



Universidad del Azuay

Facultad de Psicología

Carrera de Psicología Clínica

PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE PÁNICO Y
FACTORES ASOCIADOS EN EL CANTÓN NABÓN,
2021

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Psicólogo
Clínico

Autores:

Emilia Martínez Unda.; José Sebastian Rodríguez Cabrera

Directores:

Fray Martínez Reyes

Cuenca – Ecuador

2022

DEDICATORIA

Dedico a esta tesis a mis padres Karla y Jorge,
por siempre haber apoyado mis sueños,
a mi hermana Caro, por ser mi compañera de vida
y a Nina, por acompañarme en mis noches de estudio.

Quiero dedicarla también a mis abuelos, tíos y tías,
que han formado la persona que soy ahora,
especialmente a mi abue Cris,
que siempre hizo todo lo que estaba a su alcance y más,
para que yo pudiera cumplir mis sueños.

Dedico esta tesis a mis amigos,
con los que compartí este camino,
especialmente a Belén,
por ser mi eterna compañera y amiga.

Dedico también esta tesis a mis profesores,
que me inspiraron a ser mejor y desarrollaron en mí
la pasión por la psicología.

- Emilia Martínez-

DEDICATORIA

A mi madre María Augusta, quien con su esfuerzo y
dedicación me enseñó los valores que hoy me han
llevado a desarrollarme como profesional.

A mis abuelitos Amada y José, y a toda mi familia
por siempre apoyarme y amarme.

A todos mis amigos y amigas por confiar y creer en
mis
capacidades.

A mi equipo, quienes impulsaron mi desarrollo
como
deportista.

-Sebastian Rodríguez-

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a nuestro director de tesis, el Dr Fray Martínez, por ser el gestor de este proyecto, que permite demostrar la importancia de la psicología en el bienestar de las personas. También agradecemos al cantón Nabón por su apertura y acogida durante todo este proceso.

RESUMEN

Las enfermedades mentales son consideradas por la OMS, como un factor clave en la disminución de la calidad de vida de las personas, siendo el Trastorno de Pánico uno de ellos. Esta investigación se realizó para conocer la prevalencia del TP en la población del cantón Nabón y su relación con factores específicos; para lograrlo, se realizaron entrevistas en las que se utilizó un consentimiento informado, una ficha sociodemográfica y el test MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, con el que se determinó la presencia o no de este trastorno.

Los resultados indican que la prevalencia del TP en el cantón Nabón fue de un 8%, siendo el Trastorno de Pánico Actual el más común (5,4%), seguido del Trastorno de Pánico de Toda la Vida (2,6%). Los tres factores que presentaron una fuerte relación con el TP son: etnia indígena, antecedentes de enfermedades mentales en la familia y disfunción familiar.

Palabras clave: enfermedades mentales, prevalencia, trastorno de pánico, factores sociodemográficos, Nabón.



Fray Martínez Reyes (Tutor de tesis)

ABSTRACT

Mental illnesses are considered by WHO, as one of the biggest factors in the reduction of people's quality of life. Panic Disorder is one of them. This research was made to know the prevalence of panic disorder in the population of Nabon and its relationship with specific factors. To achieve this, interviews were conducted by using an informed consent, a sociodemographic record for data collection, and the MINI International Neuropsychiatric Interview test, with which the presence or absence of a panic disorder was determined, as well as other disorders. The results indicate that the prevalence of panic disorder in Nabon was 8%. Current Panic Disorder was the most common with 5.4%, followed by Lifelong Panic Disorder with 2.6. %. The three factors showed a strong relationship between PD and indigenous ethnicity, family history of mental illnesses, and family dysfunction.

Keywords: mental illnesses, prevalence, panic disorder, sociodemographic factors, Nabon.

Translated by: Emilia Martínez



A handwritten signature in blue ink is located in the bottom right corner of the page.

ÍNDICE

Índice de contenido

DEDICATORIA	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT.....	vi
ÍNDICE	1
Problemática	5
Capítulo 1.....	6
1. MARCO TEÓRICO.....	6
1.1 Trastornos de ansiedad	6
1.1.1 Prevalencia de los Trastornos de ansiedad.....	7
1.2 Trastorno de Pánico	8
1.2.1 Ataque de pánico.....	8
1.2.2 Prevalencia del trastorno de pánico	9
1.2.3 Etiología.....	9
1.2.4 Comorbilidad	12
1.3 Factores Sociodemográficos.....	13
1.3.1 Cohabitación y estado civil:.....	13

1.3.2	Etnia:	14
1.3.3	Género:.....	14
1.3.4	Grupo etario:	14
1.3.5	Escolaridad:.....	15
1.3.6	Ocupación y Deuda:.....	15
1.3.7	Migración:.....	15
1.3.8	Alcoholismo:.....	16
1.3.9	Antecedentes familiares:	16
1.3.10	Covid-19:.....	16
1.3.11	Ejercicio físico:	17
1.3.12	Disfunción familiar:	17
CAPÍTULO 2.....		19
2.	METODOLOGÍA	19
2.1	Objetivos de la investigación.....	19
2.1.1	Objetivo general:.....	19
2.1.2	Objetivos específicos:	19
2.2	Tipo de estudio	19
2.3	Población y muestra.....	19
2.4	Procedimiento de la investigación	20

2.4.1	Consentimiento informado:	21
2.4.2	Ficha sociodemográfica:	21
2.4.3	Entrevista Neuropsiquiátrica MINI Internacional versión 7.0.2 traducida:	22
2.4.4	FF-SIL:	22
2.4.5	AUDIT	23
2.4.6	Instrumento WAST versión adaptada:	23
2.4.7	Evaluación de los instrumentos	24
2.5	Análisis de datos	24
CAPÍTULO 3		26
3.	RESULTADOS	26
3.1	Variables sociodemográficas	26
3.2	Asociaciones obtenidas	29
CAPÍTULO 4		32
4.	DISCUSIÓN	32
CAPÍTULO 5		36
5.	Conclusiones	36
6.	Recomendaciones	36
Bibliografía		38
Anexos:		47

Índice de Tablas

Tabla 1: Distribución de los participantes por género y etnia. Nabón, 2021	26
Tabla 2: Escolaridad, ocupación, cohabitación y estado civil de los participantes en el estudio. Nabón, 2021.....	27
Tabla 3: Factores estudiados en relación al núcleo familiar. Nabón, 2021.	28
Tabla 4: Otros factores a considerados de influencia en el trastorno de pánico. 2021	29
Tabla 5: Prevalencia del Trastorno de Pánico en la muestra estudiada. Nabón, 2021	29
Tabla 6: Análisis estadístico de las variables en relación al Trastorno de Pánico	30

Índice de Anexos

Anexo 1: Consentimiento informado	47
Anexo 2: Ficha sociodemográfica	49
Anexo 3: MINI- Trastorno de Pánico.....	52
Anexo 4: FF - SIL	53
Anexo 5: AUDIT	54
Anexo 6: WAST	55

Problemática

El Trastorno de Pánico [TP], según la American Psychiatric Association (2014) se refiere a “ataques de pánico imprevistos recurrentes” caracterizado por la aparición súbita de miedo o malestar intenso, que alcanzan su máxima expresión en minutos. La persona que experimenta un ataque de pánico desarrolla temor a que estos se repitan y/o cambios mal adaptativos en el comportamiento con el fin de evitar su aparición (American Psychiatric Association, 2014).

La Organización Panamericana de la Salud (2017) en su reporte sobre el estado de salud mental en la Región de las Américas muestra una prevalencia del TP de 1,4% a lo largo de la vida, y un 0,9% en los últimos 12 meses. En un entorno más cercano, Díaz (2019) realizó un estudio sobre la prevalencia de este trastorno en la población rural del cantón Cuenca, situándolo en 7,3%, a su vez, se logra evidenciar mayor prevalencia en mujeres, con una edad media de 41,74 años. Estas cifras engloban un contexto culturalmente similar, que puede marcar una pauta en la necesidad de plantear un estudio dentro de cantones cercanos a la capital del Azuay.

El problema de la salud mental está relacionado estrechamente con factores socioculturales y económicos. Prieto (2002) encuentra que las personas que viven en situación de pobreza y desempleo, así como aquellos cuya educación ha sido interrumpida, han sido afectados por la violencia o se encuentran en situación de migración, presentan un mayor riesgo de desarrollar trastornos mentales, lo que disminuiría aún más su calidad de vida. Debido a que la población de Nabón puede presentar varias de estas características, consideramos pertinente el desarrollo de esta investigación, de esta manera se podrá identificar si el Trastorno de Pánico representa un problema dentro del cantón.

Capítulo 1

1. MARCO TEÓRICO

1.1 Trastornos de ansiedad

De acuerdo a la American Psychiatric Association (APA, 2014) en su Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM – 5; 5a. ed), los trastornos de ansiedad son aquellos que presentan preocupación y miedo excesivos, los cuales permanecen durante más tiempo que el que se considera apropiado y generan alteraciones en la conducta, relacionadas a estos. Para identificar el momento en que una reacción se convierte en desadaptativa, se debe tomar en cuenta los siguientes conceptos:

Miedo: Respuesta emocional a un peligro o amenaza inminente, que puede ser interna o externa, real o imaginaria. Esta respuesta se relaciona con la activación del sistema nervioso autónomo, desarrollando conductas defensivas o de huida. Es una reacción primaria y fundamental en la supervivencia. (APA, 2014)

Ansiedad: Respuesta anticipatoria ante un peligro o amenaza futuros, se caracteriza por sensaciones de tensión e inquietud, vigilancia, agitación e hipervigilancia, así como comportamientos cautelosos o evitativos (Macías-Carballo et al., 2019; Sandín et al., 2020).

La ansiedad es considerada una emoción básica, capaz de motivar la conducta para prevenir posibles peligros; sin embargo, se empieza a considerar patológica en el momento en que se presenta con mayor frecuencia, siendo más intensa o persistente. Otra señal clara que indica la presencia de un trastorno, es la aparición de esta en ausencia de una amenaza o como una reacción desproporcionada al peligro real, produciendo un nivel de malestar personal elevado que interfiera en la vida de la persona (Belloch et al., 2020; Ströhle et al., 2018).

1.1.1 Prevalencia de los Trastornos de ansiedad

De acuerdo con la Organización Mundial de Salud (OMS, 2017) la prevalencia de los trastornos de ansiedad a nivel mundial es del 3.6%, generando el 3.4% de Años Vividos con Discapacidad (AVD) en el mundo, por este motivo es considerada la sexta causa de pérdida de la salud, sin consecuencias mortales. En la Región de las Américas la prevalencia de los mismos es del 5.7%, siendo la segunda en número de casos (21%), después de la Región de Asia Sudoriental (23%). Entre los países que conforman la región Brasil presenta el mayor número de casos y México el más bajo; Ecuador se encuentra entre las puntuaciones medias con una prevalencia del 5.6%.

Los trastornos de ansiedad son más frecuentes en mujeres que en hombres a nivel mundial, en la Región de las Américas se ha encontrado que hasta el 7.7% de mujeres padece de algún trastorno de ansiedad, mientras que en la población masculina se presenta en un 3.6%. No se identifica una variación significativa de prevalencia entre los grupos etarios, sin embargo, se observa una tendencia a una prevalencia menor en las poblaciones con mayor edad. (OMS, 2017)

Si bien los trastornos que pertenecen a esta categoría tienen como factor común la ansiedad patológica, de acuerdo al DSM – 5 estos se diferencian según el estímulo que desencadena la reacción de miedo y las conductas asociadas, así como las cogniciones que se identifiquen (APA, 2014). Siguiendo esta línea, la OMS (1995) en su Manual de Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud, décima edición (CIE – 10) clasifica al TP en la categoría de Otros Trastornos de Ansiedad, en esta se encuentran todos los diagnósticos que presentan como principal síntoma la ansiedad, sin que esta se encuentre restringida a una situación específica.

1.2 Trastorno de Pánico

De acuerdo al DSM – 5 el TP se caracteriza por la presencia de ataques de pánico inesperados y recurrentes, que van acompañados de preocupación acerca de la aparición de nuevos episodios y sus consecuencias; así como de conductas mal adaptativas orientadas a evitar el desencadenamiento de los mismos (APA, 2014).

1.2.1 Ataque de pánico

Los ataques de pánico tienen como característica la aparición repentina de temor o malestar intenso, los cuales llegan a su punto máximo en pocos minutos y están acompañados por al menos cuatro de los siguientes síntomas somáticos y psicológicos: aceleración del ritmo cardíaco, sudoraciones, temblores, dificultad para respirar, sensación de ahogo, dolor precordial, malestar abdominal o náuseas, sensación de vértigo o desmayo, sensación de calor o escalofríos, percepción de entumecimiento u hormigueo, desrealización o despersonalización, temor a perder el control o enloquecer, miedo a morir (APA, 2014).

La clave del TP es la presencia de mínimo dos ataques de pánico en los que no se pueda identificar un desencadenante específico, sin embargo, estos pueden presentarse en medio de un estado de ansiedad o de calma. Si se cumple este criterio, la presencia de ataques de pánico esperados no descarta el diagnóstico; sin embargo, si estos forman parte de la sintomatología de otro trastorno, este deberá ser identificado (Belloch et al., 2020).

Los síntomas que acompañan un episodio de pánico pueden provocar alteraciones significativas en la vida de las personas que lo padecen. Como menciona Prieto (2002), los problemas mentales y las enfermedades neurológicas son uno de los mayores contribuyentes en la generación de carga global de la enfermedad. De igual manera, la Organización Panamericana de

la Salud (2018) identifica que estas afectan a la calidad de vida con un impacto mayor al de algunas enfermedades crónicas como la artritis, diabetes o enfermedades cardíacas y respiratorias. De manera específica, se ha encontrado que las personas diagnosticadas con TP tienen más riesgo de sufrir cefaleas, cardiopatías, trastornos osteomusculares y digestivos. Sumado a esto, se encuentra que existe una alta comorbilidad (70%) entre el TP y otras enfermedades mentales siendo la depresión la más común seguido por la fobia social, así como un mayor riesgo de suicidio Cano et al. (2011).

1.2.2 Prevalencia del trastorno de pánico

De acuerdo al estudio transnacional realizado por de Jonge et al. (2016) existe una prevalencia del TP del 1.7% a nivel mundial; en el mismo se describe que en la región de las Américas llega al 2.2%. Otros autores como Olaya et al. (2018) en una investigación realizada en España, lo sitúan en un 2.4%. A nivel nacional, en un estudio realizado por Cárdenas y Parada (2021) en el que se analiza la prevalencia de los trastornos mentales en Ecuador, se identificó una prevalencia del 2.2%; en la población rural de Cuenca la prevalencia es mayor, siendo del 7.3% (Díaz, 2019).

Debido a la similitud de los síntomas que se presentan durante un Ataque de Pánico con aquellos característicos de patologías orgánicas, se realizó una investigación acerca del porcentaje de pacientes con TP detectados en consulta de Atención Primaria, en dónde se evidencia un 7% de casos, aunque se presume que aún existe un gran porcentaje que no se detecta adecuadamente (Vindel et al., 2011)

1.2.3 Etiología

Encontrar las causas del TP ha sido un punto de gran interés para los investigadores desde hace más de dos décadas, por este motivo, se han realizado estudios e investigaciones centradas en

los factores fisiológicos y psicológicos implicados en la aparición de ataques de pánico; sin embargo, los resultados obtenidos no evidencian esquemas específicos que los expliquen, siendo la multicausalidad la única conclusión certera (Perrotta, 2019).

En un estudio realizado por Fava y Morton (2009) se analizan diversas teorías que explican la presencia del TP enmarcándolas de manera neutral dentro del Modelado causal, en el cual se identifican los constructos claves planteados y la interacción de los mismos, con el objetivo de brindar una perspectiva clara de cada teoría. Los autores, Fava y Morton (2009) se centran en los planteamientos de las corrientes psicodinámica y cognitivo-conductual, así como en las hipótesis biológicas, los cuales serán descritos a continuación:

Teoría psicodinámica: Indica que debe existir, como antecedente indispensable, la presencia de eventos adversos en etapas tempranas de la vida, acompañado por una baja umbral de sensibilidad a la ansiedad; estos dos aspectos combinados generarían un conflicto inconsciente escondido, que provocaría en la persona ansiedad y cierta tendencia a percibir situaciones como más peligrosas de lo que en realidad son, provocando así ataques de pánico.(Fava y Morton, 2009)

Teorías cognitivas: En el área cognitiva se han planteado diversas teorías que podrían explicar la causalidad del Trastorno de Pánico, entre estas surgen tres factores importantes: el primero, es el sentimiento de baja autoeficacia, consecuencia de problemas de apego en las etapas tempranas de la vida, esto provoca que la persona se siente incapaz de afrontar situaciones complicadas en su vida; el segundo se refiere a una alta sensibilidad a la ansiedad, siendo el tercero el temor aprendido, resultado de un evento traumático (Fava y Morton, 2009).

Teoría biológica: A través de los años, el papel de la biología en los trastornos de ansiedad se ha vuelto evidente, diversos estudios se han centrado en identificar los factores implicados en la

aparición del Trastorno de Pánico. Gorman et al. (2000) presenta una de las teorías más investigadas a través de los años, en la cual habla acerca de una red de estructuras cerebrales, implicadas en las reacciones físicas y conductuales relacionadas con el miedo, la cual está conformada por: amígdala, tálamo, hipotálamo, hipocampo, locus coeruleus, corteza prefrontal, ínsula, corteza somatosensorial y sustancia gris periacueductal, entre otros.

Los autores teorizan que el exceso de actividad en la red provocaría una activación del sistema autónomo y endócrino a través de aferencias provenientes de la amígdala, generando síntomas relacionados con el pánico, los cuáles serán percibidos por áreas cerebrales encargadas del procesamiento de la información sensorial; el malfuncionamiento de estas áreas podría desencadenar en una interpretación errónea de las sensaciones corporales, activando el circuito del miedo (Gorman et al., 2000; Sobanski & Wagner, 2017).

Belloch et al. (2020) refieren un modelo integrativo que se basa en tres aspectos principales:

Hiperventilación: Está conformado por síntomas asociados comúnmente con un ataque de pánico, estos surgen debido a una situación de estrés o ansiedad y de manera general no tendrán grandes implicaciones en la vida de la persona, a menos que se evidencie sensibilidad a la ansiedad, lo que podría amplificar las sensaciones.

Sensaciones corporales: Después de la primera presentación de los síntomas, cada vez que uno o varios de estos sean detectados por la persona, serán ligados a la aparición de un ataque de pánico debido a la interpretación catastrofista, desencadenando una reacción de miedo que retroalimentará este ciclo. Osma et al. (2014) y Pfleiderer et al. (2010) determinaron que aquellas personas diagnosticadas con un trastorno de ansiedad presentan mayores niveles de activación en

el momento de interpretar las sensaciones corporales, así como una sensibilidad más alta a la ansiedad.

Señales externas: Como consecuencia del lugar o la situación en la que se vivió un episodio de pánico, determinadas señales externas podrán ser ligadas a la presentación de los síntomas, gracias al condicionamiento; estas serán específicas para cada persona y tendrán el potencial de convertirse en desencadenantes. Debido al malestar provocado por un ataque de pánico, surge la evitación de las situaciones que pudieran relacionarse con señales externas, provocando un deterioro de la calidad de vida de la persona.

1.2.4 Comorbilidad

Según Belloch et al. (2020) los trastornos emocionales como la ansiedad y depresión tienen una alta tasa de comorbilidad debido principalmente a la superposición de síntomas que aparecen en varios trastornos, siendo la agorafobia su diagnóstico más complejo de diferenciar. De hecho, Martínez et al. (2011) mencionan que las similitudes en los síntomas entre la Agorafobia y el TP pueden no solo llevar a errores sobre el diagnóstico sino también en el tratamiento que reciben los pacientes. A más de las similitudes entre la agorafobia y el trastorno de pánico, este último se suele presentar reiteradamente con otros trastornos, principalmente los de ansiedad; sin embargo, puede encontrarse en conjunto con el trastorno de depresión mayor, trastorno bipolar y el trastorno por consumo de sustancias. (Belloch et al., 2020)

Es interesante mencionar que la comorbilidad con otros trastornos de ansiedad es mayor en pacientes que padecen TP en conjunto con agorafobia, que aquellos que únicamente han sido diagnosticados con TP, como lo indica Schmidt et al. (2014)

De acuerdo con Belloch et al. (2020) uno de los trastornos que con mayor frecuencia se asocian al trastorno de ansiedad social es el TP, en conjunto con otros trastornos ansiosos. Según Kotov et al. (2017) el vínculo estrecho entre estos trastornos se debería a que los mismos comparten propiedades de angustia y miedo.

Mathew et al. (2011) hallaron que las personas propensas a sufrir ataques de pánico presentan también altas tasas de consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias nocivas. A su vez hallaron que, en las personas con historial de ataques de pánico, en comparación con personas sin antecedentes de estos, era tres veces más frecuente el consumo de tabaco diario o crónico; de igual manera, el consumo perjudicial de alcohol duplicaba el consumo de una persona sin este diagnóstico.

Craske et al. (2017) indican que varios trastornos derivados de la ansiedad, pero sobre todo el trastorno de pánico, agorafobia y el trastorno de ansiedad social, son de gran riesgo para desarrollar otros trastornos como el abuso de sustancias o trastornos del estado del ánimo.

1.3 Factores Sociodemográficos

A continuación, se analizan las principales variables consideradas en esta investigación como factores asociados al Trastorno de Pánico:

1.3.1 Cohabitación y estado civil:

En una investigación realizada por Mora et al. (2019) se determinó que las personas que no convivían con una pareja, presentaban una mayor prevalencia de trastornos mentales; este resultado concuerda con la investigación realizada por Díaz (2019) el cuál determinó que, en comparación con personas que vivían en pareja, aquellas que no, muestran una probabilidad más alta de presentar TP. Esta relación también es identificada en la investigación realizada por Olaya et al. (2018) en la

que puntualiza que estos individuos llegan a presentar una mayor proporción de depresión e ideación suicida, sumado al trastorno.

1.3.2 Etnia:

Se refiere a una comunidad de personas definida por la relación racial, idioma o cultura. De acuerdo con Mangolini et al. (2019) la etnia podría ser un factor determinante en el desarrollo de problemas de ansiedad. Sin embargo, en otra investigación realizada por Salum et al. (2009) no se encontró una fuerte relación entre la etnicidad y el TP. No existen otras investigaciones que evalúen el papel de la etnia en el desarrollo de este trastorno.

1.3.3 Género:

Se refiere al grupo al que corresponden las personas según su sexo, desde un punto de vista sociocultural más que biológico. En una investigación realizada en Europa para delimitar la diferencia de la prevalencia de los trastornos de pánico de acuerdo al género, se encontró que las mujeres tenían una probabilidad más alta de presentar trastornos internalizantes, estos comprenden los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad (Boyd et al., 2015). En relación al TP Olaya et al. (2018) refiere que los cambios hormonales y los estresores psicosociales que están presentes a lo largo de la vida de las mujeres, podría tener un impacto en su vulnerabilidad; sumado a esto Kim et al. (2017) reportaron que las pacientes femeninas diagnosticadas con TP reportaban puntajes más bajos de calidad de vida que su contraparte masculina.

1.3.4 Grupo etario:

Díaz (2019) ha hallado dentro de la población rural del cantón Cuenca-Ecuador que no existe una relación entre la prevalencia del TP y la edad como un factor. De acuerdo con Belloch et al. (2020) la prevalencia de TP en Estados Unidos de personas entre 18 a 29 años de edad es del 3,9%, de personas entre 30 a 64 años es del 6%, y de aquellas mayores a 65 años del 2,8%. Olaya et al.

(2018) encuentra que la mayor prevalencia de ataques de pánico y TP se encuentra en las personas con edades comprendidas entre los 30 y 49 años, la misma que disminuye con el paso de los años siendo los participantes con más de 80 años los que reportan la menor prevalencia de este trastorno.

1.3.5 Escolaridad:

De acuerdo al estudio de Doran y Kinchin (2019) el padecer una enfermedad mental resulta en un gran impacto en la educación de la persona, pudiendo llegar a la deserción escolar. Sin embargo, Esch et al. (2014) determinó que no todas las enfermedades tienen el mismo efecto en el proceso educativo de la persona, siendo los trastornos de conducta disruptiva y abuso de sustancias los que están más relacionados con el abandono de la educación formal; al contrario de esto los trastornos del estado de ánimo y ansiedad no influyen en los niveles de deserción, sino se desarrollarían como una consecuencia.

1.3.6 Ocupación y Deuda:

Díaz (2019) también halló que existe una fuerte relación entre una situación laboral sin paga con el TP y con los problemas relacionados a la ansiedad, partiendo de una situación económica adversa como estresor para el desarrollo de estas patologías.

1.3.7 Migración:

Se conoce como migración al traslado de personas o grupo de personas a menudo por razones sociales o económicas, esta última ha sido el mayor promotor de este fenómeno en el cantón Nabón, según los datos proporcionados en el libro de Herrera (2009) la migración definitiva es del 7%. Estos procesos migratorios traen consecuencia, no solo para aquellos que salen de sus tierras, sino también para su familia que se queda atrás; los estudios realizados por Fellmeth et al. (2018) y Wickramage et al. (2015) resaltan el papel de la migración en la generación de problemas psicológicos en los hijos que permanecen en el lugar de origen, principalmente se han detectado

niveles más altos de ansiedad y depresión; de igual manera Xie et al. (2014) identificó que la percepción de calidad de vida de los adultos mayores, cuyos familiares han emigrado disminuía, mientras que en esta población el 91.5% solicitó asistencia psicológica.

1.3.8 Alcoholismo:

Se refiere a patología que se produce por la consumición de bebidas alcohólicas, que puede presentarse de forma aguda o crónica. Mathew et al. (2011) hallaron que las personas quienes son propensas a sufrir ataques de pánico a su vez presentan altas tasas de consumición de tabaco y alcohol, siendo el consumo de este último el más perjudicial. También encontraron en este estudio que las personas con historial de ataques de pánico, en comparación con personas sin antecedentes de estos, era tres veces más frecuente el consumo de tabaco diario o crónico y el doble sobre el consumo perjudicial de bebidas alcohólicas.

1.3.9 Antecedentes familiares:

Los antecedentes psiquiátricos en la familia pueden tener un papel importante en la presentación de trastornos mentales, de acuerdo con Schaefer et al. (2016) en su investigación, aquellas personas que mantenían una buena salud mental presentaban un historial mínimo de trastornos mentales en la familia. En otra investigación, centrada en la determinación de factores de riesgo, los pacientes reportaron tasas más altas de trastornos psiquiátricos en su familia, especialmente TP y trastornos ansiosos (Bandelow et al., 2002).

1.3.10 Covid-19:

De acuerdo con la investigación realizada por Husada et al. (2021) se ha llegado a considerar que las dificultades en la respiración que se presentan en los pacientes diagnosticados con Covid-19 a su vez provocan en los mismos, síntomas ansiosos, acompañado del temor a sufrir desmayos o perder la vida; de igual manera surge el miedo a ser rechazado dentro de las unidades de cuidados

intensivos tanto como recibir la ayuda de intubación. En otro contexto, los síntomas de pánico podrían surgir como consecuencia del duelo, depresión, problemas de sueño, así como el temor al fallecimiento de las personas cercanas al paciente. A la luz de estos resultados, los autores concluyen que sumado al agravamiento de los problemas respiratorios se evidencia una complicación de los ataques de pánico en personas ya diagnosticadas con TP, en este punto Javelot y Weiner (2021) enfatizan el papel de los pensamientos catastróficos, sobre todo con respecto a cambios repentinos en la respiración, y el empeoramiento de los ataques de pánico en pacientes con TP de tipo respiratorio; también encontraron que se ha producido un aumento significativo de casos de TP de tipo respiratorio a causa de la hipervigilancia de síntomas respiratorios.

1.3.11 Ejercicio físico:

De acuerdo con Casajús y Vivente-Rodríguez (2011) el ejercicio es un proceso sistematizado de actividad física, en donde se entiende por actividad física a todo movimiento del cuerpo producido por el sistema musculoesquelético que provoca un gasto energético. A nivel de salud mental, Chekroud et al. (2018) identificaron una estrecha relación entre la práctica de alguna actividad física y niveles más bajos de afectación psicológica, de igual manera Klaus (2018) resalta el papel del ejercicio como una herramienta para prevenir o retrasar la aparición de algunos trastornos mentales; así como su uso terapéutico.

1.3.12 Disfunción familiar:

De acuerdo a una investigación realizada por Londoño et al. (2010) existe una relación entre la presencia de problemas familiares y el desarrollo de alteraciones en el estado de ánimo, en esta misma línea las investigaciones realizadas por Guo et al. (2018) y Alvarado y Santiago (2021) señalan la disfuncionalidad como un factor de riesgo para los trastornos de ansiedad. De igual manera, Londoño et al. (2010) concluye que las buenas relaciones en el núcleo familiar, la cohesión

y una convivencia adecuada dentro del grupo primario, actúan como un factor protector para la prevención de problemas relacionados a la salud mental. Tomando la disfunción familiar como variable de estudio, se ha identificado que las familias disfuncionales reportan índices más altos de trastornos mentales, principalmente en aquellos que presentan alteraciones psicológicas y conductuales como consecuencia del consumo de sustancias (Okeafor y Chukwujekwu, 2017).

CAPÍTULO 2

2. METODOLOGÍA

2.1 Objetivos de la investigación

2.1.1 Objetivo general:

Identificar la prevalencia del Trastorno de Pánico, en la población perteneciente al cantón Nabón y su relación con factores sociodemográficos y otros factores presentes.

2.1.2 Objetivos específicos:

- Identificar la prevalencia del Trastorno de Pánico en el cantón Nabón.
- Determinar la presencia de factores sociodemográficos y otros factores en la población del cantón Nabón.
- Relacionar la presencia del Trastorno de Pánico, con factores sociodemográficos y otros factores presentes en la población del cantón Nabón.

2.2 Tipo de estudio

El presente estudio cuantitativo tuvo un enfoque no experimental y analítico transversal, cuyo alcance es descriptivo y correlacional. Este estudio se centró en medir los factores sociodemográficos presentes en la población del cantón Nabón y establecer la prevalencia del TP en la misma, utilizando para ellos el test MINI, en el apartado correspondiente al TP.

2.3 Población y muestra

La investigación se realizó en el cantón Nabón que tiene una población total de 14 085 de adultos del cual se seleccionó una muestra aleatoria de 725 adultos, siendo estos 238 varones y 487

mujeres para lo cual se utilizaron como criterios de inclusión: ser parte de la población de Nabón y tener más de 20 años.

La muestra se realizó de manera polietápica, se obtuvo una muestra aleatoria que fue distribuida porcentualmente por conglomerados de acuerdo al número de habitantes que se encontraban habitando cada comuna. Posteriormente se procedió con la estratificación según el grupo etario, considerando cuatro estratos, el primero de ellos siendo desde los 10 a 19 años, el segundo de los 20 a los 39, el tercero de los 40 a los 59 y el último desde 60 años en adelante. 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 ubicar a los sujetos del estudio dentro del área geográfica se realizó un proceso aleatorio de las viviendas del cantón Nabón, en donde se definió la respectiva información a levantar de acuerdo con los estratos de edad y sexo. En caso de que la vivienda que se haya seleccionado no cuente con los parámetros anteriormente expuestos o ya haya sido visitada por otro miembro del proyecto, se seleccionó una de acuerdo al criterio de vecino más cercano, lo que quiere decir que se eligió la vivienda anterior, posterior, o ubicada a su derecha o izquierda.

2.4 Procedimiento de la investigación

Los instrumentos fueron aplicados durante excursiones de un día realizadas por los estudiantes de las carreras de Psicología Clínica y Medicina de los octavos y segundos ciclos respectivamente, miembros del proyecto de investigación de la Universidad del Azuay.

Al llegar al cantón Nabón se distribuyeron parejas con un miembro representante de cada carrera, a los cuales se les asignó los instrumentos por paquetes según la cantidad de individuos a encuestar de acuerdo con la muestra que corresponde a cada comunidad visitada. Una vez que las

parejas se encontraron en las comunidades respectivas, estas procedieron a realizar la aplicación de acuerdo al criterio de vecino más cercano; empezaron por definir el grupo etario, posterior a esto, se procedió a brindar la explicación y firma del consentimiento informado, en caso de ser menores de edad, este consentimiento fue firmado por el tutor legal que en el momento de la realización se encontraba con el individuo.

A continuación, se describen los instrumentos utilizados en el proceso de entrevista

2.4.1 Consentimiento informado:

En este se describe el objetivo de la investigación, el tiempo aproximado, la cláusula de confidencialidad, también se recalca que la misma es voluntaria y que la persona tiene derecho a no responder preguntas que le produzcan incomodidad. Así mismo se identifica a la persona que conduce la investigación y se proveen datos de contacto en caso de tener alguna duda. (Anexo 1)

2.4.2 Ficha sociodemográfica:

Este es un instrumento cuya función es recolectar la información de mayor relevancia para el estudio sobre los individuos a nivel psicosocial y cuyas clasificaciones son adaptadas en función a los objetivos de la investigación. En el caso de este proyecto los factores sociodemográficos que se obtuvieron fueron: (Anexo 2)

- Etnia
- Género
- Edad
- Escolaridad (Años De Estudio)
- Cohabitación

- Estado Civil
- Ocupación (Actividad Que Desarrolla Actualmente)
- Migración Familiar (Miembro Familiar Que Migró Y El Tiempo)
- Tratamientos Médico Debido A Una Enfermedad Mental
- Endeudamiento
- Discriminación O Exclusión
- Actividad Física

2.4.3 Entrevista Neuropsiquiátrica MINI Internacional versión 7.0.2 traducida:

Entrevista diagnóstica breve estructurada que recoge información acerca de los principales trastornos psiquiátricos del DSM V y el CIE 10. De acuerdo con Ferrando et al. (2000) se han realizado estudios de confiabilidad y validez que demuestran puntuaciones aceptablemente altas; tras ser comparada con otros instrumentos similares se identifica que puede ser administrada en un menor tiempo, por personal clínico tras un entrenamiento breve. Para este estudio se utiliza específicamente el apartado de Trastorno de Pánico (Anexo 3).

2.4.4 FF-SIL:

Prueba de percepción del funcionamiento familiar:

De acuerdo con Ortega et al. (1999), este instrumento fue fabricado por con la finalidad de evaluar la funcionalidad de la familia tanto de forma cuantitativa como cualitativa. Para ello evalúa las relaciones intrafamiliares y su funcionalidad, a través de diferentes variables como la permeabilidad, afectividad, roles, cohesión, armonía, comunicación, y adaptabilidad, que resultan de utilidad para conocer la estructura y la dinámica funcional de los miembros de la familia. En el

caso de la versión utilizada dentro de este proyecto, las puntuaciones para determinar la funcionalidad dentro de la familia fueron las siguientes:

Familia funcional: 70 a 57 puntos.

Familia moderadamente funcional: 56 a 43 puntos.

Familia disfuncional: 42 a 28 puntos.

Familia severamente disfuncional: 27 a 14 puntos.

2.4.5 AUDIT

Este test es una escala breve desarrollada por la OMS como un instrumento de screening del consumo excesivo de alcohol; está compuesto de 10 preguntas que miden el consumo reciente (ítems 1-3), síntomas de dependencia del alcohol (ítems 4 - 6) y consecuencias relacionadas con el consumo alcohol (7-10) (Babor et al., 2001).

2.4.6 Instrumento WAST versión adaptada:

Este instrumento es usado como una herramienta de detección de violencia doméstica. La llamada Herramienta de detección de abuso de mujeres (WAST), se usa fundamentalmente en entornos relacionados a la salud, tanto en medicina como psicología, para ayudar a identificar una relación de abuso hacia una mujer. El instrumento WAST mide las variables relacionadas al aspecto verbal, emocional, físico y sexual, presentes en la relación de pareja.

De acuerdo con Binfa et al. (2018) el instrumento WAST original procedente de Estados Unidos posee 8 interrogantes de tipo Likert evalúan el nivel de estrés que existe dentro de una relación, el grado de conflicto para resolver los problemas y la presencia de momentos de violencia de tipo psicológico, emocional, sexual y físico.

En el caso de la versión utilizada para este proyecto, las respuestas fueron evaluadas con un puntaje más alto de 3, intermedio de 2, y la ausencia de violencia con 1 punto, para cada pregunta. Y un valor máximo de 24 puntos para el total del instrumento en donde el punto de corte fue de 15 puntos, donde por encima de este puntaje se calificaba como persona que ha sufrido de agresión y por debajo de este puntaje se la calificaba como no haber sufrido agresión.

2.4.7 Evaluación de los instrumentos

Al finalizar la jornada de evaluación cada pareja fue responsable de evaluar los instrumentos aplicados, al cabo de dos días eran entregados a la directora del proyecto, para su posterior transcripción en la base de datos en el programa Excel 2019, utilizando códigos numéricos.

2.5 Análisis de datos

Al finalizar el proceso de transcripción de datos, estos fueron analizados mediante el uso del software estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Posteriormente estos resultados fueron llevados nuevamente a Excel para tabularlos. Terminado este proceso se realizó el correspondiente análisis descriptivo y relacional de cada uno de los factores que fueron relevantes para este estudio. Se procede a realizar un análisis descriptivo de los datos con frecuencias y porcentajes como indicadores. Además, se hizo un estudio de relación Chi Cuadrado (χ^2) para datos categóricos, entre la variable de trastorno de pánico y los factores sociodemográficos (cohabitación, estado civil, etnia, género, edad, escolaridad, ocupación, migración, antecedentes familiares de enfermedad mental, deuda familiar, discriminación, actividad física, afección psicológica por la pandemia Covid-19, disfuncionalidad familiar, y consumo problemático de alcohol). Dicho proceso se realizó en el software SPSS versión 25.

La recopilación de los datos se realizó desde el mes de noviembre del año 2020 hasta el mes de junio del año 2021.

CAPÍTULO 3

3. RESULTADOS

El propósito del presente capítulo consta en la presentación de los resultados que se obtuvieron durante la realización de esta investigación, así como el análisis e interpretación de los mismos. La prevalencia del TP en el cantón Nabón, así como los factores sociodemográficos se presenta con el uso tanto de tablas como de gráficos.

3.1 Variables sociodemográficas

En este estudio participaron 725 adultos pertenecientes al cantón Nabón. La Tabla 1 muestra la distribución de la población encuestada, de acuerdo al género y etnia.

Tabla 1:

Distribución de los participantes por género y etnia. Nabón, 2021

Variables		Frecuencia	Porcentaje
Género	Masculino	238	32,8
	Femenino	487	67,2
Etnia	Mestizo	495	68,3
	Indígena	219	30,2
	Blanco	8	1,1
	Otras	3	0,4

En relación a la edad de la población general del cantón Nabón, encontramos que la media está en 45,04 años (DS de 18,235). A su vez, la mediana se halla en un valor de 42 años, y la edad mínima y máxima de la población general es de 20 años y 90 años respectivamente.

En relación a la edad de la población de género Masculino del cantón Nabón, tenemos que la media es de 48,57 años (DS de 19,368). La mediana se halla en un valor de 48 años.

En relación a la edad de la población de género Femenino del cantón Nabón, se encuentra que la media de este valor está en 43,32 años (DS de 17,417). La mediana se halla en un valor de 40 años.

En la tabla 2 se encuentra que, al sumar el porcentaje de personas sin escolaridad, educación básica incompleta y completa, el 63.8% de la muestra obtenida no ha recibido educación secundaria. De igual manera, se identifica que el 55.1% de la muestra refiere realizar una actividad laboral, el 21,2% es dueño de casa y únicamente el 5.2% de la población entrevistada no realiza ninguna actividad.

En relación a la situación de cohabitación de los entrevistados el 93.2% comparte vivienda con una o varias personas; por otro lado, el 64.2% de las personas entrevistadas se encuentran actualmente en una relación de pareja formal.

Tabla 2:

Escolaridad, ocupación, cohabitación y estado civil de los participantes en el estudio. Nabón, 2021

	Variables	Frecuencia	Porcentaje
Escolaridad	Sin escolaridad	94	13,0
	Educación básica incompleta	255	35,2
	Educación básica completa	113	15,6
	Bachillerato incompleto	74	10,2
	Bachillerato completo	151	20,8
	Nivel tecnológico	8	1,1
	Nivel superior completo	28	3,9
	Nivel postgrado	2	0,3
Ocupación	Labora jornada completa	251	34,6
	Labora media jornada	77	10,6
	Trabajo ocasional	72	9,9
	Cambio de actividad	13	1,8

Cohabitación	Cesante	10	1,4
	Jubilado	22	3,0
	Dueño de casa	158	21,8
	Estudiante	16	2,2
	Otro	106	14,6
	Vive con pareja	290	40,0
	Otros	241	33,2
	Ambos padres y hermanos	82	11,3
	Vive solo	49	6,8
	Vive con ambos padres, hermanos y otros familiares	34	4,7
	Vive solo con el padre o la madre	17	2,3
	Vive con su madre o padre, con su nueva pareja y sus hijos	9	1,2
	Vive con tíos y/o abuelos	3	0,4
Estado civil	Casado	368	50,8
	Soltero	185	25,5
	Unión de hecho	97	13,4
	Viudo	45	6,2
	Divorciado	21	2,9
	Separado	9	1,2

De acuerdo a los valores representados en la tabla 3, se identifica que no existen diferencias significativas entre la presencia o no de deudas en el núcleo familiar; en relación a la migración, un porcentaje ligeramente mayor de familias no han experimentado movimientos migratorios.

Tabla 3:

Factores estudiados en relación al núcleo familiar. Nabón, 2021.

Variables		Frecuencia	Porcentaje
Familiar en tratamiento médico debido a enfermedad mental (antecedentes familiares)	Si	113	15,6
	No	612	84,4

Migración Familiar	Si	317	43,7
	No	408	56,3
Deuda familiar	Si	337	46,5
	No	388	53,5

En relación a otros factores que fueron tomados en cuenta (Tabla 4) se identifica como única variable de riesgo un número mayor de personas que respondieron no realizar ningún tipo de actividad física.

Tabla 4:

Otros factores a considerados de influencia en el trastorno de pánico. 2021

Variables		Frecuencia	Porcentaje
Actividad física	Si	305	42,1
	No	420	57,9
Ha sufrido discriminación	Si	164	22,6
	No	561	77,4
Afección psicológica por la pandemia Covid-19	Si	342	47,2
	No	383	52,8

3.2 Asociaciones obtenidas

De acuerdo a los valores reflejados en la Tabla 5, se encontró que la prevalencia del Trastorno de Pánico en el cantón Nabón es del 8% distribuido en Trastorno de Pánico Actual (5.4%) y Trastorno de Pánico de Toda la Vida (2.6%).

Tabla 5:

Prevalencia del Trastorno de Pánico en la muestra estudiada. Nabón, 2021

Trastorno de pánico	Frecuencia	Porcentaje
Sin TP	667	92,0

Actual	39	5,4
Toda la vida	19	2,6

Existe evidencia de relación estadísticamente significativa entre el trastorno de pánico y etnia indígena. También se encuentra relación entre el dicho trastorno y la variable de familiar con tratamiento de enfermedad mental. Finalmente, se observa relación entre la variable del trastorno y la variable de disfunción familiar (Tabla 9). Los valores de odds ratio (OR) obtenidos nos indican resultados similares, siendo la variable Disfuncionalidad familiar la que tiene una relación más fuerte con la presencia del trastorno de pánico, seguida de Familiar con tratamiento de enfermedad mental y Etnia indígena.

Tabla 6:

Análisis estadístico de las variables en relación al Trastorno de Pánico

Variable	Trastorno de pánico		Estadísticos				
	No.	%	Chi 2	P	OR	IC 95%	
Vivir solo	4	6,9	*	1,000	1,025	0,355	2,954
Soltero, separado, viudo, divorciado	20	34,5	0,052	0,819	0,936	0,533	1,646
Etnia indígena	25	43,1	4,974	0,026	1,847	1,070	3,188
Género mujer	40	69,0	0,092	0,762	1,094	0,613	1,952
Edad 25 a 45 años	22	37,9	0,002	0,964	1,013	0,583	1,761
Sin educación - básica completa	30	51,7	0,325	0,569	1,169	0,683	2,000
Dueño de casa, en formación cambio de actividad, cesante, jubilado	14	24,1	0,466	0,495	0,805	0,431	1,503
Migración familiar	30	51,7	1,640	0,200	1,419	0,829	2,428

Familiar con tratamiento de enfermedad mental	15	25,9	5,060	0,024	2,025	1,083	3,786
Deuda familiar	28	48,3	0,081	0,775	1,081	0,632	1,850
Ha sufrido discriminación	19	32,8	3,702	0,059	1,754	0,984	3,127
No realiza ejercicio programado	35	60,3	0,151	0,698	1,115	0,644	1,928
Estado psicológico afectado por la pandemia	30	51,7	0,524	0,469	1,219	0,713	2,086
Disfuncionalidad familiar	8	19,5	8,592	0,003	3,313	1,426	7,700
Consumo problemático de alcohol (AUDIT 15 y más)	2	3,4	*	0,187	2,942	0,610	14,188

* Se obtuvieron valores menores a 5 en las celdas marcadas

CAPÍTULO 4

4. DISCUSIÓN

En el presente estudio se planteó el objetivo de identificar la prevalencia del TP en la población perteneciente a Nabón y su relación con factores sociodemográficos y otros factores presentes.

Los resultados obtenidos reflejan una prevalencia del Trastorno de Pánico Actual de 5.4% y Trastorno de Pánico de Toda la Vida de 2,6% lo que da una prevalencia total de un 8%, estos datos reflejan un resultado similar al encontrado en la población rural del cantón Cuenca por Díaz (2019) en el que la prevalencia fue del 7.3%, este resultado es coherente ya que la población presenta características sociodemográficas similares y para identificar la presencia de TP se utilizó el mismo instrumento, la Entrevista Diagnóstica MINI. Sin embargo, los estudios a nivel internacional y nacional refieren una prevalencia menor; que oscila entre el 1,7% al 2,4% (Cárdenas y Parada, 2021; de Jonge et al., 2016; Olaya et al., 2018), esta diferencia de resultados puede ser debido a los instrumentos utilizados, así como la población estudiada y sus características. de Jonge et al. (2016) y Olaya et al. (2018) utilizaron en sus investigaciones una versión adaptada del Composite International Diagnostic Interview (CIDI); la cual, de acuerdo a la investigación realizada por Levis et al. (2019), tiene una menor probabilidad de detectar ciertos trastornos como la Depresión Mayor, sin embargo, no se ha realizado un estudio comparativo similar en relación al TP.

El género femenino que, de acuerdo con Olaya et al. (2018), parece ser un factor que, debido a cambios hormonales y estresores psicosociales, podría tener un mayor impacto en la presentación del TP. En una investigación realizada en Europa para delimitar la diferencia de la prevalencia de los trastornos de pánico de acuerdo al género, se encontró que las mujeres tenían una probabilidad

más alta de presentar trastornos internalizantes, estos comprenden los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad (Boyd et al., 2015). En el presente estudio se encuentra que el 69% de las personas con Trastorno de Pánico pertenecen al género femenino, este resultado es similar a los encontrados en otras investigaciones (Díaz, 2019); sin embargo, debido a que la muestra total de personas encuestadas está conformada por un número mayor de mujeres en relación a la cantidad de hombres entrevistados, no es posible relacionar estadísticamente la presencia de este trastorno con el género femenino; ya que el alto porcentaje de mujeres con TP podría deberse tanto a una predisposición al trastorno, como a una disparidad entre el número de individuos que pertenecen a cada género en la población entrevistada.

En cuanto al factor de la escolaridad, el TP podría tener un fuerte impacto en el proceso educativo de los individuos, derivando incluso en la deserción de la educación según Doran y Kinchin (2019); sin embargo, Esch et al. (2014) no encuentra influencia de los trastornos de ansiedad en el abandono de la escolaridad. En relación a este aspecto encontramos que el 51.7% de las personas con Trastorno de Pánico en este estudio no habían cursado estudios secundarios; al ser esto común dentro de la población entrevistada, no se puede identificar una asociación entre el abandono escolar y la presencia del TP en Nabón.

Con respecto a la ocupación y deuda de los habitantes de Nabón, es necesario mencionar que este es uno de los cantones más pobres del Azuay de acuerdo a Lozada (2022), además de esto, la pandemia Covid-19 redujo significativamente la producción agrícola y por ende las labores de los pobladores. En estudios previos realizados a poblaciones similares, la pobreza y la situación laboral no remunerada tendrían relación con el TP (Díaz, 2019), sin embargo, en este estudio únicamente el 5.2% de la población no realizaba alguna actividad laboral o estudiantil, lo que puede actuar como un factor protector y el 53.5% no refirió tener deudas familiares. De igual manera, la

presencia de Deuda familiar tuvo un OR cercano a uno ($OR=1,081$) lo que implica que no existe una correlación fuerte entre esta variable y la presencia de TP.

La pandemia Covid-19 también es un factor considerado dentro de este estudio, siendo que los pacientes han presentado mayores síntomas de ansiedad de acuerdo a Husada et al. (2021), así como un aumento de pensamientos catastróficos según Javelot y Weiner (2021), ambas sintomatologías relacionadas a cambios o dificultades en la respiración. Aunque dentro de esta investigación el 47,2% de la muestra refirió sí haber sido afectada psicológicamente por la pandemia, no se halló una fuerte relación entre esta y el TP ($OR=1,219$), esto podría deberse a la ausencia de síntomas respiratorios o bajos niveles de contagio y mortalidad en la población debido al Covid – 19. De acuerdo al Ministerio de Salud Pública Ecuador (2022) desde el 29 de febrero de 2020 hasta el 05 de septiembre de 2022 se han registrado 453 casos positivos en el cantón Nabón, lo que implica un número de contagios bajo considerando la situación epidemiológica del país (997 791 casos confirmados).

La presente investigación identifica que existe una relación entre el diagnóstico de Trastorno de Pánico y pertenecer a la etnia indígena, los antecedentes de enfermedades mentales en la familia y la disfunción familiar. En relación a la etnia, Mangolini et al. (2019) refiere que podría ser un factor determinante en el desarrollo de problemas de ansiedad; el presente estudio encuentra una relación estadísticamente significativa entre la presencia del TP y la etnia, sin embargo, la falta de otros estudios enfocados en este factor nos impide corroborar este resultado, por lo que se recomienda realizar más investigaciones utilizando la etnia como variable.

El ámbito familiar es un factor que parece tener un papel muy importante en la presentación del TP, los resultados obtenidos en este estudio reflejan que existe una relación entre la presencia de antecedentes familiares de trastornos mentales y el diagnóstico de TP, esto complementa los

resultados de Schaefer et al. (2016), el cual describió que un historial mínimo de trastornos mentales en la familia estaba relacionado con una buena salud mental; siguiendo esta línea, se ha determinado que la presencia de trastornos psicológicos en la familia, especialmente aquellos que tenían a la ansiedad síntoma principal, era un factor de riesgo para desarrollar problemas de salud mental (Bandelow et al., 2002).

Otro aspecto acerca de la familia que demostró tener relación con la presencia del TP fue la disfunción familiar; Alvarado y Santiago (2021); Guo et al. (2018) y Londoño et al. (2010) en sus investigaciones se refieren a los problemas en el núcleo familiar como un factor de riesgo en el desarrollo de trastornos mentales, especialmente los relacionados a alteraciones del estado de ánimo y problemas de ansiedad; en relación a esto Vargas (2014) resalta que en trastornos ansiosos y depresivos, la familia suele actuar como un factor desencadenante y mantenedor de los síntomas, resaltando también el papel de la biología en estos diagnósticos. En una investigación más específica acerca de la disfunción familiar, Okeafor y Chukwujekwu (2017) identificaron que las familias con menor índice de funcionalidad reportaban un mayor número de trastornos mentales; lo que apoya los resultados obtenidos en nuestra investigación.

Se han cumplido los objetivos planteados al inicio de la investigación, se identificó la prevalencia del Trastorno de Pánico en el cantón Nabón, así como los de factores sociodemográficos presentes en la población y su relación con la presencia del TP.

CAPÍTULO 5

5. Conclusiones

En la presente investigación se identificó que la prevalencia del Trastorno de Pánico en el cantón Nabón es de un 8%, siendo el Trastorno de Pánico Actual el más común con un 5,4%, seguido del Trastorno de Pánico de Toda la Vida con un 2,6%. Los tres factores que presentan una fuerte relación con el TP son la etnia indígena, los antecedentes de enfermedades mentales en la familia y la disfunción familiar.

Es importante resaltar que el 69% de los participantes que refirieron presentar TP pertenecen al género femenino y un 51.7% de las personas con Trastorno de Pánico en este estudio no habían cursado estudios secundarios; estos dos factores, si bien no relacionados entre sí, han demostrado ser un común denominador en la población estudiada por lo que se recomiendan estudios más profundos para determinar con certeza su papel en la aparición del TP en el cantón Nabón.

6. Recomendaciones

Debido a que no existen resultados concluyentes acerca del papel de la etnia en el desarrollo del Trastorno de Pánico se recomienda realizar estudios focalizados a la presencia de este en la población perteneciente a la etnia indígena, sentando bases para futuras investigaciones. Otro punto a considerar es la relación del género femenino y el TP, si bien en el presente trabajo no se pudo corroborar esta conexión, un estudio focalizado en identificar la correlación de estos factores sería beneficioso para trasladar los hallazgos de otros investigadores a esta población.

El presente estudio no centra su atención en descubrir los factores causales del Trastorno de Pánico, sin embargo, consideramos relevante ampliar las investigaciones hacia este campo con el fin de identificar posibles factores de riesgo presentes en la población.

Por último, se recomienda realizar investigaciones similares en otros cantones pertenecientes a Azuay, con el fin de ampliar el conocimiento acerca del estado actual de la salud mental en la provincia.

Bibliografía

- Alvarado, A., & Santiago, S. (2021). *Efectividad de un programa de intervención en trastornos mentales en universitarios de la Facultad de Medicina UNHEVAL, 2019*. Universidad Nacional Hermilio Valdizán.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5th ed.).
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). AUDIT: Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol. Pautas para su utilización en Atención Primaria. *Generalitat Valenciana*.
- Bandelow, B., Späth, C., Tichauer, G. Á., Brooks, A., Hajak, G., & Rüther, E. (2002). Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with panic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 43(4), 269–278. <https://doi.org/10.1053/comp.2002.33492>
- Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F. (2020). *Manual de Psicopatología* (Tercera). McGraw-Hill. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=794715>
- Bínfa, L., Cancino, V., Ugarte, I., Mella, M., & Cavada, G. (2018). Adaptación del instrumento WAST para la detección de violencia doméstica en Centros de Salud. *Revista Médica de Chile*, 146(3), 331–340. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872018000300331>
- Boyd, A., Van de Velde, S., Vilagut, G., de Graaf, R., O'Neill, S., Florescu, S., Alonso, J., & Kovess-Masfety, V. (2015). Gender differences in mental disorders and suicidality in Europe: Results from a large cross-sectional population-based study. *Journal of Affective Disorders*, 173, 245–254. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.11.002>

- Cano Vindel, A., Mae Wood, C., Dongil, E., & Latorre, J. M. (2011). El Trastorno de Pánico en Atención Primaria. *Papeles Del Psicologo*, 32(3), 265–273.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77822236007>
- Cárdenas, E., & Parada, B. (2021). Epidemiología de la morbilidad psiquiátrica en el Ecuador. *Gaceta Médica Espirituana, Universidad de Ciencias Médicas de Sancti Spíritus*, 23(2), 53–65. <http://revgm.espirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/2239>
- Casajús, J. A., & Vivente-Rodríguez, G. (2011). Ejercicio Físico Y Salud En Poblaciones Especiales. In *Consejo Superior de Deportes*.
https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CBwQFjAA&url=http://www.naos.aesan.msssi.gob.es/naos/ficheros/investigacion/Ejercicio_y_salud_en_poblaciones_especiales.pdf&ei=whjEU7TSCvLMsQSIr4DQCw&usg=AFQjCNGkoqWu18
- Chekroud, S. R., Gueorguieva, R., Zheutlin, A. B., Paulus, M., Krumholz, H. M., Krystal, J. H., & Chekroud, A. M. (2018). Association between physical exercise and mental health in 1·2 million individuals in the USA between 2011 and 2015: a cross-sectional study. *The Lancet Psychiatry*, 5(9), 739–746. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30227-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30227-X)
- Craske, M. G., Stein, M. B., Eley, T. C., Milad, M. R., Holmes, A., Rapee, R. M., & Wittchen, H.-U. (2017). Anxiety disorders. *Nature Reviews Disease Primers*, 3(1), 17024. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.24>
- de Jonge, P., Roest, A. M., Lim, C. C. W., Florescu, S. E., Bromet, E. J., Stein, D. J., Harris, M., Nakov, V., Caldas-de-Almeida, J. M., Levinson, D., Al-Hamzawi, A. O., Haro, J. M., Viana, M. C., Borges, G., O'Neill, S., de Girolamo, G., Demyttenaere, K., Gureje, O., Iwata, N., ...

- Scott, K. M. (2016). Cross-national epidemiology of panic disorder and panic attacks in the world mental health surveys. *Depression and Anxiety*, 33(12), 1155–1177. <https://doi.org/10.1002/da.22572>
- Díaz Vallejo, B. (2019). *Prevalencia del trastorno de pánico en la población rural del Cantón Cuenca*. [Universidad del Azuay]. <https://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/9448>
- Doran, C. M., & Kinchin, I. (2019). A review of the economic impact of mental illness. *Australian Health Review*, 43(1), 43–48. <https://doi.org/10.1071/AH16115>
- Esch, P., Bocquet, V., Pull, C., Couffignal, S., Lehnert, T., Graas, M., Fond-Harmant, L., & Anseau, M. (2014). The downward spiral of mental disorders and educational attainment: A systematic review on early school leaving. *BMC Psychiatry*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0237-4>
- Fava, L., & Morton, J. (2009). Causal modeling of panic disorder theories. *Clinical Psychology Review*, 29(7), 623–637. <https://doi.org/10.1016/J.CPR.2009.08.002>
- Fellmeth, G., Rose-Clarke, K., Zhao, C., Busert, L. K., Zheng, Y., Massazza, A., Sonmez, H., Eder, B., Blewitt, A., Lertgrai, W., Orcutt, M., Ricci, K., Mohamed-Ahmed, O., Burns, R., Knipe, D., Hargreaves, S., Hesketh, T., Opondo, C., & Devakumar, D. (2018). Health impacts of parental migration on left-behind children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 392(10164), 2567–2582. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32558-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32558-3)
- Ferrando, L., Bobes, J., Gibert, J., Soto, M., & Soto, O. (2000). MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI). *Instrumentos de Detección y Orientación Diagnóstica*, 1–25.

- Gorman, J. M., Kent, J. M., Sullivan, G. M., & Coplan, J. D. (2000). Neuroanatomical hypothesis of panic disorder, revised. *American Journal of Psychiatry*, 157(4), 493–505. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.4.493>
- Guo, L., Tian, L., & Scott Huebner, E. (2018). Family dysfunction and anxiety in adolescents: A moderated mediation model of self-esteem and perceived school stress. *Journal of School Psychology*, 69(April), 16–27. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2018.04.002>
- Herrera, S. (2009). *Nabón. Entre las mujeres y el gobierno local*. Instituto de Estudios Ecuatorianos.
- Husada, M. S., Amin, M. M., & Saragih, M. (2021). Coronavirus disease-19 Pandemic-Induced Panic Disorder. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 9(T3), 237–239. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2021.6318>
- Javelot, H., & Weiner, L. (2021). Panic and pandemic: Narrative review of the literature on the links and risks of panic disorder as a consequence of the SARS-CoV-2 pandemic. *L'Encéphale*, 47(1), 38–42. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.08.001>
- Kim, J. E., Song, I. H., & Lee, S. H. (2017). Gender differences of stressful life events, coping style, symptom severity, and health-related quality of life in patients with panic disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 205(9), 714–719. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000696>
- Klaus, L. (2018). Diet, exercise, and mental disorders – public health challenges of the future. *Movement and Nutrition in Health and Disease*, 2, 39–59. <https://doi.org/10.5283/mnhd.12>
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., Brown, T.

- A., Carpenter, W. T., Caspi, A., Clark, L. A., Eaton, N. R., Forbes, M. K., Forbush, K. T., Goldberg, D., Hasin, D., Hyman, S. E., Ivanova, M. Y., Lynam, D. R., Markon, K., ... Zimmerman, M. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of Abnormal Psychology, 126*(4), 454–477. <https://doi.org/10.1037/abn0000258>
- Levis, B., McMillan, D., Sun, Y., He, C., Rice, D. B., Krishnan, A., Wu, Y., Azar, M., Sanchez, T. A., Chiovitti, M. J., Bhandari, P. M., Neupane, D., Saadat, N., Riehm, K. E., Imran, M., Boruff, J. T., Cuijpers, P., Gilbody, S., Ioannidis, J. P. A., ... Thombs, B. D. (2019). Comparison of major depression diagnostic classification probability using the SCID, CIDI, and MINI diagnostic interviews among women in pregnancy or postpartum: An individual participant data meta-analysis. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 28*(4), 1–11. <https://doi.org/10.1002/mpr.1803>
- Londoño, N. H., Marín, C. A., Juárez, F., Palacio, J., Muñiz, O., Escobar, B., Herrón, I., Agudelo, D., Lemos, M., Toro, B. E., Ochoa, N. L., Hurtado, M. H., Gómez, Y., Uribe, A. F., Rojas, A. L., Pinilla, M. L., Villa-Roel, D., Villegas, M. J., Arango, A. L., ... López, I. C. (2010). Factores de riesgo psicosociales y ambientales asociados a trastornos mentales. *Suma Psicológica, 17*(1), 59–68. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-43812010000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=es
- Macías-Carballo, M., Pérez-Estudillo, C., López-Meraz, L., Beltrán-Parrazal, L., & Morgado-Valle, C. (2019). Trastornos de ansiedad: revisión bibliográfica de la perspectiva actual. *Neurobiología, 10*(24), 1–11. www.uv.mx/eneurobiologia/vols/2019/24/24.html

- Mangolini, V. I., Andrade, L. H., & Wang, Y.-P. (2019). Epidemiologia dos transtornos de ansiedade em regiões do Brasil. *Revista de Medicina*, 98(6), 415–422. <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v98i6p415-422>
- Martínez, C., Perelló del Río, M. J., & Hernández Viadel, M. (2011). El trastorno de pánico, con o sin agorafobia, y su tratamiento. Visión actual. *Informacio Psicologica*, 102, 63–78. <http://www.informaciopsicologica.info/OJSmottif/index.php/leonardo/article/view/66>
- Mathew, A. R., Norton, P. J., Zvolensky, M. J., Buckner, J. D., & Smits, J. A. J. (2011). Smoking Behavior and Alcohol Consumption in Individuals With Panic Attacks. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 25(1), 61–70. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.25.1.61>
- Ministerio de Salud Pública Ecuador. (2022). *SITUACIÓN NACIONAL POR COVID-19, ECUADOR*. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/09/MSP_cvd19_infografia_diaria_20220906.pdf
- Mora Verdugo, M., Aguilera Muñoz, J., Pontón, Y. D., Alicia, M., Andrade, B., Andrés, E., Cisneros, S., & Reyes, F. M. (2019). Prevalencia de trastornos mentales y su relación con la funcionalidad y estructura familiar en parroquias del cantón Cuenca. In *Trabajo de Titulación*. <https://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/9430>
- Okeafor, C. U., & Chukwujekwu, D. C. (2017). Assessment of family functionality status among patients with mental illness at a tertiary health facility in rivers state, Nigeria. *New Nigerian Journal of Clinical Research*, 6(9), 1–5. https://doi.org/10.4103/nnjcr.nnjcr_47_16
- Olaya, B., Moneta, M. V., Miret, M., Ayuso-Mateos, J. L., & Haro, J. M. (2018). Epidemiology of panic attacks, panic disorder and the moderating role of age: Results from a population-based study. *Journal of Affective Disorders*, 241, 627–633.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.069>

Organización Mundial de la Salud. (1995). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud*. 10(1).

Organización Mundial de Salud [OMS]. (2017). Depresión y otros trastornos mentales comunes.

Organización Panamericana de La Salud, 1–24.

<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (2017). *La salud mental en la Región de las Américas*.

Estado de Salud de La Población. <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/ro-mental-es.html>

Organización Panamericana de la Salud. (2018). La carga de los trastornos mentales en la Región

de las Américas, 2018. In *Organización Mundial de la Salud Oficina Regional para las Américas*.

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9

&isAllowed=y

Ortega Veitía, T., De La Cuesta Freijomil, D., & Días Retureta, C. (1999). Propuesta de un

instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. *Revista Cubana de Enfermería*, 15(3), 164–168.

Osma, J., García-Palacios, A., Botella, C., & Barrada, J. R. (2014). Personalidad y sensibilidad a

la ansiedad como factores de vulnerabilidad en el Trastorno de Pánico. *Behavioral Psychology*, 22(2), 185–201.

Perrotta, G. (2019). Panic Disorder : Definitions , Contexts , Neural Correlates and Clinical

- Strategies. *Current Trends in Clinical & Medical Sciences*, 1(2).
<https://doi.org/10.33552/CTCMS.2019.01.000508>
- Pfleiderer, B., Zinkirciran, S., Michael, N., Hohoff, C., Kersting, A., Arolt, V., Deckert, J., & Domschke, K. (2010). Altered auditory processing in patients with panic disorder: A pilot study. *World Journal of Biological Psychiatry*, 11(8), 945–955.
<https://doi.org/10.3109/15622975.2010.490273>
- Prieto Rodriguez, A. (2002). Salud mental: situación y tendencias. *Revista de Salud Pública*, 4(1), 74–88.
- Salum, G. A., Blaya, C., & Manfro, G. G. (2009). Transtorno do pânico. *Revista de Psiquiatria Do Rio Grande Do Sul*, 31(2), 86–94. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082009000200002>
- Sandín, B., Chorot, P., & Valiente, R. (2020). Psicopatología de la Ansiedad y Trastornos de Ansiedad: Hacia un Enfoque Transdiagnóstico. In *Manual de Psicopatología* (Tercera, pp. 3–34). McGraw-Hill.
- Schaefer, J. D., Caspi, A., Belsky, D. W., Harrington, H., Houts, R., Horwood, J., Hussong, A., Ramrakha, S., Poulton, R., Moffitt, T. E., Schaefer, J. D., Belsky, D. W., Horwood, L. J., Hussong, A., & Moffitt, T. E. (2016). Enduring Mental Health : Prevalence and Prediction. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(2), 212–224.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1037/abn0000232>
- Schmidt, N. B., Korte, K. J., Norr, A. M., Keough, M. E., & Timpano, K. R. (2014). Panic Disorder and Agoraphobia. In P. Emmelkamp & T. Ehring (Eds.), *The Wiley Handbook of Anxiety Disorders* (pp. 321–356). John Wiley & Sons, Ltd.
<https://doi.org/10.1002/9781118775349.ch19>

- Sobanski, T., & Wagner, G. (2017). Functional neuroanatomy in panic disorder: Status quo of the research. *World Journal of Psychiatry*, 7(1), 12. <https://doi.org/10.5498/wjp.v7.i1.12>
- Ströhle, A., Gensichen, J., & Domschke, K. (2018). The Diagnosis and Treatment of Anxiety Disorders. *Deutsches Ärzteblatt International*, 115(37), 611. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0611>
- Vargas Murga, H. (2014). Tipo de familia y ansiedad y depresión. *Revista Medica Herediana*, 25(2), 57. <https://doi.org/10.20453/rmh.v25i2.245>
- Vindel, A. C., Wood, C. M., Dongil, E., & Latorre, J. M. (2011). Panic disorder in primary care | El trastorno de pánico en atención primaria. *Papeles Del Psicologo*, 32(3), 265–273.
- Wickramage, K., Siriwardhana, C., Vidanapathirana, P., Weerawarna, S., Jayasekara, B., Pannala, G., Adikari, A., Jayaweera, K., Peiris, S., Siribaddana, S., & Sumathipala, A. (2015). Risk of mental health and nutritional problems for left-behind children of international labor migrants. *BMC Psychiatry*, 15(1), 39. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0412-2>
- Xie, J., Ding, S., Zhong, Z., Yi, Q., Zeng, S., Hu, J., & Zhou, J. (2014). Mental health is the most important factor influencing quality of life in elderly left behind when families migrate out of rural China. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(3), 364–370. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3400.2425>

Anexos:

Anexo 1: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Salud mental en el Cantón Nabón”

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 PHD. Yolanda Dávila Pontón profesora de la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay. La meta de este estudio es conocer cómo se encuentra la salud mental de la población.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá contestar una entrevista que le tomará aproximadamente 40 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 parece 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 Dra. Yolanda Dávila Pontón. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es conocer la salud mental de la población.

Me han indicado también que tendré que responderá a una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 40 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Yolanda Dávila directora de la investigación a al teléfono 0995888021.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

(en letras de imprenta)

Anexo 2: Ficha sociodemográfica

INFORMACIÓN GENERAL.

Ficha

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

Nombre del entrevistador.....

Comuna

1.- Etnia

1 ☐ Indígena

2 ☐ Mestiza

3 ☐ Blanca

4 ☐ Otra

2.- Género

1 ☐ Masculino

2 ☐ Femenino

3.- Edad: _____ años cumplidos

4.- Años de estudio

1 ☐ Sin escolaridad

2 ☐ Educación básica incompleta (< 10 de años estudio)

3 ☐ Educación básica incompleta (10 o más de años estudio)

4 ☐ Bachillerato incompleto (< 3ro bachillerato)

5 ☐ Bachillerato completo (3ro de bachillerato aprobado)

6 ☐ Nivel tecnológico (años aprobados)

7 ☐ Nivel superior completo (años aprobados – completo)

8 ☐ Nivel postgrado

5.- ¿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

3 ☐ Vive con ambos padres, hermanos y otros familiares (abuelos o tíos, etc.)

4 ☐ Vive sólo con el padre o la madre

5 ☐ Vive con su madre o padre y su nueva pareja y sus hijos

6 ☐ Vive solo

7 ☐ Vive con amigos (as)

8 ☐ Vive con tíos y/o abuelos

9 ☐ Otros, indicar con quién:

6.- Estado civil actual:

- | | |
|---|--|
| 1 ☐ Soltero/a | 4 ☐ Separado/a (de hecho) |
| 2 ☐ Unión de hecho | 5 ☐ Divorciado/a (legalmente) |
| 3 ☐ Casado/a | 6 ☐ Viudo/a |

¿Vive con su pareja? Sí ☐ No ☐

7.- ¿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) | 6 ☐ En formación/cambio de actividad |
| 2 ☐ Laboralmente activo (media jornada) | 7 ☐ Servicio militar |
| 3 ☐ Laboralmente activo (ocasionalmente) | 8 ☐ Cesante (estuvo trabajando) |
| 4 ☐ Dueña de casa (sin actividad laboral) | 9 ☐ Jubilado/a |
| 5 ☐ Estudiante | 10 ☐ Otro: _____ |

8.- ¿Tiene un familiar directo que ha migrado?

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

Sí ☐	No ☐	Migración interna ☐	Migración externa ☐
-----------------------------	-----------------------------	--	--

9.- Identifique quién migro y el tiempo

9.1.- ¿Quién migró?

- | |
|---|
| 1 ☐ Padre |
| 2 ☐ Madre |
| 3 ☐ Ambos padres |
| 6 ☐ Esposo (a) pareja |
| 7 ☐ Hermanos |
| 8 ☐ Abuelos o tíos |
| 9 ☐ Otros (indicar quién): |

9.2.- ¿Cuánto tiempo?

- | |
|--|
| 1 ☐ Menos de un año |
| 2 ☐ 1 a 5 años |
| 3 ☐ 6 a 10 años |

10.- Algún miembro de la familia ha recibido tratamiento médico por alguna enfermedad mental

Sí ☐ No ☐

Endeudamiento

11.1.- Tiene deudas la familia en el caso que la respuesta sea Sí, elija cuántos miembros están endeudados:

Sí ☐ No ☐ Número de miembros

11.2.- De todos los ingresos, cual es el porcentaje destinado a pagar la deuda

- 1 ☐ Menos de la cuarta parte
- 2 ☐ Cuarta parte
- 3 ☐ Mitad
- 4 ☐ Más de la mitad
- 5 ☐ Todo
- 6 ☐ Necesita más dinero

12.- ¿Se ha sentido discriminado o excluido por otras personas?

Sí ☐ No ☐

12.1.- ¿Por qué causa o motivo usted se ha sentido discriminado o excluido?

- 1 ☐ Etnia
- 2 ☐ Discapacidad
- 3 ☐ Urbano - rural
- 4 ☐ Religión
- 5 ☐ Otros Especifique:

13.- ¿Realiza actividad física o ejercicio programado?

Sí ☐ No ☐

13.- ¿Qué tiempo dedica a la actividad física o ejercicio?

- 1 ☐ Inferior a 30 minutos al día (2 o 3 veces por semana cuando no es todos los días)
- 2 ☐ Igual o Superior a 30 minutos al día

14.- ¿Cuál es la intensidad de la actividad física?

1 ☐ Leve 2 ☐ Moderado 3 ☐ Intensa

15.- ¿Ha sentido que su estado psicológico se ha afectado por la pandemia?

Sí ☐ No ☐

Anexo 3: MINI- Trastorno de Pánico

D. TRASTORNO DE PÁNICO

(†) SIGNIFICA: IR A LA CAJA DE DIAGNÓSTICO, CIRCULAR **NO** Y PASAR AL SIGUIENTE MÓDULO.

D1	¿En qué tiempo, en más de una ocasión, ataques cuando repentinamente ¿Se sintió ansioso, muy asustado, incómodo o incómodo, incluso en situaciones en las que la mayoría de la gente no se sentiría así?	I NO	SI
	¿Estas crisis o ataques alcanzaron un pico en los 30 minutos posteriores al inicio?	I NO	SI
D2	En algún momento del pasado, ¿alguno de esos ataques se produjo de forma inesperada o se produjo de manera imprevista o no provocada?	I NO	SI
D3	¿Alguna vez ha tenido uno de estos ataques seguido de un mes o más de preocupación por tener otro ataque, o preocupación por las consecuencias del ataque - o hizo algún cambio significativo en su comportamiento debido a los ataques (por ejemplo, evitando situaciones desconocidas, o evitando salir de su casa o ir de compras solo, o hacer cosas para evitar tener un ataque de pánico o visitar a su médico o la sala de emergencias con más frecuencia)?	NO	SI
D4	Durante el peor ataque que puedas recordar:		
a.	¿Fue saltos, aceleraciones o latidos de tu corazón?	NO	SI
b.	¿Tenía las manos sudorosas o húmedas?	NO	SI
c.	¿Estabas temblando o temblando?	NO	SI
d.	¿Tuvo dificultad para respirar o dificultad para respirar o una sensación de asfixia?	NO	SI
e.	¿Tuvo una sensación de ahogo o un nudo en la garganta?	NO	SI
f.	¿Tenía dolor, presión o malestar en el pecho?	NO	SI
g.	¿Tuvo náuseas, problemas de estómago o diarrea repentina?	NO	SI
h.	¿Se sintió mareado, inestable, aturdo o se sintió débil?	NO	SI
i.	¿Ha tenido sofocos o ya escalofríos?	NO	SI
j.	¿Tuvo hormigueo o entumecimiento en partes de su cuerpo?	NO	SI
k.	¿Las cosas a su alrededor se sintieron extrañas, irreales, desapegadas o desconocidas, o se sintió fuera o desapegado de parte o de todo su cuerpo?	NO	SI
l.	¿Temía perder el control o volverse loco?	NO	SI
m.	¿Temía morir?	NO	SI
D5	SON AMBOS D3, Y 4 O MÁS D4 RESPUESTAS, CODIFICADAS ¿SI?	NO	SI
		NO	SI
		I	
		NO	SI
			TRASTORNO DE PÁNICO TODA LA VIDA
D6	En el último mes, ¿tuvo una preocupación persistente por tener otro ataque o por las consecuencias de los ataques? ¿O cambió su comportamiento de alguna manera debido a los ataques?	NO	SI
			TRASTORNO DE PÁNICO ACTUAL

El resultado es D5 + D6 codificado ¿SI?

Y

El resultado es la suma de D5 + D6 codificado ¿SI?

ESPECIFICAR SI EL PÁNICO ES ACTUAL Y/O DE POR VIDA

NO	SI
TRASTORNO DE PÁNICO	
TODA LA VIDA	☐
ACTUAL	☐

Anexo 4: FF - SIL

Prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL)

A continuación se presentan situaciones que pueden ocurrir en su familia. Usted debe marcar con una x en la casilla que le corresponda a su respuesta, según la frecuencia en que la situación se presente.

		Casi nunca (1)	Pocas veces (2)	A veces (3)	Muchas veces (4)	Casi siempre (5)
1	De conjunto, se toman decisiones para cosas importantes de la familia					
2	En mi casa predomina la armonía.					
3	En mi casa cada uno cumple 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 problema, los demás lo ayudan.					
9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie este 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.					

Anexo 5: AUDIT

AUDIT

PACIENTE: Debido a que el uso del alcohol puede afectar su salud e interferir con ciertos medicamentos y tratamientos, es importante que le hagamos algunas preguntas sobre su uso del alcohol. Sus respuestas serán confidenciales, así que le agradecemos su honestidad.

Para cada pregunta en la tabla siguiente, marque una X en el cuadro que mejor describa su respuesta.

NOTA: En los Estados Unidos una bebida se refiere a cualquier bebida que contiene aproximadamente 14 gramos de etanol o alcohol puro. Las bebidas que siguen a continuación son de diferentes tamaños sin embargo su contenido de alcohol es el mismo. Es por eso que todas son consideradas una bebida:



12 oz. de cerveza
(aprox. 5% de alcohol)

=



8-9 oz. de licor de malta
(aprox. 7% de alcohol)

=



5 oz. de vino
(aprox. 12% de alcohol)

=



1.5 oz. de alcohol
(aprox. 40% de alcohol)

Preguntas	0	1	2	3	4	
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	Nunca	Una o menos veces al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 más veces a la semana	4 o más veces a la semana	
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	De 7 a 9	10 o más	
3. ¿Con qué frecuencia toma 5 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido sentimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?	No		Si, pero no en el curso del último año		Si, el último año	
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por un consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?	No		Si, pero no en el curso del último año		Si, el último año	
						Total

Nota: Este cuestionario (el AUDIT) se reimprimió con permiso de la Organización Mundial de la Salud y la Generalitat Valenciana. Consultoría de Bienestar Social. Para reflejar las medidas de consumo en los Estados Unidos (14 gramos de alcohol puro), la cantidad de riego en la pregunta 3 fue cambiada de 6 a 5. En el sitio www.who.org está disponible en forma gratuita un manual AUDIT con guías para su uso en la atención primaria.

Excerpted from NIH Publication No. 07-3769 **National Institute on Alcohol and Alcoholism** www.niaaa.nih.gov/guide

Anexo 6: WAST

Instrumento WAST versión adaptada

Indique la opción que mejor describa su experiencia con su relación de pareja.

1. En general, ¿cómo describiría usted su relación con su pareja?
Estresante
Un poco estresante
Nada estresante
2. Usted y su pareja resuelven sus discusiones con:
Mucha dificultad
Algo de dificultad
Sin dificultad
3. Al terminar las discusiones usted ¿se siente decaída o mal con usted misma?
Muchas veces
A veces
Nunca
4. ¿Las discusiones terminan en golpes, patadas, o empujones?
Muchas veces
A veces
Nunca
5. ¿Hay situaciones en las cuales ha sentido miedo de las reacciones de su pareja?
Muchas veces
A veces
Nunca
6. Su pareja ¿controla el dinero que usted gasta, o la obliga a realizar trabajo en exceso?
Muchas veces
A veces
Nunca
7. Su pareja ¿la insulta, grita, humilla y descalifica verbalmente?
Muchas veces
A veces
Nunca
8. ¿Se ha sentido obligada a tener relaciones sexuales con su pareja para evitar problemas?
Muchas veces
A veces
Nunca

Para codificar este instrumento, se asigna un número a las respuestas. La primera pregunta "estresante" obtiene una puntuación de 1 y las otras dos opciones alcanzan un 0. La segunda pregunta, "mucha dificultad" obtiene una puntuación de 1 y las otras 2 obtienen un 0. Para el resto las preguntas "a menudo" obtiene una puntuación de 3, "a veces" obtiene una puntuación de 2 y "nunca" una puntuación de 1. El valor máximo es de 24 puntos y valor mínimo de 8.

El punto de corte para la interpretación es 15 (menos de 15p no agredidas), más de 15 agresión.

Puntuación