



Facultad de Psicología

Carrera de Psicología Clínica

Trastorno de angustia y factores sociodemográficos en
adolescentes del cantón Gualaceo

Autoras:

María Gabriela Mejía López; María Emilia Neira León

Directora:

Yolanda Patricia Dávila Pontón PhD.

Cuenca - Ecuador

2024

DEDICATORIA I

Con todo mi amor y gratitud, a mis padres y a mi hermano, por su apoyo incondicional, por creer en mí y en mis capacidades en todo momento, por ser mi fuente de inspiración constante y por estar presentes en cada paso de mi camino.

A mi mami y a mi papi, por brindarme siempre su apoyo y amor incondicional, por ser mis confidentes y compañeros de risas, por estar siempre atentos y nunca dejarme sola, por motivarme cada día a seguir adelante, por su paciencia y apoyo en todos mis logros, por nunca dejarme sola y por darme la oportunidad de estudiar y crecer profesionalmente. Sin su paciencia, nada de esto habría sido posible.

A mi hermano Carlitos, mi compañero de aventuras, quien ha sido mi constante inspiración para mejorar y ser una mejor persona, por siempre estar presente cuando necesito su ayuda y consejos.

A mis abuelitas, Flor y Rosa, por su incondicional apoyo y motivación para seguir adelante, por mantenerme siempre en sus oraciones y por cuidarme a lo largo de mi vida

Y a mi querido Toby, por brindarme amor y consuelo en los momentos difíciles, por ser mi fiel compañía y por siempre sacarme una sonrisa.

-Gabriela Mejía

DEDICATORIA II

Dedico este trabajo a la persona más importante en mi vida, mi mami, por su amor incondicional y por ser mi ejemplo a seguir. Gracias por cada sacrificio, por siempre estar presente en mis triunfos y derrotas, y por enseñarme a nunca rendirme.

A mis abuelos, quienes con amor me han enseñado el valor del respeto y el cariño sincero. Gracias por su apoyo constante, por preocuparse siempre por mi bienestar y ser parte esencial de este logro.

A mi tío, mi confidente y guía, por su infinita paciencia y motivación. Gracias por enseñarme a soñar en grande. Eres más que un tío, eres mi mejor amigo.

A mi hermano Josué, por ser un ejemplo de perseverancia y por estar siempre a mi lado, en los buenos y malos momentos, sin importar las circunstancias.

Y a mi fiel compañero, Orejas, que me acompañó en los momentos más difíciles de este camino. También a Gonzalo, a quien extraño profundamente; aunque ya no estés conmigo, esto también es para ti.

-María Emilia Neira L.

AGRADECIMIENTO I

Con todo mi corazón, agradezco a mis padres por estar presentes en cada paso que doy, por los sacrificios que han hecho para brindarme una educación, y por hacerme sentir amada y valorada en todo momento. A mi hermano Carlitos, mi mayor inspiración, por apoyarme siempre y recordarme que los sueños se pueden alcanzar con perseverancia.

Agradezco a Dios por darme la fortaleza y determinación para no rendirme, a mis abuelitas Flor y Rosa por mantenerme siempre en sus oraciones.

A Jefferson Elizalde, por brindarnos su tiempo y apoyo en este camino. Mi gratitud también va para Yolanda Dávila, por ser una guía invaluable, y por brindarnos su conocimiento para alcanzar este logro.

Finalmente, agradezco a esas amistades que me acompañaron en este camino y me agradezco a mí misma por no rendirme y por seguir adelante a pesar de las adversidades, y por mantener viva la convicción de que es posible alcanzar mis sueños.

-Gabriela Mejía

AGRADECIMIENTO II

Quiero expresar mi más sincera gratitud a la Universidad del Azuay por su calidez y apertura
durante estos años.

En especial, agradezco profundamente a Jefferson Elizalde; nada de esto hubiera sido posible
sin su apoyo, paciencia y comprensión.

Asimismo, extiendo mi gratitud a Yolanda Dávila, de quien tuve el privilegio de aprender
tanto.

-María Emilia Neira L.

RESUMEN

Según la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es un período de transición caracterizado por cambios biológicos, psicológicos, sociales y emocionales, siendo una etapa de gran relevancia en el desarrollo humano. Es en esta fase donde se experimentan importantes desafíos y adaptaciones en diferentes áreas de la vida, existiendo la posibilidad de generar una experiencia de estrés, en la que los adolescentes son propensos a desarrollar trastornos de ansiedad. Por tal motivo, se planteó un estudio de tipo cuantitativo, con análisis descriptivo y alcance relacional, pretendió identificar la relación del trastorno de angustia y las variables sociodemográficas respecto al género, edad, discriminación, convivencia y escolaridad; mediante el test MINI para evaluar la angustia y una ficha de identificación sociodemográfica, en una muestra de $n= 293$ entrevistados cuyas edades oscilaron entre los 10 años hasta los 19 años del cantón Gualaceo, 92 son fueron hombres y 201 mujeres. Se identificó una relación estadísticamente significativa entre el tipo de convivencia y la presencia de trastorno de angustia con agorafobia, se puede concluir que el tipo de convivencia influye en la manifestación de angustia en adolescentes.

Palabras claves: adolescentes, angustia, gualaceo, relación, variables

ABSTRACT

According to the World Health Organization, adolescence is a transition period characterized by biological, psychological, social and emotional changes, being a stage of great relevance in human development. It is in this phase where important challenges and adaptations are experienced in different areas of life, with the possibility of generating an experience of stress, in which adolescents are prone to develop anxiety disorders. For this reason, a quantitative study is proposed, with descriptive analysis and relational scope, which aims to analyze the relation of anxiety disorder and sociodemographic variables regarding gender, age, discrimination, cohabitation and schooling; using the MINI test to evaluate panic disorder and a sociodemographic identification form, in a sample of $n = 293$ individuals from 10 to 19 years of age from the Gualaceo canton, among which 92 were men and 201 women. The results indicate a significant relationship between the type of coexistence and the presence of anxiety disorder with agoraphobia, concluding that the type of coexistence influences in a the manifestation of anxiety in adolescents.

Keywords: adolescents, anxiety, Gualaceo, relation, variables.

ÍNDICE

Índice de contenido

Dedicatoria I.....	I
Dedicatoria II.....	II
Agradecimiento I.....	III
Agradecimiento II.....	IV
Resumen.....	V
Abstract.....	VI
Introducción.....	1
1. Capítulo 1: Marco teórico y estado del arte.....	2
1.1 ¿Qué es la adolescencia?.....	3
1.1.1 Aspectos biológicos de la adolescencia.....	3
1.1.2 Aspectos cognitivos de la adolescencia.....	4
1.1.3 Aspectos psicológicos y emocionales de la adolescencia.....	5
1.2 Introducción al trastorno de angustia.....	7
1.2.1 Epidemiología.....	8

1.2.2 Etiología.....	9
1.3 Trastorno de pánico y variables asociadas.....	12
1.3.1 Trastorno de pánico y la edad.....	12
1.3.2 Trastorno de pánico y el género.....	12
1.3.3 Trastorno de pánico y la discriminación.....	13
1.3.4 Trastorno de pánico y la escolaridad.....	15
1.3.5 Trastorno de pánico y la convivencia.....	16
2. Capítulo 2: Metodología.....	18
2.1 Tipo de investigación.....	18
2.2 Participantes.....	18
2.3 Criterios de inclusión y exclusión.....	19
2.4 Instrumentos.....	19
2.5 Análisis de datos.....	20
2.6 Procedimiento.....	20
3. Capítulo 3: Resultados.....	21
4. Capítulo 4: Discusión.....	26
Conclusiones.....	30

Recomendaciones.....	31
Bibliografía.....	32
Anexos.....	38

Índice de tablas

Tabla 1. Análisis descriptivo de la variables sociodemográficas de escolaridad, con quien vive, estado civil actual, discriminado o excluido.....	21
Tabla 2. Prevalencia del trastorno de angustia.....	23
Tabla 3. Relación entre variables sociodemográficas y el Trastorno de angustia sin agorafobia y Trastorno de angustia con agorafobia.....	24

Índice de anexos

Anexo 1. Consentimiento informado.....	38
Anexo 2. Asentimiento informado.....	40
Anexo 3. Ficha sociodemográfica adolescentes.....	42
Anexo 4. Mini Mental.....	43

INTRODUCCIÓN

El “Trastorno de angustia” más conocido como Trastorno de Pánico en el DSM-V, produce un impacto en niños y adolescentes significativo, incrementado la posibilidad de desarrollar depresión mayor y correr riesgo de un comportamiento suicida (UNICEF, 2022).

A nivel global se identificó un incremento de la angustia en diferentes países: en China el 35% de la población presenta angustia, un 60% en Irán y un 40% en Estados Unidos (Chacón et al., 2021). En Latinoamérica, específicamente en Colombia, el 3.5% de adolescentes de 12 a 17 años ha presentado un trastorno de ansiedad, mientras que el 4% de la población de 18 años ha tenido un trastorno mental en los últimos 12 meses (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

La American Psychological Association (APA, 2013) asegura que la prevalencia del trastorno de pánico tiende a aumentar gradualmente durante la adolescencia, este incremento se observa al inicio de la pubertad alcanzando su punto máximo en la adultez.

El trastorno de pánico puede estar influenciado por diversos factores sociodemográficos, incluyendo la edad, el sexo, el nivel educativo y la discriminación (UNICEF, 2022). De este modo, el trastorno de pánico y los factores asociados emergen como problemáticas relevantes tanto a nivel global como local, sin embargo, al no tener información en la población del cantón Gualaceo se justifica la necesidad de realizar un estudio exhaustivo, indagando la relación entre estas variables.

De esta manera se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Existe relación estadísticamente significativa entre el trastorno de angustia y las variables sociodemográficas? Estableciendo como objetivo general: relacionar el trastorno de angustia y variables sociodemográficas, y cómo objetivos específicos: caracterizar a la población según la escolaridad, edad, género, con quien vive y la discriminación y evaluar el trastorno de

angustia.

Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, con análisis descriptivo y alcance relacional. La muestra estuvo conformada por 293 participantes, de los cuales 92 son hombres y 201 mujeres en edades comprendidas entre 10 y 19 años. Los instrumentos utilizados fueron: La Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para niños y adolescentes (MINI) y la ficha sociodemográfica que indagó las variables: género, edad, convivencia, años de estudio y discriminación. Los resultados revelaron una relación significativa entre la presencia de trastorno de angustia y la convivencia.

A continuación, se presentarán los fundamentos teóricos que sustentan el presente trabajo de investigación. En este apartado se abordará definición y características relacionadas a la adolescencia y al trastorno de angustia, conjuntamente con investigaciones que analizan la relación entre la angustia y las variables sociodemográficas.

Posteriormente, se indicarán los aspectos metodológicos, referente al tipo de investigación, a los participantes, los procedimientos utilizados, los instrumentos de evaluación y el análisis de datos correspondientes.

De igual forma, se presentarán los resultados obtenidos a través de tablas con sus respectivas descripciones, dichos hallazgos serán analizados en la discusión, que permite contrastar o relacionar los resultados expuestos anteriormente. Finalmente, se expondrán las conclusiones y recomendaciones, con el objetivo de proponer sugerencias respecto a la investigación, impulsando a fomentar la exploración de alternativas sobre la problemática abordada.

CAPÍTULO 1

1. MARCO TEÓRICO Y ESTADO DEL ARTE

1.1 ¿Qué es la adolescencia?

La Organización Mundial de la Salud (2015) define la adolescencia como “la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, siendo un periodo de desarrollo humano que se caracteriza por cambios físicos, psicológicos, sociales y emocionales”.

Durante este periodo los individuos se encuentran inmersos en una fase de cambios particulares en su desarrollo, la misma que comienza con las modificaciones sexuales, la culminación del crecimiento, transformaciones psicosociales y el desarrollo psicológico, dentro del cual se encuentra la formación de la identidad (Archer de Carvalho & Henriques Veiga, 2022).

Según Erikson (1950) citado en Bordignon (2005) durante la etapa de la pubertad y la adolescencia, comienza un período caracterizado por el rápido crecimiento del cuerpo y el desarrollo psicosexual, lo que genera un interés en la sexualidad y en la formación de la identidad. En esta fase, la integración psicosexual y psicosocial desempeña un papel crucial en la construcción de la identidad personal, a nivel psicosexual, psicosocial, ideológica, cultural, religiosa y profesional (Bordignon, 2005).

1.1.1 Aspectos biológicos. En la adolescencia la interacción adecuada entre diferentes sistemas biológicos, como los procesos hormonales, físicos y del sistema nervioso, permiten el desarrollo humano de los jóvenes (World Health Organization, 2020).

En las niñas el inicio de la pubertad suele ser a las 11 años y en los niños a los 12 años, durante esta etapa el sistema hormonal experimenta una activación y maduración significativa, sobre todo del eje hipotalámico-pituitario-gonadal, permitiendo la liberación de hormonas sexuales como la testosterona y el estrógeno, siendo estas hormonas las que afectan

el desarrollo de los rasgos sexuales secundarios, los órganos reproductivos y el crecimiento general del cuerpo (Henriques-Neto et al., 2023).

El período de la adolescencia está marcado por cambios hormonales y factores genéticos, los mismos que contribuyen también a los cambios cognitivos y conductuales observados durante la adolescencia, que generalmente ocurren entre 2 y 4 años después del inicio de la pubertad (Henriques-Neto et al., 2023).

La reestructuración tanto estructural como funcional del cerebro afecta áreas relacionadas con la regulación emocional, la cognición social y la toma de decisiones (Henriques-Neto et al., 2023). Se ha observado que el inicio temprano de la pubertad se asocia con un desarrollo cerebral más rápido, especialmente en áreas subcorticales y frontales en las niñas, y en áreas subcorticales en los niños (Henriques-Neto et al., 2023).

1.1.2 Aspectos cognitivos. De acuerdo a Piaget (1991) citado en Lara Alberca (1996) en la adolescencia es cuando se alcanza el último nivel de desarrollo cognitivo llamada la etapa de las operaciones formales, la cual hace referencia a la forma de resolver los problemas experimentales, sobre todo ante tareas de tipo físicas, en las que el adolescente reflexiona no sólo sobre lo real, sino también sobre la gran variedad de posibles soluciones, existiendo la capacidad de formular hipótesis sobre ciertos supuestos.

Los adolescentes al desarrollar el pensamiento formal se vuelven capaces de generar un razonamiento de tipo lógico y complejo, utilizando símbolos para representar ideas y para realizar operaciones mentales sobre hechos; además de pensar en utopías, cuestionar a la autoridad y aceptar o negar decisiones (Uribe Ortega, 1993).

De esta manera el desarrollo de un pensamiento lógico y formal en los adolescentes les permite volverse analíticos y autocríticos, todo esto relacionado con las experiencias y la asociación con objetos o acontecimientos que van teniendo los jóvenes a lo largo de su vida (Uribe Ortega, 1993).

1.1.3 Aspecto psicológico y emocional. Durante la etapa de la adolescencia, los individuos se encuentran inmersos en una fase crucial de desarrollo psicológico conocida por la intensa búsqueda de identidad (Wood et al., 2019).

Según Erikson (1956) citado en Arnold (2017) la identidad es un fenómeno complejo, el cual está influenciado por los propios procesos psicológicos, el contexto del que proviene la persona, y las físicas que facilitan o limitan el desarrollo.

De esta manera la formación de la identidad es fundamental para que el adolescente experimente una integridad entre lo que ha sido durante su infancia y lo que promete convertirse en el futuro, con respecto a lo que concibe él mismo sobre él y lo que los demás esperan que sea (Arnold, 2017).

La teoría del desarrollo de Erikson (1950) citado en Arnold (2017) sostiene que todas las personas atraviesan la resolución de "crisis" a lo largo de su desarrollo, desde la infancia hasta la vejez; cada una de estas crisis presenta un desafío que debe superarse de manera positiva para avanzar con éxito en la vida.

De esta forma la tarea principal durante la adolescencia es el desarrollo de la identidad, es decir, la capacidad de conocerse a sí mismo, mantener una estabilidad en la percepción propia y ser fiel a ese yo (Arnold, 2017).

Además de la búsqueda de la identidad los adolescentes pasan por diversos acontecimientos en los que su vida pasa por diferentes planos que conllevan una serie de desafíos y tensiones, cómo la graduación de la preparatoria, el ingreso a la universidad, la elección de una profesión, cuestionamiento de los valores, la inserción social, el uso del tiempo libre, el proceso de la intimidad, entre otros (González González, 2022).

La necesidad de tomar decisiones significativas sobre aspectos claves de sus vidas puede ser un proceso gratificante, y a la vez generar una experiencia de estrés, ya que los

jóvenes se enfrentan a la presión de definir su identidad y establecer un sentido de dirección en sus vidas (De Lise et al., 2023).

De esta manera los adolescentes son considerados cómo individuos que, a pesar de la inmadurez cerebral, debido al constante desarrollo de su corteza pre frontal, se ven inmersos en un proceso constante de toma de decisiones, de controlar sus impulsos, de desarrollar y acercarse a ciertas ideologías, y de consolidar su personalidad e identidad (Palacios, 2019).

Estos acontecimientos generan que los adolescentes sean visibilizados cómo personas que experimentan estados emocionales intensos, que, combinados con múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales, generan una propensión al desarrollo de múltiples trastornos mentales (Palacios, 2019).

Méndez et al. (2022) plantean que el miedo en la infancia y en la adolescencia están presentes debido a su papel adaptativo, sin embargo, cuando la reacción del adolescente es desproporcionada con la situación que lo genera se llega a producir la ansiedad cómo trastorno.

Los trastornos de ansiedad se encuentran entre los trastornos más frecuentes en la infancia y la adolescencia, y su prevalencia se estima entre un 7 y un 12%, presentando una mayor comorbilidad en la adolescencia, persistiendo hasta la edad adulta (Méndez et al., 2022). El impacto negativo de los trastornos de ansiedad en los ámbitos personal y social es elevado y se encuentran entre las diez principales causas de mortalidad en la adolescencia, especialmente en las niñas (OMS, 2014, como se citó en Méndez et al., 2022).

En este contexto, este periodo de transición puede generar una experiencia de estrés, en la que los adolescentes son propensos a desarrollar trastornos de ansiedad, entre ellos el trastorno de pánico (Baker et al., 2022). Según Baker et al. (2022) del 1 al 3% de los adolescentes experimentan trastorno de pánico con un pico de aparición entre los 15 y los 19

años de edad, el mismo que genera un impacto negativo en diferentes áreas de la vida de los adolescentes, incluidas las interacciones sociales y el funcionamiento académico.

1.2 Introducción al trastorno de angustia

Definición y características del trastorno de pánico

El trastorno de angustia más conocido como trastorno de pánico es una condición psicológica caracterizada por la aparición repentina e inesperada de ataques de pánico, los cuales se manifiestan con síntomas físicos y psicológicos intensos (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 2013).

Para diagnosticar a una persona con este trastorno, según el DSM-V (2013) se requiere que la persona experimente al menos cuatro de los trece síntomas descritos, que incluyen palpitaciones o aceleración de la frecuencia cardíaca, sudoración, temblores, sensación de dificultad para respirar o asfixia, sensación de mareo o inestabilidad, escalofríos o sensación de calor, sensación de ahogo, dolor o molestias en el tórax, náuseas o malestar abdominal, parestesias, desrealización o despersonalización, miedo a perder el control o volverse loco y miedo a morir.

En la definición de trastorno de pánico, es crucial aclarar ciertos términos clave, como recurrente e inesperado; el término "recurrente" se refiere a la presencia de más de una crisis de ataque de pánico, por su parte, "inesperada" implica que estos ataques ocurren de manera imprevista, sin un desencadenante obvio o específico (DSM-V, 2013).

La frecuencia y gravedad de los ataques de pánico varían considerablemente entre los individuos, estadísticamente, los ataques de pánico pueden ocurrir una vez por semana, una vez al día o incluso dos veces al mes, a lo largo de un año (DSM-V, 2013).

En cuanto a la gravedad de los ataques de pánico, estos se pueden clasificar en ataques completos y ataques limitados; los ataques completos se caracterizan por la presencia de cuatro o más síntomas, mientras que los ataques limitados se definen por la aparición de menos de cuatro síntomas (DSM-V, 2013). Las preocupaciones sociales relacionadas con el trastorno de pánico se manifiestan a través de patrones de incomodidad social, como la vergüenza y el miedo a ser juzgados negativamente (DSM-V, 2013).

Los síntomas suelen generar un malestar significativo en quienes lo padecen, interfiriendo en sus actividades diarias y en su calidad de vida, además las personas con trastorno de pánico a menudo viven con el temor constante de experimentar otro ataque de pánico, lo que puede llevar a la evitación de ciertas situaciones o lugares que perciben como desencadenantes (DSM-V, 2013).

1.2.1 Epidemiología

“La epidemiología se define como la rama de la salud que se encarga de estudiar y explicar la dinámica de la salud en la población” (Moreno et al., 2020).

Sobre la población de Ecuador, en un estudio realizado en la ciudad de milagro se encontró que de 102 personas encuestadas el 71, 57% presentó niveles elevados de ansiedad, frente a un 28, 43% que no presentó factores relacionados a la ansiedad, dentro de las cuáles 74 personas, representando el 71, 6% que cumplen con una jornada laboral mayor a 40 horas tiene riesgo de presentar ansiedad (Díaz Barahona & Veintimilla Andrade, 2022).

Estudios epidemiológicos indican que los trastornos de ansiedad tienen una prevalencia de entre el 1,5% y el 3,5%, siendo considerados como unos de los trastornos más comunes en la población general (Amador Rosales & Amaya Duarte, 2019).

La distribución por sexos muestra que en el caso del pánico sin agorafobia hay un hombre por cada dos mujeres, mientras que con la presencia de agorafobia hay un hombre por cada tres mujeres, dónde ser mujer, americana, de mediana edad, estar separada, viudo o divorciada, y tener bajos ingresos aumentaba el riesgo de sufrir trastorno de pánico (Amador Rosales & Amaya Duarte, 2019).

En un estudio se identificó que alrededor de un 10% de la población adulta ha experimentado alguna crisis de angustia, aunque en la mayor parte de casos no se presenta un diagnóstico de trastorno de pánico (Calvache & Chicaiza, 2019).

Los ataques de pánico son considerados la cúspide de los trastornos de ansiedad, además se encuentran en varios de ellos, razón por la cual, los resultados de la presente investigación se podrían generalizar a varios trastornos de ansiedad (Calvache & Chicaiza, 2019). Con respecto a la adolescencia se plantea que menos de 0,5 % de los preadolescentes, es decir que niños que son menores a los 12 años experimentan trastorno de pánico, el mismo que suele coexistir con agorafobia, siendo más frecuente en niñas con un 1,7 % que en los niños con un 0,5 % (Baker et al., 2022).

Los síntomas más comunes que experimentan más de dos tercios de los niños y adolescentes entre los 8 hasta los 17 años, son mareos, dificultad para respirar, palpitaciones y temblores; siendo que alrededor de la mitad de los jóvenes informan haber experimentado despersonalización, desrealización, miedo a morir, a volverse loco o perder el control (Baker et al., 2022).

1.2.2 Etiología

Se ha planteado que los diferentes tipos de trastornos de ansiedad suelen relacionarse a otros tipos de ansiedad, así se ha reportado en algunos estudios que niños y adolescentes con trastorno de ansiedad generalizado tienen mayor tendencia, incluso del 60% de presentar

trastorno de ansiedad por separación, así mismo se ha hallado una asociación del trastorno de ansiedad generalizado con la depresión (Amador Rosales & Amaya Duarte, 2019).

De la misma manera cualquiera de los tipos de ansiedad suelen concurrir con otros trastornos psiquiátricos diferentes a la ansiedad como el trastorno con hiperactividad con déficit de atención, trastornos del lenguaje y del aprendizaje (Moreno et al., 2020).

Los trastornos de ansiedad pueden originarse por una predisposición biológica, que incluye una base genética, o por una vulnerabilidad adquirida a través de experiencias durante los primeros años de vida; de esta manera algunos de los factores por los que se puede desarrollar el trastorno de pánico, pueden ser variables temperamentales, ambientales y fisiológicas. (Amador Rosales & Amaya Duarte, 2019)

Aspectos temperamentales. La afectividad negativa y la ansiedad son factores de riesgo tanto para la aparición de ataques de pánico como para la preocupación sobre estos; además, los episodios de miedo se consideran factores de riesgo adicionales (Amador Rosales & Amaya Duarte, 2019).

Aspectos ambientales. La historia de abuso sexual y maltrato físico es más común en personas con trastorno de pánico que en aquellas con otros trastornos de ansiedad; fumar y estar bajo estrés también se relacionan con la aparición de ataques de pánico (Amador Rosales & Amaya Duarte, 2019).

En un estudio realizado por D'Angelo et al. (2024), reclutaron a 173 personas las mismas que presentaban un diagnóstico de trastorno de pánico, con el objetivo de investigar si al exponerse a diferentes factores traumáticos repetidos a lo largo de su vida puede potencializar los síntomas de ansiedad.

En el estudio se propone que los pacientes con trastorno de pánico pueden experimentar una mayor vulnerabilidad a fenómenos ansiosos en presencia de eventos traumáticos repetidos, llegando incluso a desarrollarse un trastorno de estrés postraumático (D'Angelo et al., 2024). Por lo que se concluye que ciertos factores ambientales traumáticos pueden incidir en la presencia del trastorno de pánico, sobre todo con aparición de síntomas disociativos (D'Angelo et al., 2024).

Aspectos genéticos y fisiológicos. Se cree que muchos genes contribuyen a la vulnerabilidad para desarrollar este trastorno, aunque aún no se han identificado específicamente. Existe un mayor riesgo de padecer el trastorno en hijos de padres con ansiedad, depresión y trastornos bipolares. Además, algunas dificultades respiratorias, como el asma, se asocian con el trastorno de pánico, considerando antecedentes personales, familiares y comorbilidad (Amador Rosales & Amaya Duarte, 2019).

Según las teorías biológicas los factores metabólicos, hormonales, genéticos y neuroquímicos son los que permiten explorar la etiología del trastorno de pánico, de la misma manera las teorías psicológicas basadas en el enfoque cognitivo conductual generan una guía para conocer el origen de este trastorno (Kyriakoulis, 2023).

De esta forma se puede decir que el trastorno de pánico está determinado por la interacción de múltiples factores, los mismos que incluyen la parte biológica, genética, psicológica, social, cultural y económica (Kyriakoulis, 2023). La presencia de todos estos factores puede actuar como precipitantes, aumentando la vulnerabilidad al desarrollo del trastorno de pánico (Kyriakoulis, 2023).

1.3 El trastorno de pánico y variables asociadas

1.3.1 Trastorno de pánico y la edad

El trastorno de pánico puede estar relacionado con diversos factores, cómo la edad; se plantea que más de tres millones de estadounidenses experimentan trastorno de pánico durante su vida, mismo que comienza su desarrollo en la adolescencia, interfiriendo en la vida de los jóvenes (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2023).

En varios casos los niños y adolescentes con trastorno de pánico pueden comenzar a sentirse ansiosos la mayor parte del tiempo, incluso cuando no estén sufriendo ataques de pánico, algunos comienzan a evitar situaciones activantes de los ataques y otros pueden desarrollar una depresión grave y correr el riesgo de tener una conducta suicida, junto con el consumo de alcohol y drogas para disminuir la ansiedad (AACAP, 2023).

1.3.2 Trastorno de pánico y el género

Sobre el género, Javaid et al. (2023) encontraron en su estudio que las mujeres tenían más probabilidades de verse afectadas por trastornos de ansiedad que los hombres, y entre todas las edades, la tasa de prevalencia entre las mujeres fue de 4.862 por 100.000, frente a 2.933 por 100.000 en hombres.

Sobre el trastorno de pánico los datos epidemiológicos sugieren que este trastorno es más común en mujeres que en hombres, siendo que las mujeres incluso presentan formas más debilitantes del trastorno de pánico; además se plantea que después de la remisión del trastorno los síntomas de pánico reaparecieron con el doble de frecuencia en las mujeres que en los hombres (Leskin & Sheikh, 2004). Se plantea que la diferencia de afectación entre hombres y mujeres sobre la presencia del trastorno de pánico se debe a diversos factores

cómo la parte biológica, hormonal y psicosocial (Leskin & Sheikh, 2004).

1.3.3 Trastorno de pánico y la discriminación

La discriminación se define como el trato injusto o desigual hacia una persona o grupo, basado en características como la raza, el género, la orientación sexual, la religión, entre otros (Real Academia Española, 2014, citado en Hernández de la Torre & Fernández Rodríguez, 2020).

Los adolescentes se encuentran en el grupo de edad con mayor diversidad racial y étnica, los mismos que con su desarrollo se vuelven más conscientes de su estatus social y sobre su identidad étnica o racial (Coyne-Beasley et al., 2023). La discriminación en adolescentes de 18 años o menos se relacionó con el empeoramiento de la salud mental, presencia de conductas dañinas, incluido el uso de sustancias; problemas de conducta, incluidos trastornos e impactos negativos en la salud física, incluidos los niveles de cortisol, causando estrés crónico (Coyne-Beasley et al., 2023).

La experiencia de discriminación para los adolescentes puede generar un aumento en los niveles de estrés, ansiedad y temor, lo que a su vez puede desencadenar episodios de pánico y aumentar la probabilidad de desarrollarse a lo largo del tiempo en las personas afectadas (Pieterse et al., 2018).

Tao & Fisher (2021) realizaron una investigación en la que se evaluó la relación entre el uso de las redes sociales, la salud mental y la discriminación en adolescentes de diferentes razas y etnias. En la investigación se planteó que la alta prevalencia de exposición a la discriminación racial en las redes sociales entre los adolescentes negros, asiáticos, indígenas y latinos, puede estar asociado con la presencia de trastornos mentales, entre ellos ansiedad, depresión y consumo de sustancias.

Al realizar el estudio se encontró que el 79% de los adolescentes de la muestra han sido discriminados en las redes sociales, con una mayor prevalencia en la población negra, dónde los adolescentes indígenas y latinos presentaron niveles elevados de síntomas ansiosos en comparación con otros participantes; llegando a la conclusión de que sí existe una relación entre la discriminación y la presencia de trastornos ansiosos (Tao & Fisher, 2021).

En un estudio realizado por MacIntyre et al. (2023) brindó información sobre las disparidades raciales en el momento de hacer uso de los servicios de salud mental, asociado con los síntomas del trastorno de pánico en tres categorías etno raciales. Se encontró que, en comparación con los afroamericanos y los blancos no hispanos, los caribeños negros utilizaron en menor cantidad los servicios de salud mental a pesar de presentar un mayor deterioro con respecto a los síntomas de trastorno de pánico (MacIntyre et al., 2023).

Sobre el trastorno de pánico se vio que a lo largo de la vida fue presentado y reportado por blancos no hispanos en mayor porcentaje, además se encontró que las personas negras tienden a atribuir síntomas físicos, además de concepciones culturales sobre la salud mental, por lo que existen menor reportes del trastorno de pánico en este grupo (MacIntyre et al., 2023). De esta forma se concluye que el impacto de la discriminación racial y otras formas de marginación son perjudiciales para la salud mental en diversos trastornos de ansiedad, sobre todo para el trastorno de pánico (MacIntyre et al., 2023).

1.3.4 Trastorno de pánico y la escolaridad

La escolaridad es considerada cómo el proceso sistemático de instrucción formal recibido en instituciones educativas, las mismas que abarcan desde la educación inicial hasta los niveles superiores (Sazo & Gálvez Sobral, 2014). La escolarización no sólo se trata de la adquisición de conocimientos académicos, si no también se asocia con el desarrollo y aprendizaje de habilidades emocionales y sociales, las mismas que preparan a los niños y adolescentes para enfrentarse al mundo real (Sazo & Gálvez Sobral, 2014).

En un estudio realizado se encontró que el trastorno de pánico puede estar asociado con diversos factores como la escolaridad, las personas con menor escolaridad tienen una mayor probabilidad de desarrollar trastorno de pánico en comparación con aquellas con niveles más altos de educación, esto podría deberse a que la educación puede influir en la forma en que las personas perciben y manejan el estrés, así como en su acceso a recursos para hacer frente a los desafíos emocionales (Barbosa et al., 2019).

Se plantea que la ansiedad y los trastornos asociados como el trastorno de pánico está altamente relacionado con el fracaso escolar, no sólo como una consecuencia, si no también como una causa (Weinreich et al., 2023). Los niños que presentan algún trastorno de ansiedad son los más probables de tener calificaciones escolares insuficientes, lo cual va muy asociado con el estatus socioeconómico, las influencias familiares y el perfil afectivo, cognitivo e individual (Weinreich et al., 2023).

La educación puede estar relacionada con otros factores que influyen en la salud mental, como el acceso a servicios de salud mental y el nivel socioeconómico (Barbosa et al., 2019). Se plantea que las personas con mayor nivel educativo pueden tener más recursos para buscar tratamiento y apoyo psicológico, lo que podría influir en la prevalencia y el curso del trastorno de pánico; además, la educación puede estar relacionada con el nivel de conciencia sobre la salud mental y la capacidad para reconocer y buscar ayuda para los problemas emocionales (Barbosa et al., 2019).

De igual forma, las crisis económicas generan un impacto negativo en la salud mental de las personas incluidos los estudiantes que requieren del apoyo económico de padres y familiares para llevar a cabo sus estudios, combinando las actividades académicas con las laborales (Moreta-Herrera et al., 2021).

1.3.5 Trastorno de pánico y la convivencia

Dentro de la convivencia familiar deben existir ciertas funciones que se deben cumplir, uno de ellos es satisfacer las necesidades básicas de los miembros de la familia, dentro de esas necesidades encontramos las biológicas, psicológicas y sociales (Delfín-Ruiz et al., 2020). Además, la familia se encarga de crear un ambiente equilibrado, cuidando las necesidades emocionales y brindando apoyo, protección y afecto (Delfín-Ruiz et al., 2020). La familia al ser la fuente principal para la adquisición de herramientas emocionales, es necesario que la dinámica de la misma sea estable y óptima (Delfín-Ruiz et al., 2020).

La educación de los padres, la dinámica y economía familiar están ampliamente asociados con la salud mental de los niños y adolescentes (Yang et al., 2021). La autonomía y una convivencia familiar organizada se relaciona con un desarrollo bueno de la autoestima en los jóvenes, además de presentar una menor incidencia en problemas de salud mental; una buena convivencia familiar permite que los adolescentes adquieran buenas habilidades emocionales, de afrontamiento y de comunicación. (Yang et al., 2021).

Se plantea que la exposición a cambios frecuentes en la dinámica familiar en la infancia media se asocia con una reducción de la salud mental en la adolescencia, contribuyendo a la aparición de síntomas ansiosos, depresivos y de abuso de consumo de alcohol (Yang et al., 2021). Además, esto se relaciona con la dificultad para los jóvenes de obtener una red de apoyo cercana, con la presencia de un ambiente lleno de conflictos, carente de estrategias de expresión emocional (Yang et al., 2021).

Existen estudios que proponen que el trastorno de pánico puede estar asociado a una convivencia familiar disfuncional y conflictiva, en un estudio de Moon et al. (2024) analizaron un caso de una persona con trastorno de pánico en Corea del Sur, en el cuál se

examinó la dinámica familiar ante eventos adversos y las experiencias psicológicas resultantes de la misma.

Al finalizar el análisis se llegó a la conclusión de que la dinámica familiar ante el afrontamiento de situaciones externas estresantes contribuyó al desencadenamiento de la ansiedad en el paciente, lo que terminó en un trastorno de pánico (Moon et al., 2024). De esta manera el estudio plantea que el vivir experiencias abrumadoras a lo largo de la vida afecta la dinámica familiar, la misma que influye en la experiencia psicológica del individuo (Moon et al., 2024).

CAPÍTULO 2

2. METODOLOGÍA:

2.1 Tipo de investigación

Se trata de una investigación de tipo cuantitativa, con análisis descriptivo y alcance relacional.

2.2 Participantes

El universo está conformado por 38.587 habitantes. La muestra es polietápica. Del total de la población se obtuvo 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 considerarán las edades de 10 - 19 años, donde el número de habitantes del Cantón Gualaceo en ese grupo es de 4863 adolescentes; a continuación, el grupo se estratificó de acuerdo al sexo considerando para ello la distribución establecida por el INEC en el censo 2010.

Utilizando 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%, se estableció que el tamaño muestral es de $n=293$ habitantes del cantón Gualaceo.

Para la ubicación de los individuos en el área geográfica se elegirán de forma aleatoria las viviendas del Cantón; se definió para cada una de las viviendas seleccionadas, la unidad de análisis de la cual se levantó la información, de acuerdo a los estratos edad y sexo. En el momento en el 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 corresponda, se utiliza nuevamente el criterio del vecino cercano.

2.3 Criterios de inclusión

- Residentes del Cantón Gualaceo
- Menores de edad

Criterios de exclusión

- Personas con problemas de enfermedad mental que no pueden contestar a las preguntas.

2.4 Instrumentos:

1. Se utilizó una ficha de identificación que indagó las variables sociodemográficas: género, edad, instrucción, situación laboral actual, migración de un miembro del grupo primario, discriminación, residencia.

2. Además, se aplicó el MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW para Niños y Adolescentes, es una herramienta de entrevista estructurada utilizada para evaluar los trastornos psiquiátricos de acuerdo con los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). Es elaborado por (Sheehan DV, et al.,1997) y adaptada al español por (Ferrando L, et al.,1998), dividido en módulos identificados por letras; cada uno corresponde a una categoría, incluidos trastornos del estado de ánimo, trastornos de conducta, trastornos de ansiedad, trastornos por déficit de atención e hiperactividad, por consumo de sustancias, entre otros. El módulo a evaluar es el de trastorno de angustia que corresponde al literal “E”. Al inicio de cada uno de los módulos se presenta en un recuadro gris, con preguntas “filtro” referentes a los criterios principales del trastorno. Al final de cada módulo, se presentan casillas que permiten indicar si se cumplen los criterios para diagnosticar el trastorno. Lecrubier (1997) plantea que según los estudios realizados entre calificadores y test – retest se comprueba que la MINI tiene una puntuación

de validez y confiabilidad alta, (coeficiente alfa de Cronbach=,93), además de un nivel de sensibilidad y especificidad bueno (Kappa=,74) para todos los diagnósticos.

2.5 Análisis de datos

Los datos obtenidos se pasaron a una base de datos en Excel, los mismos que fueron procesados en el software Jamovi.

Se realizó un análisis descriptivo de los datos, dependiendo si fueron continuos, Mínimo (Min), Máximo (Max), media (M) y desviación estándar (sd) o categóricos (n) y porcentaje (%).

Se realizó una prueba de distribución de los datos para comprobar el supuesto de normalidad y un análisis de relación Chi Cuadrado (χ^2) para datos categóricos entre las variables: trastorno de angustia y factores sociodemográficos.

2.6 Procedimiento:

La presente investigación forma parte de un proyecto de vinculación. La cual se desarrolló con la autorización de la universidad. Se procedió al levantamiento de información, posterior a la firma del consentimiento informado, la base de datos se consolidó mediante un programa estadístico, para luego realizar los análisis respectivos, en función de los objetivos planteados.

Para la implementación de los instrumentos se procedió de la siguiente manera: se solicitó a los evaluados firmar el consentimiento informado para los padres (anexo 1) y el asentimiento para los adolescentes (anexo 2). Se aplicó la ficha sociodemográfica, que indagó las variables: edad, género, escolaridad, convivencia y discriminación (anexo 3).

Posteriormente se administró el MINI Kid, para evaluar el trastorno de angustia (anexo 4), las consideraciones de pertinencia, aplicabilidad y reproducibilidad; manteniendo de manera estricta las consignas de su aplicación.

CAPÍTULO 3

3. RESULTADOS

La muestra del estudio estuvo conformada por 293 participantes, de los cuales 92 son hombres y 201 mujeres en edades comprendidas entre 10 y 19 años, se reportó una media de 13.5 años y una DT de 3.04.

Tabla 1

Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas de los adolescentes del cantón Gualaceo

Escolaridad	n	%
Sin Escolaridad	7	2.4
Menos de 10 años de estudio	127	43.3
10 años de estudio	31	10.6
Más de 10 años de estudio	33	11.3
Bachillerato	53	18.1
Con quién vive		
Vive con ambos padres y hermanos	61	20.8
Vive con su esposo (a) pareja	23	7.8

Vive con ambos padres, hermanos, otros	31	10.6
Vive con su madre, padre y su nueva pareja	21	7.2
Vive solo	66	22.5
Vive con amigos	71	24.2
Otros	20	6.8
<hr/>		
Discriminado o excluido		
<hr/>		
Si	65	22.2
No	228	77.8
<hr/>		
Causas de discriminación		
<hr/>		
Etnia	8	12.3
Discapacidad	2	3.1
Urbano Rural	16	24.6
Religión	7	10.8
Otros	32	49.2
<hr/>		

En tabla 1, se observa que el 2.4% de los participantes no tiene escolaridad, el 43.3% tiene menos de 10 años de estudio, el 10.6% completó 10 años de estudio, el 11.3% tiene más de 10 años de estudio, y el 18.1% alcanzó el nivel de bachillerato. En cuanto al tipo de convivencia, el 20.8% vive con ambos padres y hermanos, el 7.8% vive con su esposo (a) o pareja, el 10.6% con ambos padres, hermanos y otros familiares, el 7.2% con su madre o

padre y su nueva pareja e hijos, el 22.5% vive sólo, el 24.2% con amigos, y el 6.8% en otros tipos de convivencia. El 22.2% de los participantes ha experimentado discriminación, mientras que el 77.8% no. En cuanto a otras características, el 12.3% se identifica con una etnia específica, el 3.1% tiene alguna discapacidad, el 24.6% reside en áreas urbanas, y el 10.8% sigue una religión particular.

Tabla 2

Prevalencia del trastorno de angustia en adolescentes del cantón Gualaceo

Trastorno de angustia sin agorafobia	n	%
Trastorno de angustia de por vida	36	12.3
Crisis con síntomas limitados actuales	6	2.0
Trastorno de angustia actual	2	.7
No tiene trastorno	249	85.0
Trastorno de angustia con agorafobia	n	%
Trastorno de angustia sin agorafobia	44	15.0
Trastorno de angustia con agorafobia	4	1.4
Agorafobia actual sin historial de trastorno	7	2.4
No tiene	238	81.2

En la tabla 2, se detalla la prevalencia de los trastornos de angustia, el 12.3% (36) de los participantes presenta trastorno de angustia de por vida, el 2.0% (6) reporta crisis con síntomas limitados en la actualidad. El .7% (2) de la muestra presenta trastorno de angustia actual, el 85.0% (249) de los participantes no presenta ningún trastorno de angustia. El 15.0% de los participantes presenta trastorno de angustia sin agorafobia, mientras que el 1.4% tiene trastorno de angustia con agorafobia. Un 2.4% de los participantes muestra agorafobia actual

sin historial previo de trastorno de angustia. Finalmente, el 81.2% de la muestra no presenta ningún trastorno relacionado con la angustia o agorafobia.

Tabla 3

Relación entre variables sociodemográficas y el Trastorno de angustia sin agorafobia y Trastorno de angustia con agorafobia de adolescentes del cantón Gualaceo

Variable	Trastornos	X ²	gl	p
Escolaridad	Trastorno de angustia sin agorafobia	27.380	21	.15 9
Escolaridad	Trastorno de angustia con agorafobia	22.464	21	.37 3
Con quién vive	Trastorno de angustia sin agorafobia	9.132	18	.95 7
Con quién vive	Trastorno de angustia con agorafobia	35.039	18	.00 9
Discriminación	Trastorno de angustia sin agorafobia	1.36	3	.71 4

Discriminación	Trastorno de angustia con agorafobia	1.92	3	.59 0
Género	Trastorno de angustia sin agorafobia	4.54	3	.20 9
Género	Trastorno de angustia con agorafobia	3.93	3	.26 9

La tabla 3 se presenta la relación entre las variables demográficas y los dos tipos de trastornos de angustia: con y sin agorafobia: la escolaridad y trastorno de angustia sin agorafobia ($\chi^2= 27.380$; gl= 21 .159, p= .159), y con agorafobia ($\chi^2= 22.464$; gl= 21 .159, p= .37.3), la discriminación asociada al trastorno de angustia sin agorafobia ($\chi^2= 1.36$; gl= 3 p= .714) y con agorafobia ($\chi^2= 1.92$; gl= 3 p= .590), género y trastorno de angustia sin agorafobia, ($\chi^2=4.54$; gl=3, p= .209), y con agorafobia ($\chi^2 =3.93$; gl= 3; p=.269), con quién vive y trastorno de angustia sin agorafobia ($\chi^2= 9.132$; gl=18, p= .957) no presentan una relación estadísticamente significativa, la variable con quién vive y trastorno de angustia con agorafobia ($\chi^2= 35.039$; gl=18, p=.009) lo que indica una relación estadísticamente significativa.

CAPÍTULO 4

4. DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo general relacionar el trastorno de angustia y las variables sociodemográficas: género, escolaridad, convivencia, y discriminación en adolescentes del Cantón Gualaceo.

La muestra del estudio estuvo conformada por 293 participantes, de los cuales 92 eran hombres y 201 mujeres, con edades comprendidas entre los 10 y 19 años. La prevalencia de trastorno de angustia en la población adolescente se identificó en un 0.7%, un dato que difiere de los reportados por Baker et al. (2022), quienes estiman que entre el 1% y el 3% de los adolescentes presentan este tipo de trastorno. Los autores sugieren que la presencia del trastorno podría estar relacionada, en parte, con el desarrollo neurobiológico característico de esta etapa. El cerebro adolescente, aún en proceso de maduración, y es particularmente influenciado por las percepciones externas. A medida que estos cambios cerebrales progresan, las interacciones sociales adquieren mayor complejidad y relevancia.

Según Baker et al. (2022), los adolescentes experimentan un aumento en la autoconciencia y una evolución constante de su autoconcepto, el cual está influenciado por sus relaciones con sus pares, desempeñando un papel crucial en su bienestar psicológico. En este contexto, las experiencias negativas y el rechazo social pueden exacerbar los síntomas de angustia y ansiedad. Estos factores son particularmente relevantes para los adolescentes con trastorno de pánico, quienes, debido a la sensibilidad que caracteriza esta etapa del desarrollo, pueden verse especialmente afectados por experiencias interpersonales adversas.

En cuanto al género, en la presente investigación no se reportó una relación significativa entre el trastorno de angustia y el sexo de los participantes. Estos resultados no coinciden con los presentados por Sánchez et al. (2022), quienes sugieren que el trastorno de

angustia es más frecuente en adolescentes mujeres que en hombres. Los autores señalan que el estrógeno puede influir en la respuesta del cerebro al miedo, lo que incrementa la susceptibilidad a los trastornos de ansiedad, incluyendo el trastorno de pánico, en niñas más que en niños. Además, mencionan que las niñas tienen mayor tendencia a internalizar los problemas y a experimentar rumia, un patrón de pensamiento repetitivo que aumenta la vulnerabilidad a la ansiedad y los trastornos de pánico (Sánchez et al., 2022).

Sin embargo, según existe un estudio, indicando que tampoco han hallado diferencias significativas en la prevalencia de los trastornos de ansiedad según el género. A pesar de esto, investigaciones clínicas y comunitarias han informado consistentemente tasas más altas de trastorno de pánico en mujeres en comparación con hombres (Kyriakoulis & Kyrios, 2023).

El 1.4% de la población del cantón Gualaceo presentó angustia acompañada de agorafobia. Estos hallazgos son similares a los reportados por Baker et al. (2022), quienes indicaron que el trastorno de angustia tiende a coexistir con agorafobia. Según los autores antes mencionados, cuando una persona experimenta ataques de pánico en situaciones específicas, dichas situaciones tienden a asociarse con una percepción subjetiva de peligro, a pesar de la ausencia de una amenaza real, provocando que el individuo desarrolle conductas de evitación hacia esos lugares o contextos, con el fin de minimizar la probabilidad de experimentar un nuevo episodio de pánico. Este patrón de evitación es uno de los factores que explican la frecuente coexistencia del trastorno de pánico con la agorafobia, ya que la persona puede restringir progresivamente su entorno a espacios percibidos como seguros, limitando así su movilidad y participación en diversas actividades cotidianas (Baker et al., 2022).

Además, se observó que el 15% de la muestra reportó trastorno de angustia con ausencia de agorafobia, lo que no coincide con los resultados del estudio del *National*

Institute of Mental Health (2023), que indica que la prevalencia de este trastorno sin agorafobia en poblaciones adolescentes es del 4%. Se plantea esta diferencia debido a que no todas las personas generan un condicionamiento negativo respecto a los lugares o situaciones en los que aparecen los ataques de pánico. Además, la presencia de agorafobia en el trastorno de angustia se relaciona a las escasas estrategias de afrontamiento de los adolescentes, comprendiendo que, entre mayor capacidad de manejar las situaciones estresantes o los ataques de pánico, menor es la probabilidad de aparición de agorafobia (Sánchez et al., 2022).

Se ha identificado una relación estadísticamente significativa entre la convivencia familiar y la presencia de trastorno de angustia con agorafobia, así como lo sugieren Yang et al. (2021), una convivencia familiar estructurada se asocia con un desarrollo positivo del individuo por lo tanto se presenta en familias funcionales una menor incidencia de problemas de salud mental.

Una dinámica familiar funcional promueve el desarrollo de habilidades emocionales, de afrontamiento y de comunicación efectivas en los adolescentes, además, es fundamental tener en cuenta la situación de convivencia de los individuos, ya sea que residan solos o acompañados, dado que la permanencia en entornos inestables, inseguros, o basados en sentimientos de soledad constituyen un factor de riesgo significativo para la aparición de trastorno de pánico (Yang et al., 2021).

En esta investigación no se encontró una relación significativa entre el trastorno de angustia y el nivel de escolaridad. Según Kyriakoulis & Kyrios (2023), el rendimiento académico no es un predictor directo del trastorno de pánico. Los autores indican que los niveles más altos de ansiedad pueden afectar negativamente al rendimiento escolar, pero no toda la ansiedad conduce al trastorno de pánico, y no todos los estudiantes con trastorno de pánico muestran malos resultados académicos. Estas diferencias se asocian con el estatus

socioeconómico, las influencias familiares y el perfil afectivo, cognitivo e individual (Weinreich et al., 2023).

No se encontró una relación significativa entre la discriminación y el trastorno de angustia en los adolescentes del Cantón Gualaceo. En contraste, Coyne-Beasley et al. (2023) sostienen que, en adolescentes de 18 años o menos, la discriminación se asocia con un deterioro de la salud mental, conductas autodestructivas como el uso de sustancias, problemas de comportamiento, trastornos y efectos negativos en la salud física, incluidos niveles elevados de cortisol, lo que genera estrés crónico.

Asimismo, Pieterse et al. (2018), afirman que la experiencia de discriminación en los adolescentes puede aumentar los niveles de estrés, ansiedad y miedo, desencadenando episodios de pánico y aumentando la probabilidad de desarrollar trastornos a lo largo del tiempo.

CONCLUSIONES

- Se identificó que el 12.3% de los adolescentes presentó síntomas relacionados con el trastorno de angustia, identificando un impacto significativo respecto a la presencia del trastorno en los jóvenes del cantón Gualaceo.
- Se observó una relación significativa entre la convivencia familiar y la presencia de trastorno de angustia con agorafobia, concluyendo que el tipo de convivencia familiar influye en la aparición de angustia en los adolescentes del Cantón Gualaceo.
- Por otro lado, no se encontró una relación significativa entre el trastorno de angustia y el género, la discriminación o el nivel de escolaridad en adolescentes del cantón Gualaceo, visualizando que los mismos no se encuentran relacionados con la aparición o desarrollo del trastorno.

RECOMENDACIONES

A partir de los resultados obtenidos, es posible formular una serie de recomendaciones dirigidas tanto a las instituciones educativas como a las políticas de salud pública en el Cantón Gualaceo. En primer lugar, se recomienda implementar programas psicoeducativos dentro de las instituciones escolares, enfocados en la prevención y manejo de trastornos de ansiedad. Estos programas deben centrarse en el desarrollo de habilidades de afrontamiento emocional.

Asimismo, se recomienda fortalecer los servicios de salud mental accesibles para los adolescentes, garantizando que puedan recibir intervenciones tempranas ante los primeros signos de trastorno de angustia. Las escuelas, en colaboración con los centros de salud locales, deben facilitar el acceso a evaluaciones psicológicas y tratamientos adecuados, es importante intervenir de manera oportuna.

Además, es necesario promover políticas que aborden la discriminación de manera más efectiva. Se recomienda implementar campañas de concientización sobre el respeto a la diversidad étnica, de género y social, tanto en las escuelas como en la comunidad en general, para reducir los riesgos asociados con el estigma y la exclusión social.

Finalmente, se sugiere realizar investigaciones adicionales que amplíen la comprensión de los factores que inciden en la aparición de trastornos de angustia en adolescentes. Estas investigaciones podrían explorar en mayor profundidad la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales, con especial atención a las diferencias de género y las dinámicas familiares, para poder diseñar intervenciones más eficaces y ajustadas a las necesidades de esta población.

Bibliografía

- Amador Rosales, V. I., & Amaya Duarte, o. A. (2019). *Prevalencia y factores asociados a signos y síntomas del Trastorno de Ansiedad Generalizada y Trastorno de Pánico en estudiantes de Medicina de II*.
<http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/6993/1/241197.pdf>
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (2023). *Panic Disorder In Children And Adolescents*.
https://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/FF-Guide/Panic-Disorder-In-Children-And-Adolescents-050.aspx
- Archer de Carvalho, N., & Henriques Veiga, F. (2022). Psychosocial Development Research in Adolescence: a Scoping Review. *Trends in Psychology, 30*.
<https://link.springer.com/article/10.1007/s43076-022-00143-0>
- Arnold, M. E. (2017). Supporting Adolescent Exploration and Commitment: Identity Formation, Thriving, and Positive Youth Development. *Journal of Youth Development, 12*(4).
- Baker, H., Hollywood, A., & Waite, P. (2022). Adolescents' lived experience of panic disorder: an interpretative phenomenological analysis. *BM Psychology, (10)*.
<https://bmcpsychology.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40359-022-00849-x#citeas>
- Barbosa, L. D., Quevedo, L. A., Jansen, K., Pinheiro, R. T., Branco, J. C., Silva, R. A., & Pinheiro, K. A. (2019). Influence of sociodemographic factors on the prevalence of panic disorder: A population-based study in Brazil. *Psychiatry Research, 271*, 774-778. PubMed

- Bordignon, N. A. (2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de Investigación*, 2(2).
<https://www.redalyc.org/pdf/695/69520210.pdf>
- Calvache, C., & Chicaiza, N. (2019). *Pautas de crianza en el tarstrono de pnico y el trastorno depresivo mayor*. <https://sired.udenar.edu.co/13355/1/60231.pdf>
- Coyne-Beasley, T., Hill, S., Miller, E., & Svetaz, M. V. (2023). Health Equity and the Impact of Racism on Adolescent. *American Academy of Pediatrics*, 151.
<https://publications.aap.org/pediatrics/article/151/Supplement%201/e2022057267F/191008/Health-Equity-and-the-Impact-of-Racism-on?autologincheck=redirected>
- D'Angelo, M., Valenza, M., Iazzolino, A. M., Longobardi, G., Di Stefano, V., Lanzara, E., Visalli, G., Steardo, L., Scuderi, C., & Steardo, Jr., L. (2024). Unraveling the Complexity: Exploring the Intersection of Panic Disorder, Dissociation, and Complex Post-Traumatic Stress Disorder. *Behavioral Sciences*, 14(3).
- Delfín-Ruiz, C., Cano-Guzmán, R., & Peña-Valencia, E. J. (2020). Funcionalidad familiar como política de asistencia social en México. *Revista de Ciencias Sociales*, (2). <https://www.redalyc.org/journal/280/28063431006/html/>
- De Lise, F., Luyckx, K., & Crocetti, E. (2023). Identity Matters for Well-Being: The Longitudinal Associations Between Identity Processes and Well-Being in Adolescents with Different Cultural Backgrounds. *Journal of Youth and Adolescence*, 53. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10964-023-01901-8>
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. (2013). Igroup Press Company

- Díaz Barahona, C. V., & Veintimilla Andrade, L. A. (2022). *Prevalencia de ansiedad en personal de salud asignado a la atención de pacientes Covid 19 en una unidad de salud de la ciudad de Milagro, en el año 2020*.
<https://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/13916/1/UDLA-EC-TMSSO-2022-10.pdf>
- González González, L. (2022). La Ideación suicida en adolescentes. Estado de la cuestión. *Revista CoPaLa*.
<https://www.redalyc.org/journal/6681/668173277015/>
- Henriques-Neto, D., Peralta, M., & Marques, A. (2023). *Puberty: neurologic and physiologic development*.
<https://www.frontiersin.org/journals/endocrinology/articles/10.3389/fendo.2023.1258656/full>
- Javaid, S. F., Hashim, I. J., Hashim, M. J., Stip, E., Samad, M. A., & Al Ahabbi, A. (2023). Epidemiology of anxiety disorders: global burden and sociodemographic associations. *Middle East Current Psychiatry*, (44).
- Kyriakoulis, P. (2023). Biological and cognitive theories explaining panic disorder: A narrative review. *Frontiers*, 14.
<https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsyt.2023.957515/full>
- Lara Alberca, J. M. (1996). *Adolescencia cambios físicos y cognitivos*.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2282696>
- Leskin, G., & Sheikh, J. (2004). Gender Differences in Panic Disorder. *Psychiatric Times*, 21(1). <https://www.psychiatristimes.com/view/gender-differences-panic-disorder>
- MacIntyre, M., Zare, M., & T. Williams, M. (2023). Anxiety-Related Disorders in

the Context of Racism. *Current Psychiatry Reports*, 25.

<https://link.springer.com/article/10.1007/s11920-022-01408-2>

Méndez, F., Orgilés, M., Espada, J., García-Fernández, J., & Essau, C. (2022).

Anxiety Disorders in Childhood and Adolescence: Psychopathology, Assessment, and Treatment. *Frontiers in Psychology*, 13.

<https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2022.930299/full>

Moon, H., Young Park, T., Park, Y., Yung Bae, Y., & Chi, C. (2024). Psychological

Dynamics in the Development Process of Panic Disorder: A Qualitative Study on a Family Therapy Case. *Journal of Contemporary Psychotherapy*.

<https://link.springer.com/article/10.1007/s10879-024-09616-y>

Moreno, S., Garrido, F., & Hernandez, M. (2020). *Desarrollo histórico de la*

epidemiología: su formación como disciplina científica. SciELO - Saúde Pública. Retrieved July 8, 2024, from

<https://www.scielosp.org/pdf/spm/v42n2/2382.pdf>

Moreta-Herrera, R., Zambrano-Estrella, J., Sánchez-Vélez, H., & Naranjo-Vaca, S.

(2021). Salud mental en universitarios del Ecuador: síntomas relevantes, diferencias por género y prevalencia de casos. *Pensamiento Psicológico*, 19(1).

https://www.redalyc.org/journal/801/80165629004/html/#redalyc_80165629004_ref10

National Institute of Mental Health. (2023).

<https://bmcpyschology.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40359-022-00849-x>

Palacios, X. (2019). Adolescencia: ¿una etapa problemática del desarrollo humano?

Revista Ciencias de la Salud, 17(1).

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-72732019000100005

Pieterse, A., Todd, N., Neville, H., & Carter, R. (2018). *Perceived racism and mental health among Black American adults: a meta-analytic review.*

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22059427/>

Sánchez, A., Becker-Haimes, E., & Benjamin Wolk, C. (2022). *Anxiety Disorders in Childhood and Adolescence: Prevalence and Diagnostic Considerations.*

https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-031-12737-3_10

Sazo, E., & Gálvez Sobral, J. A. (2014). *El aprendizaje de la lectura y escritura en los primeros años de escolaridad: Experiencias exitosas de Guatemala.*

<https://www.redalyc.org/pdf/284/28437146008.pdf#:~:text=URL%3A%20https%3A%2F%2Fwww.redalyc.org%2Fpdf%2F284%2F28437146008.pdf%0AVisible%3A%200%25%20>

Tao, X., & Fisher, C. B. (2021). Exposure to Social Media Racial Discrimination and Mental Health among Adolescents of Color. *Journal of Youth and Adolescence*, (44).

Uribe Ortega, M. (1993). El desarrollo del pensamiento formal y la adolescencia universitaria. *Perfiles Educativos*, (60).

<https://www.redalyc.org/pdf/132/13206009.pdf>

Weinreich, L., Haberstroh, S., Schulte-Körne, G., & Moll, K. (2023). The relationship between bullying, learning disorders and psychiatric comorbidity. *BMC Psychiatry volume*, (116).

<https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-023-04603-4>

Wood, C. M., Cano-Vindel, A., Iruarrizaga, I., Dongil, E., & Salguero, J. M. (2019).

Relación entre estrés, tabaco y trastorno de pánico.

https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/45161293/Relaciones_entre_estrs_tabaco_y_trastorn20160428-10307-x6tx8-libre.pdf?1461834145=&response-content-

[tor.pdf&Expires=1711212264&Signature=P](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/45161293/Relaciones_entre_estrs_tabaco_y_trastorn20160428-10307-x6tx8-libre.pdf?1461834145=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DRelaciones_entre_estres_tabaco_y_tras)

World Health Organization. (2020). *Adolescent health and development.*

<https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/adolescent-health-and-development>

Yang, Z., Cui, Y., Yang, Y., Wang, Y., Zhang, H., Liang, Y., Zhang, Y., & Shang,

L. (2021). The Relationship Between Mental Health Problems and Systemic Family Dynamics Among High School and University Students in Shaanxi Province, China. *Int J Public Health*, 66. [https://www.ssph-](https://www.ssph-journal.org/journals/international-journal-of-public-health/articles/10.3389/ijph.2021.1603988/full)

[journal.org/journals/international-journal-of-public-health/articles/10.3389/ijph.2021.1603988/full](https://www.ssph-journal.org/journals/international-journal-of-public-health/articles/10.3389/ijph.2021.1603988/full)

ANEXOS

Anexo 1

Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Salud mental en el Cantón Gualaceo”

El propósito de este consentimiento informado es ayudarle a tomar una decisión sobre permitirle participar a su hijo (a) o representado (a) – o no –, en una investigación. Tómese el tiempo que requiera para decidirse.

Su hijo (a) o representado (a) ha sido invitado (a) a participar en un estudio cuya meta es conocer como se encuentra la salud mental de la población.

Si usted acepta la participación de su hijo (a) o representado (a), el procedimiento consiste en que él (ella) conteste 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.

La presente investigación es conducida por el Dr. Fray Martínez profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por el Dr. Fray Martínez. 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 Fray Martínez director de la investigación a al teléfono 0999886240.

Nombre participante menor de edad: _____

Firma: _____

Nombre padre, madre o representante: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Anexo 2

Asentimiento 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 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 Dr. Fray Martínez. 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 Fray Martínez director de la investigación al teléfono 0999886240.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

(en letras de imprenta)

Anexo 3

Ficha sociodemográfica

FICHA SOCIODEMOGRAFICA ADOLESCENTES (Aplicable a personas hasta 19 años)

Número de Ficha

Nombre del entrevistador.....

Parroquia

Comuna/sector

1.- Género (Marque con un X lo que corresponde)

1 masculino 2 femenino 3 Otros

2.- Edad: _____ años cumplidos (Solo números)

3.- Escolaridad (Marque con un X una sola opción)

- 1 Sin escolaridad
 2 Menos 10 de años estudio
 3 10 años de estudio
 4 Más de 10 de estudio
 5 Bachillerato (3ro de bachillerato aprobado)

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

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

5.- ¿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:

Anexo 4

Mini Mental

E. TRASTORNO DE ANGUSTIA

➡ SIGNIFICA: CIRCULAR NO EN E5 Y PASAR DIRECTAMENTE A F1)

E1	a	¿Alguna vez has estado bien asustado o nervioso por ninguna razón; o alguna vez has estado bien asustado o nervioso en una situación donde la mayoría de los niños no se sentirían así? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	1
	b	¿Te pasó esto mas de una vez?	NO	SÍ	2
E2		¿Te ha pasado esto cuando no te lo esperabas?	NO	SÍ	3
E3		¿Después de que te pasó esto, tenías miedo de que te volviera a pasar? ¿Tenías miedo de que te volviera a pasar otra vez, por un mes o mas? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	4
E4		Quiero que pienses en aquel momento en el que estuviste bien asustado o nervioso por ninguna razón:			
	a	¿Sentías que tu corazón latía más fuerte o más rápido?	NO	SÍ	5
	b	¿Sudaste? ¿Tenía las manos húmedas? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	6
	c	¿Tenías temblores o sacudidas musculares?	NO	SÍ	7
	d	¿Sentías dificultad para respirar?	NO	SÍ	8
	e	¿Sentías que te estabas ahogando? ¿Sentías que no podías tragar? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	9
	f	¿Tenías dolor o presión en el pecho?	NO	SÍ	10
	g	¿Tenías ganas de vomitar? ¿Tenías molestias en el estómago? ¿Tenías diarreas? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	11
	h	¿Te mareaste o te desmayaste?	NO	SÍ	12
	i	¿Se sentían extrañas las cosas a tu alrededor o te parecía que no eran reales? ¿Sentías o mirabas las cosas como si estuvieran bien lejos? ¿Te sentiste fuera o separado de tu cuerpo? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	13
	j	¿Tenías miedo de que estabas perdiendo el control de tí mismo? ¿Tenías miedo de que te estabas volviendo loco? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	14
	k	¿Tenías miedo de que te estabas muriendo?	NO	SÍ	15
	l	¿Tenías alguna parte de su cuerpo adormecida o con hormigueos?	NO	SÍ	16
	m	¿Te sentías bien frío o bien caliente?	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, SALTE A F1	NO	SÍ	
			CRISIS CON SÍNTOMAS LIMITADOS ACTUAL		
E7		¿En el pasado mes, tuviste estos problemas mas de una vez? ¿ Si esto te pasó solamente una vez el mes pasado, te preocupó mucho que te volviera a pasar? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	18
			TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL		