

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



**PREVALENCIA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD  
EN ESTUDIANTES DE QUINTO AÑO DE  
LA CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS**

**PAULA MARÍA VÁSQUEZ NATARENO**

Tesis  
Presentada ante las autoridades de la  
Escuela de Estudios de Postgrado de la  
Facultad de Ciencias Médicas  
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría  
Para obtener el grado de  
Maestra en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría  
Enero 2018



ESCUELA DE  
ESTUDIOS DE  
POSTGRADO

# Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

PME.OI.316.2017

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

## HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): Paula María Vásquez Natareno

Registro Académico No.: 200610203

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro(a) en Ciencias Médicas con Especialidad en **Psiquiatría**, el trabajo de TESIS **PREVALENCIA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN ESTUDIANTES DE QUINTO AÑO DE LA CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS**

Que fue asesorado: Dr. Julio Molina Fajardo

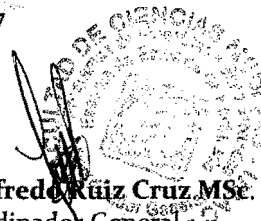
Y revisado por: Dra. Virginia Ortiz MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para **enero 2018**

Guatemala, 15 de noviembre de 2017



Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.  
Director  
Escuela de Estudios de Postgrado



Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.  
Coordinador General  
Programa de Maestrías y Especialidades

/mdvs

2ª. Avenida 12-40, Zona 1, Guatemala, Guatemala

Tels. 2251-5400 / 2251-5409

Correo Electrónico: especialidadesfacmed@gmail.com

Guatemala, 1 de Octubre de 2016


Doctor  
**Edgar Rolando Vásquez Trujillo**  
Docente Responsable  
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría  
Hospital Nacional de Salud Mental  
Presente

Respetable Dr. Vásquez

Por este medio le informo que he asesorado a fondo el informe final de graduación que presenta la **Dra. PAULA MARÍA VÁSQUEZ NATARENO** carné **200610203**, de la carrera de Maestría Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría, el cual se titula **"PREVALENCIA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN ESTUDIANTES DE QUINTO AÑO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS"**.

Luego de la asesoría, hago constar que la **Dra. Vásquez Natareno**, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,



Dr. Julio Molina

Psiquiatra

Asesor de Tesis

*Dr. Julio H. Molina Fajardo*  
MÉDICO CIRUJANO  
COLEGIADO 1755

Guatemala, 1 de Octubre de 2016

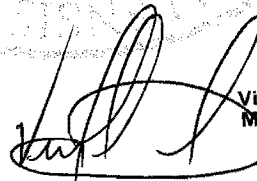
Doctor  
**Edgar Rolando Vásquez Trujillo**  
Docente Responsable  
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría  
Hospital Nacional de Salud Mental  
Presente

Respetable Dr. Vásquez

Por este medio le informo que he revisado a fondo el informe final de graduación que presenta la **Dra. PAULA MARÍA VÁSQUEZ NATARENO** carné **200610203**, de la carrera de Maestría Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría, el cual se titula **"PREVALENCIA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN ESTUDIANTES DE QUINTO AÑO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS"**.

Luego de la revisión, hago constar que la **Dra. Vásquez Natareno**, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,



Virginia M. Ortiz P.  
Medico Psiquiatra  
Col. 10.824

Dra. Virginia Ortiz Msc.

Revisora de Tesis



A: Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz, MSc.  
Coordinador de Especialidades y maestrías  
Escuela de Estudios de Postgrado

De: Dr. Mynor Ivan Gudiel Morales  
Unidad de Tesis Escuela de Estudios de Post-grado

Fecha de recepción del trabajo para revisión: 12 de Octubre 2017

Fecha de dictamen: 13 de Octubre de 2017

Asunto: Revisión de Informe final de:


PAULA MARIA VASQUEZ NATARENO

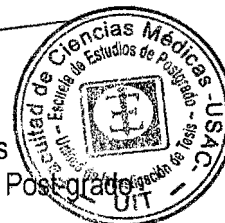
Título

PREVALENCIA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN ESTUDIANTES DE QUINTO AÑO DE LA  
CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

**Sugerencias de la revisión:**

- Autorizar impresión de tesis.

  
Dr. Mynor Ivan Gudiel Morales  
Unidad de Tesis Escuela de Estudios de Post-grado



# ÍNDICE

	Resumen	i
I.	Introducción	1
II.	Antecedentes	3
III.	Objetivos	28
IV.	Materiales y Métodos	29
V.	Resultados	34
VI.	Discusión y Análisis	39
	6.1 Conclusiones	42
	6.2 Recomendaciones	42
VII.	Referencias Bibliográficas	43
VIII.	Anexos	45

## RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia de los trastornos de ansiedad en los estudiantes de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, que cursan el quinto año de la carrera y se encuentran en su rotación de Psiquiatría en el Hospital Nacional de Salud Mental durante el año 2014. Metodología: Estudio descriptivo, transversal realizado en una muestra de 121 estudiantes inscritos en el quinto año de la carrera de medicina durante el ciclo lectivo 2014. Se aplicó la entrevista estructurada (MINI), a la muestra ya mencionada, tomando como positivo la presencia de algún trastorno de ansiedad si el entrevistado cumple con los criterios correspondientes. Resultados: La prevalencia general de trastornos de ansiedad en los estudiantes de quinto año de medicina que realizaron su rotación de psiquiatría en el Hospital Nacional de Salud Mental es de 40.50%. De la prevalencia encontrada para los trastornos de ansiedad, 44.9% correspondió al sexo masculino y el 55.1% al sexo femenino; el grupo etario comprendido de los 20-24 años fue el principal afectado con un 88%; la ansiedad generalizada fue el trastorno que mayor prevalencia presentó, con un 21.49%. Conclusiones: La prevalencia de los trastornos de ansiedad en los estudiantes de medicina es mayor que la esperada en la población general y el más afectado es el sexo femenino; el grupo más afectado se encuentra entre los 20-24 años; la ansiedad generalizada es el trastorno de ansiedad de más alta prevalencia en los estudiantes de medicina.

## I. INTRODUCCIÓN

Los trastornos de ansiedad conforman uno de los grupos más frecuentes dentro de las enfermedades psiquiátricas y ocasionan un deterioro funcional y material importante. (1)

El DSM-IV divide los trastornos de ansiedad así: Trastornos de Angustia y Ansiedad (Trastorno de angustia y ansiedad generalizada); Trastornos Fóbicos (agorafobia, fobia social y fobia específica); Trastorno Obsesivo Compulsivo y Trastorno por Estrés Postraumático. (1)

Los trastornos de ansiedad componen el grupo más frecuente de trastornos psiquiátricos. Una de cada cuatro personas ha satisfecho los criterios diagnósticos, de cómo mínimo uno de los trastornos de ansiedad enumerados anteriormente y la tasa de prevalencia durante doce meses se aproxima al 17%. Las mujeres son más propensas a los trastornos de ansiedad que los hombres. (2)

La ansiedad considerada como una emoción primaria básica, conforma una respuesta adaptativa ante una amenaza o estrés, preparando al individuo para actuar o huir de una situación de peligro, pero en caso de presentarse una respuesta desmedida o excesiva el mecanismo de adaptación se ve afectado. (3)

Los estudiantes de la carrera de Medicina están sometidos constantemente a altos niveles de estrés secundario a las exigencias tanto académicas como laborales de las que son objeto, ya que como parte de su formación, deben cumplir tanto con los requisitos de conocimiento que la carrera exige, como con arduas prácticas laborales que incluyen como mínimo un turno semanal.

Considerando que el periodo del ciclo vital durante el cual se llevan a cabo los estudios universitarios comprende la adolescencia y adultez joven, etapas de la vida que traen por sí solas a la vida de cualquier individuo una serie de cambios tanto físicos, psicológicos como sociales que resultaran ser fundamentales para la consolidación de la personalidad y caracterizaran al sujeto para su vida adulta, es de esperarse que el ser estudiante de medicina en esta etapa resulte ser un factor que acentúe o precipite un trastorno de ansiedad.

Añadiendo que el padecimiento de un trastorno de ansiedad trae consigo afecciones a nivel cognitivo, este puede representar un problema en el rendimiento académico de un estudiante de medicina y afectar su desempeño tanto actual como a futuro al hacerse crónico, teniendo en cuenta que el afectado pocas veces consulta con el especialista ya que muchos de los síntomas pasan desapercibidos o son tolerados a costas de un sobre esfuerzo.

Tomando en cuenta lo anterior y el hecho de que el cuidado de la salud de quienes han de dedicarse a cuidar y preservar la salud de la población en general, es un imperativo ético evidente, en lo particular en lo referente a la salud mental, es considerado que la salud mental de los futuros profesionales de la salud, debe ser estudiada con fines tanto educativos como para si fuese necesario, intervenir y de este modo brindar una mejor calidad de vida tanto al individuo que se estudia como a la de la población que estará bajo su cuidado.



El presente estudio se realizara con los estudiantes de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, que cursan el quinto año de la carrera y se encuentran en su rotación de Psiquiatría en el Hospital Nacional de Salud Mental durante el año 2014-2015.

La carrera de Ciencias Médicas, exige arduas horas de estudio durante los primeros tres años de la carrera, a partir del cuarto año está también demanda además de la característica carga académica, la realización de prácticas en Hospitales Nacionales que consisten en rotaciones por las principales especialidades médicas. Es conocido que los Hospitales Nacionales se encuentran actualmente en una situación precaria, con falta de insumos, sobrepoblación de pacientes, escaso personal médico, paramédico y técnico, lo que ha llevado a los estudiantes de medicina a representar un importante papel laboral. Son los estudiantes tanto de pregrado como de posgrado quienes tienen el mayor contacto y quienes brindan la atención directa al paciente.

Es sabido que los afectados por un Trastorno de Ansiedad, en raras ocasiones consultan con un profesional de la salud mental en busca de ayuda, ya que muchos de los principales síntomas pasan desapercibidos porque el individuo que los padece logra tolerarlos o hace un esfuerzo extra para compensarlos. Esto lleva a la cronificación del padecimiento afectando la vida del individuo, principalmente a nivel académico y estudiantil.

Si se toma en cuenta que estos futuros profesionales tendrán a su cargo la salud de las personas es de vital importancia diagnosticar y tratar oportunamente a quien se encuentre afectado, para brindarle mejor calidad de vida a el mismo y por ende a sus pacientes y de este modo garantizar y mejorar el desempeño tanto académico como laboral de los estudiantes.

El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de los trastornos de ansiedad en los estudiantes de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, que cursan el quinto año de la carrera y se encuentran en su rotación de Psiquiatría en el Hospital Nacional de Salud Mental durante el año 2014-2015. Identificar que sexo y rango de edad son los más afectados y cuál de los trastornos de ansiedad es el más prevalente.

Conocer estos datos es importante para incidir oportunamente y poder brindar a las unidades académicas correspondientes, herramientas útiles para dar a los estudiantes una óptima calidad de vida que incluya salud y bienestar en todas las áreas de su vida.

## II. ANTECEDENTES

La mayor parte de trabajos de investigación en el campo de la salud mental realizados en estudiantes de medicina han abordado principalmente los trastornos del ánimo y la ansiedad.

Los trastornos mentales se estima que representan cerca de la mitad del total de morbilidad en adultos jóvenes en los Estados Unidos (Organización Mundial de la Salud, 2002). Además, un número creciente de la evidencia sugiere que los problemas de salud mental son numerosos y aumentan en los estudiantes de instituciones de educación superior a las que la mayoría de los adultos jóvenes asisten. (Departamento de EE.UU. Educación, Centro Nacional para Estadísticas de la Educación, 2005a). (6)

En una encuesta nacional de estudiantes de 2005, el 10% reportó " Considerar intentar seriamente el suicidio" (Colegio Americano Health Association , 2006 ) , y en una encuesta nacional de 2005 de los directores de los centros de asesoría universitaria, 86% informaron un aumento de problemas psicológicos graves en los estudiantes ( Gallagher , 2005). (6)

Poco se sabe acerca de los factores de riesgo potenciales en los adultos jóvenes, y población estudiantil en particular. Gran parte de la literatura sobre el riesgo factores entre los estudiantes se ha centrado en las tendencias suicidas y ha encontrado mayores riesgos para los estudiantes que tienen más de 25 años de edad y estudiantes masculinos. (6)

En el 2001 se realiza un estudio mediante la aplicación de La MINI (Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional) en estudiantes de la Universidad Peruana Cayetano Heredia para determinar la prevalencia de punto fijo de los trastornos mentales más frecuentes en alumnos de medicina de cuarto, quinto y sexto año. Encontrándose una prevalencia alta de trastornos mentales (45.60%) sobresaliendo la depresión (31.60%) y la ansiedad (22.40%) siendo estos valores mayores que en la población general. (7)

En el 2007 una investigación evalúa en los estudiantes universitarios de la Universidad de Lima Metropolitana, la prevalencia de los niveles de ansiedad y depresión en los estudiantes distribuidos por género y por bloque académico, mediante la prueba denominada HADS, constituida por siete ítems para cada trastorno, con un puntaje de 0 a 3, traducida al español. Encontrándose que la depresión se manifiesta con intensidad mayor en mujeres que en varones: 15,35% (depresión leve) y 2,30% (depresión moderada), frente a un 5,30 % (depresión leve) y un 2,30% (depresión moderada) de los varones. La ansiedad es también mayor en mujeres que en hombres, con una media de 9,25 frente a 8,97. (8)

En este mismo año, en la Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá se investiga la prevalencia de Depresión y Ansiedad según las escalas de Zung y su asociación con el desempeño académico de los estudiantes de Medicina. Encontrándose una prevalencia de depresión según la escala de Zung de 46.95% y una prevalencia de ansiedad según la escala de Zung de 60.33%, de los cuales 8. 63% tenían ansiedad moderada y 1.33% severa. En la entrevista confirmatoria participaron 114 estudiantes, tuvieron diagnóstico de episodio único o recurrente el 38.6% y algún trastorno de ansiedad el 24.6%. El

desempeño académico de los estudiantes participantes fue: sobresaliente en el 22.67%, buena calificación el 51.50% y regular el 20.50%, reprobaron el 5.33% de estos. Se encontró una asociación positiva entre el desempeño regular y la presencia de depresión severa con RRR= 4.65 y un IC 95%. (9)

En 2008, una investigación, Prevalencia de trastornos mentales en estudiantes de la carrera de medicina de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras y su relación con antecedentes de violencia en la infancia, pretende establecer la prevalencia de trastornos psiquiátricos en estudiantes de la carrera de medicina y el antecedente de abuso sexual, psicológico, y/o físico durante la infancia. En una muestra tomada al azar de una población de 1,530 estudiantes, con una confiabilidad del 95%. Se solicitó consentimiento informado, se aplicó el instrumento para recolectar datos sociodemográficos, antecedentes de abuso y presencia de trastornos psiquiátricos (PRIMEMD). Los datos del estudio, 64.1% fueron mujeres, 94.1% solteros y 87.6% procedentes del área urbana. Se encontró que 73.9% tenían antecedente en la infancia de abuso físico, 54.2% abuso psicológico y 14.4% abuso sexual. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre antecedente de abuso sexual en la infancia y los siguientes trastornos psiquiátricos: 47 (30.7%) en los trastornos del estado de ánimo, 40 (26.1%) en trastornos de ansiedad y 7 (4.6%) en trastornos de alimentación. Los antecedentes de abuso psicológico y físico en la infancia no mostraron correlación estadística significativa con la morbilidad psiquiátrica. (10)

En el 2010, en la Pontificia Universidad Católica de Chile, se realiza una investigación para determinar la prevalencia de ansiedad y depresión en estudiantes de medicina. El estudio de prevalencia se realizó mediante una encuesta anónima y voluntaria entre estudiantes de medicina de la 1ª a la 7ª año de estudios que fue aplicada después de la firma del consentimiento informado. Se estudiaron las variables psicosociales y se aplicó el cuestionario Goldberg junto con la escala de depresión de Beck. Los resultados obtenidos fueron: 74% respondió el cuestionario. 39% presentó una prueba positiva de Goldberg y 21% presentó una escala de depresión de Beck positiva. La presencia de síntomas emocionales se asoció a la mujer y al haber sufrido recientemente un evento personal. 12% de los estudiantes estaban bajo tratamiento profesional y de los que tenían una escala de Beck positiva, sólo el 47% estaba en tratamiento. Los hombres y los estudiantes que debían financiar sus estudios estaban en mayor riesgo de estar sin tratamiento. La prevalencia de los síntomas asociados a los problemas mentales fue mayor entre los estudiantes de medicina que la encontrada en la población general. (11)

Se ha considerado que la prevalencia de trastornos mentales es mayor en poblaciones con factores sociales, médicos y ambientales particulares, es por ello la importancia de realizar investigaciones en grupos específicos, algunos de estos estudios han sido realizados en estudiantes universitarios, siendo los estudiantes de medicina de pre y posgrado un grupo de especial interés, debido a las exigencias psicológicas, sociales y académicas particulares de esta actividad.

La carrera de Medicina demanda alto compromiso académico, laboral, social, psicológico y emocional. El estudiante promedio es un adulto joven, entre los 18 y los 25 años de edad, soltero, con relativo éxito académico en su historia estudiantil, lo cual nos lleva a

sospechar de un estrés crónico al cual ha estado sometido debido a las probables exigencias académicas que ha mantenido.

El estudiante de medicina es entonces vulnerable al desarrollar problemas de salud mental siendo los trastornos del estado de ánimo, los trastornos de ansiedad y las adicciones los más propensos a presentarse así como los que más deterioro funcional ocasionan.

## **DEFINICIÓN**

La ansiedad constituye un elemento presente la mayor parte de los trastornos psicológicos y psicosomáticos. La mayor parte de investigaciones epidemiológicas y clínicas demuestran que los trastornos de ansiedad representan el problema mental más frecuente entre los trastornos psiquiátricos. (12) Los trastornos de ansiedad es una de las principales causas por la que las personas consultan tanto en la atención primaria como en la atención especializada.

Una de cada doce personas satisface como mínimo uno de los trastornos de ansiedad. La tasa de prevalencia en un periodo de 12 meses se aproxima al 17%. Las mujeres son más vulnerables a este grupo de trastornos. (1)

La ansiedad puede presentar diversas manifestaciones, síndromes o cuadros clínicos, más o menos específicos. La forma en que se han conceptualizado y categorizado estos trastornos ha variado significativamente a través de los tiempos, produciéndose los cambios más relevantes en la segunda mitad del siglo XX. (12)

El término ansiedad y angustia derivan de la raíz indogermánica angh, que significa estrechez y constricción, y también mal estar o apuro. A partir de la influencia latina (se distinguió entre anxietas y angor), y posteriormente mediante el influjo de la psiquiatría francesa, que diferencio entre anxieté (mal estar e inquietud del espíritu) y angoisse (sentimiento de constricción epigástrica, dificultad respiratoria e inquietud), se estableció la separación entre ansiedad (predominio de componentes psíquicos) y angustia (predominio de componentes físicos). Si bien no siempre suele asumirse esta distinción, permaneciendo únicamente el concepto de ansiedad, con sus variantes somática y cognitiva. (12)

Así mismo es importante la diferenciación entre ansiedad y miedo. Tradicionalmente los términos de miedo y ansiedad se diferencian porque el primero se asocia a algún tipo de estímulo externo, amenazante e identificable, mientras que la ansiedad no, esta se trataría de un estado emocional más difuso y sin una fuente externa de amenaza reconocible. (12) Epstein (1972) ha diferenciado ambos conceptos en términos de la acción, así según este autor el miedo puede ser entendido como un drive que motiva la conducta de evitación o escape ante la percepción de un estímulo de amenaza, mientras que la ansiedad sería un estado emocional de miedo no resuelto o estado de activación que no posee una dirección específica tras la percepción de amenaza. Por su parte Barlow señala que el miedo es una alarma primitiva en respuesta a un peligro presente, caracterizada por elevada activación y alto afecto negativo. En cambio la ansiedad es una combinación difusa de emociones (estructura cognitivo-afectiva) orientada hacia el futuro. De este modo, mientras que el miedo se caracteriza por presentar componentes más primigenios, biológico y en cierto modo automáticos (reacciones de alarma-defensa) y una

orientación hacia el presente. La ansiedad es fundamentalmente de naturaleza cognitiva y de marcada orientación hacia el futuro. Sin embargo la realidad es que ambos términos suelen utilizarse de forma equivalente. (12)

La definición de ansiedad suele hacerse en términos fenomenológico. Spielberger, Pollans y Worden (1984) definen ansiedad como una reacción emocional que consiste en sentimientos de tensión, aprensión y nerviosismo y preocupación, así como activación o descarga del sistema nervioso autónomo. Una propiedad importante de la ansiedad es su naturaleza anticipatoria. Esto quiere decir que la respuesta de ansiedad posee la capacidad de anticipar o señalar un peligro o amenaza para el individuo. Esto confiere a la ansiedad un valor funcional importante ya que posee una utilidad biológico adaptativa, esta utilidad se convierte en adaptativa cuando, como en la ansiedad clínica, se anticipa un peligro irreal. Por lo tanto la ansiedad no siempre varía en proporción directa a un peligro real (objetivo) de la situación, sino que puede ocurrir de forma irracional, esto es produciéndose ante situaciones de escaso peligro objetivo, o bien que carecen de peligro real. (12)

Por lo anterior podemos decir que la ansiedad puede ser entendida como una respuesta normal y necesaria o bien como una respuesta desadaptativa (ansiedad patológica).

Kaplan define ansiedad como un estado que se acompaña de una sensación intensa de temor y de molestias somáticas, como palpitations o sudoración, que denotan la hiperactividad del sistema nervioso autónomo. La ansiedad influye en la cognición y tiende a distorsionar la percepción. Es una respuesta a una amenaza desconocida, vaga o conflictiva. (1) La ansiedad es un mecanismo de adaptación natural necesaria para la sobrevivencia del ser humano pero en forma desproporcionada representa un trastorno que interfiere en la calidad de vida del individuo. (4)

## **COMPONENTES DE LA ANSIEDAD**

La ansiedad no es un fenómeno unitario (Sandin y Charot). Se sabe que la ansiedad, al igual que cualquier otra emoción, implica al menos tres componentes, modos o sistemas de respuesta: subjetivo (cognitivo), fisiológico (somático) y motor (conductual). (12)

### **1. Subjetivo-cognitivo**

Es el componente de la ansiedad relacionado con la propia experiencia interna. Incluye un amplio espectro de variables relacionadas con la percepción y evaluación subjetiva de los estímulos y estados asociados con la ansiedad. Así por ejemplo, a esta dimensión pertenecen las experiencias de miedo, pánico, alarma, inquietud, preocupación, aprensión, obsesiones, pensamientos intrusivos, etc. La persona con ansiedad experimenta subjetivamente un estado emocional desagradable, cualitativamente diferente de la ira y tristeza y semejante a la experiencia conocida comúnmente como miedo. El componente subjetivo es el elemento central, ya que sin él difícilmente la ansiedad puede tener algún valor clínico. (12)

### **2. Fisiológico-Somático**

La experiencia de ansiedad suele acompañarse de un componente biológico. Los cambios fisiológicos más característicos consisten en un incremento de la actividad del sistema nervioso autónomo, que pueden reflejarse tanto en cambios

externos (sudoración, dilatación pupilar, temblor, incremento de la tensión muscular, palidez facial, etc.) como internos (taquicardia, descenso de la salivación, aceleración respiratoria, etc.) algunos pertenecen a funciones corporales que pueden ser controladas voluntariamente (agitación, respiración, defecación, etc.) y otras a funciones involuntarias o parcialmente voluntarias (palpitaciones, temblor, vómitos, etc.) la experiencia subjetiva de estos cambios orgánicos suele ser percibida de forma molesta y desagradable, pudiendo contribuir de esta manera a conformar el estado subjetivo de ansiedad. (12)

### 3. Motor-Conductual

Corresponde a los componentes observables de conducta que, aparte de implicar variables como la expresión facial y movimientos o posturas corporales, fundamentalmente hacen referencia a las respuestas instrumentales de escape (huida) y evitación. (12)

## **NEUROSIS Y ANSIEDAD**

Lo que hoy entendemos como ansiedad, históricamente hablando, ha sido un elemento incluido en el tradicional concepto de neurosis, el termino de neurosis fue utilizado por primera vez por el profesor de Edimburgo William Cullen (1710-1790) el cual bajo la influencia de Newton estableció una interpretación vitalista de la enfermedad; considero que la irritabilidad del Sistema Nervioso Central se asociaba al «tono» general del organismo, estando ambos factores determinados por un fluido que llena el sistema nervioso.

Es a partir del último tramo del siglo XIX, mediante la influencia de Sigmud Freud (1856-1939), cuando comienza a desarrollarse de forma significativa el concepto de Neurosis, y en particular la psicopatología de la ansiedad. Freud conceptuó la ansiedad en términos de una “teoría de señal de peligro”, destacando que aquella consistía en una reacción emocional que servía para señalar la presencia de una situación peligrosa –amenaza-. Freud, por otra parte, estableció que la ansiedad constituía el componente central de las neurosis. Empleo el concepto de «neurosis» con fines descriptivos y etiológicos. Freud no solo utilizo el termino neurosis para describir los síntomas de mal estar emocional, sino también para referirse a los procesos de defensa contra la ansiedad; pensó que cuando un conflicto inconsciente producía ansiedad, estos procesos subyacentes o mecanismos de defensa afrontan patológicamente la ansiedad (tratan de reducir la ansiedad) causando los síntomas neuróticos. Así mismo distinguió entre dos tipos de neurosis según si la ansiedad fuera experimentada o inferida. En el primer tipo (ansiedad sentida) incluyo las neurosis fóbicas y las neurosis de ansiedad, y el segundo (ansiedad inferida) la neurosis obsesivo-compulsiva y la histeria. La teoría de Freud sirvió para conceptualizar definitivamente las neurosis como trastornos de origen no orgánico. (12)

## **CATEGORIZACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD**

La clasificación de los trastornos de ansiedad ha significado un importante avance en la clasificación y diagnóstico de los mismos. Al mejorarse la descripción y especificación de

los trastornos se ha incrementado significativamente la fiabilidad y validez, lo que ha permitido que los investigadores y los clínicos puedan, por fin hablar un lenguaje común.

A partir del DSM-III se establecen criterios claros de diagnóstico y se estimula el desarrollo de nuevos métodos estructurados de evaluación para los trastornos de ansiedad.

El DSM-IV contiene una lista de once tipos diagnósticos de trastornos de ansiedad que van desde el trastorno de angustia con agorafobia y sin ella hasta el trastorno de ansiedad generalizada de causa desconocida o conocida (por ej. Enfermedad médica o abuso de sustancias).

✓ **Crisis de Angustia (Panic Attack)**

Se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente. Durante estas crisis también aparecen síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión o mal estar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia o «miedo de volverse loco » o perder el control.

✓ **La Agorafobia**

Se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o bien donde sea imposible encontrar ayuda en el caso de que aparezca en ese momento una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia.

✓ **El trastorno de angustia sin agorafobia**

Se caracteriza por crisis recidivantes e inesperadas que causan un estado de permanente preocupación al paciente. El trastorno de angustia con agorafobia se caracteriza por crisis de angustia y agorafobia de carácter recidivante e inesperado.

✓ **La agorafobia sin historia de trastornos de angustia**

Se caracteriza por la presencia de agorafobia y síntomas similares a la agorafobia en un individuo sin antecedentes de crisis de angustia inesperadas.

✓ **La fobia específica**

Se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos temidos, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.

✓ **La fobia social**

Se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.

✓ **El trastorno Obsesivo-Compulsivo**

Se caracteriza por obsesiones (que causan ansiedad y mal estar significativos) y/o compulsiones (cuyo propósito es neutralizar dicha ansiedad).

✓ **El trastorno por estrés postraumático**

Se caracteriza por la reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debidos al aumento de la activación (arousal) y comportamientos de evitación de los estímulos asociados al trauma.

✓ **Trastorno por estrés agudo**

Se caracteriza por síntomas parecidos al estrés postraumático que aparecen inmediatamente después de un acontecimiento altamente traumático.

✓ **Trastorno de ansiedad generalizada**

Se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos seis meses.

✓ **Trastorno de ansiedad debido a enfermedad medica**

Se caracteriza por la presencia de síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente.

✓ **Trastorno de Ansiedad inducido por sustancias**

Se caracteriza por la presencia de síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga, fármaco o toxico.

✓ **Trastorno de Ansiedad no especificado**

Se ha incluido en esta sección con el objetivo de poder incluir a aquellos trastornos que se caracterizan por ansiedad o evitación fóbica prominentes, que no reúnen los criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad específicos ya mencionados (bien síntomas de ansiedad sobre los que se dispone de una información inadecuada o contradictoria).

## **EPIDEMIOLOGÍA**

Los trastornos de ansiedad son el grupo más frecuente de los trastornos psiquiátricos. Una de cuatro personas ha satisfecho los criterios diagnósticos de, como mínimo, uno de los trastornos de ansiedad enumerados anteriormente y la tasa de prevalencia durante doce meses se aproxima al 17%. Las mujeres son más vulnerables a los trastornos de ansiedad que los hombres. La prevalencia de los trastornos de ansiedad disminuye conforme se eleva la categoría socioeconómica. (1)

Se conoce que mientras unos trastornos tienden a aparecer en edades más bien tempranas del desarrollo evolutivo de la persona, otros se desarrollan más frecuentemente en edades más avanzadas. Una vez iniciado el trastorno de ansiedad puede adoptar un curso crónico, es importante conocer las edades de comienzo ya que estas pueden ser entendidas como factores de riesgo (el organismo puede ser más vulnerable a ciertas edades para desarrollar determinados trastornos de ansiedad).

Las edades de comienzo más típicas según los diferentes trastornos de ansiedad se indican en la tabla 1.1



Tabla 1.1 Trastornos de ansiedad: edad de comienzo, prevalencia y distribución según el sexo

Trastornos	Edad de Comienzo	Prevalencia	Sexo (proporción) (Varón: Mujer)
Trastorno de Pánico (+/- agorafobia)	20-35	1.0-4.7 (0.5-1.5)	1:2
Agorafobia (sin pánico)	20-30	1.4-5.3	1:5
Fobia específica	Infancia Adolescencia	7.2-12.5 (4.0-8.8)	1:4
Fobia Social	Infancia Adolescencia (15-20)	3.0-13.3 (0.4-2.2)	Hombres < mujeres
Trastorno de Ansiedad Generalizada	Cualquiera (20-30)	3.8-8.2 (x=3)	1:1.5
Trastorno Obsesivo-Compulsivo	Adolescencia Juventud	1.6-3.3 (0.5-2.1)	1:1 (1:6 limpieza 3:1 chequeo)
Trastorno de Estrés Postraumático / [agudo]	Cualquiera	6.8-8.0 (14-33)	Variable (1:2)
Trastorno de Ansiedad por separación	6-11	4-5.2	1:2
Trastorno de Hiperansiedad	12-18 años	2.5-17.1 (x= 6.9)	1:1
Cualquier trastorno de ansiedad	15	5-30	Hombres < mujeres

Basado en datos epidemiológicos y clínicos referidos, entre otros por APA (2000), Benjamin y cols. (1990), Marks (1986), Kessler y Cols (1994, 2005), et all. (14)

Está totalmente demostrado que los trastornos de ansiedad son los trastornos psicológicos más prevalentes tanto en la población general como en los contextos psiquiátricos. Datos procedentes de estudios epidemiológicos, fundamentalmente del proyecto NCS (Nacional Comorbidity Survey), sugieren que más del 28% de la población ha tenido algún trastorno de ansiedad a lo largo de su vida. Lo observado en la tabla 1.1 sugieren que los trastornos más frecuentes en la población son las fobias específicas (con un rango de 7.2 y 12.5 % para la prevalencia vital) y las fobias sociales. Pero no todas las fobias específicas parecen darse con igual frecuencia. Lógicamente acá juegan un papel determinante los factores culturales y ecológicos. Otros factores que pueden determinar la prevalencia diferencial de los miedos y fobias podría relacionarse con los periodos evolutivos del individuo. Los miedos son más frecuentes en la infancia que en la edad adulta. El segundo trastorno más frecuente en la población es el trastorno de ansiedad generalizada (TAG). (14)

### **FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS**

Los factores de riesgo sociodemográficos para la ansiedad no han sido tan investigados como en otros trastornos, sin embargo recientemente se han llevado a cabo estudios basados en el programa ECA (Epidemiological Catchmen Area Program) que ponen en relieve la importancia que tienen respecto a la ansiedad factores como el sexo, el estatus marital, la educación, el estatus de empleo, el estatus socioeconómico y la etnia. (14)

Uno de los factores más claramente delimitados es el sexo. Se reconoce que el sexo femenino posee en general mucho más riesgo para sufrir trastornos de ansiedad que el varón. Existen no obstante notables diferencias según el trastorno del que se trate, particularmente en las fobias (fobias específicas) y pánico. El trastorno de ansiedad de separación y el de ansiedad generalizada, también se asocian significativamente al sexo femenino. En algunos trastornos no se han encontrado diferencias como en el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) y la fobia social.

En algunos trastornos de ansiedad, ciertos factores asociados al estatus marital parecen significar cierto grado de riesgo. Por ejemplo las fobias, el pánico y el trastorno de ansiedad generalizada tienden a ser más comunes entre las personas separadas, viudas y divorciadas en comparación con las casadas o solteras. Así la prevalencia del trastorno de pánico es más común en individuos solteros o que viven solos.

Las tasas de pánico, fobias y TOC se han encontrado más elevadas en personas con bajo estatus educativo. También se han encontrado tasas elevadas de prevalencia vital de trastornos de pánico en amas de casa y desempleados. Los niveles socioeconómicos bajos se han asociado a veces con diversos tipos de trastornos de ansiedad, tales como el trastorno de ansiedad generalizada o el pánico.

## **TRASTORNO DE ANGUSTIA Y DE ANSIEDAD**

### **CRISIS DE ANGUSTIA**

La crisis de angustia es el trastorno caracterizado por aparición temporal y aislada de miedo o malestar intenso, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que bruscamente alcanzan su máxima expresión en los primeros diez minutos.

La característica principal de una crisis de angustia es la aparición aislada y temporal de miedo o mal estar de carácter intenso, que se acompaña de al menos cuatro de un total de trece síntomas somáticos cognoscitivos. La crisis se inicia de forma brusca y alcanza su máxima expresión con rapidez (habitualmente en diez minutos o menos), acompañándose a menudo de una sensación de peligro o de muerte inminente y de una urgente necesidad de escapar. Los trece síntomas somáticos Palpitaciones, sudoración, temblores o sacudidas, sensación de ahogo o falta de aliento, sensación de atragantarse, Opresión o mal estar torácico, náuseas o molestias abdominales, inestabilidad, mareo o desmayo, desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo), miedo a perder el control (volverse loco), miedo a morir, parestesias, escalofríos o sofocaciones. Las crisis que reúnen los restantes criterios pero presentan menos de cuatro de estos síntomas, se denominan crisis sintomáticas limitadas.

Los individuos que consultan acostumbran a describir el miedo como intenso, y relatan como en aquel momento creían estar a punto de morir, perder el control, tener un infarto o un accidente cerebrovascular o "volverse locos". Describen así mismo un urgente deseo de huir del lugar donde ha aparecido la crisis. Al ir repitiéndose estas crisis pueden presentar un menor componente de miedo. La falta de aire constituye el síntoma más frecuente en las crisis de angustia con y sin agorafobia. Por su parte, la ruborización es frecuente en las crisis de angustia de tipo situacional desencadenadas por la ansiedad que aparece en situaciones sociales o actuaciones en público. La ansiedad característica de las crisis de angustia puede diferenciarse de la ansiedad generalizada por su naturaleza intermitente, prácticamente paroxística y su característica de gran intensidad.

Las crisis de angustia pueden aparecer en una amplia gama de trastornos de ansiedad. Al determinar la importancia de la crisis de angustia en el diagnóstico diferencial de todos estos trastornos es necesario considerar el contexto en el que aparecen. Las crisis de

angustia inesperadas (no relacionadas con estímulos situacionales), en las que el inicio de las crisis de angustia no se asocia a determinantes ambientales (aparecen sin motivo aparente); Crisis de angustia situacionales (desencadenadas por estímulos ambientales), donde la crisis de angustia aparece de forma casi exclusiva inmediatamente después de la exposición o anticipación a un estímulo o desencadenante ambiental. Crisis de Angustia más o menos relacionadas con una situación determinada, las cuales tienen simplemente más probabilidades de aparecer al exponerse el individuo a ciertos estímulos o desencadenantes ambientales, aunque no siempre exista esta asociación con el estímulo ni tampoco el episodio aparece siempre inmediatamente después de exponerse a la situación.

### **Descripción Clínica**

Forma de Inicio. En un caso típico de trastorno de angustia, el sujeto está ocupado en cualquier aspecto de su vida cotidiana y, de repente su corazón empieza a palpar, experimenta sensación de ahogo y mareo, la cabeza “se le va”, le parece que se va desmayar y está convencido de que se va morir. Habitualmente los pacientes con trastorno de angustia son adultos jóvenes, probablemente en la tercera década de su vida. Experimentaran varios síntomas asociados, mayoritariamente físicos, como disnea, palpitaciones, dolor o molestias precordiales, sensación de asfixia, sensación de mareo o inestabilidad, sensación de irrealidad, parestesias, oleadas de frío y calor, sudoración, sensación de desmayo, temblor y espasmos, y miedo a morir, a volverse loco o perder el control. La mayor parte de sensaciones son manifestaciones de una hiperestimulación del sistema nervioso autónomo.

A pesar de que la primera crisis suele ocurrir durante una actividad rutinaria, a menudo se asocian determinados sucesos con las primeras presentaciones del trastorno de angustia. Con frecuencia las crisis de angustia acontecen en el contexto de una enfermedad que amenaza la vida o de un accidente, la pérdida de una relación interpersonal estrecha o al separarse de la familia, enfermedades médicas, periodo posparto, consumo de sustancias, esto sugiere que algunos factores estresantes periodo posparto, consumo de sustancias, esto sugiere que algunos factores estresantes pueden actuar como desencadenantes del inicio de las crisis de angustia en aquellos pacientes predispuestos. La crisis dura de 5-20 minutos, raramente 1 hora.

## **TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA**

El trastorno de Ansiedad Generalizada es la principal categoría diagnóstica para los estados de ansiedad elevada y crónica en ausencia de un trastorno de angustia. Según el DSM-IV, su sintomatología esencial es la ansiedad persistente durante por lo menos seis meses. Los síntomas de este tipo de ansiedad encajan normalmente dentro de dos categorías amplias: expectación aprensiva y síntomas físicos. Los pacientes con un trastorno de ansiedad generalizada se preocupan constantemente por asuntos triviales, sienten temor y anticipan lo peor. La tensión muscular, la inquietud, la dificultad de concentración, el insomnio, la irritabilidad, la hipervigilancia y la fatiga son síntomas característicos de la ansiedad generalizada.

### **Curso y Pronóstico**

El curso de la enfermedad cuando no se sigue un tratamiento es muy variable. Parece seguir un curso fluctuante en el que se dan recuperaciones espontáneas, seguidas, meses o años más tarde, de una recaída. En el peor de los casos, algunos pacientes se recluyen en su hogar durante décadas.

## Diagnostico

El diagnostico de trastorno de angustia se realiza cuando un paciente experimenta crisis de angustia recurrentes, limitadas y espontaneas, que se siguen de un periodo de un mes en el que se observa una anticipación ansiosa, persistente o cambios conductuales. Estas crisis de angustia se caracterizan por la aparición súbita de un estado creciente de ansiedad y temor, además de la presencia de por lo menos cuatro síntomas físicos. Estas crisis no son secundarias a un factor orgánico conocido o a otra enfermedad mental.

El diagnostico de ansiedad generalizada se realiza cuando un paciente experimenta un estado de ansiedad o preocupación excesiva durante un mínimo de seis meses. También deben estar presentes al menos tres de seis síntomas físicos. No debe ser secundaria a ningún otro trastorno del eje I ni a un factor orgánico específico.

Tabla 1.2 Criterios DSM-IV para el diagnóstico de trastorno de angustia con agorafobia

- |  |
|--|
| <p>A. Se cumplen (1) y (2):</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Crisis de angustia inesperadas recidivantes</li><li>2. Al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:<ol style="list-style-type: none"><li>a. Inquietud persistente por la posibilidad de tener más crisis</li><li>b. Preocupación por las implicaciones de las crisis o sus consecuencias (p. ej. Perder el control, sufrir un infarto de miocardio, "volverse loco")</li><li>c. Cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis</li></ol></li></ol> <p>B. Presencia de Agorafobia, es decir, aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia inesperada o más o menos relacionada con la situación, o bien síntomas similares a la angustia, puede disponerse de ayuda. Los temores agorafóbicos suelen estar relacionados con un conjunto de situaciones características, entre las que se incluyen estar solo fuera de casa, mezclarse con la gente o hacer cola, pasar por un puente o viajar en autobús, tren o automóvil.</p> <p>C. Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej. Drogas o fármacos) o una enfermedad médica (p. ej. hipertiroidismo).</p> <p>D. Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de trastorno mental, como por ejemplo la fobia social (p. ej. aparecen al exponerse a situaciones sociales temidas), fobia específica (p. ej. exponerse a situaciones fóbicas específicas), trastorno obsesivo compulsivo (p. ej. exponerse a la suciedad cuando la obsesión versa sobre el tema de la contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej. en respuesta a estímulos asociados a situaciones altamente estresantes) o trastorno de ansiedad por separación (p. ej. al estar lejos de casa o de los seres queridos).</p> |
|--|

Tabla 1.3 Criterios DSM-IV para el diagnóstico de trastorno de angustia sin agorafobia

- A. Se cumplen (1) y (2):
  - 1. Crisis de angustia inesperadas recidivantes
  - 2. Al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:
    - a. Inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis
    - b. Preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (p.ej. perder el control, sufrir un infarto de miocardio, "volverse loco")
    - c. Cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis
- B. Ausencia de agorafobia
- C. Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej. drogas, fármacos) o una enfermedad médica (p.ej. hipertiroidismo).
- D. Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de trastorno mental, como por ejemplo la fobia social (p.ej. aparecen al exponerse a situaciones sociales temidas), fobia específica (p.ej. exponerse a situaciones fóbicas específicas), trastorno obsesivo compulsivo (p.ej. exponerse a la suciedad cuando la obsesión versa sobre el tema de la contaminación), trastorno por estrés postraumático (p.ej. en respuesta a estímulos asociados a situaciones altamente estresantes) o trastorno de ansiedad por separación (p.ej. al estar lejos de casa o de los seres queridos).

Tabla 1.4 Criterios DSM-IV para el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada
<p>A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar) que se prolongan más de seis meses.</p> <p>B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación</p> <p>C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido por más de seis meses). En los niños solo se requiere uno de estos síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inquietud o impaciencia</li> <li>2. Fatigabilidad fácil</li> <li>3. Dificultad para concentrarse o quedar con la mente en blanco</li> <li>4. Irritabilidad</li> <li>5. Tensión muscular</li> <li>6. Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertar de sueño no reparador).</li> </ol>
<p>D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno del Eje I; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.</p> <p>E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p> <p>F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.</p>

## TRASTORNOS FÓBICOS

Una fobia se define como un miedo persistente e irracional a un objeto, actividad o situación específicos que provocan un deseo imperioso de evitar dicho objeto, actividad o situación (es decir, estímulo fóbico). El sujeto es capaz de reconocer el miedo excesivo o

irracional en proporción a la peligrosidad real del objeto, actividad o situación. Los miedos irracionales y las conductas de evitación están presentes en diversos trastornos psiquiátricos.

### **Descripciones clínicas**

#### **AGORAFOBIA**

El cuadro clínico de la agorafobia consiste en múltiples y variados temores y conductas de evitación centrados en tres temas principales: 1) miedo a abandonar el hogar, 2) miedo a quedarse solo y 3) miedo a encontrarse lejos del hogar en situaciones en las que uno pueda encontrarse molesto, ridículo o indefenso. De acuerdo con el DSM-IV, lo que se teme es sufrir síntomas desagradables en situaciones en las que uno no puede escapar fácilmente o donde no puede conseguirse ayuda con facilidad.

Los temores agorafóbicos típicos son el uso de transportes públicos (autobuses, trenes, metros, aviones); hallarse ante multitudes, en teatros, ascensores, restaurantes, supermercados o grandes almacenes; hacer cola o viajar a una cierta distancia del hogar. En casos graves los pacientes están totalmente prisioneros en sus casas, con miedo a abandonarlas sin compañía o incluso a quedarse solos.

La mayoría de los casos de agorafobia comienzan con una crisis de angustia espontáneas. Si las crisis continúan, el paciente suele desarrollar una ansiedad anticipatoria constante, caracterizada por una sensación continua de aprensión acerca de las posibles ocasiones y las consecuencias del próximo ataque. Los síntomas agorafóbicos representan una fase terciaria de la enfermedad. Muchos pacientes establecerán una relación causal entre sus crisis de angustia y la situación particular en la que se han producido. Posteriormente evitan las crisis en un intento de evitar otras crisis.

#### **FOBIA SOCIAL**

En la fobia social, el principal miedo del paciente es que pueda actuar de forma que se sienta humillado o avergonzado ante los demás. Los sujetos con fobia social temen y/o evitan gran variedad de situaciones en las que se les podría requerir interactuar con otras personas. Las fobias sociales típicas son el temor a hablar, comer o escribir en público, a utilizar lavados públicos y a asistir a fiestas o entrevistas. Además un miedo común en los individuos con fobia social es que la gente pueda detectar y ridiculizar su ansiedad en situaciones sociales. Un individuo puede tener una fobia social limitada o varias. La fobia social se describe como generalizada si el miedo social se extiende a la mayoría de situaciones sociales, en oposición al miedo circunscrito solo a algunas. La fobia social generalizada suele ser un trastorno más grave e incapacitante.

La ruborización es el principal síntoma físico de la fobia social, mientras que los principales síntomas cognitivos incluyen la tendencia a autoobservarse, la autoevaluación negativa en relación con su desenvolvimiento social, la dificultad para captar los aspectos no verbales de la propia conducta, la infravaloración de la competencia social en interacciones positivas y un sesgo positivo hacia la valoración de la competencia social de los demás.

## FOBIAS ESPECÍFICAS

Las fobias específicas son miedos circunscritos a objetos, situaciones o actividades específicas. El síndrome tiene tres componentes: 1) la ansiedad anticipatoria desencadenada ante la posibilidad de enfrentarse al estímulo fóbico,

2) el temor central y 3) la conducta de evitación mediante la que el paciente minimiza la ansiedad. En la fobia específica el miedo no suele provocarlo el objeto en sí sino las consecuencias terribles que el sujeto cree que se derivaran del contacto con el objeto. Estos miedos son excesivos, irracionales y persistentes; aunque la mayoría de los individuos con una fobia específica reconocen que en realidad no hay nada que temer, asegurarles ello no disminuye su miedo.



Tabla 1.5 Criterios DSM-IV para el diagnóstico de agorafobia sin historia de trastorno de angustia

- A. Aparición de agorafobia en relación con el temor de desarrollar síntomas similares a la angustia (p. ej., mareos o diarrea). La agorafobia, es decir: aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia inesperada o más o menos relacionada con una situación, o bien síntomas similares a la angustia, puede no disponerse de ayuda. Los temores agorafóbicos suelen estar relacionados con un conjunto de situaciones características, entre las que se incluyen estar solo fuera de casa; mezclarse con la gente o hacer cola; pasar por un puente, o viajar en autobús, tren o automóvil.
- B. Nunca se han cumplido los criterios diagnósticos del trastorno de angustia.
- C. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.
- D. Si el individuo presenta una enfermedad médica, el temor descrito en el Criterio A es claramente excesivo en comparación con el habitualmente asociado a la enfermedad médica.

Tabla 1.6 Criterios DSM-IV para el diagnóstico de fobia social (trastorno de ansiedad social)

- A. Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso. Nota: En los niños es necesario haber demostrado que sus capacidades para relacionarse socialmente con sus familiares son normales y han existido siempre, y que la ansiedad social aparece en las reuniones con individuos de su misma edad y no sólo en cualquier interrelación con un adulto.
  - B. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación. Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o retraimiento en situaciones sociales donde los asistentes no pertenecen al marco familiar.
  - C. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional. Nota: En los niños puede faltar este reconocimiento.
  - D. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.
  - E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.
- 
- F. En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.
  - G. El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p.ej., trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad).
  - H. Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el Criterio A no se relaciona con estos procesos (p. ej., el miedo no es debido a la tartamudez, a los temblores de la enfermedad de Parkinson o a la exhibición de conductas alimentarias anormales en la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa).
- Especificar si:
- Generalizada: si los temores hacen referencia a la mayoría de las situaciones sociales (considerar también el diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad por evitación)

Tabla 1.7 Criterios DSM para el diagnóstico de fobia específica

- A. Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (p. ej., volar, precipicios, animales, administración de inyecciones, visión de sangre).
- B. La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada. Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o abrazos.
- C. La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional. Nota: En los niños este reconocimiento puede faltar.
- D. La(s) situación(es) fóbica(s) se evitan o se soportan a costa una intensa ansiedad o malestar.
- E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocados por la(s) situación(es) temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo.
- F. En los menores de 18 años la duración de estos síntomas debe haber sido de 6 meses como mínimo.
- G. La ansiedad, las crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicos no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, por ejemplo, un trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., miedo a la suciedad en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., evitación de estímulos relacionados con un acontecimiento altamente estresante), trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de ir a la escuela), fobia social (p. ej., evitación de situaciones sociales por miedo a que resulten embarazosas), trastorno de angustia con agorafobia, o agorafobia sin historia de trastorno de angustia.
- H. Especificar tipo:
  - Tipo animal
  - Tipo ambiental (p. ej., alturas, tormentas, agua)
  - Tipo sangre-inyecciones-daño
  - Tipo situacional (p. ej., aviones, ascensores, recintos cerrados)
  - Otros tipos (p. ej., evitación fóbica de situaciones que pueden provocar atragantamiento, vómito o adquisición de una enfermedad; en los niños, evitación de sonidos intensos o personas disfrazadas)

## TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

La sintomatología esencial del trastorno obsesivo-compulsivo consiste en la presencia de obsesiones o compulsiones. Los términos obsesión y compulsión se utilizan a veces para referirse a patologías que no son auténticos trastornos obsesivos-compulsivos. Aunque algunas actividades pueden tildarse de “compulsivas” cuando son excesivas, se distinguen de las compulsiones reales en que las primeras se experimentan como placenteras y egosintónicas, aunque sus consecuencias pueden ser cada vez más desagradables y egodistónicas.

Las diferentes presentaciones del trastorno obsesivo-compulsivo se basan en grupos de síntomas. Un grupo incluye a los pacientes con obsesiones sobre la limpieza y la contaminación cuyos rituales giran en torno al lavado compulsivo y la evitación de objetos contaminados. Un segundo grupo incluye a los pacientes que cuentan patológicamente y que realizan comprobaciones compulsivas. Un tercer grupo incluye los obsesivos puros que no presentan compulsiones. El enlentecimiento obsesivo primario es la característica más evidente de otro grupo de pacientes. Los pacientes pueden pasar varias horas al día lavándose, vistiéndose y desayunando, por lo que su vida transcurre de un modo extremadamente lento. Otros pacientes a los que se les denomina *acumuladores*, son incapaces de tirar nada por el temor de que algún día pueden necesitar alguna de esas cosas.

El DSM-IV clasifica el trastorno obsesivo-compulsivo entre los trastornos de ansiedad debido a que: 1) la ansiedad suele asociarse a las obsesiones y a la resistencia a las compulsiones, 2) la ansiedad o la tensión suele aliviarse inmediatamente si se realizan las compulsiones, y 3) el trastorno acostumbra a presentarse en asociación con otros trastornos de ansiedad.

El DSM-IV explica que las compulsiones pueden ser de tipo conductual o mental. Los rituales mentales se observan en la mayor parte de los pacientes, y al igual que las compulsiones conductuales, intentan reducir la ansiedad o prevenir el peligro. Aunque más del 90% de los pacientes presentan obsesiones y compulsiones, el 28% están preocupados principalmente por sus obsesiones, el 20% por sus compulsiones y el 50% por ambas. (14)

### **Descripción Clínica**

El trastorno Obsesivo-compulsivo suele iniciarse en la adolescencia o al principio de la vida adulta, pero también puede hacerlo antes; el 31% de los primeros episodios ocurren entre los 10 y los 15 años y el 75% se desarrollan hacia los 30 años. En la mayoría de los casos no ha ocurrido ningún suceso estresante que desencadene la aparición de los síntomas y tras, un inicio insidioso, el trastorno sigue un curso crónico y con frecuencia progresivo. No obstante, algunos pacientes describen un inicio súbito de los síntomas, fenómeno particularmente descrito en los pacientes con una base neurológica en su trastorno.

### **Síntomas**

#### **Obsesiones**

Una obsesión es un fenómeno mental intrusivo, no deseado y que generalmente provoca ansiedad y malestar. Las obsesiones pueden ser pensamientos, ideas, imágenes,

rumiaciones, convicciones, temores o impulsos y suelen ser de naturaleza agresiva, sexual, religiosa, desagradable o absurda. Las ideas obsesivas son pensamientos repetitivos que interrumpen el curso normal del pensamiento, mientras que las imágenes obsesivas son experiencias visuales normalmente muy vividas. Gran parte del pensamiento obsesivo consiste en ideas espantosas. La persona puede pensar en hacer la peor cosa posible. (p.ej. blasfemar, violar, asesinar, abusar de un niño). Las convicciones obsesivas se caracterizan por un elemento de pensamiento mágico, como que “pisar una parte determinada del suelo provocará que mamá se rompa la espalda”. Las rumiaciones obsesivas se caracterizan por pensamientos prolongados, excesivos e inconclusos sobre cuestiones metafísicas. Los temores obsesivos se suelen relacionar con la suciedad o la contaminación y se diferencian de las fobias en que siguen presentes en ausencia del estímulo fóbico. Los impulsos obsesivos pueden ser agresivos o sexuales, como el impulso intrusivo de apuñalar al cónyuge o de violar a un hijo.

Al atribuir estas obsesiones a un origen interno, el paciente se resiste contra ellas o las controla en un grado variable, produciéndose siempre algún grado de deterioro del funcionamiento. La resistencia consiste en una lucha contra un impulso o un pensamiento intruso, mientras que el control es la capacidad del paciente para desviar sus pensamientos o impulsos intrusivos. Las obsesiones se acompañan normalmente de compulsiones, pero también pueden constituir el síntoma principal o único. Aproximadamente el 10-25% de los pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo son obsesivos puros o sufren obsesiones predominantemente.

Otro elemento fundamental del pensamiento obsesivo es la incertidumbre o la duda permanente. Al contrario de los que ocurre con los pacientes maníacos o psicóticos, que manifiestan una certeza anticipada, los pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo son incapaces de conseguir una sensación de certeza entre la información sensorial interna y las propias creencias. Se preguntan a sí mismos cosas como: ¿tengo las manos realmente limpias?, ¿está cerrada la puerta?, ¿el fertilizante está envenenando el agua? Los rituales compulsivos tales como el lavado o las conductas de comprobación excesivas parecen provenir de esta falta de certeza y constituyen una forma equivocada de intentar conseguirla.

### **Compulsiones**

Un ritual compulsivo es una conducta que disminuye el malestar del paciente, pero que se lleva a cabo bajo una sensación de presión y de forma rígida. Estas conductas incluyen los rituales de limpieza, comprobación, repetición, evitación, lucha por la perfección y meticulosidad. En la mayoría de las muestras, los limpiadores representan el 25-50%. Estos individuos se preocupan por la suciedad, la contaminación o los gérmenes, y pueden pasar muchas horas al día lavándose las manos o en la ducha. También intentan evitar contaminarse a través de heces, orina o secreciones vaginales. Los pacientes comprobadores presentan dudas patológicas y se ven obligados a comprobar compulsivamente, por ejemplo si han atropellado a alguien con su coche o si se han dejado la puerta abierta. Con frecuencia la comprobación no resuelve la duda, y en algunos casos puede incluso exacerbarla.

Tabla 1.8 Criterios DSM-IV para el diagnóstico de trastorno obsesivo-Compulsivo

A. Se cumple para las obsesiones y las compulsiones:

Las obsesiones se definen por (1), (2), (3) y (4):

1. pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos
2. Los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real.
3. La persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos.
4. La persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento)

Las compulsiones se definen por (1) y (2):

1. comportamientos (p. ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. ej., rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente
2. el objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivo

B. En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales. Nota: Este punto no es aplicable en los niños.

C. Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de 1 hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.

D. Si hay otro trastorno del Eje I, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (p. ej., preocupaciones por la comida en un trastorno alimentario, arranque de cabellos en la tricotilomanía, inquietud por la propia apariencia en el trastorno dismórfico corporal, preocupación por las drogas en un trastorno por consumo de sustancias, preocupación por estar padeciendo una grave enfermedad en la hipocondría, preocupación por las necesidades o fantasías sexuales en una parafilia o sentimientos repetitivos de culpabilidad en el trastorno depresivo mayor).

E. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

Especificar si: Con poca conciencia de enfermedad: si, durante la mayor parte del tiempo del episodio actual, el individuo no reconoce que las obsesiones o compulsiones son excesivas o irracionales

## TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Los síntomas característicos que pueden desarrollarse a partir de experiencias traumáticas, incluyen el embotamiento psíquico, la reexperimentación del acontecimiento traumático y un aumento de la activación del sistema nervioso autónomo. El acontecimiento traumático se reexperimenta a través de recuerdos dolorosos. El acontecimiento traumático se reexperimenta a través de recuerdos dolorosos invasivos y recurrentes, durante episodios de ensoñación diurna o en forma de pesadillas. También pueden producirse estados disociativos que duran desde pocos minutos a días, durante los cuales el individuo revive el suceso. El embotamiento psíquico o la anestesia emocional se manifiestan por una disminución de la capacidad de respuesta al mundo externo, con sensación de distanciamiento de la demás gente, pérdida de interés en actividades habituales e incapacidad para sentir emociones como la intimidad, la ternura o el interés sexual. Los síntomas de hiperactivación vegetativa incluyen hiperactividad e irritabilidad, respuesta de alerta exagerada, dificultad de concentración y alteraciones del sueño. En ocasiones, las víctimas de una violación o de un asalto con malos tratos temen salir solas a la calle durante períodos de tiempo variables. Las situaciones que recuerdan al trauma original se evitan de forma sistemática. Pueden darse otros síntomas, Pueden darse otros síntomas, como sentimientos de culpa por haber sobrevivido, culpa por no haber sabido evitar la experiencia traumática, depresión, ansiedad, crisis de angustia, vergüenza e ira. También pueden presentarse episodios prolongados de emotividad intensa, aumento de la irritabilidad, conducta hostil y explosiva, y conducta impulsiva.

Otros síntomas que acompañan o complican el trastorno por estrés posttraumático son el abuso de sustancias, las conductas autolesivas o los intentos de suicidio, deterioro laboral e interferencia en las relaciones interpersonales. DSM

El miedo y la evitación característica de los trastornos por estrés posttraumático, están presentes en todos los trastornos de ansiedad. Desde esta perspectiva, este cuadro clínico tiene muchos puntos en común con el trastorno de pánico, la ansiedad fóbica, la ansiedad generalizada y el trastorno obsesivo compulsivo.

Según el DSM-IV un diagnóstico de estrés posttraumático requiere la presencia de los síntomas expuestos en la tabla de criterios, durante un periodo superior a un mes, en caso contrario, se considera como un trastorno de estrés agudo, que dentro de ciertos límites temporales, puede tratarse incluso de una reacción adaptativa ante el suceso experimentado.

La comorbilidad del trastorno por estrés posttraumático es muy alta, hay una alta comorbilidad con la depresión, el trastorno de ansiedad generalizada, la fobia social y el trastorno obsesivo compulsivo.

### **Curso y Pronóstico**

Scrignar (1984) dividió el curso clínico del trastorno por estrés posttraumático en tres estadios. El estadio I corresponde a la respuesta al acontecimiento traumático. Las personas no susceptibles pueden experimentar un brote adrenérgico de síntomas inmediatamente después del trauma, pero no alargan esta respuesta. Las personas predispuestas parten de un nivel basal de ansiedad más alto y presentan una respuesta exagerada al trauma y una preocupación obsesiva respecto a él después de ocurrido.

Si los síntomas persisten más allá de 4-6 semanas, el paciente pasa al estadio II, o trastorno agudo. En este estadio pueden aparecer los sentimientos de indefensión y pérdida de control, los síntomas del aumento de la activación vegetativa, la reexperimentación del trauma y los síntomas somáticos. La vida del paciente se centra en el acontecimiento traumático, por lo que se producen cambios en el estilo de vida, la personalidad y el funcionamiento social. Puede aparecer evitación fóbica, respuestas de alarma y explosiones de ira. En el estadio III se desarrolla el trastorno crónico, en el que el paciente se siente incapacitado, desmoralizado y desalentado. Pasa de la preocupación por el acontecimiento traumático a la preocupación por la incapacitación física resultante. En esta fase es frecuente la complicación del trastorno con síntomas somáticos, ansiedad crónica y depresión, al igual que el abuso de sustancias, los problemas en las relaciones familiares y el desempleo. Según el DSM-IV, el trastorno por estrés postraumático demorado se produce cuando los síntomas no empiezan hasta 6 meses después del acontecimiento traumático.

### **Diagnostico**

El diagnóstico del trastorno por estrés postraumático no suele ser difícil si hay antecedentes claros de exposición a un suceso traumático, seguido de síntomas de ansiedad intensa que duran por lo menos un mes, aumento de activación y estimulación del sistema nervioso autónomo, falta de reactividad al entorno y evitación o reexperimentación del acontecimiento traumático. A pesar de todo, pueden producirse confusiones diagnósticas cuando se presentan síntomas ansiosos, depresivos, somáticos y conductuales sin que la relación entre un acontecimiento estresante y el inicio de los síntomas esté bien definida.



Tabla 1.9 Criterios para el diagnóstico de estrés postraumático

- A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2):
1. la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
  2. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.  
Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.
- B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:
1. recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.  
Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma
  2. sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar.  
Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible
  3. el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). Nota: Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico
  4. malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático
  5. respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático
- C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:
1. esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático
  2. esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma
  3. incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma
  4. reducción acusada del interés o la participación en actividades significativa
  5. sensación de desapego o enajenación frente a los demás
  6. restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor)
  7. sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)
- D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:
1. dificultades para conciliar o mantener el sueño
  2. irritabilidad o ataques de ira
  3. dificultades para concentrarse
  4. hipervigilancia
  5. respuestas exageradas de sobresalto
- E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.
- F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- Especificar si:  
Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses  
Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más
- Especificar si:  
De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses

#### MINI (MINI ENTREVISTA NEUROPSIQUIATRICA INTERNACIONAL)

Es una entrevista breve y altamente estructurada de los principales trastornos psiquiátricos de la CIE-10 y DSM IV para ser usada por psiquiatras y médicos no psiquiatras después de un corto tiempo de entrenamiento. Fue elaborada por Y. Lecrubier y colaboradores de la “Salpêtrière” en Paris y D. Sheehan y colaboradores de la Universidad de Florida en Tampa en los años 1992, 1994 y 1998. La MINI se diseñó para generar diagnósticos, del CIE 10 pero también del DSM IV, para la investigación y la práctica clínica.

La MINI es una entrevista clínica, disponible en 33 idiomas, estructurada en formatos y algoritmos, modulada en categorías diagnosticas con una duración de entre 15 y 20 minutos, fiable (3 estudios frente al CIDI y SCID) y fácil de usar tras un breve curso de formación.

### III. OBJETIVOS

- 3.1 Determinar la prevalencia de los trastornos de ansiedad en los estudiantes de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, que cursan el quinto año de la carrera y se encuentran en su rotación de Psiquiatría en el Hospital Nacional de Salud Mental durante el año 2014-2015.
- 3.2 Identificar qué sexo presenta mayor afección de trastornos de ansiedad.
- 3.3 Identificar qué rango de edad de los estudiantes de Medicina presenta mayor prevalencia de trastornos de ansiedad.
- 3.4 Encontrar qué trastorno de ansiedad presenta mayor prevalencia.

## IV. MATERIAL Y METODO

### 4.1 Tipo Y Diseño De Investigación

#### **4.1.1 Según el alcance teórico**

Descriptiva

#### **4.1.2 Según la secuencialidad**

Transversal

### 4.2 Población

Estudiantes inscritos en el quinto año de la carrera de medicina los cuales realizaran su rotación de salud mental en el Hospital Nacional de Salud Mental durante el año 2014.

### 4.3 SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

#### **4.3.1 Marco muestral**

Listado de estudiantes asignados a la rotación de salud mental en Hospital Nacional de Salud Mental, durante el año 2014.

#### **4.3.2 Muestra**

##### 4.3.2.1 Tipo de Muestra

No probabilística: por conveniencia

##### 4.3.2.2 Tamaño de Muestra

Se trabajó sobre una muestra de 121 estudiantes de quinto año de medicina que realizaron su rotación de psiquiatría en el Hospital Nacional de Salud Mental, durante el año 2014. Debido a problemas institucionales no todos los meses del año hubo estudiantes rotando en el Hospital de Salud Mental por lo cual se tomó la muestra en base a la disponibilidad de los estudiantes y conveniencia del investigador.

### 4.4 Unidad De Análisis

#### **4.4.1 Unidad primaria de muestreo**

Listado de estudiantes que cursan quinto años de medicina, asignados a la rotación de salud mental, durante el ciclo académico 2014.

#### **4.4.2 Unidad de análisis**

Resultado de la entrevista estructurada MINI.

#### **4.4.3 Unidad de información**

Estudiantes de quinto año de medicina de la universidad de San Carlos de Guatemala que se encuentran realizando su rotación de psiquiatría en el Hospital Nacional de Salud Mental, durante el año 2014.

## 4.5 Criterios de inclusión y Exclusión

### 4.5.1 Criterios de Inclusión

Estudiantes de quinto año de medicina que se encuentren realizando su rotación de salud mental en el Hospital Nacional de Salud Mental que hayan aceptado y firmado el consentimiento informado.

### 4.5.2 Criterios de Exclusión

Estudiantes que padezcan enfermedades degenerativas o cualquier otra condición física, neurológica o psiquiátrica que pueda alterar el resultado del estudio.

Estudiantes que pasen por un período de duelo debido a pérdida significativa.

Estudiantes que no acepten participar en el estudio.

## 4.6 Variables estudiadas

### 4.6.1 Sexo

### 4.6.2 Edad

### 4.6.3 Estado Civil

### 4.6.4 Años de Repitencia

### 4.6.5 Resultado

#### 4.7 Definición y operacionalización de variables

<b>Variable</b>	<b>Definición Conceptual</b>	<b>Definición Operacional</b>	<b>Escala de Medición</b>	<b>Unidad de Medida</b>
Sexo	Característica biológica de distingue al hombre y a la mujer	Femenino o masculino, de acuerdo al dato anotado en el instrumento de evaluación.	Nominal	Femenino o masculino
Edad	Edad determinada por el tiempo que un individuo ha vivido desde su nacimiento hasta un momento determinado.	Años cumplidos, de acuerdo al dato anotado en el instrumento de evaluación.	Razón	Años cumplidos a la fecha
Estado Civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Soltero, casado, viudo, etc., según sea anotado en el instrumento de evaluación.	Nominal	Soltero o casado
Años de Repitencia	Se entiende como el hecho mediante el cual el estudiante se ve obligado a cursar más de una vez un grado en uno de los niveles educativos.	Número de años que curso un mismo año académico.	Razón	Años de Repitencia
Resultado	Resultado obtenido en la entrevista estructurada MINI	Si se cumplieron los criterios correspondientes a determinado diagnóstico	Nominal	Positivo o negativo

#### 4.8 Instrumentos Utilizados para la recolección de la información

Boleta de recolección de datos que incluye los datos de: sexo, edad, etapa de la adolescencia, peso y talla, así como la entrevista estructurada MINI.

#### 4.9 Procedimiento y Técnicas para la recolección de la información

##### 4.9.1 Técnicas

- Realización de la entrevista estructurada MINI, es una entrevista clínica, disponible en 33 idiomas, estructurada en formatos y algoritmos, modulada en categorías diagnósticas con una duración de entre 15 y 20 minutos.

##### 4.9.2 Procedimientos

- **Autorización por parte del coordinador de externado de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala**

Se acudiría con el coordinador del externado de la Facultad de Ciencias Médicas cada uno de los de la Universidad de San Carlos de Guatemala, Dr. Mario Herrera, presentando el proyecto de investigación para poder así obtener la respectiva autorización.

- **Exposición Oral sobre la presente investigación**

Se explica al grupo de estudiantes seleccionados los objetivos y detalles del estudio así como las condiciones necesarias para participar.

- **Entrega de consentimiento informado a estudiantes**

Luego de la exposición oral se entregará a cada uno de los estudiantes seleccionados en la muestra un consentimiento informado, explicándoles que debe ser firmado por ellos en caso de aceptar su participación.

- **Realización de la Entrevista Estructurada (MINI)**

Esta se realizará de manera individual a cada uno de los estudiantes escogidos para el estudio, en un lugar privado y de forma confidencial.

- **Referencia de casos positivos**

Se informará a cada uno de los estudiantes de forma confidencial el resultado de su entrevista. De ser necesaria su evaluación por un especialista en salud mental se le brindará una hoja de referencia a la clínica de salud, donde un psiquiatra atiende un día a la semana, ubicada en el CUM, edificio D.

#### 4.10 Procedimiento para garantizar los aspectos éticos de La Investigación

Los resultados del estudio serán manejados de forma estrictamente confidencial, a los cuales únicamente tendrá acceso el investigador y el estudiante.

La participación de los estudiantes en el trabajo de investigación debe ser voluntaria por lo que por medio de un consentimiento informado escrito, el cual se entregará el día de la exposición oral, a los estudiantes seleccionados para la muestra de dicho estudio.

#### 4.11 Plan de Procesamiento y Análisis de la información

##### 4.11.1 Procesamiento

Las entrevistas a realizar deberán quedar registradas en el instrumento de recolección de datos, que para el efecto se diseñará. Una vez realizadas, se procederá a crear una base de datos en el programa IBM SPSS Statistics, versión 22 lo cual permitirá posteriormente una vez editados y depurados los datos, realizar el procesamiento de la información, específicamente el análisis estadístico.

##### 4.11.2 Análisis

Se realizará análisis descriptivo al presentar los resultados obtenidos en la Entrevista estructurada MINI, clasificando los resultados y porcentajes de los mismos según cada uno de los trastornos de Ansiedad encontrados, clasificándolos según sexo.



## V. RESULTADOS

Se trabajó con una muestra de 121 estudiantes que cursan quinto años de la carrera de medicina los cuales realizaron su rotación de Salud Mental en el Hospital Nacional de Salud Mental en el años 2014. De estos estudiantes 49 tuvieron un resultado positivo para algún trastorno de ansiedad.

Los resultados obtenidos se presentan en este orden:

- Prevalencia general de trastornos de ansiedad en estudiantes de quinto año de medicina
- Identificar qué sexo presenta mayor afección de trastornos de ansiedad.
- Prevalencia de cada uno de los trastornos de ansiedad por sexo
- Identificar qué rango de edad de los estudiantes de Medicina presenta mayor prevalencia de trastornos de ansiedad.
- Encontrar qué trastorno de ansiedad presenta mayor prevalencia.

**TABLA 1**  
**TRASTORNOS DE ANSIEDAD SEGÚN RESULTADO DE**  
**LA ENTREVISTA ESTRUCTURADA, MINI, DURANTE EL**  
**AÑO 2014**

	Trastornos de Ansiedad		Total	
	Positivo			
Sexo	F	%	f	%
masculino	22	44.90	53	43.80
femenino	27	55.10	68	56.20
<b>Total</b>	49	<b>40.50</b>	121	

**Fuente: Boleta de recolección de datos.**

**TABLA 2**  
**TRASTORNOS DE ANGUSTIA SEGÚN RESULTADO DE**  
**LA ENTREVISTA ESTRUCTURADA, MINI, DURANTE EL**  
**AÑO 2014**

	Trastorno de Angustia		Total	
	Positivo			
Sexo	F	%	f	%
masculino	8	57.14	53	43.80
femenino	6	42.86	68	56.20
<b>Total</b>	14	<b>11.57</b>	121	

Fuente: Boleta de Recolección de datos

**TABLA 3**  
**TRASTORNOS DE AGORAFOBIA SEGÚN RESULTADO**  
**DE LA ENTREVISTA ESTRUCTURADA, MINI, DURANTE**  
**EL AÑO 2014**

	Agorafobia		Total	
	Positivo			
Sexo	F	%	f	%
masculino	4	40.00	53	43.80
femenino	6	60.00	68	56.20
<b>Total</b>	10	<b>8.26</b>	121	

Fuente: Boleta de recolección de datos.

**TABLA 4**  
**TRASTORNO DE FOBIA SOCIAL SEGÚN RESULTADO**  
**DE LA ENTREVISTA ESTRUCTURADA, MINI, DURANTE**  
**EL AÑO 2014**

	Fobia Social		Total	
	Positivo			
Sexo	F	%	F	%
masculino	2	33.33	53	43.80
femenino	4	66.67	68	56.20
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>4.96</b>	121	

**Fuente: Boleta de recolección de datos.**

**TABLA 5**  
**TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO SEGÚN**  
**RESULTADO DE LA ENTREVISTA ESTRUCTURADA,**  
**MINI, DURANTE EL AÑO 2014**

	Trastorno Obsesivo Compulsivo			
	Positivo		Total	
Sexo	F	%	F	%
masculino	0	0	53	43.80
femenino	1	100	68	56.20
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>0.83</b>	121	

**Fuente: Boleta de recolección de datos.**

**TABLA 6**  
**TRASTORNO DE ESTRÉS POSTAUMÁTICO SEGÚN**  
**RESULTADO DE LA ENTREVISTA ESTRUCTURADA,**  
**MINI, DURANTE EL AÑO 2014**

<b>Trastorno de Estrés Postraumático</b>				
<b>Sexo</b>	<b>Positivo</b>		<b>Total</b>	
	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>masculino</b>	0	0	53	43.80
<b>femenino</b>	2	100	68	56.20
<b>Total</b>	2	<b>1.65</b>	121	

**Fuente: Boleta de recolección de datos.**

**TABLA 7**  
**TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA SEGÚN**  
**RESULTADO DE LA ENTREVISTA ESTRUCTURADA,**  
**MINI, DURANTE EL AÑO 2014**

<b>Trastorno de Ansiedad Generalizada</b>				
<b>Sexo</b>	<b>Positivo</b>		<b>Total</b>	
	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>masculino</b>	9	34.62	53	43.80
<b>femenino</b>	17	65.38	68	56.20
<b>Total</b>	26	<b>21.49</b>	121.00	

**Fuente: Boleta de Recolección de datos**

**TABLA 8**  
**TRASTORNOS DE ANSIEDAD SEGÚN GRUPO ETARIO, SEGÚN**  
**RESULTADO DE LA ENTREVISTA ESTRUCTURADA, MINI, DURANTE EL**  
**AÑO 2014**

Trastorno de Ansiedad			GRUPO ETARIO						Total
			20-24	%	25-29	%	30-34	%	
positivo	Sexo	masculino	17	34.69	5	10.20	0	0	22
		femenino	24	48.98	3	6.12	0	0	27
	Total		<b>41</b>	<b>83.67</b>	<b>8</b>	<b>16.33</b>	0	0	49

Fuente: Boleta de Recolección de datos

## VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

Al analizar los resultados obtenidos en la entrevista estructurada, MINI, se encontró una prevalencia general de trastornos de ansiedad de 40.50%. De estos el 44.9% correspondió al sexo masculino y el 55.1% al sexo femenino. Según se aprecia en la literatura, la ansiedad tiene una gran prevalencia en la población mundial de alrededor del 5-50%. Estudios en estudiantes de medicina han reportado prevalencias específicas que varían entre el 22%-60%, siendo un amplio rango el que los separa, sin embargo la prevalencia encontrada en la presente investigación se encuentra en este rango. Se ha documentado una mayor afección para el sexo femenino como lo reportan los estudios realizados en estudiantes universitarios y en la población general. Esto parece corresponder a una predisposición biológica y sociocultural que presentan las mujeres a los trastornos de ansiedad más que a la condición propia de ser estudiante de medicina. (16)

Para el trastorno de angustia se halló una prevalencia del 11.57%. Con un 57.14 % para el sexo masculino y un 42.86% para el sexo femenino, se sabe que el trastorno de angustia o pánico, según la literatura que se revise, presenta una prevalencia de 1-2% para la población adulta, como se observa la presente población se encontró cinco veces más afectada y sorprendentemente el sexo masculino presentó un porcentaje mayor. Para el trastorno de pánico, como en la mayoría, sino es que todos los trastornos de ansiedad, el sexo femenino puede estar hasta doblemente más afectado que el sexo masculino, sin embargo también se han reportado estudios que no parecen arrojar diferencias entre los sexos, sobre todo en poblaciones jóvenes, con la cual podríamos relacionar nuestra población, donde la mayoría de sujetos de estudio no supera los 25 años. (15)

Para la agorafobia se documentó una prevalencia general del 8.26%, con un 40% para el sexo masculino y un 60% para el sexo femenino. En la población general se reporta una prevalencia entre 1.4-5.3%, con lo que podemos observar que nuevamente la población estudiantil de este estudio se encontró afectada por encima de lo esperado.

La fobia social se presentó en una prevalencia del 4.96%, con 33.3% para los hombres y un 66.67 para las mujeres. La prevalencia reportada para adolescentes suele encontrarse entre el 0.4 y el 2.2%. Otras literaturas reportan que la prevalencia a lo largo de la vida es mayor al 3%. Es posible apreciar que los estudiantes de medicina presentaron una

prevalencia mayor a la esperada en la población general en aproximadamente el doble. Las mujeres fueron las más afectadas nuevamente como era esperado. (14,15)

El trastorno obsesivo compulsivo fue el trastorno de ansiedad para el cual se reportaron menos casos, con un 0.83%, únicamente el sexo femenino fue afectado. Epidemiológicamente se reporta una prevalencia en la población joven de 0.5-2.1%, sin diferencia para los sexos. Este trastorno no presentó mayor afección a la esperada en la población general en la muestra de estudiantes. Se pudo especificar que el caso reportado era de predominio obsesivo, no se reportaron casos con compulsiones. (14,15)

El estrés postraumático presentó una prevalencia del 1.65%, únicamente el afectadas las mujeres. En la población general se espera una prevalencia que va del 2-15%, siempre se espera que las mujeres sean mayormente afectadas en relación 2:1 con respecto a los varones. La prevalencia de este trastorno variara depende la población estudiada, en los estudiantes de medicina del estudio se reportaron casos relacionados con accidentes automovilísticos y muerte de familiares como estresores. (15)

La ansiedad generalizada fue el trastorno que mayor prevalencia presentó, con un 21.49%, siendo las féminas doblemente más afectadas con el 65% y los varones un 34%. La prevalencia en la población general varía, con un rango de 3.8-8.2%, con una media 2.3%. En cuanto a los sexos se ha reportado una relación de 1:1.5, usualmente se espera que las mujeres sean más afectadas que los hombres y que el inicio de la sintomatología aparezca al final de la adolescencia lo cual coincide con la etapa en la que se encuentran los sujetos del estudio. Como vemos la prevalencia de este trastorno es notoriamente superior en los estudiantes de medicina que en la población general. Es importante resaltar que la sintomatología del trastorno de ansiedad generalizada es inespecífica y muchas veces puede estar asociada a otras comorbilidades o ser parte de otros posibles trastornos, lo que hace que su diagnóstico sea confuso. (14,15)

En la tabla 8 se muestra la distribución por grupo etario, siendo el de 20-24 años el principal afectado con un 88%, esto es de esperar debido a que la mayor parte de la población se encontraba en este rango de edad. Otra posible explicación se puede acuñar a este hallazgo: la adaptación progresiva con la edad y desarrollo de estrategias compensatorias. (15,16)

Al observar la comorbilidad entre los trastornos de ansiedad y otras patologías psiquiátricas vemos que es la regla y no la excepción la presencia de otros diagnósticos.

La tabla 2 del Anexo No.2 nos muestra que 16% de los pacientes con algún trastorno de ansiedad estaban deprimidos, un estudio realizado en la Universidad Peruana, Cayentano Heredia sobre sintomatología ansiosa y depresiva en estudiantes de medicina se encontró una prevalencia conjunta (ansiedad+depresión) de 20.6%. Los pacientes con trastornos de ansiedad suelen desarrollar episodios depresivos mayores en el transcurso de su vida, empeorando la depresión los síntomas ansiosos, es importante siempre determinar al momento del diagnóstico que la ansiedad o preocupación no es debida a la depresión. (15,16)

Al asociar la presencia de algún trastorno de ansiedad y el factor de Repitencia, (ver tabla 1 del Anexo No.2), el 41% de los sujetos con ansiedad habían repetido al menos un año. Un porcentaje importante tomando en cuenta que la ansiedad es responsable de déficits cognitivos importantes como alteraciones en la capacidad de atención, concentración, memoria, planeación y ejecución, lo cual puede deteriorar el rendimiento académico del estudiante. (15,16).

El 20% de los pacientes con algún trastorno de ansiedad eran consumidores de alcohol y el 4% de sustancias (ver tabla 3 y 4 del Anexo No.2), la literatura indica que los pacientes con alguna dependencia a drogas son más propensos a presentar un trastorno psiquiátrico independiente. Altos índices de pacientes consumidores de sustancias (incluyendo el alcohol) satisfacen los criterios para un trastorno del ánimo y/o ansiedad. En un estudio de seguimiento a 12 meses, 15 % de los pacientes con un trastorno de ansiedad tenían algún consumo de sustancias (incluyendo alcohol). (15). Los casos documentados en la presente investigación superaban este porcentaje (20% alcohol y 4% sustancias) demostrando su alto riesgo a la dependencia a drogas pudiendo explicar este hallazgo, en algún modo, por el hecho de buscar una automedicación por parte de los sujetos, al ser el alcohol una sustancias depresora del sistema nervioso central.



## 6.1 CONCLUSIONES

- 6.1.1 La prevalencia general de trastornos de ansiedad en los estudiantes de quinto año de medicina que realizaron su rotación de psiquiatría en el Hospital Nacional de Salud Mental es de 40.50%.
- 6.1.2 De la prevalencia encontrada para los trastornos de ansiedad, 44.9% correspondió al sexo masculino y el 55.1% al sexo femenino, siendo el segundo el mayor afectado.
- 6.1.3 El grupo etario comprendido de los 20-24 años fue el principal afectado con un 88%.
- 6.1.4 La ansiedad generalizada fue el trastorno que mayor prevalencia presentó, con un 21.49%, siendo las féminas más afectadas con el 65% y los varones con un 34%.

## 6.2 RECOMENDACIONES

- 6.2.1 Capacitar al personal docente de las instituciones educativas, para que puedan brindar orientación a los estudiantes, sobre la importancia de la salud mental y sobre todo motivarlos a consultar con un profesional en caso de mal estar o deterioro significativo en este campo.
- 6.2.2 Brindar información amplia a los estudiantes universitarios sobre los trastornos psiquiátricos y por ende de los trastornos de ansiedad, que son, como tratarlos, sus consecuencias y la importancia del diagnóstico oportuno.
- 6.2.3 Brindar un seguimiento por parte de los departamentos de orientación estudiantil a corto, mediano y largo plazo de pacientes detectados con algún trastorno de ansiedad, brindándoles herramientas eficaces de afrontamiento, tratamiento y atención especializada.

## VII.REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Sadock Benjamin J, Sadock Virginia A. Manual de bolsillo de Psiquiatría clínica. 4ª ed. Barcelona: Wolters Kluwer Lippincott Williams y Wilkins; 2008.
2. Sadock Benjamin J, Sadock Virginia A. Sinopsis de Psiquiatría. 10 ed. Barcelona: Wolters Kluwer Lippincott Williams y Wilkins; 2009.
3. Fahrer, Rodolfo y colaboradores. Capítulo 15. Angustia – Ansiedad. Trastornos por ansiedad. Manual de Psiquiatría. 2da ed. Argentina: La prensa médica argentina. 2000.
4. Hales Rober, Yudofsky Stuart, Talbott John. DSM-IV Tratado de Psiquiatría. 3ª ed. Barcelona: Masson. 2000.
5. Pichot Pierre, Lopez Juan, Valdez Manuel. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson. 2005.
6. Organización Mundial de la salud Ginebra. CIE-10 Trastornos mentales y del comportamiento.
7. Riveros Marcelino, Hernández Hector, Rivera José. Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes de Lima Metropolitana. Revista de Investigación en Psicología. Vol 10, No1. Perú. 2007.
8. Galli Enrique, Feijóo Luis, et all. Aplicación del “MINI” como orientación diagnóstica psiquiátrica en estudiantes de medicina de la Universidad peruana Cayetano Heredia. Informe preliminar epidemiológico. Revista Med Hered. 2001; 13: 19-25. 2002.
9. Eisenberg Daniel, Gollust Sarah, et all. Prevalence and Correlates of depression anxiety and suicidality among university students. American Journal of Orthopsychiatry, Vol 77, No. 4, 534-542. 2007.
10. Bohorquez Adriana. Prevalencia de depresión y ansiedad en estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Javeriana. Tesis (Maestría en epidemiología clínica). Bogota, Colombia. Universidad Javeriana. Facultad de Medicina. Mayo, 2007.
11. Zanoletti Gia, Reyes Jesus, et all. Prevalencia de trastornos mentales en estudiantes de la carrera de medicina de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras y su relación con antecedentes de violencia en la infancia. Rev. Fac. Cienc. Méd. Julio-diciembre, 2008.

12. Santander Jaime, Romero María Ines, et all. Prevalencia de ansiedad y depresión entre los estudiantes de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Rev Chil Neuro-Psiquiat; 49 (1): 47-55. 2011.
13. Belloch Amparo, Chorot Paloma. Manual de Psicopatología. Volumen ii. Cap. 2: Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. Pág. 43-63. Madrid, España. McGraw-Hill/ Interamericana de España, S.A.U. 2009.
14. Belloch Amparo, Chorot Paloma. Manual de Psicopatología. Volumen ii. Cap. 3: Síndromes Clínicos de la Ansiedad. Pág. 65-90. Madrid, España. McGraw-Hill/ Interamericana de España, S.A.U. 2009.
15. Sadock, Benjamin J.; Sadock, Virginia A.; Ruiz, Pedro: Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 9th Edition. NY,EEUU, 2009.
16. Osada J, Rojas M, RosalesC, Vega-Dienstmaier J. Sintomatología ansiosa y depresiva en estudiantes de medicina. Rev Neuropsiquiatr 2010; 73(1):15-19).
17. Furlan, I, et al "Estrategias de aprendizaje y ansiedad ante los exámenes en estudiantes universitarios", Pensamiento Psicológico, 2009, Vol. 5 (12):117-124.
18. Reyes Y. (2003). "Relación entre el rendimiento académico, la ansiedad ante los exámenes, los rasgos de la personalidad, el autoconcepto y la asertividad en estudiantes del primer año de psicología de la UNMSM". Tesis para optar al grado de licenciado en Psicología. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.
19. Hernández, M, Coronado, O, Araújo, V, Cerez, s. "Desempeño académico de universitarios en relación con ansiedad escolar y auto-evaluación". Acta colombiana de psicología, 2008, 11 (1): 13-23.
20. Celis, J, Bustamante, M, Cabrera, D, Cabrera, M, Alarcón, W, Monge, E. "Ansiedad y Estrés Académico en Estudiantes de Medicina Humana del Primer y Sexto Año Anales de la Facultad de Medicina", 2001,6 (1): 25-30 Universidad Nacional Mayor de San Marcos Lima, Perú.

## VIII. ANEXOS

### 8.1 Anexo No.1

#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

#### **Prevalencia de Trastornos de Ansiedad en estudiantes de quinto año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala**

Como médico residente de Postgrado de Psiquiatría en el Hospital Nacional de Salud Mental, estoy realizando un estudio cuyo objetivo es identificar la Prevalencia de Trastornos de Ansiedad en estudiantes de quinto año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. A continuación le proporcionaremos información y solicitaremos su participación voluntaria en nuestro estudio.

Los Trastornos de Ansiedad, representan uno de los grupos más frecuentes dentro de las enfermedades psiquiátricas y ocasionan un deterioro funcional y malestar importantes. Los pacientes con este padecimiento, cuyo sufrimiento es importante suelen responder positivamente a un tratamiento adecuado y recuperar un alto nivel de funcionamiento de ser diagnosticados a tiempo.

Este estudio es sin riesgo alguno ya que se basará en preguntas directas personales. Los resultados del estudio se manejarán con carácter estrictamente confidencial a los cuales únicamente tendrán acceso el investigador y el estudiante. Aunque no existen riesgos conocidos, de llegarse a sentir alguna incomodidad, podrá abandonar la entrevista en cualquier momento.

Su participación nos ayudará a determinar la prevalencia de Trastornos de Ansiedad en los estudiantes de medicina. Con la ayuda que nos brinde en este estudio se facilitará la formación de programas que puedan ayudar al estudiante universitario a un desarrollo personal, social, emocional y académico.

En caso de aceptar participar en el estudio se le realizarán algunas preguntas sobre usted, su familia y sus antecedentes. La duración de la entrevista será de aproximadamente de 30 minutos. En ningún momento usted será objeto de algún procedimiento médico que involucre la obtención de muestras para análisis de laboratorio. Finalizada la entrevista los instrumentos serán recolectados y tabulados en una base de datos.

Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas. Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo

desea, sin necesidad de dar ninguna explicación. Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar voluntariamente entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento informado, de la cual se le entregara una copia firmada y fechada. Si usted decide no participar, no habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted.

### **DECLARACIÓN Y FIRMA DEL PARTICIPANTE**

He sido informado del estudio en el que voy a participar, el cual consiste en un instrumento para determinar la prevalencia de Trastornos de Ansiedad en los estudiantes de quinto año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala; entiendo que mi nombre no será divulgado, que podré retirarme del estudio en cualquier momento y en cualquier situación sin ninguna consecuencia en la rotación de Psiquiatría en el Hospital Nacional de Salud Mental.

Nombre del participante

---

Firma del participante

---

Fecha \_\_\_\_\_

Investigador: Dra. Paula María Vásquez Natareno

Teléfono: 22468888 Ext 124

Correo Electrónico: pmvn.72@gmail.com

**TABLA 1**  
**TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y FACTOR**  
**DE REPITENCIA, SEGÚN RESULTADO DE**  
**LA ENTREVISTA ESTRUCTURADA, MINI,**  
**DURANTE EL AÑO 2014**

Trastorno de Ansiedad	Años Repetidos				Total
	no repitió	%	repitió 1 o más años	%	
positivo	29	59	20	<b>41</b>	49
Total	29		20		49

Fuente: Boleta de Recolección de datos

**TABLA 2**  
**COMORBILIDAD ENTRE TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y**  
**DEPRESIÓN, SEGÚN RESULTADO DE LA ENTREVISTA**  
**ESTRUCTURADA, MINI, DURANTE EL AÑO 2014**

Trastorno de Ansiedad			DEPRESION				Total
			positivo	%	negativo	%	
positivo	Sexo	masculino	5	10.20	17	34.69	22
		femenino	3	6.12	24	48.98	27
	Total		<b>8</b>	<b>16.33</b>	41	83.67	49

Fuente: Boleta de Recolección de datos

**TABLA 3**  
**COMORBILIDAD ENTRE TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y**  
**CONSUMO DE ALCOHOL, SEGÚN RESULTADO DE LA**  
**ENTREVISTA ESTRUCTURADA, MINI, DURANTE EL AÑO 2014**

Trastorno de Ansiedad			ALCOHOL				Total
			positivo	%	negativo	%	
Positivo	Sexo	masculino	8	16.33	14	28.57	22
		femenino	2	4.08	25	51.02	27
	Total		<b>10</b>	<b>20.41</b>	39	79.59	49

Fuente: Boleta de Recolección de datos

**TABLA 4**  
**COMORBILIDAD ENTRE TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y EL**  
**CONSUMO DE SUSTANCIAS, SEGÚN RESULTADO DE LA**  
**ENTREVISTA ESTRUCTURADA, MINI, DURANTE EL AÑO 2014**

Trastorno de Ansiedad			SUSTANCIAS				Total
			positivo	%	negativo	%	
Positivo	Sexo	masculino	2	4.08	20	40.82	22
		femenino	0	0.00	27	55.10	27
	Total		<b>2</b>	<b>4.08</b>	47	95.92	49

Fuente: Boleta de Recolección de datos

**TABLA 5**  
**COMORBILIDAD ENTRE TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y**  
**TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD, SEGÚN**  
**RESULTADO DE LA ENTREVISTA ESTRUCTURADA, MINI,**  
**DURANTE EL AÑO 2014**

Trastorno de Ansiedad			TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD				Total
			positivo	%	negativo	%	
positivo	Sexo	masculino	2	4.08	20	40.82	22
		femenino	0	0.00	27	55.10	27
	Total		<b>2</b>	<b>4.08</b>	47	95.92	49

Fuente: Boleta de Recolección de datos



### **PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO**

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada: "PREVALENCIA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN ESTUDIANTES DE QUINTO AÑO DE LA CARRERA DE CIENCIAS MEDICAS" para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que señala, lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.