



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA

**Perfil clínico epidemiológico del Trastorno de Ansiedad en Adolescentes. Hospital
Regional Docente de Trujillo 2008 – 2018**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
Médico Cirujano**

AUTORA:

Ríos Zea, Rocío Lucero (ORCID: 0000-0002-9862-1934)

ASESORA:

Dra. Llaque Sánchez, María Rocío Del Pilar (ORCID: 0000-0002-6764-4068)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

SALUD MENTAL

TRUJILLO – PERÚ

2019

DEDICATORIA

A MIS PADRES

Muchas gracias a ellos por su indesmayable apoyo, sus enseñanzas y sus cuidados constantes, no solo durante mi formación como médico, también durante toda mi existencia, por ser desde lejos mi fuerza esencial durante estos años, por que aun en la distancia no hubo día en el que me sintiera desprotegida, por su infinito amor y dedicación haci mi. Que Dios los bendiga siempre.

A MI HERMANO

Por acompañarme en cada paso dado desde el inicio de mi carrera, por ser mi guía y soporte, por darme la mano en días buenos y malos, por su confianza, palabras de apoyo y su amor incondicional, aun en la distancia.

Que Dios bendiga su camino.

RÍOS ZEA, ROCÍO LUCERO

AGRADECIMIENTO

A DIOS

Por haberme permitido que hoy en día pueda lograr mi objetivo fundamental, el cual inicie hace algunos, el ser un profesional de medicina con valores y sapiencia tratando de ayudar a preservar la salud de mis semejantes.

A MIS ASESORES:

Gracias Dra. María Rocío Del Pilar Llaque Sánchez por el asesoramiento para el desarrollo de mi tesis, su tiempo, preocupación y dedicación fueron importantes para la culminación de este trabajo, que Dios siempre la proteja e ilumine.

Gracias Dra. Conchita del Pilar Asenjo Pérez por su apoyo en la concretización de mi tesis, su aporte profesional y experticia ha enriquecido este trabajo de investigación.

A MIS DOCENTES:

Gracias a los docentes de mi Alma Mater, la Universidad Cesar Vallejo, que gracias a ellos, logré no solo por el aprendizaje académico, sino me mostraron sus experiencias de vida y serán para mí un ejemplo a seguir, formándome con principios humanísticos, con el propósito de alcanzar el bienestar y salud de la comunidad a donde vaya.

RÍOS ZEA, ROCÍO LUCERO

Página del jurado

	ACTA DE APROBACIÓN DE TESIS	Código : F07-PP-PR-02.02 Versión : 09 Fecha : 23-03-2018 Página : 1 de 1
---	------------------------------------	---

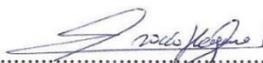
El jurado encargado de evaluar la tesis presentada por don (a): **Ríos Zea, Rocío Lucero**, cuyo título es: **PERFÍL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD EN ADOLESCENTES. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO 2008 – 2018.**

Reunido en la fecha, escuchó la sustentación y la resolución de preguntas por el estudiante, ortográficamente calificado de: 1.3.4. (número)TPECE 4.0/10.....
.....(letras)

Lugar y fecha: Trujillo, 20 de Mayo del 2019



.....
Mg. Angeles Reyes, Peter.
PRESIDENTE



.....
Dra. Llaque Sánchez, María Rocío del P.
SECRETARIO



.....
Mg. Polo Gamboa, Jaime
VOCAL

Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Responsable del SGC	Aprobó	Vice Rectorado de Investigación
---------	----------------------------	--------	---------------------	--------	---------------------------------

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo, **Ríos Zea, Rocío Lucero** con DNI N° **72763946** a efecto de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Medicina, declaro bajo juramento que toda la documentación que acompaño es veraz y auténtica.

Así mismo, declaro también bajo juramento que todos los datos e información que se presenta en la presente tesis son auténticos y veraces.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas de la Universidad César Vallejo.



Ríos Zea, Rocío Lucero

DNI: 72763946

Lugar y Fecha: Trujillo, 30 de Mayo del 2019.

PRESENTACIÓN

Señores miembros del Jurado:

En cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo presento anteustedes la Tesis titulada: **“PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD EN ADOLESCENTES. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO. 2008 – 2018”**, la misma que someto a vuestra consideración y espero que cumpla con los requisitos de aprobación para obtener el título Profesional de Médico Cirujano.

LA AUTORA

ÍNDICE

Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento	iii
Página del jurado	iv
Declaratoria de autenticidad	v
Presentación.....	vi
Índice	vii
Resumen	viii
Abstract	ix
I. INTRODUCCIÓN	01
II. MÉTODO.....	12
2.1. Tipo y diseño de investigación	12
2.2. Operacionalización de variables	10
2.3. Población, muestra y muestreo.....	15
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.....	15
2.5. Método de análisis de datos.....	17
2.5. Aspectos éticos	17
III. RESULTADOS	18
IV. DISCUSIÓN	24
V. CONCLUSIONES	28
VI. RECOMENDACIONES.....	29
REFERENCIAS.....	30
ANEXOS.....	34

RESUMEN

Se estudió el perfil clínico epidemiológico del trastorno de ansiedad en adolescentes de 11 a 18 años atendidos en el Departamento de Salud Mental del Hospital Regional Docente de Trujillo del 2008 – 2018. El estudio descriptivo tuvo 372 casos. La prevalencia fue 3.8/100 pacientes y la incidencia de 3.2/100 pacientes. El 60.2% presentaron trastorno de ansiedad generalizada, fobias sociales (18.8%), ansiedad paroxística episódica (9.1%) y fobias especiales (7.3%). El 55.9% fueron varones, predominaron los adolescentes de 15 a 18 años, 89.9% procedió de zonas urbanas, el 4.5% tuvo maltrato físico, 3.2% antecedentes familiares de ansiedad, 9.9% pensamiento suicida, 6.2% desarrollaron trastornos depresivos y 1.1% hizo abuso de sustancias. Conclusiones: La incidencia anual fue de 3.2 /100 y la prevalencia 3.8/100. Predominó el trastorno de ansiedad generalizada, sexo masculino, las edades entre el 15 a 18 años, la mayoría viven en zonas urbanas, las complicaciones más frecuentes fueron pensamiento suicida Y trastornos depresivos. Solo hubo 10 % de recidivas.

Palabras clave. Perfil clínico, trastorno de ansiedad, adolescentes.

ABSTRACT

This study was of the epidemiological-clinical-profile of anxiety-disorder in teenagers aged 11 to 18 years treated at the Department of Mental Health of the “Hospital Regional Docente” Teaching Hospital in Trujillo from 2008 to 2018. This descriptive study had 372 cases. The prevalence was 3.8/100 patients and the incidence 3.2/100 patients. 60.2% had general anxiety disorder, 18.8% social phobias, 9.1% panic disorder and 7.3% special phobias. 55.9% were male, the majority teenagers aged 15 to 18 years, and 89.9% came from urban areas. 4.5% suffered from physical abuse, 3.2% had a family history of anxiety, 9.9% showed suicidal thinking, 6.2% developed depressive disorders and 1.1% abused substances. Conclusions: The annual incidence was 3.2/100 and prevalence 3.8/100. General anxiety disorder prevailed, most were male, aged 15 to 18 years, from urban areas, and the most frequent complications were suicidal thinking and depressive disorders. There was only 10% relapse.

Keywords. clinical profile, anxiety disorder, teenager

I. INTRODUCCIÓN

El trastorno de ansiedad, es uno de las patologías dentro del rubro de salud mental con mayor incidencia a nivel del mundo. Estadísticamente existe una elevada relación de los trastornos de ansiedad con los trastornos depresivos, al tener una similitud en cuanto a su fisiopatología y se ha demostrado que también tienen similitud clínica. En una meta análisis que se llevó a cabo buscando la comorbilidad entre estas dos patologías de salud mental, se evidenció que 58% de los pacientes que cursan con trastorno depresivo, presentaban alguno de los tipos de trastorno de ansiedad.¹

Este problema de salud es universal; así que según se evidenció en el Estudio Nacional de Salud Mental el cual fue desarrollado en el año 2003, muestra y revela que aproximadamente el 40,1% de la población que habita en Colombia ha sido diagnosticado con algún trastorno psiquiátrico a los 18 años, y de estos los trastornos de ansiedad han encabezado la lista, dando un porcentaje de 20 %.²

En un estudio peruano sobre la edad de inicio de trastornos mentales, se obtuvo como resultado que las patologías que engloban los trastornos de ansiedad, muestran ser los más comunes y además se determinó que el trastorno de ansiedad es la patología que aparece a más temprana edad (15 años).³

Olofsdotter S, et al (Dinamarca, 2016), evaluaron los trastornos de ansiedad entre los jóvenes. Fue una investigación clínica. El grupo de estudio incluyó 125 adolescentes de los cuales 57.6% fueron mujeres donde se mostró que la prevalencia era mayor entre las edades de 12 y 18 años. La prevalencia de los trastornos de ansiedad individuales fueron los siguientes: ansiedad social, 27,2%; ansiedad generalizada, 17,6%; Fobia específica, 16,8%; trastorno de pánico, 9.6%; agorafobia, 9.6%; trastorno de ansiedad clasificada por separación, 4.0%; y trastorno de ansiedad sin especificar, 1,6%. Concluyeron asociaciones significativas con el sexo donde las mujeres cumplen con los criterios para el diagnóstico, se encontraron en todas las enfermedades de ansiedad, excepto la ansiedad de tipo generalizada y el trastorno de pánico.⁴

Marín-Ramírez A. et al (México, 2015); en 56 alumnos detectaron la presencia de sintomatología de fobia social en 15.4% (8), siendo el porcentaje más alto detectados en la bibliografía, independientemente si los estudios utilizaron criterios diagnósticos del DSM-

IV o auto informes, incluso menciona mayor prevalencia en mujeres. Asimismo, confirmaron que existe una multitud de otras variables que pueden estar relacionadas con la ansiedad social, que van desde la obesidad y el déficit de atención con hiperactividad, y llegan hasta las que se muestran relacionadas con la vulnerabilidad de aspecto genético y las que se han asociado también al efecto de las experiencias ambientales en el rubro de aprendizaje y el comportamiento del niño.⁵

Ochando P. (España, 2012); analizó que en las tasas en las que se mostraban la prevalencia de la enfermedad por trastornos de ansiedad, mostraba una variación considerablemente de un trabajo a otro trabajo en función al diseño del estudio de rubro epidemiológico, además de los criterios diagnósticos empleados y también de la fuente de información que había sido empleada en el estudio final. Las enfermedades relacionadas a los trastornos de ansiedad representaban la mayor prevalencia en relación a todos los tipos de trastornos dentro del grupo de la infancia y la adolescencia, que estaban muy por encima de los lo que se refería a trastornos de conducta y de la depresión. Las investigaciones epidemiológicas demuestran que en cuanto a la prevalencia de los mencionados trastornos oscila aproximadamente entre un 3 y un 18/100 habitantes.⁶

Vicente B. et al (Chile, 2012); realizaron una investigación de tipo epidemiológico psiquiátrico que abarcaba las etapas donde se encontraban niños y adolescentes, donde se evidenció que la prevalencia que mostraba el trastorno de ansiedad fue 3.2 por 100 habitantes, siendo la ansiedad generalizada la de mayor porcentaje, siendo dicha frecuencia mayor personas del sexo femenino en diferencia del sexo masculino (5.3 y 1.2 por 100 habitantes) respectivamente. Dentro de los tipos de trastorno de ansiedad, el que más destaco fue la de tipo de ansiedad generada por separación, siendo aproximadamente 4.8% del total, seguida del trastorno generalizado.⁷

Vivar R. et al (Perú, 2016); en un estudio de tipo epidemiológico realizado en niños y adolescentes de Lima Metropolitana, el cual fue efectuado por el Instituto Nacional de Salud Mental, en el 2007, se halló una prevalencia dada por los trastornos de ansiedad, en pacientes adolescentes (11-18 años), de 16.6 por cada 100 pacientes; de los cuales con 5.6 por cada 100 presentaron fobia específica, 5.2 por cada 100 tuvieron Trastornos de Ansiedad Generalizada (TAG), 3.4 por cada 100 expresaron de fobia social, 1.9 por cada 100 tuvieron trastorno de

ansiedad de separación y 0.5 por cada 100 trastorno de angustia con agorafobia. Además, se corroboró lo reportado en otras investigaciones, en relación a mayor prevalencia de todos tipos de trastorno mental en el sexo femenino.⁸

Pomalima R. et al (Perú, 2012); reportaron que más o menos el 13% de pacientes niños y adolescentes cuyas edades oscilaban entre los 9 y 17 años de edad experimentaban algunos de los tipos de trastorno de ansiedad; siendo la población femenina quien se veía más afectada en relación a los niños. Cerca de casi la mitad de la población de niños y adolescentes con estos tipos de trastornos se asociaban a un otro segundo trastorno de tipo de ansiedad o de otro trastorno de tipo mental o también de comportamiento, como era la depresión. Además, se mostró que los trastornos de ansiedad podían coexistir con algunos de los trastornos de salud físicos que ameritaban tratamiento. En el mismo trabajo se sustentan que para los síndromes clínicos, se mostraba una escala indicaba un puntaje mayor para las conductas de forma agresivas y problemas de conducta para los adolescentes de sexo masculino, en dicho caso predominó el trastorno de ansiedad generalizada, además de los episodios depresivos y no se alejaba el trastorno negativista desafiante en pacientes adolescentes de la edad de 15 a 18 años, sobretodo más en pacientes mujeres. Es importante mencionar que las tendencias que involucraban problemas alimentarios se mostraron mayormente en las pacientes adolescentes de 15 a 18 años de edad.⁹

Saavedra J. et al (Perú, 2009); Aproximadamente se evidencia que el 13% de pacientes de edad infantil y adolescentes cuyas edades oscilan entre los 9 y 17 años de edad, la investigación muestra que experimentan algunos de los tipos de trastornos de ansiedad; siendo la población femenina que más se afecta en relación a la población del sexo masculino. Cerca de más o menos la mitad de los pacientes niños y adolescentes con estos tipos de trastornos padecen además un segundo trastorno también de ansiedad o de otro trastorno de tipo mental o del comportamiento, como es el caso de la depresión. Además, hace hincapié que los trastornos de ansiedad también pueden coexistir con los trastornos de salud físicos en la que es necesario exista algún tipo de tratamiento.

En la Selva, mencionan que la frecuencia del trastorno de ansiedad generalizada fue del 1.1% en adolescentes, siendo un 3.0% en Ucayali y 1.15 en Loreto.¹⁰

La OMS describe en su definición a la etapa de la adolescencia como el periodo de desarrollo

humano y crecimiento el cual se produce después de la etapa de la niñez y antes de la edad adulta, en la cual se ve el intervalo entre los 10 años de edad y los 19. Esta etapa se considera una de las etapas de transición que es considerada las más importante en la vida del ser humano, y la misma se caracteriza por contar con un ritmo bastante acelerado de cambios y del crecimiento. ¹¹

Es importante mencionar que en la etapa de la adolescencia es incluida una serie de cambios que se dividen en hasta tres niveles fundamentales. Dentro de estos tres pilares mencionaremos como primero el nivel que evalúa; El Físico: en este se evidencia la adquisición de las características sexuales secundarias y de la capacidad reproductiva. En el aspecto de tipo psicológico: se muestra que el adolescente vive un proceso de construcción y de la búsqueda de su identidad. Este último mencionado, la identidad, cuenta con muchos componentes, dentro de los mismos: la identidad moral e ideológica, la identidad vocacional, afectiva y sexual, las habilidades mostradas en la interacción social y en última instancia, mas no menos importante la autoimagen corporal, el auto concepto y la autoestima. En el aspecto social: ellos buscan hallar la independencia de los padres y en conjunto se desarrollan vínculos en el ámbito extra familiar. ¹²

De forma internacional, se clasifica y define a los trastornos de ansiedad como aquellos que evidencian síntomas autonómicos, de conducta y psicológicos, lo cual se debe primariamente a las que muestran manifestaciones de ansiedad, los cuales no deben ser secundarios a otra sintomatología, como son los síntomas obsesivos y los trastornos de percepción. En este enfoque, los síntomas que nos pueden ayudar a detectar los trastornos de ansiedad en los pacientes de la etapa adolescente son los mostrados a continuación: pensamientos negativos, preocupación, temor, inseguridad, y el temor anticipado ante los llamados hechos que se vivencian como de «difícil tránsito». Estos a su vez se acompañan de sintomatología somática: taquicardia, cardiovasculares, sensación de falta de aire, hipertensión arterial, y dificultades respiratorias, gastrointestinales las cuales se evidencian como algia abdominal, sequedad de boca, cólicos, transpiración profusa, contracturas musculares y cefaleas.¹ El trastorno de ansiedad, es definida como miedo o aprensión, la ansiedad no se considera patológica, se da durante toda la vida y puede ser una conducta adaptativa (p. ej., la ansiedad percibida durante un accidente de tráfico).¹³

La evitación es la característica de forma principal que muestran los trastornos de ansiedad. Se evalúa que, en la mayoría de los casos, la evitación se manifiesta por estímulos, lugares y también situaciones específicas, mas también puede implicar algunas formas más sutiles de evitación, tales como las actividades ritualizadas, la incertidumbre, y el retraimiento. Estos comportamientos mencionados son lo relativamente consistente en todos los tipos de trastornos, pero lo que marca la diferencia clave entre los otros tipos de trastornos específicos es lo que inicia, o el detonante de esta evitación, la cual en la mayoría de los casos generalmente va a lado de componentes afectivos de timidez, angustia o de temor.¹⁴

Los trastornos de ansiedad que inician en la adolescencia en la infancia se clasifican en: hipersensibilidad social y trastorno de rivalidad entre hermanos, ansiedad fóbica y ansiedad por separación (Anexo 1). Solo entra en consideración como específico de la etapa de vida infantil el trastorno clasificado como ansiedad por separación. Los restantes de los trastornos de ansiedad se han delimitado para niños y adultos según un diagnóstico sindrómico común. En esta instancia, los llamados trastornos de ansiedad incluyen: y el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), las reacciones a estrés agudo, el trastorno por estrés postraumático (TEP), las fobias, el trastorno de pánico, y el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), excluyendo de esta forma a los síndromes de ansiedad por uso de sustancias o secundaria a patología médica.¹⁴ (Anexo 2)

En relación a los factores que involucran riesgo tenemos: factores hereditarios; donde se corrobora que como la ansiedad se puede mostrar de manera hereditaria; parientes de que se encuentren en primer grado de personas que presenten trastornos de ansiedad tienen un elevado riesgo, significativamente mayor de manifestar trastornos del ánimo, así como también trastornos de ansiedad. Lo mismo puede ocurrir de manera más específica, con la ansiedad presentada en adolescentes y en niños. Los adultos con trastornos de ansiedad son más propensos a tener niños ansiosos, y los niños ansiosos son mayormente propensos a tener padres que cursen con trastornos de ansiedad.

Una acción similar se crea de manera más general para el temperamento relacionado con el ámbito de la ansiedad. Los niños inhibidos son los más propensos a presentar padres con diagnóstico de trastornos de ansiedad y del ánimo, por otro lado, los adultos que presentan trastornos de ansiedad son de igual manera más propensos a tener hijos que se muestren altamente inhibidos.¹⁵

En algunas personas con fobia social, se vio que eran más susceptibles y propensas a tener parientes que sean de primer grado diagnosticado con el mismo trastorno; otras investigaciones y trabajos no nos han mostrado tener esa especificidad. Se puede decir entonces que, a nivel familiar, la transmisión puede mostrar también influencias ambientales y un tanto genéticas. Se determina que aproximadamente alrededor del 40% de la variación en el diagnóstico de ansiedad y la sintomatología del mismo, está mediado por numerosos factores genéticos; esto se ha estimado en los casos en que es aún mayor si se llega a considerar la estabilidad que muestra la ansiedad a través del tiempo, y durante la etapa de la infancia se han obtenido resultados similares. Hasta la actualidad no se ha mostrado que exista evidencia la cual asocie que cualquier gen individual que sea específico con la ansiedad; y se han estudiado numerosos genes, pero los más estudiados son los (5HTTLPR) de la región promotora del gen transportador de serotonina. Mas, sin embargo, los polimorfismos que este gen presenta se han asociado con numerosos trastornos y es poco probable que este pudiera desempeñar y desarrollar a nivel de la ansiedad, un papel específico.¹⁶

También se requiere conocer si en el aspecto de los entornos del ámbito familiar perturbados ellos juegan y manejan algún papel en el desarrollo de la ansiedad de la etapa infantil; al respecto existe una gran cantidad de estudios e investigaciones de forma longitudinal que evalúa el impacto, que se muestra a largo plazo, de la violencia familiar y la angustia, el abuso sexual y físico, el divorcio o separación de los padres, aunque pocos de los trabajos se han centrado específicamente y con claridad en los trastornos que engloban la de ansiedad.¹⁷

En general, se hace notar que la violencia familiar, el maltrato físico y en mayor medida el abuso sexual, son los causantes de que se pueda producir un aumento en relación de la la ansiedad en los pacientes de la etapa de la niñez. Mas, sin embargo, es muy probable que dicho aumento sea muestre de manera temporal y no se muestra del todo claro si todos estos tipos de factores han contribuido y siguen contribuyendo de forma significativa a el

desarrollo de todos los trastornos de ansiedad a más plazo largo. Incluso sumamente importante aún, es visible que estos tipos de factores aumentan el riesgo de la variada psicopatología infantil y se muestran de manera inespecífica, probablemente en menor cantidad que los trastornos de ansiedad.¹⁷

Eventos de forma vital; a pesar de haber existido una gran cantidad de estudios e investigaciones que evalúan el papel de los eventos de forma vital negativos en la vida a partir de la aparición de los llamados trastornos de ansiedad en el paciente de etapa adulta (principalmente la agorafobia), existe un número reducido de investigaciones que hayan evaluado y estudiado los mencionados eventos de la vida en la ansiedad de la etapa infantil. Esto puede ser atribuidos a que la ansiedad que se desencadena en la etapa infantil muy a menudo se desenvuelve en un contexto de un temperamento que se encuentra inhibido y es relativamente poco usual un inicio claro y repentino. La evidencia nos muestra y sugiere que los pacientes en edad infantil ansiosos nos reportan un número mayor de eventos negativos a lo largo de su vida y que además estos muestran un impacto mayor que en los niños que no presentan los trastornos de ansiedad.¹⁷

Por el contrario, se demuestran que el hecho de que los niños que se muestran ansiosos presenten una cantidad elevada de eventos negativos a diferencia que los niños que no muestran ansiedad no necesariamente quiere decir que estos eventos sean los causantes o sean los que desencadenen el inicio de su ansiedad. Datos han sugerido que se observa una diferencia mayor, en los que son llamados eventos de forma “dependiente” a la vida. Estos eventos que son dependientes pueden ser el resultado que establece la conducta del niño (p. ej.: si el niño no estudió, es propenso a sacar mala nota en una prueba). Entonces nos podemos dar cuenta de que, es muy probable que esta ansiedad presentada en la etapa infantil conduzca a muchos de los eventos más negativos que presenten a lo largo de la vida, tal vez debido a la evitación asociada a la ansiedad y la preocupación. Evidentemente también se demuestra que es posible que, durante este aumento en la tensión, y a su vez, pueda ayudar a mantener e incluso causar un aumento la ansiedad.¹⁸

En los sesgos cognitivos, donde los niños que son ansiosos evidencian un incremento de las expectativas de amenaza y de las creencias. Es hasta cierto lugar un reflejo del diagnóstico, mas, se postula de igual manera que esto llega a representar una característica imprescindible

para mantener el trastorno durante el tiempo. A pesar de que existe una superposición considerable, es en cierta forma que las expectativas de las amenazas son específicas. Es como decir, que los niños que presenten fobia social son los más vulnerables a experimentar el incremento de las expectativas que presente la amenaza social (p. ej.: “los niños no van a sentir afecto hacia mí”), los niños que presentan ansiedad por separación experimentan un notable aumento de las expectativas de las amenazas de forma física.¹⁹

En otro punto en el que se evalúa la relación a la clínica: se muestra que la patología de ansiedad se llega a manifestar en imposibilidad de permanecer sentado, temblor, desasosiego e inquietud. En algunas otras oportunidades, y aunque son presentadas aún más raramente, se define en la inhibición motriz, que muestra con dificultad de los adolescentes para moverse y/o hablar. La sintomatología somática que presenta la ansiedad pueden ser uno de los que afectan prácticamente a casi todos los sistemas y órganos, desde el aparato digestivo, respiratorio, cardiovascular, sistema endocrino, cutáneo, endocrino y neurovegetativo. Donde se evidencia que se disminuye el flujo sanguíneo periférico, se aumenta la frecuencia cardíaca, sale a relucir la sudoración, palidez, temblor y, se producen modificaciones en el electroencefalograma.²⁰

Las manifestaciones clínicas que presenta la ansiedad se muestran variantes, además, en función del desarrollo cognoscitivo, emocional y de la edad del sujeto. Por un lado, la inquietud a nivel motriz, la pérdida del apetito, el llanto inmotivado y los trastornos del sueño, son la sintomatología típica presentada en los niños pequeños, a los que se dará más énfasis en la expresión verbal de los miedos, la angustia, y temores, y a medida que se desenvuelva la capacidad y el lenguaje para expresar todos los sentimientos y emociones. De las ciento veintiséis dificultades de concentración y atención, los trastornos de comportamiento y los trastornos de ansiedad, son los que se han mostrado convertidos en uno de los motivos que son más frecuentes en la consulta, de la práctica diaria y que han afectado casi al 9-21% de los adolescentes y los niños.²¹

En cuanto a la denominada prevención, y mostrado el incremento de conocimiento de los riesgos como factores involucrados para el desenvolvimiento de la ansiedad infantil, se ha aumentado el interés por la probabilidad de realizar que se pueda realizar una prevención e intervención temprana. Incluso, en el creciente reconocimiento que muestra las implicaciones de la psicopatología en el rubro de la salud pública, se ha notado el incremento

de la conciencia de una elevada proporción de los pacientes de edad infantil con niveles altos de ansiedad, mas, que no han llegado a cumplir los criterios para que se evalúe un trastorno de forma real, soportando restricciones en la vida, y pueden estar sufriendo. Consecuentemente, se muestran que trabajos expuestos recientemente son los que han iniciado a evaluar algunos programas para la intervención temprana y prevención de la ansiedad. Dichos programas se han mostrado cubriendo casi todos los niveles de intervención: prescrito, selectivos y universales.²¹

Múltiples estudios son los que han evidenciado la gran eficacia de estos programas que ayudan al manejo de la ansiedad, y los cuales han sido aplicados universalmente en varias de las subpoblaciones escolar. Los programas que han solido abarcar muchas de las habilidades similares a las que fueron encontradas en los paquetes que son clínicos, incluyendo reestructuración cognitiva y exposición in-vivo, psicoeducación, técnicas de relajación; a menudo se han mostrado adicionadas a habilidades adicionales cuales las son la resolución de los problemas y la comunicación. Entonces, es factible pensar que se consideren como programas de salud emocional que apuntan a enseñar maneras amplias de manejar sus emociones perturbadoras.²²

Estos resultados en alguno de las cosas se han mostrado una leve inconsistencia, pero en gran manera la mayoría son los que han indicado disminución en la ansiedad, las cuales generalmente con tamaños pequeños efecto. Teniendo todo esto cuenta es que estos nos han demostrado ser programas universales los cuales no están destinados a atender grupos de alto o mayor riesgo, y tampoco se espera que se muestren grandes resultados e inclusive pequeños resultados en este tipo de población de manera conjunta, no siendo significativos.²²

Estos programas que son selectivos para la ansiedad enfocan su dirección están hacia aquellos niños que muestran y presentan los síntomas de ansiedad altos y moderados, más que no cumplen necesariamente con todos los criterios para establecer el trastorno. Es entonces donde la presunción evidencia que estos pequeños son acreedores un riesgo mayor de poder desarrollar en un futuro ansiedad, es por ese motivo que, el enseñarles habilidades para el manejo de la ansiedad, nos proporciona una buena alternativa y clara para la prevención. Mas, incluso si fuese el caso de que no llegaran a desarrollar alguno de los trastornos de ansiedad, el presentar angustia moderada o leve que experimentan estos

pacientes, muestra la interferencia de todo esto en su vida y los hace un blanco muy válido para el entrenamiento de sus habilidades a desarrollar, teniendo en cuenta que pocos o solo algunos de ellos han tratado de buscar ayuda de manera profesional.¹⁵

De igual manera que con los programas de forma universal, gran mayoría de las intervenciones nos muestran haber utilizado las poblaciones encontradas en las escuelas. Nos damos cuenta entonces de que existen numerosos métodos para la selección de los niños que cuenten con niveles elevados de ansiedad, pero gran número de los estudios hasta este momento han utilizado una combinación del reporte del docente y el auto reporte. El contenido de estos programas una vez más, demuestra ser idéntico (o muy similar) al de los programas que desarrollan el tratamiento clínico.²³

Entonces, en relación a lo anterior expuesto, se formuló el siguiente problema de investigación: ¿Cuál es el perfil clínico epidemiológico del trastorno de ansiedad en adolescentes de 11 a 18 años atendidos en el Departamento de Salud Mental del Hospital Regional Docente de Trujillo en el periodo 2008 – 2018?

Es importante realizar este tipo de estudio debido a que el siguiente informe de investigación buscó estudiar los problemas no transmisibles de la salud en nuestro medio, donde, dentro de este campo se encuentra el trastorno de ansiedad. Se ha visto conveniente investigar en la edad adolescente ya que según los estudios revisados se evidencian un incremento significativo en cuanto a su morbimortalidad, mostrando que el intervalo de edad presentada, es la más propensa para padecer dicha patología.⁵ Es importante recalcar que no existen estudios clínicos epidemiológicos actualizados sobre el tema, por lo tanto, es imprescindible estudiarla.

Es sumamente importante no solo conocer, e informarse constantemente sobre esta patología, sino también identificar sus factores de riesgo epidemiológicos que no se encuentren o hayan estudiado en trabajos anteriores. Este estudio nos situará de manera más acertada en nuestro medio, no solo a nivel provincial, sino llegando también a la región y al país, de esta manera se podrá determinar mejor prevención en la atención primaria al momento de la consulta externa, y se podrá evitar complicaciones en pacientes diagnosticados y ya tratados ambulatoriamente u hospitalizados.

Finalmente, los beneficios de este estudio se explayarían a nivel nacional, ya que en otros departamentos del Perú también predomina el trastorno de ansiedad como primera patología en relación a enfermedades mentales, y por tanto se muestra un interés significativo en relación al tema.

Al ser un estudio no experimental, de naturaleza solamente descriptivo simple, no se plantea hipótesis.

El objetivo general planteado fue:

Determinar el perfil clínico epidemiológico del trastorno de ansiedad en adolescentes de 11 a 18 años atendidos en el Departamento de Salud Mental del Hospital Regional Docente de Trujillo en el periodo 2008 – 2018.

Y los objetivos específicos fueron:

- Establecer la incidencia y prevalencia de adolescentes con trastorno de ansiedad en los años de estudio.
- Identificar los tipos de trastorno de ansiedad según CIE-10, en los años de estudio.
- Caracterizar la población según edad, sexo.
- Identificar las características epidemiológicas del trastorno de ansiedad como antecedente familiar de ansiedad, procedencia y factores de riesgo modificables.
- Identificar las complicaciones secundarias al trastorno de ansiedad, así como su evolución.

II. MÉTODO

2.1. Tipo y diseño de investigación:

Tipo de estudio: aplicado.

Diseño de investigación: descriptivo simple.

2.2. Operacionalización de variables:

Identificación de la variable: Perfil clínico epidemiológico del Trastorno de ansiedad.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
Perfil Clínico Epidemiológico del Trastorno de Ansiedad	Conjunto de datos estadísticos, demográficos, factores de riesgo, síntomas y signos que permiten caracterizar una enfermedad. ²⁴	Datos obtenidos de la base de datos e historias clínicas del HRDT de pacientes adolescentes con trastorno de ansiedad: FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES:		
		EDAD 11 – 14 15 – 18	1 2	Cuantitativa intervalo

SUB VARIABLES : PERFIL EPIDEMIO LÓGICO Conjunto de datos estadísticos, demográfico s y factores de riesgo. ²⁴	SEXO HOMBRE MUJER	1 2	Cualitativa Nominal
	ANTECEDENTES FAMILIARES DE TRASTORNO DE ANSIEDAD Si No	1 2	Cualitativa Nominal
	PROCEDENCIA Urbano Rural.	1 2	Cualitativa Nominal
	FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES:	1. REPETIR CURSO 2. DISCUSIONES FAMILIARES 3. MALTRATATO FISICO 4. ALCOHOLISMO FAMILIAR 5. PREOCUPACION POR FAMILIAR	Cualitativa Nominal
	PERFIL CLÍNICO Conjunto de datos clínicos que caracterizan una enfermedad. ²⁴	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS: Datos de la historia clínica 1. Con pensamientos suicidas 2. Sin pensamientos suicidas	1 2

		<p>CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DIAGNÓSTICA : obtenido según CIE-10. (ANEXO 03)</p> <ul style="list-style-type: none"> • F40.0 • F40.1 • F40.2 • F40.8 • F40.9 • F41.0 • F41.1 	<p>1 2 3 4 5 6 7</p>	<p>Cualitativa Nominal</p>
		<p>COMPLICACIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trastorno depresivo - Insomnio crónico. - Cefalea crónica. - Abuso de sustancias. - Intento de suicidio. 	<p>1 2 3 4 5</p>	<p>Cualitativa Nominal</p>
		<p>EVOLUCIÓN: ²⁵</p> <p>0 – Remisión. 1 – Recaída. 2 – Suicidio.</p>	<p>0 1 2</p>	<p>Cualitativa de intervalo.</p>

2.3. Población, muestra y muestreo:

Población: Estuvo constituida por los adolescentes de 11 a 18 años de edad internados y atendidos en consulta externa del Departamento de Salud Mental del Hospital Regional Docente de Trujillo en el periodo 2012 - 2018.

Unidad de análisis: Cada paciente adolescente con síndrome de ansiedad.

Unidad muestral: El registro de cada paciente en la base de datos y la historia clínica de cada paciente.

Muestra:

Tamaño muestral: En el presente estudio se aplicaron dos tipos de muestra:

- a) Censal para datos de casos anuales con el fin de hallar la prevalencia e incidencia, el dato se obtuvo de la base de datos del HIS y HAE.
- b) Para los aspectos clínicos y epidemiológicos se aplicó la fórmula para estudios descriptivos con población conocida.²⁶

$$n = \frac{N Z^2 p q}{(N-1) E^2 + Z^2 p q}$$

Donde:

Z= 1.96

p = 0.5

q = 0.5

N= 11632

E= 0.05

n = 371.91

Método de muestreo:

En el estudio se aplicó el muestreo aleatorio simple.

Criterios de inclusión:

Todos los pacientes adolescentes con historia clínica completa con diagnóstico de trastorno de ansiedad.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con daño neurológico (TEC, epilepsia, déficit mental, etc.)
- Pacientes con adicción a sustancia y drogas (cocaína, marihuana, taurina, benzodiacepinas, etc.)

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad:

La técnica, se basó en la revisión documentaria, de las historias clínicas y de la base de datos HIS y HAE de los pacientes.

El procedimiento, una vez obtenido el permiso correspondiente del responsable del establecimiento para tener acceso a las historias clínicas de los pacientes y a la base de datos, se procedió a recoger la información pertinente en una ficha de recolección de datos, donde se tuvo en cuenta la técnica de muestreo descrita, junto con los criterios de exclusión e inclusión.

El instrumento, constó en primer lugar en los datos relacionados a los aspectos epidemiológicos como: edad, sexo, procedencia y factores de riesgo no modificable y modificable. En segundo, lugar los datos sobre los aspectos clínicos como: las características clínicas, clasificación diagnóstica según el CIE-10, las complicaciones y la evolución.

La validación del instrumento, fue dada por el criterio de tres jueces, los cuales fueron asesores de psiquiatría y medicina, quienes evaluaron la validez del contenido del instrumento, que estuvieron acorde con la metodología en la recolección de datos y de las

variables del estudio, ellos determinaron que la información a recolectar es relevante al estudio y si existe oportunidad para su aplicación.

2.5. Métodos de análisis de datos:

La información recolectada fue transcrita y luego procesada hacia la base de datos del programa SPSS Ver. 22. Después, para llevar a cabo el análisis de la información, se aplicó la estadística descriptiva.

2.6. Aspectos éticos:

En el presente estudio, el cual se realizó dentro de las normas éticas, según las declaraciones internacionales como la Declaración de Helsinki ²⁷, y considerando que se habla de un estudio descriptivo, se preservó la confidencialidad y la información obtenida a la que solo tendrá acceso el personal encargado de la investigación. Se obtuvo de esta manera, la aprobación del comité de investigación de la facultad de ciencias médicas de la universidad privada Cesar Vallejo y se solicitó la autorización al director responsable del Hospital Regional Docente de Trujillo, para poder realizar la recolección de datos significativos para el Proyecto.

III. RESULTADOS

TABLA 1.- Incidencia y prevalencia de adolescentes con trastorno de ansiedad atendidos en el Departamento de Salud Mental del Hospital Regional Docente de Trujillo en el periodo 2008 – 2018.

Año	Casos nuevos	Casos nuevos y continuadores	Pacientes atendidos	Incidencia x 100 pac.	Prevalencia x 100 pac.
2008	46	54	1507	3.1	3.8
2009	47	52	1398	3.4	3.7
2010	36	46	1045	3.4	4.4
2011	35	44	1112	3.1	4.0
2012	37	41	1117	3.3	3.7
2013	38	39	1068	3.6	3.7
2014	32	50	1183	2.7	4.2
2015	31	34	967	3.2	3.5
2016	26	28	707	3.7	4.0
2017	20	25	746	2.7	3.4
2018	24	33	782	3.1	4.2
	372	446	11632	3.2	3.8

Fuente: Base de datos de consulta externa HRDT.

TABLA N° 2.- Tipos de trastorno de ansiedad según CIE-10, en adolescentes atendidos en el Departamento de Salud Mental del Hospital Regional Docente de Trujillo en el periodo 2008 – 2018

Tipo de trastorno de ansiedad	N	%
F41.1 : Trastorno de ansiedad generalizada	224	60.2
F40.1: Fobias sociales	70	18.8
F41.9: Ansiedad paroxística episódica	34	9.1
F40.2: Fobias específicas	27	7.3
F40.9: Trastornos fóbicos de ansiedad no especificado	14	3.8
F40.8: Trastornos fóbicos de ansiedad	3	0.8
Total	372	100.0

Fuente: Base de datos de consulta externa HRDT.

TABLA N° 3.- Edad y sexo de los adolescentes con trastorno de ansiedad atendidos en el Departamento de Salud Mental del Hospital Regional Docente de Trujillo en el periodo 2008 – 2018.

Edad en años	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		n	%
	n	%	n	%		
11 a 14 años	87	23.4%	60	16.1%	147	39.5%
15 a 18 años	121	32.5%	104	28.0%	225	60.5%
Total	208	55.9%	164	44.1%	372	100.0%

Fuente: Base de datos de consulta externa HRDT.

Tabla N° 4.- Características epidemiológicas del trastorno de ansiedad y factores de riesgo en adolescentes atendidos en el Departamento de Salud Mental del Hospital Regional Docente de Trujillo en el periodo 2008 – 2018.

Característica / factor		n=372	%
Procedencia	Urbano	334	89.8
	Rural	38	10.2
Maltrato físico	Si	16	4.3
	No	356	95.7
Discusión familiar	Si	14	3.8
	No	358	96.2
Antecedente familiar de ansiedad	Si	12	3.2
	No	360	96.8
Alcoholismo familiar	Si	8	2.2
	No	364	97.8

Fuente: Base de datos y Revisión de Historias Clínicas.

Tabla N° 5.- Complicaciones secundarias del trastorno de ansiedad en adolescentes atendidos en el Departamento de Salud Mental del Hospital Regional Docente de Trujillo en el periodo 2008 – 2018.

COMPLICACIONES		n=372	%
PENSAMIENTO SUICIDA	SI	37	9.9
	NO	335	90.1
TRASTORNO DEPRESIVO	SI	23	6.2
	NO	349	93.8
INSOMNIO	SI	6	1.6
	NO	366	98.4
CEFALEA CRÓNICA	SI	7	1.9
	NO	365	98.1
ABUSO DE SUSTANCIAS	SI	4	1.1
	NO	368	98.9

Fuente: Base de datos de consulta externa HRDT

Tabla N° 6.- Evolución del Trastorno de ansiedad en adolescentes atendidos en el Departamento de Salud Mental del Hospital Regional Docente de Trujillo en el periodo 2008 – 2018

EVOLUCIÓN	N	%
REMISIÓN	335	90.1
RECAÍDA	37	9.9
Total	372	100.0

Fuente: Base de datos de consulta externa del HRDT.

IV. DISCUSIÓN

El Hospital Regional Docente de Trujillo, es un establecimiento el cual es referencial de la Región La Libertad, que atiende no solo a pacientes costeños, también aquellos provenientes de la sierra liberteña, cuenta un el servicio de salud mental, ambulatorio como de hospitalización, en la que laboran reconocidos médicos psiquiatras. A continuación, se describen los resultados que presentó la presente investigación que incluyó 372 adolescentes entre 11 a 18 años entre el año 2008 al 2018.

En la Tabla N° 1 se observa que en el estudio la prevalencia de trastornos por ansiedad en el periodo del 2008 al 2018 fue 3.8/100 pacientes adolescentes atendidos en el Departamento de Salud Mental del referido hospital, Mientras que la incidencia anual en el mismo periodo fue 3.2 /100 pacientes adolescentes atendidos en el Departamento de Salud Mental del Hospital Regional Docente de Trujillo y la incidencia durante el periodo de estudio fue de 3.2 por cada 100 pacientes adolescentes.

También se puede observar que en el año 2016 la incidencia fue mayor con 3.7/100 pacientes, siendo la menor incidencia en los años 2014 y 2017 con 2.7/100 pacientes. En relación a la prevalencia en el 2010 fue la más alta con 4.4/100 pacientes, seguido de los años 2014 y 2018 con 4.2/100 pacientes, mientras que la prevalencia más baja ocurrió en el 2017 con 3.4/100 pacientes.

Cabe resaltar que el número de pacientes atendidos en el 2015 hay una disminución de casos de ansiedad atendidos en el HRDT, debido que a mediados de ese año entraron en funcionamiento los centros de salud mental comunitarios, ubicados dos en el distrito de El Porvenir, uno en Florencia de Mora, y uno en Virú.

Entre los estudios previos que hallaron similar prevalencia del trastorno de ansiedad al presente estudio, está el realizado por Vicente B. et al en Chile⁷ donde la prevalencia fue 3.2/100 habitantes cuya población fue de base comunitaria. Sin embargo hay estudios que señalan prevalencias mayores como es el caso de Vivar R. et al en Perú⁸ quienes hallaron una prevalencia de 16.6/100 pacientes y el estudio fue realizado en el Instituto

Nacional de Salud Mental con población de base hospitalaria. Otra investigación realizada en el mismo Instituto fue el de Pomalima R. et al⁸ quienes reportaron una prevalencia de 13/100 pacientes.

Como puede observarse las investigaciones incluyendo la presente se encuentran dentro de la estadística internacional que oscila entre un 3 y 18/100 adolescentes.⁶ La variabilidad de la prevalencia, va a depender de diversos factores, entre los que incluye si la población estudiada es de base comunitaria u hospitalaria, siendo más prevalente en la segunda. Otro elemento que influye en la variabilidad de la prevalencia radica en la remisión de los cuadros de trastorno de ansiedad, a mayor curación o remisión disminuye la prevalencia, mientras que un incremento de la prevalencia se ve influenciada por un aumento de la incidencia y la continuidad de casos con trastorno depresivo. En este estudio la remisión supera el 90%, situación que acerca las frecuencias de la prevalencia con la incidencia.

La incidencia es un indicador poco descrito en investigaciones sobre el trastorno ansioso. Este indicador está más relacionada a factores de riesgo como la presencia de ciertos factores como son: el genético, violencia, abuso sexual, angustia, disfunción familiar entre otros, que se hallan involucrados en su presencia¹⁷

En la Tabla N° 2, se observa que el 60.2% de un total de 372 adolescentes presentaron trastorno de ansiedad generalizada con 60.2%, seguida de las Fobias sociales con 18.8%, le sigue la Ansiedad paroxística episódica con 9.1%, Fobias especiales con 7.3%, los trastornos fóbicos de ansiedad no especificado con 3.8% y los trastornos fóbicos de ansiedad con 0.8%.

Al revisar investigaciones previas existen discrepancias en cuanto al tipo de ansiedad más frecuente. Vicente B et al⁷ en Chile describió a la ansiedad por separación como el más frecuente con 4.8%, seguida del trastorno de ansiedad generalizada; mientras que Vivar R. et al⁷ en Perú, halló que el primer lugar lo ocupó la fobia específica seguida del trastorno de ansiedad generalizado. Otro estudio realizado en Perú por Pomalima R. et al⁸ encontró que el trastorno de ansiedad generalizado fue el más frecuente indicando

que pueden coexistir incluso dos o más trastornos psiquiátricos.

Como puede observarse que el trastornos de ansiedad generalizada se ubica entre los dos primeros lugares, como ocurre en este estudio donde ocupa el primer lugar. La presencia de este trastorno indica en los adolescentes una continua preocupación por las tareas en la escuela, el rendimiento en el deporte, la búsqueda de protección de los progenitores y se acompaña a veces de irritabilidad e insomnio debido a la preocupación.^{11,12}

En la Tabla N° 3.- se observa que el 55.9% de los adolescentes fueron masculino mientras que el 44.1% fueron mujeres. Y se muestra que, en relación a la edad de la población de estudio, en cuanto a la edad el grupo de 15 a 18 años fue el más frecuente.

Hay estudios que señalan que el trastorno de ansiedad se presenta con más frecuencia en el sexo femenino como es el caso de Marín-Ramírez A. et al⁵ en México, otro estudio señala la misma tendencia como el descrito por Vicente B et al en Chile al señalar que afecta más a las mujeres. En el ámbito nacional el estudio realizado por Vivar et al⁸ también menciona a las mujeres como que presentan mayor frecuencia.

Esta diferencia puede deberse a los factores de riesgo que conlleva al tipo de ansiedad, además dependería de la búsqueda del género que va en búsqueda del tratamiento y el tamizaje que se realiza¹⁷.

En la Tabla N° 4, se describe que el 89.8% de adolescentes con trastornos de ansiedad procedió de la zona urbana. Entre los factores el 4.5% tuvo maltrato físico, el 3.8% manifestó problemas de índole familiar, el 3.2% reportó que tuvo antecedentes familiares de ansiedad y el 2.2% manifestó presencia de alcoholismo familiar

La razón que existe una mayor frecuencia de casos en la zona urbana es por la accesibilidad a los servicios de salud tanto geográfica como económicamente, como también los adolescentes son más vulnerables a tener cuadros de ansiedad por que sus progenitores al ser ansiosos por motivos laborales, de estrés y familiares transmiten dicho estado a sus hijos adolescentes¹⁵ Referente a los demás factores que no llegan al 5 %,

reafirma que este trastorno de ansiedad es multifactorial.

En la Tabla N° 5, en relación a las complicaciones el 9.9% de adolescentes tuvieron pensamiento suicida, el 6.2% desarrollaron trastornos depresivos, y solo el 1.1% hizo abuso de sustancias como drogas y alcohol.

La depresión como la ideación suicida son descritos en por algunos autores como comorbiliidades tal es el caso de Ochando P. en España⁶ que señala la presencia de depresión, de la misma manera Pomalima R. et al⁸ en Perú señala a la depresión como parte de las complicaciones. Cuando la ansiedad se inicia en la niñez hay un mayor riesgo de sufrir trastornos de depresión e ideación suicida en la etapa adolescente, así como los trastornos en el consumo de sustancias, y suicidio en la etapa adulta.^{9 18, 19.}

En La Tabla N° 6 en relación a la evolución solo el 9.9% manifestó recaídas, no se registró suicidios. Referente a la remisión de la ansiedad, se ha mostrado la eficacia de todos los programas para manejar la ansiedad que fueron aplicados universalmente en las subpoblaciones escolares. Estos programas han solido abarcar diferentes habilidades similares a las que son encontradas en los paquetes clínicos, que de igual manera han ido incluyendo lo psicosocial, técnicas de relación, la educación, reestructuración cognitiva y exposición in-vivo; y las cuales con gran frecuencia se han incluido también en habilidades adicionales que se presentan como la resolución de problemas y la comunicación. Por tanto, se puede establecer que es mejor que se consideren como programas amplios de salud emocional, los cuales apuntan a enseñar a la población de los jóvenes todas maneras en las que pueden manejar sus emociones perturbadoras.²³ Por tanto la remisión va a depender del tratamiento adecuado y del abordaje de los causantes de la ansiedad.

V. CONCLUSIONES

1. En el periodo de estudio la incidencia anual del trastorno de ansiedad en adolescentes fue de 3.2/100 pacientes y la prevalencia fue 3.8/100 pacientes.
2. Los tipos de trastorno de ansiedad más frecuentes fueron el trastorno de ansiedad generalizada y las fobias sociales y menos frecuente fue el trastorno fóbico de ansiedad.
3. En el estudio predominó el sexo masculino y las edades entre el 15 a 18 años de edad
4. En relación a las características epidemiológicas se encontró que más del 80% pertenecieron a la zona urbana, el porcentaje de maltrato físico, discusión familiar, antecedente familiar de ansiedad y consumo de alcoholismo familiar fueron menores al 4%.
5. Las complicaciones más frecuentes fueron el pensamiento suicida como los trastornos depresivos y de menor frecuencia es el abuso de sustancias.
6. En relación a la evolución menos del 10% fueron recidivas y no se registró muertes.

VI. RECOMENDACIONES

Al ser un estudio epidemiológico y de importancia para conocer la salud mental de los adolescentes es necesario realizar este tipo de estudio de manera periódica que permita evaluar el comportamiento de este trastorno y tomar las medidas de prevención

Sería recomendable aplicar el estudio a otros grupos poblacionales y centros comunitarios de salud mental pertenecientes al MINSA, Gobiernos Regionales y EsSalud a fin de tener un mejor panorama del comportamiento y distribución de este trastorno en la población y difundir la presente investigación a las autoridades correspondientes.

REFERENCIAS

1. Arango C., Rincón H. Trastorno depresivo, trastorno de ansiedad y dolor crónico: múltiples manifestaciones de un núcleo fisiopatológico y clínico común. Rev Col De Psiquiatria (Col) 2018; 47(1): 46-55. (Citado: 26/04/18). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v47n1/0034-7450-rcp-47-01-00046.pdf>.
2. Posada J. La salud mental en Colombia. Rev Biomed (Col) 2013; 33 (4): 497-498.(Citado: 26/04/18). Disponible en: <https://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/2214/2317>
3. Ministerio de salud. Módulo de atención integral en salud mental. Perú: UPCH. 2014. (Citado: 26/04/18). Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/820_MS-PROM14.pdf
4. Olofsdotter S, Vadlin S, Sonnby K, Furmark T, Nilsson K. Anxiety Disorders among Adolescents referred to General Psychiatry for Multiple Causes: Clinical Presentation, Prevalence, and Comorbidity. Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology 2016; 4(2):55-64 (citado 2 de mayo del 2019). Disponible en: <https://tidsskrift.dk/sjcapp/article/download/22187/20400>.
5. Marín-Ramírez H. Detección de sintomatología de ansiedad social y factores asociados en adolescentes de Motul, Yucatán, México. Rev Biomed (Mex) 2015; 26(1)[19-25. (Citado: 26/04/18). Disponible en: <http://www.revbiomed.uady.mx/pdf/rb152614.pdf>
6. Ochando P. Actualización de la ansiedad en la edad pediátrica. Ped Integr (Espa) 2012; 16(9):45-51. (Citado: 26/04/18). Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/numeros-antiores/publicacion-2012-11/actualizacion-de-la-ansiedad-en-la-edad-pediatica/>
7. Vicente B., Saldivia S., De la Barra F., Melipillán R., Valdivia M, Kohn R. Salud Mental infantil - juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias. Chile. 2012. Rev. Med. Chile: 2012; (140): 447-457. (Citado: 11/09/18) Disponible en: http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2012/5%20sept/2_Dra--Flora-de-la-Barra-M.-12.pdf
8. Vivar R. Anales de Salud Mental. Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de trastornos de ansiedad en adolescentes. Perú. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi", Dirección Ejecutiva de

- Investigación, Docencia y Atención Especializada de Niños y Adolescentes; 2016.
(Citado: 11/09/18) Disponible en:
<http://www.inism.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2007-ASM-EESM-NYA.pdf>
9. Pomalima R. Paz V, Vargas H. Robles Y, González S, Zevallos S. Anales de Salud Mental. Estudio epidemiológico de salud mental de niños y adolescentes en Lima Metropolitana y Callao. Perú. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi", Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención Especializada de Niños y Adolescentes; 2012. (Citado: 11/09/18) Disponible en:
<http://www.inism.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2012%20ASM%20-EESM%20-LM.pdf>.
 10. Saavedra J. González S, Robles Y, Cutipé Y, Vargas H, Stucchi S. Anales de Salud Mental. Estudio epidemiológico de salud mental en la Selva Rural. Perú. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi", Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención Especializada de Niños y Adolescentes; 2009. (Citado: 11/09/18) Disponible en:
<http://www.inism.gob.pe/ojsinism/index.php/Revista1/article/view/36/19> .
 11. Organización Mundial de la Salud. Desarrollo en la adolescencia. 2018. (citado: 11/09/2018) Disponible en:
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/ .
 12. Ministerio de Salud. Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de Trastornos de Ansiedad en Adolescentes. Perú: Ministerio de Salud; 2016. (Citado: 11/09/18). Disponible en: <http://www.inism.gob.pe/transparencia/archivos/datgen/dispo/RD/2016/RD%20051-2016%20DG.pdf> .
 13. De la Fuente J. Protocolos Clínicos. España: Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente; 2010. (Citado: 11/09/18). Disponible en:
https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/prologo_0.pdf .
 14. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales. 5ª edición. Arlington. American Psychiatric Association. 2017. (citado 12 de octubre 2018). Disponible en: https://dsm.psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/Spanish_DSM5Update2016.pdf
 15. Kliegman R. Nelson. Tratado de Pediatría. 19º ed.. España: Elsevier 2012. (Citado: 11/09/18). Disponible en: [UCV Trujillo- Biblioteca. Código: 581.95](#)

16. Cardenas E, Feria M, Palacios L, Peña F.. Guia clinica para los trastornos de los Niños y Adolescentes; Mexico DF. Instituto nacional de Psiquiatria. 2016. (Citado: 11/09/18). Disponible en: http://inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/trastornos_de_ansiedad.pdf
17. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5. 5ta edición. Madrid: Editorial panamericana; 2014. (Citado: 11/09/18). Disponible en: https://dsm.psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/Spanish_DSM5Update2016.pdf.
18. Angel C. Evaluación de la ansiedad en niños y adolescentes: análisis de las propiedades psicométricas del SCARED y del CASI-N en población in2016fanto-juvenil madrileña. [Tesis Doctoral] . España: Universidad Complutense de Madrid.; (Citado: 11/09/18). Disponible en: <https://eprints.ucm.es/37627/1/T37200.pdf>
19. Buela G., Sierra J. Manual de evaluación y tratamientos psicológicos. 2ª ed.. Madrid: Biblioteca Nueva; 2004. (Citado: 11/09/18). Disponible en: [UCV Trujillo-Biblioteca. Código: 616.852 B:88.](#)
20. Alarcón R., Mazzotti G., Nicolini H. Psiquiatría. 2ª ed.. Washington: Manual Moderno; 2005. (Citado: 11/09/18). Disponible en: [UCV Trujillo- Biblioteca. Código: 616.89 A:33.](#)
21. Cohen B. Psiquiatría: teoría y práctica. Madrid: McGraw – Hill Interamericana ; 2003. (Citado: 11/09/18). Disponible en: [UCV Trujillo- Biblioteca. Código: 616.89 C:68.](#)
22. Flaherty J., Channon R., Davis J. Psiquiatría diagnóstico y tratamiento. México: Editorial Médica Panamericana; 1991. (Citado: 11/09/18). Disponible en: [UCV Trujillo- Biblioteca. Código: 150.8 F:61.](#)
23. Ministerio de Salud. Guía de Práctica Clínica en Salud Mental y Psiquiatría. Perú: Ministerio de Salud; 2008. (Citado: 11/09/18). Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1756.pdf>
24. Ministerio de Salud. Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de las Crisis de Ansiedad en Emergencia. Perú: Ministerio de Salud; 2014. (Citado: 11/09/18). Disponible en: <http://www.insm.gob.pe/transparencia/archivos/datgen/dispo/RD/2014/RD-123-2014-DGINSMHHDHN.pdf>
25. Moreno A, Cano F, García H. Epidemiología clínica. España: Editorial Interamericana Mc Graw-Hill; 1988. (Citado: 26/04/18). Disponible en:

https://epiprimero.files.wordpress.com/2012/01/epidemiologia_clinica-moreno_3_edicion_booksmedicos-org.pdf

26. Vicuña J. Tesis Universitaria: Población y muestra. En: Programa de iniciación científica. Dirección de Investigación; Perú 2014.
27. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones medicas en seres humanos. Brasil: AMM;2013. Serie de adaptaciones: 64ª. (Citado: 11/09/18). Disponible en: <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-investigacion/fd-evaluacion/fd-evaluacion-etica-investigacion/Declaracion-Helsinki-2013-Esp.pdf>.

ANEXOS

ANEXO 01

TAMAÑO DE MUESTRA

$$n = \frac{N Z^2 p \cdot q}{(N-1) E^2 + Z^2 p \cdot q}$$

Donde:

$$Z = 1.96$$

$$p = 0.5$$

$$q = 0.5$$

$$N = 11632$$

$$E = 0.05$$

$$n = 371.91$$

ANEXO 02

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:



**PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DEL TRASTORNO
DE ANSIEDAD EN ADOLESCENTES. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE
TRUJILLO 2008 – 2018
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

- EDAD: []

1. Factores de riesgo no modificables.

- a. Sexo: () Masculino. () Femenino.
b. Procedencia: () Urbano. () Rural.
c. Antecedentes Familiares: (SI) (NO)

2. Factores de riesgo modificables.

- a. Maltrato físico: (SI) (NO)
b. Discusión familiar: (SI) (NO)
c. Alcoholismo familiar: (SI) (NO)

3. Característica clínica: Con pensamiento suicida: (SI) (NO)

4. Crisis de ansiedad. (SI) (NO)

5. Tratamiento.

- a. Nombre:
b. Duración:

6. Complicaciones.

- a. Pensamiento suicida: (SI) (NO)
b. Trastorno depresivo: (SI) (NO)
c. Insomnio crónico: (SI) (NO)
d. Cefalea crónica: (SI) (NO)
e. Abuso de sustancias: (SI) (NO)

7. Evolución.

- a. Remisión:
b. Recaída:
c. Suicidio:

ANEXO 03

CLASIFICACIÓN DE TRASTORNO DE ANSIEDAD SEGÚN CIE 10.

F40-49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.

F40 Trastornos de ansiedad fóbica

F40.0 Agorafobia.

F40.1 Fobias sociales.

F40.2 Fobias específicas (aisladas).

F40.8 Otros trastornos de ansiedad fóbica.

F40.9 Trastorno de ansiedad fóbica sin especificación.

F41 Otros trastornos de ansiedad.

F41.0 Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica).

F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada.

F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo.

F41.3 Otro trastorno mixto de ansiedad.

F41.8 Otros trastornos de ansiedad especificados.

F41.9 Trastorno de ansiedad sin especificación.

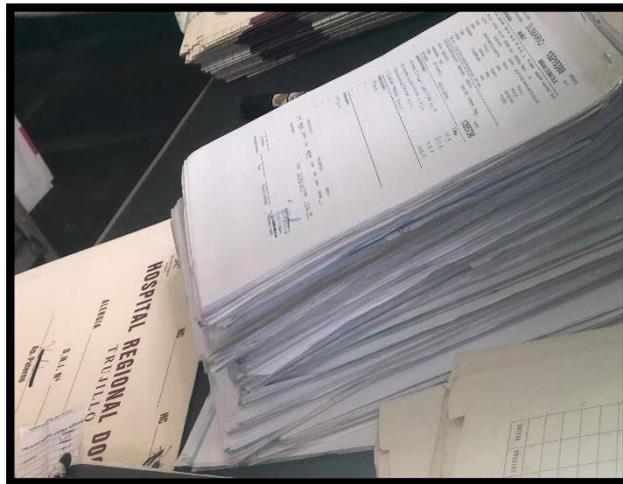
ANEXO 04

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA SEGÚN CIE – 10.

<p>A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de seis meses</p>
<p>B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación</p>
<p>C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de seis meses). Nota: en los niños solo se requiere uno de estos síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Inquietud o impaciencia2. Fatigabilidad fácil3. Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco4. Irritabilidad5. Tensión muscular6. Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño o sensación al despertarse de sueño no reparador)
<p>D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático</p>
<p>E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo</p>
<p>F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (por ejemplo, hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo</p>
<p><i>CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades (versión 10).</i></p>

ANEXO 05

PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:



ANEXO 06

GRÁFICOS DE RESULTADOS:

GRÁFICO N° 1:

Incidencia y prevalencia de adolescentes con trastorno de ansiedad atendidos en el Departamento de Salud Mental del Hospital Regional Docente de Trujillo en el periodo 2008 – 2018.

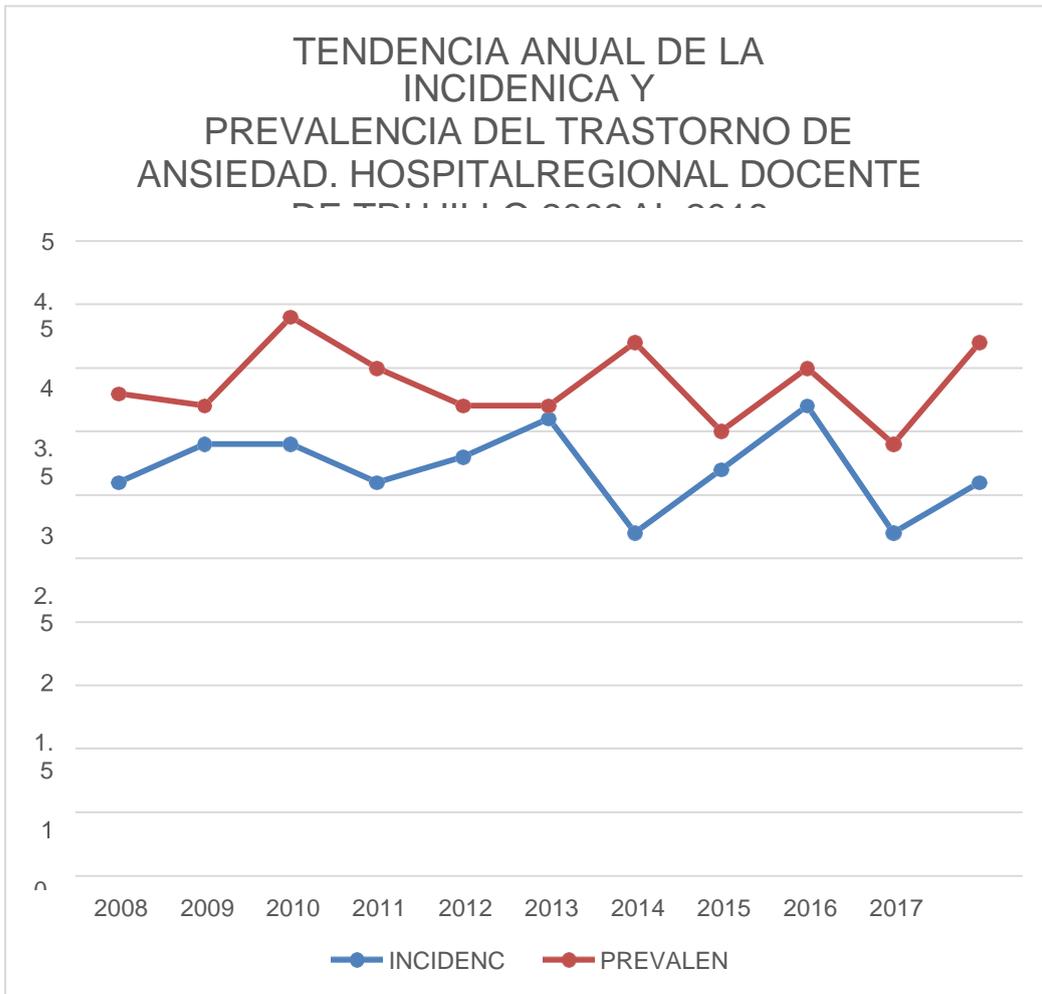
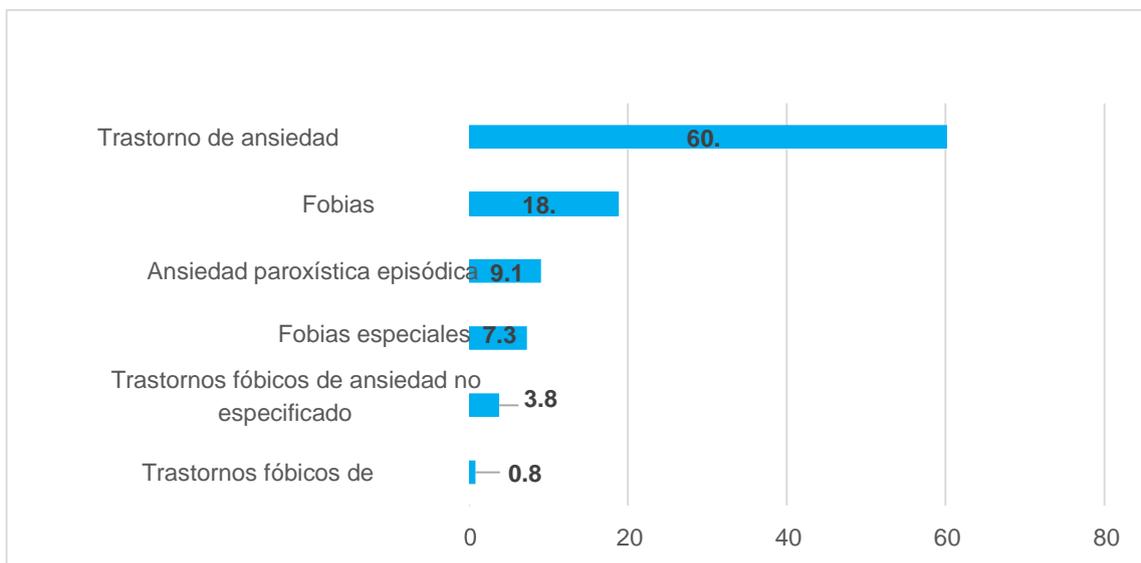
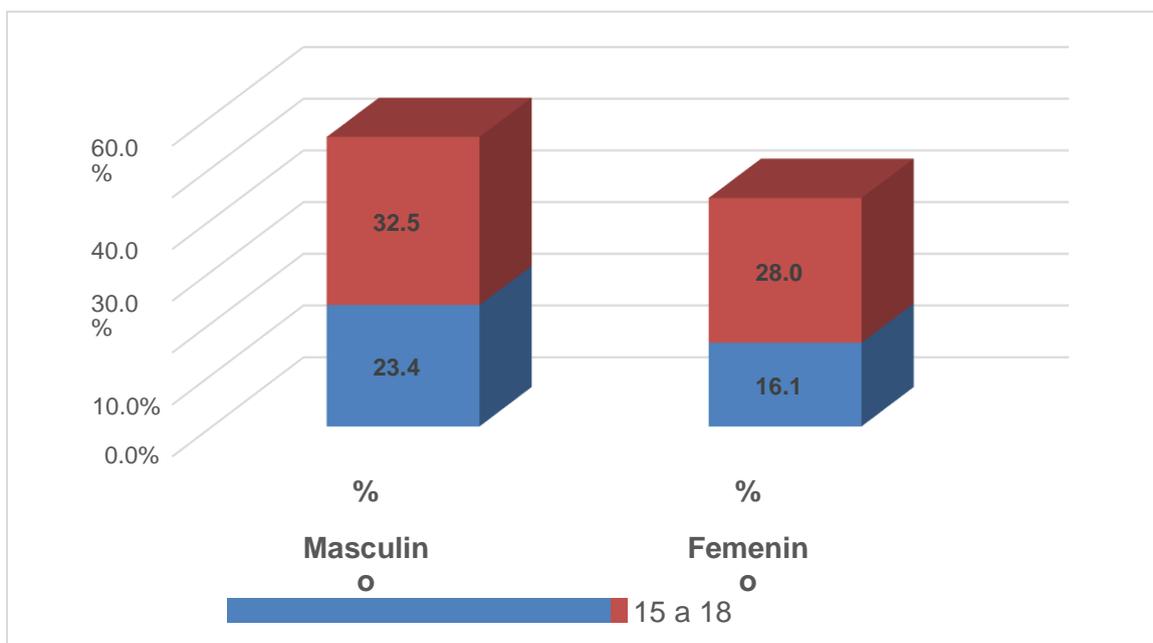


GRÁFICO N° 2.- Tipos de trastorno de ansiedad según CIE-10, en adolescentes atendidos en el Departamento de Salud Mental del Hospital Regional Docente de Trujillo en el periodo 2008 – 2018



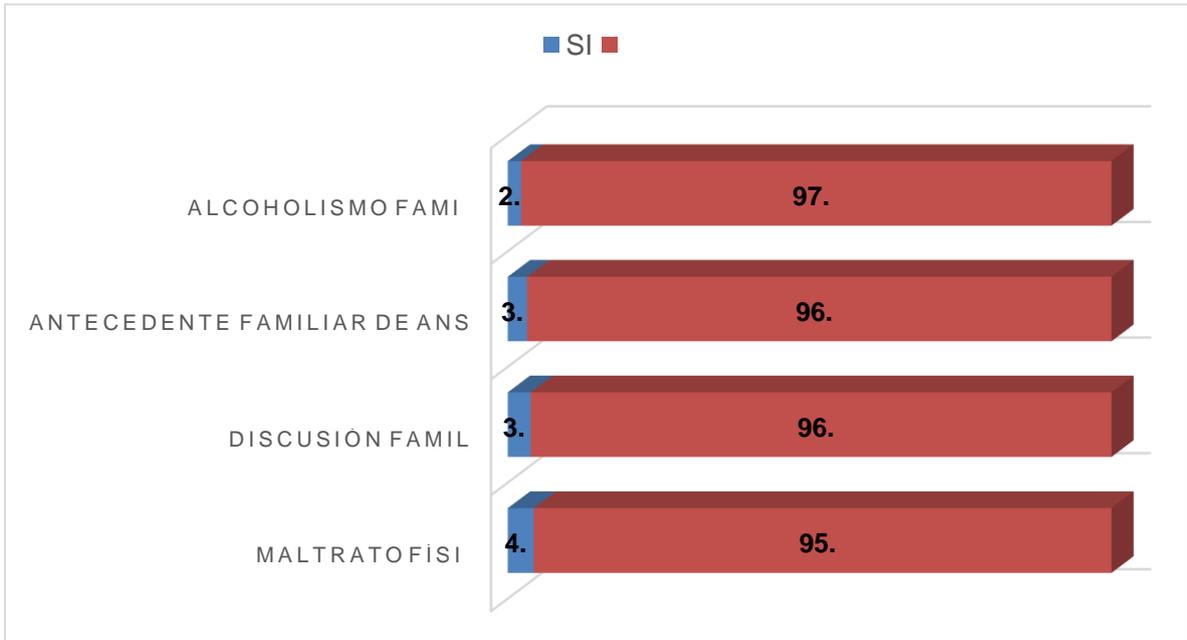
Fuente: base de datos de consulta externa HRDT

GRÁFICO N° 3.- Edad y sexo de los adolescentes con trastorno de ansiedad atendidos en el Departamento de Salud Mental del Hospital Regional Docente de Trujillo en el periodo 2008 – 2018.



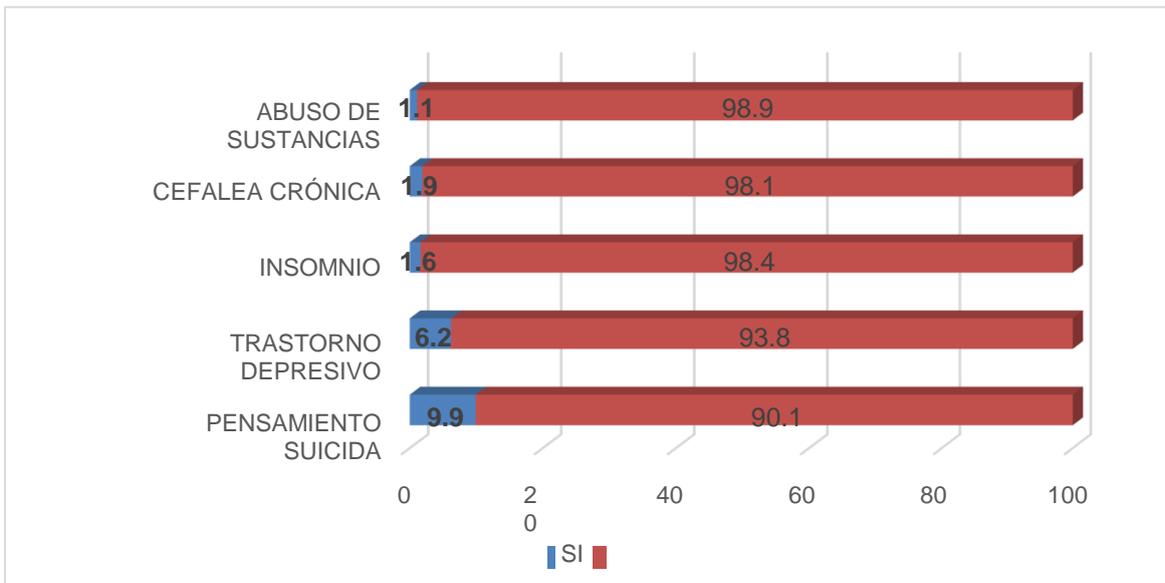
Fuente: base de datos de consulta externa HRDT

GRÁFICO. N° 4.- Características epidemiológicas del trastorno de ansiedad y factores de riesgo en adolescentes atendidos en el Departamento de Salud Mental del Hospital Regional Docente de Trujillo en el periodo 2008 – 2018.



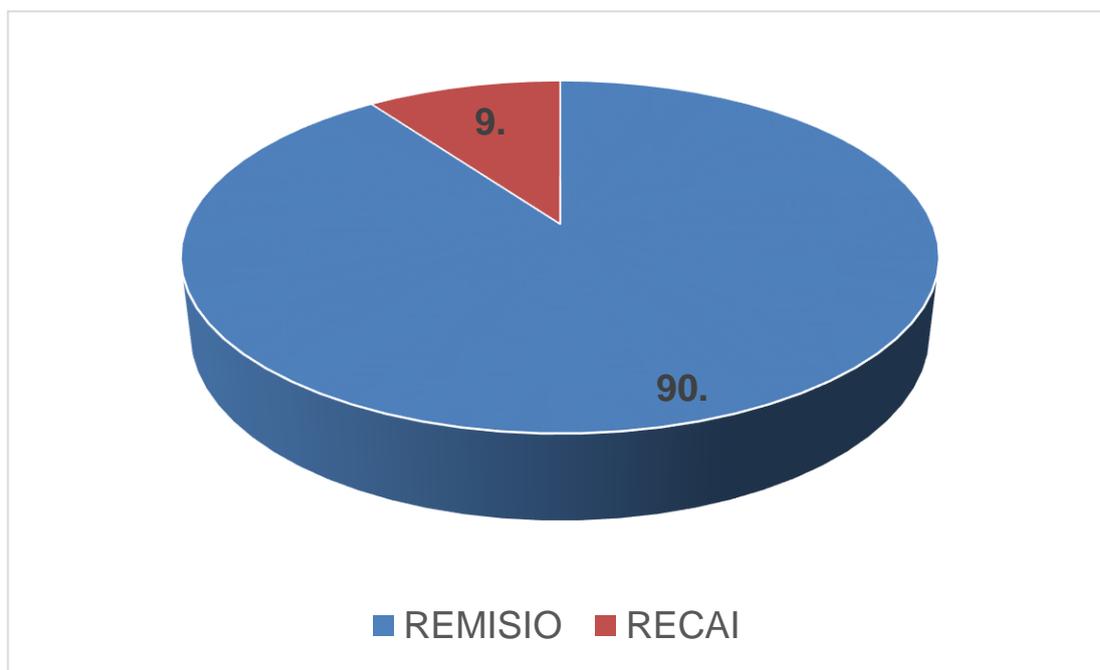
Fuente: base de datos de consulta externa HRDT

GRÁFICO N° 5.- Complicaciones secundarias del trastorno de ansiedad en adolescentes atendidos en el Departamento de Salud Mental del Hospital Regional Docente de Trujillo en el periodo 2008 – 2018



Fuente: Base de datos de consulta externa HRDT

GRÁFICO N° 6.- Evolución del Trastorno de ansiedad en adolescentes atendidos en el Departamento de Salud Mental del Hospital Regional Docente de Trujillo en el periodo 2008 – 2018



Fuente: base de datos de consulta externa HRDT

ANEXO 07

GLOSARIO DE TÉRMINOS:

Perfil clínico: Es el conjunto de datos clínicos que caracterizan una determinada enfermedad.

Perfil epidemiológico: Es el estudio de la morbilidad, la mortalidad y los factores de riesgo, teniendo en cuenta las características geográficas, la población y el tiempo.

Trastorno de ansiedad: Trastornos en los cuales la manifestación de ansiedad es el síntoma principal y no está restringida a ninguna situación específica del entorno.

Trastorno de pánico: Se caracteriza por crisis recurrentes, inesperadas y no provocadas de miedo intenso y síntomas físicos de ansiedad severa. Las crisis alcanzan su máxima intensidad antes de 10 minutos y ceden antes de 60 minutos. Frecuentemente se acompaña de agorafobia. Por lo general es de evolución crónica y recurrente.

Trastorno de ansiedad generalizado: Se caracteriza por ansiedad y preocupación excesiva por problemas de la vida cotidiana, asociada a síntomas físicos de ansiedad.¹⁸

Trastorno mixto ansioso – depresivo: definido por la presencia persistente de un estado de ánimo disfórico (de duración superior a un mes) en el que se asocian síntomas ansiosos y depresivos, pero ninguno de ambos grupos de entidad suficiente como para permitir efectuar el diagnóstico de un trastorno depresivo o de ansiedad.

Trastorno de comportamiento suicidio: comportamiento que el individuo ha llevado a cabo con, al menos, cierta intención de morir.

ANEXO 08

ACTA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD DE TESIS

	ACTA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD DE TESIS	Código : F06-PP-PR-02.02 Versión : 09 Fecha : 23-03-2018 Página : 1 de 1
---	--	---

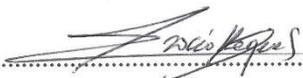
Yo, **Dra. Llaque Sánchez, María Rocío del Pilar**, docente de la Facultad de Ciencias Médicas y Escuela Profesional de Medicina de la Universidad César Vallejo de Trujillo, revisor (a) de la tesis titulada:

"PERFÍL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD EN ADOLESCENTES. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO 2008 – 2018 "

de la estudiante **Ríos Zea, Rocío Lucero**, constato que la investigación tiene un índice de similitud de **18 %** verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin.

El/la suscrito (a) analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

Lugar y fecha: Trujillo 03 de Enero del 2020.



Firma

Dra. MARÍA ROCÍO DEL PILAR LLAQUE SÁNCHEZ

DNI: 17907759

Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Responsable de SDC	Aprobó	Vice Rectorado de investigación
---------	----------------------------	--------	--------------------	--------	---------------------------------

ANEXO 09

REPORTE DE ORIGINALIDAD - TURNITIN

Feedback Studio - Google Chrome
ev.turnitin.com/app/carta/es?is=1&lang=es&u=1088032488&ro=1038ko=1250789747

Perfíl clínico epidemiológico del Trastorno de Ansiedad en Adolescentes. Hospital Regional Docente de Trujillo 2008 - 2018

feedback studio

Resumen de coincidencias

18 %

Se están viendo fuentes estándar

Ver fuentes en inglés (Beta)

Coincidencias	
1	Entregado a Universida... Trabajo del estudiante 12 % >
2	www.pediatraintegral.es Fuente de Internet 1 % >
3	Entregado a Corporaci... Trabajo del estudiante 1 % >
4	Entregado a Universida... Trabajo del estudiante 1 % >
5	Entregado a BENEEMER... Trabajo del estudiante 1 % >
6	Entregado a Universida... Trabajo del estudiante <1 % >
7	Entregado a Universida... Trabajo del estudiante <1 % >
8	bibliofarma.com Fuente de Internet <1 % >
9	www.playback-net.com... Fuente de Internet <1 % >

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA

Perfíl clínico epidemiológico del Trastorno de Ansiedad en Adolescentes. Hospital Regional Docente de Trujillo 2008 - 2018

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

AUTORA:

RIOS ZEA, ROCÍO LUCERO (ORCID: 0000-0002-9862-1934)

ASESORA:

DR. LLAQUE SÁNCHEZ
MARÍA ROCÍO DEL PILAR (ORCID: 0000-0002-6764-4068)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:
SALUD MENTAL
TRUJILLO - PERÚ
2019

Página: 1 de 30 | Número de palabras: 7324

Búsqueda en Windows

Text-only Report | High Resolution | Activado

01:00 p. m. 3/02/2020

