



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES, EDUCACIÓN
Y HUMANIDADES**

CARRERA DE PSICOLOGÍA

**Prevalencia del trastorno de pánico en dos unidades de
salud mental de la ciudad de Portoviejo**

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

Autora: Loor Arroba, Evelyn Juleane

Directora: Torres Montesinos, Claudia

CENTRO UNIVERSITARIO PORTOVIEJO

2022



Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NY-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

2022

Aprobación de la directora del Trabajo de Titulación

Portoviejo, 21 de abril de 2022

Doctora

Claudia Torres Montesinos

Directora de la carrera de psicología

Ciudad. –

De mi consideración:

Me permito comunicar que, en calidad de directora del presente Trabajo de Titulación denominado: Prevalencia del trastorno de pánico en dos unidades de salud mental de la ciudad de Portoviejo realizado por Evelyn Juleane Loor Arroba ha sido orientado y revisado durante su ejecución, así mismo ha sido verificado a través de la herramienta de similitud académica institucional, y cuenta con un porcentaje de coincidencia aceptable. En virtud de ello, y por considerar que el mismo cumple con todos los parámetros establecidos por la Universidad, doy mi aprobación a fin de continuar con el proceso académico correspondiente.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente,

Directora: Dra. Claudia Torres Montesinos

C.I: 1104097819

Correo electrónico: ctorres@utpl.edu.ec

Declaración de autoría y cesión de derechos

Yo, Loor Arroba Evelyn Juleane, declaro y acepto en forma expresa lo siguiente:

Ser autora del Trabajo de Titulación denominado: Prevalencia del trastorno de pánico en dos unidades de salud mental de la ciudad de Portoviejo, de la carrera de psicología, específicamente de los contenidos comprendidos en: Introducción, Capítulo 1. Marco teórico, Capítulo 2. Metodología de la investigación, Capítulo 3. Análisis de datos, Capítulo 4. Conclusiones, Capítulo 5. Recomendaciones, siendo Dra. Claudia Torres Montesinos, directora del presente trabajo; también declaro que la presente investigación no vulnera derechos de terceros ni utiliza fraudulentamente obras preexistentes. Además, ratifico que las ideas, criterios, opiniones, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad. Eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones judiciales o administrativas, en relación a la propiedad intelectual de este trabajo.

Que la presente obra, producto de mis actividades académicas y de investigación, forma parte del patrimonio de la Universidad Técnica Particular de Loja, de conformidad con el artículo 20, literal j), de la Ley Orgánica de Educación Superior; y, artículo 91 del Estatuto Orgánico de la UTPL, que establece: "Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad", en tal virtud, cedo a favor de la Universidad Técnica Particular de Loja la titularidad de los derechos patrimoniales que me corresponden en calidad de autor/a, de forma incondicional, completa, exclusiva y por todo el tiempo de su vigencia.

La Universidad Técnica Particular de Loja queda facultada para ingresar el presente trabajo al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública, en cumplimiento del artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

.....

Autora: Loor Arroba Evelyn Juleane

Cédula: 2300049976

Correo electrónico: jeloor9@utpl.edu.ec

Dedicatoria

A mis abuelitos, por la semilla de superación que han sembrado en mí, a mis padres por su apoyo incondicional, su constancia, dedicación y guía, a mi hermana por estar siempre presente, por sus palabras y consejos.

Agradecimiento

A mis docentes de la Universidad Técnica Particular de Loja por haber compartido sus conocimientos a lo largo de esta carrera, especialmente a mi directora de tesis Dra. Claudia Torres Montesinos, por su asesoramiento constante en la elaboración de esta investigación y a mi tutora de seminario de fin de titulación Lic. Mercy Ontaneda Aguilar.

A mis abuelitos, por ser mi motor y mi mayor inspiración, a mis padres por el esfuerzo, dedicación y el apoyo incondicional a lo largo de mis estudios para permitirme continuar en mi proceso de formación hacia el éxito, a mi hermana por siempre estar ahí para mí y por todos los consejos brindados.

A mis demás familiares y amigos, que me apoyaron y creyeron en la realización de esta tesis.

Índice de Contenidos

Carátula	I
Aprobación de la directora del Trabajo de Titulación	II
Declaración de autoría y cesión de derechos	III
Dedicatoria	V
Agradecimiento	VI
Índice de Contenidos	VII
Índice de Tablas.....	IX
Resumen	1
Abstract.....	2
Introducción.....	3
Capítulo uno: Marco Teórico	6
1.1. Conceptualización del Trastorno de Pánico (TP).....	6
1.2 Evolución y origen.....	10
1.2.1. Etiología del trastorno de pánico	12
1.3 Evaluación y Diagnóstico	14
1.3.1. Entrevistas estructuradas.....	17
1.3.2. Autoinformes	20
1.4.1. Diagnóstico diferencial	26
1.5. Prevalencia y comorbilidad.....	26
Capítulo dos: Metodología de la Investigación	28

2.1. Objetivos de la investigación.....	28
2.1.1. Objetivo general	28
2.1.2. Objetivos específicos.....	28
2.2. Preguntas de investigación	28
2.3. Diseño de investigación.....	28
2.4. Instrumentos	29
2.4.1. Encuesta	29
2.5. Participantes	30
2.5.1 Criterios de inclusión.....	30
2.5.2. Criterios de exclusión	30
2.6. Procedimiento.....	31
2.7. Recursos	32
Capítulo tres: Análisis de datos	33
3.1. Resultados	33
3.2 Discusión	42
Conclusiones	45
Recomendaciones	46
Referencias	47
Apéndice	53

Índice de Tablas

Tabla 1: Criterios diagnóstico para el trastorno de pánico según el CIE-10	23
Tabla 2: Criterios diagnósticos del trastorno de pánico según el DSM-5	24
Tabla 3: Financiamiento	32
Tabla 4: Apreciación subjetiva de ambos profesionales encuestados sobre las frecuencias de los tipos de ansiedad.....	33
Tabla 5: Frecuencia de los trastornos de pánico en el último mes del estudio.....	34
Tabla 6: Número total de casos atendidos en general durante el periodo octubre 2018 a octubre 2019	35
Tabla 7: Casos de trastorno de ansiedad fueron diagnosticados en el periodo octubre 2018 a octubre 2019.....	36
Tabla 8: Casos de trastorno de ansiedad, del profesional uno que fueron diagnosticados en el periodo octubre 2018 a octubre 2019 según el grupo etario ...	37
Tabla 9: Casos de trastorno de ansiedad, del profesional dos que fueron diagnosticados en el periodo octubre 2018 a octubre 2019 según el grupo etario ...	38
Tabla 10: Casos de trastorno de pánico fueron diagnosticados en el periodo octubre 2018 a octubre 2019.....	39
Tabla 11: Casos de trastorno de pánico, del profesional uno que fueron diagnosticados en el periodo octubre 2018 a octubre 2019 según el grupo etario ...	40
Tabla 12: Casos de trastorno de pánico, del profesional dos que fueron diagnosticados en el periodo octubre 2018 a octubre 2019 según el grupo etario ...	41

Resumen

El propósito de esta investigación fue determinar la prevalencia del trastorno de pánico (TP) mediante un estudio cuantitativo, descriptivo con dos profesionales de la salud mental de la ciudad de Portoviejo, durante el periodo octubre 2018-octubre 2019. La recolección de datos se realizó en base a una encuesta de cinco preguntas, según el sexo y edad de los casos atendidos en las respectivas consultas. Los resultados obtenidos de las encuestas realizadas por los profesionales demuestran que el TP tiene una prevalencia del 9.72% en las consultas N°1 y un 21.09% en las consultas N°2, en cuanto a las características por sexo y edad de los casos en la muestra participante, se concluye que el TP se presenta más en mujeres, en la edad comprendida entre los 25 a 59 años.

Palabras claves: trastorno de pánico, prevalencia, ansiedad.

Abstract

The purpose of this research was to determine the prevalence of panic disorder (PD) through a quantitative, descriptive study with two mental health professionals from the city of Portoviejo, during the period October 2018-October 2019. Data collection was carried out based on a survey of five questions, according to the sex and age of the cases attended in the respective consultations. The results obtained from the surveys carried out by the professionals show that PD has a prevalence of 9.72% in consultations N°1 and 21.09% in consultations N°2, in terms of the characteristics by sex and age of the cases in the participating sample, it is concluded that PD occurs more in women, at the age of 25 to 59 years.

Keywords: panic disorder, prevalence, anxiety.

Introducción

El trastorno de pánico (TP) constituye uno de los trastornos mentales de mayor impacto en la carga de morbilidad, repercutiendo negativamente en la sociedad y en la calidad de vida de las personas que lo padecen (Lyness, 2013). El objetivo de esta investigación es determinar la prevalencia de los trastornos de ansiedad y de pánico, en dos unidades de salud mental de la ciudad de Portoviejo, durante el periodo octubre 2018-octubre 2019.

En este sentido, los trastornos de ansiedad (TA) son problemas de salud mental, relacionados con experimentar en exceso ansiedad, miedo, nerviosismo, preocupación o terror. La ansiedad cuando es demasiado constante o intensa puede hacer que la persona se sienta preocupada, distraída, tensa y siempre alerta (Lyness, 2013).

El TP es un tipo de ansiedad que se caracteriza por episodios repentinos de miedo intenso que provoca reacciones físicas graves cuando no existe ningún peligro real o causa aparente. Los ataques de pánico pueden provocar mucho miedo, cuando se presenta un ataque de pánico, puedes sentir que estás perdiendo el control, que estás teniendo un ataque cardíaco o hasta sensaciones de que vas a morir (Anxiety and Depression association of America [ADAA], 2021).

La edad de inicio más frecuente del trastorno es alrededor de los 20- 25 años y existe un riesgo dos veces mayor de padecerlo por parte de las mujeres (Goodwin et al., 2005) , provocando una importante reducción en la calidad de vida. Afecta al ajuste matrimonial y a la independencia económica disminuyendo la sensación de auto-eficacia, con importantes consecuencias negativas que esto supone (Garriga, 2009).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) informó en el año 2017 con relación a los desórdenes de ansiedad, se han incrementado en un 14.9% respecto a los valores encontrados en el 2005 a nivel mundial (Aldaz, 2018). La región del Mediterráneo oriental con 3.6; la región del pacífico occidental con 3.1%; las regiones de Europa y África con

2.9% y la región de Asia sudoriental con 2.8 (World Health Organization, 2017). Le sigue América del norte, Estados Unidos tiene una prevalencia del 6.3% de este grupo de trastornos y Canadá un 4,9 %. A nivel internacional, la región de las Américas tiene un 6.2% de estas enfermedades ansiosas.

En este sentido, en Latinoamérica, Brasil es el país con más casos de desórdenes de ansiedad con un 9.3%; le sigue Paraguay con 7.6; Chile con 6.5; Uruguay con 6.4; Argentina con 6.3; Cuba con 6.1; Colombia con 5.8; Perú y República Dominicana con 5.7; Ecuador con 5.6; Bolivia con 5.4; Costa Rica y El Salvador con 4.6; Nicaragua y Panamá con 4.5; Venezuela con 4.4; Honduras con 4.3; Guatemala con 4.2 y México con 3.6 (Aldaz, 2018).

En el Ecuador, a nivel provincial y nacional existe poca información disponible sobre la prevalencia del TA, no hay estudios serios y de rigor científico que nos permita tener un respaldo académico categórico, ello es aún más impactante dado que en la provincia de Manabí, específicamente en la ciudad de Portoviejo donde se va a desarrollar la presente investigación, no hay datos epidemiológicos registrados respecto al tema.

La presente investigación es de enfoque cuantitativo y de tipo descriptivo- transversal; tiene la finalidad de demostrar que a nivel provincial y nacional no se encuentran datos estadísticos directos sobre el TP, por ello queremos dar a conocer la prevalencia de los TP según el sexo y edad de los casos obtenidos en las consultas de dos profesionales de salud mental de la ciudad de Portoviejo, durante el periodo octubre 2018-octubre 2019.

Este trabajo fue factible, ya que no demandó mayores costes, dándonos la oportunidad de conocer con los datos estadísticos del TA y TP recolectados la alta demanda que generan estos problemas de salud mental. El único factor adverso fue que solo se pudo contar con la colaboración y el consentimiento verbal de dos profesionales de salud mental de los siete que tuvimos previsto encuestar. Esta investigación fue de gran importancia, puesto que aporta información tanto cuantitativa como cualitativa, que es fundamental para conocer en profundidad el estado de los pacientes con TP en la ciudad de Portoviejo.

En atención a las consideraciones ya descritas, el siguiente estudio está dividido en cinco capítulos:

El capítulo I contempla el marco teórico donde se realizará una revisión de los distintos aspectos teóricos y enfoques sobre los cuales se sustenta la investigación desarrollada.

El capítulo II especifica los lineamientos metodológicos que se han realizado durante el proceso investigativo, los objetivos, preguntas de investigación y su diseño, así como también se describe la población, los instrumentos utilizados para la recolección de información y el procedimiento que ha orientado la investigación.

El capítulo III incluye el análisis y la discusión de los resultados organizados en cuadros y tablas. Este capítulo sirve de sustento y orienta los objetivos de la prevalencia del trastorno de pánico en dos unidades de salud mental de la ciudad de Portoviejo.

El capítulo IV describe las conclusiones de acuerdo a los objetivos determinados y las preguntas de investigación y el capítulo V contiene las recomendaciones generales partiendo de los resultados obtenidos en este trabajo investigativo y que pueden servir para futuras investigaciones.

Capítulo uno

Marco Teórico

1.1. Conceptualización del Trastorno de Pánico (TP)

El TP es un tipo de ansiedad que se caracteriza por episodios repentinos de activación simpática (adrenalina), intensos, que provocan reacciones físicas graves, cuando no existe ningún peligro real o causa aparente (Anxiety and Depression association of America [ADAA], 2021).

En cuanto al origen de la palabra, se basa en que el ser humano se caracteriza por tener un sin número de emociones, destacamos al miedo, de origen latino “Metus” y del griego “Déima” el cual se señala como una respuesta ante estímulos o situaciones estresantes singularizadas por el peligro, la imaginación o la realidad (INALTUM, 2011). En la antigua Grecia el miedo era atribuido a las derrotas militares producto de sus fieles creencias a los dioses Deimos (Temor) y Fobos (Miedo); en este orden de ideas, Aristóteles (349 a.c) señala que:

Las ideas referentes al miedo inician desde las concepciones en que los actos nacen de los hábitos, también se sugiere que todo acto humano es plausible debido a los excesos. Es decir, que el exceso de miedo convierta a una persona en cobarde huyendo de todo aquello que le genere pavor, por otro lado, tenemos aquel que el miedo no ejerce poder sobre él o también llamados valientes los cuales por su mismo comportamiento terminan volviéndose insensatos y muriendo (pág. 110).

En este sentido, Aristóteles reflejaba el miedo como la ilusión de un mal referente a los múltiples factores sociales de aquella época como las enfermedades que por aquellos tiempos se desconocían la cura y generaba temor por una muerte anunciada, existían aquellos los cuales no demostraban esta emoción y eran catalogados como valientes.

Por su parte, Hobbes (1641), en su obra expone lo siguiente:

Existen tres motivos básicos por los cuales el ser humano puede crear conflictos dentro de su naturaleza, la primera es la competición, la cual nos explica como el hombre es capaz de invadir o atacarse con el fin de obtener algún beneficio, la desconfianza es el segundo punto reflejando las maneras en el que el ser humano alcanza la confianza en sí mismo, y por último la gloria para la reputación y honor, cada uno de estos puntos reflejan las maneras que tiene el hombre para sobreponerse buscando el respeto por medio de la intimidación (pág. 230).

Por otro lado, el **pánico** proviene del griego “Panikós” debido a la divinidad Silvestre llamado Pan el cual generaba ruidos indescifrables provenientes de los montes y valles, actualmente la definición del pánico es la vivencia de miedo o terror intenso, que genera sensación de descontrol, desmayo o muerte inminente, siendo esto parte de los síntomas de un ataque de pánico (García, 2018).

La **Ansiedad** proviene del latino “Anxius” definiéndolo como un comportamiento anticipativo del humano secundario a estímulos externos o internos, ya sean imágenes, sonidos o acciones que preparan a la persona para huir o enfrentar la situación según Sender (2016):

Dicha reacción tiene un valor adaptativo en tanto que exista un peligro que realmente constituya una amenaza real, por lo que, sin un proceso de activación para hacerle frente, nos hubiéramos extinguido como especie. Sin Ansiedad, sería muy peligroso vivir. Se necesita un poco de tensión para, por ejemplo, cruzar la calle sin peligro, y también se necesita cierta activación para afrontar situaciones difíciles como exámenes o entrevistas de trabajo. Es difícil diferenciar la ansiedad del miedo, ya que las reacciones fisiológicas son prácticamente las mismas, y en numerosas ocasiones se solapan las dos sensaciones.

Por esta razón, se puede considerar que en el miedo “normal”, la causa es, en general, conocida y la respuesta es adecuada a esta causa, mientras que en la ansiedad la respuesta es más exagerada y las causas no siempre son conocidas de antemano. No obstante, en muchas ocasiones es prácticamente imposible discriminarlas (p. 1).

Múltiples autores describen de manera similar a las características de la ansiedad, sin embargo, existen diferentes tipos de ansiedad según Freud (1971):

- Tipo 1: ansiedad de realidad, hace referencia al miedo latente producto de la realidad, es decir, los factores externos generan esta ansiedad.
- Tipo 2: muy contrario al tipo 1 que del exterior se genera el estímulo de la ansiedad, este tipo 2 o también llamado ansiedad moral es netamente proveniente del superyó interior, lo que en otros términos conocemos como la culpa o la vergüenza.
- Tipo 3: este tipo de ansiedad se la denomina la neurótica porque es basado en el sentimiento abrumador del miedo y las acciones impulsivas que se generan de ello, para poder comprender mejor sobre a qué se refiere este tipo de ansiedad, lo podemos ejemplificar a los momentos en que una persona simplemente pierde el control de sus pensamientos o el propio raciocinio.

Según Lang (1971), la ansiedad se manifiesta como:

1. **Respuesta cognitiva:** es toda sensación de amenaza o terror que proviene de escenarios catastróficos, los cuales generan distintas formas de pánico o ansiedad.
2. **Respuesta fisiológica:** enfrascada más en el ámbito biológico ya que involucra el aumento de las actividades del Sistema Nervioso Somático o Autónomo debido a la acción neuroendocrina mediada por el Sistema Nervioso Central
3. **Respuestas motoras:** se basa en las conductas de evitación, rituales compulsivos o cualquier otra actividad funcional capaz de incrementar la percepción de seguridad, escape y evitación (pág. 67).

La angustia proviene etimológicamente del latín “angustia” derivado de *angustus* la cual hace referencia a un abismo profundo y estrecho al cual las personas solían saltar brindándoles una sensación de vacío, en la antigüedad la angustia era considerada como una enfermedad producto del humor negro donde aquel ente melancólico padecía de un silbido en el lado izquierdo de la oreja, es por ello que se suelen encontrar pinturas o imágenes relacionadas a la angustia con personas cubriéndose la oreja del lado izquierdo.

Las diferentes definiciones de la angustia se basan en la perspectiva del autor es por ello que Ayuso (1988) afirma:

Que la angustia es la emoción más universalmente experimentada por el ser humano, tiene un efecto de inmovilización y conduce al sobrecogimiento en innumerables ocasiones; se define como una emoción compleja, difusa y desagradable que conlleva serias repercusiones psíquicas y orgánicas en el sujeto; la angustia es visceral, obstructiva y aparece cuando un individuo se siente amenazado por algo (pág. 160).

Por otro lado, los autores Kielholz y Kunz (1920) señalan que “el concepto de la angustia de manera aislada cuenta que los objetos y las situaciones que nos provocan angustia por diversos que puedan ser en cuanto su manifestación objetiva se caracterizan siempre por su carácter de amenazas” (pág. 13) obtendremos angustia dependiendo de la situación u objeto que estemos observando y pesa a que el objeto sea inofensivo o este no cree daño, la persona se sentirá amenazada con solo verlo.

La Crisis de angustia o ataque de pánico es un episodio repentino de miedo intenso que provoca reacciones físicas graves cuando no existe ningún peligro real o causa aparente. Los ataques de pánico pueden provocar mucho miedo. Cuando se presenta un ataque de pánico, puedes sentir que estás perdiendo el control, que estás teniendo un ataque cardíaco o, incluso, que vas a morir (American Psychiatric Association [APA], 2016)

1.2 Evolución y origen

El estudio del trastorno del pánico comienza a mediados del siglo 19 en Norteamérica, debido a que la guerra generó múltiples traumas a sus soldados, pero la gran novedad del momento fue que 300 de ellos presentaron la sintomatología característica del TP, es decir presentaban mareos, palpitaciones y otros síntomas autónomos sin explicar el porqué de su aparición, comenzaron la investigación en referencia de estos soldados, iniciando por las características de cada uno de ellos encontrando similitudes las cuales podrían ser la razón del porqué unos presentaban el trastorno y otros no, las similitudes presentadas eran: su constitución débil ya sea en el ámbito físico o mental, aquellos que eran más susceptibles al agotamiento físico.

Con el paso del tiempo Westphal (1871) acuñó el término agorafobia haciendo referencia a la ansiedad por los espacios abiertos, caracterizado por un cuadro clínico típico de: palpitaciones, rubor, calor y temblores, la gran cantidad de personas dentro de un espacio abierto y lograba disminuir si esta estaba con otras personas o si se estaba apoyando en algo como un bastón o tal vez un paraguas y en casos más extremos aquellos que están en estado etílico.

La angustia puede presentarse de muchas formas, pero tal y como mencionó Freud en aquel hallazgo clínico ("tres ensayos" de 1905), el acumulo de excitación puede crear un cuadro de neurosis de angustia, de hecho se dio indicios de que este tipo de represión podría ser la causa de la neurosis, más tarde se logró asociar otros factores así como también otros trastornos, ejemplificando entonces que aquel con un trastorno compulsivo si se le impide arreglar algo o tal vez limpiarse, el superyó crea una idea de peligro alertando y angustiando a la persona, de la misma manera funcionaba la hipótesis de Freud y la retención sexual (Freud, 1905)

Martin Roth (1959) enfatizo una hipótesis en la cual se hablaba de un anexo dentro a la neurosis de ansiedad llamado despersonalización Fóbico-Ansioso, el cual refería a la combinación de agorafobia, múltiples crisis de angustia y sentimientos de despersonalización, con una prevalencia superior en mujeres.

Sin embargo, todo cambia radicalmente en la década de los sesenta con los estudios de Klein (1964) sobre la imipramina o lo que se ha venido a llamar “disección farmacológica”. La hipótesis que este autor se planteó era que esta droga podía beneficiar a los esquizofrénicos cuyos síntomas psicóticos parecían estar muy relacionados con ansiedad elevada, los mejores resultados eran observados durante la administración de la clorpromacina creándose así la imipramina, pero a lo largo del estudio se logró demostrar que este fármaco no mostro una acción contra los efectos del cuadro psicótico, aunque el cambio si se observó a nivel del estado de ánimo con cuadros psicóticos y depresión.

Todo este estudio parte de la necesidad de la ausencia de tratamientos en pacientes ya que no existía respuesta efectiva para el trastorno, hasta que la imipramina disminuyo los ataques de pánico que solían presentarse en ellos, llegando a la conclusión de que el fármaco ejercía eficacia netamente en ataques de pánicos y la agorafobia.

La conceptualización de Klein se vio reforzada por los trabajos de Pitts y McClure (1972) que demostraron que podían inducir ataques de pánico administrando lactato sódico por vía intravenosa, logrando diferenciar los ataques de pánico de los de una ansiedad y de la misma manera obteniendo las características diagnósticas.

En 1975, Spitzer propone la diferenciación entre el “trastorno de pánico” y la “ansiedad generalizada”, y en 1980 aparece, por primera vez el TP con entidad diagnóstica propia en el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3.^a edición (DSM-III) (pág. 8) A partir de su aparición en el DSM-III, el diagnóstico del trastorno de angustia y la agorafobia ha sufrido algunos cambios en las posteriores versiones del DSM y en otras clasificaciones

como la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10^a edición (CIE-10) (Rodríguez-Testal, 2014, pág. 225).

Al hablar de los trastornos de pánico (TP) podemos decir que es uno de los más recientes trastornos los cuales han llegado a ser reconocida como tal, por la década de los 90 comienzan las descripciones sobre lo que hoy conocemos como trastorno de pánico. Esta descripción histórica demuestra que este trastorno ha estado presente en todas las etapas de la humanidad y que desde el siglo antepasado se han hecho los estudios científicos, donde los autores han trabajado la conducta humana, concluyendo que muchas personas la padecían con los recursos científicos que han tenido llegando a la conclusión que este trastorno tiene varias causas, estos estudios han evolucionado hasta llegar hasta la actualidad.

1.2.1. Etiología del trastorno de pánico

El TP es una patología en cuyo origen intervienen varios factores como son los psicológicos, los biológicos y los ambientales. Dentro de los **factores psicológicos**, se han señalado dos factores principales: el neuroticismo y la sensibilidad a la ansiedad. Eysenck (1947), define al neuroticismo como una dimensión de la personalidad que va de la estabilidad a la inestabilidad. Las personas con puntuaciones altas en neuroticismo tienden a experimentar más frecuentemente emociones negativas como ansiedad, rabia, culpa, o depresión, lo que les convierte en más vulnerables a presentar trastornos mentales. Se ha observado que puntuaciones altas en esta dimensión de personalidad correlacionan con el desarrollo de trastornos de ansiedad, en especial el TP (Klauke, Deckert, Reif, Pauli, y Domschke, 2010; Por otro lado, Lahey (2009) define a la sensibilidad a la ansiedad como la predisposición a percibir los síntomas asociados a la ansiedad como peligrosos.

Se ha planteado que dicha sensibilidad puede producir un sesgo cognitivo que tiene un papel central en la aparición del TP (Asmundson et al., 2008; Clark, 1986; Salkovskis, Clark, y Gelder, 1996). Además, Klauke et al., (2010); McNally, Hornig, Hoffman, y Han, (1999); Schmidt, Lerew, y Jackson, (1997) mencionan que los sujetos con una alta sensibilidad a la ansiedad tienen una mayor probabilidad de desarrollar un TP (Rodríguez, 2016).

Por otro lado, estarían los **factores biológicos**. De acuerdo a esto, los autores Gorman, Kent, Sullivan, y Coplan, (2000), mencionado por Rodríguez (2016) mencionan que existe evidencia de que en el TP intervienen directa o indirectamente algunas estructuras neuronales como la amígdala, el hipocampo, el tálamo, el hipotálamo, la sustancia gris periacueductal, el locus coeruleus y otras regiones del tallo cerebral, además de regiones del córtex somatosensorial y del córtex prefrontal. Diversos estudios apuntan a que una descoordinación entre las señales sensoriales procedentes de regiones corticales y las procedentes del tallo cerebral, podrían producir una actividad “alterada” de la amígdala, dando como resultado una hiperactivación conductual, autonómica y neuroendocrina.

También se ha observado que existe un mayor riesgo de desarrollar TP en personas con antecedentes familiares de ansiedad, depresión o trastorno bipolar. Se cree que la vulnerabilidad para el TP es producida por varios genes que intervienen en los sistemas de neurotransmisión dopaminérgica y serotoninérgica. Cada una de estas variaciones genéticas podría producir un pequeño cambio que contribuiría a crear una predisposición a desarrollar dicho trastorno. No obstante, es posible que más que los genes en sí mismos, sea la combinación de estos genes y determinadas condiciones ambientales la que determine la aparición del TP (Rodríguez, 2016)

Por último, están los **factores ambientales** asociados a la aparición del TP. Rodríguez (2016) menciona:

Que entre estos factores se encuentran acontecimientos vitales estresantes como enfermedades, muerte de un familiar, conflictos interpersonales,

experiencias negativas con fármacos o drogas, experiencias infantiles de abusos sexuales y/o malos tratos físicos; y el consumo de alcohol y otras sustancias como el tabaco, cannabis, estimulantes, etc (pág. 221).

1.3. Evaluación y Diagnóstico

Desde la inclusión del TP por primera vez en el DSM- III, los estudios sobre este trastorno se han ido acumulando año tras año. Sin embargo, según Shear y Maser (1994), la heterogeneidad de las evaluaciones, en cuanto a cómo evaluar el trastorno y a qué instrumentos usar, ha dificultado la comparación entre los resultados. Para intentar resolver el problema de la falta de un criterio unificado, un grupo de expertos ha propuesto una serie de aspectos del TP que es necesario evaluar, así como el tipo de instrumentos a utilizar para poder hacer una evaluación exhaustiva del trastorno (Rodríguez, 2016).

Del mismo modo se conoce que las personas con trastorno de pánico a menudo tienen un mayor riesgo de desarrollar un trastorno de salud mental adicional, es por ello que se estima que más del 55% de las personas diagnosticadas con trastorno de pánico experimentarán un episodio de trastorno depresivo mayor en su vida (Star, 2021).

La evaluación de estos aspectos es muy importante, puesto que aporta información tanto cuantitativa como cualitativa, que es fundamental para conocer en profundidad el estado de los pacientes con TP. Esta información detallada sobre un paciente permite hacer una adecuada formulación del caso y diseñar el tratamiento que mejor responda a las necesidades de este. Estos aspectos pueden abordarse utilizando entrevistas estructuradas y/o autoinformes (Rodríguez, 2016).

Uno de los métodos empleados para evaluar el TP es a través de un examen de laboratorio por un examen de sangre que no causa riesgo en el paciente. El profesional de la salud puede usar el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM, por sus siglas en inglés) para hacer un diagnóstico. El DSM-5 (quinta edición del DSM) es un libro publicado por la Asociación Psiquiátrica Estadounidense que ofrece pautas para

diagnosticar los problemas de salud mental. Entre las pautas del DSM-5 para diagnosticar el trastorno de pánico incluyen:

1. Ataques de pánico frecuentes e inesperados
2. Preocupación continua por la posibilidad de tener otro ataque de pánico
3. Miedo de perder el control

Ninguna otra causa de un ataque de pánico, como uso de drogas o un trastorno físico. Si se le diagnostica un trastorno de pánico, su profesional de la salud lo puede referir a un profesional de salud mental para que reciba tratamiento. Muchos tipos de profesionales tratan las enfermedades mentales (Esbec y Echeburúa, 2014). Además de esto, existen tres modelos que existen para evaluar el TP, entre ellas se encuentran:

Modelo cognitivo:

El modelo cognitivo del trastorno de pánico (TP) se inició a partir la investigación realizada por Clark (1986), que consiste en las interpretaciones catastrofistas de las sensaciones corporales como elemento central determinante de la etiología y el mantenimiento de los ataques de pánico y del TP.

La principal característica del modelo de Clark consiste en que el pánico se origina debido a la existencia de interpretaciones catastrofistas que el individuo hace ante la ocurrencia de sensaciones corporales benignas (p.ej., la ocurrencia de una aceleración en la frecuencia cardíaca puede ser interpretada como un inminente ataque cardíaco).

Clark interpreta el concepto de “catástrofe” como un fenómeno inevitable e inmediato. Por tanto, la clave del modelo está en que ciertas personas llevan a cabo interpretaciones cognitivas erróneas y desadaptativas de las sensaciones de activación fisiológica (actividad cardíaca, respiración, etc.), dando lugar a una espiral que lleva a la ocurrencia y mantenimiento del ataque de pánico.

Modelo tripartito

El modelo tripartito, por lo tanto, aglutina las manifestaciones de la ansiedad y la depresión en tres grupos distintos. El afecto negativo (AN), recoge síntomas de malestar general, ampliamente inespecíficos, que representan el grado en el que una persona experimenta distintos estados aversivos como estar angustiado, enojado, temeroso, triste, preocupado, autocrítico, con quejas de salud, insomnio, baja concentración, inquietud, culpabilidad y tendencia a tener una visión negativa de uno mismo. El polo opuesto de esta dimensión quedaría reflejado por estados de calma, relajación y tranquilidad. Zinbarg y Barlow (1996) señalan que el afecto negativo guarda estrechas similitudes con rasgos definidos en otros modelos como la "evitación del daño" de Cloninger (1986), el "neuroticismo" de Eysenck (1967), la "ansiedad rasgo" de Gray (1982), o la "inhibición conductual" de Kagan (1994).

El afecto positivo (AP) se definiría por el nivel de energía, actividad, entusiasmo por la vida, relación agradable con el ambiente, seguridad en uno mismo, bienestar, sentimientos de afiliación, dominancia social y aventura. En el extremo opuesto, la ausencia de AP o anhedonia se caracterizaría por fatiga, bajos niveles de confianza y de asertividad, languidez, falta de interés por las cosas, sentimientos de que nada divierte, etc. (Clark y Watson, 1991).

El tercer componente de este modelo, la activación fisiológica (AF), se definiría por manifestaciones de tensión y activación somática como respiración entrecortada, vértigo o mareos, boca seca, temblores, etc. (Watson, Clark et al., 1995). Es decir, se referiría a los síntomas fisiológicos de la ansiedad ya que los subjetivos quedarían mejor encuadrados en el AN (Clark, et. al, 1994).

Según este modelo, la depresión quedaría definida por un bajo nivel de afecto positivo y un alto grado de afecto negativo; mientras que la ansiedad lo estaría por altos niveles de afecto negativo y de activación fisiológica. En otras palabras, la ansiedad puede distinguirse de la depresión por la presencia de síntomas de hiperactivación fisiológica, y la depresión

puede ser diferenciada de la ansiedad por la existencia de síntomas de anhedonia, ya que el AN constituye un factor general que se encuentra presente en ambos tipos de trastornos (Clark et al., 1994) (Clark y Watson, 1991c).

El modelo tripartito, a pesar de su aparición relativamente reciente, ha suscitado un considerable interés en los investigadores del área. Este interés se ha traducido en la obtención de una gran cantidad de datos a partir de diferentes pruebas y muestras. Así, en adultos, el modelo ha obtenido repetidamente evidencia favorable en muestras clínicas y no clínicas -pacientes psiquiátricos, estudiantes, personal militar, etc. (Brown, et. Al,1998).

1.3.1. Entrevistas estructuradas

Para la evaluación del TP, el grupo de expertos anteriormente comentado recomienda el uso de instrumentos estandarizados y propone la utilización de algunas de las entrevistas clínicas estructuradas que se consideran instrumentos gold standard en la evaluación psiquiátrica y que son ampliamente utilizadas a nivel internacional (Shear y Maser, 1994).

Entre las entrevistas clínicas estructuradas recomendadas se encuentran:

- Calendario de entrevistas para los trastornos de ansiedad del DSM-IV (ADIS-IV; Brown, DiNardo y Barlow, 1994). Entrevista estructurada que permite obtener diagnósticos del DSM-IV de todos los trastornos por ansiedad, así como de los trastornos del estado de ánimo, del abuso de sustancias y de los trastornos somatoformes. Estos trastornos pueden ser diagnosticados tanto si se padecen a lo largo de la vida o en la actualidad. Además, esta entrevista permite recoger información descriptiva y funcional sobre los trastornos, así como de los síntomas específicos que los pacientes sufren, la frecuencia y la intensidad de dichos síntomas y el grado de afectación debido al trastorno percibido por los pacientes. Existe una versión en español de esta entrevista de la sección dedicada a evaluar el TP adaptada por Botella y Ballester (1997).

- Entrevista clínica estructurada para el eje I de trastornos DSM (SCID-I; First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1999). Esta entrevista estructurada fue diseñada con el apoyo del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos para establecer los diagnósticos del eje I del DSM-IV, indagando de manera sistemática acerca de los síntomas de las patologías de este eje y siempre teniendo como referencia los criterios diagnósticos de dicho manual. La SCID-I está compuesta por seis módulos que pueden aplicarse de manera secuencial o independiente dependiendo del propósito o de las necesidades del diagnóstico (Episodios afectivos, Síntomas psicóticos, Trastorno psicóticos, Trastornos del estado de ánimo, Trastornos relacionados con sustancias, Ansiedad y otros trastornos). La SCID-I evalúa la presencia de síntomas actuales y a lo largo de la vida. Esta entrevista ha sido publicada en lengua española (First et al., 1999) y es ampliamente utilizada para la clínica y la investigación, aunque según nuestro conocimiento no existe ningún estudio de adaptación en España.
- Entrevista diagnóstica internacional compuesta (CIDI; World Health Organization, 1997). Entrevista estructurada que fue diseñada con fines epidemiológicos, pero que también se emplea en la práctica clínica para obtener diagnósticos del DSM-IV y de la CIE-10. Esta entrevista está compuesta por 14 secciones, 11 de ellas dedicadas a diagnósticos (Trastornos debidos al consumo de tabaco, Trastornos somatomorfos y disociativos, Trastornos fóbicos y otros trastornos de ansiedad, Trastornos depresivos y trastorno distímico, Episodio maníaco y trastornos afectivos bipolares, Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, Trastornos de la conducta alimentaria, Trastornos debidos al consumo de alcohol, Trastorno obsesivo compulsivo y Trastorno de estrés postraumático, Trastornos debido al consumo de sustancias, Demencia, Amnesia y otros trastornos cognoscitivos) y tres más para datos demográficos y observaciones. Existen dos versiones de esta entrevista:

trastornos de por vida y en los últimos 12 meses. Recientemente, se ha adaptado a población española la versión informatizada de esta entrevista (Navarro-Mateu et al., 2013).

- Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI; Lecrubier et al., 1997). Entrevista clínica estructurada, de duración breve, que es ampliamente utilizada para la detección y diagnóstico de los trastornos psiquiátricos del eje I del DSM-IV. Esta entrevista se divide en 16 módulos, uno para cada categoría diagnóstica (Depresión mayor, Distimia, Riesgo de suicidio, Episodio hipo/maniaco, TP, Agorafobia, Fobia social, Trastorno obsesivo compulsivo, Trastorno por estrés postraumático, Dependencia del alcohol, Dependencia sustancias, Trastornos psicóticos, Anorexia nerviosa, Bulimia, Trastorno por ansiedad generalizada y Trastorno antisocial de la personalidad). Explora la sintomatología presente y a lo largo de diferentes periodos que varían en función de cada trastorno. Esta entrevista ha sido adaptada a población española por Bobes (1998).

En general, estas entrevistas han sido desarrolladas a partir de criterios diagnósticos reconocidos internacionalmente, ya sea DSM-IV o CIE-10, proporcionando así cierta homogeneidad de criterio a los clínicos en todo el mundo. Además, estas entrevistas clínicas permiten diagnosticar otros trastornos comórbidos al TP, permitiendo así hacer una evaluación global del estado de salud mental del paciente (Rodríguez, 2016).

Con estas entrevistas, el diagnóstico del TP se obtiene con base en el cumplimiento o no de los criterios diagnósticos antes mencionados, determinando así la presencia o ausencia del trastorno. Sin embargo, ofrecen poca información cuantitativa o cualitativa del TP y solamente la ADIS-IV recoge información más detallada sobre algunos de los aspectos importantes a evaluar como la frecuencia, duración e intensidad de los síntomas, los cambios conductuales, los miedos asociados a los ataques de pánico o el deterioro social y familiar (Rodríguez, 2016).

A pesar de que la información obtenida con estas entrevistas es valiosa, debe ser complementada con datos sobre aspectos específicos del TP. Para ello se aconseja el empleo de diversos instrumentos en formato de autoinforme que han demostrado adecuadas propiedades psicométricas.

1.3.2 Autoinformes

Existe una variedad de instrumentos en formato de autoinforme que evalúan diversos aspectos del TP y que aportan información valiosa para el diagnóstico y el seguimiento de este trastorno. Entre los más utilizados a nivel internacional y que han mostrado adecuadas propiedades psicométricas están:

- Cuestionario de sensaciones corporales (BSQ; Chambless, Caputo, Bright y Gallagher, 1984). Cuestionario que mide el grado de miedo que le producen al paciente las sensaciones corporales relacionadas con la ansiedad. Este instrumento consta de 18 ítems, 17 de los cuales se puntúan en una escala de 1 a 5, más un ítem abierto opcional. El rango de puntuaciones oscila entre 1-90. El BSQ es un instrumento que ha mostrado una buena consistencia interna (α de Chronbach = 0,89) y una fiabilidad test-retest alta ($r=0,79$). Existe una adaptación al español de este instrumento llevada a cabo en población de habla hispana residente en Estados Unidos. Dicha adaptación ha mostrado una excelente consistencia interna (α de Chronbach = 0,95) (Novy, Stanley, Averill, y Daza, 2001).
- Cuestionario de cogniciones agorafóbicas (ACQ; Chambless, Caputo, Bright y Gallagher, 1984). Es un cuestionario de 15 ítems, 14 de los cuales se puntúan en una escala de 1 a 5, más un ítem abierto opcional, El rango de puntuaciones oscila entre 1 y 75. Este instrumento mide la frecuencia con la que se tienen pensamientos catastróficos (consecuencias negativas a nivel físico o social) relacionados con los síntomas de ansiedad. El ACQ ha mostrado una buena

consistencia interna (α de Chronbach = 0,82) y una fiabilidad test-retest alta ($r=,79$), además de que es sensible al cambio (Arrindell, 1993). Por ello, es un instrumento que puede usarse para medir el resultado del tratamiento. De momento, según nuestro conocimiento, no existe adaptación a población española de este instrumento.

- Índice de sensibilidad a la ansiedad – 3 (ASI-3; Taylor et al., 2007). Escala compuesta por 18 ítems, que se puntúan en una escala de 0 a 4 y cuyo rango de puntuaciones se sitúa entre 0 y 72. Este instrumento está diseñado para la evaluación de la sensibilidad a los síntomas de la ansiedad a través de tres dimensiones: física (miedo a los síntomas físicos), cognitiva (temor a los síntomas cognitivos como la pérdida de control o desconcentración) y social (miedo a que los síntomas de ansiedad sean observados por los demás). La ASI-3 ha mostrado unas adecuadas propiedades psicométricas en las tres subescalas que la componen, con una consistencia interna aceptable (α de Chronbach > 0,70). Este instrumento ha sido validado en población española, mostrando una consistencia buena interna (α de Chronbach = 0,91), así como una fiabilidad test-retest alta ($r=0,85$) (Sandin y Valiente, 2007).
- Autoinforme de la escala de gravedad del trastorno de pánico (PDSS-SR; Houck, Spiegel, Shear, y Rucci, 2002), versión autoaplicable de la PDSS desarrollada por Shear et al. (1997). Este instrumento está formado por siete ítems, que se responden en una escala de 0 a 4 y cuya puntuación total oscila entre 0 y 28. La PDSS-SR explora los síntomas del trastorno en la última semana, preguntando acerca de la frecuencia de los ataques de pánico, el miedo asociado a estos ataques, la ansiedad anticipatoria, la evitación interoceptiva y agorafóbica. Esta versión autoaplicada ha mostrado una buena consistencia interna (α de Chronbach =0,91) y una fiabilidad test-retest alta ($r=0,83$). Esta escala ha sido validada

recientemente en población española, mostrando adecuadas propiedades psicométricas de fiabilidad de consistencia interna (α de Chronbach = 0,85) y de fiabilidad test-retest ($r=0,77$) (Santacana et al., 2014).

Como puede apreciarse, existen varios instrumentos tanto en formato de entrevista, como de autoinforme, que son muy útiles para evaluar los diferentes aspectos relevantes del TP mencionados por Bados (2006, p. 31) citado por (Rodríguez, 2016).

Las entrevistas y autoinformes mencionados anteriormente están elaboradas a partir del DSM- IV, en la actualidad no existen versiones de estas entrevistas que hayan sido adaptadas al DSM-5, por lo que será necesario que en el futuro se hagan las correspondientes actualizaciones de estos instrumentos en las que el diagnóstico del TP y la agorafobia se haga utilizando categorías diagnósticas separadas. No obstante, como los criterios diagnósticos para el TP permanecen sin cambios, las entrevistas citadas continúan cubriendo los criterios para este trastorno (Rodríguez, 2016).

En la actualidad existe un consenso entre profesionales de la salud respecto a qué aspectos son esenciales en la evaluación del TP, que Bados (2006, p. 31) los recoge de la siguiente manera:

- a. Frecuencia, duración, intensidad y tipo de los ataques de pánico y con síntomas completos o con síntomas limitados.
- b. Ansiedad anticipatoria: preocupación por cuándo ocurrirá el próximo ataque o por las consecuencias de los mismos sobre la salud física y mental.
- c. Miedo a las reacciones somáticas asociadas a la ansiedad y cogniciones catastróficas.
- d. Miedo y evitación agorafóbicas, así como el miedo y evitación de aquellas situaciones que producen las sensaciones temidas (p. ej. hacer ejercicio).
- e. Deterioro funcional (social, laboral, familiar), uso de servicios médicos y consumo de alcohol y otras drogas.

- f. Gravedad global del trastorno.
- g. Comorbilidad actual y pasada.
- h. Ansiedad general y depresión.

Según el CIE 10 (ver Tabla 1) y el DSM-5 (ver tabla 2) la manifestación esencial del TP (ansiedad paroxística episódica) son ataques recurrentes de ansiedad grave (pánico), que no se limitan a ninguna situación particular o una serie de circunstancias y que son, por lo tanto, impredecibles. Como sucede con otros TA, los síntomas dominantes incluyen un inicio repentino de palpitaciones, dolor torácico sensación de asfixia, mareo y sensaciones de irrealidad (despersonalización o des realización). A menudo existe un miedo secundario a morir, perder el control o volverse loco. No debe realizarse el diagnóstico de TP como diagnóstico principal si el paciente, en el momento de iniciarse los ataques, padece un trastorno depresivo; en estas circunstancias, los ataques de pánico son secundarios a la depresión probablemente (World Health Organization, 2000).

Excluye: trastorno de pánico con agorafobia (F40.0).

Tabla 1

Criterios diagnóstico para el trastorno de pánico según el CIE-10

Criterios diagnósticos del trastorno de pánico	(F41.0)
<p>A. El sujeto experimenta ataques de pánico que no se asocian de forma consistente con una situación u objeto específicos, y que se producen espontáneamente (es decir, los episodios son impredecibles). Los ataques de pánico no se asocian con un ejercicio físico intenso o con la exposición a situaciones peligrosas o amenazantes para la vida.</p>	
<p>B. Un ataque de pánico se caracteriza por todos los siguientes:</p>	
<p>1. Es un episodio diferenciado de intenso miedo o de malestar.</p>	
<p>2. Se inicia abruptamente.</p>	
<p>3. Alcanza su máxima intensidad en pocos minutos y dura, por lo menos, algunos minutos.</p>	
<p>4. Se presentan al menos cuatro de los síntomas enumerados a continuación, de los cuales uno debe ser del grupo a)-d).</p>	
<p>Síntomas autonómicos:</p>	
<p>a) Palpitaciones o golpeo del corazón.</p>	

- b) Sudoración.
- c) Temblores o sacudidas.
- d) Sequedad en la boca (no debida a medicación o deshidratación).

Síntomas relacionados con el tórax y abdomen:

- e) Dificultad para respirar.
- f) Sensación de ahogo.
- g) Dolor o malestar en el pecho.
- h) Náuseas o malestar abdominal (p. ej., estomago revuelto).

Síntomas relacionados con el estado mental:

- i) Sensación de mareo, inestabilidad o desvanecimiento.
- j) Sensación de que los objetos son irreales (desrealización) o de que uno mismo está distante o “no realmente aquí” (despersonalización).
- k) Miedo a perder el control, a volverse loco o a perder el conocimiento.
- l) Miedo a morir.

Síntomas generales:

- m) Sofocos de calor o escalofríos.
- n) Aturdimiento o sensaciones de hormigueo.

C. Criterio de exclusión usado con más frecuencia. Los ataques de pánico no se deben a una enfermedad orgánica, trastorno mental orgánico (F00-F09) u otros trastornos mentales como la esquizofrenia y trastornos relacionados (F20-F29), trastornos del humor (afectivos) (F30-F39) o trastornos somatomorfos (F45.-).

El grado de variación individual, tanto en el contenido como en la severidad, es tan grande, que, si se desea, puede especificarse en dos grados, moderado y grave, mediante un quinto carácter: F41.00 Trastorno de pánico moderado (por lo menos cuatro ataques de pánico en un periodo de cuatro semanas).

F41.01 trastorno de pánico grave (al menos cuatro ataques de pánico por semana, en un periodo de unas cuatro semanas).

Tabla 2

Criterios diagnósticos del trastorno de pánico según el DSM-5

Criterios diagnósticos del trastorno de pánico	300.01 (F41.0)
A. Ataques de pánico imprevistos recurrentes. Un ataque de pánico es la aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro o (más) de los síntomas siguientes:	

Nota: La aparición súbita se puede producir desde un estado de calma o desde un estado de ansiedad.

1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardiaca.
2. Sudoración.
3. Temblores o sacudidas.
4. Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.
5. Sensación de ahogo
6. Dolor o molestias en el tórax.
7. Náuseas o malestar abdominal.
8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
9. Escalofríos o sensación de calor.
10. Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo).
11. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).
12. Miedo a perder el control o de “volverse loco”.
13. Miedo a morir.

Nota: Se pueden observar síntomas específicos de la cultura (p.ej., acúfenos, dolor de cuello, dolor de cabeza, gritos o llanto incontrolable). Estos síntomas no cuentan como uno de los cuatro síntomas requeridos.

- B. Al menos a uno de los ataques le ha seguido al mes (o más) uno o los dos hechos siguientes:
1. Inquietud o preocupación continua acerca de otros ataques de pánico o de sus consecuencias (p. ej., pérdida de control, tener un ataque al corazón, <<volverse loco>>).
 2. Un cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques (p. ej., comportamientos destinados a evitar los ataques de pánico, como evitación del ejercicio o de las situaciones no familiares).
- C. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., hipertiroidismo, trastornos cardiopulmonares).
- D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., los ataques de pánico no se producen únicamente en respuesta a situaciones sociales temidas, como en el trastorno de ansiedad social; en respuesta a objetos o situaciones fóbicas concretos, como en la fobia específica; en respuesta a obsesiones, como en el trastorno obsesivo-compulsivo; en respuesta a recuerdos de sucesos traumáticos, como en el trastorno de estrés postraumático; o en respuesta a la separación de figuras de apego, como en el trastorno de ansiedad por separación).

1.4 Diagnóstico diferencial

Según el DSM-5 el TP no se diagnostica si los ataques de pánico no son completos o si los síntomas son producto de alguna enfermedad médica, así como el consumo de sustancias o medicamentos. Por otra parte, los ataques de pánico pueden presentarse en diversas patologías mentales como, trastornos por ansiedad, trastornos depresivos, trastornos bipolares, trastornos psicóticos, trastorno obsesivo-compulsivo, etc. Sin embargo, en este caso los ataques de pánico aparecen como un problema secundario y por lo tanto no se cumplen los criterios necesarios para diagnosticar un TP (American Psychiatric Association [APA], 2016).

1.5. Prevalencia y comorbilidad

La prevalencia del TP a lo largo de la vida es aproximadamente del 3.0% (Barlow, et al, 2000). Los datos epidemiológicos obtenidos en 40.000 sujetos de diez países encuentran unas tasas de prevalencia del 1.4% al 2.9% (Weissman, et al, 1997). Las estimaciones de prevalencia a 12 meses para este trastorno en el DSM-5 son de aproximadamente el 2-3% para adolescentes y adultos, y < 0.4% para niños <14 años (IntraMed, 2013). La edad de inicio más frecuente del trastorno es alrededor de los 20 años y existe un riesgo dos veces mayor de padecerlo por parte de las mujeres (Garriga, 2009).

Un número importante de personas que padecen TP suelen sufrir además otra enfermedad mental. Según Kessler et al, (2006) 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 del Eje I como la depresión mayor (65%), el trastorno bipolar (33%) o el abuso de sustancias (37%) es alta (Kessler et al., 2006). APA, (2013); Roy-Byrne, Craske

y Stein, (2006) mencionan que, aunque el TP suele aparecer primero, cuando este trastorno aparece después de la enfermedad comórbida, suele interpretarse como un indicador de la gravedad de ésta (Rodríguez, 2016).

Finalmente, también existe una alta prevalencia del TP entre personas que sufren algunos 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. Sin embargo, no está claro si hay una relación causa efecto entre algunos de estos problemas médicos y el TP (APA, 2013) citado por (Rodríguez, 2016)

Capítulo dos

Metodología de la Investigación

2.1. Objetivos de la investigación

2.1.1. *Objetivo general*

Determinar la prevalencia de los trastornos de ansiedad (TA) y de pánico (TP), en dos unidades de salud mental de la ciudad de Portoviejo, durante el periodo Oct 2018- Oct 2019.

2.1.2. *Objetivos específicos*

- a) Identificar la prevalencia de los trastornos de ansiedad y de pánico que se presentan en los usuarios de dos unidades de la salud mental en la ciudad de Portoviejo.
- b) Determinar la prevalencia del trastorno de ansiedad y pánico según el sexo y edad.

2.2. Preguntas de investigación

Toda investigación se presenta como un proceso a través del cual se ponen de manifiesto una serie de problemas a resolver. Esto se realiza de forma planificada y con un determinado fin, con la intención de generar conocimientos.

1. ¿Cuál es la prevalencia del trastorno de ansiedad y pánico con relación a los trastornos mentales en general (universo de la muestra) en las consultas de los profesionales de la salud mental, en la ciudad de Portoviejo?
2. ¿Cuál es la frecuencia del trastorno de pánico dentro de los trastornos de ansiedad?
3. ¿Cuál es la prevalencia del trastorno de ansiedad y pánico según el sexo y edad?

2.3. Diseño de investigación

El método que se empleó en el proceso investigativo fue bajo el enfoque cuantitativo (prevalencia de casos) y de tipo descriptivo- transversal; según la Organización

Panamericana de la Salud (2018), la prevalencia se define como el número de casos existentes de una enfermedad u otro evento de salud dividido por el número de personas de una población en un período específico. Cada individuo es observado en una única oportunidad, cuando se constata su situación en cuanto al evento de interés. Esto permitió analizar los resultados del trabajo in situ, que arrojaron la aplicación de las encuestas y la investigación en general de los datos en donde los profesionales de la salud mental fueron los facilitadores de la información, para de esta manera determinar la prevalencia de los TP en las unidades de salud mental seleccionadas durante el periodo octubre 2018 - octubre 2019.

El diseño de la investigación presentará las siguientes características: **descriptiva**, **transversal** porque se observará e identificará la prevalencia del TP en las unidades de la salud mental de la ciudad de Portoviejo en un periodo específico de tiempo. La investigación descriptiva es aquella que identifica detalladamente todas las características y elementos que componen el fenómeno estudiado (Hurtado, 2012) y transversal porque analiza datos de variables recopiladas en un periodo de tiempo sobre una población muestra o subconjunto predefinido.

2.4. Instrumentos

Los instrumentos que fueron utilizados para recolectar la información en el mismo proceso fueron los siguientes:

2.4.1. Encuesta

Para este estudio se diseñaron cinco preguntas abiertas y de opción múltiple para obtener información sobre la prevalencia del TA y el TP durante el periodo octubre 2018-octubre 2019 contemplados en el Registro diario automatizado de consultas y atenciones ambulatorias (RDACAA) (ver Anexo 1).

2.5. Participantes

La investigación contó con la participación de dos profesionales de salud mental, psiquiatras, que trabajan en dos diferentes unidades de salud mental en la ciudad de Portoviejo, de los cuales proporcionaron datos que permitieron conocer la prevalencia del trastorno de pánico y de ansiedad en sus consultas. Para la recolección de la muestra, se usó el método aleatorio para definir a los dos profesionales y las unidades de salud mental que participarán en el estudio.

La investigación se adecuó a las normas éticas respetando el acuerdo de Helsinki, el estudio no representará riesgo alguno para los participantes, por tanto, no necesitó de consentimiento informado. Los criterios considerados para seleccionar la muestra fueron:

2.5.1 Criterios de inclusión

- Consentimiento verbal de los profesionales de la salud mental para participar en la investigación.
- Los casos del profesional de la salud mental contemplados en el RDACAA sean diagnosticados con TP identificados con la codificación F41.0 de la CIE 10.
- Los casos del profesional de la salud mental contemplados en el RDACAA sean mayores de 12 años.
- Profesionales de la salud mental con más de dos años de experiencia en el ejercicio profesional.
- Todos los casos del profesional de salud mental contemplados en el RDACAA estén dentro del periodo octubre 2018- octubre 2019.

2.5.2. Criterios de exclusión

- Profesionales de la salud mental que no hayan dado el consentimiento verbal para participar en la investigación.

- Los casos del profesional de la salud mental contemplados en el RDACAA no sean diagnosticados con el TP identificados con la codificación F41.0 de la CIE 10
- Profesionales de la salud mental con menos de dos años de experiencia en el ejercicio profesional.
- Los casos del profesional de salud mental contemplados en el RDACAA estén fuera del periodo octubre 2018- octubre 2019.

2.6. Procedimiento

El desarrollo de esta investigación se llevó a cabo de la siguiente manera.

- Se realizó un acercamiento a cada unidad de salud mental que cuenta con el servicio de atención medico psiquiátrica, con el objetivo de encuestar y motivar a los 7 profesionales que logramos contactar en la ciudad de Portoviejo (3 públicos y 4 privados). Se planificó una cita con cada profesional de salud mental dando a conocer los objetivos de la investigación, los instrumentos y el tiempo estimado de evaluación; la cita tuvo una duración estimada de 45 minutos, luego de lo cual finalmente se obtuvo la aprobación de dos de ellos (1 público y 1 privado).
- Tras obtener el consentimiento verbal del profesional de salud mental se les realizó una encuesta con la finalidad de conseguir información sobre la prevalencia de los trastornos de ansiedad y de pánico de los casos obtenidos en sus consultas durante el periodo de investigación.
- Culminadas las encuestas, se procedió con el ingreso de la información, para ello se utilizó el software estadístico SPSS versión 24; el análisis descriptivo se presentó mediante tablas de frecuencia y porcentaje, para facilitar el análisis y conocer la prevalencia de los trastornos de ansiedad y pánico en las unidades de salud mental de la ciudad de Portoviejo.

2.7. Recursos

Humanos

- Directora de tesis: PhD Claudia Torres Montesinos.
- Tutora de tesis: Lic. Mercy Ontaneda Aguilar.
- Tesista: Evelyn Juleane Loor Arroba.
- Profesionales de la salud mental que laboran en las unidades de salud mental.

Técnicos

- Computadora
- Programas de procesamiento de texto y datos

Financiamiento

Tabla 3

Financiamiento

Materiales	Presupuesto
Materiales de trabajo de campo	\$140.00
Internet	\$60.00
Impresiones	\$100.00
Total	\$300.00

Capítulo tres

Análisis de datos

3.1. Resultados

1. Dentro de los trastornos de ansiedad, a su juicio, ¿Cuál de los siguientes es más frecuentes?

Los profesionales de salud mental encuestados, afirman que en sus consultas el trastorno más frecuente dentro de los trastornos de ansiedad es el Trastorno de pánico.

Tabla 4

Apreciación subjetiva de ambos profesionales encuestados sobre las frecuencias de los tipos de ansiedad

TRASTORNOS DE ANSIEDAD	PROFESIONAL 1	PROFESIONAL 2
	F	F
Trastorno de pánico	X	X
Trastorno de ansiedad generalizada		
Fobia social		
Trastornos de estrés postraumático		

2. **¿En el último mes cuantos casos de trastornos de pánico recibió en su consulta?**

Ambos profesionales de salud mental encuestados afirman que durante el último mes tuvieron un total de cuatro casos de trastornos de pánico.

Tabla 5

Frecuencia de los trastornos de pánico en el último mes del estudio (octubre 2019)

CANTIDAD DE CASOS	PROFESIONAL 1	PROFESIONAL 2
	F	F
Un caso		
Dos casos		
Tres casos		
Cuatro casos	X	X
Más de cuatro casos		

3. **¿Cuál fue el número total de casos atendidos (en general) en su servicio durante el periodo octubre 2018 a octubre 2019?**

Durante la obtención de datos a partir de los profesionales de la salud mental encuestados, el profesional uno tuvo 792 casos y el profesional dos un total de 237, podemos observar la diferencia llamativa entre el número de pacientes atendidos de manera general en las dos unidades de salud mental. Tenemos así que el profesional encuestado uno obtuvo mayor número de registro de casos atendidos en general que el profesional dos con una diferencia de 555 casos. Para el profesional número uno el mes donde hubo más casos de trastornos en general fue enero del 2019 con un total de 74 (9.3%) y para el profesional dos también fue en enero del 2019 con 33 casos (13.9%).

Tabla 6

Número total de casos atendidos en general durante el periodo octubre 2018 a octubre 2019

PERIODO	Profesional Uno		Profesional Dos	
	n	%	n	%
oct-18	68	8.6	27	11.4
nov-18	52	6.6	25	10.5
dic-18	51	6.4	18	7.6
ene-19	74	9.3	33	13.9
feb-19	63	8.0	16	6.8
mar-19	57	7.2	16	6.8
abr-19	54	6.8	13	5.5
may-19	73	9.2	20	8.4
jun-19	51	6.4	12	5.1
jul-19	53	6.7	11	5
ago-19	58	7.3	14	5.9
sep-19	65	8.2	14	5.9
oct-19	73	9.2	18	7.6
	792	100.0	237	100.0

4. ¿Cuántos casos de trastorno de ansiedad por sexo y edad fueron diagnosticados por usted en el periodo octubre 2018 a octubre 2019?

De acuerdo a los resultados obtenidos podemos observar que del total de consultas para el profesional uno (792), 147 casos fueron trastorno de ansiedad (TA) y del total de consultas para el profesional dos (237), hubo 106 casos de TA. En cuanto a la prevalencia según el sexo. Ambos profesionales coinciden que el TA es más frecuente en las mujeres. Siendo el mes de enero del 2019 el que presentó más casos de TA.

Tabla 7

Casos de trastorno de ansiedad fueron diagnosticados por sexo en el periodo octubre 2018 a octubre 2019

PERIODO	Profesional Uno						Profesional Dos					
	n	%	H	%	M	%	n	%	H	%	M	%
Oct 2018	13	8.8	4	7.4	9	9.7	9	8.5	3	9.7	6	8.0
Nov 2018	7	4.8	2	3.7	5	5.4	16	15.1	4	12.9	12	16.0
Dic 2018	6	4.1	1	1.9	5	5.4	8	7.5	1	3.2	7	9.3
En 2019	20	13.6	7	13.0	13	14.0	17	16.0	3	9.7	14	18.7
Feb 2019	14	9.5	4	7.4	10	10.8	6	5.7	2	6.5	4	5.3
Mar 2019	10	6.8	3	5.6	7	7.5	7	6.6	2	6.5	5	6.7
Ab2019	7	4.8	4	7.4	3	3.2	6	5.7	2	6.5	4	5.3
May 2019	18	12.2	6	11.1	12	12.9	8	7.5	3	9.7	5	6.7
Jun 2019	9	6.1	5	9.3	4	4.3	5	4.7	2	6.5	3	4.0
Jul 2019	8	5.4	3	5.6	5	5.4	6	5.7	1	3.2	5	6.7
Ag 2019	10	6.8	4	7.4	6	6.5	5	4.7	1	3.2	4	5.3
Sep 2019	11	7.5	5	9.3	6	6.5	6	5.7	2	6.5	4	5.3
Oct 2019	14	9.5	6	11.1	8	8.6	7	6.6	5	16.1	2	2.7
TOTAL	147	100.0	54	100.0	93	100.0	106	100.0	31	100.0	75	100.0

Para el profesional uno, de los 147 casos diagnosticados con TA, el rango de edad donde más se diagnostica el trastorno está entre los 25 y 59 años. Siendo enero y mayo del 2019 los meses con mayores diagnósticos.

Tabla 8

Casos de trastorno de ansiedad del profesional uno que fueron diagnosticados en el periodo octubre 2018 a octubre 2019 según el grupo etario

PERIODO	Profesional Uno							
	n (12-17 años)	%	n (18-24 años)	%	n (25-59 años)	%	n (≥60 años)	%
Oct2018	2	25.0	2	11.1	6	6.7	3	9.4
Nov 2018	0	0.0	2	11.1	4	4.5	1	3.1
Dic 2018	0	0.0	1	5.6	3	3.4	2	6.3
En2019	2	25.0	4	22.2	11	12.4	3	9.4
Feb 2019	0	0.0	0	0.0	10	11.2	4	12.5
Mar2019	1	12.5	1	5.6	6	6.7	2	6.3
Ab2019	0	0.0	0	0.0	6	6.7	1	3.1
May2019	1	12.5	2	11.1	11	12.4	4	12.5
Jun2019	0	0.0	0	0.0	7	7.9	2	6.3
Jul2019	0	0.0	0	0.0	7	7.9	1	3.1
Ag2019	0	0.0	2	11.1	5	5.6	3	9.4
Sep2019	1	12.5	2	11.1	4	4.5	4	12.5
Oct2019	1	12.5	2	11.1	9	10.1	2	6.3
TOTAL	8	100.0	18	100.0	89	100.0	32	100.0

Para el profesional dos, de los 106 casos diagnosticados con TA, el rango de edad donde más se diagnostica el trastorno está entre los 25 y 59 años. Siendo noviembre del 2018 y enero del 2019 los meses donde hay mayor cantidad de diagnóstico de TA.

Tabla 9

Casos de trastorno de ansiedad del profesional dos que fueron diagnosticados en el periodo octubre 2018 a octubre 2019 según el grupo etario

PERIODO	Profesional Dos							
	n (12-17 años)	%	n (18-24 años)	%	n (25-59 años)	%	n (≥60 años)	%
Oct2018	0	0.0	2	15.4	5	8.3	2	6.9
Nov 2018	2	50.0	1	7.7	11	18.3	2	6.9
Dic 2018	2	50.0	0	0.0	3	5.0	3	10.3
En2019	0	0.0	2	15.4	10	16.7	5	17.2
Feb 2019	0	0.0	1	7.7	5	8.3	0	0.0
Mar2019	0	0.0	4	30.8	2	3.3	1	3.4
Ab2019	0	0.0	0	0.0	4	6.7	2	6.9
May2019	0	0.0	2	15.4	2	3.3	4	13.8
Jun2019	0	0.0	0	0.0	2	3.3	3	10.3
Jul2019	0	0.0	0	0.0	4	6.7	2	6.9
Ag2019	0	0.0	0	0.0	4	6.7	1	3.4
Sep2019	0	0.0	0	0.0	4	6.7	2	6.9
Oct2019	0	0.0	1	7.7	4	6.7	2	6.9
TOTAL	4	100.0	13	100.0	60	100.0	29	100.0

5. ¿Cuántos casos de trastorno de pánico por sexo y edad fueron diagnosticados por usted en el periodo octubre 2018 a octubre 2019?

De acuerdo a los resultados obtenidos podemos observar que del total de consultas para el profesional uno, 77 casos fueron trastorno de pánico (TP) y del total de consultas para el profesional dos, hubo 50 casos de TP. En cuanto a la prevalencia según el sexo, ambos profesionales coinciden que el TP es más frecuente en las mujeres. Para el profesional uno, los meses de enero y mayo del 2019 fueron los que más TP presentaron, mientras que para el profesional dos fue el mes de enero del 2019.

Tabla 10

Casos de trastorno de pánico fueron diagnosticados en el periodo octubre 2018 a octubre 2019 según sexo

PERIODO	Profesional Uno						Profesional Dos					
	n	%	H	%	M	%	n	%	H	%	M	%
Oct 2018	7	9.1	3	5.6	4	4.3	3	2.8	2	6.5	1	1.3
Nov 2018	3	3.9	2	3.7	1	1.1	8	7.5	3	9.7	5	6.7
Dic 2018	3	3.9	1	1.9	2	2.2	2	1.9	0	0.0	2	2.7
En 2019	13	16.9	4	7.4	9	9.7	11	10.4	1	3.2	10	13.3
Feb 2019	9	11.7	3	5.6	6	6.5	2	1.9	0	0.0	2	2.7
Mar 2019	4	5.2	2	3.7	2	2.2	3	2.8	2	6.5	1	1.3
Abr2019	4	5.2	3	5.6	1	1.1	4	3.8	2	6.5	2	2.7
May 2019	14	18.2	5	9.3	9	9.7	6	5.7	2	6.5	4	5.3
Jun 2019	3	3.9	0	0.0	3	3.2	2	1.9	0	0.0	2	2.7
Jul 2019	6	7.8	3	5.6	3	3.2	1	0.9	1	3.2	0	0.0
Ag 2019	4	5.2	3	5.6	1	1.1	3	2.8	1	3.2	2	2.7
Sep 2019	3	3.9	1	1.9	2	2.2	1	0.9	0	0.0	1	1.3
Oct 2019	4	5.2	2	3.7	2	2.2	4	3.8	3	9.7	1	1.3
TOTAL	77	100	32	100	45	100	50	100	17	100	33	100

Para el profesional uno, de los 77 casos diagnosticados con TP se logró identificar que el rango de edad que presenta mayor prevalencia del trastorno está entre los 25-59 años. Siendo los meses de noviembre del 2018 y enero del 2019 que presentaron más casos de TP.

Tabla 11

Casos de trastorno de pánico del profesional uno que fueron diagnosticados en el periodo octubre 2018 a octubre 2019 según el grupo etario

PERIODO	Profesional Uno							
	n (12-17 años)	%	n (18-24 años)	%	n (25-59 años)	%	n (≥60 años)	%
Oct2018	0	0.0	2	15.4	5	8.3	2	6.9
Nov 2018	2	50.0	1	7.7	11	18.3	2	6.9
Dic 2018	2	50.0	0	0.0	3	5.0	3	10.3
En2019	0	0.0	2	15.4	10	16.7	5	17.2
Feb 2019	0	0.0	1	7.7	5	8.3	0	0.0
Mar2019	0	0.0	4	30.8	2	3.3	1	3.4
Ab2019	0	0.0	0	0.0	4	6.7	2	6.9
May2019	0	0.0	2	15.4	2	3.3	4	13.8
Jun2019	0	0.0	0	0.0	2	3.3	3	10.3
Jul2019	0	0.0	0	0.0	4	6.7	2	6.9
Ag2019	0	0.0	0	0.0	4	6.7	1	3.4
Sep2019	0	0.0	0	0.0	4	6.7	2	6.9
Oct2019	0	0.0	1	7.7	4	6.7	2	6.9
TOTAL	2	100	6	100	55	100	14	100

Para el profesional número dos, de los 50 casos diagnosticados con TP, el rango de edad donde más se diagnostica el trastorno está entre los 25 y 59 años. Siendo enero del 2019 el mes donde hay mayor cantidad de diagnóstico de TP.

Tabla 12

Casos de trastorno de pánico del profesional dos que fueron diagnosticados en el periodo octubre 2018 a octubre 2019 según el grupo etario

PERIODO	Profesional Dos							
	n (12-17 años)	%	n (18-24 años)	%	n (25-59 años)	%	n (≥60 años)	%
Oct2018	0	0.0%	0	0.0%	3	8.3%	0	0.0%
Nov 2018	0	0.0%	1	14.3%	7	19.4%	0	0.0%
Dic 2018	0	0.0%	0	0.0%	2	5.6%	0	0.0%
En2019	0	0.0%	1	14.3%	9	25.0%	1	3.4%
Feb 2019	0	0.0%	0	0.0%	2	5.6%	0	0.0%
Mar2019	0	0.0%	3	42.9%	0	0.0%	0	0.0%
Ab2019	0	0.0%	0	0.0%	3	8.3%	1	3.4%
May2019	0	0.0%	2	28.6%	2	5.6%	2	6.9%
Jun2019	0	0.0%	0	0.0%	1	2.8%	1	3.4%
Jul2019	0	0.0%	0	0.0%	1	2.8%	0	0.0%
Ag2019	0	0.0%	0	0.0%	2	5.6%	1	3.4%
Sep2019	0	0.0%	0	0.0%	1	2.8%	0	0.0%
Oct2019	0	0.0%	0	0.0%	3	8.3%	1	3.4%
TOTAL	0	0	7	100	36	100	7	100

3.2 Discusión

Esta investigación tiene como propósito determinar la prevalencia de los trastornos de ansiedad (TA) y trastorno de pánico (TP) en dos unidades de salud mental de la ciudad de Portoviejo durante el periodo octubre 2018- octubre 2019.

De acuerdo a los resultados obtenidos en las consultas de los dos profesionales de salud mental durante el periodo de investigación podemos observar una prevalencia de 18.56% (n=792) en el TA para el profesional uno, para el profesional dos fue el 44.72% (n=237) de TA. Según un estudio en México durante el 2010 sobre la prevalencia de ansiedad y depresión, se encontró que la prevalencia de ansiedad fue de un 59.1% (Aguirre et al., 2011) y en otra investigación para determinar la prevalencia del TA en estudiantes del Colegio Técnico de Cuenca-Ecuador durante el año 2013, encontraron que la prevalencia para ansiedad fue de un 20.94% (Palacio & Merchán, 1013).

En cuanto a la frecuencia del TP dentro del TA, para el profesional uno hubo 147 casos (53.38%), mientras que para el profesional dos fueron 50 casos (47.16%), según un estudio llevado a cabo en Estados Unidos con 8.098 sujetos encontró que el 17.2% de la población había padecido un TA en el último año, entre ellos el 2.3% ha tenido un TP (Kessler et al., 2005). Otra investigación sobre la prevalencia de signos y síntomas del trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de Pánico en Nicaragua se encontró que los signos y síntomas más prevalentes en la población de estudio sobre los TA fueron los del trastorno de pánico con un 76% (Amador & Amaya , 2017). Por otra parte, en un estudio realizado en la ciudad de Loja-Ecuador sobre la salud mental se determinó que un 2.2% de los participantes tenían TP (Torres, 2015).

Acerca de la prevalencia según el sexo y edad y su relación con el TA y el TP, ambos profesionales coinciden que son más frecuentes en las mujeres y que el rango de edad que presenta mayor prevalencia del trastorno está entre los 25-59 años. La prevalencia del TA

según el sexo para el profesional uno hubo un total de 63.26% (n=93) mujeres y 36.73% (n=54) hombres, mientras que en el profesional dos hubo 70.75% (n=75) mujeres y 29.24% (n=31) hombres. Y la prevalencia del TP según el sexo en el profesional uno hubo un total de 58.44% (n=45) mujeres y 41.55% (n=32) hombres, así mismo, en el profesional dos fueron el 66% (n=33) de mujeres y 34% (n=17) hombres. Según un estudio del TA en las consultas de la unidad de salud las flores en El Salvador, En cuanto al sexo de los entrevistados el 76% de la población en estudio corresponde al sexo femenino y un 14% son del sexo Masculino (Alfárez, 2011). Así mismo, en un estudio a estudiantes de especialidades médicas en México durante el 2010 sobre la prevalencia de ansiedad y depresión, se encontró que la prevalencia de ansiedad según el sexo fue en hombres y mujeres el 48.5 y 68.4% respectivamente (Aguirre et al., 2011). Con respecto al TP, en un estudio realizado en la ciudad de Loja sobre la salud mental en estudiantes universitarios ecuatorianos se determinó que en el sexo femenino el 2.4% habían desarrollado TP y en el sexo masculino se encontró que un 1.8% había desarrollado TP (Torres, 2015)

En relación al estudio del total de casos según la edad, se encontró que el grupo con mayor impacto en prevalencia del TA fue el grupo etario comprendido desde los 25-59 años, en el profesional uno se encontró el 60.54% (n=89) en este rango de edad, mientras que en el profesional dos el 56.60% (n=60). En relación al TP, también el grupo etario de 25-59 años presentó mayor prevalencia, en el profesional uno se encontró el 71.42% (n=55) casos diagnosticados de TP, mientras que en el profesional dos se diagnosticó al 75% (n=36). Según un estudio del TA en las consultas de la Unidad de Salud las Flores en El Salvador, el 84% de los pacientes estuvieron dentro del rango de las edades 25 y 59 años (Alfárez, 2011). Otro estudio realizado en la ciudad de Guayaquil sobre identificar las causas y factores que predisponen a que se presenten trastornos de ansiedad en mujeres de 20 a 40 años de edad atendidas en el servicio de consulta externa de salud mental en el Hospital Universitario de Guayaquil durante el 2015 se encontró que en las mujeres de

31 a 40 años se presentaron mayor frecuencia los TA (59%) (Burgos & Cevallos , 2015). En cuanto al TP y la edad, en una investigación realizada en la ciudad de Córdoba, Buenos Aires sobre el abordaje del tratamiento del trastorno de pánico en instituciones hospitalarias públicas, sugieren que la edad promedio de pacientes que presentan este tipo de trastorno, oscila entre los 30 y 50 años (88.5%) (Salto, 2004).

Conclusiones

En concreto, la investigación sobre la prevalencia del trastorno de ansiedad (TA) y de pánico (TP) en las dos unidades de salud mental de la ciudad de Portoviejo y de acuerdo con los objetivos planteados en este trabajo se concluye lo siguiente:

La prevalencia del TA reportado en este estudio fue del 18.56% en el profesional uno y del 44.72% en el profesional dos.

El TP es el trastorno de ansiedad más frecuente según la apreciación de ambos profesionales, según el total de todos los casos atendidos durante el periodo de investigación, se determinó una prevalencia del 9.72% en el profesional uno y un 21.09% en el profesional dos de prevalencia de TP.

En relación al sexo, se encontró que tanto el TA como el TP es más frecuente en las mujeres, ambos profesionales determinaron mayores prevalencias en este sexo.

En relación a la prevalencia del TA y TP según la edad se encontró que el grupo con mayor impacto fue el rango comprendido entre los 25-59 años, dato que concuerda para ambos profesionales.

Recomendaciones

Es importante realizar campañas de prevención en la población en general, dadas las altas prevalencias de TA y TP diagnosticadas en centro de atención de salud.

Realizar futuras investigaciones con una muestra más amplia para obtener datos más representativos que puedan ser relacionados con distintas variables sociodemográficas como sexo, grupo etario, condición socioeconómica, etc.

Se recomienda socializar la presente investigación con los centros de atención en salud mental para motivar a futuras investigaciones que beneficien y contribuyan a mejorar la calidad de vida de las personas.

Referencias

- Aguirre et al. (2011). *Prevalencia de la ansiedad y depresión de médicos residentes de especialidades médicas*. Obtenido de <http://fuente.uan.edu.mx/publicaciones/03-08/5.pdf>
- Aldaz, G. (2018). *Niveles de ansiedad y depresión en los miembros de la Comandancia General de la Fuerza Aérea Ecuatoriana en el periodo enero-abril del 2018*. Obtenido de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/16743/1/T-UCE-0007-CPS-047.pdf>
- Alfárez, I. (2011). *Trastornos de ansiedad en la población adulta que consulta la unidad de salud las flores, en el departamento de chalatenango, enero a diciembre 2010*. Obtenido de <https://repositorio.unan.edu.ni/7015/1/t580.pdf>
- American Psychiatric Association [APA]. (2016). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid, España: Médica Panamericana.
- Anxiety and Depression association of America [ADAA]. (27 de abril de 2021). *adaa.org*. Obtenido de <https://adaa.org/understanding-anxiety/panic-disorder>
- Arias, A. C., & Miranda, C. A. (2008). Trastornos mentales más frecuentes: prevalencia y algunos factores sociodemográficos asociados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(4). Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502008000400010
- Aristoteles. (349 a.c). *Ética Nicomaquea III*. En Aristoteles, *Miedo* (pág. 110). Alianza.
- Association, A. P. (5 de septiembre de 2016). Obtenido de https://dsm.psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/Spanish_DSM5Update2016.pdf
- Ayuso, J. L. (1988). *trastorno de angustia*. martinez roca.

- Barlow, D. (1988). *Anxiety and its disorder, the nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford.
- Barlow, Gorman, Shear, & Woods. (2000). *Terapia cognitivo-conductual, imopramina o su combinación para el trastorno de pánico: un ensayo controlado aleatorio*. JAMA, 283(19), 2529.
- Brown, T., Chorpita, R., & Barlow, D. (1998). *Structural relationships among dimensions of the DSM-IV anxiety and mood*. Londres.
- Clark, L., & Watson, D. (1991). *General affective dispositions and their importance in physical and psychological health*. Londres.
- Cloninger, E. (1986). *A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states*. Nueva York.
- Esbec, E., & Echeburúa, E. (2014). *La evaluación de los trastornos de la personalidad según el DSM-5: terapia psicológica*.
- Eysenck, H. (1967). *Biological basis of personality*. Springfield.
- Fernández, I., Jiménez, B., Alfonso, R., Molina, D., & Cruz, J. (2015). *Manual para diagnóstico y tratamiento de trastornos ansiosos*. Medisur.
- Freud, S. (1905). *Tres ensayos para una teoría sexual*.
- Freud, S. (1925). *Amorrotu*. Obtenido de <http://www.bibliopsi.org/docs/freud/20%20-%20Tomo%20XX.pdf>
- Freud, S. (1971). *Freud y el Psicoanálisis*. standar.
- García, F. (2018). *etimologias.dechile.net*. Obtenido de <http://etimologias.dechile.net/>
- Garriga, A. (2009). *Tratamiento cognitivo-conductual grupal del trastorno de pánico con o sin agorafobia en un centro de salud mental público*. *asociacion española de psicología clinica y psicopatología*, 1-15.
- Goodwin et al. (2005). *The epidemiology of panic disorder and agoraphobia in Europe*. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 435-443.

- Gorman J, Kent, J., Sullivan , G., & Coplan , J. (2000). *Neuroanatomical hypothesis of panic disorder, revised*. Boston.
- Gray, J. (1982). *The neuropsychology of anxiety: An enquiry into the junctions of the septo-hippocampal system*. Oxford.
- Grosz, H. y. (1972). *Estudio de ansiedad y lactancia de Pitts y McClure*. British Journal of Psychiatry.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (México). *Metodología de la Investigación*. 2014.
- Hobbes, T. (1651). *Leviatán, o La materia, forma y poder de una república eclesiástica y civil*. En T. Hobbes. Inglaterra: Andrew Crooke.
- Hurtado, J. (2012). *El Proyecto de Investigación*. Caracas.
- INALTUM. (12 de mayo de 2011). Obtenido de <https://inaltum.online/2011/05/12/miedo-y-temor-origenes-linguisticos-etimologicos-e-hipotesis-psico-filosoficas/>
- Instituto Nacional de la Salud Mental. (2009). *Trastornos de Ansiedad*. Obtenido de http://ipsi.uprrp.edu/opp/pdf/materiales/ansiedad_esp.pdf
- IntraMed. (2013). *Trastorno de pánico*. Obtenido de <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=82302>
- Kagan, J. (1994). *Galen's prophecy*. . Nueva York.
- Klein, D. (1964). *Delineation of two drug responsive anxiety syndromes*.
- Lang, P. (1971). *The application of psychophysiological methods to the study of psychotherapy and behaviour modification*. New York: Garfield.
- Lyness, D. (13 de mayo de 2013). *Kids Health*. Obtenido de <https://kidshealth.org/es/teens/anxiety-esp.html>
- M, R. (1959). *The phobic anxiety-despersonalization syndrome*. Royal Society of Medicine.

- medlineplus.com. (19 de 09 de 2017). *Prueba del trastorno de pánico*. Obtenido de <https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/prueba-del-trastorno-de-panico/>
- Morales, J. (15 de 10 de 2018). *¿Qué es un estudio transversal?* Obtenido de <https://www.questionpro.com/blog/es/estudio-transversal/>
- Muñiz, M. (2010). *El estudio de caso: una estrategia de investigación en Psicología Clínica de Orientación Psicoanalítica en Perspectiva de la Psicología Clínica*. Mexico : UASL, UANL.
- Oh, S., Ha, T. H., Kim, H., Lee, H., & Myung, W. (2020). Visitas al departamento de emergencias por ataques de pánico y temperatura ambiente: un análisis de casos cruzados estratificado en el tiempo. *Depresion y ansiedad*, 1099-1107.
- Organización Panamericana de la Salud. (2015). *La salud mental en la Región de las Américas*. Obtenido de https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=la-salud-mental-en-la-region-de-las-americas&lang=es
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes*. Obtenido de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). *INDICADORES DE SALUD: Aspectos conceptuales y operativos (Sección 2)*.
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). La brecha de tratamiento en la región de las Américas. En R. Kohn. Facultad de Medicina Warren Alpert de la Universidad de Brown.
- Ortiz, E. (2020). *moncloa.com*. Obtenido de <https://www.moncloa.com/2020/05/15/curioso-mitologico-sexual-origen-termino-panico/>

- Osma, J. (2018). *Influencia de la personalidad en la clínica del trastorno de pánico con o sin agorafobia* .
- Palacio, P. A., & Merchán, M. A. (1013). *Prevalencia de Trastornos Psicopatológicos en los Estudiantes del Colegio Técnico Nacional Cumbe del Cantón Cuenca*.
Obtenido de
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/5015/1/MED214.pdf>
- Paul Kielholz, K. (1920). *Angustia: aspectos psíquicos y somáticos*. Morata.
- Posada et al. (agosto de 2016).
- Rodríguez, O. (2016). *Detección y tratamiento del trastorno de pánico a través de Internet: El apoyo psicológico como parte de un programa de auto ayuda basado en la terapia cognitivo conductual*. Obtenido de
https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2016/hdl_10803_387328/por1de1.pdf
- Rodríguez-Testal, J. F. (2014). From DSM-IV-TR to DSM-5: Analysis of some changes. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 221-231.
- Sender, B. F. (2016). *PsicoDex*. Obtenido de ¿Qué es la Ansiedad y el miedo?:
<http://www.psiquiatriapsicologia-dexeus.com/es/unidades.cfm/ID/1084/ESP/-es-ansiedad-y-miedo-.htm>
- SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA SUR. (diciembre de 2011). *Protocolo Trastornos de Ansiedad*. Obtenido de https://www.araucaniasur.cl/wp-content/uploads/2016/01/TRASTORNO_DE_ANSIEDAD_EN_EL_ADULTO.pdf
- Star, K. (18 de enero de 2021). *Cómo se diagnostica el trastorno de pánico*. *Verywell Mind*
- Vindel, A. C. (2011). *El trastorno de pánico en atención primaria*. Universidad Complutense de Madrid; Universidad de Valencia ; Universidad de Castilla.
- Vindel, D. A. (1992). *SEAS*. Obtenido de https://webs.ucm.es/info/seas/ta/diag/cie_10.htm
- Westphal. (1871). *EL SERVIER*. Obtenido de
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0887618591900180>

World Health Organization. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10 : clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Médica Panamericana.

World Health Organization. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates*. . Obtenido de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>

Zinbarg, R., & Barlow, D. (1996). *Structure of anxiety and the anxiety disorders: A hierarchical model*. J. Londres.

Apéndice

Apéndice 1

ENCUESTA DE PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE PÁNICO

Profesional de la salud mental N° _____

FECHA:

1. Dentro de los trastornos de ansiedad, a su juicio, ¿cuál de los siguientes es más frecuente?
 - Trastorno de pánico
 - Trastorno de ansiedad generalizada
 - Fobia social
 - Trastorno de estrés postraumático (TEPT)

2. ¿En el último mes cuantos casos de trastorno de pánico recibió en su consulta?

3. ¿Cuál fue el número total de casos atendidos (en general) en su servicio durante el periodo Octubre 2018 a Octubre 2019?

Periodo	Número de casos atendidos
Octubre 2018	
Noviembre 2019	
Diciembre 2019	
Enero 2019	
Febrero 2019	
Marzo 2019	
Abril 2019	
Mayo 2019	
Junio 2019	
Julio 2019	
Agosto 2019	
Septiembre 2019	
Octubre 2019	
TOTAL	

