



FACULTAD DE MEDICINA

Trabajo de titulación previo a la obtención de título de Médico

Título: Prevalencia de los trastornos fóbicos en la población rural de
Cuenca

Autores: Tania Guncay – Verónica Manzo

Director: Dr. Juan Aguilera Muñoz

Asesor Metodológico: Dr. Fray Martínez Reyes

Lugar y Fecha: Cuenca, octubre de 2019

Resumen

Los trastornos fóbicos se definen como miedo, pánico o terror a diversas situaciones que interfieren con el bienestar del ser humano. La prevalencia de fobia social en USA es del 5%-12%, en Europa de 2,3% y para la población mundial de un 7% anual; la agorafobia (AG) sucede conjuntamente con el trastorno de pánico (TP) con una prevalencia de 1,1% a nivel mundial. Es importante recalcar que en nuestro país no existen datos relevantes sobre estos trastornos. **Objetivo:** Identificar la prevalencia de los trastornos fóbicos en la población de las parroquias rurales del cantón Cuenca y sus factores asociados. **Muestra y Universo:** El universo estuvo conformado por 199.506 habitantes y la muestra fue polietápica de 984 personas. **Materiales y Métodos:** es un estudio transversal- analítico, la medición se llevó a cabo mediante una encuesta sociodemográfica y la prueba MINI (Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional). **Resultados:** La prevalencia estimada fue de 1,12% para fobia social y 0,9% para agorafobia. La distribución por sexo fue 8,1% en mujeres y 8,9% en hombres, en relación a la edad un 10,1% en ≥ 65 años. Se encontró como factor asociado y de riesgo, pertenecer a una familia disfuncional con una $p: 0,00$; OR: 3,57 e IC 1,69-7,57. **Conclusión:** La prevalencia en esta población fue de 1,12% para fobia social y 0,9% para Agorafobia. El único factor asociado y de riesgo con significancia estadística fue pertenecer a una familia disfuncional.

Palabras clave: ansiedad, fobia social, agorafobia.

Abstract

Phobic disorders are defined as fear or panic of various situations that interfere with the welfare of the human being. The prevalence of social phobia in the USA is 5% -12%, in Europe 2.3% and for the world population is 7%. The prevalence of agoraphobia (AG) is 0.8% worldwide. In our country there are no relevant data on these disorders. **Objective:** Identify the prevalence of phobic disorders in the population of rural parishes in Cuenca and their associated factors. **Sample and Universe:** The universe was made up of 199,506 inhabitants. The sample was multi-stage and had 984 people. **Materials and Methods:** It is a cross-sectional and analytical study. The measurement was carried out using a sociodemographic survey and the MINI test (International Neuropsychiatric Interview). **Results:** The estimated prevalence was 1.12% for social phobia and 0.9% for agoraphobia. The distribution by sex was 8.1% in women and 8.9% in men, affecting 10.1% in ≥ 65 years. It was found that belonging to a dysfunctional family was an associated and risk factor with a $p:0.00$; OR:3.57 and IC 1.69-7.57. There were no associations with sex, employment status, living with a partner, migration and family structure. In addition, a high risk of suicide, psychotic disorder, substance abuse and dependence were found as comorbidities. **Conclusions:** The prevalence in this population was 1.12% for social phobia and 0.9% for Agoraphobia. The only associated and risk factor with statistical significance was belonging to a dysfunctional family.

Keywords: anxiety, social phobia, agoraphobia.




Translated by
Ing. Paúl Arpi

Introducción

La gran cantidad de fenómenos psicosociales y las diversas eventualidades que deben enfrentar las personas para lograr sobrevivir a un mundo lleno de dificultades, generan amenazas a la integridad de cada persona. El temor es común en los humanos, se origina por la percepción de una situación de peligro; todos los niños presentan miedo en algún momento de su vida, siendo susceptibles a adquirir los miedos de los padres. La mayoría de estos miedos son normales, temporales y al final superados asumiendo una actitud atenta, sin embargo, cuando la persona evita la situación, el temor incrementa y se desarrollan los trastornos fóbicos cuya palabra proviene del griego 'phodos' que significa miedo, pánico o terror a diversas situaciones, animales y cosas; que interfiere con el bienestar del ser humano. (1)
(2)

El trastorno de ansiedad social, también conocido como fobia social, se caracteriza por excesivo miedo de ser juzgado por otras personas y a sentir vergüenza. Este temor tan excesivo y desproporcionado en respuesta de una o más situaciones sociales en las cuales las personas se encuentra expuesta al posible escrutinio de los demás (3). Algunos ejemplos de las interacciones sociales son: mantener una conversación, reunirse con personas extrañas, ser observado (p. ej., comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (p. ej., dar una charla) (4).

Este trastorno tiene efectos negativos en el desarrollo personal, social y en el rendimiento académico de los pacientes constituyéndose un factor de riesgo para la salud y calidad de vida, además de generar costos financieros considerables para el sistema de salud. (5)

La agorafobia es definida por el DSM-5 como el miedo o la ansiedad y / o la evitación de situaciones en las que la ayuda puede no estar disponible o donde puede ser difícil salir de la situación en el caso de desarrollar síntomas de pánico u otros síntomas incapacitantes o embarazosos. (6) Esta patología puede presentarse de manera aislada o asociada a otros transtornos, comúnmente con el de pánico. (7)

La ansiedad social es frecuente en los países desarrollados con prevalencias en USA del 5%-12%, en Europa de 2,3% y para la población mundial de un 7% anual, convirtiéndose en el cuarto trastorno psiquiátrico más frecuente, por debajo de la depresión, abuso de alcohol y fobias específicas. (8) Mientras que la agorafobia (AG) conjuntamente con el trastorno de pánico (TP) se presenta con una tasa de prevalencia de por vida del 1,1% a nivel mundial. (1) (3). La prevalencia del TP/AG y de la AG sin historia de TP es menor en niños/adolescentes que en adultos. (9)

La Organización Mundial de la Salud ha evidenciado que la prevalencia de trastornos mentales continúa aumentando, ocasionando efectos adversos en la salud de las personas y consecuencias graves a nivel socioeconómico, ante esto se suma el hecho de que muchos de los individuos no reciben tratamiento. (10)

En nuestro país no existen datos relevantes sobre este tema por lo que este estudio tuvo como objetivo identificar la prevalencia de los trastornos fóbicos en las parroquias rurales del cantón Cuenca y sus factores asociados.

Materiales y métodos

Esta investigación es de tipo transversal – analítico, en la cual a través de la encuesta, se aplicó la prueba MINI (Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional) (ver anexo 1) en conjunto con una ficha sociodemográfica en donde se incluyó el FF-SIL (ver anexo 2 y 3), a una muestra aleatoria de la población rural del cantón Cuenca y se identificó a quienes presentan uno de los trastornos de salud mental especificados en el estudio. Se estableció la distribución de los trastornos de acuerdo a las variables de estudio y su asociación.

El universo de nuestro estudio estuvo conformado por 199.506 habitantes.

La muestra fue polietápica conformada por un total de 984 personas, con un nivel de confianza de 97%. Inicialmente se procedió a seleccionar las parroquias representativas del área rural del cantón Cuenca; el estudio se realizó en las parroquias El Valle, Tarqui y Checa, las cuales fueron seleccionadas considerando

su representatividad de acuerdo a la ubicación geográfica y crecimiento poblacional; esta selección se la realizó con criterios de expertos del IERSE.

Del total de la población de estas parroquias se procedió a obtener una muestra aleatoria, la misma que fue distribuida porcentualmente por conglomerados de acuerdo al número de habitantes de cada parroquia; se estratificó de acuerdo a la edad, para lo cual se consideraron cuatro estratos 18 – 20, 21 – 40, 41 – 65 y de 65 y más; a continuación, en cada grupo de edad se estratificó de acuerdo al sexo considerando para ello la distribución establecida por el INEC en el censo 2010.

Para la ubicación de los individuos en el área geográfica se aleatorizaron todas las viviendas y en caso de que la vivienda no contenga la unidad de análisis otorgada, se utilizó el criterio del vecino más cercano.

En el presente estudio se incluyó a todas las personas mayores de 18 años, que manifestaron la voluntad de participar en la entrevista y de firmar el consentimiento informado (ver anexo 4). Se excluyó a los que tuvieron dificultad para comprender la encuesta, y que presentaron alteraciones cognitivas y conductuales graves.

Los datos obtenidos de las encuestas fueron registrados y analizados en el programa SPSS; el mismo que permitió determinar la prevalencias de los trastornos mentales y su factores asociados; se analizó la frecuencia, los intervalos de confianza (IC), ODDS RATIO (OR), valor p dependiendo del tipo de muestra.

RESULTADOS

De un total de 984 personas residentes de las parroquias El Valle, Checa y Tarqui del Cantón Cuenca, que fueron encuestadas desde enero del 2018 a junio del mismo año, el 47% (438) correspondieron al sexo masculino y el 53% (546) al femenino.

Se encontró una prevalencia de punto de los trastornos actuales de 20.73% (IC 18.31 – 23.38) (ver tabla 1). El 13.62% (IC 11.62 – 15.90) presentó más de un trastorno (prevalencia de comorbilidades).

Tabla 1 Prevalencia actual de trastornos mentales (únicos) en la población rural del cantón Cuenca, Ecuador. 2018

Trastorno	No.	%
EDM	95	9,65
Distimia	6	0,61
Bipolar	14	1,42
Angustia actual	11	1,12
Agorafobia	9	0,91
Fobia social	11	1,12
Obsesivo compulsivo	5	0,51
Estrés postraumático	12	1,22
Dependencia de alcohol	13	1,32
Abuso de alcohol	9	0,91
Dependencia de sustancias	0	0,00
Abuso de sustancias	0	0,00
Psicótico actual	10	1,02
Ansiedad generalizada	9	0,91
Total	204	20,73

Del total de la muestra, 83 individuos presentaron trastorno fóbicos que implica una frecuencia del 8,40%. Desagregados los datos, agorafobia como trastorno único se identificó en 9 (0,91%) y, fobia social, en 11 (1,12%) de los estudiados (ver tabla 2).

Tabla 2 Fobias en habitantes de la zona rural del cantón Cuenca, según parroquia estudiada y sexo. Cuenca, 2018

Sector	Sexo	Agorafobia y fobia social	
		No.	%
El Valle	Mujer	25	7,70
	Hombre	25	10,00
Checa	Mujer	4	9,50
	Hombre	2	4,70
Tarqui	Mujer	15	8,30
	Hombre	12	8,20

La media de la edad en las mujeres fue 44,86 (IC 39,09–50,64; SW 0.95; p 0.04) años; mientras que en los hombres fue 43,49 (IC 33,64–50,33; SW 0.90; p 0.00).

De acuerdo a las variables investigadas, la distribución se estableció de la siguiente manera (ver tabla 3):

Tabla 3 Fobias en habitantes de la zona rural del cantón Cuenca, según variables estudiadas. Cuenca, 2018

Variables		Agorafobia y fobia social	
		N°.	%
Sexo	Mujeres	44	8,10
	Hombres	39	8,90
Convivencia de pareja	No convive	37	10,60
	Si convive	46	7,30
Situación laboral	Sin remuneración	44	9,70
	Con remuneración	39	7,30
Migración familiar	Si	40	7,50
	No	43	9,50
Migración en el núcleo primario	Si	37	8,10
	No	46	8,70
Tipo de familia	No tradicional	14	16,10
	Tradicional	62	8,10
	Vive solo	7	7,20
Funcionalidad familiar	Disfuncional	10	23,26
	Funcional	66	7,82
Edad por ciclo de vida	De 18 a 20	9	9,30
	De 21 a 40	29	7,00
	De 41 a 65	29	9,20
	De 65 y más	16	10,10

Como se puede evidenciar en la tabla 3, del total de mujeres encuestadas sólo el 8.1% presentaron trastornos fóbicos, mientras que en los hombres se presentó en un 8.9% del total de encuestados.

En base la distribución que se presenta en la tabla No. 1, se procedió a explorar la asociación y la significancia de la misma (ver tabla 4).

Tabla 4 Fobias variables relacionas como factores de riesgo, en habitantes de la zona rural del cantón Cuenca, según variables estudiadas. Cuenca, 2018

<i>Variables</i>	<i>Chi cuadrado</i>	<i>p</i>	<i>OR</i>	<i>IC</i>
Sexo mujer	0,23	0,64	0,90	0,57 1,41
No convive con pareja	3,21	0,07	1,51	0,96 2,38
Situación laboral sin remuneración	1,83	0,18	1,36	0,87 2,14
Migración familiar	1,30	0,25	0,77	0,49 1,21
Migración en el núcleo primario	0,13	0,72	0,92	0,59 1,45
Tipo de familia no tradicional	1,44	0,49	1,41	0,76 2,60
Familia disfuncional	12,44	0,00	3,57	1,69 7,57
Edad en hombre 50 años y más	1,88	0,17	1,55	0,83 2,91
Edad en mujeres de 43 años y más	1,58	0,21	1,48	0,80 2,75

Se presenta a continuación la distribución de los trastornos fóbicos y sus comorbilidades encontrándose suicidio de alto riesgo con un 35%, seguido de un trastorno psicótico con un 28.6% y dependencia y abuso de sustancias con un 24.6% (ver tabla 5).

Tabla 5 Comorbilidad de fobias con otras condiciones mentales en habitantes de la zona rural del cantón Cuenca, 2018

Comorbilidad	Agorafobia y fobia social	
	No.	%
Depresión	41	18,90
Riesgo de suicidio leve	14	17,90
Riesgo de suicidio moderado	2	16,70
Riesgo de suicidio alto	7	35,00
Trastorno bipolar	15	19,00
Psicótico	16	28,60
Dependencia y abuso de sustancias	15	24,60

DISCUSIÓN

En cuanto a los resultados obtenidos, nuestro grupo de estudio no difiere significativamente en términos de edad y lugar de residencia, pero se entrevistaron mayormente al sexo femenino con un 53%. Los resultados de esta investigación revelan del total de la población general una frecuencia de trastorno de ansiedad del 8,40% representado por 83 individuos; se encontró 1,12% de fobia social y 0,9% para agorafobia. No se encuentran estudios realizados en esta misma población que nos permitan realizar una comparación exacta e identificar si su prevalencia ha aumentado en los últimos años. En un estudio realizado en Chile en una población de 2.825 adultos usuarios de atención primaria en salud se encontró una prevalencia de fobia social de 4.2% y agorafobia 3.8% que son valores superiores a los de nuestro estudio que puede estar asociado a que solo se empleó población del área rural. (11) En Estados Unidos la prevalencia de fobia social en la población adulta es del 3% al 7% en un periodo de un año, siendo similar en otros países desarrollados, lo que genera altos costos socioeconómicos; en relación a agorafobia la prevalencia es baja con un 0.8%. (12) Según la aplicación de la entrevista CIDI con DSM IV la prevalencia de ansiedad social en América Latina es de 1.7% lo que es similar al valor obtenido en nuestro estudio. (13)

En el presente estudio no se logró identificar la prevalencia de fobias específicas ya que no se incluye como tal en la encuesta MINI aplicada, por lo que recomendamos que se realicen estudios en relación a este tema.

De acuerdo a nuestras variables estudiadas, en relación a la edad nuestro estudio demuestra mayor prevalencia a partir de los 65 años seguida a continuación por el grupo de edad de 18-20 años. En varios estudios se informa que las tasas de agorafobia son bajas en relación a los adultos mayores; en contraste a esto en un estudio realizado en Francia se evidenció una prevalencia de por vida del 10% al 17% valores superiores a los presentados en jóvenes, lo que es similar en nuestra población de estudio. (6) Esto no es igual para fobia social ya que en un metaanálisis en donde se revisó 24 estudios relacionados con el tema se encontró que la edad

de inicio es a los 15 años que concuerda con otros estudios. La alta tasa de prevalencia en mayores de 65 años puede estar asociada a una incorporación diagnóstica de los trastornos depresivos mayores y también debido a que en nuestro estudio no se incorporó a individuos menores de 18 años. (14)

En relación al sexo existe una mayor prevalencia en mujeres, sin considerarse un factor de riesgo, lo que es contrario en Estados Unidos en donde los factores de riesgo para ansiedad social son: ser mujer, tener un temperamento inhibido y antecedentes familiares; además para agorafobia se menciona que afecta sobretudo a la mujer presentando una distribución 2:1, lo que concuerda con nuestro estudio. (15) También se encontró como factor de riesgo asociado el de pertenecer a una familia disfuncional, considerándose un factor estresante para los integrantes de la misma, que puede repercutir en la salud física y mental favoreciendo el desarrollo de estos trastornos (16). En un estudio de seguimiento de 1047 adolescentes se encontró que la sobreprotección y el rechazo dentro de la familia se asociaba con la fobia social. En nuestro estudio, la convivencia con una pareja, la situación laboral y la migración dentro de la familia no presentó ninguna asociación con el desarrollo de fobia social o agorafobia. (17)

En relación a sus comorbilidades se encontró en nuestro estudio un riesgo de suicidio alto, trastorno psicótico, dependencia y abuso de sustancias con un porcentaje de 35%, 28.6% y 24.6% respectivamente que se compara a lo publicado en varios artículos. En un estudio realizado en Barcelona se encontró que la conducta y la ideación suicida en los pacientes con algún trastorno de ansiedad es relativamente común. (18) En relación al abuso y dependencia de sustancias se debería estudiar con mayor precisión si el poseer un trastorno de ansiedad incrementa el uso de estas. En un estudio en jóvenes, en donde se trató de identificar si aquellos que tienen ansiedad social tienen mayor tendencia a consumir alcohol en relación de aquellos que no la poseen, los resultados que se obtuvieron no fueron significativamente estadístico lo que contrarresta con otras bibliografías en donde se menciona que estos pacientes tienen mayor probabilidad de tener este

tipo de problemas. En nuestro estudio se encontró un mayor consumo de alcohol en aquellos que poseen un trastorno de ansiedad que puede estar asociado a lo que plantean algunos autores, quienes mencionan que el consumo de drogas y alcohol reducen la ansiedad lo que lleva a su consumo con la finalidad de reducir sus síntomas (19) (20). Además en otro estudio realizado en una población colombiana se encontró que la prevalencia de abuso de sustancias en las personas con cualquier trastorno de ansiedad era superior a la de la población general con un porcentaje del 5.4% a un 3.1%. (21) En relación a los trastornos psicóticos los esquizofrénicos tienden a presentar con frecuencia ansiedad, que es debido por lo general a un episodio psicótico agudo, en un metaanálisis con un total de 4032 pacientes esquizofrénicos se encontró que el 38.3% tenía como comorbilidad un trastorno de ansiedad. Se deberían realizar estudios en nuestra población sobre esto ya que son problemas que afecta la calidad de vida. (21)

CONCLUSIÓN

La prevalencia en la población rural de trastornos fóbicos en Cuenca se estima del 1,12% para fobia social y 0,9% para Agorafobia. De acuerdo a la distribución por la edad fue más frecuente en mayores de 65 años, sin considerarse como factor de riesgo este grupo de edad. En relación al sexo, fue mayor en mujeres que en varones y afectó con mayor frecuencias aquellas con inestabilidad en su situación laboral, estructura familiar y funcionalidad de la misma. El único factor asociado y de riesgo con significancia estadística fue pertenecer a una familia disfuncional. Además, se encontró como comorbilidades un riesgo de suicidio alto, seguido de trastorno psicótico, abuso y dependencia de sustancias.

AGRADECIMIENTOS

Las autoras expresan su agradecimiento a:

A nuestros padres: por su apoyo incondicional durante todo este proceso y haber sido un ejemplo de perseverancia, enseñándome así a alcanzar mis metas y objetivos.

Dr. Juan Aguilera Muñoz

Especialista en Psiquiatría del HUR.

Dr. Fray Martínez Reyes

Especialista en Epidemiología de hospital de SOLCA

Dra. Yolanda Dávila

Especialista en psicología y docente de la Universidad del Azuay

Dra. Miriam Mora

Especialista en medicina familiar y docente de la Universidad del Azuay

Bibliografía

1. Augustyn M. UptoDate. [Online].; 2019 [cited 2019 Septiembre 3. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-fears-and-phobias-in-children-and-adolescents>.
2. Ajno Tintaya G. FOBIA. Revista de Actualización Clínica. 2013; 35.
3. Bados A. FOBIA SOCIAL. Universidad de Barcelona, Facultad de Psicología; 2015.
4. American Psychiatric Association.. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DMS V). In. Arlington; 2013.
5. Olivares J, Olivares P, Alcazár A, L. M. The contribution of the therapist's competence in the treatment of adolescents with generalized social phobia. Psicothema. 2014 Marzo; XXVI(4).
6. McCabe R. Agoraphobia in adults: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, and diagnosis.; 2018 [cited 2019 Septiembre 3. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/agoraphobia-in-adults-epidemiology-pathogenesis-clinical-manifestations-course-and-diagnosis>.
7. Olivares-Olivares P, Costa F, Olivares J. Evaluación y tratamiento de un caso de agorafobia sin trastorno de pánico. Revista de Casos Clínicos en Salud Mental. 2016; 1.
8. Mascarenhas J, Krishna A, Pinto D. Social Phobia (Social Anxiety Disorder) in Medical and Paramedical First Year Undergraduates. Galore International Journal of Health Sciences and Research. 2019 April-June; 4(2).
9. Bados A. Agorafobia y Pánico. Universidad de Barcelona, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos; 2015.

10. Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales.; 2018. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>.
11. Saldivia Bórquez S. Prevalencia y variables asociadas a trastornos mentales comunes en centros de Atención Primaria de la provincia de Concepción. Tesis Magíster. Santiago: Universidad de Chile , Facultad de medicina; 2016.
12. Schneier F. Social anxiety disorder in adults: Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis. 2019 Febrero..
13. Suzuki F, Nagata , Alan. Generalized social anxiety disorder: A still-neglected anxiety disorder 3 decades since Liebowitz's review. Psychiatry and Clinical Neurosciences. 2015; 69.
14. Lijster J, Dierckx B, Utens E, FC V, Zieldorff C, Dieleman G, et al. The Age of Onset of Anxiety Disorders. Can J Psychiatry. 2017 Abril; 62(4): p. 237-246.
15. Gómez A. Trastornos de ansiedad: Agorafobia y crisis de pánico. Farmacia Profesional. 2012 Noviembre; 26(6).
16. Vargas H. Tipo de familia y ansiedad y depresión. Rev Med Hered.. 2014; 25.
17. Lieb R, Wittchen HU, Höfler M. Parental Psychopathology, Parenting Styles, and the Risk of Social Phobia in Offspring. Arch Gen Psychiatry. 2000 Septiembre; 57(9).
18. Bomyea J, Lang A, Crasked M, Chavira D, Sherbourne C, Rose R, et al. Ideación suicida y factores de riesgo de suicidio en pacientes de atención primaria con trastornos de ansiedad. Revista de Toxicomanías. 2015;(74).
19. Jiménez-López L, Jurado Cárdenas S. ANSIEDAD SOCIAL CONSUMO RIESGOSO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES MEXICANOS. Journal of Behavior, Health & Social Issues. 2014 Octubre; 6(1).

20. Gimeno C, Dorado M, Alvarez F. Trastornos de ansiedad y por consumo de alcohol. *Frontiers in Psychiatry*. 2017 Septiembre; 8.
21. Siris SG, Braga RJ. Anxiety in schizophrenia.; 2019 [cited 2019 Septiembre 3. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/anxiety-in-schizophrenia>.

ANEXO 1

MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional

F. Agorafobia			
F1	¿Se ha sentido particularmente incómodo o ansioso en lugares o situaciones donde podría tener una crisis o ataques, o síntomas de una crisis como los que acabamos de discutir, o situaciones donde no dispondría de ayuda o escapar podría resultar un tanto difícil: como estar en una multitud, permanecer en fila, estar solo fuera de casa, permanecer solo en casa, viajar en autobús, tren o automóvil?	NO	SI 19
SI F1 = NO, RODEE CON UN CÍRCULO NO en F2.			
F2	¿Teme tanto estas situaciones que las evita, sufre en ellas o necesita estar acompañado para enfrentarlas?	NO	SI 20 <i>Agorafobia actual</i>
¿CODIFICÓ NO EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)		NO SI	
Y		TRASTORNO DE ANGUSTIA sin agorafobia ACTUAL	
CODIFICÓ SI EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?			
¿CODIFICÓ SI EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)		NO SI	
Y		TRASTORNO DE ANGUSTIA con agorafobia ACTUAL	
CODIFICÓ SI EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?			
¿CODIFICÓ SI EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)		NO SI	
Y		AGORAFOBIA ACTUAL sin historial de trastorno de angustia	
CODIFICÓ NO EN E5 (TRASTORNO DE ANGUSTIA DE POR VIDA)?			

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

12

G. Fobia social (trastorno de ansiedad social)

(= REPLICAR EN LAS CABELAS DIAGNÓSTICAS, RESPONDER CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

G1	¿En el pasado mes, tuvo miedo o sintió vergüenza de que lo estén observando, de ser el centro de atención o temió una humillación? Incluyendo cosas como el hablar en público, comer en público o con otros, el escribir mientras alguien le mira o el estar en situaciones sociales.	NO	SI	1
G2	¿Piensa usted que este miedo es excesivo o irracional?	NO	SI	2
G3	¿Teme tanto estas situaciones sociales que las evita, o sufre en ellas?	NO	SI	3
G4	¿Este miedo interfiere en su trabajo normal o en el desempeño de sus actividades sociales o es la causa de intensa molestia?	NO	SI	4

FOBIA SOCIAL
(trastorno de ansiedad social)
ACTUAL

ANEXO 2

Ficha Demográfica

INFORMACIÓN GENERAL

Coloque con una marca visible para cada una de sus respuestas.

Género

1 ☐ masculino

2 ☐ femenino

Edad: _____ años cumplidos

¿Quiénes viven con usted? Pueden señalar todos los que están en la lista y poner en otros si falta alguien.

- 1 ☐ Vive con ambos padres y hermanos
 2 ☐ Vive con su esposo (a) pareja
 2 ☐ Vive con ambos padres, hermanos y otros familiares (abuelos o tíos, etc.)
 3 ☐ Vive sólo con el padre o la madre
 4 ☐ Vive con su madre o padre y su nueva pareja y sus hijos
 3 ☐ Vive solo
 6 ☐ Vive con amigos (as)
 7 ☐ Otros Indicar con quienes.....

Estado civil actual:

- 1 ☐ soltero/a
 2 ☐ unión de hecho
 3 ☐ casado/a
 4 ☐ separado/a (de hecho)
 5 ☐ divorciado/a (legalmente)
 6 ☐ viudo/a

¿Qué actividad desarrolla actualmente?

Por favor elija la alternativa que represente mejor su situación laboral (con excepción de licencia médica y pre- y postnatal)

- 1 ☐ laboralmente activo (jornada completa)
 2 ☐ laboralmente activo (media jornada)
 3 ☐ laboralmente activo (ocasionalmente)
 4 ☐ dueña de casa (sin actividad laboral)
 5 ☐ estudiante
 06 ☐ en formación/cambio de actividad
 07 ☐ servicio militar
 08 ☐ cesante
 09 ☐ jubilado/a
 10 ☐ otro: _____

¿Tiene un familiar directo que ha migrado?

En el caso que la respuesta sea SI, elija si esta es interna o externa

SI ☐

No ☐

Migración interna ☐

Migración externa ☐

Identifique quien migro y el tiempo

- 1 ☐ padre
 2 ☐ madre
 3 ☐ ambos padres
 6 ☐ esposo (a) pareja
 7 ☐ hermanos y otros familiares (abuelos o tíos, etc.)
 8 ☐ Otros Indicar quienes.....

- 1 ☐ 0 – 6 meses
 2 ☐ 7 – 12 meses
 3 ☐ 13 – 18 meses y más

ANEXO 3

FF-SIL

Evaluación del funcionamiento familiar según instrumento FF-SIL

Prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL): a continuación se presenta un grupo de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Usted debe clasificar y marcar con una X su respuesta según la frecuencia en que la situación se presente.

La escala tiene diferentes valores de acuerdo con el criterio seleccionado, según se observa en el siguiente cuadro:

	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
2. En mi casa predomina la armonía.					
3. En mi casa cada uno cumple con sus responsabilidades.					
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5. Nos expresamos sin inhibiciones, de forma clara y directa.					
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.					
8. Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan.					
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.					
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11. Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12. Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

La puntuación final de la prueba se obtiene de la suma de los puntos por ítems, lo que permite llegar al diagnóstico de funcionamiento familiar; este se muestra en el siguiente cuadro:

Casi siempre	5
Muchas veces	4
A veces	3
Pocas veces	2
Casi nunca	1

Diagnóstico del funcionamiento familiar según puntuación total de la prueba FF-SIL

Funcional	De 70 a 57 puntos
Moderadamente funcional	De 56 a 43 puntos
Disfuncional	De 42 a 28 puntos
Severamente disfuncional	De 27 a 14 puntos

ANEXO 4**Consentimiento Informado para participantes de investigación “Prevalencia de los trastornos mentales en el cantón Cuenca”**

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes de esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como colaboradores.

La presente investigación es conducida por el Dr. Juan Aguilera profesor de la facultad de Medicina de la Universidad del Azuay. La meta de este estudio es conocer.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá contestar una entrevista que le tomara aproximadamente 25 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por el Dr. Juan Aguilera. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es conocer.