



Universidad del Azuay

Facultad de Psicología

Carrera de Psicología Clínica

**PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE
PÁNICO Y SUS FACTORES ASOCIADOS EN
EL CANTÓN GUALACEO, 2022**

Autoras:

Alison Anahí Bernal Espinoza; Denisse Isabel Piedra Jiménez

Director (a):

Psc. Clínica. Yolanda Patricia Dávila Pontón PhD.

Cuenca – Ecuador

2023

DEDICATORIA I

Con mucho cariño y admiración a las mejores personas que me regaló Dios, mis padres, Carlota y Felix, quienes siempre me han apoyado en el transcurso de mi vida y han creído en mí. A mi hermana Paola y mi sobrino Francisco por ser mi inspiración para poder seguir adelante cada vez con más fuerza. A mi mejor amiga y compañera Alison, por siempre estar ahí en las buenas y las malas, por el apoyo y acompañamiento durante esta larga carrera. Y a mi fiel compañera, la cual estuvo siempre acompañándome en todas las noches de desvelo, mi Lunita.

- Isabel Piedra

DEDICATORIA II

A mis amados padres Patricio y Anyela que han sido mi apoyo durante toda mi vida, a mi hermano Elmer. A mi hija Valentina y a mi esposo Sebastián quienes han sido mi mayor inspiración y fortaleza los últimos años. A mi mejor amiga y compañera de tesis Isabel, por estar siempre a mi lado en esta travesía, por ayudarme y apoyarme siempre que lo necesitaba.

- Alison Bernal.

AGRADECIMIENTO I

Quiero dar gracias infinitas primeramente a Dios por darme la fortaleza para no rendirme en este largo camino lleno de altos y bajos, en segundo lugar, a mis padres por todo el apoyo y paciencia, por siempre estar ahí de manera incondicional, por ser el pilar más importante dentro de mi desarrollo.

Me agradezco a mí misma por no haberme rendido a pesar de todas las dificultades que se presentaron.

A la Dra. Yolanda D. por brindarme sus conocimientos, por la paciencia, apoyo, tiempo y dedicación para poder culminar con este trabajo.

- Isabel Piedra

AGRADECIMIENTO II

Agradezco de todo corazón a mis padres por apoyarme en mis estudios, por siempre motivarme y enseñarme a seguir adelante, a no rendirme y ser valiente ante cualquier adversidad que se presente en mi vida. Por inculcarme el significado y la importancia del respeto, de la sinceridad y de la perseverancia, sobre todo por el amor que me han brindado.

Agradezco a mi hija Valentina por ser mi mayor motivación para mis estudios y mi vida, su incondicional amor siempre me brindó felicidad y fuerzas para seguir adelante.

Al amor de mi vida Sebastián por su compañía cada noche mientras estudiaba y me esforzaba por acabar la carrera, por siempre alentarme a que haga mi mayor esfuerzo en todo lo que realicé en mi vida.

Finalmente me agradezco a mí, por seguir aquí, a mí por mis esfuerzos y no haberme rendido nunca.

- Alison Bernal

RESUMEN

El Trastorno de Pánico se caracteriza por alteraciones emocionales de miedo intenso frente a diferentes situaciones que llega a su máximo en cuestión de minutos. **Materiales y Métodos.** Se realizó un estudio de tipo transversal – analítico. La muestra estuvo conformada por 838 habitantes, 546 mujeres, 291 hombres y 1 persona con autoidentificación diferente. **Los instrumentos utilizados fueron:** MINI, FFSIL, WAST, AUDIT y una ficha sociodemográfica en la que se indago: etnia, género, edad, estudio, convivencia, migración de algún familiar, enfermedad mental de algún familiar, discriminación, actividad física, afectación del estado psicológico durante la pandemia, consumo de alcohol, alto riesgo a la adicción y funcionalidad familiar. **Resultados.** El trastorno de pánico reportó una prevalencia de 14.8% y estuvo asociado a las variables: género femenino, migración familiar, enfermedad mental dentro de la familia, deuda familiar, discriminación y al estado psicológico afectado por la pandemia.

Palabras Claves: Gualaceo, malestar, pánico, prevalencia, trastorno.

ABSTRACT

Panic Disorder is characterized by emotional alterations of intense fear in front of different situations that reaches its maximum in a matter of minutes. **Materials and methods:** An analytical cross-sectional study was carried out. The sample consisted of 838 inhabitants, 546 women, 291 men and 1 person with a different self-identification. **The instruments used were:** MINI, FFSIL, WAST, AUDIT and a sociodemographic file were also used, in which the following was investigated: ethnicity, gender, age, years of study, cohabitation, migration of a family member, mental illness of a family member, discrimination, physical activity, work activity, affectation of the psychological state during the pandemic, alcohol consumption, high risk of addiction and family functionality. **Results:** Panic disorder obtained a prevalence of 14.8% and was associated with the variables: female gender, family migration, the presence of mental illness within the family, family debt, discrimination, and the psychological state affected by the pandemic.

Keywords: discomfort, disorder, Gualaceo, panic, prevalence.



INTRODUCCIÓN

El trastorno de pánico (TP) constituye un problema de salud mental, debido a las alteraciones que se presentan como una oleada repentina de miedo o malestar intenso que alcanza su máximo en pocos de minutos, interfieren en las actividades diarias de la persona. En cuanto a la población general, se estima que la prevalencia del TP en América es del 3% (OPS, 2013). En Estados Unidos y muchos países europeos se sitúa alrededor del 2-3 % en adultos y adolescentes, mientras que en países asiáticos, africanos y latinoamericanos oscilan del 0,1 % al 0,8 % (APA, 2013). La edad de inicio suele ser alrededor de los 20 años y existe mayor riesgo de padecer el trastorno por parte de las mujeres que de los varones, ya que son dos veces más propensas (Álvarez, 2003).

No existe información acerca del padecimiento de este trastorno en la población de Gualaceo, es por eso que se vio la necesidad de identificar la prevalencia del trastorno de pánico y sus factores asociados. Se realizó un estudio de tipo transversal -analítico. La muestra estuvo conformada por 838 habitantes, 546 mujeres, 291 hombres y 1 persona con autoidentificación diferente. Los instrumentos utilizados fueron: La Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI), FFSIL, WAST, AUDIT y una ficha sociodemográfica en la que se indaga: etnia, género, edad, años de estudio, convivencia, migración de algún familiar, enfermedad mental de algún familiar, discriminación, actividad física, actividad laboral, afectación del estado psicológico durante la pandemia, consumo de alcohol, alto riesgo a la adicción y funcionalidad familiar. Los resultados revelaron una prevalencia del TP de 14.8% en la población de Gualaceo. El trastorno de pánico estuvo asociado con las variables: género femenino, presencia de enfermedad mental dentro de la familia, deuda familiar, discriminación y estado psicológico afectado por la pandemia.

A continuación, se presentan los antecedentes teóricos y empíricos que fundamentan este trabajo de investigación, así como los aspectos metodológicos, procedimientos y resultados de la investigación, para finalmente exponer las conclusiones, recomendaciones y discusión sobre ellos.

ÍNDICE

Índice de contenido

Dedicatoria I.....	<i>I</i>
Dedicatoria II.....	<i>II</i>
Agradecimiento I.....	<i>III</i>
Agradecimiento II.....	<i>IV</i>
Resumen.....	<i>V</i>
Abstract.....	<i>VI</i>
Introducción.....	<i>VII</i>
1. CAPÍTULO I: Trastorno de pánico.....	<i>1</i>
1.1 ¿Qué es el Trastorno de Pánico?.....	<i>1</i>
1.2 Causas del Trastorno de Pánico.....	<i>2</i>
1.3 Consecuencias del Trastorno de Pánico.....	<i>3</i>
1.4 Prevalencia del Trastorno de Pánico.....	<i>4</i>
1.5 Tratamiento.....	<i>5</i>
2. CAPÍTULO II: Metodología.....	<i>7</i>
2.1 Población y Muestra.....	<i>7</i>
2.2 Instrumentos.....	<i>7</i>
2.2.1 Ficha de identificación con las variables demográficas.....	<i>7</i>
2.2.2 El Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI).....	<i>8</i>
2.2.3 AUDIT.....	<i>8</i>
2.2.4 FFSIL.....	<i>8</i>
2.2.5 WAST.....	<i>9</i>
2.3 Procedimiento.....	<i>9</i>
2.3.1 Etapa uno: Implementación de test.....	<i>9</i>
2.3.2 Etapa dos: Consideraciones estadísticas y plan analítico.....	<i>9</i>
2.4 Consideraciones éticas.....	<i>10</i>
3. CAPÍTULO III: Resultados.....	<i>11</i>
4. CAPÍTULO IV: Discusión.....	<i>18</i>
Conclusiones y Recomendaciones.....	<i>20</i>

Referencias.....	21
Anexos.....	25

Índice de tablas y figuras.

Tablas

Tabla 1. Descripción de las variables sociodemográficas, prevalencia del trastorno de pánico en la población rural del cantón Gualaceo Cuenca, Ecuador 2022.....11

Tabla 2. Frecuencia de la prevalencia del trastorno de pánico en la población rural del cantón Gualaceo Cuenca, Ecuador 2022.....15

Tabla 3. Relaciones entre las variables sociodemográficas y la prevalencia del trastorno de pánico en la población del cantón Gualaceo Cuenca, Ecuador 2022.....16

Figuras

Figura 1. Frecuencia.....16

Índice de Anexos

Anexo 1. Ficha socio demográfica.....	25
Anexo 2. Consentimiento informado.....	28
Anexo 3. Mini Mental.....	29
Anexo 4. WAST.....	31
Anexo 5. AUDIT.....	32
Anexo 6. FFSIL.....	33

CAPÍTULO 1

1. TRASTORNO DE PÁNICO

En este capítulo hablaremos sobre el Trastorno de Pánico (TP) que es una de las enfermedades mentales más comunes dentro del grupo de los trastornos de ansiedad, la respuesta emocional de miedo y ansiedad interfiere de manera significativa en la vida del sujeto. Trataremos temas como etiología, prevalencia, causas, consecuencias y tratamientos que nos ayudarán como base para la investigación que realizamos en el cantón Gualaceo.

1.1. ¿Qué es el Trastorno de Pánico?

El Trastorno de Pánico o Trastorno de Angustia es una enfermedad mental la cual se encuentra dentro del grupo de los trastornos de ansiedad los cuales se caracterizan por una respuesta emocional de miedo intenso frente a diferentes situaciones; en el trastorno de pánico de acuerdo a la Asociación Americana de Psiquiatría en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (APA) (2014):

La persona experimenta recurrentes e inesperadas crisis de pánico y está persistentemente intranquila o preocupada sobre tener nuevas crisis o cambia de manera desadaptativa su comportamiento debido a las crisis de pánico, así mismo, esta crisis de pánico se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de miedo o malestar intensos que alcanzan su nivel máximo en cuestión de minutos, acompañados de síntomas físicos o cognitivos. (p. 208-209)

Además, se presentan varios síntomas como palpitaciones, sudoración, temblor, sensación de ahogo, náuseas, malestar, escalofríos, miedo a morir, entre otros. Estos deben haberse presentado al menos una vez al mes, los cuales suelen ser recurrentes o inesperados. Como menciona Fernández, et al. (2018) el problema en los ataques de pánico no son los ataques en sí, sino el temor a padecerlos, el malestar que padecen suele ser tan intenso que pueden asemejarse en los síntomas físicos que se dan en un infarto. En países como España se han encontrado asociaciones entre el pánico y problemas de salud física como desórdenes digestivos, hipertensión, riesgo cardiovascular; incluso en

un estudio realizado por Smoller (2007) a 3500 mujeres se demostró que los ataques de pánico están asociados en mayor riesgo a sufrir un infarto del miocardio (Cando, et al., 2011).

El término “trastorno de pánico” es determinado por el autor Donald Klein en 1962 luego de un hallazgo clínico realizado lo que ayuda a diferenciar del resto de trastornos de ansiedad. Klein, para poder llegar a este concepto se basó en la teoría del apego de Bowlby (Fernández y Zanassi, 2016). Freud mencionaba que esta experiencia de angustia está relacionada con la excitación sexual, es decir, que se trata en la acumulación de excitación (Varela, 2014).

1.2. Causas del Trastorno de Pánico

En cuanto a la causa, Palomares (2010) propuso que “las crisis de angustia se originan por la existencia de una «red del miedo» extremadamente sensible, que se centra en la amígdala y sus interacciones con el hipocampo y la corteza prefrontal medial. La alteración en esta «red del miedo» podría tomar diversas formas, incluyendo la hiperactivación autonómica o una alteración neurocognitiva que propicia la interpretación inapropiada de las respuestas somáticas, así como la retroalimentación incorrecta para inhibir las respuestas de ansiedad y pánico”.

La ansiedad también se asocia con circuitos cerebrales concretos, el sistema GABA y de benzodiacepina en particular. La reducción de los niveles de este neurotransmisor también se asocia con una ansiedad mayor, aunque la relación no es tan directa (Osma, 2014). Los resultados de los estudios según Stein, Jang y Livesley (1999) informan que existen mayores concordancias para la sensibilidad a la ansiedad de monocigóticos que de dicigóticos.

Oromendia (2016) menciona que existe mayor riesgo de desarrollar el Trastorno de Pánico en personas con antecedentes familiares con ansiedad, depresión y trastorno bipolar.

Según algunos investigadores Stein, Jang y Livesley (1999); Osma (2014); Oromendia (2016), podría haber factores de riesgo psicológicos como patrones familiares específicos de educación y crianza, la inhibición conductual, la sensibilidad a la ansiedad, la percepción de control de la ansiedad y acontecimientos vitales estresantes.

Para el diagnóstico de este trastorno se suele evaluar varios aspectos que según

Oromendia (2016) son:

1. Frecuencia, duración, intensidad y tipo de los ataques de pánico y con síntomas completos o con síntomas limitados.
2. Ansiedad anticipatoria: preocupación por cuándo ocurrirá el próximo ataque o por las consecuencias de los mismos sobre la salud física y mental.
3. Miedo a las reacciones somáticas asociadas a la ansiedad y cogniciones catastróficas.
4. Miedo y evitación agorafóbicas, así como el miedo y evitación de aquellas situaciones que producen las sensaciones temidas.
5. Deterioro funcional (social, laboral, familiar), uso de servicios médicos y consumo de alcohol y otras drogas.
6. Gravedad global del trastorno.
7. Comorbilidad actual y pasada.
8. Ansiedad general y depresión.

Por otro lado, el DSM-V indica que existen factores de riesgo temperamentales como la afectividad negativa, sensibilidad a la ansiedad, separación en la infancia y un historial de episodios de miedo. Los factores ambientales pueden ser experiencias infantiles de abuso sexuales, maltrato físico, fumar, estrés, enfermedades o muerte de un familiar o experiencias negativas con las drogas o fármacos. En cuanto a los factores genéticos y fisiológicos no existe evidencia exacta de que genes o factores atribuyen a la aparición, pero se relaciona el papel de la amígdala y otras estructuras relacionadas con otros trastornos de ansiedad, además de un gran riesgo a los hijos de padres con ansiedad, depresión y trastornos bipolares.

1.3. Consecuencias del Trastorno de Pánico

Ya que existe comorbilidad con otras enfermedades en la mayoría de casos identificados, el presentar este trastorno deteriora la calidad de vida del paciente asociado a altos niveles de discapacidad social, ocupacional y física (Cano et al., 2011). Lo que concuerda con las investigaciones realizadas por Osma (2014) y APA (2013) donde se revela que el padecimiento del TP está asociado con un alto deterioro del sujeto a nivel psicológico, familiar, social y laboral, alrededor del tercio de las personas que padecen

de este trastorno muestran una pobre salud física y emocional afectando en mayor nivel la vida. Otras consecuencias del TP pueden ser una baja autoestima, abuso de alcohol o ansiolíticos inadecuados o conductas hipocondríacas (Rodríguez, 2020).

Por otro lado, la ausencia escolar y laboral entre las personas con este trastorno es significativa y puede conducir al abandono escolar o el desempleo y altos gastos económicos por mayores visitas médicas (APA, 2013). Además, existe un alto riesgo de suicidio que se ha evidenciado en los últimos años por estudios realizados por el DSM-V (2014), Weissman Klerman, Markowitz y Oullette (1989) corroboran que los intentos suicidas y la ideación suicida han aumentado, alrededor del 20% y el riesgo aumenta aún más cuando se presenta comorbilidad con más trastornos.

1.4. Prevalencia del Trastorno de Pánico

En cuanto a la población general, se estima que la prevalencia del TP en Estados Unidos y muchos países europeos se sitúa alrededor del 2-3 % en adultos y adolescentes. Mientras que en países asiáticos, africanos y latinoamericanos oscilan del 0,1 % al 0,8 %. (APA, 2013).

Según datos de la OMS alrededor del 13% de la población en Ecuador padece de un trastorno de ansiedad. En estudios realizados por Rodríguez, Kohn y Aguilar (2009) indican que la prevalencia del TP suele ser de 0,6%, sin embargo, es probable que la prevalencia haya aumentado en los últimos años.

En España se evidenció que existe mayor prevalencia de TP en mujeres y menor en hombres, este trastorno puede tener una edad de inicio en la adolescencia, pero es más prevalente en la adultez (Osma, 2014). Se ha descrito que la edad media para la aparición de los ataques de pánico es de 20 - 22 años y la de la aparición de ataques inesperados y recidivantes un año más tarde, los dos picos de mayor incidencia del trastorno son: el primero al final de la adolescencia e inicio de la edad adulta y el segundo al inicio de la cuarta década de vida alrededor de los 45 años; existe mayor riesgo de padecer el trastorno por parte de las mujeres que de los varones, ya que son dos veces más propensas (Álvarez, 2003).

Sin embargo, la aparición de TP después de los 45 años parece ser muy poco frecuente, por lo que los sujetos que son diagnosticados con esta patología después de esa edad, probablemente sean pacientes que han sufrido este trastorno durante años antes

de ser diagnosticados (Kessler et al., 2006).

Antes de la adolescencia y después de los 45 años el TP es poco frecuente. En el caso de los niños, la baja prevalencia en este grupo podría deberse a las dificultades de éstos para explicar los síntomas, dificultando así el diagnóstico, por lo que no está claro si el TP es infrecuente entre los niños o está infradiagnosticado (APA, 2013).

Existe una cifra significativa de personas que padecen TP las cuales suelen sufrir además como consecuencia otra enfermedad mental este trastorno tiene una alta prevalencia en personas que padecen agorafobia y se ha llegado a señalar que la comorbilidad a lo largo de la vida entre estos trastornos puede llegar a ser del 100%. La comorbilidad con otros trastornos por ansiedad como la fobia social y el trastorno de ansiedad generalizada (15-30%), la fobia específica (2-20%) y el trastorno obsesivo compulsivo (10%); así como con otros trastornos, como la depresión mayor (65%), el trastorno bipolar (33%) o el abuso de sustancias (37%) es alta lo cual lo corrobora (Kessler et al., 2006).

También se ha evidenciado que existe alta prevalencia del TP entre personas que sufren de síntomas o enfermedades médicas, como son afecciones cardíacas, hipertiroidismo, síndrome del intestino irritable, asma, disfunciones vestibulares, trastornos convulsivos o enfermedad pulmonar obstructiva crónica, entre otras. Las personas con TP suelen hacer un mayor uso de los servicios médicos, particularmente las urgencias, a causa de los síntomas de pánico. Sin embargo, no está claro si hay una relación causa efecto entre algunos de estos problemas médicos y el TP (APA, 2013)

1.5 Tratamiento

El trastorno de pánico es uno de los trastornos psiquiátricos más atendidos en los diferentes servicios de salud (urgencias, servicios especializados de psiquiatría y psicología clínica). Es por esto que se destaca la importancia de contar con tratamientos eficaces (Roca et al., 2009).

La terapia cognitivo-comportamental diseñada para el tratamiento del TP demostró una efectividad del 80% en los pacientes, los cuales han logrado mejores resultados tanto en el ámbito grupal e individual, brinda mejora en la calidad de vida y beneficios para el tratamiento cuando presenta comorbilidad con otros trastornos como

depresión o ansiedad, en cambio la Terapia Cognitiva - Conductual (TCC) menciona que el tratamiento del pánico se basa en las teorías cognitivas del pánico, se desarrollaron dos formas para el trastorno de pánico: el tratamiento de control de pánico del grupo de Barlow según Addis, et al. (2006) ha demostrado niveles bajos en la gravedad del pánico, evitación fóbica y mayor probabilidad de lograr y mantener un cambio clínicamente significativo y la terapia cognitiva del grupo de Clark. En las que destacan los componentes de psicoeducación sobre el pánico, reestructuración cognitiva, la exposición a las sensaciones corporales interoceptivas temidas y exposición en vivo a situaciones generadoras de ansiedad (Amodeo, 2017).

Tal como lo menciona Oromendia (2016) en la terapia farmacológica actualmente se utilizan principalmente antidepresivos como los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS), inhibidores de recaptación de serotonina y norepinefrina (IRSN) y los antidepresivos tricíclicos (ATC). Estos fármacos antidepresivos son eficaces en el tratamiento del TP, ya que modulan la actividad de la amígdala e interfieren con su capacidad para estimular el hipotálamo y algunas regiones del tallo cerebral, disminuyendo así los síntomas fisiológicos de la ansiedad. Esto a su vez, da pie a una reducción secundaria de la ansiedad anticipatoria y de la evitación fóbica, mejorando así los síntomas del TP en general.

Otro tipo de medicamentos muy utilizados en el tratamiento del TP son las benzodiacepinas. Estos fármacos han mostrado eficacia para reducir los síntomas del TP y actúan más rápido que los antidepresivos. También presentan algunas desventajas, como son la sedación en algunos pacientes, el riesgo de crear dependencia o el efecto "rebote" en los síntomas tras la suspensión del tratamiento. Debido a esto, las benzodiacepinas suelen usarse como medicamentos de tercera elección (después de los ISRS o los ATC) o como coadyuvantes del tratamiento con antidepresivos (Pull y Damsa, 2008).

CAPÍTULO 2

2. METODOLOGÍA

Esta investigación tuvo un enfoque cuantitativo, de tipo transversal; y con un alcance analítico, no experimental.

2.1 Población y muestra

El universo estuvo conformado por la población del cantón Gualaceo, un total de 38.587 habitantes.

La muestra fue polietápica. Del total de la población se procedió a obtener una muestra aleatoria la que fue distribuida porcentualmente por conglomerados de acuerdo al número de habitantes de cada comuna; se estratificó de acuerdo a la edad, para lo cual se consideraron tres estratos 20 – 39, 40 – 59 y de 60 y más; en cada grupo de edad se estratificó de acuerdo al sexo considerando para ello la distribución establecida por el INEC en el censo 2010.

Se usó la fórmula muestral para poblaciones finitas y conocidas con un nivel de confianza del 95%, una precisión del 3% y una proporción esperada del 50%, el tamaño muestral fue de 838 habitantes, 546 mujeres, 291 hombres y 1 persona con autoidentificación diferente del cantón Gualaceo.

Para la ubicación de los individuos en el área geográfica se eligió de forma aleatoria las viviendas del Cantón; se definió que, para cada una de las viviendas seleccionadas, la unidad de análisis de la cual se levantó la información, fue de acuerdo a los estratos edad y sexo. En caso de que la vivienda aleatorizada no contenga la unidad de análisis otorgada, se utilizó el criterio del vecino más cercano, es decir, se ubicó una unidad de análisis en la vivienda anterior, posterior, izquierda o derecha, en ese orden. Si una de las viviendas cercanas fue aleatorizada para otra unidad de análisis, cuando le correspondía, se utilizó nuevamente el criterio del vecino cercano.

2.2 Instrumentos

2.2.1 Ficha de identificación con las variables demográficas: género, edad, estado civil, instrucción, situación laboral actual, migración de un miembro del grupo primario, residencia.

2.2.2 EL MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW

(MINI), esta entrevista estructurada está dividida en módulos identificados por letras; cada uno corresponde a una categoría, siendo el módulo (E) el que evaluará el trastorno de pánico. Al inicio de cada módulo, se presenta una o varias casillas diagnósticas que permiten al clínico indicar si se cumplen o no los criterios para el diagnóstico, es decir si el paciente contesta SÍ en E1a, E1b y E2 podemos continuar con la aplicación, una vez terminado el literal E3 y E4 se podrá evidenciar si el paciente cumple con los criterios para el diagnóstico de trastorno de angustia de por vida solo si respondió SÍ en por lo menos cuatro preguntas entre E3 y E4. 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.

2.2.3 El **AUDIT**, es un test corto que se usa para la identificación de desórdenes asociados al consumo, incluyendo la categoría de consumo problemático esta temporizado para evaluar los hábitos de consumo de alcohol del último mes. La escala, está conformada por diez ítems, los primeros ocho se contestan a través de una escala Likert de frecuencia que consta de cinco opciones ordenadas en forma ascendente de 0,1,2,3, y 4 los ítems nueve y diez tienen tres opciones que se califican en forma ascendente con 0,2 y 4. El punto de corte para identificar a una persona con consumo de riesgo es un puntaje mayor a 8 puntos, mientras que el puntaje máximo es de 40 puntos (Kriston et al., 2008)

2.2.4 El **FFSIL**: Es un cuestionario de 14 ítems diseñado para evaluar las relaciones intrafamiliares y su funcionalidad a través de diferentes dimensiones, que resultan de utilidad para conocer la estructura y dinámica de los miembros de la familia. Las dimensiones que evalúa el

instrumento son: cohesión, roles, armonía, comunicación, afectividad, permeabilidad y adaptabilidad. Corresponde a una escala tipo Likert de 1 (nunca) a 5 (siempre). El resultado que se obtiene por la suma de los ítems es: de 70 a 42, familia funcional; de 42 a 14, familia disfuncional. La prueba es efectiva desde el punto de vista de su contenido y consistencia interna. Los resultados relativos a la fiabilidad del instrumento son altos, puesto que se ha obtenido un Alpha de Cronbach de 0,8. En cuanto a la validez interna el resultado alcanzado del coeficiente Kappa es de 0,75 que es también considerado alto.

2.2.5 El **cuestionario WAST** (Woman Abuse Screening Tool), está validado para la identificación precoz de posible maltrato, en el que se recogía la existencia de situaciones relacionadas con la violencia de género y existencia de malos tratos, tanto en el momento actual como en situaciones del pasado.

2.3 Procedimiento

2.3.1 Etapa uno: Implementación de test

Para la implementación de los instrumentos se procedió de la siguiente manera: Se aplicaron los test descritos previamente, bajo las consideraciones de pertinencia, aplicabilidad y reproducibilidad; manteniendo de manera estricta las consignas de su aplicación. Cuando se realizó la socialización del proyecto con la comunidad, se seleccionó a los participantes de forma aleatoria; posteriormente se aplicó la entrevista, por estudiantes de medicina y psicología clínica, previamente capacitados en el tema de trastornos mentales y en el uso de las pruebas, en un tiempo no mayor a 30 minutos. La encuesta fue anónima y su aplicación se realizó luego de la firma del consentimiento informado.

2.3.2 Etapa dos: consideraciones estadísticas y plan analítico.

Previo al ingreso en la base de datos, los instrumentos fueron sometidos a una validación de calidad; una vez verificada la coherencia de la información, se vaciaron en una base creada en el programa SPSS portable, versión 21. Se realizó el análisis estadístico descriptivo de las

variables en estudio para establecer las prevalencias de trastornos mentales con sus respectivos intervalos de confianza al 95%. La asociación se estableció con OR para prevalencias por iguales o menores a 5%, y Razón de Prevalencias, las que muestran una proporción superior al valor señalado. La significación estadística se estableció con Chi-cuadrado y, un valor p menor a 0,05. Se realizó análisis multivariado para cada trastorno utilizando regresión logística; al modelo ingresaron los factores con asociación estadísticamente significativa.

2.4. Consideraciones éticas

Para realizar la investigación se requirió que los participantes firmen una ficha de consentimiento de forma voluntaria, la misma que tuvo como objetivo 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 información recolectada fue confidencial y no se utilizó para ningún otro propósito.

CAPÍTULO 3

3. RESULTADOS

Se realizó un estudio transversal con una muestra polietápica de 838 individuos residentes en las comunidades del Cantón Gualaceo de los cuales, 291 correspondieron al sexo masculino, 546 sexo femenino y 1 individuo con autoidentificación diferente.

Tabla 1

Descripción de las variables sociodemográficas prevalencia del Trastorno de Pánico en la población rural del cantón Gualaceo Cuenca, Ecuador 2022.

Variables		Frecuencia	Porcentaje
Género	Mujer	546	65,2
	Hombre	291	34,7
	Otro	1	0,1
Etnia	Indígena	35	4,17
	Mestizos	779	93
	Blancos	17	2
	Otros	7	0,83
Instrucción	Sin escolaridad	35	4,2
	Menos de 10 años de estudio	261	31,1
	10 años de estudios	75	8,9
	Más de 10 años de estudios	59	7
	Bachillerato aprobado	227	27,1

	Superior incompleto	69	8,2
	Superior completo	98	11,7
	Postgrados	14	1,7
Vive con	Vive solo	97	11,6
	Vive con ambos padres y/o hermanos	87	10,4
	Vive con padres, hermanos y otros familiares	40	4,8
	Vive solo con madre o padre	76	9,1
	Vive con pareja	293	25
	Vive con pareja e hijos	11	1,3
	Otros	234	27,9
Estado Civil	Viudo	39	4,7
	Soltero	296	35,3
	Unión de hecho	76	9,1
	Separado de hecho	20	2,4
	Divorciado	70	8,4
	Casado	337	42,2
Situación laboral	Estudiante		
	Labora Jornada Completa	439	52,4
	Sin Actividad Laboral	144	17,2

	Trabajo ocasional	81	9,7
	Labora media jornada	111	13,2
	Otros	47	5,6
	Jubilado	16	1,9
Migración Familiar	Si	552	65,9
	No	286	34,1
	Interna	21	3,8
	Externa	531	96,2
	Padre	53	9,6
	Madre	17	3,1
	Ambos padres	29	5,2
	Esposo/pareja	39	7,1
	Hermanos	260	47,1
	Madre/Hermanos	5	0,9
	Hijos	73	13,2
	Otros	76	13,8
Familiar Tratamiento Enfermedad Mental	Si	132	15,8
	No	706	84,2
Estado Psicológico Afectado Pandemia	Si	426	50,8

	No	412	49,2
Deuda Familiar	Si	357	42,6
	No	481	57,4
Ingresos	Menos de la mitad	161	45,1
	La mitad y más	196	54,9
Discriminación	Si	225	26,8
	No	613	73,2
Motivo de la discriminación	Etnia	20	8,9
	Discapacidad	11	4,9
	Urbano – Rural	33	14,7
	Religión	11	4,9
	Otros	150	66,7
Tiempo que dedica a hacer ejercicio	Menos de 30 minutos	183	21,8
	Igual o superior a 30 minutos	249	29,7
	No realiza ejercicio	406	48,4
Respiración mientras hace ejercicio	Respira normal y aumenta poco	332	76,8
	Respiración rápida	100	23,1

Nota: esta tabla muestra la descripción de las variables sociodemográficas del estudio: género, etnia, instrucción, vive con, estado civil, situación laboral, ejercicio programado, tratamiento de familiar por enfermedad mental, estado psicológico afectado por la pandemia, migración familiar, discriminación y deuda familiar.

Tabla 2

Frecuencia de la prevalencia del Trastorno de Pánico en la población rural del cantón Gualaceo Cuenca, Ecuador 2022.

	Frecuencia	Porcentaje
Por vida	115	13,7
Crisis con síntomas limitados actual	7	0,8
Trat. de pánico actual	2	0,2
No tiene	714	85,2

Nota: La tabla 2 expone la prevalencia de la presencia de trastorno de pánico de por vida que corresponde al 13,7%, en relación a la en crisis pánico con síntomas limitados actual corresponde al 0,8%, y el trastorno de pánico actual está presente en un 0,2% y el 85,2% de la población no presenta el trastorno.

Figura 1

Frecuencia

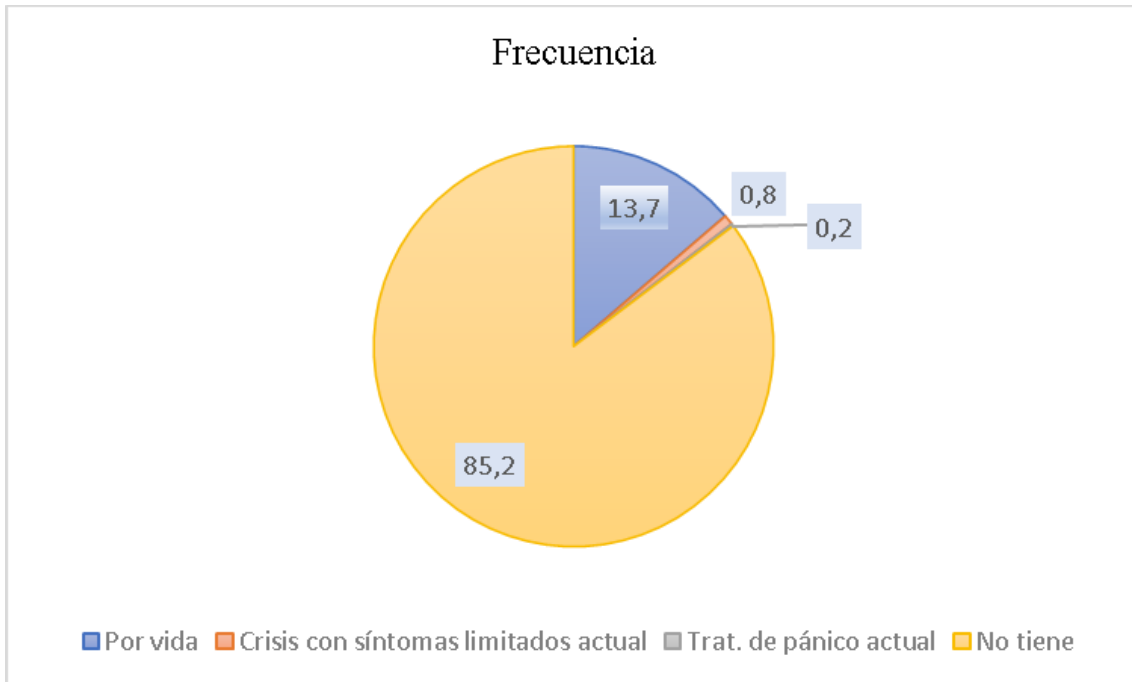


Tabla 3

Relaciones entre las variables sociodemográficas y la prevalencia de Trastorno de Pánico en la población rural del cantón Gualaceo Cuenca, Ecuador 2022.

Factores de riesgo	Trastorno de pánico			Intervalo 95% confianza 95%	
	Ch	P	OR	Mínimo	Máximo
Vivir solo	0,639	0,424	1,257	0,717	2,205
Soltero, separado, viudo, divorciado (*)	0,000	0,994	1,001	0,684	1,466
Etnia indígena	2,851	0,091	1,739	0,908	3,327
Género mujer	9,343	0,002	1,739	1,216	2,487

Sin educación - Básica completa	0,309	0,533	1,129	0,770	1,656
No trabaja - trabaja ocasionalmente	0,134	0,715	1,082	0,708	1,655
Migración familiar	9,943	0,002	2,050	1,303	3,224
Familiar con tratamiento de enfermedad mental	5,082	0,024	1,708	1,068	2,731
Deuda familiar	4,077	0,043	1,480	1,010	2,170
Ha sufrido discriminación	11,822	0,001	1,993	1,339	2,969
No realiza ejercicio programado	0,685	0,408	1,198	0,780	1,841
Estado psicológico afectado por la pandemia	7,307	0,007	1,709	1,155	2,527
AUDIT	0,316	0,574	1,174	0,671	2,054
Disfuncionalidad familiar	1,516	0,218	1,331	0,843	2,101

Nota: El trastorno de pánico estuvo asociado al género femenino (OR=9,343; p=0,002; IC= 1,216-2,487), a la presencia de enfermedad mental de un miembro de la familia, (OR=1,708; p=0,024; IC=1,068-2,731), deuda familiar (OR=1,480; p=0,043; IC= 1,010-2,170), discriminación (OR=1,993; p=0,001; IC= 1,339-2,969), migración familiar (OR=2,050; p=0,002; IC= 1,303-3,224) y al estado psicológico afectado por la pandemia (OR= 1,709; P=0.007; IC=1,155-2,527).

CAPÍTULO 4

4. DISCUSIÓN

La investigación tuvo como objetivo general establecer la prevalencia del trastorno de pánico y sus factores asociados en el cantón Gualaceo, con las variables sociodemográficas: género, etnia, instrucción, con quien vive, estado civil, situación laboral, migración familiar, tratamiento médico de familiares por enfermedad mental, estado psicológico afectado por la pandemia, deuda familiar, ingresos, discriminación, motivo de la discriminación, tiempo que dedica a hacer ejercicio, respiración mientras realiza ejercicio.

Los resultados obtenidos en la investigación muestran que el 14,8% de la población del cantón Gualaceo padecen de TP datos que se asemejan a la investigación realizada por Vermani, Marcus, y Katzman (2011; citado en Muñoz, 2015), en la que el 12,6% de la población que asistía a Atención Primaria presentó TP.

En un estudio realizado en 6 países europeos se evidenció que existía una prevalencia de por vida del TP superior al 7% (Cano, 2011). A comparación de los resultados obtenidos de la presente investigación donde la prevalencia de por vida del trastorno de pánico es del 13,7%.

En esta investigación el género femenino está asociada a la presencia del trastorno del trastorno de pánico, datos que coinciden con la investigación realizada por Dolado (2010) en la que se menciona que las mujeres presentan mayor ansiedad que los hombres, el autor los vincula a niveles de circulación de estrógeno y progesterona bajos, también menciona que los esteroides ováricos son los que actúan como ansiolíticos haciendo que las mujeres sean más sensibles que los hombres a los efectos ansiógenos. Iracheta, (2020) sostiene que el TP es doblemente frecuente en mujeres que, en hombres debido a las alteraciones hormonales premenstruales, lo que contribuye a la presencia de episodios de pánico, además los síntomas en las mujeres son predominantemente respiratorios, mientras que, en los varones se presentan con problemas gastrointestinales y sudoración intensa, agregando a lo anterior las mujeres muestran mayor vulnerabilidad debido a la carga emocional y física.

Los autores Moreno (2020), Vilar Peirí y Eibenschutz Hartman (2007) opinan que la migración es un proceso de cambio que conlleva dificultades como altos niveles de estrés, ansiedad y crisis de pánico lo que suponen un factor de riesgo para la salud mental por el duelo que se crea en la persona. Los movimientos migratorios ilusionan sentimientos de crisis o amenaza, el individuo al afrontarse en una nueva situación a la que no está acostumbrado y no está bajo control, es causa principal para generar grandes ansiedades y miedos; el estar en un lugar extraño y tener que erradicar el estilo de vida lo que se consideraba familiar hace que surja una desconfianza ante los extraños, motivo por el cual este factor demuestra ser uno de los desencadenantes para el padecimiento del trastorno.

Cervera, et al., (2015) en su investigación identificaron que existe una relación entre el padecimiento del TP y la presencia de psicopatologías familiares tales como trastorno de ansiedad, trastornos bipolares y depresión, lo que concuerda con nuestra investigación, el TP puede estar asociado a la presencia de un familiar con enfermedad mental debido al miedo o preocupación constante de padecer un trastorno.

Este trastorno también estuvo asociado al estado psicológico afectado por la pandemia, investigación realizada por Pacheco-Vásquez, y Guerrero-Alcedo (2021) identificaron que las personas con diagnóstico de COVID-19, presentaron TP con una prevalencia del 3,24%. Castellano (2020) menciona que la pandemia del COVID-19 dio lugar a una época de crisis, lo que generó ataques de pánico en la población debido al gran impacto mental y emocional que causó, aumentando la respuesta de estrés y ansiedad dada la incertidumbre de tratamientos, noticias, la cantidad de gente afectada y fallecida, dificultades económicas, insuficiencia de equipamientos médicos en los hospitales dificultando un control en la población favoreciendo al caos y haciendo que sean más vulnerables a la enfermedad y el miedo se intensifique (Ribot Reyes, et al., 2020). Inclusive se presentaron muchos casos dónde confundían los ataques de pánico con síntomas que COVID, Pimienta (2020) menciona "hay situaciones en las que el miedo no es útil en nuestra vida y se convierte una emoción disfuncional, cuando tenemos un miedo irracional nuestra visión del futuro se acorta", la incertidumbre que provocó la pandemia provocó sentimientos de pánico o una crisis de angustia.

La discriminación fue otra variable asociada al padecimiento del TP, de acuerdo a Sáenz (2020) la discriminación tiene efectos negativos en la salud y bienestar mental de

los individuos que la reciben según la teoría del estrés social la discriminación conduce a emociones negativas las que provocan síntomas de angustia y ansiedad.

Otra variable asociada al TP en esta investigación es el hecho de tener una deuda, el pasar por esta situación económica, de verse endeudado y no cubrir aquellas necesidades pueden generar un elevado grado de malestar, preocupación o nerviosismo; el sentimiento de angustia por resolver la situación y buscar soluciones provocan que el individuo tenga pensamientos repetitivos que provoquen ese miedo intenso debido a que el impacto no es solo a nivel económico, sino también a nivel emocional llegando a ser circunstancias vitales sumamente estresantes que llevan a desencadenar en ataques de pánico (Nafría, 2020).

Por el contrario, las variables que no estuvieron asociadas a la prevalencia del trastorno fueron las siguientes: género masculino, etnia, instrucción, con quién vive, estado civil, situación laboral, ejercicio programado y deuda familiar.

Conclusiones y Recomendaciones

Conclusiones

- La prevalencia de la presencia de trastorno de pánico de por vida que corresponde al 13,7%.
- La crisis de pánico con síntomas limitados actual corresponde al 0,8%.
- El trastorno de pánico actual estuvo presente en un 0,2%
- El 85,2% de la población no presenta el trastorno
- El trastorno de pánico estuvo asociado al género femenino, discriminación, a la presencia de enfermedad mental dentro de la familia, deuda familiar, discriminación, y al estado psicológico afectado por la pandemia

Recomendaciones

En el Cantón Gualaceo se ha evidenciado una necesidad de brindar medidas de prevención mediante charlas y capacitaciones psicoeducativas en cuanto al trastorno de pánico, de manera que la población identifique los síntomas para en un futuro evitar consecuencias de este problema de salud pública ya que afecta a una cifra significativa de la población.

Promover la práctica de actividades de ocio y físicas a nivel cantonal, que motiven a los pobladores a mantenerse ocupados en diferentes actividades (fútbol, voleibol, básquet, meditación, bailo terapia, etc.).

Desarrollar estrategias de bienestar psicológico a nivel familiar y personal para que la relación entre los miembros pueda ir fortaleciendo el lazo afectivo y cada vez cuentan más el uno con el otro. Eliminando así los tabúes y prejuicios que se tiene sobre la salud mental.

REFERENCIAS

- Addis, M. E., Hatgis, C., Cardemil, E., Jacob, K., Krasnow, A. D. y Mansfield, A. (2006). *Effectiveness of cognitive-behavioral treatment for panic disorder versus treatment as usual in a managed care setting: 2-year follow-up*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(2), 377–385.
<https://doi.org/10.1037/0022-006x.74.2.377>
- Asociación Americana Psiquiátrica. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (5a. ed.), Editorial Medica Panamericana. (pp. 208-214).
- Amodeo Escribano, S. (2017). *Trastorno de pánico y su tratamiento psicológico*. Revisión y actualización. *Revista Katharsis*, N 23, enero-julio 2017, (pp.166-176).
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5888107>
- Binfa, L., Cancino, V., Ugarte, I., Mella, M. y Cavada, G. (2002). *Woman Abuse Screening Tool (WAST)*.
- Botella, C., Garcia, A. y Osma, J. (2014). *Personalidad y trastorno de pánico: un estudio de revisión*. *Anales de Psicología*, 30 (2),381-394. ISSN: 0212-9728.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16731188001>
- Cano Vindel, A., Mae Wood, C., Dongil, E. y Latorre, J. (2011). *El trastorno de pánico en atención primaria*. *Papeles del Psicólogo*, 32 (3), 365-273.
<https://www.redalyc.org/pdf/778/77822236007.pdf>
- Castellano, G. (2020). *LOS ATAQUES DE PÁNICO SON MÁS FRECUENTES EN ÉPOCAS DE CRISIS*. *Revista Familia*.
<https://www.revistafamilia.ec/salud/ataques-panico-frecuentes-crisis-covid19.html>
- Cervera, I., Melgar, J. y Ruano, T. (2015). *Revisión de las características sociodemográficas y clínicas del Trastorno de Pánico a partir de una muestra de pacientes*. *Psiquiatria.com*.
<http://psiqu.com/1-7351>
- Dolado, M. (2010). *DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DEL ESTADO DE ÁNIMO*. *Psiquiatria.com*.
<http://psiqu.com/1-508>
- Fernández, M. y Zanassi, S. (2016). *Antecedentes y revisión crítica del denominado "Ataque de pánico"*. *Perspectivas en Psicología: Revista de Psicología y*

Ciencias Afines, 13(2), (pp. 57-66).
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483551472014>

- Ferrando, L., Bobes, J. y Gibert, J. (2000). *MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional*.
- Iracheta Ruiz, E. (2020). *Ansiedad: ¿es verdad que la sufren más las mujeres?* Unidad de la Mujer.
<https://www.unidaddelamujer.es/ansiedad-es-verdad-que-la-sufren-mas-las-mujeres/>
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Jin, R., Ruscio, A. M., Shear, K., y Walters, E. E. (2006). *La epidemiología de los ataques de pánico, el trastorno de pánico y la agorafobia en la réplica de la Encuesta Nacional de Comorbilidad*. National Library of Medicine, 63(4), 415–424.
doi:10.1001/archpsyc.63.4.415
- Latorre, J. M., Dongil, E., Cano Vindel, A. y Mae Wood, C. (2011). *El trastorno de pánico en atención primaria*. Papeles del Psicólogo, 32 (3), 265-273.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77822236007>
- Moreno, S. (2020). *Migración y ‘cultura del miedo’: estudio sociosemiótico*. Universidad ORT Uruguay.
<http://www.scielo.org.ar/pdf/ecea/n43/n43a05.pdf>
- Muñoz Navarro, R. (2015). *DETECCIÓN DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y PÁNICO EN ATENCIÓN PRIMARIA MEDIANTE EL PHQ*. Tesis Dr. Psicología de la Salud, Universidad de Valencia.
<https://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/45851/TD%20RM%20Digital.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Nafría, P. (2020). *Ansiedad por problemas económicos: cómo gestionarla*. Psicología Nafría.
<https://psicologianafria.com/ansiedad-por-problemas-economicos/>
- Oromendia, P. (2016). *Detección y tratamiento del trastorno de pánico a través de Internet: El apoyo psicológico como parte de un programa de autoayuda basado en la terapia cognitivo conductual*. Tesis Dr. Psiq. Med Leg. Ballaterra, Universidad Autónoma de Barcelona. 240 p.
<https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/387328/por1de1.pdf?sequence=5.xml>
- Ortega, T., De la Cuesta, D. y Dias, C. (1999). *Cuestionario de funcionamiento familiar (FF-SIL)*.
- Osma, J. (2019). *Influencia de la personalidad en la clínica del trastorno de pánico con o sin agorafobia: un estudio exploratorio*. Tesis. Dr. Castellón de la

Plana, España, Universitat JAUME I Facultad de ciencias humanas y sociales departamento de psicología básica, clínica y psicobiología. 460 p.
https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/384623/Tesis_Osma_JorgeJavier_Influencia_personalidad.pdf?sequence=1

- Pacheco-Vásquez, D. y Guerrero-Alcedo, J. (2021). *Prevalencia de trastornos mentales en población peruana con COVID-19 atendida en el programa "Te Cuido Perú"*. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 40(9), 902-906.
<https://www.redalyc.org/journal/559/55971716004/html/>
- Palomares Castillo, E., Campos Coy, P. E., Ostrosky Shejet, F., Tirado Duran, E., y Mendieta Cabrera, D. (2010). *Evaluación de funciones cognitivas: atención y memoria en pacientes con trastorno de pánico*. *Salud Mental*, 33(6), 481-488.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58219792002>
- Pimienta, X. (2020). *Cuidando mi salud mental durante el Covid-19*. Asociación Mexicana de Psicología Hospitalaria.
https://www.salud-psicologica.mx/lib/exe/fetch.php/psicologia-covid:cuidando_mi_salud_mental_durante_el_covid-19.pdf
- Pull, C., y Damsa, C. (2008). *Farmacoterapia del trastorno de pánico*. National Library of Medicine, 4 (4): 779-95. doi: [10.2147/ndt.s1224](https://doi.org/10.2147/ndt.s1224)
- Ribot Reyes, C., Chang Paredes, N. y González Castillo, A. (2020). Efectos de la COVID-19 en la salud mental de la población. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2020000400008
- Roca, M., Gili, M., García-García, M., Salva, J., Vives, M., García Campayo, J., y Comas, A. (2009). *Prevalencia y comorbilidad de los trastornos mentales comunes en atención primaria*. National Library of Medicine. 119(1-3):52-8. doi: [10.1016/j.jad.2009.03.014](https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.03.014)
- Rodríguez Ceberio, M. (2020). *Uso de Prescripciones paradójales en trastornos de pánico y agorafobias: un estudio de revisión*. *Calidad De Vida Y Salud*, 13(ESPECIAL), 2-17.
<http://revistacdvs.uflo.edu.ar/index.php/CdVUFLO/article/view/272>
- Rodríguez, I., Menal, I. y Rojas, V. (2018). *ESTUDIO DE CASO ÚNICO: EFICACIA DE UN TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL EN UN TRASTORNO DE PÁNICO EN UN ADOLESCENTE*. *Revista de casos clínicos en salud mental*, 6(1).
https://redib.org/Record/oai_articulo2968632-estudio-de-caso-

[%C3%BAnico-eficacia-de-un-tratamiento-cognitivo-conductual-en-un-trastorno-de-p%C3%AAnico-en-un-adolescente/Citing#tabnav](#)

- Rodríguez, J., Kohn, R. y Aguilar-Gaxiola, S. (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe* (1º ed.). Pan Amer Health Org.
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/740/9789275316320.pdf>
- Sáenz, S. (2020). *Los efectos de la discriminación en la salud y bienestar de las personas*. Iceberg Cultures of Inclusion.
<https://www.icebergci.com/los-efectos-de-la-discriminacion-en-la-salud-y-el-bienestar-de-las-personas/>
- Smoller, J., Pollack, M., Wassertheil-Smoller, S., Jackson, R., Oberman, A., Wong, N. y Sheps, D. (2007). *Panic Attacks and Risk of Incident Cardiovascular Events Among Postmenopausal Women in the Women's Health Initiative Observational Study*. *Archives of General Psychiatry*, 64(10), 11-53.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.10.1153>
- Stein, M. B., Jang, K. L. y Livesley, W. J. (1999). *Heritability of anxiety sensitivity: A twin study*. *American Journal of Psychiatry*, 156(2), 246-251.
<https://ajp.psychiatryonline.org/doi/epdf/10.1176/ajp.156.2.246>
- Valera, J. V. (2014). *Consideraciones psicoanalíticas acerca de lo actual del ataque de pánico*. VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR.
<https://www.aacademica.org/000-035/738.pdf>
- Vilar Peirí, E. y Eibenschutz Hartman, C. (2007). *Migración y salud mental: un problema emergente de salud pública*. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 6(13), 11-32.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272007000200002
- Weissman, M., Klerman, G., Markowitz, J. y Ouellette, R. (1989). *Ideación suicida e intentos de suicidio en el trastorno y ataques de pánico*. *The New England Journal of Medicine*, 321 (18), 1209–1214.
<https://doi.org/10.1056/NEJM198911023211801>

ANEXOS

Anexo 1

Ficha Sociodemográfica

INFORMACIÓN GENERAL.			
			Número de ficha <input type="text"/>
Nombre del entrevistador.....			
Parroquia			
Comuna/ sector			
1.- Etnia (Marque con un X lo que corresponde)			
<input type="checkbox"/> 1 Indígena <input type="checkbox"/> 2 Mestiza <input type="checkbox"/> 3 Blanca <input type="checkbox"/> 4 Otra			
2.- Género (Marque con un X lo que corresponde)			
<input type="checkbox"/> 1 Masculino <input type="checkbox"/> 2 Femenino <input type="checkbox"/> 3 Otros			
3.- Edad: _____ años cumplidos (Solo números)			
4.- Escolaridad (Marque con un X una sola opción)			
<input type="checkbox"/> 1 Sin escolaridad			
<input type="checkbox"/> 2 Menos 10 de años estudio			
<input type="checkbox"/> 3 10 años de estudio			
<input type="checkbox"/> 4 Más de 10 de estudio			
<input type="checkbox"/> 5 Bachillerato (3ro de bachillerato aprobado)			
<input type="checkbox"/> 6 Superior incompleto			
<input type="checkbox"/> 7 Superior completo			
<input type="checkbox"/> 8 Nivel postgrado			
5.- ¿Con quien vive usted? (Marque con un X una sola opción)			
<input type="checkbox"/> 1 Vive solo			
<input type="checkbox"/> 2 Vive sólo con el padre y/o la madre			
<input type="checkbox"/> 3 Vive con padres y/o hermanos			
<input type="checkbox"/> 4 Vive con padres y/o hermanos y/o otros familiares (abuelos o tíos, etc.)			
<input type="checkbox"/> 5 Vive con pareja			
<input type="checkbox"/> 6 Otros, indicar con quién:			

6.- Estado civil actual: (Marque con un X lo que corresponde)

- | | |
|--|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Soltero/a | 4 <input type="checkbox"/> Separado/a (de hecho) |
| 2 <input type="checkbox"/> Unión libre | 5 <input type="checkbox"/> Divorciado/a (legalmente) |
| 3 <input type="checkbox"/> Casado/a | 6 <input type="checkbox"/> Viudo/a |

7.- ¿Qué actividad desarrolla actualmente? (Marque con un X lo que corresponde)

- | |
|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Trabaja jornada completa |
| 2 <input type="checkbox"/> Trabaja media jornada |
| 3 <input type="checkbox"/> Trabaja ocasionalmente |
| 4 <input type="checkbox"/> No trabaja |
| 5 <input type="checkbox"/> Jubilado/a |
| 6 <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

8.- ¿Alguien de su familia o a migrado? (Marque con un X lo que corresponde)

Sí No

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

Interna (Dentro del Ecuador) Externa (Fuera del país)

9.- Identifique ¿Quién migró?

- | |
|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Padre |
| 2 <input type="checkbox"/> Madre |
| 3 <input type="checkbox"/> Ambos padres |
| 6 <input type="checkbox"/> Esposo (a) pareja |
| 7 <input type="checkbox"/> Hermanos |

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

Sí No

11.- Endeudamiento

Tiene deuda la familia

Sí No

De todos los ingresos familiares, ¿Cuanto gasta en pagar la deuda?

- 1 Menos de la Mitad
2 La mitad y más

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

Sí No

¿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.- ¿Qué tiempo dedica a realizar 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 (al menos por 5 días)
3 No realiza ejercicio

14.- Si realiza ejercicio ¿Cómo se pone su respiración mientras hace ejercicio?

- 1 Respira normal o aumenta poco y puede hablar 2 La respiración es rápida, o se dificulta o falta el aliento

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

Sí No

Anexo 2

Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Salud mental en el Cantón Gualaceo”

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

La presente investigación es conducida por el Dr. Fray Martínez profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay. La meta de este estudio es conocer como se encuentra la salud mental de la población.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá contesta 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.

Anexo 3

MINI MENTAL

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

2

Nombre del paciente: _____	Número de protocolo: _____
Fecha de nacimiento: _____	Hora en que inició la entrevista: _____
Nombre del entrevistador: _____	Hora en que terminó la entrevista: _____
Fecha de la entrevista: _____	Duración total: _____

<i>Módulos</i>	<i>Periodo explorado</i>	<i>Cumple los criterios</i>	<i>DSM-IV</i>	<i>CIE-10</i>
A EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (EDM)	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	299.20-296.26 episodio único	F32.x
EDM CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS (opcional)	Recidivante	<input type="checkbox"/>	296.30-296.36 recidivante	F33.x
B TRASTORNO DISTÍMICO	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 episodio único	F32.x
C RIESGO DE SUICIDIO	Actual (últimos 2 años)	<input type="checkbox"/>	296.30-296.36 recidivante	F33.x
Riesgo:	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.4	F34.1
	<input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderado <input type="checkbox"/> alto	<input type="checkbox"/>		
D EPISODIO MANÍACO	Actual	<input type="checkbox"/>	296.00-296.06	F30.x-F31.9
EPISODIO HIPOMANÍACO	Pasado	<input type="checkbox"/>		
	Actual	<input type="checkbox"/>	296.80-296.89	F31.8-F31.9/F34.0
	Pasado	<input type="checkbox"/>	300.01/300.21	F40.01-F41.0
E TRASTORNO DE ANGUSTIA	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>		
	De por vida	<input type="checkbox"/>	300.22	F40.00
F AGORAFOBIA	Actual	<input type="checkbox"/>		
G FOBIA SOCIAL (<i>Trastorno de ansiedad social</i>)	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.23	F40.1
H TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.3	F42.8
I ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (opcional)	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	309.81	F43.1
J DEPENDENCIA DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	303.9	F10.2x
ABUSO DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	305.00	F10.1
K DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
ABUSO DE SUSTANCIAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
L TRASTORNOS PSICÓTICOS	De por vida	<input type="checkbox"/>	295.10-295.90/297.1	F20.xx-F29
	Actual	<input type="checkbox"/>	297.3/293.81/293.82 293.89/298.8/298.9	
TRASTORNO DEL ESTADO DEL ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS	Actual	<input type="checkbox"/>	296.24	F32.3/F33.3
M ANOREXIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
N BULIMIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2
ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVA/PURGATIVA	Actual	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
O TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	Actual (últimos 6 meses)	<input type="checkbox"/>	300.02	F41.1
P TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD (opcional)	De por vida	<input type="checkbox"/>	301.7	F60.2

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

E. Trastorno de angustia

(⇒ SIGNIFICA: RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN E5 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	SÍ	1
	b	¿Estas crisis o ataques alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos?	NO	SÍ	2
E2		¿Alguna vez estas crisis o ataques ocurrieron de una manera inesperada o espontánea u ocurrieron de forma impredecible o sin provocación?	NO	SÍ	3
E3		¿Ha tenido una de estas crisis seguida por un período de un mes o más en el que temía que otro episodio recurriera o se preocupaba por las consecuencias de la crisis?	NO	SÍ	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	SÍ	5
	b	¿Sudaba o tenía las manos húmedas?	NO	SÍ	6
	c	¿Tenía temblores o sacudidas musculares?	NO	SÍ	7
	d	¿Sentía la falta de aliento o dificultad para respirar?	NO	SÍ	8
	e	¿Tenía sensación de ahogo o un nudo en la garganta?	NO	SÍ	9
	f	¿Notaba dolor o molestia en el pecho?	NO	SÍ	10
	g	¿Tenía náuseas, molestias en el estómago o diarreas repentinas?	NO	SÍ	11
	h	¿Se sentía mareado, inestable, aturdido o a punto de desvanecerse?	NO	SÍ	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	SÍ	13
	j	¿Tenía miedo de perder el control o de volverse loco?	NO	SÍ	14
	k	¿Tenía miedo de que se estuviera muriendo?	NO	SÍ	15
	l	¿Tenía alguna parte de su cuerpo adormecida o con hormigueos?	NO	SÍ	16
	m	¿Tenía sofocaciones o escalofríos?	NO	SÍ	17
E5		¿CODIFICÓ SÍ EN E3 Y EN POR LO MENOS 4 DE E4?	NO	SÍ	
			Trastorno de angustia de por vida		
E6		SI E5 = NO, ¿CODIFICÓ SÍ EN ALGUNA RESPUESTA DE E4? SI E6 = SÍ, PASAR A F1.	NO	SÍ	
			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	SÍ	18
			Trastorno de angustia actual		

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

ANEXO 4

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 calificar 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, "muchas dificultades" 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

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*:



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 remordimientos 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		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, 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		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año	
					Total	

Nota: Este cuestionario (el AUDIT) se reimprime con permiso de la Organización Mundial de la Salud y la Generalitat Valenciana Conselleria de Benestar Social. Para reflejar las medidas de consumo en los Estados Unidos (14 gramos de alcohol puro), la cantidad de tragos 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.

ANEXO 6

FFSIL

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.					

PUNTUACIÓN TOTAL