



Hospital Provincial Psiquiátrico
"Ngüyen Van Troi" Ciego de Ávila.

Efectividad de la *Passiflora incarnata* L. como ansiolítico en
pacientes con Trastorno Generalizado de Ansiedad en el
Hospital Provincial Psiquiátrico de Ciego de Ávila.

Tesis para optar por el Título de Especialista de
1er Grado en Psiquiatría.

Dr. Nelsandres Pérez Ulloa

Ciego de Ávila

2015

Hospital Provincial Psiquiátrico
“Ngüyen Van Troi” Ciego de Ávila.

Título: Efectividad de la *Passiflora incarnata* L. como ansiolítico en pacientes con Trastorno Generalizado de Ansiedad en el Hospital Provincial Psiquiátrico de Ciego de Ávila.

Autor: Dr. Nelsandres Pérez Ulloa.

Especialista de primer grado en Medicina General Integral. Aspirante a Médico Especialista de Primer Grado en Psiquiatría.

Tutora: Dra. Yaniet Angulo Ledón.

Especialista de primer grado en Psiquiatría. MsC. Longevidad Satisfactoria. Profesor Asistente.

Asesores: Dra. Norma C. Pérez Calleja.

Especialista de Segundo Grado en Pediatría. MSc. Medicina Bioenergética y Natural. Profesor Auxiliar.

Tesis para optar por el título de especialista de 1^{er} Grado en Psiquiatría.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la Dra. Yaniet Angulo Ledón, por sus valiosas indicaciones metodológicas y su ayuda incondicional en la elaboración de esta investigación.

Al Profesor Agustín Martín Pérez, por su asesoría en el procesamiento estadístico de los resultados de esta tesis.

Al Dr. en Ciencias León Mármol Soñora, por sus instrucciones en cuanto a la motivación para trabajar en este tema.

A la Dra. Norma C. Pérez Callejas, por su asesoría y enseñanzas de su amplio conocimiento sobre la medicina natural y tradicional.

A la Dra. Anaisi Ocaña Leal, por su dedicación en la formación como residente.

A todos los especialistas de la institución por sus enseñanzas en la trayectoria de la residencia.

A las personas que fueron objeto de estudio, por su cooperación durante la investigación.

Además, quiero agradecer a todas las personas que de una forma u otra han contribuido en mi desempeño y en la elaboración de esta investigación.

A los residentes de la especialidad por el día a día.

A todos Muchas Gracias

DEDICATORIA

A mi madre: Por su dedicación, ejemplo y su amor infinito.

A Denis Alejandro por ser la luz de cada día.

A mi papa: Por los principios inflexibles que han guiado mi vida.

PENSAMIENTO

La Medicina Natural y Tradicional no es una necesidad de la pobreza, sino una opción más, de la riqueza.

Raúl Castro Ruz.

RESUMEN

Se realizó un estudio analítico de casos asignados a dos grupos (experimental y control) según criterios de inclusión y exclusión, no aleatorizado, longitudinal, prospectivo y sin enmascaramiento, en el Hospital Provincial Psiquiátrico “Ngüyen Van Troi” de Ciego de Ávila, desde septiembre de 2014 hasta marzo de 2015, para determinar la efectividad de la *Passiflora incarnata* L. como ansiolítico en el tratamiento del trastorno generalizado de ansiedad. El universo lo constituyeron 60 pacientes, con diagnóstico previo de Trastorno Generalizado de Ansiedad que se tomaron al azar y que asistieron al servicio de urgencia. Se confeccionó una base de datos en el programa Excel, para el análisis de los datos se utilizó la técnica de Chi cuadrado y se aplicó la prueba T de student. Predominaron las mujeres en la tercera década de la vida, el nivel de escolaridad secundario y los trabajadores. Se encontraron la misma cantidad de pacientes casado como solteros. No se encontraron diferencias significativas entre los antecedentes patológicos personales ni familiares para los grupos de estudio, así como tampoco para la variable de convivencia conflictiva. El tiempo de reducción de la ansiedad resultó significativamente menor en los pacientes con Alprazolam. Las puntuaciones IDARE y Pittsburg, no reportaron diferencias significativas al comienzo ni al final de la investigación, mientras que en las evaluaciones realizadas a los quince días y al mes de tratamiento, resultó significativamente menor la puntuación del grupo tratado con Alprazolam que con Pasiflora. El costo de producción y para el paciente resultó inferior en el tratamiento con Pasiflora. Se pudo comprobar la presencia de reacciones adversas en los pacientes tratados con Alprazolam.

Palabras claves: *Passiflora incarnata* L., Trastorno Generalizado de Ansiedad, Benzodiacepinas.

ÍNDICE

<i>Contenido</i>	<i>Páginas</i>
Introducción.....	1
Objetivos.....	5
Marco teórico.....	6
Método.....	23
Análisis y discusión de los resultados.....	29
Conclusiones.....	43
Referencias bibliográficas.....	44
Anexos.....	51

INTRODUCCIÓN

Actualmente los trastornos emocionales abarcan un importante porcentaje en la lista de enfermedades que presenta la población mundial, de los cuales se puede mencionar la ansiedad y la depresión. Estos trastornos en forma común se relacionan con factores externos, tales como el estrés asociado a problemas económicos, pérdidas familiares, conflictos, frustraciones o amenazas. Esto conlleva a la presentación de síntomas como alteraciones del sueño, la fatiga, falta de interés, disminución de la libido e irritabilidad; todo esto afecta el nivel de función global (1,2).

Más de 19 millones de estadounidenses están afectados por la depresión y otros 4 millones por Trastorno de Ansiedad Generalizada, según el Instituto Nacional de Salud Mental (3).

Los síntomas no están relacionados con un trastorno, el 93 por ciento de las personas diagnosticadas no asocian la depresión o los trastornos de ansiedad con un problema de salud mental, al mismo tiempo, el 44 por ciento de los diagnosticados dicen que sus síntomas causan limitaciones en su vida cotidiana (4).

La ansiedad es una experiencia universal que forma parte de la condición humana, y que constituye parte de un sistema de aviso-alarma frente a una amenaza. Es, por lo tanto, una emoción desagradable que se acompaña de cambios somáticos y conductuales, que provocan un estado de incomodidad, malestar, tensión o aprensión (4).

La ansiedad se acompaña de un patrón propio del sistema nervioso central que implica alteraciones respiratorias, palidez y trastornos musculoesqueléticos. La misma provee al afectado de una serie de consecuencias adaptativas tales como el aumento de la activación, que permite focalizar la atención frente a un posible riesgo, con su respectiva preparación para el enfrentamiento, la memorización de los acontecimientos que provocan miedo, la formación de respuestas condicionadas al mismo y la modificación de ciertos esquemas cognitivos (4,5).

La ansiedad puede ser provocada por diversos factores, dentro de los cuales es importante mencionar a los trastornos terminales, los cardiopulmonares, neurológicos y renales, así como el dolor y algunos factores genéticos o ambientales. Es muy común que estén acompañadas de otros síndromes psiquiátricos, es decir, que presentan generalmente comorbilidad (5).

Se clasifica la ansiedad en diversos trastornos: En el de angustia con o sin agorafobia, de ansiedad generalizada, por estrés post-traumático, de ansiedad inducido por sustancias, obsesivo compulsivo, de adaptación con estado de ánimo ansioso y de ansiedad no especificada (1,3,4).

El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), se caracteriza por la presencia, durante la mayor parte del tiempo (lapso no menos de seis meses) de síntomas de ansiedad intensa, determinante de un marcado sufrimiento e interferencia significativa en el desenvolvimiento personal y social del paciente. Se trata de una ansiedad flotante y no circunscrita a ninguna situación en particular. Los síntomas subjetivos de ansiedad son prominentes, dado por un estado de desasosiego y expectación “tiemblo por dentro o me siento como si fuera a recibir una mala noticia”, acompañada de una marcada hiperexcitabilidad a los estímulos externos, impresión subjetiva de estar al límite “estoy volao como una cafetera”, se siente injustificadamente presionado por el tiempo y sus obligaciones, su vida se convierte en una carrera contra reloj, la distractibilidad también es frecuente, y las preocupaciones excesivas por calamidades del pasado. Además produce tensión muscular e hiperactividad autonómica. (4).

Pueden aparecer de manera persistente, se desarrolla en la segunda o tercera década de la vida, con un curso crónico e intensidad fluctuante. EL TAG puede ser provocado por eventos en la comunidad como disfunción familiar y social, dependencia financiera, pérdidas económicas, preocupación por la salud propia o el advenimiento de una situación importante (6).

También referido como crisis de pánico o trastorno por angustia, es un muy común, no predecible, caracterizado por la presencia de crisis recurrente de

ansiedad grave no secundaria a ninguna situación o circunstancia en particular. Tiene una aparición brusca, inesperada, de duración breve (solo minutos o algo más), con miedo a que se repita y síntomas vegetativos variables como: palpitación repentina, dolor precordial, sensación de asfixia, vértigo y sensación de irrealidad. Existe temor secundario a morir, a perder el control o a enloquecer. Es más frecuente en mujeres que en hombres y tiene un curso variable. Con varios ataques de ansiedad durante un mes, ante circunstancias que no representan peligro objetivo para el paciente y en el período intercrisis debe el individuo estar libre de ansiedad, aunque en ocasiones se presenta ansiedad anticipatoria breve (6).

Alrededor del 5% de la población en general es participe de una ansiedad aguda o crónica, y su distribución en las mujeres supera a los hombres en una proporción igual al dos a uno (7,8).

Estudios realizados demuestran que la prevalencia de trastornos por ansiedad, de cualquier índole, en pacientes que ingresan al servicio de atención primaria, representa un 14% del total de los afectados con algún trastorno psiquiátrico (37.66%) (8).

Se conoce que existen en el mercado farmacéutico múltiples medicamentos ansiolíticos y antidepresivos que ofrecen disminución de la sintomatología de este trastorno, y que se continúa estudiando sobre nuevos fármacos para el tratamiento del mismo, sin embargo, aunque ofrecen buenos resultados también tienen reacciones secundarias que afectan diferentes órganos de forma indeseable (9).

Desde hace siglos, en Cuba se han utilizado un sin número de preparaciones terapéuticas para la mejoría o cura de múltiples trastornos de salud, de los cuales los problemas neuropsiquiátricos no son la excepción. En la actualidad existen diversas plantas como es el caso de la *Passiflora incarnata* L. que ha sido estudiada para este fin, y otras que se siguen estudiando para ofrecerle a la población una alternativa de tratamiento que logre mejorar este tipo de trastornos disminuyendo los efectos secundarios e indeseables (10).

Como se mencionó anteriormente, los trastornos de ansiedad constituyen uno de los sufrimientos psiquiátricos más comunes en la población mundial en general, y sin incluir a las fobias representa un 11%. Una serie muy extensa de estudios epidemiológicos han demostrado que la prevalencia de trastornos psiquiátricos entre pacientes que acuden a servicios de atención primaria es alta. No obstante, es común que estos trastornos no sean detectados y permanezcan sin tratamiento. Por lo tanto, es importante la instrucción de los médicos en cuanto a la sintomatología y tratamiento de los trastornos de ansiedad, para que, en términos generales, no pasen por alto estos síndromes en la consulta de atención primaria (11).

En la provincia de Ciego de Ávila no existen estudios poblacionales de la utilización benéfica de la *Passiflora incarnata* L. como ansiolítico en la disminución de los trastornos de ansiedad. La incidencia y prevalencia se establecen por extrapolación de los publicados en países europeos.

Los objetivos de trabajo del Ministerio de Salud Pública y para dar cumplimiento al Lineamiento 158 de la Política Económica y Social del Estado, aboga la utilización de la medicina natural y tradicional en las unidades asistenciales, específicamente en cuerpo de guardia debe emplearse en más del 25% de los casos atendidos y la ausencias de estudios al respecto, es lo que nos ha motivado a evaluar la efectividad de la *Passiflora incarnata* L. en los Trastornos Generalizados de Ansiedad, por ser este la mayor morbilidad en el servicio de urgencia de la institución.

Problema: Se desconoce la efectividad de la *Passiflora incarnata* L. como ansiolítico en pacientes con Trastorno Generalizado de Ansiedad en el Hospital Provincial Psiquiátrico “Ngüyen Van Troi” de Ciego de Ávila.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Determinar la efectividad de la *Passiflora incarnata* L. como ansiolítico en el tratamiento del Trastorno Generalizado de Ansiedad en pacientes de la provincia Ciego de Ávila que acuden al servicio de urgencia del Hospital Provincial Psiquiátrico “Ngüyen Van Troi”.

Objetivos específicos:

- 1- Caracterizar la muestra según variables sociodemográficas.
- 2- Describir los antecedentes patológicos personales, familiares, convivencia conflictiva, así como el tiempo de reducción de la ansiedad en la muestra de estudio.
- 3- Determinar la puntuación de evaluación en las escalas de ansiedad IDARE e índice de Calidad del Sueño de Pittsburg en cada evaluación realizada.
- 4- Identificar las reacciones adversas al tratamiento en los grupos de estudio.
- 5- Determinar costo-beneficio de esta alternativa de tratamiento.

Hipótesis:

El uso de la *Passiflora incarnata* L. como tratamiento ansiolítico pudiera resultar un tratamiento efectivo en pacientes con Trastorno Generalizado de Ansiedad, en la disminución de sus síntomas y mejora de la calidad del sueño en un período corto de tiempo, en pacientes de la provincia de Ciego de Ávila que acuden al servicio de urgencia del Hospital Provincial Psiquiátrico “Ngüyen Van Troi”.

MARCO TEÓRICO

1. La ansiedad como estado.

La ansiedad puede definirse como un estado emocional desagradable en el que se presentan sensaciones de peligro amenazador, caracterizado por malestar, tensión o aprensión que se acompaña por un patrón característico de descargas del sistema nervioso autónomo que implica cambios fisiológicos como frecuencia respiratoria alterada, aumento del ritmo cardíaco, cambios vasomotores, trastornos músculo-esqueléticos y cambios en la conductividad eléctrica de la piel. (12,13).

Existen otras definiciones de la ansiedad, donde se considera la ansiedad como una respuesta emocional desagradable, la cual consta de sensaciones de incertidumbre, nerviosismo y preocupación acompañada de cambios fisiológicos que se presentan ante una amenaza específica y disminuye los recursos del yo (enfrentamiento) para tratar las demandas excedentes de la vida cotidiana (13).

Existen diferentes autores que diseñaron cuestionarios para detectar y medir la ansiedad tal es el caso de Schwartz, Davidson y Goleman (1978) que presentan una evaluación de la ansiedad cognoscitiva somática (14-16).

Por otro lado en México, Domínguez (1987) adaptó el cuestionario CACS (Cuestionario de Ansiedad Cognoscitiva y Somática), que consta de catorce reactivos, de los cuales siete corresponden al nivel cognoscitivo y siete al somático (17,18).

También existen las escalas que nos apoyan en la evaluación de medicamentos o preparados para ir determinando el éxito o el fracaso de cada uno de estos, tales es el caso de la Escala de Hamilton para Ansiedad, del autor del mismo nombre (17,18).

1.2. Antecedentes históricos.

Las primeras descripciones de los trastornos de ansiedad fueron encontradas en el código de Hamurabi, donde se relataban las crisis de ansiedad del rey después de haber asesinado a su padre. Las fobias, que actualmente forman parte de los trastornos de ansiedad, fueron descritas desde épocas tan remotas como el pre-sofismo, pero no se reconocían como trastornos conductuales (13).

No fue hasta el siglo XIX (1871) cuando el Dr. Westphal mencionó que las fobias eran trastornos de la personalidad, refiriendo que se trataba de una angustia espantosa, ligada a palpitaciones del corazón y otros síntomas (19).

Durante la Guerra Civil Americana, Jacob Da Costa describió ciertas anomalías cardíacas en ausencia de lesiones estructurales, asociadas a un dolor pectoral incapacitante. Esto fue conocido como el síndrome de DaCosta y se presentó frecuentemente durante diversas guerras como la de los prusianos, en la segunda mitad del siglo XIX (19).

En 1895 el psicoanalista Alemán Sigmund Freud acuñó por primera vez el término “Neurosis de Ansiedad”, usándolo para describir el conjunto sintomático que presentaba: irritabilidad general, vértigo, parestesias, sudoración palmar y excesiva en general y dificultad para respirar. Mencionó que el síndrome podía ser de carácter crónico o podía también desarrollarse como crisis menores (19).

La neurosis de ansiedad incluía el Trastorno Generalizado de Ansiedad, a las fobias y a la ansiedad por angustia. En ese mismo año, el Dr. Henry Maudsley aprobó la agorafobia como un síndrome aparte. Durante la segunda guerra mundial, se remitió por primera vez a los soldados que presentaban éstos síntomas a un psiquiatra y no a un internista, considerándose la reacción de ansiedad como diagnóstico (19).

En el año 1980 con la llegada del DSM III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) se separó la neurosis de angustia en categorías diagnósticas diferentes: el trastorno por ansiedad, y el Trastorno Generalizado de Ansiedad (19).

Actualmente, el DSM-IV separa a los trastornos de angustia en: trastorno por angustia con o sin agorafobia, agorafobia sin historia de trastorno por angustia, fobia Social, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés post-traumático, Trastorno de Ansiedad Generalizada y trastornos por ansiedad no especificado (13,19).

2. Clasificación y Epidemiología.

En la clasificación del DSM IV se consideran doce categorías diagnósticas para la descripción de los diferentes cuadros clínicos de los trastornos de ansiedad (6):

1. Crisis de angustia con agorafobia.
2. Crisis de angustia sin agorafobia.
3. Agorafobia sin crisis de angustia.
4. Fobia social.
5. Fobia específica.
6. Trastorno obsesivo-compulsivo.
7. Trastorno Generalizado de Ansiedad.
8. Trastorno por estrés agudo.
9. Trastorno por estrés postraumático.
10. Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica.
11. Trastorno de ansiedad inducido por sustancias.
12. Trastorno por ansiedad no especificado anteriormente.

Los trastornos de ansiedad más comunes son la agorafobia, la fobia social y la específica. Su prevalencia destaca a la fobia social y específica con un 13%, seguida de estrés postraumático con 9%, agorafobia con 7%, crisis de angustia 1.6 – 3.5 %, ansiedad generalizada 3.5 – 5 % y trastornos obsesivo compulsivo 1.4 – 2 % (6).

De acuerdo con la encuesta nacional de epidemiología-psiquiátrica en México en el 2003, los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el quinto lugar como indicador de muerte prematura y días vividos con discapacidad. Los trastornos más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad en 14.3%, seguidos por los afectivos y por los de uso de sustancias (14).

El inicio de los desórdenes de ansiedad se presenta generalmente durante la adolescencia temprana; las fobias específicas son las que inician más tempranamente. Los diferentes trastornos de ansiedad son más frecuentes en mujeres que en hombres, con excepción de la fobia social, que suele presentarse en un porcentaje semejante en ambos sexos (20).

Los trastornos de ansiedad frecuentemente se asocian a otros trastornos cognitivos o conductuales. La ansiedad, en adultos, es muy común en los pacientes que sufren algún trastorno depresivo. Un estimado de 85% de adultos con depresión experimentan algún síntoma de ansiedad, y un 58% tienen un trastorno ansioso diagnosticable a lo largo de su vida, de los cuales, 17.2% pertenecen al (TAG), y 9.9% a crisis de angustia (21).

Según una encuesta llevada a cabo en 1994 por la Encuesta Nacional de Comorbilidad (National Comorbidity Survey), se encontró que de los pacientes que sufrían un Trastorno de Ansiedad Generalizada, el 90% padecían a lo largo de su vida, algún otro trastorno psiquiátrico comórbido (21).

Numerosos estudios señalan que la edad promedio de inicio de los estados de ansiedad es de 25 años, con un rango que va desde los 15 hasta los 35 años.

En relación con el progreso de los trastornos ansiosos, se ha observado que las crisis de angustia tienen una alta tasa de incidencia, y que propician el desarrollo de fobias, de ansiedad anticipatoria o una conducta de anticipación (21,22).

Para hablar de ansiedad es necesario que se considere la variación en el desarrollo temprano de los trastornos ansiosos. Mientras que algunos trastornos como las crisis de angustia comienzan con una dramática sensación estresante, que después es reconocida como irracional, otros pacientes con diferentes

trastornos experimentan períodos variables y difusos de ansiedad antes de sufrir alguna crisis (22).

En la mayoría de los casos, los estados de ansiedad tienen un carácter crónico y fluctuante. Esto significa que los pacientes que sufren trastornos de ansiedad presentan muy frecuentemente, intervalos asintomáticos durante el curso de su padecimiento (22).

3. Aspectos generales del Trastorno de Ansiedad Generalizado.

3.1. Aspectos Psicológicos.

Dentro de la teoría psicoanalítica, la ansiedad tiene una distinción del miedo. El miedo se define como una reacción a un peligro real, externo que amenaza de diversas maneras al individuo. La ansiedad en cambio, es una respuesta individual a un peligro que amenaza desde el interior, y se manifiesta en forma de un impulso que puede escapar del individuo. No obstante, la distinción entre miedo y ansiedad no debe permanecer siempre estrictamente, dado que, en cierto evento específico, puede haber un contenido ansioso y otro relativo al miedo, aunque en diferentes proporciones; lo cual nos impulsa a buscar las causas del trastorno para obtener un dato clínico. Dentro de la conciencia es experimentada la ansiedad como un dolor mental, que advierte al individuo como una señal indicadora, tanto de la necesidad de defensa como del éxito de su funcionamiento (22).

3.2. Aspectos Clínicos.

Considerando en conjunto a las diversas manifestaciones de ansiedad, su fenomenología comparte muchos elementos.

Los estados ansiosos pueden iniciarse lentamente con sentimientos generales de tensión o malestar nervioso, o bien, su inicio puede ser súbito, provocado por ataques violentos y repentinos de ansiedad muy aguda. Se ha observado, que aunque es más común en el adulto, el trastorno de ansiedad puede presentarse a cualquier edad (23).

Síntomas:

Aun cuando los trastornos ansiosos pueden tener diversas manifestaciones sintomáticas, hay un rasgo que prevalece en los pacientes con ansiedad patológica: el afecto doloroso e intenso en la mente, la angustia (24).

Los síntomas cardíacos proceden de la conciencia que tiene el paciente del cambio en la frecuencia e intensidad de los latidos, unido a una sensación de vacío en el pecho, acompañado también de dolores pectorales. No es raro que este dolor se irradie a la axila, al hombro izquierdo o al cuello, y en ocasiones llegue hasta la extremidad derecha (24).

Las manifestaciones respiratorias son descritas por el paciente como la incapacidad de inhalar el suficiente aliento. Las dificultades respiratorias se suelen acompañar de hiperventilación, entumecimiento y mareo (24).

Curso y Pronóstico:

La experiencia clínica indica que en el adulto los síntomas tienden a disminuir con la edad. Aunque, casi de manera general, el pronóstico del paciente con estado ansioso va guiado por diversidad de factores, como el grado de estrés, la maduración de su yo, la estabilidad de sus relaciones personales, su rendimiento laboral y la duración de los síntomas (23).

Diagnóstico y Diagnóstico Diferencial:

En general, el TAG y las Crisis de Angustia son los únicos síndromes ansiosos en donde se hallan exclusivamente los síntomas característicos de la ansiedad crónica y aguda sin síntomas psiquiátricos adversos (23-25).

Los Criterios para el diagnóstico del *Trastorno por Angustia* son: Haber sufrido por lo menos tres crisis de angustia en un periodo de tres semanas, en circunstancias distintas a un esfuerzo físico mayor a una situación real de peligro amenazante (23-25).

Cuando aparece una crisis de angustia, deben darse al menos cuatro de los siguientes síntomas:

- Disnea
- Taquicardia
- Dolor Precordial
- Hipoxia
- Mareo
- Sentimiento de irrealidad
- Parestesias
- Sudoración
- Debilidad
- Miedo a morir, a volverse loco, o a realizar cualquier acto descontrolado como respuesta al ataque ansioso.

3.3. Criterios para el diagnóstico del TAG (según DSM IV).

La ansiedad persistente se manifiesta por síntomas de tres de las cuatro categorías siguientes.

- Tensión motora. Estremecimientos, espasmos, movimientos bruscos, tics palpebrales, inquietud, intranquilidad y respuestas de alarma.
- Hiperactividad Vegetativa. Sudoración, taquicardia, sensación de frío, parestesias, micción frecuente y enrojecimiento de la piel.
- Expectación agresiva. Preocupación, miedo y nerviosismo.
- Vigilancia y Escrutinio. Hiperatención, alerta, distractibilidad, insomnio, impaciencia e irritabilidad.

El estado de ánimo ansioso se ha presentado frecuentemente a lo largo de seis meses. Para iniciar el tratamiento se deben tener en cuenta los siguientes aspectos. Precisar la forma de presentación de ansiedad (eventos desencadenantes). Disminuir la incertidumbre al paciente. Hacer un diagnóstico

diferencial. Lograr, utilizando medicamentos, el control rápido del trastorno. Elegir un tratamiento de mantenimiento. De ser necesario, completar con un tratamiento no farmacológico (25).

El diagnóstico de los Trastornos de Ansiedad se puede ver afectado, y en ocasiones interferido por la presencia de otros padecimientos médicos que incluyen sintomatologías similares a las crisis de angustia y al TAG (24,25).

El listado de sufrimientos con los que se debe hacer el diagnóstico diferencial es el siguiente:

Trastornos Psiquiátricos: Trastorno Depresivo, Esquizofrenia, Trastorno de Despersonalización.

Trastornos Médicos: Hipertiroidismo, Arritmias Cardíacas, Insuficiencia Coronaria, Hipoglucemia, Abstinencia de Sustancias y Vértigo.

Las crisis de angustia y el TAG se deben diferenciar del Trastorno de Somatización, que surge como una preocupación constante por molestias físicas (23-25).

4. Tratamiento Farmacológico.

El tratamiento de la ansiedad y del insomnio debe realizarse de forma complementaria, individualizado y debe desarrollarse para lograr incrementar la eficacia, la tolerancia y la seguridad de los medicamentos ansiolíticos. No obstante, en nuestro medio se utilizan de forma indiscriminada numerosos fármacos, tales como las Benzodiazepinas (BZD), buspirone, antidepresivos tricíclicos e inhibidores de la monoaminoxidasa, los opiáceos y agentes dopaminérgicos (26).

A pesar de tener la opción de utilizar esta gran gama de medicamentos, sus efectos adversos tales como la náuseas, vómitos, boca seca, somnolencia, elevación de la tensión arterial, incremento del peso corporal, dependencia, efecto rebote, supresión y abstinencia, entre otros, limita su utilización, razón por lo cual

se ha tratado de acortar el tiempo de duración del tratamiento, y la búsqueda de alternativas para disminuir o eliminar dichos efectos indeseables (26).

Actualmente el manejo del TAG se realiza con fármacos como las Benzodiacepinas: Clonazepam, Lorazepam, Diazepam y Alprazolam.

Tricíclicos: Imipramina y la Amitriptilina.

ISRS (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina): Fluoxetina, Paroxetina, Fluvoxamina.

Anticonvulsivantes: Pregabalina.

Azapironas: Buspirona.

Betabloqueadores: Propanolol.

Usualmente, se debe iniciar el tratamiento para el TAG con una benzodiacepina para controlar la sintomatología, sin embargo, para no provocar adicción, se debe introducir un ISRS a medida que se retira la benzodiacepina. También se puede usar benzodiacepinas y tricíclicos para controlar la crisis, aunque muy frecuentemente el manejo requiere además de tratamiento conductual (27-29).

4.1. Fármacos.

Benzodiacepinas: Las benzodiacepinas son los medicamentos más frecuentemente utilizados para la ansiedad en consulta psiquiátrica, debido a la gran cantidad que existe en el mercado, efectiva y segura (30,31).

El fármaco de este género más utilizado es el Alprazolam. Para el tratamiento con este se debe comenzar con 0.25 mg, de tres a cuatro veces al día, hasta alcanzar una dosis diaria de 2-6 mg (31).

La desventaja de las BZD es que su vida media es corta y se pueden presentar síntomas de ansiedad entre una dosis y otra (31).

La ventaja más atribuible a las BZD es que la respuesta al medicamento suele ser de duración muy breve, es decir, de una a dos semanas, y con ellas se obtiene

una mejoría del 80%. Para éste tipo de fármacos se debe tener control, para no provocar adicción.

Las BZD potencian la acción inhibitoria de los receptores GABA (Acido G-Amino Butírico) como neurotransmisor de acción rápida.

Dentro de los efectos que producen las benzodiazepinas, se pueden encontrar generalmente ansiolisis, sedación, miorelajación, y tienen acción anticonvulsivante (31).

Anticonvulsivantes: Las drogas anticonvulsivantes se utilizan generalmente como controladores del estado de ánimo. Sin embargo, se han realizado investigaciones recientes con diferentes tipos de drogas anticonvulsivantes, cuyo mecanismo de acción es el bloqueo de los canales de Sodio dependientes del voltaje, que repercuten a nivel de Amígdala y de Hipotálamo. La Amígdala está implicada en todos los comportamientos de evitación, y de respuesta al miedo. El hipotálamo tiene la función de experimentar los miedos.

La reducción de la activación excesiva de los circuitos que provocan miedo, es la razón principal por la que se han usado anticonvulsivantes en el control de los trastornos de ansiedad.

Se han realizado estudios con drogas como Carbamezapina, Oxcarbazepina, Valproato de Sodio, Vigabatrina, Topiramato, Lamotrigina, Tiagabina y Gabapentina para tratar los trastornos de ansiedad sin obtener resultados satisfactorios; lo que podría significar un inadecuado uso de anticonvulsivantes para el trastorno de ansiedad.

Sin embargo, recientemente se ha instituido el uso de Pregabalina como principal fármaco para el manejo de los trastornos de ansiedad, sobre todo, el TAG.

La Pregabalina inhibe la liberación excesiva de neurotransmisores excitadores, uniéndose a la proteína $\alpha_2\text{-d}$ de los canales de calcio dependientes del voltaje, que están ampliamente distribuidos en el cerebro y en la médula espinal. Pregabalina es constituyente de una terapia efectiva y rápida actuando a corto plazo para el control de TAG.

ISRS: Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina se utilizan frecuentemente en el tratamiento del TAG. Los ISRS tienen la ventaja de aliviar los síntomas sin los efectos antihistamínicos, cardiovasculares o el aumento de peso que se asocian generalmente a los tricíclicos.

La eficacia de los antidepresivos como la Paroxetina, y la Fluvoxamina es efectiva a dosis de aproximadamente 20-60 mg por día (32).

4.2. Otros tratamientos.

De manera muy general en el tratamiento del TGA se deben usar fármacos, preferiblemente BZD, apoyados con una terapia conductual para preparar al paciente a evitar un futuro ataque de ansiedad.

Para el TAG las tres principales terapias cognitivo-conductuales son:

La reestructuración cognitiva de los pensamientos que generan ansiedad.

Entrenamiento en técnicas de relajación.

Tareas de exposición a las preocupaciones.

Muy comúnmente se utiliza el placebo, pero en comparación a los fármacos, su efectividad no es muy importante, y por ende queda, en la mayoría de los casos, desechada la opción de usarlo.

No farmacológicos: El tratamiento no farmacológico tanto del insomnio como de la ansiedad, es la primera y más importante forma de lograr su disminución y su remisión, él incluye cambio del estilo de vida, higiene del sueño, eliminación del consumo de sustancias como la cafeína, el alcohol y la nicotina, técnicas de relajación, apoyo psicológico y un programa de ejercicio (33).

Terapia floral: A lo largo de muchos siglos, las plantas medicinales han sido utilizadas para curar diferentes enfermedades, en ocasiones se han usado solas y en otras en combinación, llegando incluso en ciertos lugares del territorio nacional a ser la única alternativa de tratamiento.

En diversos estudios se han encontrado propiedades ansiolíticas y relajantes de plantas medicinales, como:

Valeriana officinalis, *Passiflora incarnata* L. y *Tilia platyphyllos* de las cuales hablaremos a continuación (34,35).

Valeriana officinalis: Es una planta verde que muere con el verano para brotar en la primavera siguiente. Forma tallos rectos, huecos y erguidos, de hasta 2 m de altura, con pocas hojas, agrupados de dos en dos. Las flores blancas o rosadas, se agrupan en una gran inflorescencia en su extremo. En su base se forma un rizoma del que surgen casi horizontalmente, otros tallos subterráneos y raíces, en todas direcciones. Las hojas y el rizoma tienen sabor amargo y olor característicos. También se denomina hierba de los gatos (34-38).

De la planta, las partes utilizadas son el rizoma y las raíces. Contiene aceite esencial (0.3-1%) ésteres terpénicos (isovalerianato, acetato y formato de bornilo, isovalerianato de eugenilo e isoeugenilo; monoterpenos (canfeno, pineno), sesquiterpenos (beta-cariofileno, valeranal, valeranonona) ésteres epoxiridoides (valepotriatos: valtrato (80%), isovaltrato, dihidrovaltrato), ácido gamma-aminobutírico (GABA), glutamina, arginina. Trazas de alcaloides (0.05-0-1%), su acción farmacológica al parecer se le atribuye al sinergismo entre el aceite esencial y los valepotriatos, dando como resultado una acción tranquilizante, hipnótica, espasmolítica, relajante muscular, ligeramente hipotensora y anticonvulsiva. Por lo que se utiliza en trastornos de ansiedad, insomnio, irritabilidad, hipertensión arterial, cefaleas, síndrome de intestino irritable, gastralgias, mialgias, dismenorrea, y como coadyuvante en crisis convulsivas (38).

Dentro de sus efectos secundarios sólo podemos destacar una gran inquietud durante el sueño, si se toma inmediatamente antes de acostarse (36).

Tilia platyphyllos Scop: Árbol de hoja caduca de 15 a 40 m de altura, de tronco liso, con hojas acorazonadas. Sus flores de cinco pétalos amarillentos, pequeñas, forman agrupaciones de entre 5 y 10, unidas por un pedúnculo común que se inserta en las ramas acompañadas de una bráctea u “hoja de protección”. La flor

produce néctar muy agradable al olfato. El fruto es globuloso, con 4 o 5 costillas. Desprende un aroma agradable.

Crece exclusivamente en regiones templadas y subtropicales del hemisferio norte; no forma bosques, se desarrolla junto a otros árboles, como hayas o arces, en zonas sombrías. En la montaña, crece hasta 1.800 m de altura.

Sus flores poseen esencia, rica en farnesol, un alcohol que le confiere sus propiedades medicinales, y magnesio con beneficios sedantes, antiespasmódicos y vasodilatadores, los mucílagos y pequeñas cantidades de taninos las hacen emolientes y antiinflamatorias; y los glucósidos flavonoides, le proporcionan propiedades diuréticas y sudoríficas. La corteza contiene polifenoles y cumarinas, por lo que tiene propiedades coleréticas y antiespasmódicas sobre todo a nivel de vesícula biliar, también proporciona propiedades hipotensoras y dilatadoras de las arterias coronarias. Está contraindicada su utilización en obstrucción de vías biliares (39).

Passiflora incarnata L.: También denominada pasiflora, granadilla, pasionaria, originaria del sur de los Estados Unidos y México, se halla ampliamente difundida por las regiones tropicales de Centro y Sudamérica. Crece en terrenos secos y abrigados, es una planta trepadora de tallos leñosos, de la familia de las pasifloráceas, cuyas flores blancas o rojizas destacan por su gran belleza. Sus hojas se encuentran divididas en tres lóbulos. El fruto es ovoide, carnoso, de color anaranjado y con semillas negras, se utilizan las flores, las hojas y los frutos (38, 40,41).

Las flores y las hojas de esta planta contienen pequeñas cantidades de alcaloides indólicos, flavonoides, diversos esteroides y pectina. A esta planta se le ha comprobado experimentalmente acción sedante sobre el sistema nervioso, así como efectos antiespasmódicos. Los responsables de sus efectos son los alcaloides y flavonoides, sin embargo también se ha reportado la presencia de ácidos hidrocianico, cítrico, málico, pantoténico y tánico (38).

En estudios toxigenéticos, se demuestra que la utilización de esta planta no muestra daño celular ni actividad mutagénica (41).

En 1985, una Comisión en Alemania aprobó oficialmente la *Passiflora incarnata* L. como tratamiento para la "inquietud nerviosa". Se considera que la hierba es un tratamiento moderadamente efectivo para la ansiedad y el insomnio, menos potente que la valeriana, sin embargo útil. Al igual que el toronjil (bálsamo de limón), manzanilla y la *valeriana*, la *Passiflora incarnata* L. también se utiliza para el estómago nervioso (42).

Sin embargo, sólo hay poca evidencia que justifique que la *Passiflora incarnata* L. se utiliza para esos propósitos. Algunos ensayos doble ciego comparativos preliminares sugieren que la Pasiflora podría ser útil para la ansiedad y la farmacodependencia (34,35). Estudios en animales sugieren que los extractos de Pasiflora pueden reducir la agitación y prolongar el sueño, sin embargo, no ha existido ningún estudio a doble ciega, controlado por placebo, reportado sobre la Pasiflora (38).

Propiedades

La *Pasiflora incarnata* L. ha demostrado un amplio espectro de actividades farmacológicas, posee acción sedante y antiespasmódica siendo eficaz en casos de ansiedad, insomnio, diversos espasmos, en nerviosismo general y diversos estados de excitación, epilepsia y tétanos. Refuerza el tratamiento en caso de neurosis cardíaca, palpitaciones, arritmia cardíaca, temblores seniles, irregularidades circulatorias y tensión ligeramente alta (43). También es útil contra malestares de la menopausia (44).

Las propiedades sedantes de la *Passiflora incarnata* L. fueron remarcadas a finales del siglo por médicos americanos que la utilizaron en neurología. Desde 1867 los trabajos de un americano atrajeron la atención sobre la *Passiflora*, y muestra su interés en medicina como sedante y antiespasmódica. Algunos trabajos tuvieron lugar en Alemania. En Francia, la Pasiflora no fue empleada

hasta la primera guerra mundial, donde se constata su acción contra la angustia de la guerra (H. Lecrerc) (44-46).

Esta planta no es tóxica y presenta la gran ventaja de provocar un sueño semejante al de un individuo normal, no provocando ningún efecto secundario desagradable (46).

Ansiedad

Un estudio a doble ciega de 4 semanas en 36 individuos con ansiedad (específicamente, el Trastorno de Ansiedad Generalizada) comparó a la Pasiflora con el medicamento estándar oxazepam. El oxazepam funcionó más rápido, pero al final de la cuarta semana de la prueba, ambos tratamientos demostraron ser igual de efectivos. Además, la Pasiflora presentó una ventaja comparativa en cuanto a efectos secundarios. El uso del oxazepam fue asociado con problemas relacionados con el trabajo (como por ejemplo, somnolencia matutina). Sin embargo, debido a que a este estudio le faltó un grupo de placebo, sería muy prematuro concluir que la Pasiflora ha demostrado ser un tratamiento efectivo para la ansiedad (46,47).

Farmacodependencia

Un estudio de 14 días a doble ciega reclutó a 65 hombres adictos a los medicamentos con opiáceos y comparó la efectividad de la Pasiflora combinada con el medicamento clonidina contra la clonidina sola. La misma es un medicamento ampliamente utilizado para la desintoxicación narcótica. La clonidina no ayuda con los síntomas emocionales como el deseo vehemente de fármacos, ansiedad, irritabilidad, agitación y depresión. Esos síntomas pueden ser muy graves y con frecuencia provocan inscripciones en tratamientos de drogas para cesar su uso. En este estudio de 14 días, el uso de la Passiflora junto con la clonidina calmó los aspectos emocionales de la desintoxicación en comparación con la clonidina por separado (47).

Dosis

La dosis adecuada de *Passiflora incarnata* L. es 1 taza 3 veces al día de un té hecho al dejar reposar una cucharadita de hojas secas por 10 a 15 minutos. Los extractos en polvo e infusiones de Pasiflora deben tomarse de acuerdo a las instrucciones de la etiqueta. La dosis utilizada de Pasiflora jarabe al 10% es de 5 ml tres veces al día. *Passiflora* en extracto fluido tiene una dosis de 20 gotas en medio vaso de agua. (48).

Composición Química

Los principales constituyentes químicos de la *Passiflora incarnata* L. son: Derivados flavónicos: actúan esencialmente como glucósidos caracterizados por la fijación de un azúcar sobre un carbono. Flavonoides libres (apigenina, luteolina, quercetol, kaempferol, etc.), heterósidos (vitexina, isovitexina, saponarina, orientina e isoorientina). Posee trazas de alcaloides indólicos (harmano, harmalol, harmina, harmalina y harmol), su cantidad total es inferior al 0,1%. Derivados de la g-pirona (maltol y etilmaltol). También se han encontrado oxicumarinas, esteroides, amidas, ácidos grasos, ácidos orgánicos (clorogénico, gálico, etc.), pequeñas cantidades de glucósidos cianogénicos, particularmente ginocardina, y trazas de un aceite esencial de composición todavía desconocida.

El Aporte Diario Eficaz (A.D.E.) determina la cantidad media de principios activos por toma diaria recomendada para ayudar a mejorar el estado general del organismo.

Aporte por comprimidos A.D.E. (4 comprimidos).

Flavonoides 1 mg 4 mg.

Alcaloides (expresados en Harmano) 0,03 mg 0,12 mg.

Consejos de uso: Se aconseja la toma del A.D.E.; 4 comprimidos al día (2 comprimidos cada 12 horas).

Cuestiones de Seguridad

Se ha descubierto que los alcaloides harman y harmaline que se encuentran en la *Passiflora* actúan como los medicamentos conocidos como inhibidores de la monoamino oxidasa (MAO) y también estimulan al útero, pero sigue sin saberse si la *Passiflora incarnata* L. entera tiene esos efectos. La *Passiflora* podría aumentar la acción de los medicamentos sedantes. Finalmente, hay cinco reportes de caso desde Noruega de individuos que tuvieron daños mentales temporales, debido a una combinación de productos herbales que contenían *Passiflora*. No está claro si los otros ingredientes tuvieron algo que ver.

Se recomienda en casos de insomnio, ansiedad, espasmos de la musculatura lisa (sobre todo de la musculatura gastrointestinal), en nerviosismo general y diversos estados de excitación, distonía neurovegetativa, epilepsia, en problemas cardíacos de origen nervioso (palpitaciones, taquicardias, extrasístoles), irregularidades circulatorias y de la tensión ligeramente alta. No se ha determinado la dosis segura para las mujeres embarazadas o que lactan, ni en niños pequeños o aquellos con enfermedad renal o hepática grave. (48-51).

Interacciones de las que debe estar consciente.

Con benzodiazepinas tiene efectos adictivos a altas dosis. Con barbitúricos aumenta el efecto de sedación. Con anticoagulantes aumenta el riesgo hemorrágico por la presencia de cumarinas. Presenta sinergismo con otros depresores del sistema nervioso central, anticolinérgicos, antistamínico, ansiolíticos y antipsicóticos (9,52).

Metodología

Se realizó estudio analítico de casos asignados a dos grupos (experimental y control) según criterios de inclusión y exclusión, no aleatorizado, longitudinal, prospectivo y sin enmascaramiento, en el Hospital Provincial Psiquiátrico “Ngüyen Van Troi” de Ciego de Ávila en el período comprendido de septiembre de 2014 hasta marzo de 2015, con el objetivo de establecer la efectividad de la *Passiflora incarnata* L. como ansiolítico en el tratamiento del Trastorno Generalizado de Ansiedad (TAG), grupo experimental, en pacientes que acudan al cuerpo de guardia de la referida institución, para ello se evaluará comparativamente los resultados con los de un grupo control que recibirá tratamiento con ansiolítico convencional (Alprazolam).

Universo y Muestra

El universo lo constituyeron 60 pacientes con diagnóstico previo de Trastorno Generalizado de Ansiedad que se tomaron al azar mediante un muestreo no aleatorizado, que asistieron al servicio de urgencia del Hospital Provincial Psiquiátrico “Nguyen Van Troi” de Ciego de Ávila, en el período antes referido. Los pacientes se dividieron en dos grupos de estudio, uno al cual se le aplicó la medicina natural y tradicional *Passiflora incarnata* L. como ansiolítico (grupo experimental) (GE) y otro al que se le aplicó solo tratamiento convencional farmacológico con Alprazolam (grupo control) (GC). Para la selección de los pacientes de cada grupo de estudio se tuvo en cuenta que cumplieran los criterios de inclusión y exclusión del mismo. Finalmente la muestra fue conformada por 20 pacientes del grupo control, porque se excluyeron 10 pacientes que presentaron reacciones adversas y tuvieron que abandonar el tratamiento e investigación y un grupo experimental de 20 pacientes porque 10 de ellos salieron del estudio por falta de apego al tratamiento.

Criterios diagnósticos (TAG) del DSM IV. La ansiedad persistente se manifiesta por síntomas de tres de las cuatro categorías siguientes, los cuales deben estar presentes por un término mayor de seis meses.

- Tensión motora. Tensión muscular, estremecimientos, espasmos, movimientos bruscos, tics palpebrales, inquietud, intranquilidad, respuestas de alarma.
- Hiperactividad Vegetativa. Sudoración, disnea, mareo, taquicardia, sensación de frío, parestesias, micción frecuente y enrojecimiento de la piel.
- Expectación agresiva. Preocupación, miedo y nerviosismo.
- Vigilancia y Escrutinio. Hiperatención, alerta, distractibilidad, insomnio, impaciencia e irritabilidad y episodios de pánico.

Criterios de Inclusión

1. Pacientes con criterio diagnóstico que firmen el consentimiento informado.
2. Pacientes que presenten un resultado total de la Escala de ansiedad IDARE de más de 30 puntos, y con resultados mínimos de 6 puntos en el Índice de Calidad del sueño de Pittsburg.

Criterios de Exclusión

1. Pacientes sin la capacidad mental o lingüística para realizar pruebas.
2. Pacientes que tengan algún tratamiento farmacológico establecido.
3. Pacientes con trastorno psiquiátricos persistentes o alteraciones neurológicas.
4. Pacientes con hepatopatías, hipo e hipertiroidismo, arritmias cardíacas, insuficiencia coronaria, hipoglucemia, vértigo.
5. Pacientes embarazadas o en etapa de lactancia.
6. Pacientes con enfermedad ácido-péptica.
7. Pacientes con trastornos relacionados con el alcohol.
8. Pacientes con abstinencia de cualquier sustancia.

Criterios de Salida

1. Falta de apego al tratamiento o reacciones adversas al medicamento.
2. Abandono voluntario.
3. Inicio de tratamiento farmacológico diferente al indicado durante el estudio.

Diseño general del estudio

En la presente investigación se realizó un estudio descriptivo de casos asignados a dos grupos (experimental y control) según criterios de inclusión y exclusión, analítico, no aleatorizado, longitudinal, prospectivo y sin enmascaramiento, para demostrar la efectividad de la *Passiflora incarnata* L. como ansiolítico en el tratamiento del Trastorno Generalizado de Ansiedad (TAG) en pacientes que acuden a cuerpo de guardia del Hospital Provincial Psiquiátrico “Ngüyen Van Troi” de Ciego de Ávila.

La obtención de la información y la recolección de los datos se realizaron a través de una encuesta construida al efecto y aplicada a cada paciente sujeto de investigación (Anexo II).

Los pacientes diagnosticados con Trastorno Generalizado de Ansiedad según criterios diagnósticos del DSM IV, se dividieron en dos grupos de estudio, al grupo experimental se le indicó ingerir una cucharada de Pasiflora, jarabe (5 ml) 3 veces al día durante 2 meses que duró el tratamiento; al grupo control solo se prescribió el tratamiento farmacológico Alprazolam a 0,50mg (2 tabletas diarias).

Se realizaron evaluaciones inicial a los 15 días, al mes, y a los 2 meses de tratamiento, mediante la escala de Ansiedad IDARE (ver anexo III) y el índice de Calidad del Sueño de Pittsburg (ver anexo IV), para un total de 4 mediciones durante el proceso de investigación y tratamiento. El procedimiento de elaboración del fitofármaco se detalla en el anexo V.

Finalmente se procedió al análisis de los datos por métodos automatizados de computación y se presentaron en tablas de contingencia y se utilizaron pruebas de hipótesis para ver posibles diferencias entre los grupos.

Definición operacional de las variables

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa continua	18-25 años 26-35 años 36-45 años 46-55 años 56-65 años	Según años cumplidos	Número y por ciento según grupos de edades
Sexo	Cualitativa Nominal Dicotómica	Masculino Femenino	Según sexo biológico de pertenencia.	Número y por ciento según grupo de pertenencia
Ocupación	Cualitativa Nominal Dicotómica	Desempleado Trabajador	Según si trabaja o no en la actualidad	Número y por ciento según grupo de pertenencia
Nivel de escolaridad	Cualitativa Ordinal	Nivel primario Nivel secundario Preuniversitario Universitario	Según grado de escolaridad que tenga el paciente	Número y por ciento según grupo de pertenencia
Lugar de Procedencia	Cualitativa Nominal Dicotómica	Rural Urbano	Según lugar de procedencia	Número y por ciento según grupo de pertenencia
Estado civil	Cualitativa Nominal dicotómica	Vive con pareja No vive con pareja	Según estado civil actual del paciente	Número y por ciento según grupo de pertenencia
Antecedentes patológicos familiares	Cualitativa Nominal dicotómica	Si No	Según refiera el paciente si existe patología asociada en algún familiar cercano	Número y por ciento según grupo de pertenencia
Antecedentes Patológicos Personales	Cualitativa Nominal dicotómica	Si No	Si refiere el paciente si ha padecido en algún momento de la patología en cuestión	Número y por ciento según grupo de pertenencia

Escala de ansiedad IDARE	Cuantitativa continua	Bajo (<30) Medio (30-44) Alto (>45)	Según escala de evaluación	Media y desviación estándar
índice de Calidad del Sueño de Pittsburg	Cuantitativa continua	<6 ≥ 6	Según escala de evaluación	Media y desviación estándar
Reacciones adversas	Cualitativa Nominal politómica	Depresión del sistema nervioso Hepato-pancreatoxicidad Somnolencia. Cefaleas. Hipotensión. Trastornos gastrointestinales.	Si refiere el paciente ha presentado en algún momento las reacciones en cuestión.	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Tiempo de disminución de síntomas de ansiedad	Cuantitativa continua	Medidas de tendencia central y periférica.	Según disminución o desaparición de síntomas de ansiedad.	Media y desviación estándar
Costo	Cuantitativa discreta	Medidas de tendencia central y periférica.	Según costo-beneficio calculado para la venta a la población.	Media y desviación estándar

Plan de análisis de los resultados

Se confeccionó una base de datos en el programa Excel para sintetizar toda la información y será resumida en frecuencias absolutas y porcentajes.

Para el análisis de las variables socio-demográficas se utilizó estadística descriptiva de media y desviación estándar. Para el análisis de los datos se utilizó la técnica de independencia basada en la distribución de Chi cuadrado para determinar la presencia de asociación estadística entre variables categóricas. Además se aplicó la prueba T de student para la comparación de medias en variables cuantitativas con normalidad de los datos.

Aspectos éticos

Este estudio se realizó en correspondencia con las regulaciones establecidas en la declaración de Helsinki (Somerset West, República de Sudáfrica; octubre de 1996).

Se pidió a todos los pacientes seleccionadas su consentimiento para participar en el estudio. Se explicó el carácter voluntario de declarar aquellos aspectos que no dañen su dignidad, se insistió en el carácter confidencial de los datos y el manejo anónimo de los participantes, con el uso de códigos de identificación. La autonomía se mantuvo desde la decisión individual de participar o no en la investigación, por lo que cada paciente leyó, en presencia del investigador, la información necesaria y oportuna sobre el estudio, para posteriormente ambos firmar el acta de consentimiento informado.

Se sostuvo una interacción justa y benéfica con los pacientes. Siguiendo de esta forma los principios de Autonomía, Beneficencia, No Maleficencia y Justicia.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Pacientes según tratamiento y edad. Ciego de Ávila. 2015.

Tratamientos aplicados	N	Edad de pacientes estudiados			
		Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo
Pasiflora	20	30,1	5,6	20	37
Alprazolam	20	30,3	5,7	21	44
Total	40	30,2	5,6	20	44

Prueba T para la igualdad de medias. $p = 0,912$

La tabla 1, muestra la distribución de pacientes según el grupo de tratamiento de pertenencia y las medidas de tendencia central y de dispersión de las edades de los mismos así como sus valores extremos.

Se pudo observar que la media general de la serie resultó de 30,2 años y que los datos se desviaron de su media en 5,6 años como promedio, con valores mínimos y máximos de 20 y 44 años respectivamente.

Los pacientes que recibieron tratamiento con *Pasiflora incarnata* L. presentaron una media de edades ligeramente menor a la media general con 30,1 años, y sus datos resultaban con la misma dispersión de la serie y una desviación estándar de 5,6 años, mientras que los pacientes que recibieron el tratamiento convencional con Alprazolam, promediaron una media de edad superior aunque muy cercana (30,2 años) y presentaron una mayor dispersión de las observaciones con 5,7 años.

Las similitudes entre las medias encontradas en los pacientes de ambos grupos de estudio, condicionaron que no existieran diferencias significativas entre ellas, con un resultado de la p calculada muy superior a 0,05.

Tabla 2. Pacientes según grupo de tratamiento y sexo. Ciego de Ávila. 2015.

Sexo	Tratamientos aplicados				Total	
	Pasiflora		Alprazolam			
	No.	%	No.	%	No.	%
Masculino	5	25,0	4	20,0	9	22,5
Femenino	15	75,0	16	80,0	31	77,5
Total	20	100,0	20	100,0	40	100,0

Chi-cuadrado de Pearson (Corrección por continuidad de Yates) $p = 1,000$

La tabla 2, muestra la distribución de pacientes según el sexo de pertenencia y el grupo de tratamiento asignado al comienzo de la investigación.

Se pudo observar que el sexo femenino estuvo representado por una mayor cantidad de pacientes con 31 para un 77,5%, y con distribuciones muy parejas entre los grupos observándose 15 féminas en el grupo de pacientes tratados con pasiflora que representaron el 75,0% de dicho grupo y 16 de ellas en el grupo tratado con Alprazolam para un 80,0% del mismo, mientras del sexo masculino se observaban 9 pacientes (22,5%) con distribuciones entre los grupo de 5 (25,0%) y 4 (20,0%) respectivamente.

Las similitudes porcentuales encontradas en las distribuciones de las categoría sexo para uno y otro grupo de tratamiento, condicionaron que no existieran diferencias significativas entre ellas, por lo que los pacientes se distribuyeron de forma homogénea.

Está reportado en la literatura que el trastorno generalizado de ansiedad puede afectar al humano en casi cualquier etapa de su vida, con mayor frecuencia en la segunda y tercera década de la vida, mayormente en el sexo femenino, con una incidencia del doble de mujeres (6). Similar a lo encontrado en el presente estudio.

Tabla 3. Pacientes según grupo de tratamiento y nivel de escolaridad. Ciego de Ávila. 2015.

Nivel escolar	Tratamientos aplicados				Total	
	Pasiflora		Alprazolam			
	No.	%	No.	%	No.	%
Secundaria básica	10	50,0	10	50,0	20	50,0
Preuniversitario	5	25,0	4	20,0	9	22,5
Universitario	5	25,0	6	30,0	11	27,5
Total	20	100,0	20	100,0	40	100,0

La tabla 3, muestra la distribución de pacientes según el tipo de tratamiento aplicado para la ansiedad y el nivel de escolaridad indicado por los mismos en la encuesta realizada.

Se pudo observar que el nivel de escolaridad más representado en el estudio resultó el de secundaria básica con un total de 20 pacientes que representaron el 50,0% de los participantes con idénticas distribuciones en cada uno de los grupos de tratamiento, seguido por los universitarios con 11 pacientes del total para un 27,5% y por último los preuniversitarios con 9 pacientes para un 22,5%.

Tabla 4. Pacientes según grupo de tratamiento y ocupación. Ciego de Ávila. 2015.

Ocupación	Tratamientos aplicados				Total	
	Pasiflora		Alprazolam			
	No.	%	No.	%	No.	%
Desempleados	8	40,0	6	30,0	14	35,0
Trabajador	12	60,0	14	70,0	26	65,0
Total	20	100,0	20	100,0	40	100,0

Chi-cuadrado de Pearson (Corrección por continuidad de Yates) $p = 0,740$

La tabla 4, muestra la distribución de pacientes según el grupo de tratamiento asignado y la ocupación referida en el cuestionario.

Se pudo observar que los desempleados resultaron minoría en la muestra con solo 14 participantes para un 35,0% del total, con 8 pacientes del grupo al que se le aplicó la Pasiflora que representaron el 40,0% de dicho grupo y 6 del grupo control para un 30,0% del mismo.

Los trabajadores estuvieron representados por 26 pacientes del total para un 65,0%, 14 de ellos en el grupo que recibió el tratamiento con Alprazolam para un 70,0% de este y 12 que representaron el 60.0% de los casos con el tratamiento con Pasiflora.

Las diferencias porcentuales entre ambos grupos de tratamientos no resultaron significativas según el resultado de la prueba Chi cuadrado de Pearson en su versión de continuidad de Yates empleada.

Tabla 5. Pacientes según grupo de tratamiento y estado civil. Ciego de Ávila. 2015.

Estado civil	Tratamientos aplicados				Total	
	Pasiflora		Alprazolam			
	No.	%	No.	%	No.	%
Casado	11	55,0	9	45,0	20	50,0
Soltero	9	45,0	11	55,0	20	50,0
Total	20	100,0	20	100,0	40	100,0

Chi-cuadrado de Pearson (Corrección por continuidad de Yates) $p = 0,752$

La tabla 5, muestra la distribución de pacientes según el grupo de tratamiento de pertenencia asignado y el estado civil al momento del estudio.

Se pudo observar que la mitad de los pacientes del estudio (20 participantes), estaban casados en su reporte al momento de realizar la investigación, para un 50,0% del total, con pequeña mayoría del grupo al que se le aplicó el tratamiento con pasiflora para un 55,0% del mismo, mientras que 9 pertenecían el grupo tratado con Alprazolam del que representaron el 45,0%. La distribución de solteros resultó invertida, con 9 y 11 pacientes para los grupos tratados con Pasiflora y Alprazolam por ese orden y totalizando los otros 20 pacientes de la muestra.

El análisis del resultado de la prueba Chi cuadrado de Pearson con un valor de la p calculada muy superior a 0,05, indica que las categorías del estado civil presentaron una distribución homogénea para los diferentes grupos de tratamiento del estudio.

Tabla 6. Pacientes según grupo de tratamiento y antecedentes patológicos. Ciego de Ávila. 2015.

Antecedentes patológicos	Tratamientos aplicados				Total		*p
	Pasiflora		Alprazolam		No.	%	
	No.	%	No.	%			
Personales	7	35,0	3	15,0	10	25,0	0,273
Familiares	7	35,0	7	35,0	14	35,0	1,000

*Chi-cuadrado de Pearson (Corrección por continuidad de Yates)

La tabla 6, muestra la distribución de pacientes según el tratamiento aplicado en el curso de la investigación y los antecedentes patológicos personales y familiares de ansiedad.

Se pudo observar que sólo 10 pacientes refirieron antecedentes patológicos personales de ansiedad para un 25,0% del total de la muestra de estudio, con mayoría del grupo tratados con Pasiflora, en el que se encontraron 7 de ellos para un 35,0% del mismo, mientras que en el grupo tratado con Alprazolam, solo 3 pacientes refirieron dichos antecedentes representando solo el 15,0% del mismo.

Los antecedentes familiares de ansiedad, fueron reportados por 14 pacientes del total para un 35,0%, con distribuciones idénticas en cada grupo de tratamiento que contó con 7 pacientes para el 35,0% de cada uno.

Los resultados muestran que 16 pacientes en ambos grupos estudiados no presentaron antecedentes patológicos personales ni familiares de ansiedad, lo que representa un 40% de la muestra.

En ninguno de los casos se obtuvo un resultado significativo de la prueba estadística empleada, por lo que los mencionados antecedentes de ansiedad, se distribuyeron de forma homogénea entre los grupos.

Tabla 7. Pacientes según grupo de tratamiento y convivencia conflictiva. Ciego de Ávila. 2015.

Convivencia conflictiva	Tratamientos aplicados				Total	
	Pasiflora		Alprazolam			
	No.	%	No.	%	No.	%
Si	9	45,0	12	60,0	21	52,5
No	11	55,0	8	40,0	19	47,5
Total	20	100,0	20	100,0	40	100,0

Chi-cuadrado de Pearson (Corrección por continuidad de Yates) $p = 0,527$

La tabla 7, muestra la distribución de pacientes según el tipo de tratamiento para ansiedad empleado y la referencia en el cuestionario de una convivencia conflictiva en el hogar.

Se observó la referida convivencia conflictiva en 21 pacientes de la muestra para un 52,5% del total, con mayoría en el grupo que resultó tratado con Alprazolam, en el que lo refirieron 12 pacientes para un 60,0% del mismo, mientras que 9 de ellos fueron asignados al grupo con tratamiento con Pasiflora del que representaron el 45,0%. Un total de 19 pacientes no refirieron la presencia de convivencia conflictiva para un 47,5%.

Las pequeñas diferencias porcentuales encontradas no condicionaron un resultado significativo de la prueba estadística empleada por lo que la convivencia conflictiva resultó otro factor con distribución homogénea entre los grupos de tratamiento.

Tabla 8. Pacientes según grupo de tratamiento y tiempo de reducción de la ansiedad. Ciego de Ávila. 2015.

Tratamientos aplicados	N	Tiempo de reducción de la ansiedad			
		Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo
Pasiflora	20	33,3	5,4	24	42
Alprazolam	20	16,2	3,6	10	22
Total	40	24,7	9,8	10	42

Prueba T para la igualdad de medias. $p = 0,000$

La tabla 8, muestra la distribución de pacientes según el tipo de tratamiento recibido para la ansiedad y las medidas de tendencia central y de dispersión del tiempo de reducción de la ansiedad y sus valores extremos.

Se pudo observar que la media general de la serie para el alivio de la ansiedad, resultó de 24,7 días con una dispersión de los datos respecto a su media de 9,8 días y valores mínimos y máximos de 10 y 42 días por ese orden.

Los pacientes que recibieron el tratamiento con Pasiflora presentaron una media de 33,3 días del tiempo de reducción de la ansiedad, con una desviación de los datos de 5,4 días como promedio y valores extremos desde 24 a 42 días, mientras que los que recibieron el tratamiento con Alprazolam, lograron el alivio de la ansiedad en 16,2 días como promedio y sus observaciones se encontraron más cercanas a su media con una desviación estándar de 3,6 días y valores extremos de 10 a 22 días.

Las amplias diferencias de las medias de días para el alivio de los síntomas en ambos grupos de estudio resultaron significativas entre sí, según el análisis del resultado de la prueba estadística empleada con un valor de la p calculada muy inferior a 0,05.

El uso de la benzodiacepinas específicamente el Alprazolam tiene un tiempo de vida media de 10 a 12 horas con una respuesta efectiva mayormente en la segunda semana del tratamiento, con mejorías de hasta un 80% de los casos (28), resultados similares fueron encontrados en este estudio.

Tabla 9. Pacientes según grupo de tratamiento y puntuación IDARE. Ciego de Ávila. 2015.

Momento	Tratamientos aplicados	Puntuación IDARE				*p
		Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo	
Inicial	Grupo experimental	38,5	3,7	33	43	0,788
	Grupo control	38,9	4,4	32	46	
15 días	Pasiflora	36,9	3,2	32	40	0,020
	Alprazolam	34,0	4,2	30	40	
1 mes	Pasiflora	30,2	2,3	24	35	0,017
	Alprazolam	27,7	3,8	21	34	
2 meses	Pasiflora	24,2	1,8	21	29	0,268
	Alprazolam	23,4	2,6	20	27	

*Prueba T para la igualdad de medias

La tabla 9, muestra la distribución de los pacientes según el tratamiento aplicado para el control de la ansiedad y la puntuación IDARE para cada grupo evaluada en cuatro momentos diferentes.

Al momento inicial las puntuaciones de los grupos se encontraban muy cercanas entre sí con media de 38,5 para el grupo al que se le aplicó la pasiflora y de 38,9 para el grupo tratado con Alprazolam, sin que se encontraran diferencias significativas entre sí, hecho que es muy importante al comienzo del estudio para garantizar la comparabilidad inicial de los grupos.

A los 15 días de tratamiento, el grupo tratado con Pasiflora presentaba una puntuación más alta (36,9) que el grupo que recibió Alprazolam (34,0), con diferencias significativas entre ellos según el resultado de la prueba T, resultado que se mantenía al mes de tratamiento con 30,2 y 27,7 respectivamente y diferencias significativas entre ellas, mientras que a los dos meses, el puntaje IDARE de ambos grupos era casi idéntico con 24,2 para el grupo con plantas medicinales y 23,4 para el grupo con tratamiento convencional sin que se presentaran en este momento diferencias significativas entre ellos.

En un estudio clínico reciente realizado por Akhondzaheh y colaboradores, este incluyó 36 pacientes, de los cuales 18 fueron tratados con oxazepam y 18 con extracto fluido de *Passiflora incarnata* L., se observó que ambos tenían eficacia similar aunque la benzodiacepina mostró un inicio de acción más rápido (36).

Dhawan (50), concluyó que el extracto fluido de *Passiflora incarnata* L., era eficaz en su acción ansiolítica comparado a otros extractos de plantas medicinales. La eficacia como ansiolítico del fitofármaco empleado ha sido documentada pero los pocos ensayos clínicos publicados se han hecho con muestras pequeñas. De terapéuticas empleadas en otros estudios, el extracto fluido de *Passiflora incarnata* L. resultó ser similar al Diazepam en cuanto a eficacia, lográndose mejores resultados en el intervalo de tiempo posterior a los 30 y hasta los 90 días de tratamiento. Reportándose una menor cantidad de reacciones adversas y representando un ahorro de tipo económico para el paciente portador de trastornos de ansiedad, por lo que el balance beneficio/ riesgo favorece el empleo del fitofármaco en esta patología (50,57).

Tabla 10. Pacientes según grupo de tratamiento y puntuación Pittsburg. Ciego de Ávila. 2015.

Momento	Tratamientos aplicados	Puntuación Pittsburg				*p
		Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo	
Inicial	Grupo experimental	15,25	2,20	13	19	0,644
	Grupo control	14,85	3,15	8	19	
15 días	Pasiflora	13,55	2,33	10	17	0,006
	Alprazolam	10,85	3,44	6	16	
1 mes	Pasiflora	9,85	3,13	6	15	0,008
	Alprazolam	7,05	3,24	4	15	
2 meses	Pasiflora	4,75	0,79	4	7	0,373
	Alprazolam	4,55	0,60	4	6	

*Prueba T para la igualdad de medias

La tabla 10, muestra la distribución de los pacientes según el grupo de tratamiento asignado al comienzo de la investigación y la puntuación Pittsburg para cada grupo evaluada en cuatro momentos diferentes.

Al comienzo de la investigación las puntuaciones resultaron en una media de 15,25 puntos para los pacientes del grupo tratado con pasiflora y de 14,85 puntos para el grupo que recibió Alprazolam, sin diferencias significativas entre las medias por lo semejante de las mismas y garantizando así la comparabilidad inicial de los grupos.

A los 15 días de comenzado el tratamiento, el grupo con Alprazolam presentaba una puntuación significativamente menor (10,85) que el grupo tratado con Pasiflora (13,55), y lo mismo ocurría con la evaluación efectuada al mes de tratamiento para ambos grupo siendo las puntuaciones de 7,05 y 9,85 respectivamente.

A los 2 meses de comenzado el tratamiento se realiza la evaluación final de la puntuación Pittsburg encontrando medias muy semejantes entre los grupos con 4,75 para el grupo experimental tratado con la pasiflora y 4,55 para el grupo

control que recibió el tratamiento convencional con Alprazolam, sin diferencias significativas entre ambos grupos de tratamiento.

En el caso del extracto fluido de Pasiflora se ha reportado por Dhawan (50), que los efectos sedativos comienzan a apreciarse inmediatamente después de administrarse el medicamento y se pueden mantener durante varios días. Avallone y colaboradores (60) han planteado que este fitofármaco pudiera interactuar con receptores para benzodiazepinas y por esta razón se explicarían sus efectos sedantes.

Muchos son los estudios que demuestran que la *Passiflora incarnata* L. se utiliza tradicionalmente como sedante, ansiolítico y para tratar el insomnio, integrando tisanas o como extractos en formulaciones destinadas a facilitar el sueño.

Recientemente, A. Ngan y R. Conduit, (61) publicaron los resultados de un estudio diseñado a investigar la eficacia de la infusión de *Passiflora incarnata* L. sobre el sueño humano, utilizando registros diarios de sueño validados por polisomnografía (PSG). El ensayo fue de doble ciego, controlado por placebo y mediciones repetidas con un orden de tratamientos contrabalanceado (infusión placebo vs. infusión de *P. incarnata* L.) en un rango de 45-90 días. Los investigadores reclutaron 41 voluntarios, entre 18 y 35 años, que se sometieron a cada tratamiento, durante la cual consumieron diariamente una taza de té preparada en condiciones habituales- antes de dormir, y a los cuales se les solicitó que completaran un diario de sueño. La calidad del sueño de los individuos que consumieron la infusión de *Passiflora incarnata* L. resultó ser significativamente superior ($p < 0.01$) que el grupo placebo. Concluyeron que estos resultados iniciales sugieren que el consumo de dosis bajas de *Passiflora incarnata* L. en forma de infusión, produce beneficios en el sueño en adultos saludables con fluctuaciones medias en la calidad del sueño. Concluyen los autores que, los tratamientos “naturales” tienen una gran aceptación entre los insomnes al menos como primera medida terapéutica. No inducen dependencia física ni síndrome de abstinencia (61).

Tabla 11. Eficiencia de los tratamientos aplicados a los pacientes. Ciego de Ávila. 2015.

Costo	Tratamientos aplicados	
	Pasiflora	Alprazolam
Costo de producción (pesos)	2,6	4,2
Costo a la población (pesos)	6,4	14,0

La tabla 11, muestra los costos de ambos tratamientos empleados en el estudio, tanto el de producción como a la población de todo el tratamiento durante los 2 meses para un solo paciente.

Se pudo observar que el costo de producción de la Pasiflora por pacientes resultó en 2 pesos con 60 centavos, mientras que el costo de producción del Alprazolam para un paciente durante 2 meses es de 4 pesos y 20 centavos. El costo para el paciente, es importante para evaluar los resultados del impacto social del cambio de tratamiento y resultó en 6 pesos con 40 centavos en el caso de la Pasiflora y de 14 pesos para el caso de los pacientes que fueron asignados al tratamiento convencional con Alprazolam.

Antiguamente, la práctica de la medicina tradicional se consideraba exclusiva de países en vías de desarrollo (por los costos elevados de los medicamentos). En la salud mental, a causa de los efectos colaterales de las benzodiacepinas y el creciente estrés de la sociedad, está provocando que se pierda el uso de tranquilizantes, y aumente el consumo de plantas con propiedades ansiolíticas (64). En el presente estudio se muestra el beneficio que representa la utilización de plantas medicinales en el tratamiento de enfermedades mentales por su inocuidad y seguridad.

Resultados demuestran que los gastos de la terapéutica con el extracto son menores que los necesarios para el tratamiento medicamentoso, la reducción de los costos es una meta legítima, sino compromete la calidad de la atención de los pacientes. En el análisis farmacoeconómico deben prevalecer principios sociales de la salud pública con el uso racional y no únicamente la contención de costos (65), y así ha sido en nuestro estudio.

Tabla 12. Tratamiento aplicado y reacciones adversas en los pacientes. Ciego de Ávila. 2015.

Tratamiento aplicado	Reacciones adversas									
	Somnolencia		Hipotensión		Cefalea		Trastornos gastrointestinales		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Alprazolam	3	30,0	3	30,0	2	20,0	2	20,0	10	100,0
Pasiflora	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

La tabla 12, muestra el tratamiento aplicado de Alprazolam y las reacciones adversas en los pacientes excluidos del estudio.

Se pudo observar que la presencia de reacciones adversas en el uso del Alprazolam en el grupo control fue reportada solo en 10 pacientes con una incidencia de somnolencia extrema y de hipotensión de 3 pacientes para cada uno para un 30,0% respectivamente, de igual forma se comportó las reacciones de cefalea y trastornos gastrointestinales con 2 pacientes en cada caso para un 20,0%. En el estudio del grupo experimental con Pasiflora no se reportaron reacciones adversas.

Varios investigadores reportan como efectos secundarios más frecuentes en el consumo de benzodiazepinas las deficiencias en las habilidades cognitivas, problemas de memoria, cambios de humor, enturbiamiento emocional (52). Otros estudios han demostrado reacciones adversas como náusea, dolor de cabeza, mareos, irritabilidad, letargo, problemas para dormir, cambios de personalidad, agresividad, depresión, agorafobia, ansiedad y ataques de pánico, deterioro social y problemas laborales (55).

La administración de Alprazolam en el grupo control provocó reacciones adversas similares a las reportadas en la bibliografía consultada.

CONCLUSIONES

- 1.- En ambos grupos (experimental y control) predominaron las mujeres en la tercera década de la vida, el nivel de escolaridad secundario y los trabajadores. Se encontraron la misma cantidad de pacientes casado como solteros.
- 2.- No se encontraron diferencias significativas entre los antecedentes patológicos personales ni familiares, así como tampoco para la variable de convivencia conflictiva para los grupos de estudio. El tiempo de reducción de la ansiedad resultó significativamente menor en los pacientes con Alprazolam.
- 3.- Las puntuaciones IDARE y Pittsburg, no reportaron diferencias significativas al comienzo ni al final de la investigación, no siendo así en las evaluaciones realizadas a los quince días y al mes.
- 4.- Se comprobó la presencia de reacciones adversas con el uso del Alprazolam en el grupo control, con una incidencia de somnolencia extrema, seguido de hipotensión arterial, cefalea y trastornos gastrointestinales.
- 5.- El costo de producción y para el paciente resultó inferior en el grupo tratado con Pasiflora.

BIBLIOGRAFÍA

1. Blumenthal S. Tomado de Clínicas Médicas de Norteamérica. Volumen 4/1988.Pág. 1003-1005.
2. Batista Moliner, R; Coutin Marie, G; González Cruz, R; Feal Cañizares, P; Rodríguez Milord, D. Análisis de la situación de salud: algunas consideraciones metodológicas y prácticas. MINSAP/UATS. Septiembre, 1999. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/uats/articulos.htm>. Visitado: 10/11/2014.
3. Carulla L.; Costelo, H.; Bouras, N. Current advances in intellectual disabilities, in Advances in Psychiatry Cristodoulus G Editor, World Psychiatry Association. Washington D.C. 2005.
4. Otero, A. Glosario Cubano de la Décima Revisión de la Clasificación internacional de enfermedades mentales. Capítulo V. GC-III Hospital Psiquiátrico de la Habana. 2004.
5. Rayport, S. Cellular and molecular Biology of the neuron. In Synopsis of Neuropsychiatry, Editors Yudofsky, S.; Hales, R. American Psychiatric Press, Wahington D.C. 1994.
6. Breslan N, Peterson EL, Kessler RC, Schultz LR. Short screening scale for DSM-IV panic attack. Am. J. Psychiatry.2005. p 401-456.
7. Kohon R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo Anduaga, et al. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: Asunto prioritario para la salud pública. Rev Panamer Salud Pública 2005;18(4-5):229-240.
8. Ojeda César. Historia y redescipción de la angustia clínica. Rev. chil. neuro-psiquiatr., abr. 2003, vol.41, no.2, p.95-102. ISSN 0717-9227.
9. Uhlenhuth EH, Balter MB, Ban TA, Yang K. International study of expert judgment on therapeutic use of benzodiazepines and other psychotherapeutic medications: VI. Trends in recommendations for the pharmacotherapy of anxiety disorders. *Depress Anxiety*. 2011; 9(3):107-16.
10. Nápoles R, Rodríguez J, Rodríguez M, Lafourcade A. Validación del método de determinación de flavonoides en tabletas de *Passiflora incarnata* L. 2014

Rev Cubana Farm vol.48 no.1 Ciudad de la Habana ene.-mar. ISSN 1028-4796.

11. López Ginard Hiram Castro, Barrientos de Llano Guillermo: "psiquiatría", t I, Editorial Pueblo y Educación, La Habana, 1987, p. 50.
12. Bea S, Liebowitz M. Tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada. Rev Atención médica., México septiembre 2000., 43-56 pp.
13. Berlanga, Carlos., Evaluación clínica y tratamiento de los pacientes con trastornos de angustia: Estado actual y perspectivas., Salud Mental V.19 No. 4 diciembre, 1996 52-57 pp.
14. Caraveo-Anduaga, J, Colmenares E. Los trastornos psiquiátricos y el abuso de sustancias en México: Panorama Epidemiológico. Salud Mental, 2002, 25 (2), 9-15 pp.
15. Alvarez-Rueda M, Gutiérrez, J. El efecto del Zolpidem en los pacientes con insomnio de corta evolución. Salud Mental. 2001, 24 (1), 33-42 pp.
16. The NIMH Genetics Workgroup. Genetics and mental disorders, publicación NIH No. 98-4268. Rockville, MD: National Institute of Mental Health, 2011.
17. Lara, Ma. Del Carmen., Ontiveros., Martha., Diferencias entre crisis de angustia y ansiedad generalizada en la escala de Hamilton para ansiedad., Salud Mental 1988; 11 (4), 7-13 pp.
18. Lobo, Antonio, et al., Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depresión Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad., Med Clin 2012; 118 (13) 493-499 pp.
19. Culpepper L. Generalized Anxiety Disorder in Primary Care: Emerging Issues in Management and Treatment, J Clin Psychiatry 2002; 63 suppl. 8 35-41 pp.
20. Craske MG, Stein MB, Sullivan G, Sherbourne C, Bystritsky A, Rose RD, Lang AJ, Welch S, Campbell-Sills L, Golinelli D. Disorder-specific impact of coordinated anxiety learning and management treatment for anxiety disorders in primary care. 2011. Arch Gen Psychiatry. 2011 Apr; 68(4):378-88.

21. De la Fuente, J R., Cómo integrar un diagnóstico psiquiátrico. Revista Internacional de Medicina Familiar num. 2 invierno 1982. 3340 pp.
22. De la Fuente, J R. Angustia Normal y angustia Patológica., Salud Mental., 1980; 3 (4).13-16.
23. Dinges, David, et al., Reconocimiento de los trastornos del sueño en sus pacientes., Atención Médica, septiembre, 2010, 75-87 pp.
24. Medina Mora, Ma. Elena, et al., Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. Salud Mental, 2003, 26 (4), 1-16 pp.
25. Sierra, Juan Carlos, Jiménez, Carmen., Calidad del Sueño en Estudiantes Universitarios: Importancia de la higiene del sueño. Salud Mental., 2002, 25 (6), 35-43 pp.
26. Vizoso, Angel., et al., Pasiflora incarnata L., y Senna alata L. Roxo: Estudio toxicogenético que emplea 2 sistemas de ensayos a corto plazo., Rev cubana Plant Med 2002,7 (1) 27-31.
27. Volz, P., Kieser, M., Extracto de Kava-kava versus placebo en trastornos de ansiedad. Farmacopsiquiatría.2010.
28. Lennane, Kj (May de 2012). «Treatment of benzodiazepine dependence.». The Medical Journal of Australia 144 (11): 594–7. ISSN 0025-729X. PMID 2872582.
29. Ciencia. Revista de la Academia Mexicana de Ciencias., La Ansiedad, un fenómeno de nuestro tiempo, 2003.
30. PDR. Herbal Medicines. New Jersey: Medical Economics Company, 2000.
31. Woelk H, Kapoula O., Tratamiento de pacientes que padecen ansiedad, estudio doble ciego: extracto especial de Kava vs benzodiacepinas., Z Allg. Med. 1993; 69: 271-277 pp.
32. Dosta-Herrera, et al., Utilidad de la Valeriana officinalis como medicación ansiolítica. Estudio preliminar en un modelo clínico de ansiedad. Simposio. 2011.
33. Jiménez Genchi, Alejandro, Díaz Cevallos Ma. De los Angeles., El tratamiento no farmacológico del insomnio., Psiquiatría 2003 19 (2), 19-21 pp.

34. Cravotto G¹, Boffa L, Genzini L, Garella D. Phytotherapeutics: an evaluation of the potential of 1000 plants. J Clin Pharm Ther. 2010 Feb; 35 (1):11-48. doi: 10.1111/j.1365-2710.2009.01096.x.
35. Faustino TT¹, Almeida RB, Andreatini R. Medicinal plants for the treatment of generalized anxiety disorder: a review of controlled clinical studies. Rev Bras Psiquiatr. 2010 Dec; 32 (4):429-36.
36. Akhondzadeh S, Naghavi HR, Vazirian M, et al. Passionflower in the treatment of generalized anxiety: a pilot double-blind randomized controlled trial with oxazepam. J Clin Pharm Ther. 2001; 26:363-367.
37. Akhondzadeh S, Kashani L, Mobaseri M, et al. Passionflower in the treatment of opiates withdrawal: a double-blind randomized controlled trial. J Clin Pharm Ther. 2001; 26:369-373.
38. Dhawan K, et al. Anxiolytic activity of aerial and underground parts of *Passiflora incarnata* L. Fitoterapia 2001;72:922-926
39. Speroni E, and Minghetti A (1988). Neuropharmacological activity of extracts from *Passiflora incarnata* L. Planta Med54: 488 - 491.
40. Aoyagi N, et al. (1974). Studies on *Passiflora incarnata* L. dry extract. I. Isolation of maltol and pharmacological action of maltol and ethyl maltol. Chem Pharm Bull (Tokyo) 22: 1008 - 1013.
41. Speroni E, Billi R, Mercati V, et al. Sedative effects of crude extract of *Passiflora incarnata* L. after oral administration. Phytother Res. 1996; 10:S92 - S94.
42. Viscoso Parra, A., Ramos Ruiz, A., Villaescusa Gonzalez, A., Betancourt Badell J., García López A., Piloto Ferrer J., Décalo Michelena M. *Passiflora incarnata* L. y *Senna alata* (L.) Roxo: Estudio toxicogenético que emplea 2 sistemas de ensayos a corto plazo. REV CUBANA PLANT MED 2002; 7(1):27-31.
43. Lewis BJ¹, Herrlinger KA, Craig TA, Mehring-Franklin CE, Defreitas Z, Hinojosa-Laborde C. Antihypertensive effect of passion fruit peels extract and its major bioactive components following acute supplementation in

- spontaneously hypertensive rats. J Nutr Biochem. 2013 Jul; 24(7):1359-66. doi: 10.1016.
44. Miroddi M, Calapai G, Navarra M, Minciullo PL, Gangemi S. *Passiflora incarnata* L.: ethnopharmacology, clinical application, safety and evaluation of clinical trials. J Ethnopharmacol. 2013 Dec 12; 150(3):791-804.
 45. Ngan A, Conduit R. A double-blind, placebo-controlled investigation of the effects of *Passiflora incarnata* L. (Passionflower) herbal tea on subjective sleep quality. Phytother Res 2011; 25:1153-9.
 46. Miyasaka LS, Atallah AN, Soares BG. *Passiflora* for anxiety disorder. Cochrane Database Syst Rev 2007; CD004518.
 47. Mori A, Hasegawa K, Murasaki M, et al. Clinical evaluation of Passiflamin (passiflora extract) on neurosis - multicenter double blind study in comparison with oxazepam. Rinsho Hyoka (Clinical Evaluation) 2009; 21:383-440.
 48. Formulario Nacional de Fitofarmacos y Apifarmacos. 2010. Editorial Ciencias Médicas, ISBN 978-959-212-633-6. P 87-88.
 49. Chiapero, A.L., Las Peñas M.L., García M.T., Bernardello G. Estudios citogenéticos en especies de *Passiflora* subgénero *Passiflora* (Passifloraceae) ene./mayo 2013. Bol. Soc. Argent. Bot. vol.48 no.1 versión On-line ISSN 1851-2372.
 50. Dhawan K, Kumar S, Sharma A. Anti-anxiety studies on extracts of *Passiflora incarnata* L. Linneaus. J Ethnopharmacol 2001; 78:165-70.
 51. Dhawan K, Kumar S, Sharma A. Anxiolytic activity of aerial and underground parts of *Passiflora incarnata* L.. Fitoterapia 2001; 72:922-6.
 52. Haddad, Peter; Deakin, Bill; Dursun, Serdar, eds. (27 de mayo de 2014). «Benzodiazepine dependence». Adverse Syndromes and Psychiatric Drugs: A clinical guide. Oxford University Press. pp. 240–252. ISBN 978-0198527480
 53. Fisher AA, Purcell P, Le Couteur DG. Toxicity of *Passiflora incarnata* L. L. J Toxicol Clin Toxicol 2000; 38:63-6.
 54. Bourin M, Bougerol T, Guitton B, Broutin E. A combination of plant extracts in the treatment of outpatients with adjustment disorder with anxious mood: controlled study vs placebo. Fundam Clin Pharmacol 1997; 11:127-32.

55. Ayers, Susan (23 de agosto de 2007). Baum, Andrew; McManus, Chris; Newman, Stanton; Wallston, Kenneth; Weinman, John; West, Robert, eds. Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine (2nd edición). Cambridge University Press. p. 677. ISBN 978-0521879972.
56. Juergens, Sm; Morse, Rm (May de 2011). «Alprazolam dependence in seven patients.». The American journal of psychiatry 145 (5): 625–7. ISSN 0002-953X. PMID 3258735.
57. Dhawan K, Kumar S, Sharma A. Comparative Anxiolytic Activity profile of various preparations of *Passiflora incarnata* L. Linneaus, a comment on medicinal plant's standarlization. J A ltern Complement med 2002. jun; 8(3):283-91.
58. Akhondazeh S, Kashani L, Mobaseri M, Hosseini SH, Nikzad S, Khani M. Passionflower in the treatment of opiates withdrawal: a double - blind randomised controlled trial. J Clin Pharm Ther 2001 Oct; 26(5):369-73.
59. Dhawan K, Kumar S, Sharma A, Anxiolytic Activity of aereal and underground parts of *Passiflora incarnata* L. Rev fitoterapia 2001. dic ;72(8):922-6 [Pubmed - in Process].
60. Avallone R, Consi L, Zanolli P, Baraldi M. Medical & Aromatics Plants A bstracs.1999. apr; 21(2):18.
61. S.-M. Elsas, D. J. Rossi, J. Raber, G. White, C.-A. Seeley, W. L. Gregory, C. Mohr, T. Pfankuch, and A. Soumyanath. *Passiflora incarnata* L. (Passionflower) extracts use in the treatment of generalized anxiety. Phytomedicine. 2010 Oct; 17(12): 940–949.
62. Cañigüeral S, Vila R, Vanaclocha B. Principios fitoterapéuticos. En Salzar M, Peralta C, Pastor J, editores. Tratado de Psicofarmacología- Editorial Panamericana 2004. Pags. 423-439.
63. Andronis C, Sharma A, Virvilis V, Deftereos S, Persidis A. Literature mining, ontologies and information visualization for drug repurposing. Brief Bioinform 2011: 1-5.

64. Eisenberg DM, Davis RB, Ettner SL, Wilkey S, Van Rompay M, Kessler RC. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: Results of a follow-up national survey. *J Am Med Assoc* 2008; 280(18): 1569-1575.
65. Velásquez G. Farmacoeconomía ¿Evaluación científica o estrategia comercial? *Rev. Panam. Salud Pública*.1999; 5(1):54-7.

ANEXOS

Anexo I

HOSPITAL PROVINCIAL PSIQUIÁTRICO “NGÜYEN VAN TROI” DE CIEGO DE ÁVILA

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El/la que suscribe _____ doy mi conformidad para participar en la investigación sobre efectividad de la *Passiflora incarnata* L. como ansiolítico en el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizado.

Para dar este consentimiento he obtenido una explicación amplia de la utilidad de la misma por el Doctor _____ quien me ha confirmado que:

1. Esta investigación tiene como objetivo principal evaluar la utilidad para el control del trastorno generalizado de ansiedad, mediante el empleo de un fitomedicamento.
2. Me ha hecho saber que mi participación en el estudio es voluntaria y mi participación en el mismo no lesionara mis relaciones con los médicos de la atención primaria o el hospital, los cuales continuaran brindándome asistencia médica eficiente.
3. Tengo derecho a retirarme de la investigación cuando lo considere adecuado sin explicación y sin afectar mis relaciones con el personal de salud.

Voluntariamente firmo este consentimiento junto con el médico que me proporcionó las explicaciones a los ____ días del mes _____ del 2015.

Nombre y apellidos:

Paciente: _____ Firma: _____

Médico: Dr. _____ Firma: _____

Anexo III.

HOSPITAL PROVINCIAL PSIQUIÁTRICO “NGÜYEN VAN TROI” DE CIEGO DE ÁVILA

IDARE

Escala de valoración de ansiedad.

Nombre: _____ Fecha: _____

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique **cómo se siente ahora mismo**, o sea, en estos momentos.

		NO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1.	Me siento calmado	1	2	3	4
2.	Me siento seguro	1	2	3	4
3.	Estoy tenso	1	2	3	4
4.	Estoy contrariado	1	2	3	4
5.	Me siento a gusto	1	2	3	4
6.	Me siento alterado	1	2	3	4
7.	Estoy alterado por algún posible contratiempo	1	2	3	4
8.	Me siento descansado	1	2	3	4
9.	Me siento ansioso	1	2	3	4
10.	Me siento cómodo	1	2	3	4
11.	Me siento con confianza en mí mismo	1	2	3	4
12.	Me siento nervioso	1	2	3	4
13.	Estoy agitado	1	2		4
14.	Me siento “a punto de explotar”	1	2	3	4
15.	Me siento relajado	1	2	3	4
16.	Me siento satisfecho	1	2	3	4
17.	Estoy preocupado	1	2	3	4
18.	Me siento muy excitado y Aturdido.	1	2	3	4
19.	Me siento alegre	1	2	3	4
20.	Me siento bien	1	2	3	4

Calificación: Sumar el puntaje marcado por el sujeto

Ansiedad como estado

Ítems 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18 = Total A

Items 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20 = Total B

$(A - B) + 50 =$

Nivel de ansiedad

_____ Bajo (<30)

_____ Medio (30-44)

_____ Alto (>45)

Anexo IV.

**HOSPITAL PROVINCIAL PSIQUIÁTRICO “NGÜYEN VAN TROI”
DE CIEGO DE ÁVILA**

Índice de calidad del Sueño de Pittsburg (Buysse y cols., 1989)

Apellidos y nombre:

Las siguientes preguntas hacen referencia a cómo has dormido normalmente durante el último mes. Intenta ajustarte en tus respuestas de la manera más exacta posible a lo ocurrido durante la mayor parte de los días y noches del último mes.

1. Durante el último mes, ¿a qué hora solía acostarse por la noche?

HORA HABITUAL DE ACOSTARSE

2. Durante el último mes, ¿cuánto tiempo (en minutos) le ha costado quedarse dormido después de acostarse por las noches?

NUMERO DE MINUTOS PARA CONCILIAR EL SUEÑO _____

3. Durante el último mes, ¿a qué hora se ha levantado habitualmente por la mañana?

HORA HABITUAL DE LEVANTARSE _____





4. Durante el último mes, ¿cuántas horas de sueño real ha mantenido por las noches? (puede ser diferente del número de horas que estuvo acostado)

HORAS DE SUEÑO POR NOCHE _____





Para cada una de las cuestiones siguientes, seleccionar la respuesta más adecuada a su situación. Por favor conteste todas las preguntas.

5. Durante el último mes, ¿con qué frecuencia ha tenido un sueño alterado a consecuencia de....?





(a) no poder conciliar el sueño después de 30 minutos de intentarlo

 No me ha ocurrido	 Menos de una vez	 Una o dos veces	
Tres o más veces durante el último mes semana	a la semana	a la semana	a la semana





(b) despertarse en mitad de la noche o de madrugada

 No me ha ocurrido	 Menos de una vez	 Una o dos veces	 Tres o
más veces durante el último mes semana	a la semana	a la semana	a la semana





(c) tener que ir al baño

 No me ha ocurrido	 Menos de una vez	 Una o dos veces	 Tres o más
veces durante el último mes	a la semana	a la semana	a la semana





(d) no poder respirar adecuadamente

 No me ha ocurrido	 Menos de una vez	 Una o dos veces	 Tres o más veces
durante el último mes	a la semana	a la semana	a la semana





(e) tos o ronquidos

 No me ha ocurrido	 Menos de una vez	 Una o dos veces	
Tres o más veces durante el último mes semana	a la semana	a la semana	a la semana





(f) sensación de frío

 No me ha ocurrido	 Menos de una vez	 Una o dos veces	
Tres o más veces durante el último mes semana	a la semana	a la semana	a la semana





(g) sensación de calor

 No me ha ocurrido	 Menos de una vez	 Una o dos veces	
Tres o más veces durante el último mes semana	a la semana	a la semana	a la semana

(h) pesadillas





 No me ha ocurrido	 Menos de una vez	 Una o dos veces	
Tres o más veces durante el último mes semana	a la semana	a la semana	a la semana

(i) sentir dolor

 No me ha ocurrido	 Menos de una vez	 Una o dos veces	
Tres o más veces durante el último mes semana	a la semana	a la semana	a la semana

(j) otra causa(s), describir: _____





¿Con qué frecuencia ha tenido un sueño alterado a consecuencia de este problema?

 No me ha ocurrido	 Menos de una vez	 Una o dos veces	
Tres o más veces durante el último mes semana	a la semana	a la semana	a la semana





6. Durante el último mes, ¿cómo calificaría, en general, la calidad de su sueño?

Muy
buena  Bastante buena  Bastante mala  Muy mala 

7. Durante el último mes, ¿con qué frecuencia tuvo que tomar medicinas (prescritas o automedicadas) para poder dormir?

 No las he necesitado	 Menos de una vez	 Una o dos veces	
Tres o más veces durante el último mes semana	a la semana	a la semana	a la semana


8. Durante el último mes, ¿con qué frecuencia tuvo dificultad para mantenerse despierto mientras conducía, comía o desarrollaba alguna actividad social?

 No me ha ocurrido	 Menos de una vez	 Una o dos veces	
Tres o más veces durante el último mes	a la semana	a la semana	a la semana

semana

a la semana

9. Durante el último mes, ¿cómo de problemático ha resultado para usted el mantener el entusiasmo por hacer las cosas?

 No ha resultado problemático en

absoluto



Sólo ligeramente problemático





Moderadamente problemático




Muy problemático

10. ¿Tiene usted pareja o compañero/a de habitación?

 No tengo pareja ni compañero/a de habitación


 Si tengo pero duerme en otra habitación


 Si tengo, pero duerme en la misma habitación y distinta cama


 Si tengo y duerme en la misma cama


Si usted tiene pareja o compañero/a de habitación con el que duerme, pregúntele con qué frecuencia, durante el último mes, ha tenido usted...

(a) ronquido fuertes


 No me ha ocurrido a la semana


 Menos de una vez


 Una o dos veces a la semana

 Tres o más veces durante el último mes a la semana

(b) largas pausas entre las respiraciones mientras dormía

 No me ha ocurrido

 Menos de una vez

 Una o dos veces





Tres o más veces durante el último mes
semana


a la semana

a la

(c) temblor o sacudidas de las piernas mientras dormía

 No me ha ocurrido

 Menos de una vez

 Una o dos veces







Tres o más veces durante el último mes
semana





a la semana

a la

(d) episodios de desorientación o confusión durante el sueño

 No me ha ocurrido	 Menos de una vez	 Una o dos veces	
Tres o más veces durante el último mes semana	a la semana	a la semana	a la semana

(e) otro tipo de trastorno mientras dormía, por favor descríballo: _____

 No me ha ocurrido	 Menos de una vez	 Una o dos veces	
Tres o más veces durante el último mes semana	a la semana	a la semana	a la semana

CALIDAD SUBJETIVA **DEL SUEÑO** **LATENCIA DEL SUEÑO**

DURACIÓN **DEL SUEÑO** **EFICIENCIA** **HABITUAL**

DEL SUEÑO **ALTERACIONES DEL SUEÑO** **USO DE MEDICACIÓN**

PARA DORMIR **DISFUNCIÓN DIURNA** **PUNTUACIÓN GLOBAL**

El cuestionario consta de 24 preguntas. El paciente debe contestar 19 y 5 el compañero de cama. Las 4 primeras se contestan de forma concreta. Las 20 restantes interrogan aspectos tales como la calidad de sueño que dice tener el sujeto, o la frecuencia de ciertos eventos (dificultades para dormirse durante la primera media hora o la presencia de pesadillas), se contestan mediante una escala de ordinal con 4 grados. La puntuación de cada componente se valora de 0 (sin dificultad) a 3 (dificultad severa). Posteriormente se suman las puntuaciones para obtener un total que va desde 0 a 21. Las puntuaciones obtenidas valoran la calidad subjetiva del sueño, latencia de sueño, duración del sueño, eficiencia habitual del sueño, alteraciones del sueño, uso de medicación hipnótica y disfunción diurna. Una puntuación global mayor de 5 indica una alteración significativa del sueño.

El intervalo de la puntuación total es 0-21 (Interpretación)

La puntuación total se valora como sigue:

0-5 = ausencia de insomnio clínico

6-12 = insomnio subclínico

13-18 = insomnio clínico (moderado)

19-21 = insomnio clínico (grave)

Anexo V.

HOSPITAL PROVINCIAL PSIQUIÁTRICO “NGÜYEN VAN TROI” DE CIEGO DE ÁVILA

ELABORACIÓN DEL FITOFÁRMACO

Centro de producción de medicina natural y tradicional. (Pasiflora Jarabe al 10%).

Se separaron las partes útiles de la planta seca; estas partes útiles fueron cuidadosamente lavadas y secadas, y después se colocaron en una mezcla de alcohol al 60% y agua en porcentajes de 70% y 30% respectivamente. Con el procedimiento anterior se obtuvo un extracto líquido después de 30 días de maceración.

Procedimiento de manufactura: reperlación según la norma ramal de salud pública No 311-97

La dosis a utilizar se estableció considerando las recomendaciones del libro (Formulario Nacional de fitofármacos y apifármacos. Editorial Ciencias Médicas 2010).

Dosis:

Passiflora incarnata L.: Una cucharada (5 ml) 3 veces al día.

Reacciones Adversas o efectos colaterales:

Su uso a altas dosis puede producir:

- Depresión del Sistema Nervioso Central.
- Efecto hipnótico-sedante.
- Hepatotoxicidad y pancreatopatías.
- Somnolencia.

Anexo V.

HOSPITAL PROVINCIAL PSIQUIÁTRICO “NGÜYEN VAN TROI” DE CIEGO DE ÁVILA

ELABORACIÓN DEL FITOFÁRMACO

Centro de producción de medicina natural y tradicional. (Pasiflora Jarabe al 10%).

Se separaron las partes útiles de la planta seca; estas partes útiles fueron cuidadosamente lavadas y secadas, y después se colocaron en una mezcla de alcohol al 60% y agua en porcentajes de 70% y 30% respectivamente. Con el procedimiento anterior se obtuvo un extracto líquido después de 30 días de maceración.

Procedimiento de manufactura: reperlación según la norma ramal de salud pública No 311-97

La dosis a utilizar se estableció considerando las recomendaciones del libro (Formulario Nacional de fitofármacos y apifármacos. Editorial Ciencias Médicas 2010).

Dosis:

Passiflora incarnata L.: Una cucharada (5 ml) 3 veces al día.

Reacciones Adversas o efectos colaterales:

Su uso a altas dosis puede producir:

- Depresión del Sistema Nervioso Central.
- Efecto hipnótico-sedante.
- Hepatotoxicidad y pancreatopatías.
- Somnolencia.