



FACULTAD DE MEDICINA

Trabajo de titulación previo a la obtención de título de Médico

**Prevalencia de trastorno de pánico en la población rural del
Cantón Cuenca.**

Autor (a): Briseida Díaz Vallejo

Director (a): Dr. Juan Aguilera Muñoz

Asesor (a) Metodológico (a): Dr. Fray Martínez Reyes

Cuenca, de 10 octubre de 2019

Resumen. –

El trastorno de pánico caracterizado por ataques de pánico imprevistos recurrentes. La prevalencia a lo largo de la vida de padecer este trastorno es del 1.5% a 3.5%. **Materiales y métodos:** La muestra fue polietapica de 984 personas. Se realizó un estudio de tipo transversal analítico, mediante una encuesta sociodemográfica, una entrevista en donde se aplicó la MINI para adultos y el FF-SIL. El objetivo fue identificar la prevalencia del trastorno de pánico en la población de las parroquias rurales de Cuenca y sus factores asociados. **Resultados:** Se identificó una prevalencia del 7,30% de la población estudiada considerando a los que padecen actualmente el trastorno y a aquellos que lo tuvieron; los factores de riesgo más significativos para padecer este trastorno son; la situación laboral sin remuneración, el tipo de familia no tradicional y el no convivir con una pareja. **Conclusiones:** Se encontró comorbilidad alta con el riesgo de suicidio alto y trastorno psicótico.

Palabras claves. –

Trastorno de pánico, ansiedad, pánico, estrés

Abstract

Panic disorder is characterized by unforeseen and recurring panic attacks. The prevalence of suffering from this disorder throughout life is from 1.5% to 3.5%. **Materials and methods:** The sample was polythetic of 984 people. An analytical and cross-sectional study was conducted through a sociodemographic survey, an interview and the application of MINI for adults and the FF-SIL. The objective was to identify the prevalence of panic disorder in the population of rural parishes in Cuenca and their associated factors. **Results:** A prevalence of 7.30% of the population studied was identified considering those currently suffering from the disorder and those who had already suffered from it. The most significant risk factors for suffering this disorder were unpaid work status, non-traditional family type and not living with a partner. **Conclusions:** High comorbidity was found with high risk of suicide and psychotic disorder.

Keywords: Panic disorder, anxiety, panic, stress



Translated by
Ing. Paúl Arpi

Introducción. –

Los trastornos mentales son un importante problema de salud a nivel mundial con graves consecuencias socioeconómicas. (1) El trastorno de pánico se define como un trastorno mental caracterizado por ataques de pánico recurrentes, que por lo general no tienen un factor desencadenante y se presenta de manera repentina (2), además existe una preocupación constante por ataques de pánico futuros o de sus consecuencias; estas dos últimas características deben estar presentes por lo menos un mes. Se entiende por ataque de pánico a la aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y puede ir acompañado de signos y síntomas clínicos como: palpitaciones, sudoración, temblor, disnea, dolor precordial, náuseas, malestar abdominal, entre otros. (3) El diagnóstico de esta patología es fundamentalmente clínico, basado en un examen psiquiátrico completo que puede complementarse con el uso de escalas. (4) Este examen psiquiátrico debe incluir una anamnesis completa con un examen físico enfocado en el examen neurológico principalmente; se deben utilizar pruebas de laboratorio no para diagnóstico sino para descartar causas orgánicas como la patología tiroidea.

Se pueden utilizar escalas auto administradas o administradas por el médico para diagnóstico o para monitorear los cambios en la gravedad de la enfermedad. Como la mayoría de trastornos mentales es difícil establecer un diagnóstico, por lo cual se utilizan criterios establecidos; por ejemplo los desarrollados por el DSM-IV.(5)

Este trastorno está asociado a factores psicológicos, ambientales, genéticos y fisiológicos. Las personas de temperamentos ansiosos, que presentan neuroticismo y una alta sensibilidad a la ansiedad, presentan mayor probabilidad de desarrollar este trastorno. (6) El neuroticismo es un rasgo de la personalidad en el cual el individuo presenta una mayor reactividad a los factores estresantes. La sensibilidad a la ansiedad se define como una medida del miedo a los síntomas de ansiedad; también este trastorno se ha relacionado con la inhibición

comportamental. (7) En cuanto a los factores ambientales los problemas durante la infancia y el estrés de la vida son los factores de mayor riesgo. (8)

Correspondientemente a los factores genéticos, la investigación está dirigida en identificar genes, estructuras neuronales y bases neuroquímicas específicas para el trastorno de pánico, sin embargo; este es un proceso difícil ya que a menudo el pánico suele ir acompañado de otros trastornos como la depresión o trastornos de ansiedad lo que complica la búsqueda de un mecanismo específico. Se conoce que la amígdala es una estructura cerebral que interviene en los trastornos de ansiedad, incluyendo el de pánico.

Se ha notado que los fármacos inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina, son eficaces en el tratamiento de los trastornos de pánico, en los últimos tiempos se ha reconocido que el gen transportador de serotonina (5-HTTLPR) y el gen receptor de serotonina (5-HT1A) están implicados en la timidez y la ansiedad. En estudios de neuroimagen se ha identificado que los individuos con trastorno de pánico tenían casi una tercera parte menos de receptores de serotonina 5-HT1A en comparación con controles saludables. (9)

Otros estudios han descrito una estrecha relación con la hiperactivación noradrenérgica, (10) y otros datos que indican la implicación del receptor de benzodiazepinas GABA. (11)

La prevalencia a lo largo de la vida de padecer trastorno de pánico oscila entre 2,7% hasta el 3,5%. (5,12) En la población latina esta tasa es más baja (1,4%). (13) La edad media de inicio del trastorno es de 24 años, es más frecuente en mujeres que en hombres con una relación 2:1. (5)

Está relacionado con otros trastornos mentales como la depresión mayor, ansiedad generalizada, ansiedad social, estrés postraumático, trastorno bipolar y abuso de alcohol. En el National Comorbidity Study, en donde se estudió personas estadounidenses en edades comprendidas entre 15 y 54 años, se reportó que el 37% de los pacientes con trastorno de pánico tenían antecedentes de depresión mayor. (14)

En Ecuador existen políticas públicas (15) que garantizan una atención de calidad en salud mental, sin embargo; muchos de estos trastornos no son detectados y diagnosticados, por lo que no existe un registro estadístico real, lo que imposibilita una prevención temprana y el seguimiento multidisciplinario de estos pacientes, viéndose afectada de manera significativa su calidad de vida y la de su familia. (16)

En relación a lo expuesto anteriormente y dado el hecho de que no existen investigaciones en el medio que hayan evaluado a la comunidad rural, se justifica el interés de ejecutar esta investigación; la misma que permitirá conocer de manera clara la prevalencia de este trastorno mental, y mejorar así la calidad de vida de la población.

Materiales y métodos. –

Se realizó un estudio de tipo transversal–analítico, en la población de tres parroquias rurales del cantón Cuenca (Tarqui, El Valle y Checa), considerando su representatividad de acuerdo a la ubicación geográfica y crecimiento poblacional. El objetivo principal de este estudio es identificar a aquellas personas que padecen o padecieron en algún momento de su vida trastorno de pánico y la distribución de este trastorno mental de acuerdo a las variables: género, edad, estado civil, situación laboral actual, migración de un miembro del grupo primario funcionamiento, estructura familiar.

El universo está conformado por 199.506 habitantes. La muestra fue polietapica conformada por un total de 984 personas, con un nivel de confianza del 97 %, el estudio se realizó en las parroquias Tarqui, el Valle 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 que fue aleatorizada por conglomerados, de acuerdo al número de habitantes de

cada parroquia y estratificada por grupos etarios 18 – 20, 21 – 40, 41 – 65 años, y de 65 y más; posterior a esta selección se realizó un nuevo proceso de estratificación 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 que la vivienda no contenga la unidad de análisis otorgada, se utilizó el criterio del vecino más cercano.

Como resultado de este proceso se obtuvo una muestra de 984. En este estudio participaron aquellas personas que tienen más de 18 años de edad y que hayan manifestado su voluntad de participar en la entrevista y firmar el consentimiento informado (*Ver anexo 1*).

Se descartó a aquellos individuos que tenían dificultad para comprender la encuesta y que tenga previo un diagnóstico de alteraciones cognitivas – conductuales graves. La evaluación de la psicopatología de los pacientes se realizó a través del test MINI (Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para adultos) (*Ver anexo 4*). Esta es una entrevista breve y altamente estructuradas de los principales trastornos psiquiátricos del eje 1 de la CIE-10 y DSM-IV elaborado por Sheehan, Lecrubier y colaboradores. (17) El MINI está dividido en módulos identificados por letras; cada uno corresponde a una categoría. Al comienzo de cada módulo se presenta en un recuadro gris, una o varias preguntas “filtro” correspondientes a los criterios principales del trastorno. Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios. Lecrubier (1997) plantea que en los estudios de validez y de confiabilidad, realizados entre calificadores y test–retest se comprueba que la MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta, (coeficiente alfa de Cronbach=,93) y que la sensibilidad y especificidad es buena (Kappa=,74) para todos los diagnósticos con la excepción del trastorno de ansiedad generalizada (Kappa=,36), agorafobia (sensibilidad=,59) y la bulimia (Kappa=,53). Para la presente investigación excluimos los trastornos de la alimentación de personalidad y cuadros de psicosis.

Además, se aplicó una ficha sociodemográfica para conocer las variables de: género, edad, estado civil, instrucción, situación laboral actual, migración de un miembro del grupo primario, residencia. (*Ver anexo 2*)

Las entrevistas fueron aplicadas por personal capacitado en el tema y el test utilizado.

Los datos obtenidos de las encuestas fueron registrados y analizados en el programa SPSS; el mismo que permitió determinar la prevalencia de los trastornos mentales y sus factores asociados. Para el análisis estadístico la prevalencia del trastorno y sus factores asociados, se analizó según la proporción correspondiente y sus respectivos intervalos de confianza (IC) al 97%; la asociación se analizó con chi cuadrado y el valor de p; se utilizó Odds ratio (OR) para definir la ventaja de la exposición para favorecer el desenlace. Se realizó análisis multivariado para cada variable utilizando regresión logística.

Resultados. –

En total la muestra estuvo conformada por 984 personas residentes de las parroquias El Valle, Checa y Tarqui del Cantón Cuenca que fueron encuestados desde enero del 2018 a junio del mismo año, el 53% (546) corresponden al sexo femenino y el 47% (438) al masculino (*Ver tabla 2*).

Se encontró una prevalencia actual de los trastornos estudiados del 20,73% (IC 18,31– 23,38). El estado depresivo mayor (EDM) fue el más prevalente (9,65%); El 13,62% (IC 11,62 – 15,90) presentó más de un trastorno (*Ver tabla 1*).

Tabla 1.- Prevalencia actual de trastornos mentales únicos en la población rural del cantón Cuenca 2018

Trastorno	No.	%
EDM	95	9,65
Distimia	6	0,61
Bipolar	14	1,42
Pánico actual	11	1,12
Agarofobia	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	10	1,02
Ansiedad generalizada	9	0,91
Total	204	20,73

El trastorno de pánico se presentó en 72 individuos que equivale a una prevalencia del 7,30% de la población estudiada considerando a los que padecen actualmente el trastorno y a aquellos que lo tuvieron. (Ver tabla 2).

La media de la edad en las mujeres fue 41,74 (IC 35,97–47,52; SW 0.93; p 0.01) años; en los hombres fue 44,80 (IC 37,25–52,35; SW 0.90; p 0.02). (Ver tabla 2).

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

Sector	Sexo	Pánico	
		No.	%
El Valle	Mujer	28	8,6
	Hombre	21	8,4
Checa	Mujer	2	4,8
	Hombre	1	2,3
Tarqui	Mujer	17	9,4
	Hombre	3	2,11

El trastorno de pánico fue más prevalente en mujeres (8,60%) y en las personas solteras (9,10%), en cuanto a la situación laboral fue más frecuente en las personas que tenían situación laboral sin remuneración (9,70%). Fue más prevalente en aquellas familias disfuncionales y de tipo no tradicional. En cuanto al grupo etario la distribución fue similar para todos. (Ver tabla 3).

De acuerdo a las variables investigadas, la distribución fue de la siguiente manera:

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

Variables	Pánico		
	No.	%	
Sexo	Mujeres	47	8,60
	Hombres	25	5,70
Convivencia de pareja	No convive	32	9,10
	Si convive	40	6,30
Situación laboral	Sin remuneración	44	9,70
	Con remuneración	28	5,30
Migración familiar	Si	34	6,40
	No	38	8,40
Migración en el núcleo primario	Si	32	7,00
	No	40	7,60
Tipo de familia	No tradicional	16	12,70
	Tradicional	49	6,40
	Vive solo	7	7,20
Funcionalidad familiar	Disfuncional	4	9,30
	Funcional	61	7,20
Edad por ciclo de vida	De 18 a 20	7	7,20
	De 21 a 40	29	7,00
	De 41 a 65	24	7,60
	De 65 y más	12	7,50

En base la distribución que se presenta en la tabla N°3, se procedió a explorar la asociación y la significancia de la misma. (Ver tabla N°4)

Tabla 4.- Trastorno de pánico y variables relacionadas como factores de riesgo, en habitantes de la zona rural del cantón Cuenca, según variables estudiadas. Cuenca, 2018

Variabes	Chi cuadrado	P	OR	IC	
Sexo mujer	3,02	0,08	1,56	0,94	2,57
No convive con pareja	0,67	0,10	1,49	0,92	2,43
Situación laboral sin remuneración	7,20	0,01	1,94	1,72	3,17
Migración familiar	1,51	0,22	0,74	0,46	1,20
Migración en el núcleo primario	0,13	0,72	0,92	0,57	1,48
Tipo de familia no tradicional	6,25	0,04	2,11	1,16	3,85
Familia disfuncional *		0,55	1,32	0,46	3,81
Edad en hombres 50 años y más	0,26	0,61	0,80	0,34	1,90
Edad en mujeres 43 años y más	0,17	0,68	0,88	0,48	1,62

* Una de las celdas tuvo valor 0; no se pudo calcular el OR

Se presenta a continuación la distribución del trastorno de pánico y sus comorbilidades evidenciándose el más prevalente el riesgo de suicidio alto (50%), seguido del trastorno psicótico con 28,60% y el trastorno bipolar con un 21,50%. (Ver tabla N°5)

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

Comorbilidad	Trastorno de pánico	
	No.	%
Depresión	44	20,3
Riesgo de suicidio leve	13	16,7
Riesgo de suicidio moderado	2	16,7
Riesgo de suicidio alto	10	50
Trastorno bipolar	17	21,5
Psicótico	16	28,6

Discusión. –

En el presente estudio se evidencia una prevalencia del 7,30 % en la población estudiada considerando a los que padecen actualmente el trastorno y a aquellos que lo tuvieron, estos resultados duplican los encontrados en otros estudios realizados; como por ejemplo, el de Kessler y colaboradores, quienes estudiaron una población de 9282 individuos caucásicos mayores de 18 años, (12) en el cual se reporta una prevalencia del 2,7%. En el informe realizado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el año 2017 se estableció una prevalencia a lo largo de la vida del 3% para las Américas y del 1,4% para la región de América Latina. (13) En un estudio realizado en Chile, en el año 2002 se describe una prevalencia de 1,6%. (18) En un estudio realizado en una ciudad de España en 52 individuos se evidencio una prevalencia del 15,38%. (19) En otro país europeo, Alemania, se evidencio que la prevalencia es aproximadamente del 5% (20,21) se puede notar que no existe similitud con los estudios encontrados esto se puede explicar probablemente por la variedad en el número de individuos estudiados y la metodología utilizada en cada estudio ya que varios de estos estudios utilizan escalas diferentes.

En cuanto a la relación con la variable sexo se evidencia que es más frecuente en mujeres con una relación 1,5:1, esto es similar con lo reportado por el National Institute of Mental Health que nos dice que este trastorno es dos veces más común en mujeres que en hombres (22), En varios estudios se ha evidenciado que, el 17,5% de las mujeres frente al 9,5% de los hombres habían sufrido algún trastorno de ansiedad a lo largo de su vida; mientras que el 8,7% de las mujeres frente al 3,8% de los hombres habían padecido un trastorno de ansiedad en el último año. (23,24) El sexo no solo influencia en la prevalencia de los trastornos mentales, sino también en las manifestaciones clínicas, la voluntad para acudir a personal de salud capacitado en el tema, la evolución de la enfermedad, e inclusive la respuesta al tratamiento. (25) Los factores que pueden explicar el predominio femenino de los trastornos psiquiátricos, son los psicosociales y socioculturales que incluyen diferencias en el tipo de afrontamiento de la persona, rol sexual, situación económica, nivel educativo,

estado civil, nivel de ingresos, redes de apoyo social, aislamiento social, sucesos traumáticos durante la infancia, estereotipos sociales, normas culturales y vulnerabilidad a la exposición y reactividad ante sucesos vitales estresantes. Otros factores que sugieren diferencias de sexo son la existencia de antecedentes patológicos como la patología tiroidea, la predisposición genética, los rasgos de la personalidad, las hormonas sexuales, la reactividad endocrina frente al estrés, los sistemas de neurotransmisión y los concluyentes neuropsicológicos. (26)

La edad media de aparición para este trastorno fue de 41,74 años en mujeres y en los hombres de 44,8; similar a un estudio realizado en Alemania en donde la edad media fue 46,2. (27)

La variable sociodemográfica que mayor correlación tuvo fue la situación laboral sin remuneración, esto puede deberse probablemente a que la situación económica desfavorable puede generar estrés y como ya es sabido este es un factor de mayor riesgo para desencadenar cualquier tipo de trastorno de ansiedad. El tipo de familia no tradicional también mostro un fuerte nivel de correlación lo que nos hace suponer que al cambiar los estereotipos de familia se puede generar ciertos conflictos que no solo afectan la dimensión social sino también la dimensión biológica desencadenando este trastorno.(28) El no convivir con pareja mostro tener 1,49 veces más probabilidad de desarrollar este trastorno en comparación con aquellas personas que si conviven con una pareja, esto puede deberse a que el no tener una red de apoyo cercano puede hacer que la persona desarrolle episodios de pánico que con el paso del tiempo terminen siendo un trastorno. En el presente estudio, la migración dentro de la familia y la edad no mostraron ninguna asociación con el desarrollo de trastorno de pánico.

En un bajo porcentaje de la población estudiada se evidencio que no hubo comorbilidad adicional lo que se corresponde positivamente con otros estudios en donde se evidencia que este trastorno frecuentemente se relaciona con otros

trastornos como; de ansiedad, del estado de ánimo y del empleo de sustancias.
(29)

Se evidencio que este trastorno es más frecuente en aquellos que padecen principalmente trastornos del estado de ánimo como la depresión y riesgo de suicidio similar a lo descrito en otros estudios.(30,31) Específicamente se encontró en nuestro estudio comorbilidad alta con riesgo de suicidio alto, trastorno psicótico y trastorno bipolar con un porcentaje 50%, 28,60% y 21,50% respectivamente. En un estudio realizado en 1620 en la ciudad de Barcelona, en donde reconocieron la prevalencia de ideación y conducta suicida, así como los factores asociados con el riesgo de suicidio en pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria se encontró que la conducta y la ideación suicida en los pacientes con algún trastorno de ansiedad es relativamente común.

(32) Es importante mencionar la asociación de la depresión con el trastorno de pánico, existen varios postulados unos afirman que la depresión es un factor de riesgo que favorece la aparición del trastorno de pánico, sin embargo, otros mencionan que la asociación es inversa; por último, hay quienes afirman que ambas alteraciones son manifestaciones distintas de un trastorno común. Cuando estas dos psicopatologías coexisten, un 20% de los afectados realizan algún intento de suicidio. (33) Se ha evidenciado que en los pacientes que presentan comorbilidad pánico depresiva, el trastorno es más grave y existe mayor resistencia al tratamiento en comparación con aquellos que solo padecen trastorno de pánico.(34)

En analogía a los trastornos psicóticos, los esquizofrénicos suelen presentar con frecuencia ansiedad, en un metaanálisis se encontró que el 38.3% tenía como comorbilidad un trastorno de ansiedad, incluido el trastorno de pánico. (35)

Limitaciones. -

Al ser un estudio transversal una limitación importante es que las prevalencias dependen de información retrospectiva que supone la capacidad de memoria de los participantes, el tamaño de la muestra puede no ser suficiente para trastornos con baja frecuencia. Los diagnósticos son basados en una entrevista realizada por personas sin experiencia clínica. A pesar de lo mencionado anteriormente cabe recalcar la importancia de este estudio ya que es la puerta para recabar mayor información respecto a este tan importante problema de salud pública.

Conclusiones. –

El trastorno de pánico presentó una prevalencia de 7,3% en la zona rural del cantón Cuenca considerando a aquellas personas que padecieron y que actualmente padecen este trastorno, fue 1,5 veces más frecuente en el sexo femenino, se identificó una alta comorbilidad con los trastornos del estado de ánimo principalmente la depresión y el riesgo de suicidio y con los trastornos psicóticos. La situación laboral sin remuneración y el tipo de familia no convencional fueron las variables con mayor fuerza de asociación. El encontrar una prevalencia relativamente alta nos hace pensar en la importancia de diagnosticar a tiempo este tipo de trastorno para poder ofrecer a estos pacientes un tratamiento oportuno y evitar sus complicaciones, es imprescindible educar a la población respecto a temas de salud mental ya que en la actualidad sigue siendo un tabú en nuestra sociedad, y esta es la razón principal por la cual muchos de estos pacientes no reciben un tratamiento oportuno. Muchas de estas patologías pueden resultar incapacitantes si no son diagnosticadas y tratadas a tiempo y esto significaría un mayor gasto de recursos, a diferencia que si el diagnóstico es oportuno el paciente puede recibir un tratamiento a tiempo y evitar sus complicaciones como es la reclusión en centros de cuidados de pacientes psiquiátricos. Este estudio podría proporcionar la base para futuros estudios además de hacer un llamado al personal de salud para que evidencien el estado de la salud mental en nuestra población.

Agradecimiento. –

El amor recibido, la dedicación y paciencia con la que cada día se preocupaban mis padres por mi avance académico y desarrollo de esta tesis, es simplemente único y se refleja en mi vida.

Primeramente, gracias a Dios por la vida de mis padres, también porque cada día bendice mi vida con la hermosa oportunidad de estar y disfrutar a lado de las personas que sé que más me aman y a los que yo sé que más amo en mi vida, gracias a Dios por permitirme amar a mis padres, gracias a mis padres por permitirme conocer a Dios y de su infinito amor.

Gracias a mis padres por ser los principales promotores de mis sueños, en especial de llegar a ser Doctora , gracias a ellos por cada día confiar y creer en mí y en mis expectativas, gracias a mi madre Mónica Vallejo, por estar dispuesta a acompañarme cada larga y agotadora noche de estudio , a pesar de la distancia por vía telefónica me brindaba su apoyo incondicional que siga adelante; gracias a mi padre Julio Díaz por siempre desear y anhelar lo mejor para mi vida y siempre respetar mis decisiones , gracias a los dos por cada consejo y por cada una de sus palabras que me guiaron durante mi vida

Referencias. –

1. Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales [Internet]. 2018. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
2. David Sue; Derald Wing Sue SS. Psicopatología Comprendiendo la Conducta Anormal. In: Cengage Learning Editores, editor. 2010. p. 113–4.
3. Foldes-Busque G, Denis I, Poitras J, Fleet RP, Archambault PM, Dionne CE. The Revised-Panic Screening Score for emergency department patients with noncardiac chest pain. Vol. 37, Health Psychology. Foldes-Busque, Guillaume: School of Psychology, Universite Laval, Quebec 2325, rue des Bibliothèques, Bureau 1116, PQ, Canada, G1V 0A6, guillaume.foldes-busque@psy.ulaval.ca: American Psychological Association; 2018. p. 828–38.
4. Fernández O, Jiménez B, Almirall R. Manual para diagnóstico y tratamiento de trastornos ansiosos. Medisur. 2012;10(5):466–79.
5. Allen F, Pincus H. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Wendy Wakefield Davis Ed.M., editor. Barcelona; 1995. 987 p.
6. Osma J, García-Palacios A, Botella C. Personalidad y trastorno de pánico: Un estudio de revisión. An Psicol. 2014;30(2):381–94.
7. Bakker A, Spinhoven P, van Balkom AJLM, van Dyck R. Relevance of Assessment of Cognitions during Panic Attacks in the Treatment of Panic Disorder. Psychother Psychosom. 2002;71(3):158–61.
8. Newman MG, Shin KE, Zullig AR. Developmental risk factors in generalized anxiety disorder and panic disorder. J Affect Disord. 2016;206(2016):94–102.
9. Neumeister A, Bain E, Nugent AC, Carson RE, Bonne O, Luckenbaugh DA, et al. Reduced Serotonin Type 1_A Receptor Binding in Panic Disorder. J Neurosci. 2004 Jan 21;24(3):589 LP – 591.
10. Reif A, Richter J, Straube B, Höfler M, Lueken U, Gloster A, et al. MAOA and mechanisms of panic disorder revisited: from bench to molecular psychotherapy. Mol Psychiatry. 2014;19(1):122–8.
11. Roy-Byrne P, Craske M, Murray S. Panic disorder. Lancet. 2006;368(9540):1023–1032.
12. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, Severity, and Comorbidity of Twelve-month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). Vol. 62, Archives of general psychiatry. 2005. p. 617–27.
13. Organización Panamericana de la Salud. La salud mental en la Región de las Américas. Washington, D.C; 2017.

14. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1994 Jan;51(1):8–19.
15. Ministerio de Salud Pública. Política Nacional de Salud Mental 2014 - 2024. 2014;
16. World Health Organization. Report on the Mental Health System in Ecuador. 2008;21.
17. Ferrando L, Bobes J, Gibert J. Mini International Neuropsychiatric Interview. Versión en Español 5.00 DSM-IV. Instrumentos de detección y orientación diagnóstica. 2000;0:2–26.
18. Vicente P B, Rioseco S P, Saldivia B S, Kohn R, Torres P S. Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (E CPP). *Rev Med Chil*. 2002 May;130(5):527–36.
19. Osma López JJ. Influencia de la personalidad en la clínica del trastorno de pánico con o sin agorafobia: un estudio exploratorio. *Universitat Jaume I*; 2009.
20. Wittchen HU, Krause P, Hoyer J, Beesdo K, Jacobi F, Hofler M, et al. Prevalence and correlates of generalized anxiety disorders in primary care. *Fortschr Med Orig*. 2001;119 Suppl:17–25.
21. Jacobi F, Hofler M, Siegert J, Mack S, Gerschler A, Scholl L, et al. Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *Int J Methods Psychiatr Res*. 2014 Sep;23(3):304–19.
22. National Institute of Mental Health. Anxiety Disorders [Internet]. 2007. Available from: www.nimh.nih.gov/publicat/NIMH_anxiety.pdf
23. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2004;(420):21–7.
24. Galán IC, Fellmann IE. Trastornos de ansiedad y género. *Mente y Cereb*. 2008;31:12–21.
25. Arenas MC, Puigcerver A. Sex differences of anxiety disorders: Possible psychobiological causes - Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos Psicol - Psychol Writings*. 2009 Dec 1;3.
26. Grant BF, Weissman MM. Género y prevalencia de los trastornos psiquiátricos. Elsevier Masson, editor. 2009. 31–45 p.
27. Gensichen J, Hiller TS, Breitbart J, Brettschneider C, Teismann T, Schumacher U, et al. Panic Disorder in Primary Care. *Dtsch Arztebl Int*.

- 2019 Mar 8;116(10):159–66.
28. Vargas Murga H. Tipo de familia y ansiedad y depresión. *Rev Medica Hered.* 2014;25(2):57.
 29. Sawchuk CN, Veitengruber JP. Panic disorders. *BMJ Best Practice.* 2019.
 30. Schmidt NB, Lerew DR, Trakowski JH. Body vigilance in panic disorder: evaluating attention to bodily perturbations. *J Consult Clin Psychol.* 1997 Apr;65(2):214–20.
 31. Whittal ML, Goetsch VL. Physiological, subjective and behavioral responses to hyperventilation in clinical and infrequent panic. Vol. 33, *Behaviour Research and Therapy.* Netherlands: Elsevier Science; 1995. p. 415–22.
 32. Bomyea J, Lang AJ, Craske MG, Chavira D, Sherbourne CD. Ideación suicida y factores de riesgo de suicidio en pacientes de atención primaria con trastornos de ansiedad. *RET Rev Toxicom ISSN-e 1136-0968, N° 74,* 2015, págs 13-21. 2015;(74):13–21.
 33. Gómez Ayala A-E. Trastornos de ansiedad. Agorafobia y crisis de pánico. Vol. 26, *Farmacia Profesional.* Haymarket; 1987. 32–39 p.
 34. Chappa HJ. Trastorno de pánico: resistencia terapéutica y prevención de las recaídas. *Rev Bras Ter Cogn.* 2006;2(2):25–38.
 35. Braga RJ, Mendlowicz M V, Marrocos RP, Figueira IL. Anxiety disorders in outpatients with schizophrenia: prevalence and impact on the subjective quality of life. *J Psychiatr Res.* 2005 Jul;39(4):409–14.

ANEXO 1

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.

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 insinuaciones, 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

MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional

E. Trastorno de angustia

(⇒ SIGNIFICA RESPONDER CON UN CÍRCULO NO EN E3 Y PASAR DIRECTAMENTE A F1)

E1	a	¿En más de una ocasión, tuvo una crisis o ataques en los cuales se sintió súbitamente ansioso, asustado, incómodo o inquieto, incluso en situaciones en la cual la mayoría de las personas no se sentirían así?	NO	SI	1
	b	¿Estas crisis o ataques alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos?	NO	SI	2
E2		¿Alguna vez estas crisis o ataques o ocurrieron de una manera inesperada o espontánea u ocurrieron de forma impredecible o sin provocación?	NO	SI	3
E3		¿Ha tenido una de estas crisis seguida por un periodo de un mes o más en el que tenía que otro episodio recurriera o se preocupaba por las consecuencias de la crisis?	NO	SI	4
E4		Durante la peor crisis que usted puede recordar:			
	a	¿Sentía que su corazón le daba un vuelco, latía más fuerte o más rápido?	NO	SI	5
	b	¿Sudaba o tenía las manos húmedas?	NO	SI	6
	c	¿Tenía temblores o sacudidas musculares?	NO	SI	7
	d	¿Sentía la falta de aliento o dificultad para respirar?	NO	SI	8
	e	¿Tenía sensación de ahogo o un nudo en la garganta?	NO	SI	9
	f	¿Notaba dolor o molestia en el pecho?	NO	SI	10
	g	¿Tenía náuseas, molestias en el estómago o diarreas repentinas?	NO	SI	11
	h	¿Se sentía mareado, inestable, aturdido o a punto de desvanecerse?	NO	SI	12
	i	¿Le parecía que las cosas a su alrededor eran irreales, extrañas, indiferentes, o no le parecían familiares, o se sintió fuera o separado de su cuerpo o de partes de su cuerpo?	NO	SI	13
	j	¿Tenía miedo de perder el control o de volverse loco?	NO	SI	14
	k	¿Tenía miedo de que se estuviera muriendo?	NO	SI	15
	l	¿Tenía alguna parte de su cuerpo adormecida o con hormigueos?	NO	SI	16
	m	¿Tenía sofocaciones o escalofríos?	NO	SI	17
E5		¿CODIFICÓ SÍ EN E3 Y EN POR LO MENOS 4 DE E4?	NO	SI	
			Trastorno de angustia de por vida		
E6		SI E5 = NO, ¿CODIFICÓ SÍ EN ALGUNA RESPUESTA DE E4?	NO	SI	
		SI E5 = SÍ, PASAR A F1.	Crisis actual con síntomas limitados		
E7		¿En el pasado mes, tuvo estas crisis en varias ocasiones (2 o más), seguidas de miedo persistente a tener otra?	NO	SI	18
			Trastorno de angustia actual		

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)