inclusión para el proyecto PEGASUS- Murcia fueron:

- Individuo mayor de 18 años residente en la Región de Murcia.
- No encontrarse institucionalizado.
- Disposición activa de una Tarjeta de Identificación Sanitaria (TIS)(definido como personas incluidas en la base de datos PERSAN, un registro regional administrativo con información sobre TIS, una cobertura poblacional de 99,4% y que es actualizado de forma periódica). En el momento de la selección del Proyecto PEGASUS-Murcia aún existía una

cobertura sanitaria universal en España, de forma que esta base de datos permitía la selección de una muestra poblacional adecuada.

Los criterios de exclusión para el proyecto PEGASUS-Murcia:

- Fallecimiento o institucionalización.
- Errores no corregibles muestrales (dirección y/o número telefónico).
- Deterioro cognitivo grave que impidiera responder al cuestionario.
- Existencia de barrera idiomática por no tener un nivel adecuado de español, dificultando la realización de la entrevista.

Los **criterios de inclusión** para poder ser seleccionado de entre los participantes en el proyecto PEGASUS-Murcia como control en el presente estudio caso-control fueron:

- Participantes entrevistados en el proyecto PEGASUS-Murcia en el área sanitaria de Lorca; y
- No haber cumplido nunca criterios diagnósticos de enfermedad mental.

Los **criterios de exclusión** para la selección de los controles entre los participantes en el Proyecto PEGASUS-Murcia de este estudio fueron:

- Cumplir o haber cumplido alguna vez en la vida criterios diagnósticos según DSM-IV-TR de: Trastornos del espectro depresivo (F32-F32.2); Trastornos del espectro ansioso (F40-F41.2) y Trastorno por Estrés Postraumático (F43.1).
- Proceder de una zona diferente a la del área sanitaria de Lorca.

5.3. ESTRATEGIAS PARA EL RECLUTAMIENTO

5.3.1. ESTRATEGIAS PARA EL RECLUTAMIENTO DE LOS CASOS

Se efectuó una selección de los casos potenciales a través del programa de gestión asistencial e historia clínica “SELENE” del Servicio Murciano de Salud, utilizado en el CSM Lorca. A partir de los datos de los sujetos proporcionados por dicho programa, se enviaron cartas a los respectivos domicilios informando del

proyecto de investigación, para posteriormente, establecer un contacto telefónico por parte del equipo investigador. Durante el contacto telefónico se preguntó a la persona elegida: i) si había recibido la carta; ii) si vivía en Lorca cuando ocurrió el terremoto; y iii) si el motivo de consulta en el CSM tenía relación con el terremoto. Si las respuestas a las tres preguntas formuladas fueron positivas, se concertó una cita con la persona para realizar la entrevista. Se les facilitó la opción de elegir el lugar donde preferían hacer la entrevista, en su propio domicilio o, preferentemente, en el CSM de Lorca.

En la realización de la entrevista se utilizó el manual de campo diseñado para el proyecto PEGASUS-LORCA y dos ordenadores portátiles con la versión de la CAPI (Computer Assisted Personal Interviewing) de la CIDI (Entrevista Compuesta Internacional Diagnóstica) adaptada instalada (Navarro-Mateu, Morán-Sánchez, et al., 2013). Se realizaron reuniones periódicas con los entrevistadores con la finalidad de detectar posibles errores o incoherencias en los datos. No se utilizaron incentivos económicos para facilitar su participación así como no se realizó ningún procedimiento de sustitución individual.

A los participantes se les envió una carta de presentación elaborada por la Subdirección General de Salud Mental del Servicio Murciano de Salud (SMS), donde se informaba del proyecto de investigación, un texto breve con el contexto de la intervención, un agradecimiento y el anuncio de un próximo contacto telefónico con la persona a la cual se dirigía la carta. Se explicaba que la finalidad de la llamada telefónica era concertar una fecha y lugar para la realización de la entrevista. Dentro de la carta enviada, además, se incluyó el tríptico oficial del proyecto PEGASUS-Murcia (ANEXO II).

5.3.2. ESTRATEGIAS PARA EL RECLUTAMIENTO DE LOS PARTICIPANTES EN EL PROYECTO PEGASUS-MURCIA

La selección de los controles para el estudio caso-control se realizó entre los participantes de Lorca del proyecto PEGASUS-Murcia. Para la participación en este proyecto se obtuvo una muestra representativa de la población general de cada una de las áreas sanitarias en las que está dividida la Región de Murcia. Una

descripción más detallada del proceso de reclutamiento puede verse en (Navarro-Mateu, Tormo, et al., 2013). Brevemente, la selección de la muestra se realizó para la obtención de una muestra representativa de la población general de la Región de Murcia. Se utilizó un muestreo aleatorio estratificado por áreas sanitarias. Para el reclutamiento de los participantes ya seleccionados, se contrató a una empresa entrevistadora, facilitándole la información necesaria para poder contactar con cada persona seleccionada de la muestra. No se permitió la sustitución, considerándose como ilocalizable a aquella persona que tras diez intentos de contacto no fuese posible su localización, la dirección de residencia no era correcta o bien que la información de contacto no estaba disponible. Fueron utilizadas varias técnicas con la finalidad de conseguir la mayor participación de los individuos seleccionados:

- En primer lugar, se envió mediante correo un tríptico explicativo con la información general del proyecto, junto con una carta firmada por la Subdirección de Salud Mental del Servicio Murciano de Salud, invitándoles a participar en el estudio.
- Posteriormente, mediante comunicación telefónica, se contactó con cada uno los individuos seleccionados con la finalidad de proponer una posible fecha de realización de la entrevista, ofreciéndose la posibilidad de ser realizada en su Centro de Atención Primaria o en el propio domicilio del individuo.
- El personal encargado de realizar las entrevistas a los controles en el Centro de Atención Primaria fue instruida en la realización de éstas, mediante un entrenamiento previo. Cada entrevistador fue correctamente identificado mediante un documento oficial del proyecto.
- Se colocaron varios pósteres de carácter informativo en los Centros de Atención Primaria durante el proceso de realización de las entrevistas, con la finalidad de facilitar una mayor información sobre el proyecto a la población general.

En total, se entrevistaron, en el marco del proyecto PEGASUS-Murcia, a 2.621 personas con una tasa de respuesta general del 67.4%. El número de participantes

de Lorca fue de 415 (un 18% del total de la muestra y una tasa de respuesta específica del 71%).

5.4. INSTRUMENTOS DE MEDIDA

5.4.1. ENTREVISTA WMH-CIDI

El cuestionario utilizado en este estudio es la versión 3.0 de la CIDI, desarrollada por la OMS para la iniciativa “OMS Encuestas de Salud Mental” (*WHO World Mental Health Surveys Initiative*) (<http://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/>). La CIDI fue diseñada para su administración por entrevistadores legos en salud mental y para obtener los diagnósticos de los trastornos mentales en estudios epidemiológicos realizados en la población general. Es una entrevista estructurada que permite la obtención de diagnósticos de los principales trastornos mentales basados en los criterios diagnósticos del DSM-IV y de la CIE-10 de la OMS y se desarrolló para llevar a cabo estudios comparativos internacionales multinacionales de salud mental (Kessler, 1999; Kessler & Ustün, 2004).

La entrevista original contiene más de 5000 preguntas divididas en 42 secciones y estas están agrupadas en dos partes principales. La primera incluye la parte clínica de la entrevista con una sección introductoria de screening y 22 secciones diagnósticas. La segunda incluye varias secciones no clínicas que evalúan la utilización de servicios, uso de psicofármacos, grado de funcionamiento en varios aspectos, enfermedades físicas crónicas, factores de riesgo, redes sociales, carga del cuidador y variables sociodemográficas.

La versión más reciente de la CIDI (V 3.0) es el resultado final de las adaptaciones y estudios internacionales realizados desde el año 2000, cuando se utilizó por primera vez. Se creó inicialmente en inglés y ha sido traducida a más de 30 idiomas utilizando el protocolo normalizado de la OMS, mediante un proceso riguroso de adaptación para mantener versiones, conceptual y culturalmente, comparables entre países e idiomas, que incluye traducciones hacia adelante y hacia atrás, revisión por paneles de expertos, grupos focales, técnicas de debriefing, etc. La entrevista original CIDI se puede encontrar en dos formatos:

papel (PAPI, Paper Assisted Personal Interviewing) e informatizada (CAPI, Computer-Assisted Personal Interview) (<http://www.hcp.med.harvard.edu/wmhcid/instruments.php>). La versión CAPI facilita la aplicación de la entrevista al realizar automáticamente los complejos patrones de aleatorización de preguntas presentadas, simplificando la entrada de datos a la vez que se minimiza la probabilidad de errores en la recolección y registro de la información y disminuyendo el tiempo total de la entrevista (R. P. Baker, 1992; R. P. Baker, Bradburn, & Johnson, 1995).

La entrevista CIDI ha tenido un uso intensivo y ha probado su eficacia en diferentes entornos culturales en los más de 30 países integrantes de la *WMH Survey Initiative*. Se han realizado varios estudios comparativos para analizar la validez de los criterios diagnósticos DSM-IV de la CIDI en otros ámbitos de la salud mental, concluyendo que son comparables a los de otros instrumentos de reconocido prestigio como el cuestionario *Structured Clinical Interview for DSM Disorders* (SCID), con una validez convergente moderada (Haro et al., 2006; Kessler & Üstün, 2004).

Cuando se inició el proyecto PEGASUS-Murcia, la versión original CAPI en castellano no se había actualizado desde su utilización en el proyecto ESEMeD más de diez años antes. Los diferentes cambios introducidos en el instrumento sólo se habían reflejado en la versión latinoamericana. Por este motivo fue necesario realizar un proceso de adaptación cultural y lingüística al castellano para su utilización en España en el proyecto PEGASUS-Murcia (Navarro-Mateu, Morán-Sánchez, et al., 2013) con la aprobación institucional del Comité Editorial del instrumento.

Durante los meses posteriores a los terremotos de Lorca se realizó una adaptación del instrumento para permitir la evaluación del impacto de los terremotos en la población general. Con este motivo se incluyó un módulo con preguntas específicas sobre la exposición al terremoto y sus consecuencias.

En el presente estudio se han analizado los siguientes módulos incluidos en la CIDI y que se describen a continuación: la “World Health Organization Disability Assessment Schedule” (WHODAS-II), el cuestionario de Salud SF-12, la

evaluación de hábitos de vida, la evaluación de las condiciones crónicas, variables sociodemográficas y, por último, el módulo de exposición a los terremotos.

5.4.2. WHODAS- II

La escala “World Health Organization Disability Assessment Schedule” (WHODAS-II) fue diseñada para evaluar las limitaciones y restricciones de participación en los diferentes comportamientos experimentados por los individuos en referencia a los distintos ámbitos de la vida independientemente de su diagnóstico médico, garantizando la posibilidad de realizar comparaciones interculturales. Está considerada como instrumento útil, fiable y válido (J. Alonso et al., 2004). La Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud (CIF), aprobada en 191 países como sistema normativo para realizar la clasificación del estado de salud de los individuos ha sido el marco conceptual de referencia en el desarrollo de la escala WHODAS-II por la OMS.

La WHODAS- II evalúa el nivel de funcionamiento del individuo en seis esferas de la vida, tales como,

- a. **La cognición** (compuesta por 6 ítems que valoran el entendimiento y comportamiento del individuo),
- b. **La movilidad** (formada por 5 ítems, encargada de valorar la capacidad del individuo en su posibilidad de desplazamiento con o sin autonomía),
- c. **El autocuidado** (esfera encargada evaluar la capacidad del individuo de realización de las diferentes actividades de cuidado personal como la higiene, el vestido, comer, etc..., compuesta por 5 ítems encargados de su evaluación),
- d. **El funcionamiento diario** (sus 4 ítems evalúan el estado del individuo en la realización de las diferentes responsabilidades del hogar, trabajo o escuela),
- e. **La interacción social** (consistente en la comprobación de la interrelación entre sujetos a través de 8 ítems) y

- f. **La participación** (este parámetro se encargada de la valoración de la intervención del sujeto en la comunidad, evaluada mediante 8 ítems).

La escala ha sido traducida a 27 idiomas y ha sido validada al español por Vázquez- Barquero a través de una prueba piloto intercultural entre adultos de ambos sexos, utilizándose como muestra un total de 54 españoles, 50 cubanos y 59 peruanos (Vázquez-Barquero, Díez-Manrique, Peña, Quintanal, & Labrador Lopez, 1986).

Es posible encontrar tres versiones de la escala WHODAS- II, diferenciándose entre ellas por el número de ítems que la conforman:

- **La versión completa de 36 preguntas:** es la versión más detallada de las posibles versiones de disponibilidad de la WHODAS-II y permite ser administrada de tres formas diferentes (por un entrevistador, por la propia persona o por un representante). El tiempo promedio que se ha estipulado para la realización de la entrevista a través de un entrevistador es de aproximadamente 20 minutos.
- **La versión corta de 12 preguntas:** desarrollada para la evaluación corta del funcionamiento general en encuestas o estudios sobre salud en situaciones en las que los límites de tiempo no permiten la aplicación de la versión más extensa. Esta versión explica el 81% de la varianza de la versión que contiene 36 preguntas. Esta versión también puede ser aplicada mediante las tres modalidades de aplicación (auto-administrada, por un entrevistador o por un representante). El tiempo estipulado para su administración a través de un entrevistador es de aproximadamente 5 minutos.
- **La versión compuesta por 12 + 24 preguntas:** considerada como un híbrido entre las dos versiones propuestas anteriormente. Emplea 12 preguntas para investigar los dominios problemáticos del funcionamiento y en caso de obtener respuestas positivas en esas 12 cuestiones iniciales, el entrevistador podrá continuar preguntando hasta responder las 24 preguntas adicionales. Podríamos decir que se trata de un test simple y adaptativo que trata de responder a 36 preguntas al mismo tiempo que

evita respuestas negativas. Esta versión solo puede ser administrada mediante un examen adaptativo computarizado (CAT). Para cada respuesta positiva, se realizará una pregunta de seguimientos para indagar acerca del número de días (en los últimos 30 días) en los que el entrevistado haya experimentado esta dificultad. El tiempo promedio para la realización de la entrevista mediante la versión 12+24 ítems es de 20 minutos (OMS, 2015b).

Algunos estudios sugieren que emplear la WHODAS-II junto a otras escalas, como la SF-36 o con la versión corta de la escala de la OMS de calidad de vida (WHQOL- BREF), puede mejorar la evaluación del perfil de la salud (Baron et al., 2008; Chwastiak & Von Korff, 2003; Leonardi, Raggi, Bussone, & D'Amico, 2010; Perini, Slade, & Andrews, 2006; Pyne, Sullivan, Kaplan, & Williams, 2003; Soberg, Bautz-Holter, Roise, & Finset, 2007; Von Korff et al., 2008; Von Korff et al., 2005).

En la escala WHODAS-II incluida en la CIDI, se introdujeron algunas modificaciones. Las diferentes esferas analizadas mediante esta escala fueron reagrupadas en dos categorías denominadas, dimensiones y otras medidas relacionadas. Dentro de “dimensiones” se incluyeron las esferas de cognición, movilidad, autocuidado, interacción social y funcionamiento diario, mientras que la categoría “otras medidas relacionadas” estaba compuesta por los dominios estigma, discriminación y carga familiar.

Además el área específica de “funcionamiento diario”, fue adaptada para que cualquier individuo pudiese responder a las cuestiones planteadas (J. Alonso et al., 2004). Las cuatro cuestiones que evalúan el funcionamiento diario se han adaptado para definir las “actividades normales” en un amplio espectro de funciones, de tal manera que puedan completarlas desde aquellos individuos cuyas actividades normales sean las labores domésticas hasta trabajadores por cuenta propia. De esta forma se mejoran las limitaciones en la evaluación de este tipo de tareas en la escala WHODAS-II original.

Es importante destacar que el parámetro de “funcionamiento diario” fue evaluado mediante criterios de frecuencia mientras que el resto de dominios

(cognición, movilidad, autocuidado, interacción social y participación) se estimaron en función de la gravedad acontecida. Así mismo, debe de tenerse presente que las preguntas planteadas en cada dominio debían de ser contestadas considerando un espacio limitado de tiempo, circunscrito a los últimos treinta días de la vida diaria de una persona.

Se preguntó a la persona por la frecuencia y gravedad de los problemas. Estos dominios se puntuaban en una escala de 0 a 100, donde 0 era la representación de ausencia de discapacidad y 100 representaba el máximo deterioro posible. En el caso de que la respuesta a la primera pregunta fuese negativa, se pasaba automáticamente al siguiente dominio, puntuando como cero las restantes y se interpretó como la ausencia de frecuencia o gravedad en los problemas planteados.

Cabe destacar entre las preguntas dedicadas al dominio de “participación” sus últimas tres preguntas, es decir, aquellas referidas a estigma, discriminación y carga familiar, solamente fueron evaluadas en aquellos individuos que manifestaron al menos alguna limitación en el dominio de funcionamiento diario. Mientras que en aquellos que no se realizaron dichas preguntas les fue asignada la puntuación de cero, hecho que se razonó como la no experimentación de estigma, discriminación o carga familiar a causa de problemas de salud ya que no manifestó ninguna discapacidad en las preguntas anteriores (J. Alonso et al., 2004).

En el caso de que el sujeto no respondiera a alguna de las preguntas en cualquiera de los dominios o bien indicase que no sabía la respuesta, se le asignó la puntuación de cero con la finalidad de dar estimaciones conservadoras acerca de los problemas de funcionamiento (Buist-Bouwman et al., 2008).

5.4.3. CUESTIONARIO DE SALUD SF-12

El cuestionario SF-12 se trata de una versión reducida de la escala SF-36, manteniendo su calidad psicométrica (Vera-Villaruel et al., 2014; Vilagut et al., 2005). Esta última fue desarrollada a principios de los años noventa en Estados Unidos por Ware, Kosinski y Keller ante la necesidad de evaluación de los

resultados en diferentes estudios médicos. La finalidad de los cuestionarios de salud SF es evaluar la calidad de vida relacionada con la salud en la población general y en subgrupos específicos. Permite comparar la carga de diversas enfermedades, detectar los diferentes beneficios en la salud producidos por un amplio rango de tratamientos y valorar el estado de salud de distintos sujetos. Se le considera como uno de los instrumentos de mayor potencial en el campo de la calidad de vida relacionada con la salud (Vilagut et al., 2005).

El cuestionario de salud SF-12 proporciona una visión subjetiva del estado de salud (grado de capacidad funcional y bienestar) de los individuos mayores de 14 años o de la población con una patología específica. Permite definir un estado positivo o negativo de la salud física y mental a través de las mismas ocho dimensiones (aspectos de la salud) que se evalúan en el SF-36: funcionamiento físico, limitaciones en el rol por problemas físicos de salud, funcionamiento social, dolor corporal, salud mental, limitaciones en el rol por problemas personales o emocionales, vitalidad y salud general. El cuestionario permite el cálculo de dos dimensiones independientes, el componente sumario de la salud física y el componente sumario de la salud mental, mediante la combinación de las puntuaciones de cada una de ellas (Vera-Villaruel et al., 2014; Vilagut et al., 2005).

La aplicación de este instrumento de evaluación para la calidad de vida relacionada con la salud es de aproximadamente cinco minutos. Las posibles opciones de respuesta tienen el formato tipo Likert, evaluando la intensidad o frecuencia. Los valores posibles oscilan entre 3 y 6, dependiendo del ítem. Las puntuaciones finales que facilita son el resumen de las medidas sumatorias del componente físico (PCS, *Physical Component Scores*) y mental (MSC, *Mental Component Scores*). Para la interpretación de estas puntuaciones se estandariza con los valores de las normas poblacionales, de forma que 50 (desviación estándar de 10) es la media de la población general. Los valores superiores o inferiores a 50 deben de interpretarse como mejores o peores dependiendo de la población de referencia. En cada dimensión sus ítems son recodificados y posteriormente sumados, transformándose en una puntuación directa en una escala que va desde 0, equivalente al peor estado de salud posible, a 100, considerado como el mejor

estado de salud. Así se proporcionará un perfil del estado de salud basándose en la puntuación obtenida en cada una de las 8 dimensiones que el cuestionario analiza.

5.4.4. HÁBITOS DE SALUD

Para la evaluación de los hábitos de salud se incluyó en la CIDI algunas preguntas obtenidas de la Encuesta Nacional de Salud (ENS), concretamente las cuestiones referentes a la valoración del hábito tabáquico, ejercicio físico y descanso. Los problemas con el alcohol y otras drogas se evaluaron mediante las preguntas establecidas por la CIDI.

5.4.4.1. Preguntas para la evaluación del consumo de tabaco, ejercicio físico y descanso obtenidas de la Encuesta Nacional de Salud

La ENS es una investigación realizada a través del Instituto Nacional de Estadística (INE) en acuerdo de colaboración con el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). Desde el año 1987, el MSSSI realiza periódicamente la ENS de España mediante entrevistas. Durante las primeras cinco entregas comprendidas al periodo de 1987-2001, el organismo encargado de realizar el trabajo de campo fue el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), posteriormente el nuevo organismo encargado de la realización de este trabajo es el INE (MSSSI, 2006).

Esta encuesta se encuentra dirigida a las familias que conforman la población española, con la finalidad principal de obtener datos que hagan posible el conocimiento del estado de salud así como los factores determinantes del mismo desde la perspectiva de los ciudadanos, proporcionando resultados tanto a nivel nacional como desglosado por las distintas Comunidades Autónomas que forman el territorio español.

La ENS-2006 es un estudio transversal de carácter bienal, incluido en el Plan Estadístico Nacional, sobre la salud en su sentido más amplio. Esta versión cuenta con una serie de innovaciones en su contenido con respecto a ediciones anteriores, entre tales modificaciones podemos hacer referencia a:

- Presencia de un enfoque de género, tanto en el diseño como en el análisis de datos poblacionales obtenidos.
- Inclusión de determinantes de la salud no explorados en investigaciones anteriores, como las condiciones y el entorno físico de la vivienda, apoyo social y afectivo y la percepción de la función familiar y el estrés laboral.
- Inclusión de las diferentes patologías que integran la salud mental, dado que se trata de uno de los problemas de salud con mayor prevalencia en la sociedad, con mayor utilización de los recursos sanitarios y más pobremente estudiado a nivel poblacional.
- Incorporación de la calidad de vida en los menores como otra dimensión.

La ENS-2006 está compuesta por tres cuestionarios diferentes (cuestionario de hogar, cuestionario de adultos y cuestionario de menores). Dichos cuestionarios incluyen un conjunto de preguntas que debían ser formuladas a todos los entrevistados de la misma manera, garantizando así una adecuada recogida de los resultados y la posibilidad de la comparación posterior de las distintas preguntas.

Para nuestro estudio se ha recurrido al cuestionario del adulto y, dentro de él, se ha utilizado la escala de hábitos de vida. Sólo se han empleado aquellas preguntas destinadas a investigar hábitos que se consideran de riesgo/protectores para la salud, como el consumo de tabaco, el ejercicio físico y el descanso. A continuación se detallan las preguntas incluidas para su evaluación (MSSSI, 2006).

Hábito tabáquico

El hábito tabáquico de los participantes fue evaluado mediante la cuestión “¿Podría decirme si actualmente fuma?”, existiendo cuatro posibles respuestas: “fuma diariamente”, “fuma, pero no diariamente”, “no fuma actualmente, pero ha fumado antes” y “no fuma, ni ha fumado nunca de manera habitual”. Posteriormente, las respuestas se recodificaron en dos posibilidades, “sí” para referirnos a las dos primeras opciones y “no” para las dos últimas.

Ejercicio físico

El ejercicio físico fue evaluado entre los participantes mediante dos cuestiones. En la primera, se preguntó a los sujetos “¿Cuál de estas posibilidades describe mejor su actividad principal en su centro de trabajo, centro de enseñanza, hogar (labores domésticas)...?”, existiendo cuatro posibles respuestas, “sentado la mayor parte del tiempo”, “de pie, la mayor parte de la jornada sin efectuar grandes desplazamientos o esfuerzos”, “caminando, llevando algún peso, efectuando desplazamientos frecuentes” y “realizando tareas que requieren gran esfuerzo físico.” Posteriormente, se recodificaron las respuestas en referencia a la actividad física realizada en el centro de trabajo por el entrevistado, atribuyéndose a las dos primeras opciones la codificación de “no” y “sí” a las dos últimas.

En la segunda, se preguntó a los participantes, “Habitualmente, ¿realiza en su tiempo libre alguna actividad física como caminar, deporte,...?”, con dos posibles respuestas “sí” o “no”.

Para la evaluación del índice de hábitos saludables, la categoría “ejercicio físico” se recodificó, empleando “sí” cuando al menos una de las dos cuestiones planteadas resultó positiva y “no” cuando ambas cuestiones obtuvieron una respuesta negativa.

Descanso

El descanso fue valorado mediante tres cuestiones. La primera pregunta que se realizó a los participantes fue “¿Cuántas veces, en las últimas cuatro semanas ha tenido dificultad para quedarse dormido?”, existiendo cinco posibles respuestas, “todos los días”, “la mayoría de los días”, “varios días”, “algún día” y “nunca”. Posteriormente, las respuestas se recodificaron en dos posibilidades, “sí” para referirnos a las tres primeras opciones y “no” para las dos últimas.

Otra cuestión planteada a los participantes para la evaluación de este hábito de salud fue “¿Cuántas veces, en las últimas cuatro semanas se ha despertado varias veces mientras dormía?”. Las posibles respuestas eran: “todos los días”, “la mayoría de los días”, “varios días”, “algún día” y “nunca”. Posteriormente, las respuestas se recodificaron en dos posibilidades, “sí” para referirnos a las tres primeras opciones y “no” para las dos últimas.

La última pregunta planteada a los participantes para la valoración del descanso fue “¿Cuántas veces, en las últimas cuatro semanas, se ha despertado demasiado pronto?”, existiendo al igual en las cuestiones anteriores cinco posibilidades de respuesta “todos los días”, “la mayoría de los días”, “varios días”, “algún día” y “nunca”. Realizándose posteriormente la misma recodificación que en las cuestiones anteriores.

Finalmente, para la evaluación del índice de hábitos saludables las tres preguntas realizadas se unificaron en una sola categoría “problemas de sueño”, codificándose como “sí” cuando el sujeto contestó en alguna de las cuestiones positivamente y “no” cuando la valoración fue negativa en las tres preguntas.

5.4.4.2. Preguntas para la evaluación de problemas con el alcohol y otras drogas de la CIDI

Para la valoración de los problemas con el consumo de alcohol y otras drogas se emplearon las preguntas establecidas por la CIDI.

Problemas con el consumo de alcohol

Los problemas con el consumo de alcohol fueron evaluados entre los participantes mediante dos preguntas. En la primera se preguntó a los sujetos “En los últimos doce meses, ¿con qué frecuencia tomó usted al menos una copa?”. Las seis opciones de respuesta fueron: “casi todos los días”, “3-4 días a la semana”, “1-2 días a la semana”, “menos de una vez al mes” y “no bebió durante los últimos 12 meses”. Posteriormente, se recodificaron las posibles opciones en dos categorías, “sí” cuando la respuesta del participante se correspondía con alguna de las opciones “casi todos los días”, “3-4 días a la semana” o “1-2 días a la semana” y “no” cuando la respuesta del sujeto fue “menos de una vez al mes” y “no bebió durante los últimos 12 meses”.

La segunda pregunta realizada a los entrevistados fue “¿Alguna vez en su vida la bebida dificultó sus actividades o responsabilidades en los estudios, el trabajo o en casa?” mostrándose dos posibles opciones “sí” o “no”. Para la evaluación del índice de hábitos saludables, tan solo fue empleada esta pregunta.

Consumo de otras drogas

La evaluación del consumo de otras drogas fue valorada entre los participantes mediante la realización de cuatro preguntas. La primera fue “Durante los últimos 12 meses, ¿ha consumido marihuana o hachís en algún momento?” siendo posible responder “sí” o “no”.

La segunda pregunta, “Durante los últimos 12 meses, ¿ha consumido cocaína en cualquiera de sus formas, incluyendo el polvo, el crack, la pasta base o las hojas de coca en algún momento?” existiendo dos posibles respuestas, “sí” o “no”.

La tercera pregunta realizada fue “Durante los últimos 12 meses, ¿ha consumido tranquilizantes, estimulantes, pastillas para el dolor u otros medicamentos que requieran receta sin que se los recomendara un profesional de la salud?” respondiéndose “sí” o “no”, como en las cuestiones planteadas anteriormente.

La última cuestión para la evaluación del consumo de otras drogas fue “Durante los últimos 12 meses, ¿ha consumido heroína, pegamento, pope, LSD, peyote, cemento, opio, speedball?” siendo posible responder mediante, “sí” o “no”.

Para la evaluación del índice de hábitos saludables, las cuatro preguntas realizadas a los participantes se recodificaron de nuevo en una sola categoría “consumo de otras drogas” estableciéndose dos posibles opciones de respuesta “sí” en el caso de que el sujeto hubiese consumido alguna de las sustancias propuestas y “no” cuando no existió ningún consumo.

5.4.4.3. Índice de Hábitos Saludables

Finalmente, se calculó el Índice de Hábitos Saludables (IHS), parámetro obtenido mediante el análisis de los cinco hábitos saludables, En resumen, se han recogido datos sobre:

- el hábito tabáquico (Fumador: No o Sí);
- los problemas de sueño (No o Sí: si han tenido problemas de sueño durante varios días, la mayoría de los días o todos los días en el último mes);

- la realización de ejercicio físico, tanto en la actividad profesional como en el tiempo libre, evaluando como positivo si hace ejercicio físico en cualquiera de ellos. (No/Sí),
- si tiene problemas por el consumo de alcohol (No/Sí); y
- si consume otras drogas (cocaína, marihuana, sedantes, heroína y otras) (No/Sí).

El cálculo se realizó mediante la suma de 1 punto por cada respuesta negativa a las preguntas relacionadas con conductas de riesgo, como el consumo de tabaco y otras drogas, problemas con el consumo de alcohol y con el sueño y 1 punto correspondiente a la respuesta positiva sobre la conducta saludable relacionada con la práctica de ejercicio físico. El rango de valores posibles se encuentra entre 0 y 5, de forma que puntuaciones más altas se corresponden con un mayor número de hábitos saludables.

5.4.5. ENFERMEDADES CRÓNICAS

5.4.5.1. Enfermedades crónicas de los controles

El módulo de enfermedades crónicas o “Chronic Conditions” incluido en la CIDI fue diseñado para detectar la presencia de trastornos físicos de carácter crónico (Haro et al., 2006). Con esta finalidad se empleó una serie de preguntas introducidas mediante la expresión “alguna vez su médico u otro profesional de la salud le dijo que tenía alguna de las siguientes enfermedades: artritis, enfermedades del corazón, tensión arterial alta, alguna enfermedad pulmonar crónica como asma, tuberculosis, EPOC o enfisema, problemas como diabetes o alteraciones neurológicas como la esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, convulsiones, etc... u otras enfermedades como problemas de estómago o intestino, enfermedades de tiroides, infecciones por VIH o sida, malaria u otra enfermedad parasitaria”.

El análisis se limitó a seis grupos principales de condiciones crónicas físicas, guiándose esta selección por consideraciones relativas a la prevalencia y la gravedad:

- Enfermedades osteomusculares/dolor.
- Enfermedades cardiovasculares.
- Enfermedades pulmonares/asma/ alergias estacionales.
- Diabetes.
- Enfermedades neurológicas.
- Cáncer.

El módulo de enfermedades crónicas no se administró a todos los encuestados en el proyecto PEGASUS-Murcia, sino sólo en aquellos que siguieron el itinerario largo del cuestionario, es decir, aquellas personas consideradas de alto riesgo por haber resultado positivas en las cuestiones relacionadas con el estado de ánimo y los trastornos de ansiedad. Una descripción más detallada puede verse en el protocolo del proyecto PEGASUS-Murcia (Navarro-Mateu, Tormo, et al., 2013).

5.4.5.2. Enfermedades crónicas de los casos

Con la finalidad de recoger todos aquellos trastornos crónicos físicos que tenían los individuos que pertenecían al grupo de casos se revisó detenidamente su historia clínica en el CSM Lorca, extrayéndose únicamente esta información. Al igual que en el grupo de controles las diferentes afecciones crónicas se clasificaron en los 6 grupos establecidos previamente (enfermedades osteomusculares/dolor, enfermedades cardiovasculares, enfermedades pulmonares/asma/alergias estacionales, diabetes, enfermedades neurológicas y cáncer).

5.4.5.3. Número de enfermedades crónicas físicas

Para calcular el número de enfermedades crónicas se realizó la suma de respuestas positivas de cada una de las 6 categorías previamente descritas. Esta variable cuantitativa puede adquirir unos valores en un rango entre 0 y 6, donde 0 indica que no refiere antecedentes de enfermedades crónicas y el resto de valores el número de categorías de enfermedades crónicas en las que refiere haber tenido alguna patología en orden creciente.

5.4.6. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Durante las entrevistas realizadas se incluyeron aquellas variables sociodemográficas que se consideraron que podían influir o ser necesarias para el desarrollo de la investigación. Entre dichas variables sociodemográficas se encuentran la edad, sexo, estado civil, nivel educativo y empleo (Navarro-Mateu et al., 2015).

La edad, variable cuantitativa continua, es entendida como el número de años del individuo en el momento de la entrevista.

El sexo del sujeto entrevistado, variable cualitativa nominal dicotómica, se categoriza en las posibilidades de hombre o mujer.

El estado civil, variable cualitativa nominal politómica, fue dividido en dos posibles categorías: casado/cohabitando en pareja u otro estado civil (separado, divorciado, viudo, o no casado), entre las cuales debía de encuadrarse la situación del individuo en el momento de la entrevista.

El nivel educativo, variable cualitativa ordinal, es definida como el nivel de formación adquirida a lo largo de su vida. Inicialmente se recogen los años de educación recibidos y se agruparon en 4 categorías posteriormente (ninguno o primaria, básica, secundaria y universitarios). Finalmente, se clasificaron los niveles educativos en dos grandes grupos:

- Ninguno/primarios/básicos: para aquellas personas que la duración de su escolarización comprendió entre 0 a 11 años.
- Secundaria/universitarios: para quienes su periodo de escolarización osciló entre 12 y 16 años, incluyendo los estudios universitarios.

En último lugar se recogió la situación de empleo del encuestado como una variable cualitativa nominal politómica. Se les preguntó por su situación laboral en el momento de la entrevista y se establecieron dos categorías entre las que englobar la actividad del sujeto:

- Trabajando, cuando el sujeto desempeñó alguna actividad de carácter laboral aunque ésta fuera por cuenta propia.

- Otros, incluyéndose dentro de esta categoría a aquellos sujetos que satisfacían diversas situaciones como desempleados, temporalmente desempleados, buscando trabajo, estudiantes, jubilados, sujetos con discapacidad, incapacidad temporal por maternidad, licencia por enfermedad y otros.

5.4.7. GRADO DE EXPOSICIÓN AL TERREMOTO

En el cuestionario CIDI se incluyó un módulo específico para la evaluación de la exposición a los terremotos. En concreto, 24 preguntas evaluaban la exposición a diferentes eventos estresantes relacionados con los terremotos. Estas preguntas fueron agrupadas, a su vez, en 10 categorías de estresores individuales:

- Experiencias de amenaza para la vida propia o para personas cercanas.
- Muerte de un familiar o amigo íntimo o conocido.
- Heridas graves personales.
- Familiares, amigos íntimos o conocidos han sufrido daños físicos.
- Se quedó encerrado o atrapado entre escombros o aislado de su entorno durante el terremoto.
- Ha tenido pérdidas económicas.
- Su vivienda ha sufrido graves daños.
- Tener que vivir con familiares y/o amigos y/o extraños no habituales.
- Vecindario destruido o seriamente dañado.
- Afectación o pérdida del trabajo.

Cada categoría fue dicotomizada (0: no, 1: sí) en función de si el entrevistado había estado expuesto o no a cada uno de ellas. Cuando alguna de las categorías estaba compuesta por varias preguntas, la respuesta “sí” fue considerada como al menos una respuesta positiva a una de ellas.

Para la medición de la exposición a los terremotos se calculó la variable “Número de eventos relacionados con los terremotos” (NET), definida como la suma de eventos estresantes a los que el entrevistado ha estado expuesto

(respuesta afirmativa). Esta variable cuantitativa tiene un rango desde 0 a 10, indicándonos así el número de estresores a los que ha estado expuesto cada participante, donde 0 nos indica que el sujeto no se encontró expuesto a ningún evento estresante y 10 que estuvo expuesto a todos ellos.

En el módulo, también, se incluyó una pregunta específica sobre el impacto emocional de la exposición a los terremotos (“la siguiente pregunta está relacionada con el terremoto que ocurrió el pasado 11 de Mayo de 2011. En una escala entre 0 y 10, donde 0 significa “sin ningún tipo de ansiedad y/o estrés” y 10 significa “el mayor estrés que usted cree que una persona pueda tener”, ¿qué número describiría la cantidad de estrés que usted experimentó como resultado del terremoto?”). La respuesta a esta pregunta se evaluó como el “Impacto Emocional a la Exposición al Terremoto” (IEET), y es considerada como el indicador del grado de estrés que le supuso el terremoto. Esta variable cuantitativa tiene un rango entre 0 a 10, donde el cero nos indica nada de estrés experimentado y diez el máximo estrés experimentado.

5.5. CÁLCULO DEL TAMAÑO MUESTRAL

Este es el segundo análisis que se realiza en el proyecto caso-control de Lorca. Los cálculos del tamaño muestral fueron realizados para el primer análisis realizado con esta muestra que estuvo centrado en los antecedentes de la exposición a diversas adversidades en la infancia como factor de riesgo de enfermedades mentales tras la exposición a los terremotos de Lorca. Este estudio se encuentra en proceso de publicación tras su presentación y defensa como Tesis Doctoral por Jesús Martí Esquitino el pasado 31 de Octubre de 2016. Según los cálculos realizados para la determinación del tamaño muestral, se precisarían unos 49 casos y 147 controles (ratio caso: control = 1:3) para detectar una Odds Ratio mínima de 3,01 (OR = 6,68, IC95%: 3,01-14,80; Perales et al., 2013) en la asociación de trauma infantil y depresión en la edad adulta, aceptando un riesgo alfa de 0,05 y un riesgo beta de 0,2 en un contraste bilateral. Se asume que la tasa de expuestos en el grupo control será de 0,21. Para la realización del tamaño muestral se ha empleado como herramienta, la calculadora de Tamaño Muestral de GRANMO (versión 7.12), instrumento de libre acceso, desarrollado por los

grupos de investigación de Riesgo Cardiovascular y Nutrición y en Epidemiología y Genética Cardiovascular del Programa de Investigación en Procesos inflamatorios y cardiovasculares de IMIM- Hospital del Mar (<http://www.imim.cat/ofertadeserveis/software-public/granmo/index.html>).

La utilización de múltiples controles por cada caso incrementa el poder del estudio, aceptándose un máximo de cuatro controles por cada caso (Sandercock, 1989). En nuestro estudio se ha elegido un número de 3 controles por cada caso, ya que la validez es la misma produciéndose una reducción de los costes (Hernández Ávila, 2009). La selección aleatoria de la muestra de controles se realizó mediante muestreo aleatorio simple con el programa de análisis estadístico SPSS V.20.

5.6. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

En primer lugar se realizó una depuración de la base de datos resultantes. Se recodificaron los datos cuando fue necesario y se identificaron los datos perdidos. Se realizó un análisis descriptivo de frecuencias de diagnósticos, número de personas y porcentaje de la muestra total de casos para la realización de la descripción de éstos.

Para el análisis inicial de las variables sociodemográficas, de los antecedentes de enfermedades crónicas, de la exposición a los terremotos y su impacto emocional, de la discapacidad y de la calidad de vida percibida se utilizó un análisis bivalente con la Chi-cuadrado para las variables categóricas y la T de Student para las variables continuas (edad, número de enfermedades crónicas, variables de exposición a los terremotos, discapacidad y componentes de la calidad de vida). Posteriormente, se realizaron diversos análisis de regresión logística simple y múltiple con el estado caso-control como variable dependiente y el resto de variables introducidas en el modelo de forma secuencial según los siguientes modelos:

- i) Modelo 0: se realiza un análisis de regresión logística simple en el que se introduce cada una de las variables de forma independiente

- ii) Modelo I: se introducen todas las variables sociodemográficas de forma conjunta en un modelo de regresión logística múltiple.
- iii) Modelo II: se añade la variable “número de enfermedades crónicas” al modelo I.
- iv) Modelo III: se introducen las variables de exposición a los terremotos, el número de eventos relacionados (NET) y el impacto emocional (IEET) en el modelo previo.
- v) Modelo IV: se introduce el índice de hábitos saludables (IHS) en el modelo anterior.
- vi) Modelo V: se introduce la discapacidad funcional global y cada una de las dimensiones de discapacidad por separado en el modelo anterior.
- vii) Modelo VI: se introducen los componentes físico y mental de la calidad de vida al modelo anteriormente descrito.

Como medida de asociación en los estudios caso-control se utilizó la Odds Ratio (OR) y su intervalo de confianza del 95% (IC95%) con su nivel de significación mediante un análisis de regresión logística simple (OR e IC95% crudas) y múltiples (OR e IC95% ajustadas a las variables independientes introducidas en los diferentes modelos descritos anteriormente). Una OR de 1 indica que no existe una asociación entre el factor de riesgo y la variable dependiente, el estado caso-control en este caso. Una OR superior a 1 indica una asociación positiva o incremento de riesgo y una OR inferior a 1 indica una asociación negativa o disminución del riesgo.

Si el valor nulo (OR=1) está incluido en el interior del IC95% se considera que la asociación no es significativa. Para rechazar la hipótesis nula se acepta un nivel de significación del 0,05%.

5.7. CONSENTIMIENTO INFORMADO Y CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para la realización de este estudio de investigación se respetaron los principios éticos recogidos en la Declaración de Helsinki y el Informe Belmont, de forma que no se han provocado riesgos innecesarios, ni invasión de la intimidad de los

sujetos participantes, para ello se contó con el consentimiento verbal y firmado de los mismos (ANEXO III), la valoración detallada de la relación riesgo beneficio del estudio y la imparcialidad en la selección y seguimiento de los participantes en el estudio. Además, se ha atendido a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE 298, 14 de diciembre de 1999, págs. 43088-43099).

Previamente, al inicio de la entrevista, los participantes fueron informados del procedimiento y firmaron un consentimiento informado. Los consentimientos informados que se han utilizado en este proyecto fueron los empleados en el proyecto PEGASUS-Murcia, aprobados por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia en mayo de 2008. El proyecto “El terremoto de Lorca y su impacto en la salud mental en Lorca: interacciones genético – ambientales, análisis epigenético y de expresión en un estudio caso-control” fue evaluado y aprobado por el mismo comité el 20 de abril de 2012.

5.8. CONFLICTOS DE INTERÉS

La autora del presente estudio y el resto de investigadores implicados declaran que no existen conflictos de intereses. Se ha recibido financiación por parte del Servicio Murciano de Salud de la Región de Murcia para la realización del proyecto PEGASUS-Murcia (Decreto no 455/2009), de donde se han obtenido los controles, pero no para la selección y realización de las entrevistas a los casos incluidos en el presente estudio.

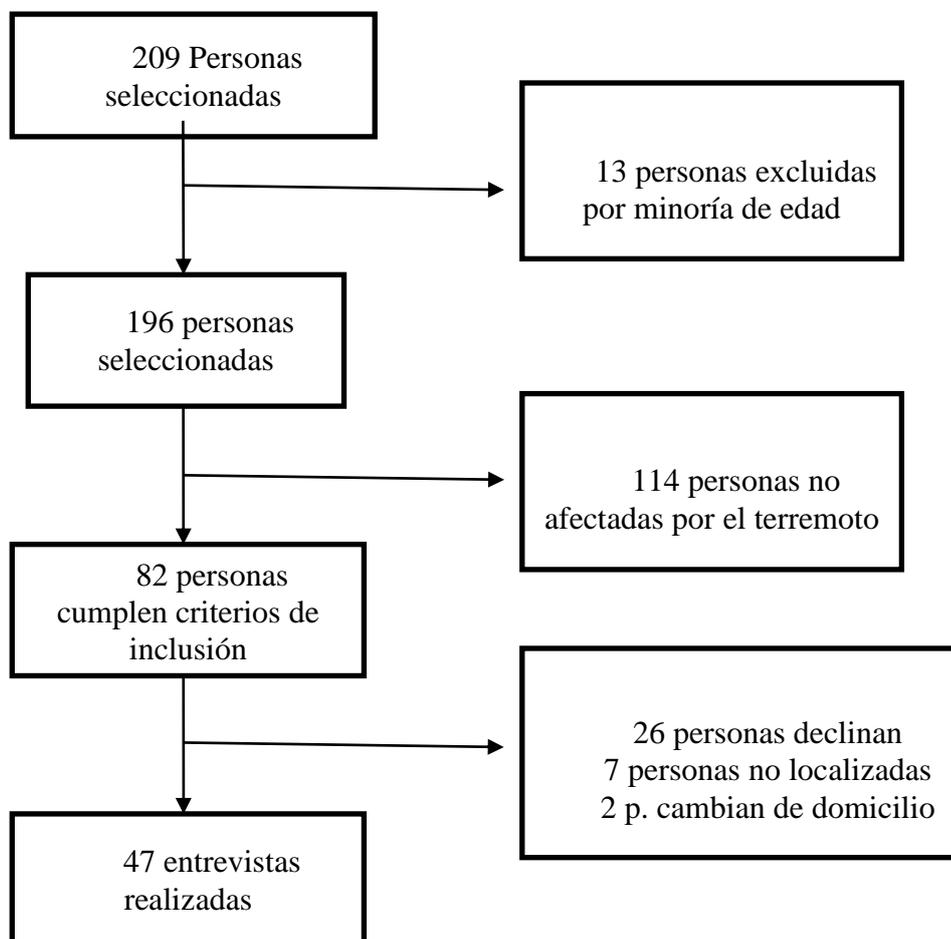
6. RESULTADOS

6.1. PARTICIPANTES

6.1.1. CASOS

Durante el periodo comprendido entre el 11 de mayo de 2011 y el 27 de septiembre de 2012 fueron valorados 209 pacientes en el CSM Lorca. Tras la aplicación de los criterios de inclusión establecidos, se excluyeron 13 individuos, por ser menores de edad, y 114 individuos, cuyo motivo de consulta no estaba relacionado con la afectación a consecuencia de los terremotos ocurridos en Lorca el 11 de mayo de 2011. Además, 26 individuos manifestaron su negativa a participar en el estudio.

Tras la realización del proceso de localización establecido (revisión de la historia clínica electrónica y obtención de la historia física con la finalidad de conseguir la información precisa para contactar con los posibles participantes, realización de tres llamadas telefónicas y envío de una carta ordinaria por correo postal), no fue posible localizar a siete personas y no se consiguió acceder a la historia clínica de dos personas debido al desplazamiento de éstas a otra Área de Salud o Comunidad, quedando por tanto la historia clínica inhabilitada. Finalmente, la población a estudio del grupo de casos quedó compuesta por 47 participantes (Figura 1).

Figura 1: Proceso de selección de participantes para el grupo de casos

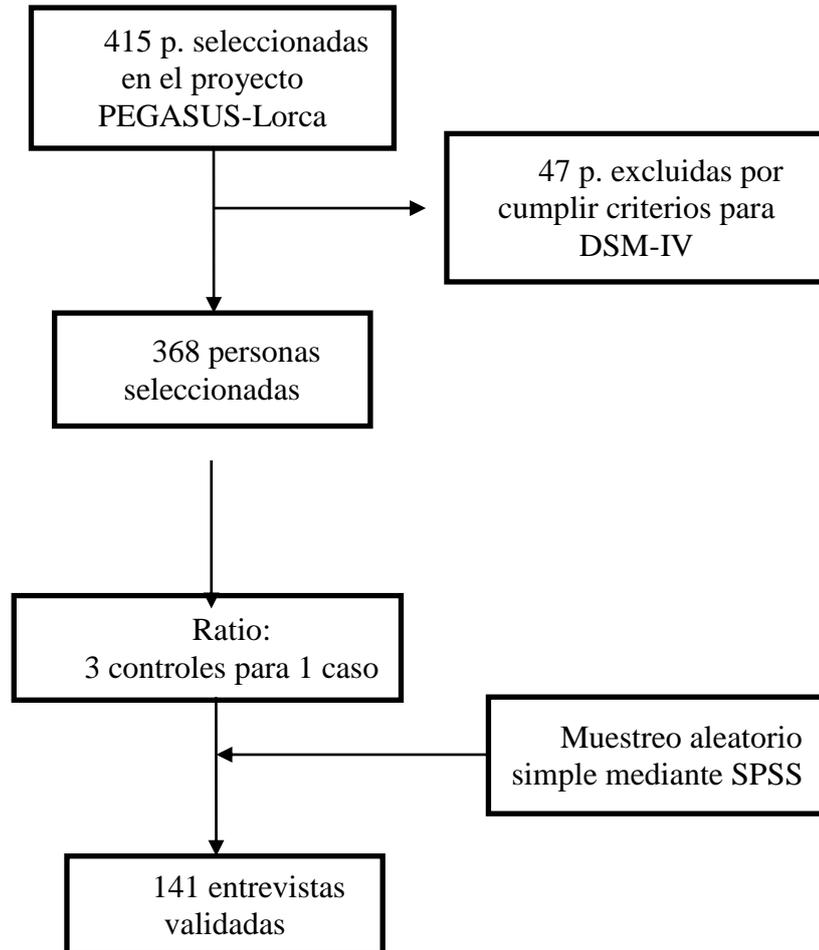
6.1.2. CONTROLES

En el Área de Salud III (Lorca) de la Región de Murcia fueron entrevistadas 415 personas entre mayo de 2011 a febrero de 2012 para el Proyecto PEGASUS-Murcia (la tasa de respuesta fue de 71,3% en Lorca, siendo ésta superior a la respuesta global que obtuvo el estudio PEGASUS-Murcia que osciló en un 67%) (Navarro-Mateu, Tormo, et al., 2013).

En un análisis inicial realizado entre los entrevistados, se constató que 47 de estas personas cumplían criterios del DSM-IV para los diagnósticos ansiedad, depresión o TEPT, siendo necesaria, por tanto, su exclusión. Finalmente, se

realizó una selección de 141 controles mediante un muestreo aleatorio simple a través del programa informático SPSS (Ratio caso: control de 1:3) (Figura 2).

Figura 2: Proceso de selección de participantes para el grupo de controles



6.2. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS

En relación con las variables sociodemográficas, a partir de los datos obtenidos (Tabla nº 2) podemos observar como el porcentaje de mujeres es significativamente superior en el grupo de casos que en el de controles (76,4 y 49,6 %, respectivamente, $p=0,001$). La edad media de los controles (Media=48,8; DT=17,7) fue significativamente superior a la de los casos (Media= 42,9; DT=14,6; $p= 0,026$).

No se han detectado diferencias significativas entre el grupo de casos y controles en el estado civil, el nivel educativo, ni en la situación de empleo. En referencia al estado civil, ambos grupos se distribuyeron de forma similar ($p=0,177$), con un 70,2% en los controles casados/cohabitando frente a un 59,5% en los casos. El nivel educativo fue similar en ambos grupos, observando que un 44,4% de los casos había cursado estudios secundarios o universitarios mientras que entre el grupo de los controles este nivel era alcanzado por un 39,9%. En cuanto a la situación de empleo, entorno a la mitad de cada grupo de casos y controles se encuentra trabajando (53,3% y 45,2%, respectivamente).

Tabla 2: Análisis descriptivo de los casos y controles según las variables sociodemográficas.

	Controles (N=141)		Casos (N=47)		χ^2	gl	P-valor
	N	%	N	%			
Sexo							
Hombre	71	50,4	11	23,4			
Mujer	70	49,6	36	76,4	10,411	1	0,001*
Edad, media (DT)^a	48,8 (17,7)		42,9 (14,6)		t (2,269)	94,28	0,026*
Estado civil							
Casado/cohabitando	99	70,2	28	59,5			
Otros	42	29,8	19	40,4	1,82	1	0,177
Nivel Educativo							
Ninguno/Primaria/Básicos	83	60,1	25	55,6			
Secundaria/Universidad	55	39,9	20	44,4	0,296	1	0,587
Empleo							
Trabajando	61	45,2	24	53,3			
Otro	74	54,8	21	46,7	0,899	1	0,343

Las variables se analizaron mediante las pruebas χ^2 y t de Student.

a. Media y Desviación Típica, prueba de t de Student.

* En negrita, si $p < 0,05$.

6.3. DESCRIPCIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS ASOCIADOS

En el análisis descriptivo de los diagnósticos entre los pacientes, el 68,9% de los individuos cumplían los criterios diagnósticos para algún trastorno de ansiedad y un 71,1% para algún trastorno afectivo (Tabla nº 3). El diagnóstico más frecuente fue el diagnóstico de depresión mayor (64,4%), seguida por el TEPT (51,1%) y por la fobia específica (33,3%). El diagnóstico menos frecuente fue la agorafobia sin pánico (2,2%).

Tabla 3: Diagnósticos clínicos en el grupo de casos

Diagnósticos	Casos	
	N	%
Depresión mayor	29	64,4
TEPT	23	51,1
Fobia específica	15	33,3
Trastorno de pánico	10	22,2
Fobia social	7	15,6
Distimia	7	15,6
Trastorno de ansiedad de separación en el adulto	3	6,7
Depresión menor	3	6,7
Agorafobia sin pánico	1	2,2

Diagnósticos según DSM-IV, realizados con la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI)

6.4. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS TRASTORNOS FÍSICOS DE CARÁCTER CRÓNICO

En relación con los antecedentes de enfermedades crónicas según el estado caso-control observamos la existencia de una mayor frecuencia, estadísticamente significativa, en la presencia de enfermedades y/o dolores osteomusculares entre el grupo de los controles (49,3% frente al 14% en los casos; $p < 0,001$). En la media del resto de antecedentes de enfermedades crónicas entre casos y controles no se han encontrado diferencias significativas (Tabla nº 4).

Tabla 4: Análisis descriptivo de los antecedentes de enfermedades crónicas según estado caso-control

	Controles (N=69)		Casos (N=43)		χ^2	gl	p-valor
	N	%	N	%			
Por categorías de enfermedades crónicas							
I. Enf. Osteomusculares/Dolor	34	49,3	6	14,0	14,396	1	<0,0001*
II. Enf. Cardiovascular	14	20,3	7	16,3	0,280	1	0,597
III. Diabetes	6	8,7	2	4,7	0,653	1	0,419
IV. Enf. Pulmonar/Asma/Alergias Estacionales	15	21,7	7	16,3	0,500	1	0,479
V. Enf. Neurológicas	4	5,8	6	14,0	2,167	1	0,141
VI. Cáncer	3	4,3	5	11,6	2,117	1	0,146
Número de enfermedades crónicas (Media, SD)^a	1,1	1,045	0,77	0,81	t(1,786)	110	0,077

Las variables se analizaron mediante las pruebas χ^2 y t de Student.

a. Media y Desviación Típica, prueba de t de Student.

* En negrita, si $p < 0,05$.

6.5. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA EXPOSICIÓN AL TERREMOTO

En la Tabla nº 5 se describen los antecedentes de exposición a los terremotos según: estresores individuales (ET), número de eventos relacionados con los terremotos (NET) e impacto emocional de la exposición al terremoto (IEET).

6.5.1. ESTRESORES INDIVIDUALES (ET)

Entre los casos, los estresores individuales que mostraron una mayor frecuencia fueron las “experiencias de amenaza a la vida para ti o para personas cercanas” (84,8%), “barrio destruido o seriamente dañado” (73,9%) y “más tareas de la casa o convivir con parientes, amigos, vecinos o extraños” (71,7%). Entre el grupo de controles los estresores individuales principales fueron “barrio destruido o seriamente dañado” (69,1%), “más tareas de la casa o convivir con parientes, amigos, vecinos o extraños” (44,9%), “experiencias de amenaza a la vida para ti o para personas cercanas” (41,5%).

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en seis estresores individuales en favor de los casos respecto a los controles. Dichos estresores fueron: “experiencias de amenaza de la vida para el individuo o personas cercanas”, “afectación o pérdida del trabajo”, “más tareas de la casa o convivir con parientes, amigos, vecinos o extraños”, “muerte de familiares, amigos o vecinos” “pérdidas económicas” y “familiares íntimos o vecinos cercanos heridos”. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los siguientes estresores individuales: “heridas graves personales”, “estar enterrado o atrapado entre los escombros”, “haber sufrido daños o destrucción de la propiedad” y “barrio destruido o seriamente dañado”.

6.5.2. NÚMERO DE EVENTOS RELACIONADOS CON EL TERREMOTO (NET)

La media del número de eventos relacionados con el terremoto fue mayor entre el grupo de los casos, siendo estadísticamente significativa ($p < 0,001$).

6.5.3. IMPACTO EMOCIONAL DE LA EXPOSICIÓN AL TERREMOTO (IEET)

El análisis del impacto emocional ante la exposición al terremoto resultó estadísticamente significativo ($p = 0,002$), observándose que los sujetos pertenecientes al grupo de casos referían un mayor impacto emocional que los controles.

Tabla 5: Análisis descriptivo de los antecedentes de exposición al terremoto según estado caso-control

	Controles	N=136	Casos	N=46			
	N	%	N	%	χ^2	gl	p-valor
I. Estresores individuales (ET)							
1. Experiencias de amenaza a la vida para ti o para personas cercanas	56	41,5	39	84,8	25,796	1	< 0,0001*
2. Muerte de familiares, amigos o vecinos	24	17,6	17	37	7,344	1	0,007*
3. Heridas graves personales	1	0,7	1	2,2	0,655	1	0,418
4. Familiares, amigos íntimos o vecinos cercanos heridos	11	8,1	10	21,7	6,275	1	0,01*
5. Enterrado o atrapado entre los escombros	2	1,5	1	2,2	0,105	1	0,746
6. Pérdidas económicas	33	24,4	21	45,7	7,372	1	0,007*
7. Daños serios o destrucción de las propiedades	41	30,1	18	39,1	1,266	1	0,26
8. Más tareas de la casa o convivir con parientes, amigos, vecinos o extraños	61	44,9	33	71,7	9,95	1	0,002*
9. Barrio destruido o seriamente dañado	94	69,1	34	73,9	0,379	1	0,538
10. Afectación o pérdida del trabajo	31	22,8	27	58,7	20,405	1	< 0,001*
II. Número de eventos relacionados con el terremoto (NET) (Media, SD)^a	2,6	1,6	4,4	1,9	t (5,78)	68,636	< 0,001*
III. Impacto emocional de la exposición al terremoto (IEET)(Media, SD)^b	6,3	3,3	8	1,9	t (3,978)	166	0,002*

Las variables se analizaron mediante las pruebas χ^2 y t de Student.

a. Se codificó como "sí" cuando el sujeto había sufrido al menos un Estresor del Terremoto (ET). Media y Desviación Típica, prueba de t de Student. Rango de 0-10.

b. Indica el estrés que supuso el terremoto. Media y Desviación Típica, prueba de t de Student. Rango de 0-10.

* En negrita, si $p < 0,05$.

6.6. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE HÁBITOS DE SALUD

En la Tabla nº 6 se describen los hábitos de salud analizados según el estado caso-control. Los principales hallazgos son: a) los casos se definen más como fumadores activos, con una mayor frecuencia de problemas de sueño y que realizan más actividad física en su tiempo libre que los controles, con diferencias estadísticamente significativas; b) no se han encontrado diferencias significativas entre casos y controles a nivel del ejercicio físico declarado durante la actividad profesional, en la frecuencia del consumo de alcohol, ni en el consumo de otras drogas. En relación al Índice de Hábitos de Salud (IHS), los casos obtienen una puntuación media más alta que los controles de forma significativa.

Tabla 6: Análisis bivariante de los Hábitos de salud según estado caso-control

	Controles		Casos		χ^2	gl	p-valor
	N	%	N	%			
I. Hábito tabáquico							
No	105	74,5	26	56,5			
Sí	36	25,5	20	43,5	5,325	1	0,021*
II. Descanso/sueño							
No	104	73,8	18	39,1			
Sí	37	26,2	28	60,9	18,34	1	<0,001*
III. Ejercicio Físico							
Ejercicio en la actividad profesional							
No	122	88,4	36	78,3			
Sí	16	11,6	10	21,7	2,926	1	0,087
Actividad física en tiempo libre							
No	84	59,6	15	32,6			
Sí	57	40,4	31	67,4	10,123	1	0,001*
IV. Consumo de alcohol							
Frecuencia de consumo de alcohol							
No (No bebe/algo al mes)	36	67,9	22	59,5			
Sí (Diario/semanal)	17	32,1	15	40,5	0,681	1	0,409
Problemas por el consumo de alcohol							
No	26	100,0	30	96,8			
Sí	0		1	3,2			
V. Consumo de otras drogas							
No	15	88,2	14	77,8			1,000 **
Sí	2	11,8	4	22,2			0,658 **
VI. Índice Hábitos de Salud (IHS) # (Media, SD)b							
	2,23	0,951	2,6	1,097	t(2,213)	186	0,028*

Las variables se analizaron mediante las pruebas χ^2 y t de Student.

IHS (Índice de Hábitos de Salud): 1 punto por cada respuesta negativa relacionada con el consumo de tabaco, otras drogas, problemas con el consumo de alcohol, sueño o no hacer ejercicio físico. Rango: 0-5. A mayor valor, mejores hábitos de salud.

a. Marihuana, cocaína, sedantes, heroína y otras. b. Media y Desviación Típica, prueba de t de Student.

* En negrita, si $p < 0,05$.

** Test exacto de Fisher.

6.7. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE DISCAPACIDAD

En la Tabla nº 7 se describen la distribución según el estado caso-control de las diferentes dimensiones de la discapacidad, la valoración global de la discapacidad y las otras mediciones relacionadas (estigma, discriminación y carga familiar). En el análisis de las dimensiones de la discapacidad, se han encontrado diferencias significativas en el funcionamiento diario, con niveles más altos de discapacidad funcional en los casos. No existen diferencias significativas en las dimensiones de cognición, movilidad, autocuidado e interacción social. En la valoración global de la discapacidad tampoco se ha detectado una tendencia a presentar un mayor grado de discapacidad entre los casos, aunque sin alcanzar el nivel de significación estadística. Por último, entre las otras medidas relacionadas, se ha detectado una mayor percepción, estadísticamente significativa, de sufrir estigma entre los casos en relación a los controles. No se han detectado diferencias significativas en el resto de medidas (discriminación y carga familiar).

Tabla 7: Análisis bivariante de la discapacidad funcional según el estado caso-control mediante la WHODAS-II[#]

	Controles N=69		Casos N=47		T de Student	gl	p-valor
	Media	SD	Media	SD			
I. Dimensiones							
Cognición	1,54	7,46	4,72	12,15	1,60	69,54	0,11
Movilidad	5,16	19,4	6,22	15,7	0,30	110	0,74
Autocuidado	2,03	9,64	1,60	10,94	0,22	114	0,67
Interacción social	0,00	0,00	3,18	10,26	2,03	114	0,82
Funcionamiento diario	13,74	33,85	27,29	37,14	2,12	46	0,03*
II. Valoración WHODAS global**							
	4,49	11,53	8,6	13,18	1,77	114	0,07
III. Otras Medidas relacionadas							
Estigma	4,35	16,58	14,36	25,4	2,57	114	0,01*
Discriminación	0,36	3,01	5,32	21,45	1,57	47,24	0,12
Carga Familiar	6,16	19,37	10,64	22,57	1,11	88,64	0,27

#WHODAS-II (World Health Organization Disability Assessment Schedule), evalúa las limitaciones y restricciones de participación.

Las variables se analizaron mediante la prueba t de Student.

* En negrita, si $p < 0,05$.

** Análisis de todas las dimensiones que conforman la WHODAS-II.

6.8. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA CALIDAD DE VIDA

En la Tabla nº 8 se realizó el análisis de la calidad de vida mediante el cuestionario SF-12 (subescalas del estado físico del sujeto y subescalas del estado mental). Entre los resultados, el componente físico (PCS) obtuvo una puntuación similar en el grupo control (Media= 49,94; DT= 9,58) y en el grupo de casos (Media= 48,17; DT= 9,58), sin resultar estadísticamente significativo.

En cuanto al componente mental (MCS), se aprecia que los casos tienen una peor calidad de vida que los controles ($p < 0,0001$).

Tabla 8: Análisis bivariante de la calidad de vida percibida según el estatus caso-control mediante el cuestionario SF-12#

	Controles N=93		Casos N=46		T de Student	gl	P- valor
	Media	SD	Media	SD			
I. Componente Físico	49,94	9,58	48,17	9,58	0,98	137	0,33
II.Componente Mental	57,74	6,5	41,69	13,33	7,73	55,82	0,00*

Análisis de regresión logística mediante T de Student.

#SF-12(CUESTIONARIO DE SALUD SF-12), evalúa la calidad de vida, compuesto por el análisis de la calidad de vida física y mental del sujeto.

* En negrita, si $p < 0,05$.

6.9. MODELOS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA MULTIVARIANTE

6.9.1. ASOCIACIÓN DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, ENFERMEDADES CRÓNICAS Y EXPOSICIÓN AL TERREMOTO

En el Modelo 0 se refleja el análisis de regresión logística simple de cada una de las variables (sociodemográficas, número de enfermedades crónicas y la exposición al terremoto), resultando significativas las variables sexo femenino, edad, número de eventos del terremoto y el impacto emocional a la exposición del terremoto (Tabla nº 9).

En el Modelo I se realiza un análisis de regresión logística multivariante con todas las variables sociodemográficas introducidas en el modelo. Se observa, que ser mujer conlleva asociado una probabilidad tres veces superior de tener algún trastorno ansioso-afectivo. Así mismo, en este modelo, la variable edad deja de ser significativa. El resto de variables sociodemográficas no están asociadas al estado caso-control.

En el análisis multivariante del Modelo II se introduce el ajuste por el número de enfermedades crónicas al Modelo I. La única variable con un efecto significativo sigue siendo el sexo femenino, aunque el riesgo se reduce un 12,3% respecto al Modelo 0 (análisis bivariante).

En el Modelo III, se introduce las variables relacionadas con la exposición al terremoto en el Modelo II. En este modelo, las variables que tienen un efecto significativo como factores de riesgo son el ser mujer, el estado civil “otros” y el número de eventos del terremoto.

Tabla 9: Análisis multivariante de las variables sociodemográficas, antecedentes de enfermedades crónicas y exposición al terremoto.

	Modelo 0†			Modelo I#			Modelo II##			Modelo III###		
	OR	IC 95%	p-valor	OR	IC 95%	p-valor	OR	IC 95%	p-valor	OR	IC 95%	p-valor
I. Variables Sociodemográficas												
Sexo												
Hombre	1			1			1			1		
Mujer	3,3	1,6;7,0	0,001*	3,3	1,5 ; 7,2	0,002*	2,9	1,2 ; 6,8	0,019*	3,3	1,1 ; 9,9	0,03*
Edad	1	0,9;1,0	0,026*	0,9	0,9 ; 1,0	0,991	1,0	0,6 ; 3,7	0,465	1,0	0,9 ; 1,0	0,98
Estado civil												
Casado/cohabitando	1			1			1			1		
Otros	1,6	0,8;3,2	0,177	1,5	0,7 ; 3,2	0,355	1,5	0,6 ; 3,7	0,339	3,1	1,0 ; 9,7	0,046*
Nivel Educativo												
Ninguno/Primaria/Básicos	1			1			1			1		
Secundaria/Universidad	1,2	0,6;2,4	0,587	0,9	0,4 ; 2,0	0,839	1,0	0,4 ; 2,5	0,950	0,9	0,3 ; 2,5	0,89
Empleo												
Trabajando	1			1			1			1		
Otro	0,7	0,4;1,4	0,343	0,7	0,3 ; 1,5	0,72	0,8	0,5 ; 1,4	0,493	1,4	0,5 ; 4,1	0,50
II. Número de enfermedades crónica	0,7	0,4;1,1	0,077	-	-	-	0,8	0,5 ; 1,5	0,493	0,7	0,4 ; 1,4	0,35

	Modelo 0†			Modelo I#			Modelo II##			Modelo III###		
	OR	IC 95%	p-valor	OR	IC 95%	p-valor	OR	IC 95%	p-valor	OR	IC 95%	p-valor
III. Exposición a los terremotos												
Número de eventos del Terremoto (NET) ^a	4,8	2,4;9,8	<0,001*	-	-	-	-	-	-	1,9	1,4 ; 2,6	<0,01*
Impacto emocional exposición al terremoto (IEET) ^b	1,2	1,1;1,4	0,004*	-	-	-	-	-	-	1,1	0,9 ; 1,4	0,38

Análisis de regresión logística con el estado caso-control como variable dependiente. Odds Ratio (OR), Intervalo de confianza del 95% (IC95%) y nivel de significación.

†Modelo 0: análisis de regresión logística simple con cada una de las variables.

#Modelo I: análisis de regresión logística multivariante ajustado por todas las variables sociodemográficas.

Modelo II: se introducen los antecedentes de enfermedades crónicas en el modelo anterior.

Modelo III: se introducen las variables relacionadas con la exposición al terremoto en el modelo anterior.

a. Numero de Eventos del Terremoto (NET): rango de valores: 0-10.

b. Indica el estrés que supuso el terremoto. Rango de valores 0-10. Las puntuaciones más altas implican un mayor impacto emocional de la exposición.

* En negrita, si $p < 0,05$.

6.9.2. ANÁLISIS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA MÚLTIPLE DE LOS HÁBITOS DE SALUD

El análisis de regresión logística simple de los IHS proporciona una OR cruda de 1,5; IC95%=1,0; 2,0; $p= 0,0028$. Al ajustar el modelo por las variables sociodemográficas, número de enfermedades crónicas y la exposición al terremoto, el efecto asociado al IHS se convierte en no significativo (Tabla nº10). En este modelo, el resto de variables que tiene un efecto significativo son el ser mujer y el número de eventos del terremoto.

6.9.3. ANÁLISIS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA MÚLTIPLE DE DISCAPACIDAD

6.9.3.1. Asociación de la Discapacidad Funcional Global

El análisis de regresión logística simple de la discapacidad funcional global no resultó estadísticamente significativo entre casos y controles (OR=1,0; IC95%= 1,0; 1,0; $p= 0,09$). Sin embargo, al ajustar por el resto de variables analizadas hasta ahora en el Modelo V (Tabla nº 10), se obtiene una diferencia estadísticamente significativa en la variable de discapacidad funcional global. De esta forma, los casos tienen una mayor discapacidad funcional global, reflejada como una mayor puntuación que los controles. En este modelo, el sexo femenino y el número de eventos del terremoto se mantienen como significativos.

Tabla 10: Evaluación del Índice de Hábitos de Salud y la discapacidad según el estado caso-control mediante regresión múltiple

	OR	Modelo IV ‡ IC 95%	p-valor	OR	Modelo V # IC 95%	p-valor
I. Variables Sociodemográficas						
Sexo						
Hombre	1			1		
Mujer	3,85	1,1;12,4	0,02*	4,1	1,1;14,3	0,02*
Edad	0,98	0,9;1	0,34	0,9	0,9;1	0,21
Estado civil						
Casado/cohabitando	1			1		
Otros	3,22	1;9,9	0,42	2,2	0,6;7,4	0,18
Nivel Educativo						
Ninguno/Primaria/Básicos	1			1		
Secundaria/Universidad	0,84	0,2;2,4	0,76	0,9	0,3;2,7	0,90
Empleo						
Trabajando	1			1		
Otro	1,36	0,4;3,9	0,56	1,02	0,3;3,1	0,97
II. Número de enfermedades crónica	0,74	0,3;1,4	0,38	0,72	0,3;1,4	0,37

	Modelo IV ‡			Modelo V #		
	OR	IC 95%	p-valor	OR	IC 95%	p-valor
III. Exposición a los terremotos						
Número de eventos del Terremoto (NET) ^a	1,88	1,3;2,6	<0,01*	1,7	1,2;2,4	0,002*
Impacto emocional exposición al terremoto (IEET) ^b	1,1	0,8;1,3	0,42	1,08	0,8;1,3	0,50
IV. Índice Hábitos de Salud (IHS) ⌘	1,2	0,8 ; 2,0	0,44	1,37	0,8 ; 2,3	0,23
V. Discapacidad funcional global**	-	-	-	1,08	1;1,1	0,03*

Análisis de regresión logística con el estado caso-control como variable dependiente. Odds Ratio (OR), Intervalo de confianza del 95% (IC95%) y nivel de significación.

‡ Modelo IV: se introduce el índice de hábitos de salud en el Modelo III.

Modelo V: se introduce la discapacidad funcional global en el modelo anterior.

⌘ IHS (Índice de Hábitos de Salud): 1 punto por cada respuesta negativa relacionada con el consumo de tabaco, otras drogas, problemas con el consumo de alcohol, sueño o no hacer ejercicio físico. Rango: 0-5. A mayor valor, mejores hábitos de salud.

a. Numero de Eventos del Terremoto (NET): rango de valores: 0-10.

b. Indica el estrés que supuso el terremoto. Rango de valores 0-10. Las puntuaciones más altas implican un mayor impacto emocional de la exposición.

* En negrita, si $p < 0,05$.

** Análisis de todas las dimensiones que conforman la WHODAS-II.

6.9.3.2. Análisis de regresión logística múltiple de las dimensiones y otras medidas relacionadas de la Discapacidad Funcional según la Whodas-II

En el análisis de regresión logística simple de las dimensiones y otras medidas relacionadas analizadas por la WHODAS-II, solo resultaron estadísticamente significativas el funcionamiento diario (OR=1,0; IC95%= 1,0; 1,1; p= 0,05 y el estigma (OR= 1,02; IC95%= 1,0; 1,0; p= 0,02. El resto de dimensiones (cognición, movilidad, autocuidado e interacción social) y de las otras medidas relacionadas (discriminación y carga familiar) no tenían diferencias entre casos y controles.

Posteriormente, al realizar los análisis de regresión logística multivariante para analizar la asociación de cada una de las dimensiones de la discapacidad y las otras medidas relacionadas ajustadas a las variables incluidas en el Modelo V (Tabla nº11), solo se encontró que los casos tienen un peor funcionamiento diario que los controles de forma significativa. El resto de dimensiones de la discapacidad (cognición, movilidad, autocuidado e interacción social) no presentan diferencias significativas. Entre las otras medidas relacionadas, los casos tienen un mayor estigma que los controles de forma significativa, pero no hay diferencias entre ambos grupos en los niveles de discriminación y de carga familiar.

Tabla 11: Análisis de regresión logística múltiple de las dimensiones de la discapacidad funcional según la WHODAS-II#

Dimensiones ‡	Modelo V &		
	OR	IC 95%	p-valor
I. Dimensiones			
Cognición	1,0	1,0 ; 1,1	0,32
Movilidad	-	-	-
Autocuidado	-	-	-
Interacción social	-	-	-
Funcionamiento diario	1,0	1,0 ; 1,1	0,05*
II. Otras Medidas relacionadas			
Estigma	1,0	1,0 ; 1,1	0,02*
Discriminación	1,1	1,0 ; 1,1	0,29
Carga Familiar	1,0	1,0 ; 1,1	0,20

Análisis de regresión logística con el estado caso-control como variable dependiente. Odds Ratio (OR), Intervalo de confianza del 95% (IC95%) y nivel de significación.

& Modelo V: en esta tabla, el modelo V se corresponde con la inclusión de cada una de las dimensiones y las otras medidas relacionadas de forma independiente en el modelo IV, es decir, ajustadas a las variables sociodemográficas, al número de enfermedades crónicas, a las variables de exposición al terremoto y al índice de hábitos saludables.

‡ Cada una de las filas correspondiente a cada una de las dimensiones de discapacidad funcional introducidas de forma independiente.

#WHODAS-II (World Health Organization Disability Assessment Schedule).

* En negrita, si $p < 0,05$.

6.10. ANÁLISIS MULTIVARIANTE DE LA CALIDAD DE VIDA.

El análisis de regresión logística simple de la calidad de vida, nos revela una peor calidad de vida en el componente mental (MCS) entre los casos (OR= 0,8; IC95%= 0,8; 0,9; $p < 0,0001$), pero no en el componente físico (PCS) (OR= 1,0; IC95% 0,9; 1,0; $p = 0,329$). Estas diferencias significativas persisten en el análisis de regresión logística multivariante ajustado al resto de variables (Modelo VI, Tabla nº12), de forma que los casos presentan unas peores valoraciones de la calidad de vida, tanto en su componente físico como mental.

En este modelo VI, las variables edad y número de eventos del terremoto (NET) muestran diferencias significativas, no apreciándose diferencias en el resto de variable analizadas.

Tabla 12: Análisis de regresión múltiple del Índice de Hábitos de Salud, discapacidad y calidad de vida según estatus caso-control

	Modelo VI ‡		
	OR	IC 95%	p-valor
I. Variables Sociodemográficas			
Sexo			
Hombre	1		
Mujer	9,1	0,4;186	0,14
Edad	0,8	0,6;0,9	0,01*
Estado civil			
Casado/cohabitando	1		
Otros	1,2	0,1;11	0,80
Nivel Educativo			
Ninguno/Primaria/Básicos	1		
Secundaria/Universidad	0,2	0,02;2,4	0,22
Empleo			
Trabajando	1		
Otro	0,32	0,29;3,5	0,35
II. Número de enfermedades crónica	0,7	0,1;2,5	0,60
III. Exposición a los terremotos			
Número de eventos del Terremoto (NET) ^a	3,24	1,3;7,8	0,009*
Impacto emocional exposición al terremoto (IEET) ^b	0,9	0,6;1,5	0,80
IV. Índice Hábitos de Salud (IHS) κ	0,6	0,2;1,7	0,39
V. Discapacidad funcional global**	0,99	0,7;1,2	0,94
VI. Calidad de vida***			
I. Componente Físico	0,8	0,6 ; 1,0	0,047*
II. Componente Mental	0,7	0,6 ; 0,9	0,002*

Análisis de regresión logística con el estado caso-control como variable dependiente. Odds Ratio (OR), Intervalo de confianza del 95% (IC95%) y nivel de significación.

‡ Modelo VI: Se introduce la calidad de vida en el modelo V.

κ IHS (Índice de Hábitos de Salud): 1 punto por cada respuesta negativa relacionada con el consumo de tabaco, otras drogas, problemas con el consumo de alcohol, sueño o no hacer ejercicio físico. Rango: 0-5. A mayor valor, mejores hábitos de salud.

A. Número de Eventos del Terremoto (NET): rango de valores: 0-10.

B. Indica el estrés que supuso el terremoto. Rango de valores 0-10. Las puntuaciones más altas implican un mayor impacto emocional de la exposición.

* En negrita, si $p < 0,05$.

** Análisis de todas las dimensiones que conforman la WHODAS-II.

*** evaluado por el cuestionario de salud SF-12.

7. DISCUSIÓN

7.1. RESULTADOS CLAVE:

El presente trabajo detalla el estudio caso-control realizado tras los terremotos ocurridos en Lorca el 11 de mayo de 2011, mediante el análisis de una muestra de los casos (sujetos atendidos en el CSM Lorca, por primera vez entre el 11 de mayo de 2011 y el 27 de septiembre de 2012, cuyo motivo principal de consulta fuera la demanda de atención por afectación a consecuencia del terremoto) y de los controles (sujetos seleccionados aleatoriamente de entre los participantes en el área de Lorca en el marco del proyecto PEGASUS-Murcia). Los resultados principales del estudio sugieren que los individuos que desarrollaron trastornos ansioso-depresivos atendidos en el CSM tras el terremoto de Lorca manifestaron haber estado expuestos a un mayor número de eventos estresantes relacionados con los terremotos y refirieron un mayor impacto emocional, un mayor grado de estrés experimentado, como resultado de la exposición a los terremotos, Así mismo, el grupo de los casos presentaban un mayor índice de hábitos saludables pero mostraban un mayor hábito tabáquico y peor descanso y niveles más altos de discapacidad funcional, en especial aquella relacionada con la esfera del funcionamiento diario y el sufrimiento de estigma, y una peor calidad de vida.

7.1.1. EXPOSICIÓN AL TERREMOTO Y TRASTORNOS ANSIOSO-DEPRESIVOS

Los desastres naturales tienen un efecto catastrófico en los lugares afectados, el impacto que crean depende tanto de las pérdidas y daños provocados como de los sentimientos de amenaza que genera sobre las personas y su entorno (Cova & Rincón, 2010; Kun, Han, Chen, & Yao, 2009). Es importante señalar que los desastres naturales, debido a la incapacidad para controlarlos, conllevan unas implicaciones distintas a las situaciones ocurridas como consecuencia de la acción humana y su intencionalidad de destruir. Los terremotos, debido a su gran dificultad de predicción y su extraordinario poder destructivo, que se manifiesta por sorpresa, generan un fuerte sentimiento de indefensión y ansiedad y originan el cambio de numerosos proyectos y estilos de vida (Cova & Rincón, 2010; Gaborit, 2006).

Son numerosas las revisiones existentes acerca de la sintomatología asociada a la salud mental de los sobrevivientes a desastres naturales, pero la mayoría de las investigaciones respecto a los efectos psicológicos de estos sucesos se han concentrado en el estudio del estrés postraumático (Galea, Nandi, & Vlahov, 2005; Neria, Nandi, & Galea, 2008). En el presente estudio el diagnóstico más frecuente fue la depresión mayor con un 64,4%, seguida del trastorno de estrés postraumático con un 51,1%, en tercer lugar la fobia específica con un 33,3%, mientras que el trastorno de pánico obtuvo una frecuencia de un 22,2%.

Estudios como el de Norris y Elrod muestran que tras un desastre natural, como un terremoto, los trastornos ansiosos presentan una mayor frecuencia entre la población afectada (F. Norris & Elrod, 2006; Onder, Tural, & Aker, 2006; van Griensven et al., 2006) frente a otros estudios de la misma línea, cuyos resultados ponen de manifiesto una mayor prevalencia de trastornos depresivos.

La literatura científica sugiere una mayor probabilidad de sufrir un trastorno de estrés postraumático, ansiedad, problemas para dormir, depresión, conductas autodestructivas, abuso de alcohol y otras sustancias tóxicas tras el sufrimiento de un desastre natural de tal magnitud como puede ser un terremoto (Chou et al., 2007; F. H. Norris, Friedman, & Watson, 2002; Priebe et al., 2009; Shimizi et al., 2000; Su et al., 2010; Wen, Shi, Li, Yuan, & Wang, 2012; Zhang, Wang, Shi, Wang, & Zhang, 2012; Zhou et al., 2013).

Es importante constatar que el impacto sobre la salud mental no es igual en todas las personas, siendo las poblaciones más vulnerables las mujeres, los niños, los adolescentes y los ancianos, así como las personas con escasos recursos (Díaz, Quintana, & Vogel, 2012). Entre los resultados de la presente investigación aparece de forma constante el hecho de que pertenecer al sexo femenino supone un mayor riesgo de desarrollar algún trastorno ansioso-afectivo, encontrarse expuesta durante los terremotos un mayor número de eventos relacionados con éste, un peor hábito de salud y una mayor discapacidad global.

Otros estudios refuerzan que la sintomatología ansiosa y psicomática inespecífica relacionada con el estrés es una de las consecuencias más consistentes observadas después de un desastre natural. Entre los efectos más

dramáticos de los desastres naturales se describen la muerte, el daño y la destrucción que generan. Efectos que coinciden con los resultados obtenidos en el presente estudio, donde el principal estresor para los sujetos que sufrieron el terremoto fue la “amenaza de su vida o la de alguien cercano”, situación que genera graves consecuencias sobre la salud mental de las poblaciones expuestas (Cheng, Wang, Wen, & Shi, 2014). Los sujetos pertenecientes al grupo de los casos refirieron un mayor impacto emocional, experimentando un mayor grado de estrés que los controles.

Se ha constatado la existencia de otras situaciones derivadas de la acción de los terremotos, como haber sufrido heridas a consecuencia del terremoto o haber visto a alguien herido (Zhou et al., 2013), la pérdida de la vivienda o del empleo y haber tenido que ser reubicado en otras viviendas junto a familiares o amigos (Hogg, Kingham, Wilson, & Ardagh, 2016), que al prolongarse en el tiempo pueden provocar un severo impacto sobre el bienestar de los sujetos (Chou et al., 2007; Cova & Rincón, 2010). En los resultados obtenidos en este estudio, en relación con los eventos estresantes, también se ha constatado una mayor frecuencia de algunos de ellos entre los casos respecto a los controles, como por ejemplo: “la afectación o pérdida del trabajo”, “convivir con parientes, amigos, vecinos o extraños”, “familiares íntimos o vecinos cercanos heridos”. Así mismo, la media del número de eventos relacionados con el terremoto fue significativamente mayor entre el grupo de los casos, frente a los controles. Las personas diagnosticadas de ansiedad y/o depresión manifiestan haber estado expuestas a un mayor número de eventos estresantes relacionados con los terremotos.

7.1.2. HÁBITOS SALUDABLES EN PERSONAS CON ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

Contrariamente a la hipótesis inicial, en términos generales los casos refieren un mayor índice de hábitos saludables que los controles. Específicamente, esta asociación se puede explicar por la mayor actividad física que refieren los casos, dado que la asociación con el hábito tabáquico y el descanso van en la dirección esperada. Es decir, los casos fuman más y descansan menos que los controles. Sin embargo, en el modelo multivariante (modelo IV, tabla 10), al ajustar por las

variables de confusión utilizadas (variables sociodemográficas, enfermedades crónicas y exposición al terremoto) la asociación deja de ser significativa. En otras palabras, la asociación previamente encontrada en el análisis bivariante de los hábitos de salud podría ser explicada por las diferencias en dichos factores de confusión entre casos y controles.

7.1.1.1. Hábito tabáquico

Los resultados de nuestro estudio muestran una mayor prevalencia de consumo de tabaco entre los casos, así como una relación estadísticamente significativa entre el hecho de sufrir un trastorno ansioso-depresivo y mantener un hábito tabáquico.

La literatura científica confirma que la población con trastornos afectivos es más susceptible de fumar, así como que su empleo se realiza como una forma de automedicación para prevenir la sintomatología (Carceller Macias et al., 2014; Moreno Coutiño & Medina-Mora, 2008), debido a la sensación de relajación, tranquilidad y alerta experimentada (Escobar et al., 2007), siendo coherentes con los resultados obtenidos en nuestra investigación.

Otros autores, han constatado que el componente adictivo del tabaco, la nicotina, puede beneficiar a personas con diversas patologías mentales entre las que se encuentran la ansiedad o la depresión (Karan & Rosecrans, 2000).

El estudio realizado con pacientes psiquiátricos por Hughes, halló que las personas diagnosticadas de algún trastorno mental fumaban más que lo hacía el resto de la población, obteniendo como resultados para la depresión un 49% y para el trastorno de la ansiedad un 47%, concluyendo que en estos trastornos la prevalencia de tabaquismo era mayor que en la población general (Hughes et al., 1986).

En relación con el trastorno de pánico, la investigación realizada por Breslau y Klein (1997), evidenció que fumar diariamente aumentaba el riesgo de presentar posteriormente ataques de pánico o trastorno de pánico (Breslau et al., 1997).

El estudio realizado por Kinnusen et al., en una población de 165 individuos con depresión mayor y 806 controles, demostró un mayor riesgo de consumo de

tabaco entre los sujetos diagnosticados de depresión mayor (OR= 1,46, IC95%=1,03-2,07) (Kinnunen et al., 2006), de forma similar a los resultados obtenido en el presente estudio.

Grant et al., ponen de manifiesto que los trastornos mentales tienen una elevada prevalencia entre los fumadores, estimando que un 70% de los cigarrillos consumidos en Estados Unidos lo hacían individuos con alguna patología mental y entre ellos los diagnosticados de ansiedad (Grant, Hasin, Chou, Stinson, & Dawson, 2004). Incluso se han encontrado asociaciones ocasionales entre el trastorno de pánico, la ansiedad y el consumo de tabaco (Urdapilleta-Herrera et al., 2010).

7.1.1.2. Descanso

Los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación revelan mayor problemas de descanso entre la población diagnosticada de ansiedad y depresión, siendo 4 veces mayor la probabilidad de sufrir éstos problemas en los sujetos pertenecientes al grupo de los casos.

La literatura científica confirma que ambos trastornos mentales se relacionan con una menor duración y calidad del sueño, siendo más característico la percepción de una peor calidad del sueño que la duración estimada de horas que se ha descansado (Miró et al., 2006; Moo-Estrella, Pérez-Benítez, Solís-Rodríguez, & Arankowsky-Sandoval, 2005; Ohayon & Roth, 2001). Estos resultados son coherentes con los resultados de nuestra investigación.

La evidencia científica muestra que alrededor de un 40% de las personas que sufren alteraciones en el patrón de descanso presentan algún trastorno psiquiátrico, teniendo un 30% de los casos diagnóstico de depresión y un 70% algún trastorno ansioso (Breslau et al., 1997; Miró et al., 2006; Sarrais & de Castro Manglano, 2007). En nuestro estudio un 60,9% de la población diagnosticada con trastorno mental padecía dicha alteración, siendo similares a los resultados obtenidos por otros estudios. Un estudio realizado entre la población infantil de Lorca al mes de ocurrir el evento traumático y con un seguimiento durante los 12 meses posteriores, mostró resultados muy similares a los obtenidos

por el presente estudio, manifestando alteraciones en el patrón de descanso en un 35,6% de la población al mes del suceso y en un 27,5% transcurrido un año (López-García & López-Soler, 2014).

7.1.1.3. Ejercicio Físico

La realización de ejercicio físico ha resultado ser el hábito saludable con una mayor práctica entre la población diagnosticada de ansiedad y/o depresión durante su tiempo libre, contrariamente a lo esperado según la literatura científica revisada. Según la cual, cabría esperar que la población con ansiedad y depresión realizara una menor práctica de ejercicio físico o, al menos, similar al realizado por la población general (Iglesias Martínez, Olaya Velázquez, & Gómez Castro, 2015). Una posible explicación de nuestros resultados sería la posibilidad de que la población diagnosticada de trastorno mental y en tratamiento hubiera incrementado su práctica en mayor medida empleándolo como acción terapéutica.

Existen artículos que avalan y refuerzan mediante sus investigaciones que el bienestar psicológico es mayor cuando se realiza una práctica regular de ejercicio físico, es decir, mejora la salud subjetiva, el estado de ánimo y la emotividad (Biddle et al., 2000; Subirats, Subirats, & Soteras, 2012), reduce el tiempo de la sintomatología depresiva (Lawlor & Hopker, 2001), disminuye el nivel de ansiedad (Akandare & Tekin, 2005), aumenta el autoestima (Elavsky & McAuley, 2007a, 2007b) así como beneficia el afrontamiento del estrés (Holmes, 1993).

Akandare y Tekin llevaron a cabo un estudio donde se analizaron la existencia de diferencias entre ambos sexos cuando los sujetos sufrían ansiedad, constatando que el sexo femenino tenía una mayor prevalencia de sintomatología ansiosa, pero que ésta disminuía de forma similar tras un programa de actividades físicas en ambos sexos (Akandare & Tekin, 2005). Sería interesante para futuras investigaciones la realización de programas terapéuticos basados en actividades físicas para valorar tanto la sintomatología ansiosa como la depresiva desencadenadas tras un desastre natural, con la finalidad de evidenciar la influencia de la actividad física como medio terapéutico.

7.1.1.4. Consumo de Alcohol y Otras Sustancias Tóxicas

La literatura científica reconoce la existencia de pocos estudios acerca del consumo de tóxicos y los desastres naturales (F. H. Norris et al., 2002). Dragan estudió una muestra de personas dependientes del alcohol, encontrando una proporción del 60% con múltiples traumas a lo largo de la vida, de los cuáles el 25% cumplía criterios actuales de trastorno de estrés postraumático (Dragan & Lis-Turlejska, 2007).

Estudios como el realizado entre la población afectada por el huracán Katrina, evidencian que las personas con trastornos mentales eran más propensas a abusar del alcohol tras haberse encontrado expuestos a un desastre natural (Kishore et al., 2008).

Existen artículos que respaldan el hecho de que el apoyo social se manifiesta como un elemento protector ante el estrés y el abuso de sustancias cuando surgen eventos traumáticos como los desastres naturales. Las personas con un bajo número de eventos traumáticos en su vida no abusan del alcohol mientras que los que han tenido un nivel alto de trauma a lo largo de su vida aumentan su consumo de alcohol (Cerdá, Tracy, & Galea, 2011). Sería interesante para futuras investigaciones el análisis de la relación entre el apoyo social con el que contaron los sujetos tras haberse encontrado expuestos a los eventos traumáticos y el consumo de alcohol y otras sustancias tóxicas.

También, se han localizado trabajos cuyos resultados se orientan en el sentido contrario. En un estudio realizado en una muestra de noruegos que habían sido afectados por el terremoto y posterior tsunami de Sumatra 2004, se encontró que el consumo de alcohol no subió tras el desastre (Nordlòkken, Pape, Wentzel-Larsen, & Heir, 2013). Por otro lado, un estudio donde el consumo de alcohol descendió, incide en la importancia de factores culturales respecto a la influencia de los terremotos en el consumo de alcohol (Shimizi et al., 2000).

La literatura resulta algo contradictoria en este aspecto, pero concuerdan en el hecho de que el aumento de alcohol se deba al fuerte estrés ocasionado por el desastre, como revelan los estudios realizados tres años después de los atentados a

las torres gemelas, donde tras una leve subida del consumo de alcohol, se regresó al estado previo al atentado (North et al., 2013).

Algunos autores consideran que el consumo de sustancias nocivas como el cannabis se observa con mayor facilidad entre las personas con problemas emocionales como la ansiedad y/o la depresión, al existir una mayor vulnerabilidad (Fernández-Artamendi, Fernández-Hermida, Secades-Villa, & García-Portilla, 2011; Limonero, Gómez-Romero, Fernández-Castro, & Tomás-Sábado, 2013).

Como muestran otros estudios, el deterioro de la calidad y la discapacidad ocasionada por los trastornos mentales puede llevar al inicio del consumo de tóxicos como el alcohol y otras drogas o incluso a incrementar dicho consumo (Marján López de la Parra et al., 2014).

7.1.3. DISCAPACIDAD EN LOS TRASTORNOS ANSIOSO- DEPRESIVOS

Los resultados obtenidos nos muestran que los individuos diagnosticados de ansiedad y depresión refieren uno mayores niveles de discapacidad mediante el análisis realizado a través de la escala WHODAS-II. En concreto, las dos categorías analizadas cuyos resultados son estadísticamente significativos son: el funcionamiento diario y el estigma.

La literatura científica respalda los resultados obtenidos en nuestra investigación, constatando como la discapacidad producida por los trastornos mentales es mayor incluso que la ocasionada por problemas físicos (J. Alonso et al., 2004; Wagner et al., 2012). Esta discapacidad asociada a los trastornos mentales llega a provocar un deterioro de las relaciones sociales y de la actividad laboral, perturbando el funcionamiento diario de los sujetos, conllevando al sentimiento de estigmatización ante los trastornos mentales sufridos y la discapacidad ocasionada.

El estudio realizado por Alonso et al., empleó la misma escala (WHODAS-II) para medir la discapacidad por los trastornos mentales y otras patologías de carácter físico obteniendo resultados muy similares a los del presente estudio. La mayor incapacidad encontrada entre sus entrevistados resultó el funcionamiento

diario seguida de la carga familiar y en tercer lugar el estigma que ocasionaban los distintos trastornos mentales (J. Alonso et al., 2004).

La discapacidad conlleva un deterioro de la calidad de vida, un aumento en la práctica de hábitos nocivos para la salud, como el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias tóxicas, y una disminución del patrón de sueño diario (Marján López de la Parra et al., 2014).

Los trastornos de ansiedad constituyen en España la segunda causa de incapacidad laboral temporal por detrás de las enfermedades osteomusculares, siendo las bajas laborales de mayor recurrencia, duración e incapacidad. Dichos trastornos provocan un deterioro del funcionamiento diario del individuo como consecuencia de la discapacidad ocasionada (Andani Cervera et al., 2012). Este fenómeno también ocurre más allá de las fronteras de nuestro país como revela el estudio realizado por Knudsen et al., entre la población noruega, destacando una mayor discapacidad producida por los trastornos ansiosos (Knudsen et al., 2013).

La Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015 llevada a cabo en Colombia, obtuvo unos resultados similares a los del presente estudio, constatando que los trastornos mentales son la primera causa de años vividos con discapacidad, contribuyendo al 7,4% de los años de vida ajustados por ésta, aumentando en la medida que disminuyen los producidos por las enfermedades transmisibles, siendo el trastorno depresivo el que obtuvo una mayor prevalencia en referencia a la discapacidad ocasionada (Gómez Restrepo et al., 2016).

Además de la gran dificultad ocasionada por incapacidad ocurrida ante un deterioro del funcionamiento diario, el hecho de padecer una enfermedad mental puede conllevar una serie de reacciones sociales negativas para su bienestar, adaptación y participación social, llevando implícito en numerosas ocasiones una discriminación social, que recibe nombre propio: “estigmatización social” (Link, 2001; Link, Struening, Neese-Todd, Asmussen, & Phelan, 2001). En nuestro estudio se ha detectado una mayor percepción, de sufrir estigma entre los casos. No detectándose diferencias significativas en el resto de medidas relacionadas (discriminación y carga familiar).

7.1.4. CALIDAD DE VIDA EN LOS TRASTORNOS MENTALES ANSIOSO-DEPRESIVOS

La calidad de vida ha sido estudiada en numerosas ocasiones en pacientes con enfermedades de carácter crónico, obteniendo entre los resultados una menor calidad de vida así como una mayor discapacidad, experimentando condiciones como la ansiedad o la depresión (Abbott, Hart, Morton, Gee, & Conway, 2008; Contreras, Esguerra, & Espinosa, 2007; Gaviria, Vinaccia, Riveros, & Quiceno, 2007; Vinaccia, Quiceno, Fonseca, Fernández, & Tobón, 2015). También, ha sido intensamente investigada la calidad de vida percibida en los cuidadores informales de personas dependientes revelando una gran sobrecarga de trabajo y estrés que afecta física y psicológicamente al cuidador conllevando a una peor calidad de vida (Aparicio et al., 2008; Fernández de Larrinoa et al., 2011; Flores, Jenaro, Moro, & Tomşa, 2015; Flores, Jenaro, Navarro, Vega, & Vázquez, 2013; López Gil et al., 2009). El presente trabajo contribuye a las escasas investigaciones publicadas evaluando la calidad de vida experimentada por los trastornos mentales, especialmente por los trastornos ansiosos-depresivos. Los resultados obtenidos en nuestro trabajo exponen que la percepción de la calidad de vida en referencia al componente mental es significativamente inferior entre el grupo de sujetos diagnosticados de trastorno mental frente al grupo control.

El estudio ESEMeD reveló resultados similares a los obtenidos en nuestra investigación, los sujetos con sintomatología depresiva presentaron mayores niveles de insatisfacción en cuestión de calidad de vida referidos hacia aspectos como la vivienda, familia, educación, redes sociales y experiencias relacionadas con el ámbito de la salud mental (J. Alonso et al., 2004).

Al igual que los trastornos depresivos, la sintomatología ansiosa también lleva relacionada cierta discapacidad y, por consiguiente, un deterioro o baja calidad de vida en relación con la salud, e incluso una mayor probabilidad de abusos de sustancias tóxicas, intentos de suicidios, etc..., reafirmando los resultados obtenidos en cuanto al aumento de consumo de alcohol y otros tóxicos entre el grupo de casos (J. Alonso et al., 2004).

Otros estudios evidencian que los individuos diagnosticados de trastornos de pánico presentan un perfil caracterizado por limitaciones en el rol funcional por problemas emocionales, así como los individuos con trastornos obsesivos compulsivos también encuentran elevadamente deteriorada su calidad de vida en su componente emocional y en el funcionamiento social en comparación con otros trastornos de carácter crónico como puede ser la diabetes. En los trastornos fóbicos la calidad de vida se encuentra relacionada con el número de situaciones fóbicas a la que se expone, es decir, cuanto mayor es el número de exposición al factor estresante, el sujeto aumenta el sentimiento de una menor calidad de vida.

En general, los trastornos ansiosos presentan una menor calidad de vida en ocho áreas como son el trabajo, situación económica, familia de origen, amigos, relaciones de pareja, bienestar físico y psicológico e infancia (Caqueo-Urizar et al., 2012; G, S, & W, 2001; Gutiérrez-Maldonado, 2012; RC & RG, 1997; RV & A, 2000). Existen numerosos estudios que confirman que practicar un estilo de vida saludable mejora la calidad de vida de la población (Crespo Salgado et al., 2015; Giraldo Osorio et al., 2010; Hoffman, 2002; Pastor et al., 2006; Subirats et al., 2012), así como el potencial efecto positivo que el ejercicio físico puede tener sobre la calidad de vida de pacientes con depresión, consiguiendo incluso un mayor desarrollo social y la disminución del dolor corporal (Schuch, Vasconcelos-Moreno, Borowsky, & Fleck, 2011).

7.1.5. PROPUESTA DE APLICABILIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DESDE EL ÁMBITO DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

Ante una situación de emergencia relacionada con una catástrofe natural como son los terremotos de Lorca, la “Guía de la IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes” establece 3 tipos de respuestas (preparación para la emergencia, respuesta mínima y respuesta integral), mediante el desarrollo de 11 funciones (coordinación, diagnóstico de la situación, seguimiento y evaluación, protección de normas y derechos humanos, recursos humanos (funciones comunitarias), organización de la comunidad y apoyo comunitario, servicios de salud, educación, difusión de la información (funciones de salud mental y apoyo psicosocial), seguridad alimentaria y

nutrición, albergues y planificación de emplazamientos, abastecimiento de agua y saneamiento), para intentar atenuar las posibles reacciones adversas que la situación catastrófica pueda desarrollar entre la población (IASC, 2007).

La OMS nos habla de la necesidad de intervenciones psicológicas ante las catástrofes durante la fase denominada como “reconsolidación”. En esta fase, las intervenciones psicológicas tendrían una mayor importancia que las sociales, ya que éstas últimas deberían encontrarse resueltas. Las intervenciones psicológicas a desempeñar durante la fase de reconsolidación serían: educación psicológica a la comunidad, educación en primeros auxilios a los trabajadores de atención primaria y líderes de la comunidad, abastecimiento de fármacos a pacientes con trastornos mentales, creación de grupos de autoayuda y fortalecimiento de programas de salud mental (OMS, 2003).

Cohen (2008) nos revela que una atención psicológica temprana permite reducir la desorganización psico-cognitiva y afectiva, así como ayuda a la población a afrontar todas aquellas consecuencias derivadas de la catástrofe (Cohen, 2008).

Autores como Figueroa, Marín y González (2010) proponen una atención psicológica temprana, es decir, durante los 3 primeros meses, organizándose en cinco niveles de atención: difusión, apoyo social, manejo médico general, manejo psiquiátrico general y manejo psiquiátrico por expertos (Figueroa, Marín, & González, 2010).

Ambos estudios nos revelan que la mayoría de la población afectada a consecuencia de una catástrofe natural no acude en busca de ayuda a los servicios sanitarios, radicando aquí la importancia de un adecuado modelo de salud comunitaria donde los profesionales de la salud mental se encuentren accesibles y trabajando en el lugar del suceso para conseguir una atención correcta y adaptada a la necesidad de cada sujeto (Cohen, 2008; Figueroa et al., 2010; IASC, 2007).

Los hallazgos obtenidos nos permiten establecer ciertas estrategias desde la perspectiva de la práctica clínica enfermera con la finalidad de promover intervenciones preventivas (primarias y secundarias) y de promoción de la salud entre la población cuando ocurre algún desastre natural.

Entre las posibles intervenciones que proponemos para el abordaje integral de dicha población, destacamos la educación/formación sanitaria y el apoyo emocional, incluyendo, entre otras, técnicas de afrontamiento como las terapias de relajación, el mindfulness, el ejercicio físico o los grupos de autoayuda.

7.1.5.1. Terapias de relajación

La NANDA (North American Nursing diagnosis Association) define el concepto ansiedad como “vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo), sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo” (NANDA, 2016). El tratamiento frecuentemente más utilizado para paliar la ansiedad es el farmacológico, siendo importante emplear entre los sujetos técnicas alternativas que no produzcan efectos adversos, como las terapias de relajación (Aragües, Fernández Esteban, & Jiménez Arriero, 2010; Pacheco Yáñez & Medrano Albéniz, 2007; Soriano González, 2012).

Los talleres de relajación son útiles en la reducción de la ansiedad en los centros de atención especializada y, principalmente, en aquellos pacientes que no toman su medicación. Estas técnicas reducen los niveles de activación autonómica y las experiencias de ansiedad, mejoran el sueño y otros síntomas asociados al estrés, así como aumentan la motivación a continuar con el tratamiento, siendo beneficiosos tanto para trastornos de carácter físico como psíquico (Soriano González, 2012).

Los talleres dedicados a la aplicación de terapias de relajación son considerados como herramientas de autoayuda para el afrontamiento a nivel individual y familiar de personas con ansiedad y depresión (Vilar Hernández & Cano Carrascosa, 2009).

El protocolo empleado en los centros de salud mental de la Región de Murcia para la realización de terapias de relajación opta principalmente por la relajación de Jacobson y el entrenamiento en la respiración abdominal (Illán, Hurtado, & Marín, 2004).

La relajación de Jacobson tiene como propósito enseñar al paciente una técnica de autocontrol ante cualquier situación ansiosa, consistente en tensar y posteriormente relajar de forma secuencial varios grupos de músculos a la vez, con la finalidad de que el sujeto sea capaz de reducir la tensión muscular ante cualquier situación de la vida cotidiana, favoreciendo a la vez el descanso.

El entrenamiento en la respiración abdominal o diafragmática, consiste en reeducar al sujeto en la denominada respiración fisiológica normal o natural como técnica de autocontrol. La realización de esta práctica produce un efecto relajante sobre el sistema nervioso, siendo ideal para el descanso y relajación. Los ejercicios para practicar la respiración abdominal consisten en tomar aire lenta y profundamente a través de la nariz, a la vez que se cuenta hasta 3 intentado llenar al máximo los pulmones y se observa como el abdomen sale hacia fuera.

Posteriormente se debe de realizar una pausa de pocos segundos, para finalmente, soltar todo el aire que se encuentra dentro de los pulmones mientras contamos lentamente hasta 10 (Illán et al., 2004; Soriano González, 2012).

7.1.5.2. Mindfulness

Este concepto no tiene una traducción exacta al español, pero un término propuesto ha sido “atención y consciencia plena”. El adiestramiento en mindfulness aumenta el “insight” metacognitivo (autoconciencia del conocimiento) a través de la capacidad de descentramiento (estrategias de evitación de sintomatología ansiosa-depresiva) (Dragan & Dragan, 2014; Getch et al., 2014; Linares, Jauregui, Herrero-Fernández, & Estévez, 2016). Diversos estudios científicos en referencia al empleo de mindfulness como técnica para el tratamiento de episodios ansioso-depresivos, revelan mejoras significativas en los niveles de ansiedad, preocupación, sintomatología de carácter depresivo y calidad de vida (Evans et al., 2008; Y. W. Kim et al., 2009; Roemer & Orsillo, 2003, 2007).

7.1.5.3. Ejercicio Físico

La evidencia científica, manifiesta que el movimiento corporal mejora la condición fisiológica del ser humano así como el estado mental y las relaciones sociales (Crews & Landers, 1987; Fornés Vives et al., 2012; Strawbridge, Deleger, Roberts, & Kaplan, 2002).

Para la obtención de resultados óptimos, la práctica de ejercicio físico aeróbico (actividad sostenida y rítmica de grandes grupos musculares, principalmente las piernas) debe de tener una intensidad media y/o alta, realizándose entre 3 ó 4 veces por semana y una duración por sesión aproximada de 30-40 minutos. Este tipo de ejercicios se corresponde con actividades como correr, bailar, montar en bicicleta, nadar, etc... (Fornés Vives et al., 2012; Iglesias Martínez et al., 2015; Varo & Martínez- González, 2003).

7.1.5.4. Grupos de autoayuda

Las catástrofes naturales pueden provocar en los sujetos afectados alteraciones en su vida diaria tanto a nivel familiar como laboral, llevando a los individuos a situaciones de crisis en las cuales puede desarrollarse impotencia e incomunicación, sintiendo la necesidad de pertenecer a un grupo de sujetos con su misma necesidad a través del cual conseguir su fortalecimiento. Mediante los grupos de autoayuda, los individuos son capaces de crear espacios de intercambios de experiencias, expresión de sentimientos y búsqueda de estrategias de afrontamiento ante las situaciones conflictivas (OMS, 2003).

7.2. LIMITACIONES

En el presente estudio cabe destacar las siguientes posibles limitaciones:

- La muestra de casos se obtuvo de los pacientes que fueron atendidos en el CSM de Lorca. Esto supone que la muestra no sería representativa de la población afectada que desarrollo alguna enfermedad mental puesto que muchos usuarios fueron atendidos en los CAPs mediante los recursos que se desarrollaron por la administración pública y los servicios sanitarios

(Martín, Garriga, & Egea, 2015). En todo caso, los participantes en este estudio podrían ser representativos de aquellos pacientes con una sintomatología más grave que fueron remitidos o que acudieron al CSM para su valoración y tratamiento.

- El sesgo de memoria, es una de las posibles limitaciones de los estudios casos-control, debido a la recogida de información con carácter retrospectivo. El sujeto puede haber olvidado aspectos relativos a la exposición, principalmente los individuos sanos (controles), mientras que aquellos que desarrollaron algún trastorno mental (casos) pueden recordar mejor la exposición. Estudios sobre sesgos de memoria como el de Mac Leod y Mathews sugieren que la información negativa predomina sobre la positiva o la neutra en aquellas personas con ansiedad y depresión, siendo necesario aumentar el conocimiento sobre procesamiento y recuerdo de información positiva en dichas personas (Mac Leod & Mathews, 2012). La utilización del mismo instrumento altamente estructurado en ambos grupos podría minimizar este tipo de sesgo de memoria o recuerdo.
- Otra posible limitación del presente estudio, se debe al tiempo transcurrido desde el 11 de Mayo de 2011 hasta la valoración de los distintos individuos, comprendiendo este periodo entre 18 meses y 2 años. Aunque existe literatura científica que avala a este espacio temporal como adecuado para la valoración de los trastornos mentales desarrollados tras un desastre natural, ya que parece existir una alta validez retrospectiva en este tipo de medidas (Hardt & Rutter, 2004).
- Es viable la existencia de una infranotificación de enfermedades crónicas entre el grupo de casos, debido a que la información acerca de las afecciones de carácter crónico de este grupo de sujetos fue obtenida mediante la revisión de la historia clínica existente en el CSM Lorca. Existe la posibilidad de que el registro de esta información en las historias clínicas del centro fuese deficitario.

7.3. FORTALEZAS

En el presente estudio cabe destacar las siguientes fortalezas:

- A diferencia del diseño transversal del proyecto PEGASUS-Murcia, se ha empleado un diseño caso-control con la inclusión de los casos incidentes atendidos en el CSM de Lorca tras la exposición al terremoto y antes de las inundaciones que tuvieron lugar con posterioridad. Los controles incluidos fueron obtenidos de una muestra aleatoria, entre los entrevistados en Lorca tras los terremotos y sin diagnósticos clínicos evaluados con criterios DSM-IV. Han sido valorados los antecedentes de trastorno mental en los controles, excluyendo a quienes hubieran padecido algún problema de salud mental a lo largo de la vida, Sin embargo, ambos grupos han estado expuestos a los terremotos de Lorca.
- Ha sido empleada la misma versión informatizada de la entrevista CIDI tanto para casos como para controles, traducida y adaptada a la cultura española en la población de Murcia junto con un manual protocolizado, además, los entrevistadores recibieron formación y supervisión, con el investigador principal, al menos una vez al mes. Este instrumento, altamente estructurado, garantizando la objetividad en la aplicación de las entrevistas. Por otra parte, las pruebas utilizadas en la CIDI son estandarizadas y utilizadas ampliamente en investigación en estudios multinacionales a través de la WMH Survey Initiative, dependiente de la OMS. La validez y fiabilidad de la entrevista ha sido confirmada en varios estudios comparativos (Haro et al., 2006; Kessler & Ustün, 2004).
- Debido a la existencia de un protocolo específico para atender a los afectados por los terremotos a nivel de atención primaria (Martín et al., 2015), junto con el trabajo realizado por dos psicólogas clínicas encargadas de los casos más leves derivando solo a los casos más graves, aumentó la probabilidad de que la muestra a la que se ha accedido contuviera los casos más graves.

- Las recomendaciones de la Iniciativa para el Fortalecimiento de los Informes sobre Estudios Observacionales en Epidemiología (STROBE) han sido la guía para el diseño y la elaboración del presente estudio (von Elm et al., 2014; von Elm et al., 2008).

8. CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Es evidente que los desastres naturales y especialmente los terremotos, por sus características (gran dificultad de predicción y extraordinario poder destructivo), generan un fuerte sentimiento de indefensión, ansiedad y depresión, provocando el cambio de situación vital de las personas que lo experimentan.

En el presente trabajo de investigación, el empleo de distintos instrumentos de medida nos ha permitido determinar algunos factores (hábitos de salud, discapacidad y calidad de vida) asociados a aquellas personas que han desarrollado trastornos ansioso-depresivos tras la exposición a los terremotos ocurridos en Lorca el 11 de mayo de 2011. Estos resultados nos ofrecen la oportunidad de ampliar conocimientos acerca de estas situaciones y utilizarlos en la práctica clínica mediante la implementación de cuidados adecuados e integrales a las personas expuestas a desastres naturales con criterios de máxima calidad, eficacia, eficiencia y efectividad.

A continuación, se presentan las conclusiones obtenidas del estudio caso control realizado sobre los la discapacidad, hábitos de salud y calidad de vida percibida entre las personas atendidas por trastornos ansioso-depresivos en el Centro de Salud Mental de Lorca tras la exposición a los terremotos de Lorca:

1. En relación con los hábitos de salud, nuestro estudio nos revela que la población diagnosticada de ansiedad y/o depresión y en tratamiento realizaba una mayor práctica de ejercicio físico que aquellas personas que no sufrieron dichas alteraciones de la salud, sin embargo presentaron un mayor consumo de tabaco y refirieron problemas de sueño con mayor frecuencia que los controles. El efecto de estas diferencias detectadas en el análisis bivalente no fue significativo al controlar el análisis por los potenciales factores de confusión (variables sociodemográficas, el número de enfermedades crónicas y el nivel de exposición al terremoto).
2. Las personas con diagnóstico de trastorno ansioso-depresivo, mostraron una mayor discapacidad funcional, una mayor limitación y restricción de participación en los distintos ámbitos de su vida, comparadas con las personas sin diagnóstico de trastorno ansioso-depresivo expuestas al

mismo evento. Las categorías con más deterioro según la WHODAS-II, han sido el funcionamiento diario y el sentimiento de estigmatización.

3. Las personas con diagnóstico de trastorno ansioso-depresivo presentan una menor calidad de vida percibida, manifestando una peor percepción tanto en el componente mental (funcionamiento social, rol emocional, salud mental, vitalidad y salud general) como en el componente físico (funcionamiento físico, rol físico, dolor y salud general y vitalidad).
4. Por último, y como hallazgos secundarios, cabría destacar que entre las variables utilizadas como variables de ajuste, aquellas que mantienen una asociación significativa en los diferentes modelos multivariantes de forma más consistente, estarían el nivel de exposición a los terremotos y el ser mujer.

9. BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

- Abbott, J., Hart, A., Morton, A., Gee, L., & Conway, S. (2008). Health-related quality of the life in adults with cystic fibrosis. *Journal of psychosomatic research*, 64(2), 149-157.
- Aduen Castro, A., Melendez Caballero, R., Peñas Medina, P., Rueda Celedon, T., & Núñez Bravo, N. (2013). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con trastornos mentales. *Rev. Salud mov.*, 5(1), 5-14.
- Aisenstein, A. (1995). *Curriculum presente. Ciencia Ausente. Modelo didáctico en la educación física: entre la escuela y la formación docente*. Buenos Aires: Miño y Dávila editores S.R.L.
- Akandare, M., & Tekin, A. (2005). *Efectos del ejercicio físico sobre la ansiedad. ACSM para la valoración y prescripción del ejercicio*. Barcelona: Paidotribo.
- Alberdi Sudupe, J., Tabaoda, O., Castro Dono, C., & Vázquez Ventoso, C. (2006). Depresión. *Guías clínicas*, 6(11).
- Alcedo, J., & Ángulo, J. (2015). Factores protectores, estilos de vida saludable y riesgo cardiovascular. *Psicología y Salud*, 25(1), 57-71.
- Alligood, M., & Marriner, T. (2011). *Modelos y teorías en enfermería*. Madrid: Elsevier.
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., . . . ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators. (2004). Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*(420), 38-46.doi:10.1111/j.1600-0047.2004.00329.x
- Alonso, J., Lépine, J. P., & Committee, E. M. S. (2007). Overview of key data from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *J Clin Psychiatry*, 68 Suppl 2, 3-9.

- Alonso, J., Reyes, J., Sánchez, R., & Islas, E. (2016). Conocimiento y aplicación del proceso de atención de enfermería, el primer nivel de atención de salud. *Educación y salud, Boletín científico de Ciencias de la Salud de ICESA*, 4(7).
- Alonso, J., Vilagut, G., Adroher, N. D., Chatterji, S., He, Y., Andrade, L. H., . . . Kessler, R. C. (2013). Disability mediates the impact of common conditions on perceived health. *PLoS One*, 8(6), e65858. doi:10.1371/journal.pone.0065858.
- Álvarez, D., Berrozpe, E., Castellino, L., González, C., Lucero, C., Maggi, S., & Zalazar, R. (2016). Insomnio: Actualización en estrategias diagnósticas y terapéuticas. *Neurología Argentina*, 8(3), 201-209.
- Amad Pastor, M., Rivera Rocamora, C., & Cánovas Tomás, M. (2014). *Evaluación de las intervenciones de enfermería en los cuidados a mujeres con diagnóstico enfermero ansiedad*. Universidad de Murcia, Murcia.
- American College of Sport Medicine (ACSM) (1999). *Manual ACSM para la valoración y prescripción del ejercicio*. Barcelona: Paidotribo.
- Andani Cervera, J., Guadalajara Olmeda, N., Barrachina Martínez, I., & Vivas Consuelo, D. (2012). Incidencia y variabilidad de la incapacidad temporal por trastornos de ansiedad en la Comunidad Valenciana durante el 2009. *Rev. española de Salud Pública*, 86(1), 61-70.
- Annicchiarico Ramos, R. (2002). La actividad física y su influencia en la vida saludable. *Revista digital Efdeportes* (51). Recuperado de <http://http://www.efdeportes.com/efd51/salud.htm>
- American Psychiatric Association (APA) (2014). *Diagnostic and statistics manual of mental disorders* (5 ed.). Whashington DC: American Psychiatric Association.
- Aparicio, M. E., Sánchez, M. P., Díaz, J. F., Cuéllar, I. C., B, Fernández, M. T., & de Tena, A. (2008). *La salud física y psicológica de las personas cuidadoras: comparación entre cuidadores formales e informales*. Madrid: INSERSO.

- Aragües, M., Fernández Esteban, I., & Jiménez Arriero, M. (2010). Recomendaciones para el manejo de los trastornos depresivos y de ansiedad en atención primaria. *Recomendaciones farmacoterapéuticas en salud mental*. Recuperado de <http://www.madrid.org/sanidad/farmacia/recomendaciones>
- Arredondo González, C., & Siles González, J. (2009). Tecnología y humanización de los cuidados: una mirada desde la teoría de las relaciones interpersonales. *Index enfermería*, 18(1), 32-36.
- Attewell, A. (2010). Florence Nightingale (1820-1910). *Revista internacional de historia y pensamiento enfermero*,(11). Recuperado de <http://www.index-f.com/temperamentum/tn11/t0111.php>.
- Ávila-Agüero., M. (2009). Hacia una nueva salud pública: Determinantes de la salud. *Acta Médica Costarricense*, 51(2), 71-73.
- Ayuntamiento de Lorca. (2014). Definición de estrategias para el desarrollo económico y empleo, mejora de la calidad de vida y bienestar en el municipio de Lorca. Murcia: Universidad de Murcia.
- Ayuso-Mateos, J. L., Vázquez-Barquero, J. L., Dowrick, C., Lehtinen, V., Dalgard, O. S., Casey, P., . . . Group, O. (2001). Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *Br J Psychiatry*, 179(4), 308-316.
- Baca Baldomero, E., Sáiz Ruiz, J., & Porrás Chavarino, A. (2001). [The detection of mental disorders by physicians who are not psychiatrists: usefulness of the PRIME-MD questionnaire]. *Med Clin (Barc)*, 116(13), 504-509.
- Baker, P. (2001). The tidal model: developing and empowering, person-centred approach to recovery within psychiatric and mental health nursing., *J Psychiatr. Ment. Health Nurs.* 8(3), 233-240.
- Baker, R. P. (1992). New technology in survey research: computer-assisted personal interviewing (CAPI). *Social Science Computer Review*.10(2), 145-157.

- Baker, R. P., Bradburn, N. M., & Johnson, A. (1995). Computer- assisted Personal Interviewing: An experimental evaluation of data quality and cost. *Journal of official Statistics- Stockholm*, 11(4), 415-434.
- Balaguer, I., & Castillo, I. (2002). Actividad física, ejercicio físico y deporte en la adolescencia temprana. En I.Balaguer (Ed.), *Estilos de vida en la adolescencia* (pp. 37-64). Valencia: Promolibro.
- Baldi López, G., Devia, C., & Giménez, I. (2013). Percepción de la calidad de vida en una muestra de individuos de la Región de Cuyo Argentina. *Informes psicológicos*, 13(1), 135-153.
- Banegas, J., Díez- Gañán, L., Banuelos-Marco, B., González- Enríquez, J., Villar- Álvarez, F., Martín- Moreno, J., & Jiménez- Ruíz, C. (2011). Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España en 2006. *Medicina clínica*, 136(3), 97-102.
- Baron, M., Schieir, O., Hudson, M., Steele, R., Kolahi, S., Berkson, L., . . . Zummer, M. (2008). The clinimetric properties of the World Health Organization Disability Assessment Schedule II in early inflammatory arthritis. *Arthritis Rheum*, 59(3), 382-390. doi:10.1002/art.23314
- Barrios Flores, L. (2002). El internamiento psiquiátrico en España: de Valencia a Zaragoza (1409-1808). *Rev. Cubana de Salud Pública*, 28(2), 224-245.
- Beck, A. (2008). The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *Am J Psychiatry*, 165(8), 969-977.
- Bello, S., Michalland, S., Soto, M., Contreras, C., & Salinas, J. (2005). Efectos de la exposición al humo de tabaco ambiental en no fumadores. *Revista Chilena de enfermedades respiratorias*, 21(3), 179-192.
- Biddle, S., Fox, K., & Boutcher, S. (2000). *Physical activity and psychological well-being*. London: Routledge.
- Bijl, R. V., Ravelli, A., & van Zessen, G. (1998). Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 33(12), 587-595.

- Bobes, J., Calcedo-Barba, A., García, M., François, M., Rico-Villadermoros, E., González, M., . . . Bousoño, M. (2000). Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española de cinco cuestionarios para la evaluación del trastorno de estrés postraumático. *Acta de psiquiatría*, 28(4), 207-218.
- Bond, G. R., Drake, R. E., & Becker, D. R. (2008). An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatr Rehabil J*, 31(4), 280-290. doi:10.2975/31.4.2008.280.290
- Botero Mejía, B., & Pico Merchán, M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Hacia la promoción de la salud*, 12(1), 11-24.
- Breslau, N., Killberry, M., & Andreski, P. (1997). Nicotine dependence, major depression and anxiety in young adults. *Archives of general psychiatric*, 48(12), 1069-1074.
- Brookers, N. (2007). Phil Baker: El modelo de la marea en la recuperación de la salud mental. En: Marriner Tomey A, Alligood MR, (Ed). *Modelos y teorías de enfermería*. 6ª ed. (pp. 700-729). Madrid: Elsevier España.
- Buist-Bouwman, M. A., Ormel, J., De Graaf, R., Vilagut, G., Alonso, J., Van Sonderen, E., . . . Investigators, E. M. (2008). Psychometric properties of the World Health Organization Disability Assessment Schedule used in the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders. *Int J Methods Psychiatr Res*, 17(4), 185-197. doi:10.1002/mpr.261
- Cabañas Rodríguez, L., Carreño Herrero, E., Izquierdo Álvarez, A., & Martínez Solares, J. (2011). Informe del seísmo de Lorca del 11 de Mayo de 2011. Murcia: Instituto Geográfico Nacional España.
- Caqueo-Urizar, A., Gutiérrez-Maldonado, J., Ferrer-García, M., & Fernández-Dávila, P. (2012). Calidad de vida en pacientes con esquizofrenia de ascendencia étnica Aymara en el norte de Chile. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(2), 121-126.

- Carceller Macias, N., Ariste, S., Martínez Hernández, A., Martorell-Poveda, M., Correa- Urquiza, M., & DiGiacomo, S. (2014). Smoking as a form of self-medication for depression or anxiety in young adults: results of a mixed-methods study. *Adicciones*, 26(1), 34-45.
- Carpensen, C., Powell, P., & Christerson, G. (1985). Physical activity, exercise and physical fitness. *Public Health Rep*, 100(2), 125-131.
- Cayuela Fuentes, P., Hernández Conesa, J., & Beneit Montesinos, J. (2013). *Historia de la habilitación profesional y formación de las enfermeras durante el reinado de Alfonso XIII: un estudio jurídico e histórico pedagógico*. Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Cella, D., Lai, J. S., Nowinski, C. J., Victorson, D., Peterman, A., Miller, D., . . . Moy, C. (2012). Neuro-QOL: brief measures of health-related quality of life for clinical research in neurology. *Neurology*, 78(23), 1860-1867. doi:10.1212/WNL.0b013e318258f744
- Cerdá, M., Tracy, M., & Galea, S. (2011). A prospective population based study of changes in alcohol use and binge drinking after a mass traumatic event. *Drug Alcohol Depend*, 115(1-2), 1-8. doi:10.1016/j.drugalcdep.2010.09.011
- Cheng, Y., Wang, F., Wen, J., & Shi, Y. (2014). Risk factors of post-traumatic stress disorder (PTSD) after Wenchuan earthquake: a case control study. *PLoS One*, 9(5), e96644. doi:10.1371/journal.pone.0096644
- Chiang Salgado, M., Torres Rodríguez, M., Maldonado Díaz, M., & González Rubilar, U. (2003). Propuesta de un programa de promoción sobre un estilo de vida saludable en preescolares mediante una intervención multidisciplinar. *Rev. Cubana Invest. Biomed.*, 22(4), 245-252.
- Chou, F. H., Wu, H. C., Chou, P., Su, C. Y., Tsai, K. Y., Chao, S. S., . . . Ouyang, W. C. (2007). Epidemiologic psychiatric studies on post-disaster impact among Chi-Chi earthquake survivors in Yu-Chi, Taiwan. *Psychiatry Clin Neurosci*, 61(4), 370-378. doi:10.1111/j.1440-1819.2007.01688.x

- Chwastiak, L. A., & Von Korff, M. (2003). Disability in depression and back pain: evaluation of the World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS II) in a primary care setting. *J Clin Epidemiol*, 56(6), 507-514.
- Codony, M., Alonso, J., Almansa, J., Vilagut, G., Domingo, A., Pinto-Meza, A., . . . Haro, J. M. (2007). [Mental health care use in the Spanish general populations. Results of the ESEMeD-Spain study]. *Actas Esp Psiquiatr*, 35 (Suppl 2), 21-28.
- Cohen, R. (2008). Lecciones aprendidas durante desastres naturales: 1970-2007. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* 25(1), 109-117.
- Contreras, F., Esguerra, G. A., & Espinosa, J. C. (2007). Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis. *Acta Colombiana de Psicología*, 10(2), 169-179.
- Cova, F., & Rincón, P. (2010). El terremoto y tsunami del 27-F y sus efectos en la salud mental. *Terapia psicológica*, 28(2), 179-185.
- Covey, L., Glassman, A., Stetner, F., & Becker, J. (1993). Effect of history of alcoholism or major depression on smoking cessation. *American Journal of Psychiatric*, 150(10), 1546-1547.
- Crespo Salgado, J., Delgado Martín, J., Blanco Iglesias, O., & Aldecoa Landesa, S. (2015). Guía básica de detección del sedentarismo y recomendaciones de actividad física en atención primaria. *Aten. primaria*, 47(3), 175-183.
- Crews, D. J., & Landers, D. M. (1987). A meta-analytic review of aerobic fitness and reactivity to psychosocial stressors. *Med Sci Sports Exerc*, 19(5 Suppl), 114-120.
- Córdoba, D., Carmona, M., Terán, O., & Márquez, O. (2013). Relación del estilo de vida y estado de nutrición de estudiantes universitarios: estudio descriptivo de corte transversal. *Medware*, 13(11). e5864 doi: 10.5867/medwave.2013.11.5864

- Davis, B., Bull, R., Roscoe, J., & Roscoe, D. (2000). *Physical Education and Study of Sport* (4ª ed.). London: Mosby.
- De Cunto, C. (2010). ¿Qué es la calidad de vida relacionada con la salud? ¿se puede medir?, *Conexión pediátrica*, 3(2).
- Del Río, E., & Iglesias, E. (2010). Trastornos de personalidad en fumadores: Una revisión. *Adicciones*, 22(2), 155-172.
- Delgado Fernández, M., & Tercedor Sánchez, P. (2002). *Estrategias de intervención en educación para la salud, desde la educación física*. Barcelona: INDE.
- Dragan, M., & Dragan, W. (2014). Temperament and Anxiety: The Mediating Role of Metacognition. *J Psychopathol Behav Assess*, 36(2), 246-254. doi:10.1007/s10862-013-9392-z
- Dragan, M., & Lis-Turlejska, M. (2007). Prevalence of posttraumatic stress disorder in alcohol dependent patients in Poland. *Addict Behav*, 32(5), 902-911. doi:10.1016/j.addbeh.2006.06.025
- Dubray, C. A. (1999). Hábito. *The Catholic Encyclopedia*. Nueva York: Aciprensa.
- Dule Rodríguez, S. (2006). *La práctica de la actividad físico deportiva y su relación con componentes fundamentales de los estilos de vida en escolares de la provincia de Ciego de Ávila (Cuba)*. Universidad de Granada, Granada.
- Díaz, C., Quintana, G., & Vogel, E. (2012). Síntomas de depresión, ansiedad y estrés post-traumático en adolescentes siete meses después del terremoto del 27 de febrero de 2010 en Chile. *Terapia psicológica*, 30(1), 37-43.
- Elavsky, S., & McAuley, E. (2007a). Exercise and self-esteem in menopausal women: a randomized controlled trial involving walking and yoga. *Am J Health Promot*, 22(2), 83-92.

- Elavsky, S., & McAuley, E. (2007b). Physical activity and mental health outcomes during menopause: a randomized controlled trial. *Ann Behav Med*, 33(2), 132-142. doi:10.1080/08836610701307983
- Escobar, A., Pérez, B., Ramírez, V., & Sansores, R. (2007). Efecto del daño de vías dopaminérgicas mesencefálicas en la conducta adictiva al tabaco. Revisión generadora de una hipótesis. *Rev. Inst. Nal. Enf. Resp. Mex.*, 20(1), 56-63.
- Evans, S., Fernando, S., Findler, M., Stowell, C., Smart, C., & Haglin, D. (2008). Mindfulness based cognitive therapy for generalized anxiety disorders. *Journal of anxiety disorders*, 22(4), 716-721.
- Fayers, P., & Machin, D. (2013). *Calidad de vida: la evaluación, el análisis y la interpretación de los resultados informados por los pacientes*. London: John Wiley & Sons editorial.
- Fernández de Larrinoa, P., Martínez, S., Ortiz, S., Carrasco, M., Solabarrieta, J., & Gómez, I. (2011). Autopercepción del estado de salud en familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga. *Psicothema*, 23(3), 388-393.
- Fernández López, J., Fernández Fidalgo, M., & Cieza, A. (2010). Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la clasificación internacional del funcionamiento. *Revista Española de Salud Pública*, 84(2), 169-184.
- Fernández-Artamendi, S., Fernández-Hermida, J. R., Secades-Villa, R., & García-Portilla, P. (2011). Cannabis and mental health. *Actas Esp Psiquiatr*, 39(3), 180-190.
- Figueroa, R., Marín, H., & González, M. (2010). Apoyo psicológico en desastres: Propuesta de un modelo de atención basado en revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Revista médica de Chile*, 138(1), 143-151.
- Flores, N., Jenaro, C., Moro, L., & Tomşa, R. (2015). Salud y calidad de vida de cuidadores familiares y profesionales de personas mayores dependientes:

- estudio comparativo. *European Journal of investigation in health, psychology and education*, 4(2), 79-88.
- Flores, N., Jenaro, C., Navarro, E., Vega, V., & Vázquez, A. (2013). Salud biopsicosocial y relación con la carga experimentada por cuidadores familiares de personas mayores dependientes. *Revista Ibero-Americana de Gerontología (RIAG)*, 1, 47-60.
- Fornés Vives, J., Carballa Balsa, M., Clari Hidalgo, E., Gutiérrez Sevilla, J., Hermoso Rodríguez, E., Lluch Canut, M., . . . Sevillano Arroyo, M. (2012). *Enfermería de salud mental y psiquiátrica* (2ª Ed). Madrid: Editorial Médica panamericana.
- Franco, M., & Gil, P. (2014). Protocolo diagnóstico y terapéutico de la depresión en el anciano. *Medicine-programa de formación médica continuada*, 11(62), 3714-3719.
- Freese, B. (2007). Betty Neuman: Modelo de sistemas. En Marriner Tomey A, Allgood MR, (Ed). *Modelos y teorías de enfermería*. 6ª ed, (pp. 317-352). Madrid: Elsevier España.
- Fresse, B. T., & Lawson, T. G. (2011). Betty Neuman: Modelo de sistemas. En Marriner Tomey A, Allgood MR, (Ed). *Modelos y teoría en enfermería*. 7ª ed, (pp. 309-334). Barcelona: Elsevier.
- Fuentes Justicia, E., Torres Guerrero, J., & Vilchez Barroso, G. (2011). *Adquisición y mantenimiento de hábitos de vida saludables en los escolares de primer ciclo de Educación Secundaria Obligatoria de Jerez de la Frontera*. Universidad de Granada, Granada.
- Andrews, G., Henderson, S., Hall, W. (2001). Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation. Overview of the Australian National Mental Health Survey. *Br J Psychiatry* 178, 145-153.
- Gaborit, M. (2006). Memoria histórica: revertir la historia de las víctimas. *ECA: Estudios centroamericano*, 61(693), 663-684.

- Galea, S., Nandi, A., & Vlahov, D. (2005). The epidemiology of post-traumatic stress disorder after disasters. *Epidemiol Rev*, 27(1), 78-91. doi:10.1093/epirev/mxi003
- Galvis, M. (2015). Teorías y Modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica., *Rev. Cuid.*, 6(2), 1108-1120.
- Galán, J. (2015). La igualdad de oportunidades y la no discriminación: la accesibilidad de las personas con discapacidad. *Temas para el debate*, (248), 36-38.
- García- Mayordomo, J., Gaspar- Escribano, J., & Benito, B. (2007). Seismic hazard assessment of the province of Murcia (SE Spain): analysis of source contributions to hazard, *Seismol*, 11(1), 453-471.
- García-Sancho, E., Salguero, J., & Fernández-Berrocal, P. (2015). *Ansiedad y estrés*, 22(1), 19-25 .
- Gastó Ferrer, C., Álvarez, E., & Roca Bennasar, M. (2008). *Sintomatología ansiosa en atención primaria: algoritmos diagnósticos y terapéuticos*. Madrid: Marge medica book.
- Gaviria, A. M., Vinaccia, S., Riveros, M. F., & Quiceno, J. M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe*, (20), 50-75.
- Getch, J., Kessel, R., Forkmann, T., Gaugel, S., Druke, B., Scherer, A., & Mainz, V. (2014). A mediational model of mindfulness and decentering: sequential psychological constructs or one and the same? *Biomedcentral psychology*, 2(18), 1-13.
- Giner, J., Saiz Ruiz, J., Bobes, J., Zamorano, E., López, F., Hernando, T., . . . (2014). Spanish consensus on the physical health of patients with depressive disorders. *Rev Psiquiatr Salud Ment*, 7(4), 195-207. doi:10.1016/j.rpsm.2014.05.003
- Giraldo Osorio, A., Toro Rosero, M., Macías Ladino, A., Valencia Garcés, C., & Palacio Rodríguez, S. (2010). La promoción de la salud como estrategia de

- fomento de estilos saludables. *Hacia la promoción de la salud*, 15(1), 128-143.
- Girón Daviña, P., & Pacheco del Cerro, J. (2010). *Los determinantes de la salud percibida en España*. Universidad complutense de Madrid, Madrid.
- González- Castillo, M., & Monroy-Rojas, A. (2016). Proceso enfermero de tercera generación. *13(2)*, 124-129. doi:10.1016/j.reu.2016.03.003
- Gordon, M. (2000). Pasado, presente y futuro de los diagnósticos de enfermería. *Cultura de los cuidados*, 4(7-8), 128-138.
- Grant, B. F., Hasin, D. S., Chou, S. P., Stinson, F. S., & Dawson, D. A. (2004). Nicotine dependence and psychiatric disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry*, 61(11), 1107-1115. doi:10.1001/archpsyc.61.11.1107
- Grobe, J., & Perkins, K. (2000). Behavioral factors influencing the effect of nicotine. *Nicotine in psychiatry* (pp. 59-81). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Gunther, M. E. (2011). Martha Rogers: Seres humanos Unitarios. *Modelos y teorías en enfermería* (7ª ed. ed., pp. 242-264). Barcelona: Elsevier.
- Gutiérrez López, C., Veloza Gómez, M., Moreno Fergusson, M., Durán de Villalobos, M., López de Mesa, C., & Crespo, O. (2007). Validez y confiabilidad de la versión española del instrumento "escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy". *Aquichán* 7(1), 54-63.
- Gutiérrez-Maldonado, J. (2012). Influencia de la percepción de apoyo y del funcionamiento social en la calidad de vida de pacientes con esquizofrenia y sus cuidadores. *Psicothema*, 24(2), 255-262.
- Gómez Arqués, M., Rubio Herrera, R., & Tapia Pinto, C. (2005). *Operativización de los estilos de vida mediante la distribución del tiempo en personas mayores de 50 años*. Universidad de Granada, Granada.

- Gómez Restrepo, C., Tamayo Martínez, N., Bohórquez Peñaranda, A., Bautista, N., Rodón, M., & González, L. (2016). Trastornos depresivos y ansiedad y factores asociados en la población adulta colombiana, Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(3).
- Gómez-Vela, M., & Sabeib, E. (2000). Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Recuperado de <http://inico.usal.es/publicaciones.asp>. Consultado el 30/05/2016.
- Haas, B. (1999). Clarification and integration of similar quality of the concepts. *Journal of nursing Scholarships*. 31(3), 215-220.
- Hardt, J., & Rutter, M. (2004). Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: review of the evidence. *J Child Psychol Psychiatry*, 45(2), 260-273.
- Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., . . . ESEMeD-España, G. (2006). [Prevalence of mental disorders and associated factors: results from the ESEMeD-Spain study]. *Med Clin (Barc)*, 126(12), 445-451.
- Henderson, S., Andrews, G., & Hall, W. (2000). Australia's mental health: an overview of the general population survey. *Aust N Z J Psychiatry*, 34(2), 197-205.
- Hernández Ávila, M. (2009). *Diseño y análisis de estudios*. Madrid: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Herranz, L., Saez-de-Ibarra, L., Hillman, N., Gaspar, R., & Pallardo, L. F. (2016). [Glycemic changes during menstrual cycles in women with type 1 diabetes]. *Med Clin (Barc)*, 146(7), 287-291. doi:10.1016/j.medcli.2015.11.044
- Hobble, W., & Lansinger, T. (1989). Joyce Travelbee. Modelo de relación humano a humano. En Marriner Tomey A, Alligood MR, (Ed). *Modelos y teorías de enfermería* (pp. 171-178). Barcelona: Rol S.A.
- Hoffman, M. (2002). Acondicionamiento físico y estilos de vida saludable. *Colomb. Med.*, 33(1), 3-5.

- Hogg, D., Kingham, S., Wilson, T., & Ardagh, M. (2016). The effects of recolation and level of affectedness on mood and anxiety symptom treatments after the 2011 christchurch earthquake. *Social science & Medicine (1982)*, *152*, 18-26.
- Holmes, D. (1993). Aerobic fitness and the response to psychological stress. *Exercise psychology. The influence on physical exercise on psychological process* (pp. 39-63). New York: John Wiley.
- Hornquist, J. (1982). The concept of quality of life. *Journal of Social Medicine*, *10*(2), 57-61.
- Hughes, J., Hatsukami, D., Mitchell, J. I., & Dahlgren, L. (1986). Prevalence of smoking among psychiatry outpatients. *American Journal of Psychiatry*, *143*(8), 993-997.
- Inter- Agency Standing Committee (IASC). (2007). *Guía del IASC sobre salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes*. Ginebra: Inter-Agency Standing Comittee.
- Iber, C., Ancoli- Israel, S., & Chesson, A. (2007). *The AASM Manual for the scoring of sleep and associated events: rules, teminology and technical specifications*. Westchester: Amercian academic of sleep medicine.
- Iglesias Martínez, B., Olaya Velázquez, I., & Gómez Castro, M. J. (2015). [Prevalence of performing and prescribing physical exercise in patients diagnosed with anxiety and depression]. *Aten Primaria*, *47*(7), 428-437. doi:10.1016/j.aprim.2014.10.003
- Illán, I., Hurtado, A., & Marín, J. (2004). *Protocolo de relajación*. Murcia: Servicio Murciano de Salud.
- Instituto Nacional de Estadística. (2016). Población del padrón continuo por unidad poblacional. Recuperado de <http://www.ine.es/nomen2/index.do>. Consultado el 15/01/2016.
- ITGE/CPTOPMA-CARM. (1992). Estudio de peligrosidad y vulnerabilidad sísmica en Lorca y su término municipal. Murcia: Área Ingeniera Geambiental.

- Jensen, C. C., Lydersen, T., Johnson, P. R., Weiss, S. R., Marconi, M. R., Cleave, M. L., & Weber, P. (2012). Choosing staff members reduces time in mechanical restraint due to self-injurious behaviour and requesting restraint. *J Appl Res Intellect Disabil*, 25(3), 282-287. doi:10.1111/j.1468-3148.2011.00664.x
- Jesse, D. E. (2011). Jean Watson: Filosofía y teoría del cuidado transpersonal de Watson. En Marriner Tomey A, Alligood MR, (Ed). *Modelos y teoría en enfermería*. 7ª ed,(pp. 91-112). Barcelona: Elsevier.
- Karan, L., & Rosecrans, J. (2000). Addictive capacity of nicotine. *Nicotine in Psychiatric*. Washintong DC: American Psychiatric Press.
- Kessler, R. C. (1999). The World Health Organization International Consortium in Psychiatric Epidemiology (ICPE): initial work and future directions -- the NAPE Lecture 1998. Nordic Association for Psychiatric Epidemiology. *Acta Psychiatr Scand*, 99(1), 2-9.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., . . . Replication, N. C. S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*, 289(23), 3095-3105. doi:10.1001/jama.289.23.3095
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., . . . Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 51(1), 8-19.
- Kessler, R. C., & Ustün, T. B. (2004). The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res*, 13(2), 93-121.
- Kim, E., & Kim, Y. (2010). Factors related to the quality of life among institutionalized elders. *Korean Journal of Adults Nursing*, 22(3), 281-290.

- Kim, Y. W., Lee, S. H., Choi, T. K., Suh, S. Y., Kim, B., Kim, C. M., . . . Yook, K. H. (2009). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy as an adjuvant to pharmacotherapy in patients with panic disorder or generalized anxiety disorder. *Depress Anxiety*, 26(7), 601-606. doi:10.1002/da.20552
- Kinnunen, T., Haukkala, A., Korhonen, T., Quiles, Z. N., Spiro, A., & Garvey, A. J. (2006). Depression and smoking across 25 years of the Normative Aging Study. *Int J Psychiatry Med*, 36(4), 413-426.
- Kishore, V., Theall, K. P., Robinson, W., Pichon, J., Scribner, R., Roberson, E., & Johnson, S. (2008). Resource loss, coping, alcohol use, and posttraumatic stress symptoms among survivors of Hurricane Katrina: a cross-sectional study. *Am J Disaster Med*, 3(6), 345-357.
- Knudsen, A., Mykletun, A., Overland, s., & Harvey, S. (2013). Common mental disorders and long- term sickness absence in general working population the Hordaland health study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127(4), 287-297.
- Koffi, K., & Fawcett, J. (2016). The Two Nursing Disciplinary Scientific Revolutions: Florence Nightingale and Martha E. Rogers. *Nurs Sci Q*, 29(3), 247-250. doi:10.1177/0894318416648782
- Kringlen, E., Torgersen, S., & Cramer, V. (2001). A Norwegian psychiatric epidemiological study. *Am J Psychiatry*, 158(7), 1091-1098. doi:10.1176/appi.ajp.158.7.1091
- Kun, P., Han, S., Chen, X., & Yao, L. (2009). Prevalence and risk factors for posttraumatic stress disorder: a cross-sectional study among survivors of the Wenchuan 2008 earthquake in China. *Depress Anxiety*, 26(12), 1134-1140. doi:10.1002/da.20612
- Lara Muñoz, M., Medina Mora, M., Borges, G., & Zambrano, J. (2007). Social cost of natural disorders: Disability and work day lost. Results from The Mexican survey of psychiatric epidemiology. *Salud Mental*, 30(5), 4-11.
- Lawlor, D., & Hopker, S. (2001). The effectiveness of exercise as an intervention in the management of depression: Systematic review and meta- regression

- analysis of randomised controlled trials. *British Medical Journal*, 322(7289), 763-767.
- Leonard, S., Adler, L., Benhammou, K., & Berger, R. (2001). Smoking and mental illness. *Biochemistry and behavior*, 70(4), 561-570.
- Leonardi, M., Raggi, A., Bussone, G., & D'Amico, D. (2010). Health-related quality of life, disability and severity of disease in patients with migraine attending to a specialty headache center. *Headache*, 50(10), 1576-1586. doi:10.1111/j.1526-4610.2010.01770.x
- Levy, B. S., & Sidel, V. W. (2009). How academic medicine can contribute to peace-building efforts worldwide. *Acad Med*, 84(11), 1487. doi:10.1097/ACM.0b013e3181baa209
- Ley 39/2006, de 14 de Diciembre de 2006, promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. BOE núm. 299., (2006).
- Libro Verde (2005). *Mejorara la salud de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental*. Bruselas: Comisión de la Comunidades Europeas.
- Limonero, J., Gómez-Romero, M., Fernández-Castro, J., & Tomás- Sábado, J. (2013). *Ansiedad y estrés*, 19 (2-3).
- Linares, L., Jauregui, P., Herrero-Fernández, D., & Estévez, A. (2016). Mediating Role of Mindfulness as a Trait Between Attachment Styles and Depressive Symptoms. *J Psychol*, 150(7), 881-896. doi:10.1080/00223980.2016.1207591
- Lindeman, S., Hamalainen, J., Isometsa, E., Kaprio, J., Poikolainen, K., & Heikkinen, M. (2000). The 12-months prevalence and risk factors for major depressive episode in Finland: representative sample of 5993 adults. *Acta psychiatr Scand*, 102(3), 178-184.
- Link, B. G. (2001). Stigma: many mechanisms require multifaceted responses. *Epidemiol Psychiatr Soc*, 10(1), 8-11.

- Link, B. G., Struening, E. L., Neese-Todd, S., Asmussen, S., & Phelan, J. C. (2001). Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatr Serv*, 52(12), 1621-1626. doi:10.1176/appi.ps.52.12.1621
- Lorenzo, P., Moreno, A., Lizasoain, I., Leza, J., Moro, M., & Portolés, A. (2009). *Farmacología básica y clínica*. Madrid: Medica Panamericana.
- Luceño Moreno, L., Martín García, J., Rubio Valdehita, S., & Díaz Ramiro, E. (2004). Factores psicosociales en el entorno laboral. Estrés y enfermedad. *Revista de psicología y psicopedagogía*, 3(1), 95-106.
- Lépine, J. P., Gastpar, M., Mendlewicz, J., & Tylee, A. (1997). Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). *Int Clin Psychopharmacol*, 12(1), 19-29.
- López Gil, M., Orueta Sánchez, R., Gómez-Caro, S., Sánchez Oropesa, A., Carmona de la Morena, J., & Alonso Moreno, F. J. (2009). El rol de cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y su salud. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 2(7), 332-339.
- López Ibor, J., & Váldez, M. (2001). *DSM-IV-TR. Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- López Nicolás, A., Trapero-Bertran, M., & Muñoz Fernández. (2014). Evaluación económica de intervenciones para dejar de fumar en la Región de Murcia. Recuperado de <https://sms.carm.es/somosmas/documents/63024/0/Evaluaci%C3%B3n+econ%C3%B3mica+de+intervenciones+....pdf/d0a4119c-5fc0-45d5-8c9f-5c1963867988>. Consultado el 25/06/2015.
- López-García, J.J., & López-Soler, C. (2014). [Post-traumatic stress disorder in schoolchildren after the 2011 earthquake in Lorca (Spain)]. *Gac Sanit*, 28(3), 230-233. doi:10.1016/j.gaceta.2013.10.009
- Marján López de la Parra, M., Mendieta Cabrera, D., Muñoz Suarez, M., Díaz Anzaldúa, A., & Cortés Sotres, J. (2014). Calidad de vida y discapacidad en el trastorno de ansiedad generalizada. *Salud Mental*, 37(6), 509-516.

- Martín, J. C., Garriga, A., & Egea, C. (2015). Psychological Intervention in Primary Care After Earthquakes in Lorca, Spain. *Prim Care Companion CNS Disord*, 17(1). doi:10.4088/PCC.14m01691
- Martínez Benítez, S., Maset Campos, P., & Huertas García-Alejo, R. (2015). *La transformación de la asistencia psiquiátrica en Murcia:1980-1995*. Universidad de Murcia, Murcia.
- Martínez Díaz, J. (1998). *Neotectónica y Tectónica Activa del Oeste de Murcia y Sur de Almería (Cordillera Bética)*. Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Martínez Díaz, J., Masana, E., Hernández Enrile, J., & Santanach, P. (2001). Evidence for coseismic events of recurrent prehistoric deformation along the Alhama de Murcia fault, Southeasten Spain. *Geológica Acta*, 36(3-4), 315-327.
- Martínez, F., & Coy, L. (2007). *Historia de la psiquiatría murciana*. Murcia: Consejería de Sanidad de la Región de Murcia.
- Martínez Guevara, J., & Fernández Navarro, S. (1986). *Catálogo Sísmico de la Región de Murcia (sismicidad histórica hasta el Siglo XVIII) (informe interno)*. Instituto Geográfico Nacional, Murcia.
- Martínez, J., Méndez, I., Secanilla, E., Benavente, A., & García Sevilla, J. (2014). Burnout en cuidadores profesionales y calidad de vida en residentes de centros institucionalizados. *European Journal of Investigation in Health*, 4(1), 41-53.
- Martínez Jambrina, J., & Peñuelas Carnicero, E. (2007). Tratamiento asertivo comunitario: El modelo Áviles. *Archivos de psiquitría*, 70(2), 77-82.
- McKenna, S. P., Doward, L. C., Kohlmann, T., Mercier, C., Niero, M., Paes, M., . . . Whalley, D. (2001). International development of the Quality of Life in Depression Scale (QLDS). *J Affect Disord*, 63(1-3), 189-199.
- Mendlowicz, M., & Stein, M. (2000). Quality of life in individuals with anxiety disorders. *Am J Psychiatry*, 157(5), 669-682.

- Miró, E., Iáñez, M., & Cano, M. (2006). Patrones de sueño y salud. *Journal of clinical and health psychology*, 2(2), 301-326.
- Moo-Estrella, J., Pérez-Benítez, H., Solís-Rodríguez, F., & Arankowsky-Sandoval, G. (2005). Evaluation of depressive symptoms and sleep alterations in college students. *Arch Med Res*, 36(4), 393-398. doi:10.1016/j.arcmed.2005.03.018
- Moreno Coutiño, A., & Medina-Mora, M. (2008). Tabaquismo y depresión. *Salud Mental*, 31(5), 409-415.
- Moyer, V. A., & Force, P. S. T. (2013). Screening and behavioral counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse: U.S. preventive services task force recommendation statement. *Ann Intern Med*, 159(3), 210-218. doi:10.7326/0003-4819-159-3-201308060-00652
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2006). *Encuesta Nacional de Salud 2006*, Madrid, Ministerio de Sanidad.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2008). Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria. . Madrid: Agencia Laín Entralgo. Unidad de evaluación de tecnologías sanitarias.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2011a). *Estrategia en salud mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2011b). Guía de Práctica Clínica sobre trastornos del sueño en la infancia y la adolescencia en Atención Primaria. Madrid. Ministerio de Sanidad.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2013a). Encuesta Nacional de Salud de España (2011-2013). Madrid. Ministerio de Sanidad.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2013b). II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016. Madrid. Ministerio de Sanidad.

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014). Encuesta Europea de Salud en España 2014. Recupero de https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Enc_Eur_Salud_en_Esp_2014.htm. Consultado el 06/08/2015.
- Muchotrigo, M. (2013). Estilo de vida saludables en estudiantes de postgrado de Ciencias de la Salud. *Psicología y Salud*, 22(1), 75-87.
- Muñoz, L. V. A., & Ibáñez, M. (2015). Calidad de vida y formación hábitos saludables en la alimentación de personas mayores. *Revistas de Humanidades*, 25(7), 145-168.
- Márquez Rosa, S. (2010). *Actividad física y salud*. Madrid: Fundación Universitaria Iberoamericana.
- Márquez Rosa, S., & Garatachea Vallejo, N. (2010). *Actividad física y salud*. 1(1).
- Mínguez, M., & Iglesias, E. (2004). Consumo de tabaco y psicopatología asociada. Psicooncología. *Investigación y clínica biopsicosocial en oncología*, 1(1), 99-112.
- NANDA. (2016). *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificaciones 2015-2017*. Madrid: Elsevier.
- Navarro-Mateu, F., Morán-Sánchez, I., Alonso, J., Tormo, M. J., Pujalte, M. L., Garriga, A., . . . Navarro, C. (2013). Cultural adaptation of the Latin American version of the World Health Organization Composite International Diagnostic Interview (WHO-CIDI) (v 3.0) for use in Spain. *Gac Sanit*, 27(4), 325-331. doi:10.1016/j.gaceta.2012.06.005
- Navarro-Mateu, F., Tormo, M., Vilagut, G., Alonso, J., Ruíz-Merino, G., Escámez, T., . . . Navarro, C. (2013). Epidemiology and genetics of common mental disorders in the general population: the PEGASUS-Murcia project. *BMJ Open*, 3(12), e004035. doi:10.1136/bmjopen-2013-004035
- Navarro-Mateu, F., Tormo, M. J., Salmerón, D., Vilagut, G., Navarro, C., Ruíz-Merino, G., . . . Alonso, J. (2015). Prevalence of Mental Disorders in the South-East of Spain, One of the European Regions Most Affected by the

- Economic Crisis: The Cross-Sectional PEGASUS-Murcia Project. *PLoS One*, 10(9), e0137293. doi:10.1371/journal.pone.0137293
- Neria, Y., Nandi, A., & Galea, S. (2008). Post-traumatic stress disorder following disasters: a systematic review. *Psychol Med*, 38(4), 467-480. doi:10.1017/S0033291707001353
- Nordløyken, A., Pape, H., Wentzel-Larsen, T., & Heir, T. (2013). Changes in alcohol consumption after a natural disaster: a study of Norwegian survivors after the 2004 Southeast Asia tsunami. *BMC Public Health*, 13, 58. doi:10.1186/1471-2458-13-58
- Norris, F., & Elrod, C. (2006). Psychosocial consequences of disaster. *Methods for disaster mental health research*. London: Routledge.
- Norris, F. H., Friedman, M. J., & Watson, P. J. (2002). 60,000 disaster victims speak: Part II. Summary and implications of the disaster mental health research. *Psychiatry*, 65(3), 240-260.
- North, C. S., Adinoff, B., Pollio, D. E., King, S., Downs, D. L., & Pfefferbaum, B. (2013). Alcohol use disorders and drinking among survivors of the 9/11 attacks on the World Trade Center in New York City. *Compr Psychiatry*, 54(7), 962-969. doi:10.1016/j.comppsy.2013.03.027
- Ohayon, M. M., & Roth, T. (2001). What are the contributing factors for insomnia in the general population? *J Psychosom Res*, 51(6), 745-755.
- Onder, E., Tural, U., & Aker, T. (2006). A comparative study of fluoxetine, moclobemide, and tianeptine in the treatment of posttraumatic stress disorder following an earthquake. *Eur Psychiatry*, 21(3), 174-179. doi:10.1016/j.eurpsy.2005.03.007
- Organización Mundial de la Salud. (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Paper presented at the I conferencia Internacional para la promoción de la salud, Ottawa.
- Organización Mundial de la salud. (1996). La gente y la salud. ¿Qué calidad de vida?. *Foro Mundial de la Salud*, 17, 385-387.

- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2003). *La salud Mental en las Emergencias*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Informe Mundial sobre la discapacidad*. Ginebra: OMS
- Organización Mundial de la Salud. (2012). ¿Afecta el humo del tabaco a los no fumadores?. Recuperado de <http://www.who.int/features/qa/60/es>. Consultado el 26/04/2016.
- Organización Mundial de la Salud. (2015a). Alcohol. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>. Consultado el 07/09/2016.
- Organización Mundial de la Salud. (2015b). *Medición de la salud y la discapacidad. Manual para el cuestionario de evaluación de la discapacidad de la OMS. WHODAS 2.0*. Ginebra: OMS
- Organización de las Naciones Unidas. (2006). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. New York: OMS.
- Ortego, M., López, S., & Álvarez, M. L. (2010). Adherencia al tratamiento. *Ciencias psicosociales I. Tema 14*: Universidad de Cantabria, Cantabria.
- Pacheco Yáñez, L., & Medrano Albéniz, J. (2007). *Psicofarmacología, aplicada en atención primaria*. Barcelona: Glosa.
- Pan American Health Organization (PAHO), (2011). OMS: Oficina Regional para las Américas. Recuperado de http://www.paho.org/chi/index.php?option=com_content&view=article&id=313:-que-tabaco-prioridad-salud-publica-&Itemid=215. Consultado de 20/05/2016.

- Pascual Santamaria, G., González López, S., & Alguacil Alguacil, L. (2012). Análisis de consecuencias y actuaciones de protección civil en el Terremoto de Lorca (Murcia): Pre- emergencia, emergencia y Post-emergencia. *Física de la Tierra*, 24, 343-362.
- Pastor, Y., Balaguer, I., & García Merita, M. (2006). Relaciones entre el autoconcepto y el estilo de vida saludable en la adolescencia media: un modelo exploratorio. *Psicothema*, 18(1), 18-24.
- Peraita- Adrados, R. (2005). Avances en el estudio de los trastornos del sueño. *Rev. Neurol*, 40, 485-491.
- Perini, S. J., Slade, T., & Andrews, G. (2006). Generic effectiveness measures: sensitivity to symptom change in anxiety disorders. *J Affect Disord*, 90(2-3), 123-130. doi:10.1016/j.jad.2005.10.011
- Philips, K. D. (2011). Sor Callista Roy: Modelo de adaptación. En Marriner Tomey A, Alligood MR, (Ed). *Modelos y teorías en enfermería*. 7ª ed, (pp. 335-364). Barcelona: Elsevier.
- Philips, M., Zhang, J., Shi, Q., Song, Z., Ding, Z., Pang, S., & Wang, Z. (2009). Prevalence, treatment and associated disability of mental disorders in four provinces in China during 2001-05: an epidemiological survey. *The Lancet*, 373(9680), 2041-2053.
- Piasecki, M. (2000). Smoking, nicotine, and mood. *Nicotine in Psychiatry*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Priebe, S., Matanov, A., Janković Gavrilović, J., McCrone, P., Ljubotina, D., Knezević, G., . . . Schützwohl, M. (2009). Consequences of untreated posttraumatic stress disorder following war in former Yugoslavia: morbidity, subjective quality of life, and care costs. *Croat Med J*, 50(5), 465-475.
- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M. R., & Rahman, A. (2007). No health without mental health. *Lancet*, 370(9590), 859-877. doi:10.1016/S0140-6736(07)61238-0

- Programa formativo de la especialidad de enfermería en salud mental. Orden SPI/1356/2011, de 11 de Mayo. Boletín Oficial del Estado núm 123., (2001).
- Programa formativo de la especialidad de psiquiatría, orden SCO/2616/2008, de 1 de Septiembre de 2008. Boletín Oficial del Estado núm 224, (2008).
- Programa formativo de le especialidad de psicología clínica. Orden SAS/1620/2009 del 17 de Junio de 2009. Boletín Oficial del Estado núm 146, (2009).
- Pyne, J., Sullivan, G., Kaplan, R., & Williams, D. (2003). Comparing the sensitive of generic effectiveness measures with symptom improvement in person with schizophrenia. *Medical Care*, 41(2), 208-217.
- Racionero, L. (1986). *Del paro al ocio*. Barcelona: Anagrama.
- RC, K., & RG, F. (1997). The impact of psychiatric disorders on work loss days. *Psychol Med*, 27(4), (861-873).
- Real Academia de la lengua Española. (2014). *Diccionario de la lengua española*. 23ª edición. Madrid: Espasa libros.
- Ribot, B., Isern, R., Hernández- Martínez, C., Canals, J., Aranda, N., & Arija, V. (2014). Impacto del tabaquismo, la exposición pasiva al tabaco y el dejar de fumar sobre la salud del recién nacido. *Medicina clínica*, 143(2), 57-63.
- Ries, F., Castañeda, C., Campos, M., & Del Castillo, O. (2012). Relaciones entre ansiedad rasgo y ansiedad estado en competiciones deportivas. *Cuadernos de psicología del deporte*, 12(2), 9-16.
- Robles-García, M., Dierssen-Sotos, T., Martínez-Ochoa, E., Herrera-Carral, P., Díaz-Mendi, A. R., & Llorca-Díaz, J. (2005). [Variables related to job satisfaction. Cross-sectional study using the European Foundation for Quality Management [EFQM] model]. *Gac Sanit*, 19(2), 127-134.
- Rocha, K., Pérez, K., Rodríguez Sanz, M., Borrel, C., & Obiols, J. (2011). Propiedades psicométricas y valores normativos del General Questionnaire

- (GHQ-12) en población general española. *International Journal of clinical and health psychology*, 11(1), 125-139.
- Roemer, L., & Orsillo, S. (2003). Mindfulness: A promising intervention strategy in need of further study. *Clinical psychology: Science and practice*, 10(2), 172-178.
- Roemer, L., & Orsillo, S. (2007). An open trial of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorders. *Behavior therapy*, 38(1), 72-85.
- Rogers, M. (1989). Creating a climate for the implementation of a nursing conceptual framework. *Journal of continuing education in nursing*, 20(3), 112-116.
- Rogers, M. (1992). Nursing Science and the Space age. *Nursing Science Quartel.*, 5(1), 27-34.
- RV, B., & A, R. (2000). Current and residual functional disability associated with psychopathology: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Psych Med* 30(3), 657-668.
- Salazar Maya, A., & Martínez Acosta, C. (2008). Un sobrevuelo por algunas teorías de interacción enfermera- paciente, núcleo del cuidado. *Avances en enfermería*, 26(2), 107-115.
- San Mauro, I., Megías, A., De Angulo, B., Bodega, P., Rodríguez, P., Grand, G., & Garicano, E. (2015). Influencia de los hábitos saludables en edad escolar. *Nutrición hospitalaria*, 31(5), 1996-2005.
- Sánchez, V., & Flores, A. (2015). Acercamiento a las implicaciones existentes entre alimentación, calidad de vida y hábitos de vida saludables en la actualidad. *Revista de Humanidades*, 25(1), 13-30.
- Sánchez- Hernández, O., Méndez, F., & Garber, J. (2014). Prevención de la depresión en niños y adolescentes: revisión y reflexión. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 19(1), 63-76.
- Sandercock, P. (1989). The odds ratio: a useful tool in neurosciences. *Journal of Neurology, Neurosurgery an Psychiatry*, 52(7), 817-820.

- Sarraais, F., & de Castro Manglano, P. (2007). The insomnia. *An Sist Sanit Navar*, 30 (Suppl 1), 121-134.
- Scientific Advisory Committee. (1995). Medical Outcomes Trust Bulletin. Instrument Review Criteria, Oxford: Medical Outcomes Trust.
- Schuch, F. B., Vasconcelos-Moreno, M. P., Borowsky, C., & Fleck, M. P. (2011). Exercise and severe depression: preliminary results of an add-on study. *J Affect Disord*, 133(3), 615-618. doi:10.1016/j.jad.2011.04.030
- Schumaker, S., Naughton, M., Anderson, R., & Czajakowski, S. (1996). Psychological aspects of health-related quality of life measurement: test and scales. *Quality of life and pharmaco economics in clinical trials*, Nueva York: Lippincott - Raven.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*, 9(2), 9-21.
- Scott, K., & Collings, S. (2010). Gender and the association between mental disorders and disability. *J Affective Disorders*, 125, 207-212.
- Servicio Murciano de Salud. (2010). *Plan de Salud Mental de la Región de Murcia 2010-2013*. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo.
- Servicio Murciano de Salud. (2010). *Plan de Salud Mental de la Región de Murcia 2010-2015*. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo
- Sheprad, R., & Trudeau, F. (2000). The legacy of physical education: influences on adult lifestyle. *Pediat. Exerc. Sci.*, 12(1), 34-50.
- Sherin, K., Seikel, S., & Hale, S. (2016). Alcohol use disorders. *Textbook of Family Medicine* (9th ed). Philadelphia: Elsevier Saunders.
- Shimizi, S., Aso, K., Noda, T., Ryukei, S., Kochi, Y., & Yanamoto, N. (2000). Natural disasters and alcohol consumption in a cultural context: the great Hanshin Earthquake in Japan. *Addiction*, 95(4), 529-536.
- Soberg, H. L., Bautz-Holter, E., Roise, O., & Finset, A. (2007). Long-term multidimensional functional consequences of severe multiple injuries two

- years after trauma: a prospective longitudinal cohort study. *J Trauma*, 62(2), 461-470. doi:10.1097/01.ta.0000222916.30253.ea
- Soriano González, J. (2012). Estudio cuasi-experimental sobre las terapias de relajación en pacientes con ansiedad. *Enfermería Global*, 11(26), 39-53.
- Strawbridge, W. J., Deleger, S., Roberts, R. E., & Kaplan, G. A. (2002). Physical activity reduces the risk of subsequent depression for older adults. *Am J Epidemiol*, 156(4), 328-334.
- Su, C. Y., Tsai, K. Y., Chou, F. H., Ho, W. W., Liu, R., & Lin, W. K. (2010). A three-year follow-up study of the psychosocial predictors of delayed and unresolved post-traumatic stress disorder in Taiwan Chi-Chi earthquake survivors. *Psychiatry Clin Neurosci*, 64(3), 239-248. doi:10.1111/j.1440-1819.2010.02087.x
- Subirats, B., Subirats, V., & Soterias, M. (2012). Exercise prescription: Indication, dosage and side effects. *Medicina Clínica*, 138(1), 18-24.
- Subdirección General de Salud Mental Murcia. (2015). Red de salud mental de la Región de Murcia. Murcia: Conserjería de Sanidad Región de Murcia.
- Comité Nacional para la prevención de tabaquismo. (Lunes 21 de Junio de 2010). El tabaco le cuesta al sistema sanitario un 15% de su presupuesto. *El Mundo*.
- Tinning, R. (1996). Discursos que orientan el campo del movimiento humano y el problema de formación del profesorado. *Revista de educación*, (311), 123-134.
- Travelbee, J. (1963). What do we mean by Rapport?. *The American Journal Of Nursing*, 63(2), 70.
- Trujillo, N. M. (2013). Los modelos de Salud en el desarrollo de enfermería. *Revista Uruguya de enfermería*, 8(2), 64-72.
- Urdapilleta-Herrera, E., Sansores, R., Ramírez-Venegas, A., Méndez-Guerra, M., Lara-Rivas, A., Guzmán-Barragán, S., Moreno, A. (2010). Ansiedad y

- depresión en fumadores mexicanos y su relación con el grado de adicción. *Salud pública de México*, 52(2), 120-128.
- Urzúa, A., & Caqueo- Uríza, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30(1), 61-71.
- Utsu, T. (2002). *International Handbook of Earthquake and Engineering Seismology*. Japan: Academic press.
- Valle Racero, J. (2010). Florence Nightingale, la mujer necesaria. *The American Journal Of Nursing*, 12(4), 688-696.
- Van Griensven, F., Chakkraband, M. L., Thienkrua, W., Pengjuntr, W., Lopes Cardozo, B., Tantipiwatanaskul, P., Group, T. P.-T. M. H. S. (2006). Mental health problems among adults in tsunami-affected areas in southern Thailand. *JAMA*, 296(5), 537-548. doi:10.1001/jama.296.5.537
- Varo, J., & Martínez- González, M. (Beneficios de la actividad física y riesgos del sedentarismo). 2003. *Medicina clínica*, 12(17), 665-672.
- Varo, J. J., Martínez-González, M. A., De Irala-Estévez, J., Kearney, J., Gibney, M., & Martínez, J. A. (2003). Distribution and determinants of sedentary lifestyles in the European Union. *Int J Epidemiol*, 32(1), 138-146.
- Vera-Villarroel, P., Silva, J., Celis- Atenas, K., & Pávez, P. (2014). Evaluación del cuestionario SF-12: verificación de la utilidad de la escala en salud mental. *Rev. Med. Chile*, 142(10), 1275-1283.
- Vázquez-Barquero, J. L., Díez-Manrique, J. F., Peña, C., Quintanal, R. G., & Labrador Lopez, M. (1986). Two stage design in a community survey. *Br J Psychiatry*, 149, 88-97.
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J. M., . . . Alonso, J. (2005). [The Spanish version of the Short Form 36 Health Survey: a decade of experience and new developments]. *Gac Sanit*, 19(2), 135-150.
- Vilar Hernández, M., & Cano Carrascosa, J. (2009). Taller de autoayuda y ansiedad de enfermería. Recuperado de

<http://www.codem.es/Docs/Noticias/taller de autoayuda.pdf>. Consultado el 12/09/2016.

- Vilchez Barroso, G., Torres Guerrero, J., & Palomares Cuadro, J. (2007). *Adquisición y mantenimiento de hábitos de vida saludables en los escolares de tercer ciclo de educación primaria de la comarca granadina de los Montes Orientales y la influencia de la educación física sobre ellos*. Universidad de Granada, Granada.
- Vinaccia, S., Quiceno, J., Fonseca, P., Fernández, H., & Tobón, E. (2015). Calidad de vida relacionada con la salud y su impacto sobre la cognición hacia la enfermedad en pacientes con hiperplasia prostática. *Acta Colombiana de Psicología*, 9(2), 47-56.
- Von Elm, E., Altman, D. G., Egger, M., Pocock, S. J., Gøtzsche, P. C., Vandenbroucke, J. P., & Initiative, S. (2014). The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement: guidelines for reporting observational studies. *Int J Surg*, 12(12), 1495-1499. doi:10.1016/j.ijisu.2014.07.013
- Von Elm, E., Altman, D. G., Egger, M., Pocock, S. J., Gøtzsche, P. C., Vandenbroucke, J. P., & STROBE, I. (2008). [The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies]. *Rev Esp Salud Publica*, 82(3), 251-259.
- Von Korff, M., Crane, P. K., Alonso, J., Vilagut, G., Angermeyer, M. C., Bruffaerts, R., . . . Ormel, J. (2008). Modified WHODAS-II provides valid measure of global disability but filter items increased skewness. *J Clin Epidemiol*, 61(11), 1132-1143. doi:10.1016/j.jclinepi.2007.12.009
- Von Korff, M., Katon, W., Lin, E. H., Simon, G., Ludman, E., Oliver, M., Bush, T. (2005). Potentially modifiable factors associated with disability among people with diabetes. *Psychosom Med*, 67(2), 233-240. doi:10.1097/01.psy.0000155662.82621.50

- Wagner, F., González Forteza, C., García Peña, C., & Gallo, J. (2012). Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud Mental*, 35(1), 3-11.
- Wen, J., Shi, Y. K., Li, Y. P., Yuan, P., & Wang, F. (2012). Quality of life, physical diseases, and psychological impairment among survivors 3 years after Wenchuan earthquake: a population based survey. *PLoS One*, 7(8), e43081. doi:10.1371/journal.pone.0043081
- WHO. (2000). International consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bull World Health org*, 78(4), 413-426.
- WHO. (2001). Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bull world health org*, 78(4), 413-426.
- Wittchen, H. U., Müller, N., Pfister, H., Winter, S., & Schmidt kunz, B. (1999). [Affective, somatoform and anxiety disorders in Germany--initial results of an additional federal survey of "psychiatric disorders"]. *Gesundheitswesen*, 61, 216-222.
- Wood, C., Cano Vindel, A., Iruarrizaga, I., & Dongil, E. (2009). Ansiedad y tabaco. *Psychosocial intervention*, 18(3), 213-231.
- Zhang, Z., Wang, W., Shi, Z., Wang, L., & Zhang, J. (2012). Mental health problems among the survivors in the hard-hit areas of the Yushu earthquake. *Plos One*, 7(10). e46449, doi.org/10.1371/journal.pone.0046449.
- Zhou, X., Kang, L., Sun, X., Song, H., Mao, W., Huang, x., & Li, J. (2013). Prevalence and risk factors of PTSD among adult survivors six months after the Wenchuan Earthquake. *Comprehensive psychiatry*, 54(5),493-499.

10. ANEXOS

Anexo I: Declaración Strobe: Lista de puntos esenciales que deben ser incluirse en los informe sobre casos y controles

	Ítem	Recomendación	Informado en página
Título y resumen	1	(a)Indique, en el título o en el resumen, el diseño del estudio con un término habitual.	-
		(b)Proporcione en el resumen una sinopsis informativa y equilibrada de lo que se ha hecho y lo que se ha encontrado	-
Introducción			
Contexto/fundamentos	2	Explique las razones y el fundamento científicos de la investigación que se comunica	1-119
Objetivos	3	Indique los objetivos específicos, incluida cualquier hipótesis pre especificada	125-127
Métodos			
Diseño del estudio	4	Presente al principio del documento los elementos clave del diseño del estudio	135
Contexto	5	Describa el marco, lugares y las fechas relevantes, incluido los períodos de reclutamiento, exposición, seguimiento y recogida de datos	135-140
Participantes	6	(a)Proporcione los criterios de elegibilidad así como las fuentes y el proceso diagnóstico de los casos y el de selección de los controles. Proporcione las razones para la elección de casos y controles	132-140
		(b)En los estudios apareados, proporcione los criterios para la formación de las parejas y el número de controles por cada caso	156
VARIABLES	7	Defina claramente todas las variables de respuesta, exposiciones, predictoras, confusoras y modificadoras del efecto. Si procede, proporcione los criterios diagnósticos	140-156
Fuentes de datos/medidas	8	Para cada variable de interés, proporcione las fuentes de datos y los detalles de los métodos de valoración (medida). Si hubiera más de un grupo, especifique la comparabilidad de los procesos de medida	140-156
Sesgos	9	Especifique todas las medidas adoptadas para afrontar fuentes potenciales de sesgo	203-206
Tamaño muestral	10	Explique cómo se determinó el tamaño muestral	156-157
VARIABLES CUANTITATIVAS	11	Explique cómo se trataron las variables cuantitativas en el análisis. Si procede, explique qué grupos se definieron y por qué	-
Métodos estadísticos	12	(a) Especifique todos los métodos	157-158

		estadísticos, incluidos los empleados para controlar los factores de confusión	
		(b)Especifique todos los métodos utilizados para analizar subgrupos e interacciones	157-158
		(c)explique el tratamiento de los datos ausentes (missing data)	-
		(d)Si procede, explique cómo se aparearon casos y controles	157-158
		(e)Describa los análisis de sensibilidad	-
Resultados			
Participantes	13	(a)Describa el número de participantes en cada fase del estudio, por ejemplo: cifras de los participantes potencialmente elegibles, los analizados para ser incluidos, los confirmados elegibles, los incluidos en el estudio, los que tuvieron un seguimiento completo y analizados	163-165
		(b)Describa las razones de la pérdida de participantes en cada fase	163-165
		(c)Considere el uso de un diagrama de flujo	164-165
Datos descriptivos	14	(a)Describa las características de los participantes en el estudio (p.ej., demográficas, clínicas, sociales) y la información sobre las exposiciones y los posibles factores de confusión	165-176
		(b)Indique el número de participantes con datos ausentes en cada variable de interés	-
Datos de las variables de resultado	15	Describa el número de participantes en cada categoría de exposición, o bien proporcione medidas resumen de exposición	-
Resultados principales	16	(a)Proporcione estimaciones no ajustadas y, si procede, ajustadas por factores de confusión, así como su precisión (p.ej., intervalos de confianza del 95%). Especifique los factores de confusión por los que se ajusta y las razones para incluirlos	176-186
		(b)Si categoriza variables continuas describa los límites de los intervalos	-
		(c)Si fuera pertinente, valore acompañar las estimaciones del riesgo relativo con estimaciones del riesgo absoluto para un periodo de tiempo relevante	-
Otros análisis	17	Describe otros análisis efectuados (de subgrupos, interacciones o sensibilidad)	-
Discusión			
Resultados clave	18	Resuma los resultados principales de los objetivos del estudio	189
Limitaciones	19	Discuta las limitaciones del estudio, teniendo en cuenta posibles fuentes de sesgo o de imprecisión. Razone tanto	203-206

**HÁBITOS SALUDABLES, DISCAPACIDAD Y CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON ANSIEDAD Y
DEPRESIÓN TRAS EL TERREMOTO DE LORCA. UN ESTUDIO CASO- CONTROL**

		sobre la dirección como sobre la magnitud de cualquier posible sesgo	
Interpretación	20	Proporcione una interpretación global prudente de los resultados considerando objetivos, limitaciones, multiplicidad de análisis, resultados de estudios similares y otras pruebas empíricas relevantes	189-203
Generabilidad	21	Discuta la posibilidad de generalizar los resultados (validez externa)	189-203
Otra información Financiación	22	Especifique la financiación y el papel de los patrocinadores del estudio y, si procede, del estudio previo en el que se basa el presente artículo	159

Anexo II: Tríptico Proyecto Pegasus y carta de información

Consorcio de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia

Región de Murcia

FFS

Sanidad Murciano de Salud

PEGASUS
Estudio sobre Salud y Calidad de Vida en la Región de Murcia

¿Nos ayudas a mejorar nuestra sanidad?

Región de Murcia

FFS

Sanidad Murciano de Salud

Yedda
Jumilla
Cieza
Calasparcas
Casasbajas de la Cruz
Alhama de Murcia
Totana
Lorca
Puerto Lumbreras
Mazarrón
Cartagena
San Javier
La Manga
La Unión
Aguilas

Región de Murcia

FFS

Sanidad Murciano de Salud

¿Sabía que la relación entre salud y calidad de vida juega un papel muy importante en la mayoría de enfermedades físicas y psíquicas?

¿Cree que la salud y calidad de vida de los murcianos es igual, mejor o peor que la del resto de los europeos?

¿Cómo le han afectado situaciones de estrés en su calidad de vida?

Participando en el estudio nos ayudara a contestar estas y otras preguntas sobre la salud de los murcianos y nos ayudara a mejorar nuestro sistema sanitario.

PEGASUS
Estudio sobre Salud y Calidad de Vida en la Región de Murcia



¿Qué es el Proyecto Pegasus?

Es una encuesta sobre salud y calidad de vida dirigida a la población de la Región de Murcia, realizada por la Consejería de Sanidad y el Servicio Murciano de Salud. Es un tipo de estudio que ya se ha realizado en otros países y están respaldados por la Organización Mundial de la Salud.

La finalidad de esta encuesta es obtener información útil para los profesionales de la salud que nos permita desarrollar actuaciones en materia sanitaria y mejorar la atención a la población de nuestra región. Los datos que se obtengan a través de esta encuesta nos permitirán:

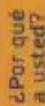
- Evaluar el estado de salud de la población general de Murcia
- Conocer la accesibilidad y la utilización de nuestros servicios sanitarios
- Analizar la relación entre estilos de vida y salud



Su participación es muy importante

Es una oportunidad para expresar su opinión sobre temas relacionados con su salud, para que los profesionales conozcamos sus opiniones sobre estos temas y ayudarnos a mejorar nuestro sistema sanitario. Conocer su opinión sobre estos temas es importante. ¿Quiere usted ayudarnos a mejorar?

Por los rigurosos métodos que hemos utilizado para garantizar que las personas seleccionadas representan a la población de Murcia, su respuesta no puede ser sustituida. Su participación es muy importante.



¿Por qué a usted?

Para este estudio hemos seleccionado al azar 4.000 personas mayores de 18 años entre todas aquellas que cuentan con la Tarjeta Sanitaria de la Región de Murcia.

Si se le ha enviado la petición de colaborar en este estudio o se ha contactado por teléfono con usted es porque ha sido seleccionado. El único requisito para haber sido seleccionado es tener más de 18 años y disponer de Tarjeta Sanitaria.

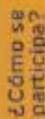
Su participación es completamente voluntaria. Usted puede escoger no responder a alguna o a todas las preguntas. Sin embargo, nuestra experiencia es que a la mayoría de las personas les parece interesante el contenido de la entrevista.



¿Qué tipo de preguntas se hacen?

Las preguntas de la entrevista cubren una amplia variedad de temas que incluyen la salud física y mental, el estado civil, la vida familiar y el trabajo. También se le preguntará sobre los sucesos de la vida que causan estrés y los recursos que tienen las personas para afrontar estos temas.

No hay respuestas correctas o incorrectas a estas preguntas. Las respuestas de cada persona son igual de importantes.



¿Cómo se participa?

Es muy sencillo. Nosotros nos pondremos muy pronto en contacto con usted por teléfono.

La entrevista la realizarán entrevistas expertos e identificados con un carnet que le mostrarán al inicio. El lugar donde se realizará lo decide usted (puede ser su Centro de Atención Primaria, su domicilio o en cualquier otro lugar). Y para facilitar aún más su participación en el proyecto, usted también elegirá el momento de realizar la entrevista.

Para cualquier duda, puede preguntar en su Centro de Salud Mental o escribir a la dirección de correo electrónico: pegasusmurcia@car.m.es

* Si ha cambiado recientemente de número de teléfono o de dirección, le agradeceríamos que nos lo haga saber utilizando este mismo teléfono gratuito o email pegasusmurcia@car.m.es.



La información obtenida será confidencial

Todas las respuestas son estrictamente confidenciales. La base de datos ha sido dada de alta en la agencia de protección de datos, en aplicación de la Ley Orgánica 3/18.1999 de Protección de Datos de Carácter Personal y se ha elaborado un manual de seguridad donde se establece las personas autorizadas que pueden acceder a ellas, así como sus responsabilidades. Sólo están autorizados aquellos investigadores de nuestro grupo de investigación que han firmado un compromiso de confidencialidad.

Sólo se realizarán informes generales que no permitirán identificar a ninguna de las personas participantes.



Estimado/a Xxx Yyy Zzz:

La Consejería de Sanidad y Consumo y el Servicio Murciano de Salud, en colaboración con la Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia (FFIS) ha llevado a cabo una encuesta poblacional sobre la Salud y la Calidad de Vida en la Región de Murcia (el proyecto PEGASUS-Murcia). Este estudio estaba dirigido a la población general murciana y su finalidad era, entre otras, la de contribuir a la mejora en la planificación de los servicios de salud y contribuir a adaptarlos, en la medida de lo posible, a sus necesidades concretas. En este contexto y para medir el impacto del terremoto de Lorca del pasado 11 de mayo de 2011, se ha iniciado un nuevo estudio con las personas que han sido atendidas en el Centro de Salud Mental de Lorca tras el incidente.

Le comunicamos que usted ha sido seleccionado/a en esta fase del proyecto. Su participación, totalmente voluntaria, anónima y sin compromiso, se limita únicamente a responder a unas preguntas sobre su salud, cuya confidencialidad está garantizada¹. Su colaboración es especialmente importante para poder valorar el impacto sanitario del pasado terremoto de Lorca.

Próximamente nos pondremos en contacto con usted para concretar su participación en este programa de la forma más cómoda y adecuada a su situación. Mientras tanto, si quiere recibir más información puede contactar con la siguiente dirección de correo electrónico: pegasusmurcia@carm.es

Le recordamos que nuestro interés es poner en marcha programas para mejorar la salud y la calidad de vida de todas las personas de la Región de Murcia y, en concreto, del área de Lorca, y que el éxito de este propósito depende de su participación en este estudio, por lo que agradecemos de antemano su atención y colaboración.

Reciba cordialmente un saludo

Fdo. D. Carlos Giribert Muñoz

Subdirector General de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica
Servicio Murciano de Salud
Consejería de Sanidad y Política Social



PEGASUS
Estudio sobre Salud y Calidad de Vida en la Región de Murcia
¿Nos ayudas a mejorar?

¹ Sus datos serán utilizados exclusivamente para mejora de programas sanitarios y no podrán ser utilizados con ninguna otra finalidad según dispone la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal. Si en algún momento deseara dejar de colaborar, puede solicitarnos que se eliminen de los registros sus datos personales.

Anexo III: Consentimiento informado



Región de Murcia
Consejería de Sanidad
y Consumo



**Estudio sobre la salud y calidad de vida en la Región de Murcia.
ESTUDIO PEGASUS-MURCIA**

CONSENTIMIENTO INFORMADO _____ Código: _____

Yo, D/Dña _____, confirmo que entiendo y acepto las siguientes consideraciones relacionadas con mi participación en el "Estudio sobre la Salud y Calidad de Vida en la Región de Murcia: Estudio PEGASUS-Murcia":

1. Los objetivos principales del estudio se centran en la descripción y análisis de diversos factores de riesgo y protectores relacionados con la salud y la calidad de vida percibida en una muestra representativa de la población general de Murcia.
2. Las respuestas de su entrevista se procesarán respetando la más estricta confidencialidad y de acuerdo a la legislación aplicable (Ley Orgánica del Tratamiento de Datos de carácter personal 15/1999 y normativa complementaria).
3. Los datos que facilita se guardarán en un archivo de seguridad y pasarán a formar parte de un fichero inscrito en la Agencia de protección de datos, del que es responsable la **Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias (FFIS)** de la Región de Murcia, pudiendo ejercitar los derechos de oposición, acceso, rectificación y cancelación de estos datos ante dicha fundación, en Calle Luis Fontes Pagán 9-1º (30003-Murcia).

Dicho archivo cumplirá con las medidas de seguridad legalmente exigibles, y sólo será accesible por personal vinculado al proyecto, dentro de las preceptivas obligaciones de confidencialidad.

4. Sólo se facilitarán los datos de la entrevista de forma anónima (desvinculados de sus datos personales) y/o agregada (estadísticas acumuladas con el conjunto de respuestas de los entrevistados) a otros centros de investigación, nacionales o internacionales, si dicha cesión es aceptada por el Comité de Investigadores del proyecto.
5. Su participación en el estudio es voluntaria, pudiendo, en un futuro, ser contactado de nuevo para contestar otras preguntas relacionadas con la investigación.
6. Se le informa de su derecho a revocar el presente consentimiento cuando libremente lo decida.

Fecha _____ / _____ / 20____

Firman por duplicado
Firma del Entrevistador:

Firma del Entrevistado:

Nombre y Apellidos:

N.I.F.: _____

N.I.F.: _____



Proyecto PEGASUS-Murcia
Fundación para la Formación e Investigación Sanitaria (FFIS) de la Región de Murcia
C/ Luis Fontes Pagán, 9, 1º pta., HGU "Pena Solís" - 30003 Murcia
Tel.: 968 359 767 - Fax: 968 359 777 Correo-e: pegasusmurcia@ccrm.es