

TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN UNA MUESTRA DE ESTUDIANTES DE MEDICINA ¹

MOTTA RICARDO LUIS¹;
HIDALGO PABLO MARCELO²;
GOLA VERÓNICA³;
ORTIZ PATRICIA⁴
MIATELLO ROBERTO⁵

hidalgopablo.med@gmail.com

¹ *Tutora Dra. Mónica Alonso*

Resumen:

Se estudio una muestra de 159 alumnos de medicina, quienes respondieron un cuestionario confeccionado en base al DSM-IV, **para determinar la validez del mismo a través de los resultados comparados** de prevalencia de trastornos globales de ansiedad y depresión. **El objetivo principal fue proponer en la práctica diaria el cuestionario confeccionado como herramienta valida, práctica, sencilla y útil en la detección de estos trastornos.** La muestra estaba integrada por 103 mujeres (M), edad: 23.2 ± 3 años y 56 varones (V) con edad 23.6 ± 3 años (NS), Las proporciones (expresadas en porcentaje con su intervalo de confianza de 95%) se contrastan por prueba de z. Los datos cuantitativos se expresan como media \pm DS. Los resultados fueron: Sin trastorno 15.5 % en M y 28.6 % V. Algún tipo de trastorno en el 84.5% (77.0-91.9) de M y en el 71.4% (58.7-84.2) de V ($p = 0.0799$; NS): Crisis de pánico: 66% (56.4-75.6) de M y en el 30% (17.4 - 43.3) de V ($p < 0.001$). Trastornos de pánico: 22.3% (13.8-30.9) en M y 9% (2.9-19.6) en V ($p = 0.057$; NS). Rasgos obsesivos compulsivos: 28% (18.9-37.3) en M y 20% (8.3-30.9) en V ($p = 0.322$ NS). Trastornos de ansiedad generalizada: 63% (53.3-72.9) en M y 59% (45.2-72.7) en V ($p = 0.7287$ NS). Depresión: 36% (26.2-45.7) en M y 16% (5.6-26.6) en V ($p = 0.014$). Se detectó prevalencia importante de los trastornos mencionados, siendo significativamente mayor la proporción de crisis de pánico y de depresión en las mujeres. La aplicación del cuestionario confeccionado, solo permitió aproximarse a diagnósticos presuntivos.

Palabras Clave:

Prevalencia, ansiedad, depresión, universitarios, DSM IV.

Abstract: Anxiety disorders and depression in a sample of medical students.

In order to determine the prevalence of global anxiety and depression, a survey has been conducted of 159 students from the undergraduate medical department who responded to a questionnaire based on DSM-IV, to determine the validity of the same one across the compared results. The principal target was to propose in the daily practice the questionnaire made as valid, practical, simple and useful tool in the detection of these disorders. The sample of this survey integrated 103 females (F) of age 23.2 ± 3.0 years old and 56 males (M) of age 23.6 ± 3.0 years old (NS). The proportions (expressed in percentage with 95% of confidence intervals) were contrasted by z test. The quantitative data was expressed as \pm standard deviation. The following results have been observed:

Without any alteration (healthy): 15.5% F v 28.6% M. Any types of disorders: 84.5% (77.0-91.9) in F v 71.4% (58.7-84.2) in M ($p = 0.0799$; NS). Panic attacks: 66% (56.4-75.6) in F v 30% (17.4-43.3) in M ($p < 0.001$). Panic disorders: 22.3% (13.8-30.9) in F v 9% (2.9-19.6) in M ($p = 0.057$; NS). Obsessive compulsive symptoms: 28% (18.9-37.3) in F v 20% (8.3-30.9) in M ($p = 0.322$; NS). Generalized anxiety disorders: 63% (53.3-72.9)

in F v 59% (45.2-72.7) in M ($p=0.7287$; NS). Depression: 36% (26.2-45.7) in F v 16% (5.6-26.6) in M ($p=0.014$).

An important prevalence has been detected in the data mentioned above in which proportion of panic attacks and depression in women was significantly higher than men. The application of our questionnaire only allows for an approximate presumptive diagnostics.

Key words:

Prevalence, anxiety, depression, undergraduates, DSM IV.

Introducción:

Debido a la alta prevalencia de los trastornos de ansiedad y depresión, analizamos estas afecciones, que constituyen los dos motivos de consulta psiquiátricos más frecuentes (1). Según indican datos estadísticos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) un 20 por ciento de la población mundial padecerá algún tipo de trastorno de ansiedad en algún momento de su vida (2).

La Ansiedad patológica puede definirse como la anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo. Es este tipo de ansiedad la que tenemos que identificar, diferenciándola de la ansiedad normal, determinando su etiología, valorando los diagnósticos diferenciales que existen y el tratamiento que el paciente va a requerir.

Como tal, los trastornos de ansiedad, constituyen un grupo de enfermedades caracterizadas por la presencia de preocupación, miedo o temor excesivo, tensión o activación que provoca un malestar notable o un deterioro clínicamente significativo de la actividad del individuo (3).

Por otra parte el trastorno depresivo se incluye dentro de los trastornos afectivos en el DSM IV, que se caracterizan por descenso del humor, pensamientos pesimistas, falta de disfrute, reducción de la energía, alteraciones del sueño, cierta ansiedad, lentitud, falta de concentración y baja autoestima; síntomas frecuentes en la práctica médica general y hospitalaria, aunque no siempre detectados cuando se asocian a síntomas físicos.

Estos trastornos no diagnosticados son causa de continuo malestar. Esto implica una recuperación más lenta de las enfermedades físicas. Es importante su reconocimiento, el tratamiento de los casos menos severos y la identificación de los que requieran tratamiento especializado por el riesgo a suicidio y otras complicaciones (4).

En un estudio de prevalencia de ansiedad social, en estudiantes de 5to. Año de la Facultad de Medicina de la UNNE - Universidad Nacional del Nordeste (Corrientes), año 2003, evaluados mediante el SPIN (test de evaluación clínica que investiga aspectos que denotan ansiedad social); la prevalencia total de ansiedad, fue del 13.97% sobre un total de 272 encuestados. Se encontró mayor cantidad de casos en mujeres (5).

En otro estudio clínico (384 casos), llevado a cabo por el Centro IMA (Centro de Investigaciones Medicas en Ansiedad) en Capital Federal - año 2003; sus

autores corroboraron la mayor tendencia de las mujeres a sufrir trastornos de ansiedad, al constatar 71 % de mujeres afectadas por trastornos de ansiedad, frente a 29 % de hombres (6).

Una investigación que se efectuó para el análisis de la frecuencia y los factores personales, familiares, del entorno y los trastornos de ansiedad en adolescentes de 10 a 21 años del Consejo Nacional del Menor y la Familia, detectó trastornos de ansiedad en el 26.6%, la cual, según sus autores, fue alta en relación con otros estudios por las características del grupo estudiado. Se examinaron 522 adolescentes, a los cuales se les administró el Present State Examination del SCAN (Schedules for Assessment in Neuropsychiatry) y un cuestionario con preguntas sobre antecedentes personales, familiares y del entorno (7).

Otra investigación epidemiológica de los trastornos de ansiedad y depresión en adolescentes de una población rural, en la que se encuestaron con la escala de Hamilton, 344 jóvenes de la localidad de Empedrado (Corrientes), determinó 11 % de ansiedad y 24 % de depresión incluyendo las categorías moderada y grave. Se observó que generalmente estos trastornos coexisten (8).

En este mismo sentido, un estudio sobre ansiedad, depresión y comorbilidad en adolescentes de la ciudad de Corrientes, aplicó el Inventario de Ansiedad Estado Rasgo e Inventario de Depresión de Beck, obteniéndose prevalencia de ansiedad y depresión del 11,11% y del 25% respectivamente y la comorbilidad para ambas patologías del 27.78 % (9).

En 2004, en el Barrio General Francisco de San Martín de la ciudad de Reconquista, provincia de Santa Fe; con un tamaño muestral de 383 individuos, se utilizaron instrumentos específicos, como la escala de ansiedad de Sheehan (SPRAS) detectándose una prevalencia de 7.74% para este trastorno; y el inventario auto-administrado de Beck (IDB), para personas de 18 a 64 años a través del cual se obtuvo una prevalencia de 25.04% en trastornos depresivos (10).

Los autores del estudio, extranjero, sobre prevalencia de depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas, año 2000, destacaron la alta prevalencia de depresión (49.8%), ansiedad (58.1%) e ideación suicida (41%), que se encontró en una muestra de 625 estudiantes de los diferentes programas académicos, seleccionados al azar, a los que se les aplicaron los inventarios de ansiedad y depresión de Beck (11).

Asimismo, en la investigación sobre la prevalencia de síntomas depresivos en una población estudiantil de la Facultad de Medicina de la Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá Colombia, se observó un 53.2 % de síntomas depresivos globales. En este caso se estudio una muestra no aleatoria de 295 estudiantes de medicina, de 17-28 años, a quienes se les administró en sus salones de clase, la Escala Auto-aplicada de Zung para depresión(12).

Un estudio anterior a los precedentes, del mismo país, Colombia, realizado en 1988 en el Hospital Samper Mendoza, halló 66.19% de pacientes con alteraciones. De ellos, 25.35% correspondió a depresión ansiosa y 20.42% a ansiedad (13).

En estudiantes de medicina de la Universidad Pontificia Bolivariana, Hernández encontró, en un estudio sobre depresión, ansiedad y suicidio que la prevalencia global de depresión fue del 21.6% (14).

Tyrer, P y colaboradores, analizaron en 1987, en un artículo la relación entre síntomas neuróticos y diagnóstico en un estudio longitudinal (15).

Teniendo en cuenta estos antecedentes, nuestra investigación, realizada en un aula de la Facultad de Medicina (ciudad de Mendoza - Argentina), tuvo como objetivo principal establecer la prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en una población joven, utilizando como instrumento un cuestionario detallado, que confeccionamos siguiendo estrictamente el DSM IV (3), Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales, (actualmente en su cuarta edición texto revisado, DSM-IV TR) conteniendo los criterios correspondientes a crisis y trastornos de pánico, rasgos obsesivo compulsivo, ansiedad y depresión. Era de nuestro interés en la práctica de Medicina Interna, conocer una metodología que nos aproxime a un diagnóstico psicológico, ante pacientes con síntomas y/o signos, que inicialmente se presentaban confusos o comunicados desordenadamente, por lo cual necesitábamos sistematizarlos. Si bien son muchos los trabajos publicados en donde se aplican diferentes instrumentos con la finalidad de detectar precozmente sintomatología de ansiedad o depresión en poblaciones de estudiantes universitarios, hasta donde nosotros conocemos, en nuestro país no se aplico un protocolo basado en el DSM IV, como el utilizado en nuestra investigación.

Materiales y métodos:

A partir de la clasificación y criterios de los trastornos de ansiedad y depresión expuestos en el DSM IV en junio de 2005, se confeccionó un protocolo/cuestionario (ver anexo 1), el cual fue respondido en forma anónima, con una muestra de 159 alumnos de 4to año de Medicina, que no habían cursado Psiquiatría, y presentaban las siguientes características: 103 (64.5%) del total, sexo femenino y 56 (35.5 %) sexo masculino, con un promedio de edad de 23.17 para el sexo femenino y de 23.64 para el sexo masculino. (Ver tabla 1).

En el anexo 1, se proporciona el cuestionario sobre el cual se hizo la encuesta para obtener los datos, que luego permitieron establecer los diagnósticos que a continuación se detallan, para facilitar la comprensión del trabajo, manteniendo la base estricta que establece el DSM IV (3):

1) Crisis de pánico (3): aparición aislada, temporal de miedo o malestar intenso. Que el paciente haya alguna vez presentado miedo o malestar aislados, acompañado de alguno de los siguientes síntomas o sensaciones, los cuales aparecieron de forma brusca, como una crisis y que alcanzaron su mayor intensidad a los 10 minutos: palpitaciones o sacudidas del corazón o aumento de la frecuencia, sudoración, temblor o sacudidas, sensación de ahogo o falta de aliento, sensación de atragantarse, opresión o malestar torácico, náuseas o malestar abdominal, desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (sensación de estar separado de uno mismo), inestabilidad o mareo o desmayo, miedo a perder el control o a volverse loco, miedo a morir, parestesias (sensación de hormigueo o entumecimiento), escalofríos o sofocaciones.

Diagnóstico: para considerar que ha tenido una crisis de pánico debe haber presentado al menos 4 de 13 síntomas somáticos o cognoscitivos enunciados (3).

2) Trastorno de pánico: las crisis de pánico o angustia se presentan de forma inesperada y son recidivantes ya que una crisis por sí sola no justifica el diagnóstico de trastorno de pánico.

Al menos una de las crisis de pánico ha sido seguida durante un mes o más, de uno de los siguientes síntomas: si se repiten varias veces, durante más de un mes: averiguar si le ha inquietado que se vuelvan a repetir las crisis, si le ha preocupado las consecuencias y si ha notado un cambio significativo en su comportamiento.

Diagnóstico: duración durante un mes o más de los síntomas referidos, haber presentado por lo menos dos crisis de angustia inesperadas (3).

3) Trastorno obsesivo compulsivo(3): alguna de las siguientes actividades le ocupa más de una hora por día: Lavarse las manos, ordenar reiteradamente las mismas cosas, verificar que la llave de gas o la puerta estén bien cerradas, otra actividad repetitiva diferente para cada individuo.

Diagnóstico: cualquiera de las actividades mencionadas le ocupa más de una hora por día(3, 17). En nuestro trabajo, la mayoría de los protocolos que nos orientaban es este trastorno, presentaban respuestas incompletas o poco claras, impidiendo el diagnóstico definitivo del trastorno en sí, por lo cual a estos datos, los presentamos como rasgos obsesivos compulsivos.

4) Trastorno de ansiedad generalizada (3, 18): ansiedad y preocupación excesivas, con duración más de 6 meses. Inquietud o impaciencia, fatigabilidad fácil, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular, alteraciones del sueño.

Diagnóstico: 3 o más síntomas por más de 6 meses (3).

5.1) Trastornos depresivos: descenso del humor, pensamientos pesimistas, falta de disfrute reducción de la energía, alteraciones del sueño, cierta ansiedad, lentitud, falta concentración, baja autoestima.

Para considerar depresión debe haber presentado durante por lo menos dos semanas seguidas los siguientes síntomas (3): a) estado de ánimo deprimido, triste o abatido, b) desinterés o falta de voluntad para cumplir con las actividades diarias la mayor parte del día; incapacidad para disfrutar y sentir placer, c) pérdida de peso en ausencia de régimen o aumento de peso, o variaciones en el apetito, d) reducción o aumento de la duración y profundidad del sueño, e) lentitud motora o agitación, f) fatiga y pérdida de energía, g) sentimientos de inutilidad o culpa excesivos; pesimismo, autorreproches y/o autodesvalorización, h) dificultades para concentrarse y pensar, o indecisión, i) pensamientos recurrentes de muerte o ideas suicidas.

Diagnóstico: debe presentar 5 síntomas o signos, pero tienen que estar el primero o el segundo punto enumerado (3).

5.2) Depresión actual, los síntomas anteriores los presenta en estos momentos por dos semanas o más (3).

Análisis Estadístico: se realizó un estudio longitudinal, observacional, descriptivo y relacional. Se estableció la preeminencia de crisis de pánico, trastornos de pánico, estrés post-traumático/agudo, rasgos obsesivos compulsivos, ansiedad generalizada y depresión, en relación con sexo y edad.

Se presentaron las proporciones observadas y su intervalo de confianza establecido en el 95%, es decir con un error del 0.05. Las proporciones se contrastaron por prueba de z.

Los datos cuantitativos se expresaron como media \pm DS.

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA
SALUD MENTAL, PSICOLOGÍA Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE
Y SU FAMILIA
DIRECTOR PROF. DR. HÉCTOR S. BASILE**

Se utilizó, para el procesamiento de los datos, el programa EPIDAT 3.1 para Windows (Análisis Epidemiológico de Datos Tabulados).

Este estudio científico contó con el aval de Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo y del Comité de Docencia e Investigación del Hospital Central de Mendoza.

RESULTADOS:

Tabla 1.- Población de estudio.

Población de estudio	Femenino (%)	Nº Femenino	Masculino (%)	Nº Masculino	Total (%)	Nº Total	Valor de P
Cantidad según sexo	64.5	103	35.5	56	100	159	
Promedio de edad en años	23.2 ± 3	23.17	23.6 ± 3	23.64	23.4	23.4	(NS)

Procesamos las filas de todos los alumnos 159 x 86 columnas es decir 13.674 datos, y si bien analizamos la totalidad de la información relevada, para este trabajo seleccionamos la información de 6 trastornos de ansiedad más el de depresión a su vez subdividida en antecedentes o actual, que estaban repartidos en 159 filas x 50 columnas, lo que significa que en concreto trabajamos sobre 7.950 datos, y descartamos para el análisis aquellos trastornos (trastorno por estrés posttraumático, distintas fobias, sociales, a animales, objetos, situaciones y otros similares, tales como enfermedades clínicas asociadas y consumo de sustancias tóxicas y/o medicamentos) cuya información relevada no fue clara, debido a una evidente limitación metodológica; y por lo tanto no era posible extraer conclusiones útiles.

De los datos analizados provenientes de encuestas respondidas por la muestra de 159 estudiantes, 103 mujeres, edad: 23.2 ± 3 años y 56 varones, con edad 23.6 ± 3 años; diferencia estadística no significativa (NS), observamos algún tipo de trastorno en el 84,5% (77.0 – 91.9) de mujeres, y en el 71.4% (58.7-84.2) de varones, ($p = 0.0799$, NS), cuya descripción detallada se hace a continuación:

En la tabla 2.- se presentaron las prevalencias totales distribuidas por género y edad, de los 6 trastornos de ansiedad estudiados, más el trastorno depresivo, subdividido en antecedentes depresivos y depresión actual.

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA
SALUD MENTAL, PSICOLOGÍA Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE
Y SU FAMILIA
DIRECTOR PROF. DR. HÉCTOR S. BASILE**

Tabla 2.- Resultados totales y diferenciados por sexo de los 7 trastornos analizados.

Indicadores	M (%)	IC	M	V (%)	IC	V	Total (%)	Total	P
Sexo	64.5		103	35.5		56	100	159	
Promedio de edad en años		23.2 ± 3	23.17	42		23.64	23.6 ± 3		(NS)
Crisis de pánico	66.01	56.4 – 75.6	68	30	17,4 - 43,3	17	53	85	P <0.001
Trastorno de pánico	22.33	13.8-30.9	23	9	2,9 - 19.6	5	18	28	P = 0.057; NS
Rasgos obsesivo-compulsivos	28.15	18.9-37.3	29	20	8.3 - 30.9	11	25	40	P = 0.322 ; NS
Ansiedad generalizada	63.10	53.3-72.9	65	59	45.2 - 72.7	33	62	98	P = 0.7287 NS
*1- Trastornos depresivos (antecedentes)	36.89	26.2-45.7	38	16	5.6-26.6	9	30	47	P = 0.014
*2- Trastornos depresivos actuales	18.44		19	9		5	15	24	

M: Mujeres

V: varones

NS: No Significativa

IC: Intervalo de confianza

*1 Casos que presentaron antecedentes de trastornos depresivos.

*2 Casos que presentan al momento del estudio criterios compatibles con depresión actual.

En la tabla 3 y 4 se detallan las prevalencia más elevadas correspondientes a crisis de pánico: 66 % para mujeres y 30% para varones (diferencia estadísticamente significativa) y ansiedad generalizada: 63 % para mujeres y 59 % para varones. (Ver además figura 2).

Tabla 3.- Resultado Crisis De Pánico

Indicadores	Femenino (%)	Masculino (%)	Total (%)	P
Trastorno de Pánico	64.5	30	53	P < 0.001

Tabla 4.- Resultados Trastorno De Ansiedad Generalizada

Indicadores	Femenino (%)	Masculino (%)	Total (%)	Valor de P
Ansiedad generalizada	63.10 %	59 %	62 %	P = 0.7287 ; NS

A estos trastornos, continúan, en orden de frecuencia decreciente:
Trastornos depresivos: 36% en mujeres y 16 % en varones, (ver tabla 5), con una diferencia estadísticamente significativa entre los dos sexos (para antecedentes depresivos). Ver además figura 1.

Tabla 5.- Resultados Trastornos Depresivos:

Indicadores	Femenino (%)	Masculino (%)	Total (%)	P
Trastornos depresivos (antecedentes)	36.89%	16%	30%	P = 0.014
Trastornos depresivos actuales	18.44%	8.9%	15%	P = 0.1709 NS

Rasgos obsesivos compulsivos: 28% en mujeres y 20 % en varones. (Tabla 6).

TABLA 6.- Rasgos Obsesivos Compulsivos

Indicadores	Femenino (%)	Masculino (%)	Total (%)	Valor de P
Rasgos obsesivo – compulsivos	28.15%	20%	25%	P = 0.322 ; NS

Trastornos de pánico: 22.3% en mujeres y 9% en varones. (Tabla 7).

Tabla 7.- Resultado trastornos de pánico

Indicadores	Femenino (%)	Masculino (%)	Total (%)	P
Trastorno de Pánico	22.33%	9%	18%	P = 0.057; NS

El 28.6 % de varones y 15.5 % de mujeres, no presentaron ninguno de los trastornos estudiados.

En la figura 1 se destaca además, las diferencias estadísticamente significativas entre géneros, para las prevalencias de crisis de pánico y antecedentes de trastornos depresivos.

FIGURA 1

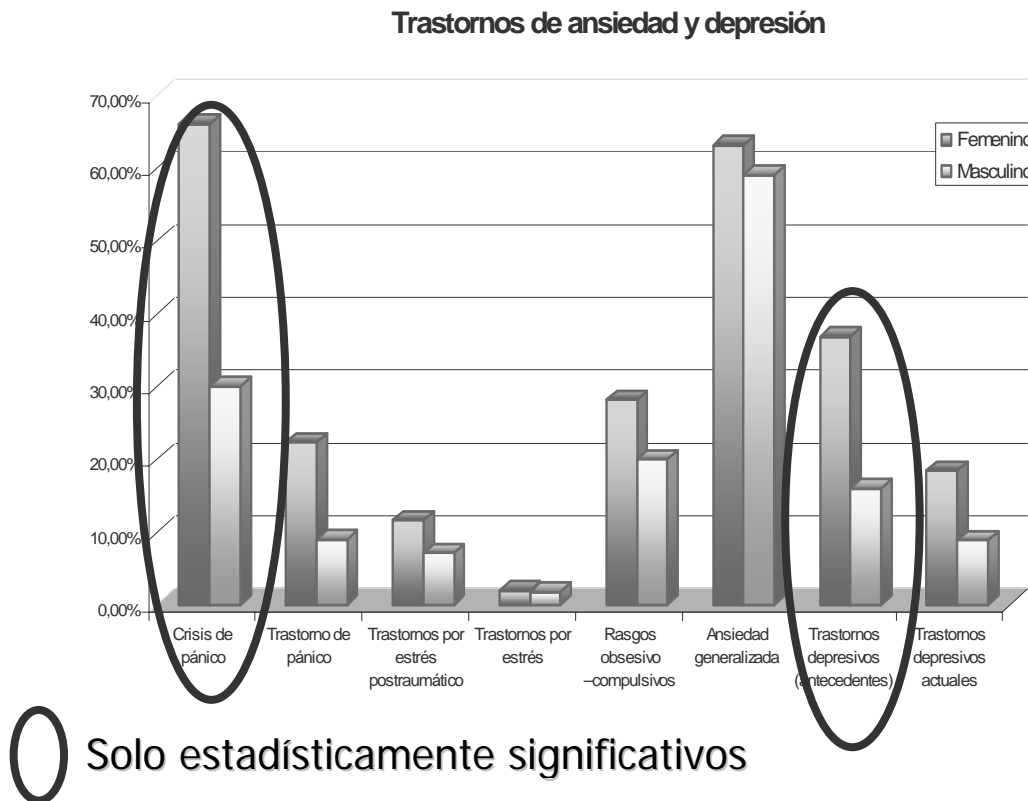


Fig. 1.- Todos los trastornos analizados, con las diferencias estadísticamente significativas.

CONCLUSIONES:

Se detectó una prevalencia importante de los trastornos mencionados en una muestra de estudiantes de 4º año de medicina, siendo significativamente mayor la proporción de crisis de pánico en mujeres (M), 66% (56.4 - 75.6) comparado con el 30% (17.4 - 43.3) de varones (V); $p < 0.001$ y la de trastorno depresivo: 36% en las mujeres comparado con 16% en varones $p = 0.014$. Estos resultados de alguna manera coinciden con la tendencia general de numerosos estudios que han sugerido que la mujer está más expuesta a mayores riesgos de trastornos que entrañan ansiedad y depresión, nombrando diferentes causas que pueden explicar con mayor o menor sesgo esta diferencia: por ejemplo sería necesario analizar la relación que guardan los síntomas de los estados de ansiedad como el pánico, con las enfermedades orgánicas como la tirotoxicosis, feocromocitoma etc. Además el mismo trastorno básico puede tener una presentación distinta en los hombres que en las mujeres. Otro punto a tener en

cuenta es que la mujer tiene en general un temor justificable (desde el punto de vista físico) a la violación o agresión sexual o física, lo cual no puede considerarse como psicógena. Además la responsabilidad de la mujer en lo que respecta al cuidado de los familiares enfermos o débiles, lactantes, ancianos, hijos y esposos que la lleva a un estado de “hipervigilancia” que puede interpretarse como afección o que, en realidad causa trastornos relacionados con la ansiedad si no hay el suficiente alivio o apoyo.

Cabe destacar además, las altas cifras de síntomas asociados a otros trastornos tales como: trastornos de ansiedad generalizada 63% en M y 59% en V, trastornos de pánico 22.3% en M y 9% en V (no siendo estadísticamente significativa la diferencia entre genero); trastornos por estrés post-traumático, que en nuestra investigación dio 11.6% en mujeres y 7.1% en varones y comparando con un trabajo de Wayne Katon y Peter Roy-Byrne(19) sobre trastornos de ansiedad, quienes encontraron que en atención ambulatoria, casi una quinta parte de 965 pacientes, tenía al menos un trastorno de ansiedad y en el 8,6% un trastorno de estrés postraumático.

Nuestros resultados de prevalencia en trastornos de ansiedad y trastorno depresivo, son significativamente mayores que los descritos en otras localidades del país, donde se desarrollaron investigaciones con muestras similares, como por ejemplo: Corrientes (ansiedad 11.11% y depresión 25%) (9), Santa Fe (7.74% de ansiedad global, 25.04% y 4.89%, para depresión, usando diferentes encuestas) (10), Buenos Aires (26.6%, en trastornos de Ansiedad) (6). En cambio, encontramos similitudes en estudios extranjeros, como el de la prevalencia de trastornos depresivos en una población estudiantil de la Facultad de Medicina de la Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá Colombia(12) en donde se observo una prevalencia global de sintomatología depresiva de 53.2 % (muy similar a la obtenida en nuestra muestra: 52 % de prevalencia global para el mismo trastorno). Además en este mismo trabajo se constataron diferencias importantes entre hombres y mujeres, hallándose una mayor prevalencia de síntomas depresivos en el genero femenino ($p = 0.028$) comparada con ($p = 0.014$) que obtuvimos nosotros.

Otro estudio, similar al nuestro que demostró una alta prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida fue el de la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas, año 2000. Con porcentajes globales de depresión de 49.8%, y de ansiedad de 58.1% (11).

En contraposición con estos datos, Wayne Katon y Peter Roy-Byrne (19) en su trabajo sobre trastornos de ansiedad, encontraron en atención ambulatoria, que cerca de una quinta parte de 965 pacientes (19,5%, 95% intervalo de confianza del 17,0% al 22,1%) tenía al menos un trastorno de ansiedad y en trastorno de pánico específicamente, refieren en esa muestra el 6,8% (95% CI, 5,3% a 8,6%).

También hallamos alguna coincidencia con estudios realizados en nuestro país (Buenos Aires), en los cuales se comprobó: un 71 % de mujeres afectadas por trastornos de ansiedad, frente a un 29 % de hombres (6), en comparación con 66 % en mujeres y el 30 % en hombres, obtenido en nuestra investigación, para la crisis de pánico. Lo cual es importante resaltar, ya que la mayoría de los estudios llevados a cabo, incluyendo el nuestro, confirman que los mayores porcentajes de esta sintomatología se dan en mujeres.

El porcentaje total de psicopatología en nuestra investigación resulto de 84.5% (77.0 – 91.9) para las mujeres, y 71.4% (58.7- 84.2) para varones, porcentajes

comparables con uno de los estudios de mayor prevalencia en este sentido (al menos, registrado por nosotros), que arrojó un 66.19% de pacientes con alteraciones y fue realizado en Colombia en 1988 en el Hospital Samper Mendoza (13).

Concluimos afirmando que la prevalencia obtenida en nuestra investigación es una de las más altas con respecto a estudios similares, realizados con anterioridad. Igualmente, cabe aclarar que las altas cifras obtenidas en nuestro estudio, se deben posiblemente a que no se trabajó de forma exclusiva sobre el diagnóstico de trastornos, sino sobre la detección de síntomas relacionados a ansiedad y trastorno depresivo, extraordinariamente frecuentes en la población general (16) y que muchas veces preceden al trastorno en sí (18). Por otra parte, si bien en el protocolo elaborado abarcaba todos los trastornos de ansiedad, en el análisis final, tuvimos en cuenta sólo los mencionados; en la mayoría de los casos debido a la complejidad de los trastornos estudiados, la variabilidad sintomática y la frecuente negación por parte de los participantes a aceptar padecer tales patologías (pese al anonimato garantizado del estudio) y en otro caso, como el trastorno por estrés postraumático, por la ausencia inadvertida de algunos criterios en el cuestionario confeccionado. Basado en la similitud de algunas prevalencias, concluimos, que la aplicación de un cuestionario fundamentado estrictamente en el DSM-IV, como el confeccionado por nosotros, es una herramienta válida que permitiría orientar al profesional médico no especialista, hacia un diagnóstico presuntivo de los trastornos analizados y que en cambio para obtener una detección más certera de dichos trastornos o del resto (trastornos no analizados), sería necesario una anamnesis más detallada, un segundo cuestionario mejorado y corregido, otra muestra poblacional (estudiantes de otra carrera) u otra herramienta.

Es frecuente que el médico clínico, sea el primero en detectar estos casos, y también que el paciente se resista a consultar al especialista, siendo que estos trastornos requieren una evaluación neuropsiquiátrica completa y planes de tratamiento individuales, no necesariamente para una cura definitiva, sino para lograr una estabilización más perdurable del paciente.

El protocolo elaborado, no constituye en absoluto una herramienta validada por este estudio, creemos que solo nos orienta a detectar pacientes con rasgos de las alteraciones mencionadas, que por supuesto deben ser evaluados más exhaustivamente y eventualmente tratados, debido al sufrimiento y alteración de la calidad de vida que estos trastornos producen en el paciente y su familia.

Teniendo en cuenta además, la alta comorbilidad de los trastornos de ansiedad y trastornos depresivos con otras patologías clínicas y psiquiátricas, resulta de capital importancia la prevención, detección temprana y tratamiento en personas jóvenes.

A la luz de los resultados obtenidos: ¿Debemos alertarnos por la magnitud de los mismos? Pensamos que los resultados de nuestro trabajo, si bien no son estadísticamente comparables con los de la población general, son útiles para el análisis de la salud mental en el medio universitario y como guía para planear estudios longitudinales. Por tanto, creemos que se requieren investigaciones de mejor diseño para confirmar los hallazgos aquí expuestos y la intervención, mediante actividades de promoción, prevención e identificación de casos, en las facultades de medicina.

BIBLIOGRAFÍA:

- (1). Harold I. Kaplan, Benjamín J. Sadok - Sinopsis de Psiquiatría, Ciencias de la conducta – Psiquiatría clínica; Editorial Médica Panamericana; 8ª ed., 1999; 2: 20-32.
- (2). Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Resolución E120. R20. Salud Mental. La 120ª Reunión del Comité Ejecutivo. 1993; 4: 59-86
- (3). American Psychiatric Association, DSM IV, Manual de Clasificación y Diagnóstico. 5ª ed. Barcelona: Ed. Masson; 1999; 136-148.
- (4). Gelder M, Mayou R - Oxford Psiquiatría, 2º ed., España, Editorial Marbán, 2000.
- (5). Hidalgo EJ, Cendali JM, Cerutti MA, Cuenca JGD, Kappaun BN. Prevalencia de depresión en estudiantes de 5to año de la Facultad de Medicina de la UNNE. Universidad nacional del nordeste. En <http://www.Unne.Edu.Ar/Web/Cyt/Com2004/3-Medicina/M-066>
- (6). Centro IMA Centro de Investigaciones Médicas en Ansiedad. En: http://www.centroima.com.ar/art_prensa.asp. en Capital Federal. 2003.
- (7). Instituto de Investigaciones Epidemiológicas. Academia Nacional de Medicina. Buenos Aires. En: http://epidemiologia.ar11.toservers.com/pdf/publicaciones_cie/2001/Trastornos_Ansiedad_adolescentes_2001.
- (8). Festorazzi Acosta A, Rodríguez AL, Lotero Javier A. Epidemiología de los trastornos de ansiedad y depresión en adolescentes de una población rural. Revista de Posgrado de la VI a Cátedra de Medicina. N° 184. 2008; 184: 1-9.
- (9). Czernik GE, Dabski MF., Canteros JD, Almirón, LM. Ansiedad, depresión y comorbilidad en adolescentes de la ciudad de corrientes. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. 2006; 162: 1- 4.
- (10). Alcmeon Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica Año XV, 2005; 12
- (11). Amézquita Medina ME, González Pérez RE, Zuluaga Mejía D. Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas, año 2000. Revista Colombiana de Psiquiatría, 2003; 32: 341-356
- (12). R Jalil CA. Ansiedad y depresión en estudiantes de medicina de la Universidad CES. Medellín; 1990. Revista Colombiana de Psiquiatría, 1990; 19: 52-63.
- (13). Falla Guavita P M; Sanabria Ferrand PA. Rev. Prevalencia de sintomatología depresiva en una población estudiantil de la Facultad de Medicina de la Universidad Militar Nueva Granada. Rev. Fac. Med. (Bogotá); 2006; 54: 76-87
- (14). Hernández JP, et al. Ansiedad y depresión en estudiantes de medicina de la Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín; 1996.
- (15). Tyrer P, Alexander J, Remington M, Riley P. Relationship between neurotic symptoms and neurotic diagnosis a longitudinal study. Journal of Affective Disorders, 1987. 13: 13-21.
- (16). Vallejo Ruiloba J. Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría, 5ª edición. Trastornos de angustia. 2002; 25: 373-388
- (17). Romero GM, González G., Rojas JC, Ballesteros J, Ramírez M. Prevalencia de psicopatología en 142 usuarios nuevos en el servicio de consulta

externa de medicina general del centro de salud N° 6. Revista del Hospital Mental de Antioquia 1990; 17: 16-20
(18). Cía AH. La Ansiedad y sus Trastornos, Manual Diagnóstico y Terapéutico. Buenos Aires: Editorial Panamericana; 2002; 83-157.
(19). Katon W, Roy-Byrne P. Anxiety Disorders: Efficient Screening Is the First Step in Improving Outcomes. Annals of internal Medicine 2007, 146: 390-392

Referencias Curriculares:

MOTTA RICARDO LUIS¹;
HIDALGO PABLO MARCELO²;
GOLA VERÓNICA³;
ORTIZ PATRICIA⁴
MIATELLO ROBERTO⁵

.....

¹Médico Clínico. Profesor Titular de la Cátedra Medicina Interna. FCM. Univ. Nac. Cuyo. Jefe de Sección Servicio de Clínica Médica, Hospital Central, Min. Salud. Mendoza. Dirección postal: Mar del Plata 1405 (5519) Dorrego. Guaymallén- Mendoza. Tel.: (54-0261) 4312919.
e-mail: motta_ricardo@yahoo.com.ar

²Médico Generalista. Egresado. FCM- Univ. Nac. Cuyo. Postgrado en Medicina Ambulatoria. Docente en Univ. Nac. Cuyo. Auditor Médico O.S.P.R.E.R.A. Mendoza.
Dirección postal: 25 de Mayo 1086 (5501) Godoy Cruz - Mendoza. Tel.: 0261-4284921.
e-mail: dr.pablohidalgo@gmail.com

³Médica Concurrente de Psiquiatría, Hospital El Sauce, Ministerio de Salud. Mendoza.

⁴Médica Psiquiatra. Servicio C de internación Psiquiatría, Hospital El Sauce, M. Salud, Mendoza. Área de Psiquiatría. FCM. Univ. Nac. Cuyo. Mendoza

⁵Bioquímico. Área de Fisiopatología. FCM. Univ. Nac. Cuyo. Mendoza

ANEXO 1:

PROTOCOLO DIAGNÓSTICO BASADO EN LA CLASIFICACIÓN DEL DSM IV Y SUS CRITERIOS CLÍNICO-DIAGNÓSTICOS.

Responda marcando con una cruz la opción correcta, y escriba o aclare todo lo que usted crea pueda ser de utilidad.

Sexo: F M Edad:..... Ocupación:.....

¿Vive solo/a? Sí No , en zona urbana rural

¿Hace alguna actividad física? Sí ¿Cuál/cuáles?.....

No

1- Alguna vez ha presentado miedo o malestar aislados, acompañado de alguno de los siguientes síntomas o sensaciones, los cuales aparecieron de forma brusca, como una crisis y que alcanzaron su mayor intensidad a los 10 minutos.

Palpitaciones o sacudidas del corazón o aumento de la frecuencia Sí No

Sudoración Sí No

Temblor o sacudidas Sí No

Sensación de ahogo o falta de aliento Sí No

Sensación de atragantarse Sí No

Opresión o malestar torácico Sí No

Náuseas o malestar abdominal Sí No

Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (sensación de estar separado de uno mismo) Sí No

Inestabilidad o mareo o desmayo Sí No

Miedo a perder el control o a volverse loco Sí No

Miedo a morir Sí No

Parestesias (sensación de hormigueo o entumecimiento) Sí No

Escalofríos o sofocaciones Sí No

2- ¿Aparecen de forma aislada y se repiten varias veces? Sí No

Si su respuesta anterior fue afirmativa, durante más de un mes:

¿Le ha inquietado que se vuelvan a repetir las crisis? Sí No ,

Le ha preocupado las consecuencias que le pueda ocasionar la aparición de una crisis Sí No ,

Ante la aparición de la crisis, ¿Ha notado un cambio significativo en su comportamiento? Sí No ,

3- ¿De lo respondido en el punto anterior, lo padeció cuando se hallaba en lugares públicos y/o previos a concurrir a ellos? Sí No

Siente miedo a sufrir una crisis de pánico en lugares públicos Sí No , evita estas situaciones Sí No

4- Recuerda la situación en que comenzaron las sensaciones mencionadas en el punto 1:

Sí ¿qué sucedió?..

.....

No

5- ¿Recuerda alguna situación en la que haya sentido peligro por su vida o la de algún ser querido, y que eso influya en su ritmo de vida normal?

Sí ¿qué sucedió?.....

.....

No

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA
SALUD MENTAL, PSICOLOGÍA Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE
Y SU FAMILIA
DIRECTOR PROF. DR. HÉCTOR S. BASILE**

Si a lo anterior respondió afirmativamente:

¿Revive con miedo e impotencia continuamente ese momento? Sí No ,

¿Cuánto tiempo hace que se siente mal por eso?..... o ¿cuando aparecieron los síntomas luego del suceso y cuanto duraron?

Tiene alteraciones en el sueño Sí No , dificultades para concentrarse Sí No , ataques de ira Sí No , está irritable Sí No .

6- Siente temor acusado, persistente, excesivo e irracional al.....

a) estar en lugares públicos Sí No , estos acontecimientos se acompañan de crisis de angustia Sí No ,

b) estar en reuniones con mucha gente Sí No , necesita ir a estas acompañado por alguien Sí No , evita estas situaciones Sí No ,

c) al sentirse expuesto con mucha gente a su alrededor Sí No

d) al hablar en público Sí No

e) al viajar en micro o avión Sí No

f) ante algún animal Sí No

g) en lugares cerrados Sí No

h) si hay tormenta Sí No

i) al ver sangre o a alguien lastimado Sí No

j) otro, menciónelo.....

7- Alguna de las siguientes actividades le ocupa más de una hora por día:

Lavarse las manos Sí No

Ordenar reiteradamente las mismas cosas Sí No

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA
SALUD MENTAL, PSICOLOGÍA Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE
Y SU FAMILIA
DIRECTOR PROF. DR. HÉCTOR S. BASILE**

Verificar que la llave de gas o la puerta estén bien cerradas Sí No

Otra actividad repetitiva, menciónela.....

8- Durante la mayoría de los días en un período de seis meses ha sentido alguno de los siguientes síntomas.

a) inquietud o impaciencia Sí No

b) irritabilidad Sí No

c) cansancio fácil Sí No

d) dificultad para concentrarse Sí No

e) dificultades para dormir Sí No

f) tensión muscular Sí No

9- ¿Tiene antecedente de alguna/s enfermedad/es?

Sí ¿Cuál/cuáles?.....

No

10- ¿Padece actualmente alguna/s enfermedad? Sí

¿Cuál/cuáles?.....

No

11- ¿Consume alguna sustancia como alcohol, fármacos, tranquilizantes u otra sustancia en exceso?

Sí

¿Cuál/cuáles?.....

No

12- ¿Qué medicamento/s toma actualmente?

Menciónelos.....

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA
SALUD MENTAL, PSICOLOGÍA Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE
Y SU FAMILIA
DIRECTOR PROF. DR. HÉCTOR S. BASILE**

13- Ha presentado durante por lo menos dos semanas seguidas:

- a) estado de ánimo deprimido, triste o abatido Sí No
- b) desinterés o falta de voluntad para cumplir con las actividades diarias la mayor parte del día Sí No ; incapacidad para disfrutar y sentir placer
Sí No
- c) pérdida de peso en ausencia de régimen o aumento de peso, o variaciones en el apetito Sí No
- d) reducción o aumento de la duración y profundidad del sueño Sí No
- e) lentitud motora o agitación Sí No
- f) fatiga y pérdida de energía Sí No
- g) sentimientos de inutilidad o culpa excesivos Sí No ;
- h) pesimismo, autorreproches y/o auto desvalorización Sí No
- i) dificultades para concentrarse y pensar, o indecisión Sí No
- j) pensamientos recurrentes de muerte o ideas suicidas Sí No

Los síntomas anteriores los presenta en estos momentos Sí No

Muchas gracias por llenar este protocolo, luego le daremos una devolución del conjunto.

Referencias Curriculares: Médico generalista. Egresado Fac Cs. Médicas, Univ. Nacional de Cuyo. Postgrado en Medicina Ambulatoria. Docente en la Univ. Nacional de Cuyo. Auditor Médico OSPRERA, Mendoza.

Dirección Postal: 25 de Mayo 1086 (5501) Godoy Cruz, Mendoza

E-mail: drpablohidalgo@gmail.com – hidalgopablo.med@gmail.com