

11226  
110  
2ij



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
División de Estudios de Postgrado e Investigación  
Instituto de Seguridad Social al Servicio  
de los Trabajadores del Estado

Sede Académica: Clínica de Medicina Familiar  
"Juárez"

"FRECUENCIA DE LOS TRANSTORNOS DE  
ANSIEDAD EN UNA CLINICA DE  
MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE"

TRABAJO DE INVESTIGACION  
Que para obtener el Diploma de:  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

presenta:

DR. NEFTALI RODRIGUEZ VALLE

I. S. S. S. T. E.  
SUBDELEGACION ZONA NORTE



ISSSTE

271564

México, D. F. a 31 de Enero de 1999

CLINICA JUAREZ  
DIRECCION

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

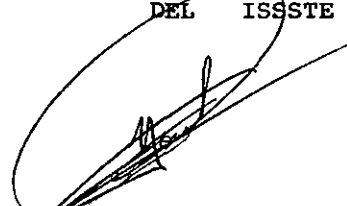
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PARA OBTENER EL  
DIPLOMA DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR


PRESENTA :

DR. NEFTALI RODRIGUEZ VALLE


" FRECUENCIA DE LOS TRANSTORNOS DE ANSIEDAD  
EN UNA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ,  
DEL ISSSTE "



DR. CARLOS MORQUECHO JIMENEZ  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN  
MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN LA  
CLINICA " JUAREZ " DEL ISSSTE



DR. MIGUEL ANGEL HERNANDEZ HERNANDEZ  
ASESOR DE TESIS  
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
U.N.A.M.



DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO  
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACION MEDICA CONTINUA  
Y  
MEDICINA FAMILIAR  
I.S.S.S.T.E.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA :

DR. NEFTALI RODRIGUEZ VALLE

A U T O R I Z A C I O N E S



~~DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
U. N. A. M.~~

DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA  
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO  
DE MEDICINA FAMILIAR  
U. N. A. M.

DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
U. N. A. M.

Dedico y doy gracias a  
DIOS PADRE , con toda mi mente , a  
DIOS HIJO , con todo mi corazón , y a  
DIOS ESPIRITU SANTO , con todo mi espíritu  
por " TODO "

Así Sea

INDICE GENERAL

I. Marco Teórico . . . . .	1
II. Planteamiento del Problema . . . . .	28
III. Justificación . . . . .	28
IV. Objetivos . . . . .	29
V. Metodología . . . . .	29
VI. Resultados . . . . .	31
VII. Discusión . . . . .	41
VIII. Conclusiones . . . . .	42
IX. Referencias Bibliográficas . . . . .	44
X. Anexos . . . . .	47

## I N T R O D U C C I O N :

Se han modificado los conceptos de Neurosis dando entrada a los Transtornos de Ansiedad, una diversidad importante de estados patológicos específicos describen este estado morboso. La Ansiedad es parte de la dimensión ontológica de la especie humana y también puede entenderse como un signo de patología humana. Se dice que vivimos en un periodo ansiogénico en el cual la ansiedad es la enfermedad del siglo. Con una frecuencia epidemiológica importante realza la importancia de este fenómeno en nuestra sociedad, la cual día con día puede contribuir para su desarrollo, por ejemplo a través de los medios de difusión, por un lado transmitiendo noticias sin ningún control de la información emitida, crean en el individuo miedo o sensación de inseguridad y de poco valor a su existencia provocando en algunos individuos ansiedad o angustia; por otro lado la comercialización y el consumismo han llegado a límites extensos, el individuo triunfador es el que más consume y/o más dinero posee, con todo el derroche de lujo y comodidad que es innecesario para vivir, pero que lo coloca en un nivel social determinado; mensajes publicistas que marcan el patrón de que para poder existir hay que consumir, ("primero consumo y después existo"), pueden crear en el individuo sentimientos de frustración o desesperación al no alcanzar los deseos estimados, lo cual puede provocar ansiedad y/o angustia; esto puede a su vez dar origen a violencia y/o agresión que conjuntamente con la ansiedad inicial, difunda más ansiedad en quienes le rodean, creándose una reacción en cadena. El manejo de valores en los medios de difusión han sido cambiados al antojo de los grandes gremios mercantiles, principalmente a través de "modas", estos pueden presentar situaciones u objetos que anteriormente tenían un valor o concepto diferente y posteriormente lo pueden definir aunque sea en apariencia con la misma similitud, esto puede crear en algunos individuos confusión y ser una fuente de ansiedad, todo esto dependerá de las características psico-biológicas del individuo. Auden H. W. al conceptualizar las neurosis las definía como "miedos que conocemos provienen de no conocer". Por lo que es importante enfatizar que el éxito en el tratamiento de la ansiedad dependerá del entendimiento correcto de esta patología.

## I. MARCO TEORICO :

### Antecedentes Históricos :

Los antecedentes de los trastornos de ansiedad se encuentran con el término de neurosis .

El término neurosis lo utilizó en 1772 Cullen, médico de Edinburgo, que señaló condiciones que surgían de una "afección generalizada del sistema nervioso", que en ese momento no parecía ocasionada por una enfermedad localizada, o por un padecimiento febril .El término incluía condiciones como migraña que hoy en día forma parte de la neurología. Utilizado en este sentido, neurosis era sinónimo del término "enfermedad nerviosa funcional", que persistió hasta el decenio de 1930 (1) .

En 1926 Sigmund Freud publica "Inhibiciones , Síntomas y Ansiedad". Freud crea una nueva teoría de la ansiedad que abarca para ambas; una ansiedad real o externa y una ansiedad interna neurótica como respuesta a situaciones peligrosas (2) .

Freud no aceptó el concepto negativo de las neurosis como trastornos de origen desconocido. Como muchos otros médicos de su tiempo, mantuvo que en muchas formas de neurosis tenían causas psicológicas claras . Por consiguiente las llamó psiconeurosis, un agrupamiento que incluía histeria, histeria de ansiedad y neurosis obsesiva. Al principio se excluyeron los trastornos de ansiedad de las psiconeurosis, pero después se agregaron, de manera que el término psiconeurosis se volvió sinónimo de la neurosis .

Como Freud trató de encontrar las causas de las psiconeurosis, concluyó que muchas se originaban en los procesos que determinan también el desarrollo de la personalidad. Esta línea de razonamiento llevó al término "neurosis del carácter" para señalar personalidades que parecían tener orígenes similares a los supuestos para la neurosis, aún cuando la persona podía no tener síntomas neuróticos en ese momento. El término neurosis del carácter es confuso y no se recomienda su uso (3) .

Los psicoanalistas no fueron los únicos médicos en notar una relación clara entre la neurosis y la personalidad. Algunos psiquiatras alemanes, sobre todo Jaspers y Schneider, pensaron en la neurosis como reacciones al estrés que ocurrían en individuos con personalidades anormales. Si se acepta este concepto, no se necesita pensar en las neurosis como entidad separada, solo se requiere descubrir la personalidad de la cual surge la reacción. Este enfoque considera el término "reacción emocional anormal", como sinónimo de neurosis .

En 1983 el sistema estadounidense de clasificación : Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos



Mentales-III (DSM-III) descarta el término neurosis. El motivo de este cambio obedece a que el término neurosis se ha utilizado mucho por los psicoanalistas y, como resultado, algunos lo asocian ahora con teorías psiconalíticas de etiología. Los autores del DSM-III no deseaban adoptar estas teorías etiológicas y, por consiguiente, decidieron abandonar el término neurosis. Por lo tanto la palabra neurosis se puede utilizar en sentido histórico correcto para señalar los trastornos, pero no su etiología (1). Consultores Internacionales en Psiquiatría aprueban la utilización del término "Trastornos de Ansiedad" para referirse a este grupo de patologías, hasta el momento actual (3).

Son varias las barreras que impiden la mejor asistencia de los pacientes que sufren ansiedad. Estas barreras se combinan para reforzarse entre sí y disminuyen la posibilidad de administrar asistencia eficaz a los individuos ansiosos en los centros de asistencia médica. Una barrera común se encuentra en las actitudes que comparten los médicos y los pacientes sobre estas enfermedades. A menudo las personas no están deseosas de hablar de sus preocupaciones emocionales con sus médicos de asistencia primaria, al creer quizá no se trata de problemas médicos legítimos, o niegan de algún modo su existencia. Además, persiste aún el estigma que acompaña a tener un trastorno mental que impide a muchas personas solicitar asistencia (4).

Otra barrera a la mejor asistencia es la pobre educación de los médicos. En muchas escuelas de medicina se recurre aún exclusivamente a las unidades de pacientes internados para la enseñanza de psiquiatría. Esto tiene poca aplicación práctica para la mayoría de los médicos que pasan casi todo su tiempo en centros de asistencia primaria de pacientes externos. Esta mejorando la capacitación psiquiátrica de postgrado en las especialidades de asistencia primaria, pero quedan aún muchos problemas por resolver. Con excepción de algunos de los cursos de "asistencia primaria", la gran mayoría de la enseñanza psiquiátrica que se efectúa en las residencias de medicina interna es por medio de pacientes internados. Esto da como resultado unas cuantas horas nada más en total, de material didáctico sobre trastornos psiquiátricos durante un período de tres años. Las residencias en medicina familiar han sido criticadas también por su poco interés en la capacitación formal para el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos mentales específicos. La educación continua de los médicos que ejercen tienden a omitir o dar poca importancia a los materiales sobre enfermedades psiquiátricas, lo cual refleja quizá la falta de interés por parte de quienes toman estos cursos. A su vez, ésta puede ser producida por la percepción de que los trastornos psiquiátricos son "leves", mal definidos y no accesibles al tratamiento (4).

Otro grupo de barreras existentes a la mejor

asistencia de los pacientes que sufren trastornos psiquiátricos son las impuestas por el sistema de asistencia de Estados Unidos . Con un promedio de 16 minutos por cada consulta ambulatoria, muchos médicos consideran que cuentan con muy poco tiempo para tratar estos problemas .

Los trastornos mentales no se manifiestan a menudo como síndromes aislados en los centros de asistencia médica y la cormobilidad resultante es otra barrera a la buena asistencia. La comorbilidad empaña el diagnóstico; la ansiedad se puede combinar con depresión y/o abuso del alcohol o de otras sustancias (4) .

#### **Ansiedad Normal .Definición :**

La sensación de ansiedad es una experiencia común por casi todos los seres humanos (2) . La ansiedad es una parte inevitable de la vida, casi todo el mundo la experimenta en un momento y otro. La ansiedad ocurre generalmente como una reacción temporal y ocasional al estrés de la vida diaria (5) . Este sentimiento está caracterizado por una difusa, desagradable, vaga sensación de aprensión, a menudo acompañada por síntomas autónomos tales como : dolor de cabeza, transpiración, palpitaciones, opresión en el pecho y moderado malestar general . Una persona ansiosa puede sentir también agitación, sentirse incapaz de sentarse o estar sentada largo tiempo (2) .

La ansiedad es en esencia, una emoción normal con gran importancia adaptativa ; al igual que el dolor quizá no la disfrutemos, pero no podemos sobrevivir sin ella (6) .

#### **Miedo y Ansiedad :**

La ansiedad es un signo de alerta , advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para resolver una amenaza . El miedo es un signo similar de alerta, deberemos diferenciarlo de la ansiedad . El miedo es una respuesta a una amenaza, que es conocida, externa, definida o de origen no contradictorio; la ansiedad es una respuesta o amenaza que son desconocidas , internas , vagas o de origen conflictivo (7) .

#### **Angustia .Definición :**

La angustia puede describirse como una intranquilidad penosa de la mente, como un estado de tensión excesiva que se acompaña de un terror inexpresable, o una sensación de expectación aprensiva. Puede surgir en cualquier situación que constituya una amenaza para la personalidad (7) .

## Transtornos de Ansiedad .Definición :

Cuando la ansiedad se hace tan grave o frecuente que interfiera con la capacidad de funcionamiento del individuo, puede existir un trastorno de ansiedad (5) . Los cuales son definidos como estados anormales con síntomas físicos y mentales de ansiedad como características clínicas principales, y que no son secundarias a enfermedad cerebral orgánica u otro trastorno psiquiátrico (8) ;y pueden obstaculizar las actividades y/o salud general del individuo (2). Los trastornos de ansiedad abarcan probablemente el más diverso grupo de problemas psicopatológicos (9) .

## Epidemiología :

Los trastornos de ansiedad son reportados entre los más prevalentes disturbios psiquiátricos(10). La ansiedad es uno de los problemas más comunes y costosos que ven los médicos de todas las especialidades (4) .

La alta prevalencia de los trastornos de ansiedad y su asociación e incapacidad contribuyen a sus altos costos para la sociedad . En los Estados Unidos en 1990, se estimaron costos directos e indirectos para la sociedad sumando un total de 46.6 billones de dolares o aproximadamente una tercera parte de los costos de los trastornos mentales (11).

Es muy extensa la literatura que comprueba que no es óptimo el reconocimiento de los trastornos mentales en los centros de asistencia médica. En un estudio efectuado en una organización de conservación de salud en los Estados Unidos se observó que solo reconocían 10 % de quienes satisfacían los criterios diagnósticos de investigación de cualquier trastorno mental . Algunos estudios han demostrado que es bajo el reconocimiento de los trastornos específicos de ansiedad, como el trastorno de pánico (4) .

La probabilidad de sufrir la enfermedad durante la vida es del 15 % (5). Se estima que 26.9 millones de personas en Estados Unidos desarrollan el diagnóstico de ansiedad en algún punto de sus vidas (10) . La organización Mundial de Psiquiatría estima que la frecuencia de estos trastornos es entre 4% y 8% al año (5) . El Area de Captación Epidemiológica en los Estados Unidos estableció una prevalencia en un año del 12.6 % para todos los trastornos de ansiedad . Algunos autores reportan una prevalencia global para todos los trastornos de ansiedad en los Estados Unidos de 23.9 % (10).

Múltiples estudios apoyan una prevalencia más alta en mujeres, demostrándose la tasa de síntomas de ansiedad en 11 % y en varones 7 % . Se ha observado una prevalencia elevada en sujetos entre los 25 y 44 años, y menor en mayores de 65 años. Existen tasas más altas en sujetos separados o divor-

ciados en comparación con tasas más bajas en sujetos que viven unión libre o casados. La prevalencia es ligeramente mayor en gente con nivel escolar bajo, y es más frecuente en desempleados, esto es a nivel mundial (12).

La prevalencia de algunos trastornos específicos de ansiedad, en la población en general reportada en el DSM IV se presenta en el cuadro 1.

**Cuadro 1 : Prevalencia de los Trastornos de Ansiedad en la Población en General**

Trastorno de Ansiedad Específico	Global (%)	Anual (%)
Trastorno de Pánico	1.5- 3.5	1-2
Fobia Específica	10.0-11.3	9
Fobia Social	3.0-13.0	-
Trastorno Obsesivo/Compulsivo	2.5	1.5-2.1
Trastorno por Strés Postraumático	1.0-14.0*	-
Trastorno de Ansiedad generalizada	5	3

\* En pacientes de riesgo (por ej., veteranos de guerra, víctimas de erupciones volcánicas o atentados terroristas) pueden encontrarse cifras de prevalencia del 3 al 58 % (3).

Algunos autores reportan en un estudio poblacional determinado una prevalencia global para la Agorafobia con o sin pánico de 2.4 % y para la Fobia Social de 8.2%(10). La prevalencia estimada para los trastornos de ansiedad generalmente declina con la edad (13).

#### Etiología :

La etiología de los trastornos de ansiedad se puede dividir en dos grandes apartados : 1). Teorías Psicológicas y 2). Teorías Biológicas (2).

#### Teorías Psicológicas :

Tres grandes escuelas forman parte de las teorías psicológicas : 1). Psicoanalista, 2). De Comportamiento y 3). Existencial (2).

#### Teoría Psicoanalista :

Freud marca las bases del psicoanálisis .

A continuación se presentan los aspectos más importantes en relación a los trastornos de ansiedad .

Cuando buscamos las causas de las psiconeurosis tenemos que llegar a la conclusión de que los factores emocionales significativos tienen un papel predominante y tal vez, en un sentido amplio, un papel exclusivo. En casi todos los casos el psiconeurótico muestra, desde los primeros años de su vida, rasgos de personalidad con raíz tan profunda en su modo de ser, que algunos psiquiatras las denominan rasgos constitucionales. Es probable, sin embargo, que estos rasgos no sean heredados, sino que se adquieren al comenzar la vida, durante los años impresionables, a través de la estrecha asociación, las transacciones y la dependencia con respecto a diversos miembros de la familia. Casi todos los patrones neuróticos graves dependen básicamente de conflictos y actitudes afectivas que surgieron desde la niñez; en consecuencia, para entender la neurrosis de un paciente hay que hacer el intento de conectar los síntomas presentes con alguna situación infantil que no se resolvió (7) .

No es raro encontrar en la niñez del psiconeurótico se caracterizó por trastornos tales como sonambulismo, gritos durante el sueño, enuresis, trastorno del habla, idiosincrasias con respecto a los alimentos, delirio asociado a ligeras elevaciones en la temperatura, destructividad, excitabilidad emocional, berrinches temperamentales, fobias, compulsiones, timidez, hábito de comerse las uñas y otros aspectos que se consideran como problemas de personalidad y de conducta. Estas manifestaciones deben considerarse como signo de que siempre hubo conflictos específicos y factores situacionales que produjeron angustia y condujeron hacia la aparición de los síntomas o de los rasgos caracterológicos neuróticos (7) .

También hay que estar alerta para percibir la presencia de sentimientos de culpa, de conflictos creados por necesidades inconscientes, de incidentes que en la vida del paciente han tenido gran significado, y de tensiones o causas de estrés recurrentes y acumulativas propias de las dificultades en las reacciones interpersonales y de la vida familiar, incluyendo problemas matrimoniales o sexuales (7) .

También es importante considerar que los factores ambientales inmediatos no siempre son los factores etiológicos fundamentales; más bien hay que considerarlos como causas precipitantes. Acerca de las causas inmediatas que hacen que se desarrolle la psiconeurosis puede decirse que con frecuencia se encuentra en la necesidad de reprimir, distorsionar o desplazar emociones de hostilidad o de rabia, o de impulsos coercitivos de sexualidad o dependencia, ya que en cuanto surgen estos factores se encuentran en conflicto con el orden y la paz de la personalidad del paciente . Estos factores y otros similares, que también suele producir conflicto, crean angustia que es la fuente más común y más importante de los

trastornos psiconeuróticos . La angustia engendrada por un superyó demasiado severo y exigente , pero tal vez estimulada por una situación externa, moviliza las defensas de la personalidad .Si el deseo o el impulso reprimido que provoca la angustia se "convierte" en síntomas funcionales de algún órgano o parte del cuerpo, el cuadro clínico es el de la histeria de conversión. Si la angustia abrumba al individuo y lo dominan, el cuadro clínico es el de la disociación histérica , como en el estupor, la fuga o la amnesia de tipo histérico . En la neurosis de compulsión el paciente controla su angustia por medio de una actividad repetitiva . Dicha actividad o ritual protege al enfermo contra la amenaza de los impulsos reprimidos . En las fobias de angustia se controla desligándola de una idea o situación y, por medio del desplazamiento, asociando el miedo a un objeto o situación específicos que sirven como símbolo (7) .

Las psiconeurosis se diagnostica con mas frecuencia en las mujeres que en los hombres, en parte por el hecho de que en las mujeres se requiere una represión más rígida de las necesidades y de los instintos biológicos básicos , de lo cual resulta que también se requiere en ellas, con mayor frecuencia que en los hombres, la presencia de defensas contra la angustia en forma de síntomas neuróticos (7) .

Los sentimientos de culpa, las situaciones sociales o las relaciones irritantes que forzan la capacidad para adaptarse, y el matrimonio con sus nuevas responsabilidades, son ejemplo de la gran cantidad de factores que pueden contribuir a una neurosis . En una mujer casada, la insatisfacción y la desilusión matrimonial crónica pueden contribuir al desarrollo de las psiconeurosis . Es posible que el marido no haya resultado ser el compañero ideal que ella esperaba , que falten demostraciones de afecto que ella desea, o que el matrimonio no sea el romance prolongado que ella soña que sería. La esposa tal vez niegue sus insatisfacciones, las cuales solo podría reconocer concientemente si en forma franca se enfrentara a sus propios sentimientos. Otras mujeres, interesadas en una carrera profesional o en los negocios, o que dudan en mostrar cualquier signo de interés o cualquier tipo de conducta encaminado hacia el sexo opuesto, actitudes que conducirían hacia el matrimonio, proponen dichas actitudes hasta que lleguen a una edad en las que las oportunidades de casarse ya son raras. La sensación de frustración y de una cierta vacuidad en la vida pueden conducir hacia una reacción neurótica (7) .

En ocasiones una psiconeurosis puede desarrollarse como resultado indirecto de un estrés físico muy prolongado. En tal caso, la larga y tal vez grave enfermedad quizá amenaza la sensación de seguridad del paciente, lo impele a abandonar actividades o intereses a los que siempre adjudico un gran valor , o bien compromete su capacidad de funcionar en su nivel previo . Tales factores pueden estimular un esta-

do de angustia que hasta entonces el paciente había manejado sin dificultad (7) .

La mayoría de las neurosis de los adultos se desarrolla entre los últimos años de la adolescencia y los 35 años de edad, que es el periodo en el que el individuo se enfrenta a los problemas de las adaptaciones y las responsabilidades del adulto, y en el que deben establecerse situaciones sociales, económicas y sexuales satisfactorias. Las frustraciones en estos campos de importancia capital, suele conducir hacia el conflicto y la angustia que solo pueden encararse por medio de mecanismos neuróticos (7) .

Entre los rasgos conspicuos de la conducta neurótica se encuentran disfraces elaborados que incluyen los miedos sin conexión aparente con los hechos de la realidad inmediata, y hacen que la conducta del neurótico sea más o menos comprensible , tanto para el mismo como para los demás .

En algunas reacciones psiconeuróticas , especialmente en los estados de angustia , el enfermo suele temer la existencia de alguna enfermedad física grave, mientras que las causas de los síntomas son de hecho, puramente psicógenas. En tales casos el enfermo habitualmente no acepta el testimonio del psiquiatra respecto a su buena salud física, a menos que el médico haya efectuado ya un examen concienzudo y haya mostrado tal imparcialidad y verdadero interés respecto a la posible existencia de una enfermedad física, que el paciente se ve obligado a aceptar la afirmación del médico acerca de que no existe una base orgánica para explicar sus síntomas . Hay que subrayar, sin embargo que no se debe de hacer un diagnóstico de psiconeurosis solo por la exclusión de factores orgánicos , a menos que en la esfera psicológica se descubren factores positivos suficientemente adecuados para ofrecer una explicación lógica de los síntomas (7) .

Con frecuencia se encontrará que conforme pasa el tiempo, una neurosis se vuelve más compleja y afecta más aspectos de su vida (7) .

#### Teorías de Comportamiento :

Estas teorías proponen que las personas pueden tener respuestas internas de ansiedad, como consecuencia de una imitación de respuestas de ansiedad de sus parientes . Por otra parte el tratamiento es generalmente con la desensibilización por una exposición repetida al estímulo antigénico (2) .

#### Teorías Existenciales :

Las teorías existenciales de la ansiedad pro-

porcionan modelos de trastornos de ansiedad generalizada, en la cual no hay estímulos específicamente identificables para una emoción de ansiedad crónica. El concepto central de la teoría existencial es que en estas personas tienen conciencia de un profundo vacío en sus vidas, estos sentimientos pueden tener una inconformidad profunda de aceptar su inevitable muerte. La ansiedad en estas personas responde a una vasta nulidad de su existencia y su significado. La preocupación existencial se ha incrementado desde el desarrollo de las armas nucleares (2).

### Teorías Biológicas :

Han sido desarrolladas en base a modelos preclínicos y en modelos de animales de ansiedad, el estudio de pacientes en los que factores biológicos fueron determinados. Los resultados se recolectan de acuerdo a bases neurofisiológicas y las acciones psicoterapéuticas de las drogas. Por un lado proponen que cambios en medidas biológicas en pacientes con desordenes de ansiedad reflejan el resultado de conflictos psicológicos; en el polo opuesto proponen que los eventos biológicos preceden a los conflictos psicológicos. Ambas situaciones pueden existir en personas específicas (2).

Las teorías biológicas se basan en : 1). Estimulación del Sistema Nervioso Autónomo, 2). Neurotransmisores, 3.- Cambios Estructurales Cerebrales, 4). Estudios Genéticos, 5). Sustratos Neuroanatómicos.

### Estimulación del Sistema Nervioso Autónomo :

La estimulación del sistema nervioso autónomo causa ciertos síntomas : cardiovasculares (ej. Taquicardia), muscular (ej. dolor de cabeza), gastroenteritis (ej. diarrea), y respiratorio (ej. taquipnea). Estas manifestaciones periféricas de ansiedad son peculiares y, deben correlacionarse con la experiencia subjetiva de ansiedad.

Algunos pacientes con trastorno de ansiedad, especialmente los que presentan trastorno de pánico, exhiben un incremento simpático en el sistema nervioso autónomo, adaptarse lentamente a un estímulo repetido, y a una respuesta excesiva a estímulos moderados (2).

### Neurotransmisores :

Los principales neurotransmisores asociados con la ansiedad en los estudios basados en animales y respuestas a drogas de tratamiento son norepinefrina, serotonina y ácido gama amino butírico (GABA) (2).



## Norepinefrina :

La teoría general explica el rol de la norepinefrina en los trastornos de ansiedad que esta afectada en estos pacientes ; puede tener una mala regulación del sistema adrenérgico que puede ocasionar interrupción de la actividad. Las células corporales del sistema noradrenérgico están primariamente localizadas en el locus cerúleos y sus proyecciones con sus axones a la corteza cerebral , el sistema límbico y la médula espinal (2) .

Experimentos en primates han demostrado que la estimulación del locus cerúleos produce una respuesta de miedo en el animal, y que la extirpación de la misma área inhibe o desaparece la capacidad para una respuesta de miedo en los animales (2) .

## Serotonina :

Es interesante la relación de esta sustancia con los trastornos de ansiedad, fué inicialmente motivada por la observación que los antidepresivos serotoninérgicos tienen efectos terapéuticos con algunos trastornos de ansiedad, por ejemplo , la clorimipramina en trastornos obsesivo-compulsivos. Los efectos de la Bupirona, un tipo de serotoninérgico tipo 1A(5-HT1A) receptor agonista, en el tratamiento de los trastornos de ansiedad también sugieren la posibilidad de asociación entre serotonina y ansiedad . Las células del cuerpo que muestran más neuronas serotoninérgicas son las localizadas en el núcleo de rafe y proyectadas a la corteza cerebral , sistema límbico (especialmente la amígdala y el hipocampo), y el hipotálamo (2) .

## GABA :

El rol del ácido gama amino butírico (GABA) en los trastornos de ansiedad, están fuertemente basados por la indiscutible eficacia de las benzodiazepinas la cual aumenta la actividad del GABA al receptor GABA , en el tratamiento de algunos tipos de ansiedad .

Los antagonistas de las benzodiazepinas, flumazenil, causan frecuentemente severos ataques de pánico en el paciente con trastorno de pánico (2) .

## Cambios Estructurales Cerebrales :

Estudios estructurales , por ejemplo, tomografía computarizada y resonancia magnética , han hallado en oca-

siones un incremento en el tamaño de los ventrículos cerebrales. En un estudio el incremento fué relacionado en los pacientes que habían tomado benzodiazepinas por un largo tiempo. En un estudio de resonancia magnética un defecto en el lóbulo temporal izquierdo fué observado en pacientes con trastorno de pánico . Otros estudios reportan alteraciones en el hemisferio izquierdo pero no en el derecho , sugieren que algún tipo de asimetría puede ser importante en el desarrollo de síntomas de trastornos de ansiedad en pacientes específicos. Estudios funcionales en Imagenología Cerebral, por ejemplo tomografía por emisión de fotón unico y electroencefalografía de pacientes con trastorno de ansiedad han reportado una variedad de anormalidades en la corteza frontal , areas occipital y temporal , el giro hipocampico en un estudio de trastorno de pánico . Una interpretación conservadora de estos datos es que algunos pacientes con trastorno de ansiedad han demostrado patología cerebral funcional , y que la patología puede ser la causa importante para sus síntomas de trastornos de ansiedad (2) .

#### Estudios Genéticos :

Estudios genéticos reportan datos sólidos de un mínimo de componentes genéticos contribuyen al desarrollo de los trastornos de ansiedad . Estudios con gemelos registrados , también fundamentan la hipótesis que los trastornos de ansiedad son parcialmente genéticamente determinados (2).

#### Sustratos Neuroanatomicos :

El locus cerúleos y el núcleo de ráfe se proyectan primariamente al sistema límbico y la corteza cerebral. En combinación con los estudios de imagenología cerebral, estas áreas son foco de muchas hipótesis que consideran son los sustratos neuroanatomicos de los trastornos de ansiedad (2) .

#### Clasificación de los Trastornos de Ansiedad :

El DSM-IV facilita el reconocimiento de los trastornos psiquiátricos y minimiza el tiempo de investigar información psiquiátrica (14) .

En el cuadro 2 se presenta los trastornos específicos de ansiedad .

## Cuadro 2 : Clasificación de los Transtornos de Ansiedad

---

Crisis de Angustia (panic attack)  
Agorafobia  
Transtorno de Angustia (panic disorder) con agorafobia  
Transtorno de Angustia (panic disorder) sin agorafobia  
Agorafobia sin Historia de Transtorno de Angustia  
Fobia Específica  
Fobia Social  
Transtorno Obsesivo/Compulsivo  
Transtorno por Strés Postraumático  
Transtorno por Strés Agudo  
Transtorno de Ansiedad Generalizada  
Transtorno de Ansiedad debido a Enfermedad Médica  
Transtorno de Ansiedad Inducido por Sustancias  
Transtorno de Ansiedad No Especificado

---

### Cuadro Clínico de los Transtornos de Ansiedad :

#### Crisis de Angustia (panic attack) :

Se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente. Durante estas crisis también aparecen síntomas como palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca, sudoración, temblores o sacudidas, sensación de ahogo o falta de aliento, sensación de atragantarse, opresión o malestar torácico, náuseas o molestias abdominales, inestabilidad, mareo o desmayo, desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (sensación de estar separado de uno mismo), miedo a perder el control o volverse loco, miedo a morir, parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo), escalofríos o sofocaciones (3) .

Los transtornos de pánico pueden ser afectados por la comorbilidad como depresión mayor, la dimensión de la personalidad del neuroticismo, edad y el nivel de educación (15) .

#### Agorafobia :

Se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares o situaciones donde es

capar puede ser difícil o embarazosa) , o bien donde sea imposible encontrar ayuda en el caso de que aparezca en ese momento una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia (3) .

#### **Transtorno de Angustia (panic disorder) sin agorafobia :**

Es la presencia de crisis de angustia recidivantes e inesperadas, seguidas de la aparición, durante un periodo como mínimo de un mes, de preocupaciones persistentes por la posibilidad de padecer nuevas crisis de angustia y por sus posibles implicaciones o consecuencias , o bien de un cambio comportamental significativo relacionado con estas crisis (3) .

#### **Transtorno de Angustia con Agorafobia :**

Se caracteriza por crisis de angustia y agorafobia de carácter recidivante e inesperado (3) .

#### **Agorafobia sin Historia de Transtorno de Angustia :**

Las características esenciales de la agorafobia sin historia de transtorno de angustia son similares a los trastornos de angustia con agorafobia, excepto en el hecho de que existe temor a la aparición de síntomas similares a la angustia o crisis con sintomatología limitada incapacitante o extremadamente embarazosa, pero nunca crisis de angustia completas (3) .

#### **Fobia Especifica :**

Se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos temidos provoca casi invariablemente una respuesta inmediata que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional , la persona reconoce que este miedo es excesivo e irracional , lo que suele dar lugar a comportamiento de evitación (3) .

#### **Fobia Social :**

Se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo, el cual reconoce que este temor es excesivo e irracional, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación (3) .

### **Transtorno Obsesivo/Compulsivo :**

La característica esencial del trastorno obsesivo-compulsivo es la presencia de obsesiones o compulsiones de carácter recurrente, lo suficientemente graves como para provocar pérdidas de tiempo significativo. Las obsesiones se definen como ideas, pensamientos, impulsos, imágenes de carácter persistente que el individuo considera intrusas e inapropiadas y que provoca una ansiedad o malestar significativos. Las compulsiones se definen como comportamientos, o actos mentales de carácter recurrente, cuyo propósito es prevenir o aliviar la ansiedad o el malestar, pero no proporciona placer o gratificación (3).

### **Transtorno por Estrés Postraumático :**

Se caracteriza por la reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debidos al aumento de la activación y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback). El individuo realiza esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma, también puede presentar reducción del interés o la participación en actividades significativas, sensación de desapego frente a los demás, restricción de la vida afectiva, sensación de futuro desolador, irritabilidad o ataques de ira, dificultades para concentrarse, hipervigilancia y respuestas exageradas de sobresalto (3).

### **Transtorno por Strés Agudo :**

Se caracteriza por síntomas parecidos al trastorno por estrés postraumático que aparecen inmediatamente después de un acontecimiento altamente traumático. El individuo puede presentar tres o más de los siguientes síntomas disociativos: sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional, reducción del reconocimiento de su entorno, derealización, despersonalización y amnesia disociativa. El acontecimiento traumático es reexperimentado al menos en una de estas formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de flashback recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia, y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático (3).

### **Transtorno de Ansiedad Generalizada :**

Se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupación persistente durante al menos 6 meses .Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación . Se puede asociar tres o más síntomas tales como inquietud o impaciencia, fatigabilidad fácil , dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño (no reparador y/o dificultad para conciliar o mantener) (3) .

### **Transtorno de Ansiedad debido a Enfermedad Médica :**

Se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente (3) .

### **Transtorno de Ansiedad Inducido por Sustancias :**

Se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga, fármaco o tóxico . Puede ser de inicio durante la intoxicación o durante la abstinencia . El individuo puede presentar ansiedad, angustia, obsesiones y/o compulsiones (3) .

En la población en general son muy frecuentes los trastornos de ansiedad por consumo de sustancias . Cuando se valoran enfermos que presenten síntomas de ansiedad , el médico debe determinar primero si el sujeto consume alcohol y, si la respuesta es afirmativa , el grado en que lo hace . El abuso de drogas es un trastorno crónico recurrente; a menudo la abstinencia total de una sustancia es temporal (16).

### **Transtorno de Ansiedad No Especificado :**

Se ha incluido en esta sección con el objetivo de poder acoger aquellos trastornos que se caracterizan por evitación fóbica prominentes, que no reúnen los criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad específicos ya mencionados (o bien síntomas de ansiedad sobre los que se dispone de una información inadecuada o contradictoria ) (1) .

## **Imagen Externa del Paciente con algún Transtorno de Ansiedad:**

La apariencia de una persona con algún trastorno de ansiedad : su cara se ve cansada, con la frente arrugada ; su postura es tensa ; se muestra inquieto o agitado y con frecuencia tembloroso . Su piel se vé pálida, y la sudoración es frecuente , en especial en manos, piel y axilas. La facilidad para el llanto, que al principio puede sugerir depresión, refleja un estado general aprensivo . Los pacientes se quejan a menudo de mala memoria cuando sufren en realidad los efectos de incapacidad para concentrarse . Pueden presentarse trastornos en el sueño , a menudo se informa de sueños desagradables (8) .

## **Comorbilidad : Transtornos de Ansiedad y Depresión :**

Es manifiesto que los síntomas de ansiedad generalizada y pánico coexisten a menudo con los de depresión y que , cuando se examina la evolución longitudinal de estos trastornos, surge una relación particularmente poderosa entre pánico y depresión . Los estudios que valoran la aparición de ansiedad y depresión durante toda la vida brindan pruebas claras tanto de manifestación concomitante como de separación temporal (17) .

## **Diagnóstico :**

Las pautas de entrevista médico-paciente son primariamente diagnósticas (18) . El médico de cabecera debe saber cómo se reconocen, tratan o remiten los pacientes con trastornos de ansiedad. El médico de atención primaria ve por lo menos un paciente al día con algún trastorno de ansiedad de ansiedad (19) .

## **Seis pasos en el diagnóstico de los trastornos de ansiedad : (Organización Mundial de Psiquiatría) .**

- Paso 1 :** Escuchar descripción que hace el paciente del patrón de quejas .
- Paso 2 :** Interrogar : Si el patrón de quejas es consistente con un trastorno de ansiedad, interrogar sobre la presencia de otros síntomas comunes de ansiedad. Buscar grupos de síntomas .
- Paso 3 :** Evaluar : El aspecto y comportamiento del paciente , el humor y el afecto, el flujo y el contenido del habla, el contenido del pensamiento y la función intelectual, la percepción de la enfermedad, el juicio y el grado de incapacidad y adaptación social .

- Paso 4 : Explorar : Hacer una exploración física para buscar otros trastornos e identificar problemas médicos coexistentes. La exploración física tranquiliza al paciente al comprobar que sus preocupaciones son tomadas en serio . Realizar las pruebas de laboratorio indicadas para el patrón de quejas y preocupaciones del paciente, y para los hallazgos físicos .
- Paso 5 : Informar : Si existen síntomas de ansiedad, informar al paciente de la posibilidad de un trastorno de ansiedad y explorar las atribuciones y creencias del sujeto .
- Paso 6 : Aclarar : Buscar evidencia de un trastorno asociado que pueda presentarse con ansiedad o de procesos asociados (alcoholismo, abuso de sustancias, depresión, etc.). Revisar todos los hechos y establecer un diagnóstico específico . (19) .

#### Crterios Psicológicos para Valoración de la Ansiedad :

Se han creado numerosas escalas de calificación psiquiátrica y entrevistas estructuradas para evaluar a los pacientes con trastornos mentales (18) .

En 1982, una muestra de psicólogos identificó entre otras , tres pruebas que son más potencialmente útiles para el diagnóstico de los trastornos de ansiedad : El Inventario Minesota Multifásico de Personalidad (MMPI) ; la Técnica de Manchas de Rorschach y la Prueba de Apercepción Temática (TAT) (20) .

El MMPI contiene 566 afirmaciones de autorreferencia que la persona responde calificando como verdaderos o falsos . Las respuestas se resumen mediante escalas de "validez" que miden grupos de respuestas captadas por la prueba y relacionadas con actitud defensiva y 10 escalas "clínicas". La escala 7 del MMPI, llamada originalmente psicastenia , parece ser un medio sensible de la ansiedad y un indicador primario del MMPI de la tensión ansiosa . Contiene 48 entradas que reflejan ansiedad y miedo , la confianza en sí mismo y el amor propio, la sensibilidad excesiva , el mal humor y la ineficiencia en general (20) .

La Técnica de Manchas de Rorschach : se les llama de proyección, o "proyectivos" , por que se espera que los sujetos proyecten aspectos de su vida intrapsíquica cuando reaccionan a los estímulos ambiguos de la prueba. En el procedimiento de Rorschach el psicólogo presenta al paciente una serie de diez manchas de tinta bajo condiciones estandarizadas , para percatarse de lo que percibe en ellas . Con respecto al diagnóstico de los trastornos de ansiedad, la prueba de Rorschach tiene utilidad para identificar la ansiedad como síntoma o atributo personal (20) .



Prueba de Apercepción Temática : en esta evaluación el clínico presenta al paciente una serie de diez o más fotografías o imágenes en blanco y negro y le pide que cuente un relato breve de lo que pasa en cada una de ellas. El contenido temático puede revelar información valiosa para el diagnóstico (20) .

En resumen el conjunto de las pruebas efectuadas durante la valoración psicológica sistemática tiene utilidad para identificar la ansiedad como síntoma. Estas pruebas brindan información útil para estrechar las posibilidades diagnósticas al confirmar o descartar la alteración de los procesos del pensamiento . Se puede fomentar la planeación del tratamiento al describir los aspectos de conflicto intrapsíquico e interpersonal, lo mismo que los de fortaleza personal. Al recurrir a la valoración psicológica estandarizada, se facilita y orienta el proceso diagnóstico diferencial (20) .

Existen otras pruebas llamadas de autoinforme o autovaloración ,han sido utilizadas con bastante frecuencia . Ofrecen las ventajas de solidez psicométrica como una medición firme, digna de confianza y fácil de efectuar para compararlas puntuaciones entre las personas . Sin embargo algunos investigadores ,refieren que este tipo de escalas miden lo que se quiere que midan , por lo que se concluye que estas pruebas pueden ser mejores con finalidad descriptiva que de tipo diagnóstico (20) .

#### Diagnóstico Diferencial :

Una vez que se ha establecido la presencia de ansiedad, el médico debe intentar descartar una causa orgánica de la misma. Los trastornos médicos y los fármacos de los que se sabe que pueden asociarse con ansiedad se presentan en el cuadro 3 . La disfunción tiroidea y los trastornos cardíacos son los trastornos más frecuentes que hay que descartar . La historia médica del paciente, así como la exploración física, ayudaran al médico en esta tarea (21) .

Cuadro 3 : Enfermedades médicas y fármacos y drogas asociados con ansiedad (21)

ENFERMEDADES	MEDICAS
Alteraciones electrolíticas	Hiperparatiroidismo
Anemia	Hipertiroidismo
Angina de Pecho	Hipoglicemia
Arritmias Cardíacas	Hipotiroidismo
Asma	Insulinoma
Carcinoide	Masa
Cushing, síndrome de	Menopáusicos, síntomas
Edema Pulmonar	Miocardiópatías
Embolia Pulmonar	Neumotórax
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	Porfiria
Epilepsia del lóbulo temporal	Prolapso de la válvula mitral
Feocromocitoma	Vértigo

DROGAS Y FARMACOS	
Adrenalina (epinefrina)	Efedrina
Alcohol	Fenilefrina
Alucinógenos	Glucocorticoides
Aminofilina	Glutamato monosódico
Anfetamina	Lidocaína
Anticolinérgicos	Metilfenidato
Antihipertensivos	Metrizamida
Antihistamínicos	Pentazocina
Antituberculosos	Pseudoefedrina
Bromocriptina	Salicilatos
Cafeína	Sedantes (abstinencia)
Cocaína	Teofilina
Digital (toxicidad)	Tiroides , hormonas

## Tratamiento de los Transtornos de Ansiedad :

El tratamiento de los trastornos de ansiedad se puede dividir en tres apartados : 1. No Farmacológico , 2. Farmacológico, y 3. Terapia Combinada .

### Tratamiento No Farmacológico :

Se puede dividir en dos grupos : 1. Métodos educacionales y 2). Psicoterapia .

#### Métodos Educativos :

Estos métodos tienen importancia especial para los pacientes con ansiedad. Al principio del tratamiento, el médico debe explicar el trastorno al paciente y enseñarle medidas que puede poner en práctica para controlar los síntomas. Es útil informar al paciente de que sus síntomas encajan en patrones reconocidos, que otras muchas personas comparten sus síntomas (22) . El paciente se siente tranquilizado al comprobar que el médico le comprende, explica los síntomas y le proporciona diversos métodos para hacer frente, disminuir o aliviar su sufrimiento. La información valida la enfermedad , a ojos del paciente ; esto es terapéutico en sí mismo (22) .

El médico debe revisar el estilo de vida del paciente y recomendar prácticas para aliviar el estrés vital . Las recomendaciones beneficiosas incluyen buenos hábitos de comida, bebida, ejercicio adecuado y descanso suficiente . El exceso en las bebidas alcohólicas contribuye frecuentemente al trastorno emocional y la disfunción social . La cafeína presente en el café y en los refrescos empeora la ansiedad (y precipita las crisis de angustia), al igual que sucedió con la nicotina del tabaco (22) .

#### Psicoterapia :

En la reunión de 1980 del National Institute of Mental Health sobre trastornos de ansiedad se llegó a un consenso entre 20 investigadores principales sobre el estado actual de los criterios psicoterapéuticos . En su informe, esta reunión concluyó que los tratamientos de exposición producen la mejoría más sostenida en los trastornos obsesivo-compulsivos, y en los trastornos de ansiedad y fóbicos. En un programa de tratamiento de exposición se produce contacto con una situación que provoca ansiedad . De los sujetos fóbicos clínicos que terminaron el tratamiento 65 a 75 % manifestó mejoría sustancial y clínicamente importante .

En la actualidad se considera que la exposición es el elemento más eficaz común de tratamiento de la con

ducta de los trastornos de ansiedad, aunque no es claro su mecanismo de acción (20) .

#### Tratamiento Farmacológico :

Se puede dividir en cinco grupos : 1). Antidepresivos, 2). Benzodiacepinas, 3). Betabloqueadores, 4). Agonistas de los receptores de 5-Hidroxitriptamina, y 5). Inhibidores del transportador de 5-Hidroxitriptamina (24) .

#### Antidepresivos :

Son medicamentos de elección en los trastornos de ansiedad ; de este grupo el más utilizado es la imipramina (12) .

Los principales efectos de los antidepresivos (triciclicos e inhibidores de la MAO), en la función del sistema nervioso autónomo parecen resultar de la inhibición del transporte de noradrenalina hacia las terminaciones nerviosas adrenérgicas , y de antagonismo de las reacciones muscarínicas colinérgicas y alfa 1-adrenérgicas a los neurotransmisores autonómicos (25) .

La clasificación de los antidepresivos así como sus límites posológicos son presentados en el cuadro 4 .

**Cuadro 4 : Fármacos Antidepresores**

Nombre genérico	Nombre Comercial en EEUU	Límites posológicos* (mg/día)
<b>Triciclicos</b>		
Amitriptilina	Elavil	150-300
Desipramina	Norpramin	150-300
Imipramina	Tofranil	150-300
<b>Tetraciclicos</b>		
Amoxapina	Asensin	150-450
<b>Heterociclicos</b>		
Fluoxetina	Prozac	20-80
Trazodona	Desyrel	150-600
<b>Inhibidores de la monoaminoxidasa</b>		
Fenelcina	Nardil	45-90

\* Estos límites posológicos son aproximados. Algunos pacientes reaccionaran a dosis más o menos bajas ; otros pueden requerir dosis francamente superiores .

En un único estudio en el que se comparó un antidepresor tricíclico (imipramina) con una benzodiacepina (clordiacepóxido) y un placebo en pacientes con un trastorno generalizado de ansiedad , seleccionados por no tener depresión o trastorno de pánico , puso de manifiesto que la imipramina era superior al clordiacepóxido a la cuarta semana de la prueba . Por tanto , parece claro que cualquier fármaco que actúa sobre la depresión lo hará sobre la ansiedad (24).

La dosis recomendada de imipramina es de 100 a 200 mg/día , por seis a ocho semanas .El efecto terapéutico no es inmediato , se inicia hasta dos o tres semanas después. En algunos casos,el antidepresor debe de administrarse por seis meses a un año y excepcionalmente ha de prolongarse el tratamiento para evitar recaídas (12) .

### **Benzodiacepinas :**

Sintetizadas por primera vez en 1933 (26) . Las benzodiacepinas han sido los fármacos más comunes administrados durante los últimos 15 años para tratar la mayor parte de los trastornos de ansiedad (25) .

Según directrices Internacionales las benzodiacepinas (BZD) pueden ser prescritas por periodos cortos unicamente , por los grandes problemas asociados con esta clase de drogas con el uso a largo plazo .Debilitamiento de la memoria , disminución de la ejecución psicomotora y dependencia son efectos adversos comunmente reportados (27) .

Las BZD se unen específicamente , atravesando la barrera hematoencefálica, a sitios sobre el complejo, estructuras heteroméricas proteínicas que comprenden receptores al GABA en el cerebro . Un continuo de uniones ligables para el receptor de BZD , desde agonistas que incrementan la actividad ergica del GABA en este complejo . Sobre las bases de las potentes acciones ansiolíticas de la medicación de las BZD, la capacidad para invertir la producción de ansiedad se verá en animales y en humanos, y la responsabilidad de varios componentes del sistema GABA-BZD para el estrés fisiológico y emocional, sugieren que los estados de ansiedad y miedo pueden estar asociados con alteraciones en el funcionamiento de este sistema . Un pequeño número de estudios de pacientes con trastorno de pánico sugieren que hay alteraciones en el funcionamiento del complejo receptor (28) .

En el cuadro 5 se presenta la clasificación de las BZD y sus límites posológicos .

El principal papel que juegan las BZD en el tratamiento de la angustia radica en aliviar la ansiedad anticipatoria que habitualmente acompaña a los trastornos de an-

siedad, han mostrado eficacia para el control de las crisis con un efecto casi inmediato. El uso prolongado de las BZD puede producir dependencia fisiológica y la suspensión brusca del tratamiento puede originar síntomas de rebote, recurrencia de la ansiedad o síndrome de supresión (12).

**Cuadro 5 : Benzodiacepinas utilizadas en el tratamiento farmacológico de los Transtornos de Ansiedad**

Nombre genérico	Nombre Comercial en EEUU	Límites posológicos* (mg/día)
-----------------	--------------------------	-------------------------------

**Sedantes Hipnóticos :**

**Benzodiacepinas de acción prolongada**

Diacepam	Valium	5-40
Clordiacepóxido	Librium	15-75
Clonacepam	Klonipin	1- 4
Cloracepato	Tranxene	15-60

**Benzodiacepinas de acción breve**

Lorazepam	Ativan	1- 6
Oxacepam	Serax	45-120
Alprazolam	Xanax	1- 4

\* Estos límites posológicos son aproximados. Algunos pacientes reaccionarán a dosis más o menos bajas (incluso menores que las señaladas); habrá pocos enfermos que requieran dosis más elevadas (24).

**Bloqueadores Beta :**

Se han estudiado desde hace años los agentes de bloqueo beta-adrenérgico para el tratamiento de los trastornos de ansiedad. Disminuyen el temblor, la frecuencia cardíaca y, por tanto, son útiles en los pacientes en quienes la ansiedad se manifiesta como temblores y palpitaciones (24).

Se ha informado que el propranolol produce cierta alteración de la memoria en los sujetos ansiosos y también, deterioro del tiempo de reacción compleja. Los bloqueadores beta varían entre los menos lipófilos, como el atenolol (Tenormin), que produce menos efectos colaterales sobre el sistema nervioso central como sedación, sueños vívidos y

probablemente depresión mayor, hasta los agentes más lipófilos como el propanolol, que se inclina en mayor grado a producirlos. Los bloqueadores beta tienen la ventaja de prestarse menos al abuso y a la dependencia que las BZD, y por lo general se tolera bien a las dosis requeridas. Al principio deben tomarse 10 mgs. de propanolol o su equivalente, entre 30 minutos y una hora antes del acontecimiento productor de estrés o hasta cuatro veces al día (29).

Los bloqueadores beta están contraindicados en pacientes asmáticos, en la neumopatía obstructiva crónica y en el síndrome de Raynaud. Además puede obstaculizar los síntomas subjetivos de la hipoglicemia en los diabéticos dependientes de insulina (24).

#### Agonistas de los Receptores de 5-Hidroxitriptamina :

Los agonistas de los receptores de 5-Hidroxitriptamina (5-HT) han ayudado a aclarar la función de este receptor en el encéfalo, y han dado por resultado una nueva clase de medicamentos contra la ansiedad que incluyen Buspirona, Gepirona e Ipsaperona (30).

La buspirona no comparte aspecto alguno con las BZD ni con los hipnóticos. No produce sedación notable, no obstaculiza el funcionamiento psicomotor, pero puede causar sensación de cabeza hueca y síntomas gastrointestinales. Su dosis es de 5 a 10 mgs. cada 8 hrs. vía oral, es tan eficaz como el diazepam en el trastorno generalizado de ansiedad (24).

#### Inhibidores del Transportador de 5-Hidroxitriptamina :

En este grupo de fármacos se incluyen la Fluoxetina, Sertralina, Fluvoxamina, Paroxetina y la Venlafaxina, con acción principal en inhibir la recaptación de serotonina en inhibir la recaptación de serotonina (25).

Frente a la creencia anterior de que los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina pueden agravar los síntomas ansiosos en los pacientes deprimidos, algunos datos sugieren que estos fármacos tienen una actividad ansiolítica intrínseca. El papel ansiolítico de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), pudiera estar relacionado con su capacidad para desensibilizar al receptor 5HT<sub>2</sub>, que algunos han encontrado hipersensibilizado en los síndromes de ansiedad crónicos. Ello proporciona una posible explicación (31).

Las dosis ordinaria es la siguiente : Fluoxetina : 20 a 40 mgs/día . Sertralina : 100 a 150 mg/día. Fluvoxamina : 100 - 200 mg/día . Paroxetina : 20-40 mg/día . Venlafaxina 75 - 225 mg/día (25).

## Terapia Combinada :

El uso concurrente de la BZD y psicoterapia para el trastorno del pánico es prevalente , pero altamente controversial en la práctica .

Es punto de crítica los efectos adversos de las BZD ; sin embargo las BZD mejoran la terapia conductual cognocitiva, además un beneficio potencial de la combinación de BZD con la terapia conductual cognitiva es la reducción de los ataques de pánico , especialmente cuando la terapia conductual cognocitiva involucra situaciones de exposición en vivo .

Otras combinaciones que también establecen algunos estudios son : psicoterapia + antidepresivos , y psicoterapia + antidepresivos + BZD (32) .

## Consultas y Envios Psiquiátricos :

Los médicos de asistencia primaria prestan sus servicios a un gran número de pacientes con diagnósticos psiquiátricos y prescriben tratamiento a una proporción de 50 a 60 % de los enfermos que sufren estos trastornos .

La consulta es el acto por medio del cual un médico solicita la opinión de otro, en tanto que el envío es la transferencia de la responsabilidad a otro médico para que asista un problema específico .

Las proporciones de consulta y envío varían mucho según la especialidad del médico que envía a sus pacientes . Los profesionales con capacitación general muy amplia (médicos familiares y otros de asistencia primaria de la salud) son más propensos a solicitar consultas que a enviar a sus enfermos , en tanto que los individuos muy especializados recurrirán con mayor frecuencia al envío. Son claros los motivos. Los médicos de asistencia primaria se encuentran capacitados para brindar cuidados a diversos problemas médicos y psicosociales . Quizá requieran consejo para los problemas complejos y confusos o graves , pero suele interesarse por proseguir la asistencia de sus pacientes una vez que ha obtenido las consultas solicitadas. Los especialistas pueden encargarse de brindar gran parte de los cuidados necesarios a los problemas propios de la especialidad , pero quizá se sientan menos preparados para afrontar los que no corresponden a ésta y, por tanto, se inclinan más por el envío que por solicitar simples consultas (33) .

Los médicos de asistencia primaria solicitan consulta (interconsulta) por los psiquiatras por los siguientes motivos: solicitud del paciente, diagnóstico no claro, de planes de tratamiento sin buenos resultados y situaciones de urgencias (33) .



Los trastornos de ansiedad infantil y del adolescente forman parte de un campo relativamente nuevo en la investigación médica , a continuación se presenta una breve descripción de estos trastornos .

#### Trastornos de Ansiedad en la Infancia y en la Adolescencia :

Antes de 1980, los trastornos de ansiedad durante la infancia estaban relativamente ignorados en términos de investigación científica. Una de las razones para todo esto fué que el miedo y la preocupación durante la infancia eran consideradas transitorias y naturales y no constituían de importancia para la investigación .

Bernstein y Bocharad en 1991, reconocen a los trastornos de ansiedad como los desórdenes más prevalentes en la infancia . De esta manera, estudios retrospectivos de niños y adultos sugieren que la ansiedad infantil puede persistir por muchos años y llevará ventaja para desarrollar otros trastornos psiquiátricos a través del tiempo (34) . Una alta incidencia de "algún trastorno de ansiedad" ha sido observado en los niños de parientes con trastorno de pánico y agorafobia (35) .

Recientes estudios han establecido el riesgo incrementado para el trastorno de ansiedad y déficit de atención e hiperactividad para el adulto pariente relacionado con el niño con déficit de atención e hiperactividad . Investigaciones previas sugieren más prevalente el trastorno de ansiedad en familias con infantes con déficit en la atención e hiperactividad que en familias de control normal (36) .

Los trastornos de ansiedad durante la adolescencia confiere un potente factor de riesgo para los trastornos de ansiedad y depresivos recurrentes durante la etapa adulta . Gran parte de los trastornos de ansiedad en adultos jóvenes pueden ser precedidos por ansiedad en el adolescente (37) .

## II. Planteamiento del Problema :

¿Cual es la frecuencia de los Transtornos de Ansiedad del lro. de Marzo de 1996 al 28 de Febrero de 1997 , en el consultorio 11 de la Clínica de Medicina Familiar "Juárez" , del ISSSTE ?

La Clínica Juárez del ISSSTE, es una Unidad de Medicina Familiar en la que se reconoce a la neurosis como motivo de asistencia a la consulta familiar , y no existe en esta clínica un estudio referente a este problema de salud , es de suma importancia reconocer dentro de la población que se atiende al padecimiento psiquiátrico mas frecuente .

## III. Justificación :

Recientes estudios epidemiológicos han mostrado que la mayor parte de las enfermedades mentales son vistas exclusivamente en la medicina de atención primaria . Los transtornos de ansiedad han sido ignorados por los médicos de atención primaria , por tratarse tal vez de padecimientos psiquiátricos . Presentar las variantes específicas de estos transtornos para su reconocimiento y manejo es una parte interesante en este estudio .

El conocimiento preciso por parte del médico facilita el manejo y la prevención de los transtornos de ansiedad . El médico familiar puede guiar al paciente a reconocer su estado morbooso , ayudar para que lo acepte y comprenda , con el objetivo de evitar posibles complicaciones , como mayor deterioro mental , con las consecuentes complicaciones en sus áreas de desempeño físico , laboral , social y de calidad de vida .

Este estudio puede contribuir con el ISSSTE para mejorar la atención a este grupo de pacientes , pero no solo en la fase de tratamiento farmacológico , al prescribir un determinado medicamento , sino al reconocer por su diagnóstico a un paciente determinado , definirle bajo conceptos correctos su enfermedad para que este mismo entienda y reflexione sobre las circunstancias y emociones conflictivas que pueden enriquecer esta serie de transtornos .De este procedimiento se puede obtener una disminución de la demanda de atención medica por supuestas patologías orgánicas , las cuales supone muy frecuentemente el paciente portador de un transtorno de ansiedad .

Este conjunto de trastornos pueden atacar el núcleo familiar, creando situaciones disfuncionales por la agresividad, inestabilidad, inseguridad y desadaptación que se puede generar en sus miembros, brindando un manejo adecuado a esta patología se puede prevenir la disfunción y/o disgregación familiar, punto central en los objetivos del médico de familia.

Es posible que se realice este estudio en esta Clínica ya que presenta las condiciones necesarias y las autorizaciones debidas para llevarlo a cabo.

#### IV. Objetivos :

##### Objetivo General :

Conocer la frecuencia de los trastornos de ansiedad del lro. de Marzo de 1996 al 28 de Febrero de 1997, del consultorio 11 de la Clínica Juárez del ISSSTE.

##### Objetivos Especificos :

1. Precisar el número total de pacientes con Trastornos de Ansiedad del lro. de marzo de 1996 al 28 de febrero de 1997 del consultorio 11 de la Clínica Juárez.
2. Delimitar la mayor frecuencia de acuerdo a la división por grupos etáreos.
3. Determinar que sexo es el más afectado.
4. Agrupar los diagnósticos de trastorno de ansiedad, de acuerdo al reporte realizado en el expediente.

#### V. Metodología :

##### Tipo de Estudio :

Descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal.

##### Población, lugar y tiempo :

La población usuaria de la Clínica Juárez del ISSSTE, es de 14,000 derechohabientes, de los cuales

1 470 pertenecen al consultorio 11 , al momento del estudio .

La Clínica "Juárez" del ISSSTE se localiza en la calle de Jalapa # 256 en la Colonia Roma, de la Delegación Política Cuauhtémoc , Distrito Federal .

Tiempo de estudio : Del 1ro. de marzo de 1996 al 28 de febrero de 1997 .

**Criterios de Inclusión :**

- Expedientes de pacientes derechohabientes del consultorio 11 de la Clínica Juárez del ISSSTE .
- Que tengan el diagnóstico de algún trastorno de ansiedad específico o equivalente como : neurosis, fobias, o crisis conversivas .
- De cualquier edad y sexo .

**Criterios de Exclusión :**

- Expedientes que no pertenezcan a el consultorio 11 de la Clínica Juárez .
- Expedientes con otros trastornos psiquiátricos : Esquizofrenia , Psicosis , etc . ;exceptuando a la Depresión por su alta comorbilidad con esta .

**Criterios de Eliminación :**

- Expedientes de pacientes que presenten el diagnóstico de trastorno de ansiedad secundario a enfermedad cerebral organica o proceso metabólico agudo .
- Expedientes incompletos al momento de la revisión .

**Variables a Recolectar :**

- Variables Cualitativas : Trastornos de Ansiedad  
Neurosis  
Fobias  
Crisis Conversiva  
Crisis de Angustia

Variables Cuantitativas : Edad en años

## Procedimiento para Captar la Información :

Se solicita la autorización al C. Director de la Clínica Juárez del ISSSTE, para la revisión de expedientes en el archivo de la Unidad .

El personal de archivo proporciona los expedientes clínicos del consultorio 11 .

Se revisa expediente por expediente chequeando el diagnóstico en estudio y el periodo definido . Con los expedientes con registro de diagnóstico de algún trastorno de ansiedad , se forma un bloque y se trabaja la cédula de recolección de datos , la cual es llenada con la información requerida .

La cédula de recolección de datos es un formato sencillo en el cual se anota el número de expediente, con el fin de garantizar que la información ahí vertida es real ; también se recolectan datos tales como sexo y edad del paciente , en el último apartado se registra el diagnóstico específico del trastorno de ansiedad .

La información se concentra mediante los siguientes parámetros estadísticos : media ( $\bar{X}$ ) , porcentaje (%), mediana (Md) y rango .

Los resultados se presentan en cuadros de contingencia por grupos etáreos y se utilizan gráficas con histograma y polígono de frecuencia .

## Consideraciones Éticas :

Según la Declaración de Helsinki de Derechos Humanos no se está comprometiendo la vida de los pacientes , ya que se estudian expedientes .

No es necesario especificar implicaciones y medidas de bioseguridad , es un estudio descriptivo donde no se realizan estudios invasivos, ni actividades que afecten el estado bio-psíquico de los pacientes en estudio .

## VI. Resultados :

En el presente estudio se explora la población total del consultorio 11 de la Clínica Juárez, se revisa un total de 1470 expedientes lo cual representa que este estudio abarca el 10 % de la población total de la clínica.

Se halla un total de 87 expedientes con algún trastorno de ansiedad y que además acudieron en el pe-

riodo comprendido del lro. de marzo de 1996 al 28 de febrero de 1997 .

Por lo tanto , los trastornos de ansiedad se presentan con una frecuencia de 5.9 % ,durante un periodo de doce meses , en la población de este estudio .

La distribución por edad oscila entre los 20 años y los 85 años (x = 46.3 ; Md = 45 ; Moda = 45 ; Rango = Edad mínima 20 años y edad máxima 85 años) .

En la división por grupos etéreos (ver cuadro 6 y gráfica 1) , se observa que el grupo donde se presenta mayor incidencia para los trastornos de ansiedad es en el de los 45 a 49 años , agrupando un 22.98 % de la población en estudio, en segundo lugar con un 14.94 % es el grupo de los 35 a 39 años , el tercer lugar lo ocupa el grupo de los 40 a 44 años con un 12.64 % . en los extremos de la vida se observa una disminución en la incidencia para los trastornos de ansiedad , de este muestreo . Además se observa que no hay expedientes con diagnóstico de algún trastorno de ansiedad , en niños o adolescentes .

El sexo más afectado es el femenino con 58 casos (66.6 %) , en comparación con el sexo masculino que presenta 29 casos (33.3 %) .

La distribución por grupo de edad por sexo , presenta los siguientes datos : Sexo Femenino : Se reporta en este estudio una mayor incidencia en el grupo perteneciente a los 45 a 49 años (ver cuadro 7 gráfica 2) , se halla el 22.41 % de los casos reportados para trastornos de ansiedad para este sexo ; en segundo lugar lo ocupa el grupo de los 35 a 39 años con un 18.96 % , y el tercer lugar el grupo de los 40 a 44 años con un 13.79 % .

La distribución por grupos de edad, para el sexo masculino (ver cuadro 8 y gráfica 3) , presenta una incidencia mayor para el grupo de los 45 a 49 años con un 24.13 % , seguida del grupo de los 55 a 59 años con un 13.79 % , y en tercer lugar el grupo de los 40 a 44 años con un 10.34 % . Al igual que en los grupos anteriores hay una evidente disminución hacia los extremos de la vida .

Los diagnóstico registrados en los expedientes en estudio son los siguientes : Neurosis Depresiva : 18 pacientes (20.68 %) .Neurosis de Ansiedad : 16 pacientes (18.39 %) . Crisis de Angustia : 10 pacientes (11.49 %) .Neurosis de Angustia : 9 pacientes (10.34 %) .Transtorno de Ansiedad : 8 pacientes (9.19) .Neurosis Ansioso Depresiva : 7 pacientes (8.04 %) . Neurosis Conversiva : 5 pacientes (5.74 %) . Neurosis : 5 pacientes (5.74 %) .Neurosis de Histeria : 4 pacientes (4.59) .Crisis Conversiva : 2 pacientes (2.29 %) .Transtorno de angustia : 1 paciente (1.14 %) .Síndrome de Ansiedad: 1 paciente ( 1.14 %) .Paciente Ansioso : 1 paciente (1.14 %) . (Ver cuadro 9) .

En este estudio no se encuentran expedientes con diagnóstico de fobia ; tampoco hay expedientes eliminados por transtorno de ansiedad secundario a Psicosis , Esquizofrenia u otro diagnóstico psiquiátrico (con excepción de Depresión, como se especifico anteriormente) .

A continuación se presenta la información concentrada en forma de cuadros y gráficas .

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL AL SERVICIO  
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO  
CLINICA DE MEDICINA FAMILAR  
" JUAREZ "  
MEXICO , D.F.

CUADRO 6 : Frecuencia de los pacientes con diagnóstico de trastorno de ansiedad, clasificado por grupos de edad , en este estudio .

AÑOS DE EDAD	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
0 - 19	0	0	0
20 - 24	2	2.29	2.29
25 - 29	5	5.74	8.03
30 - 34	8	9.19	17.22
35 - 39	13	14.94	32.16
40 - 44	11	12.64	44.80
45 - 49	20	22.98	67.78
50 - 54	7	8.04	75.82
55 - 59	7	8.04	83.86
60 - 64	4	4.59	88.45
65 - 69	2	2.29	90.74
70 - 74	3	3.44	94.18
75 - 79	4	4.59	98.77
80 - 85	1	1.14	100.0
T O T A L	87	100.0	

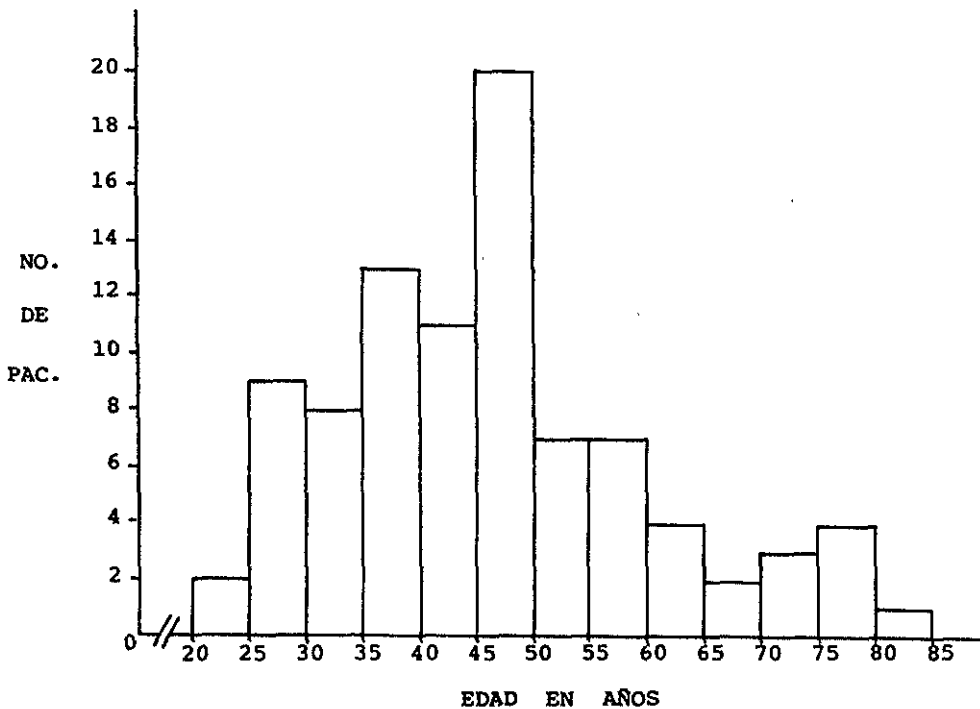
Edad mínima registrada : 20 a  
Edad máxima registrada : 85 a



INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL AL SERVICIO  
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR  
" JUAREZ "  
MEXICO , D.F.

GRAFICA 1 : Histograma de frecuencia, expresa el número de pacientes con algún transtor-no de ansiedad , con respecto al grupo de edad en estudio .



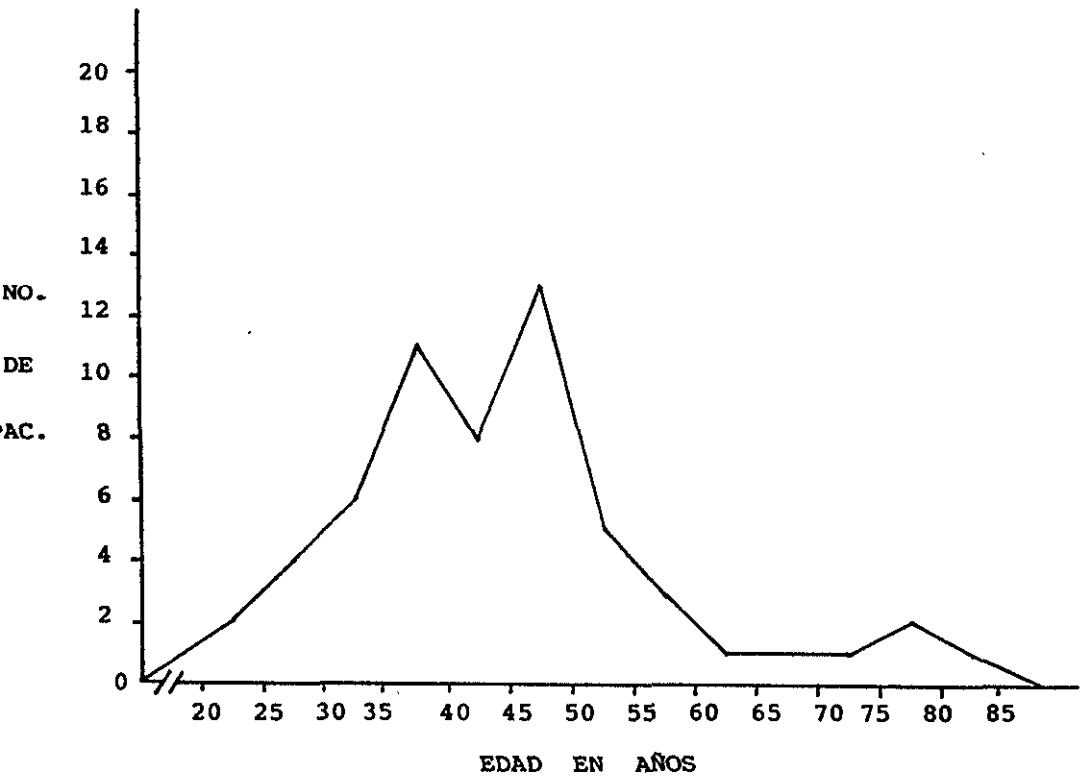
INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL AL SERVICIO  
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO  
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR  
" JUAREZ "  
MEXICO , D.F.

CUADRO 7 : Número de pacientes del sexo femenino con diagnóstico de trastorno de ansiedad , por grupo de edad , en este estudio .

AÑOS DE EDAD	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
0 - 19	0	0	0
20 - 24	2	3.44	3.44
25 - 29	4	6.89	10.33
30 - 34	6	10.34	20.67
35 - 39	11	18.96	39.63
40 - 44	8	13.79	53.42
45 - 49	13	22.41	75.83
50 - 54	5	8.62	84.45
55 - 59	3	5.17	89.62
60 - 64	1	1.72	91.34
65 - 69	1	1.72	93.06
70 - 74	1	1.72	94.78
75 - 79	2	3.44	98.22
80 - 85	1	1.72	100.0
T O T A L	58	100.0	

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL AL SERVICIO  
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO  
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR  
" JUAREZ "  
MEXICO , D.F.

GRAFICA 2 : Polígono de frecuencia , expresa el número de pacientes del sexo femenino, con respecto al grupo de edad en estudio .



INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL AL SERVICIO  
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO  
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR  
" JUAREZ "  
MEXICO , D.F.

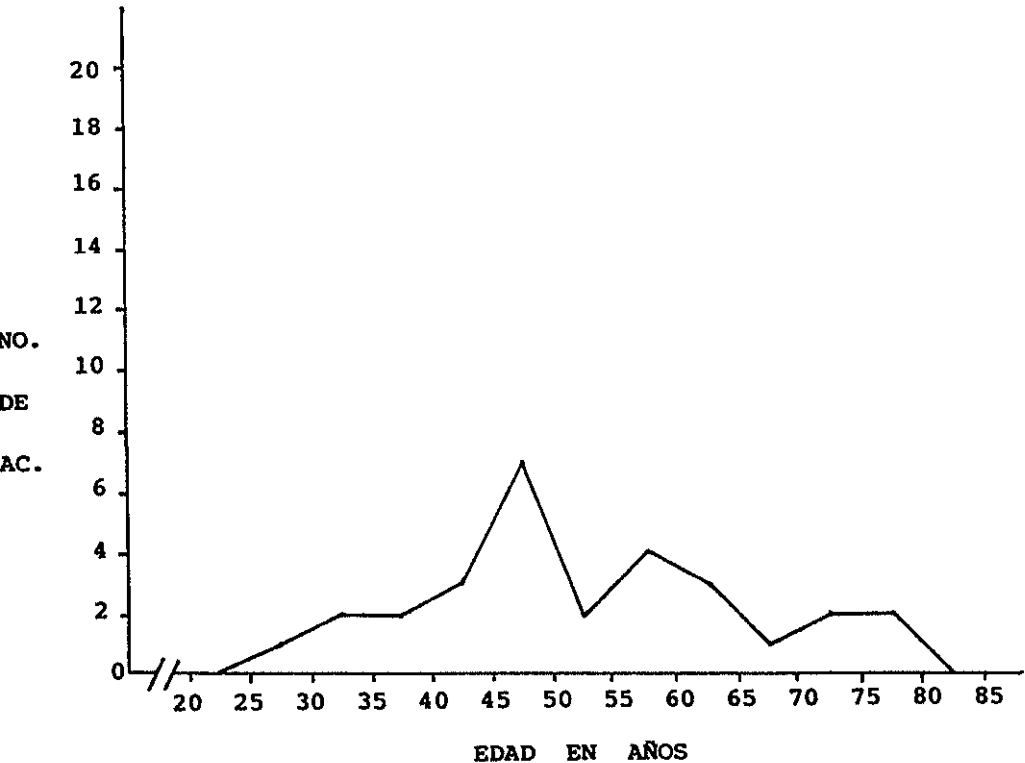
CUADRO 8 : Frecuencia de pacientes del sexo masculino con diagnóstico de algún transtorno de ansiedad , clasificado por grupo de edad ,de este estudio .

AÑOS DE EDAD	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
0 - 19	0	0	0
20 - 24	0	0	0
25 - 29	1	3.44	3.44
30 - 34	2	6.89	10.33
35 - 39	2	6.89	17.22
40 - 44	3	10.34	27.56
45 - 49	7	24.13	51.69
50 - 54	2	6.89	58.58
55 - 59	4	13.79	72.37
60 - 64	3	10.34	82.71
65 - 69	1	3.44	86.15
70 - 74	2	6.89	93.04
75 - 79	2	6.89	100.0
80 - 85	0	0	
T O T A L	29	100.0	

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL AL SERVICIO  
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO  
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR  
" JUAREZ "  
MEXICO , D.F.

GRAFICA 3 : Poligono de frecuencia , expresa el número de pacientes del sexo masculino , con algún transtorno de ansiedad, con respecto al grupo de edad en estudio .



INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL AL SERVICIO  
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR  
" JUAREZ "  
MEXICO , D.F.

CUADRO 9 : Frecuencia del número de pacientes y diagnóstico registrado con algún trastorno de ansiedad., en orden de mayor a menor frecuencia .

DIAGNOSTICO REGISTRADO	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
NEUROSIS DEPRESIVA	18	20.68	20.68
NEUROSIS DE ANSIEDAD	16	18.39	39.07
CRISIS DE ANGUSTIA	10	11.49	50.56
NEUROSIS DE ANGUSTIA	9	10.34	60.90
TRANSTORNO DE ANSIEDAD	8	9.19	70.09
NEUROSIS ANSIOSO DEPRESIVA	7	8.04	78.13
NEUROSIS CONVERSIVA	5	5.74	83.87
NEUROSIS	5	5.74	89.61
NEUROSIS DE HISTERIA	4	4.59	94.20
CRISIS CONVERSIVA	2	2.29	96.45
TRANSTORNO DE ANGUSTIA	1	1.14	97.59
SINDROME DE ANSIEDAD	1	1.14	98.73
PACIENTE ANSIOSO	1	1.14	100.00
T O T A L	87	100.0	

## VII. Discusión :

El propósito de este estudio es investigar la frecuencia de los trastornos de ansiedad. Sin embargo otros datos interesantes son observados en los resultados.

En este estudio la frecuencia de los trastornos de ansiedad en un año es de 5.9 %, esto coincide con la descrita en la literatura para todos los trastornos de ansiedad, emitida por la Organización Mundial de Psiquiatría, la cual establece entre un 4 % a 8 % (5).

La edad oscila entre los 20 años y los 85 años en la población en estudio para los trastornos de ansiedad. Se observa una incidencia en valores estadísticos como media, moda y mediana hacia los 45 años de edad, esto coincide con la literatura que establece una alta prevalencia en sujetos de 25 a 44 años de edad (12). En este estudio se observa una disminución en la incidencia después de los 60 años, coincide con la literatura que establece una disminución de la prevalencia en sujetos mayores de 65 años (12).

No se reporta en este estudio niños o adolescentes con diagnósticos de algún trastorno de ansiedad; esto puede traducir un bajo reconocimiento médico de estos trastornos en estas etapas, esto podría obedecer como lo establece en la literatura "el miedo y la preocupación durante la infancia son considerados como transitorios y normales" (34).

En la distribución por grupos etáreos se encuentra en este estudio, una incidencia mayor de los 25 a los 60 años (ver gráfica 1), y una franca disminución hacia los extremos de la vida.

El sexo más afectado en este estudio es el femenino con un 66.6 % contra un 33.3 % del sexo masculino. Por lo tanto en este estudio presenta una proporción de 2:1, la cual es un poco mayor a la establecida en la literatura: 1.5:1 (12). Este dato estadístico, coincide además con la teoría psicoanalista, la cual establece que los trastornos de ansiedad son diagnosticados con más frecuencia en las mujeres que en los hombres (7). La teoría psicoanalista propone que esto es en parte por el hecho de que en la mujer se requiere una represión más rígida de los instintos biológicos básicos, lo cual provoca defensas manifestadas en forma de ansiedad y angustia (7).

En este estudio se investiga la distribución por grupo de edad y por sexo para los trastornos de ansiedad (ver gráfica 2 y 3), al compararlas no se observa una diferencia significativa en cuanto a la distribución de edad, incluso los grupos de edad de mayor incidencia son los mismos (ver cuadro 7 y 8).

En este estudio no es posible establecer la frecuencia por cada uno de los transtornos "específicos" de ansiedad, por la baja especificidad con que son registrados los transtornos de ansiedad, en los expedientes. Se observa que se utilizan diferentes términos para tratar de describirlos (ver cuadro 9), el más frecuente es el de neurosis con distintas aseveraciones tales como: depresiva, de ansiedad, ansio depresiva, conversiva, de angustia, etc.; siendo que el término de neurosis forma parte de la historia. Existe la posibilidad que si existe una nomenclatura diferente a la establecida actualmente e internacionalmente, pueda existir también una confusión para realizar una semiología adecuada, con sus debidas pretensiones para fomentar los métodos terapéuticos e educacionales, que son tan importantes en el manejo de estos transtornos.

#### VIII. Conclusiones :

En este estudio los Transtornos de Ansiedad presentan una frecuencia de 5.9 % en la población adscrita al consultorio 11, en un período de doce meses. El sexo más afectado es el femenino con una proporción de 2:1 con respecto al sexo masculino. La edad más prevalente es hacia la cuarta década de la vida, para ambos sexos, en la población en estudio.

Al comparar los datos estadísticos de este estudio con los reportados en la literatura, se infiere que existe una buena identificación para estos transtornos, sin embargo esto es en términos generales, por la baja especificidad de los diagnósticos registrados en los expedientes.

Es fundamental que el médico de atención primaria conozca y profundice sus conocimientos acerca de los transtornos de ansiedad, ya que él tiene la oportunidad de poder brindar asistencia a un gran número de pacientes. Reconociendo al individuo no solo como un ser orgánico-biológico, sino como una persona resultante de factores que lo rodean, que son de tipo circunstancial, y pueden ser capaces de alterar su bienestar mental. Existe el mito que estigmatiza al individuo con algún transtorno de ansiedad, definiéndolo como "debilidad del carácter", este concepto es inadecuado e impropio, el individuo con algún transtorno de ansiedad, presenta una enfermedad que puede ser tratada de manera adecuada, brindando una mejoría en la calidad de vida.

La orientación por parte del médico de primer nivel, dirigida al paciente tendrá una trascendencia definitiva, evitará uso y abuso de medicamentos no necesarios, evitará ingresos innecesarios a los servicios de urgencias por



futuras crisis de ansiedad , también disminuye la tendencia por parte del paciente ansioso para que le sean practicados exámenes de laboratorio y gabinete innecesarios , así como envíos también innecesarios a otras especialidades .

La Educación Médica es la "piedra angular" para mejorar la calidad de la atención .Fomentar y organizar sesiones programadas dentro de las Clínicas de Medicina Familiar , es un gran motivador para el personal médico , el cual debe de tener la disciplina de mejorar sus conocimientos día con día .

Es una realidad que el médico de primer nivel dentro de una Institución Pública de Salud , no dispondrá de mucho tiempo ( o sesenta minutos) para cada paciente , para realizar una diagnosis y psicoterapia formal ; se propone crear y difundir técnicas que permitan reconocer y tratar en forma adecuada y rápida a los transtornos de ansiedad .

Es conveniente proponer a los Directivos , la implementación de servicios de Salud e Higiene Mental en todas las Clínicas de Medicina Familiar .

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS :

1. Gelden M,Gath D.Neurosis : parte I.En: Gelden M,Gath D , ed. Psiquiatría.Interamericana-McGraw-Hill,1993:152-172 .
2. Kaplan HI,Sadock BJ.Anxiety Disorders.En : Kaplan HI, Sadock BJ,ed. Psychiatry.William & Wilkins.1994:573-616 .
3. Allen F,Harold AP,First MB,"et al".Transtornos de Ansiedad.En:Allen F,Harold AP,First MB,"et al",ed. DSM-IV. Masson,1995:401-456 .
4. Kamerow DB.Ansiedad y depresión en medicina:revisión general.Clinicas Médicas de Norteamérica.1988;4:795-801 .
5. Transtorno de Adaptación/Transtorno de Ansiedad Generalizada.En:McGlynn TJ,Metcalfe HL.Diagnóstico y Tratamiento de los Transtornos de Ansiedad : Manual para el médico.IX Congreso Mundial de Psiquiatría.Brasil.1993:118.
6. Teicher MH.Biología de la ansiedad. Clinicas Médicas de Norteamérica.1988;4:843-861.
7. Kolb LC.Las neurosis.En:Kolb LC,ed.Psiquiatría Clínica Moderna.La Prensa Médica Mexicana.1983:549-562 .
8. Gelden M,Gath D.Neurosis : parte II.En: Gelden M, Gath D, ed. Psiquiatría.Interamericana-McGraw-Hill,1993:173-214.
9. Rapee RM,Bariow D.Generalized Anxiety Disorder,Panic Disorder,and the Phobias.En:Sutker PB,Adams HE,ed. Comprehensive Handbook of Psychopathology.Plenum,1993:109-123.
10. Nisenson LG,Pepper CM,Schwenk TL,Coyne JC.The Nature and Prevalence of Anxiety Disorders in Primary Care . General Hospital Psychiatry.1998;20:21-28 .
11. Steven CM,Olfson M,Harold AP,Shear MK,Zarin DA.Self-Reported Anxiety,General Medical Conditions,and Disability Bed Days.American Journal Psychiatry.1997;154(12):1776-1768.
12. Juárez OR.Ansiedad.En:Halabe J,Lifshitz A,ed.El Internista.McGraw-Hill Interamericana.1997:775-779 .
13. Magge J,Eaton WW,Wittchen HU,"et al". Agorafobia , Simple Phobia,and Social Phobia in the National Comorbidity Survey.Arch Gen Psychiatry.1996;53:159-168.

14. Weissman MM, Broadhead E, Olfson M, "et al". A Diagnostic Aid for Detecting (DSM-IV) Mental Disorders in Primary Care. General Hospital Psychiatry. 1998;20:1-11.
15. Hollifield M, Katon W, Skipper B, Chapman T, Ballenger J, Mannuza S, "et al". Panic Disorder and Quality of Life: Variables Predictive of Functional Impairment. Am J Psychiatry . 1997;154(6):766-773 .
16. Kranzler HR, Liebowitz NR. Ansiedad y depresión en el abuso de sustancias. Clínicas Médicas de Norteamérica. 1998;4:925-940 .
17. Dale GA, Calabrese JR. Diagnóstico de ansiedad y depresión. Clínicas Médicas de Norteamérica. 1988;4:803-813 .
18. Instrumentos de Evaluación. En: McGlyn TJ, Metcalf HL. Diagnóstico y Tratamiento de los Transtornos de Ansiedad: Manual para el médico. IX Congreso Mundial de Psiquiatría . Brasil. 1993:111-114 .
19. Reconocimiento y Evaluación del Paciente con Ansiedad. En: McGlyn TJ, Metcalf HL. Diagnóstico y Tratamiento de los Transtornos de Ansiedad. IX Congreso Mundial de Psiquiatría. Brasil. 1993:1-7 .
20. Scott HJ, Paul EB. Criterios psicológicos para la valoración y tratamiento de ansiedad y depresión. Clínicas Médicas de Norteamérica. 1988;4:971-985 .
21. Tatcher BK. Transtornos de Ansiedad. En: Harrison, ed. Principios de Medicina Interna. Interamericana-McGraw-Hill. 1994 (II):2779-2782 .
22. Tratamiento No Farmacológico. En: McGlyn TJ, Metcalf HL. Diagnóstico y Tratamiento de los Transtornos de Ansiedad: Manual para el médico. IX Congreso Mundial de Psiquiatría . Brasil. 1993:31-34 .
23. Tratamiento Farmacológico. En: McGlyn TJ, Metcalf HL. Diagnóstico y Tratamiento de los Transtornos de Ansiedad :Manual para el médico. IX Congreso Mundial de Psiquiatría. Brasil. 1993:35-50 .
24. Cole JO. Tratamiento farmacológico de ansiedad y depresión. Clínicas Médicas de Norteamérica. 1988;4:869-883 .
25. Baldessarini RJ. Fármacos y Tratamiento de los Transtornos Psiquiátricos. En Goodman & Gilman, ed. Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica. McGraw-Hill Interamericana. 1996; 1:459-485 .

26. Byck R. Fármacos Usados en el Tratamiento de los Transtor-nos Psiquiátricos. En: Goodman & Gilman, ed. Bases Farmacoló-gicas de la Terapéutica. Interamericana . 1978:159-162 .
27. Barbui C, Gregis M, Zappa M. A cross-sectional audit of benzo-diazepine use among general practice patients. Acta Psy-chiatrica Scandinava. 1988;97:153-156 .
28. Byrne PR, Wingerson DK, Radant A, "et al". Reduced Benzodiaze-pine Sensivity in Patients with Panic Disorder and Normal Subjects. Am J Psychiatry. 1996;153(11):1444-1449 .
29. Laage TA. Reconocimiento del paciente farmacorresistente que sufre ansiedad y depresión. Clínicas Médicas de Nortea-mérica. 1988;4:957-969 .
30. Sanders BE, Mayer SE. Agonistas y Antagonistas de los recep-tores de 5-Hidroxitriptamina. En: Goodman & Gilman, ed. Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica. McGraw-Hill Intera-mericana. 1996;1:459-485 .
31. Carrasco JL, Díaz MM, Sáiz J. Tratamiento del Transtorno Mix-to de ansiedad-depresión con sertralina. Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr. 1997;3:141-145 .
32. Spiegel DA, Bruce TJ. Benzodiazepines and Exposure-Based Cognitive Behavior Therapies for Panic Disorder: Conclui-sions From Combined Treatment Trials. Am J Psychiatry . 1997;154(6):773-780 .
33. Avant R. Consulta y Envíos Psiquiátricos. Clínicas Médicas de Norteamérica. 1988;4:991-997 .
34. Last GC, Perrin S, Hersen M, Kasdin AE. Prospective Study of Child-hood Anxiety Disorders. J Am Child Adolesc. Psychia-try. 1996;35(11):1502-1510 .
35. Mancini C, Ameringen MV, Szatmari P, Fugere C, Boyle M. A High-Risk Pilot Study of the Children of Adults with Social Phobia. J Am Psychiatry. 1996;35(11):1511-1517 .
36. Plne DS, Cohen P, Gurley D, Brook J, Yuju M. The Risk for Early-Adult-hood Anxiety and Depressive Disorders in Adolesc With Anxiety and Depressive Disorders. Arch Gen Psychia-try. 1988;55:56-64 .
37. Perrin Sean, Last C. Relationship between ADHD and Anxiety in Boys : Results from a Family Study. J Am Acad Child A-adolesc Psychiatry;35(8):988-996 .

FORMATO DE RECOLECCION DE DATOS :

EXPEDIENTE	SEXO	EDAD	DIAGNOSTICO DE ALGUN TRANSTORNO DE ANSIEDAD
TOTAL	F : M :		