



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA  
UNAN**

**CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA  
SALUD CIES**



**MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA EL SALVADOR 2008-2010**

**TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE MASTER EN SALUD PÚBLICA**

**TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN LA POBLACION ADULTA  
QUE CONSULTA LA UNIDAD DE SALUD LAS FLORES,  
EN EL DEPARTAMENTO DE CHALATENANGO, ENERO A DICIEMBRE 2010**

Autor:

Dr. Irvin Elide Alférez

Asesor: Dr. Pablo Cuadra

Noviembre 2011

## Contenido

1.-INTRODUCCION .....	3
2.-DEFINICIÓN DEL PROBLEMA .....	7
3.-PROBLEMA .....	14
4.-OBJETIVOS .....	15
5.-JUSTIFICACION .....	13
6.-MARCO TEORICO .....	16
TIPIFICACION DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD .....	17
CLASIFICACIÓN TRASTORNOS DE ANSIEDAD .....	18
CARACTERÍSTICAS DE ANSIEDAD NORMAL Y ANSIEDAD PATOLÓGICA. .....	.....
.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
ETIOPATOGENIA DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD .....	20
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA .....	20
DEPRESIÓN .....	21
TRASTORNO DE PÁNICO .....	22
FOBIAS .....	24
TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO .....	27
TRASTORNO POSTRAUMÁTICO POR TENSIÓN .....	28
TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD .....	30
MEDICACIÓN .....	31
PSICOTERAPIA .....	35
7.-DISEÑO METODOLÓGICO .....	38
TIPO DE ESTUDIO: .....	38
POBLACIÓN DE ESTUDIO: .....	38
UNIDAD DE ANÁLISIS: .....	38
CRITERIOS DE INCLUSIÓN : .....	38
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: .....	39
FASES DEL ESTUDIO .....	39
8.-OPERACIONALIZACION DE VARIABLES: .....	40
9.-RESULTADOS .....	44
10.-ANÁLISIS .....	49
11.-CONCLUSIONES .....	53
12.-RECOMENDACIONES .....	54
13.-BIBLIOGRAFIA .....	55
14.-ANEXOS .....	56

## **DEDICATORIA**

A Dios nuestro señor, fuente de mi inspiración y deseos de superación.

## **AGRADECIMIENTOS**

A mi esposa por su comprensión y apoyo incondicional en cada paso de mi vida,  
en especial en esta nueva etapa de éxito académico.

## Resumen

El estudio de los trastornos de ansiedad en nuestro país ha sido poco valorado siendo indispensable la incorporación de investigaciones a las secuelas de la pos guerra que en gran medida pueden explicar los altos índices delincuenciales en nuestras sociedades. El estudio se realiza en el municipio de San José las Flores en el departamento de Chalatenango EL Salvador, población que vivió durante la década de los ochentas una de las mas sangrientas guerras civiles siendo severamente afectada la población en ese tiempo con secuelas hasta nuestros días .Secuelas que son el sustrato para la investigación con la finalidad de buscar alternativas terapéuticas para los diagnosticados con trastornos de ansiedad. Los objetivos planteados en la investigación son Caracterizar a la población que consulta en la unidad de salud Las Flores diagnosticados con trastornos de ansiedad, establecer la relación de los eventos del conflicto armado vividos por la población con la persistencia de los trastornos de ansiedad e Identificar estilos de vida que puedan contribuir al desarrollo de trastornos de ansiedad en la población. EL estudio realizado es cualitativo, se realiza la investigación en el 100% de los pacientes diagnosticados con algún trastorno de ansiedad en el servicio de salud local en el periodo de enero a diciembre del 2010 encontrándose un total de 50 pacientes .Se describe directamente en el estudio la relación entre los factores estresantes mas importantes del conflicto armado con la aparición de la sintomatología propia de un trastorno de ansiedad ,los factores estresantes considerados son la perdida de familiares, migraciones, ser directamente combatientes entre otros importantes.

## 1.-INTRODUCCION

Los trastornos mentales a nivel mundial representan una gran carga para los sistemas de salud siendo la mayor parte de ellos diagnosticados en etapas avanzadas de su cadena de eventos psicopatológicos, en tal sentido los sistemas invierten cada vez más recursos para afrontar este problema creciente siendo derivados muchos recursos para la atención de pacientes crónicos que en muchas ocasiones ya no puede restaurarse su salud mental previa.

EL Salvador por haber padecido una guerra civil en la década de los ochentas dejó grandes cicatrices en la población en general y por sobretodo en la que se vio directamente involucrada en el conflicto como combatientes o civiles cercanos a la violencia armada ,el estudio se realiza en el municipio de San José las Flores en el departamento de Chalatenango muy conocido internamente en el país como en el extranjero por haber sido sometida la población a una cruenta guerra con las posteriores secuelas psicológica . Los objetivos planteados en el estudio pretenden en un primer punto la caracterización de la población que consulta en la unidad de salud Las Flores diagnosticados con trastornos de ansiedad, establecer la relación de los eventos del conflicto armado vividos por la población adulto joven que consulta en la Unidad de Salud Las Flores con la persistencia de los trastornos de ansiedad y la identificación de los estilos de vida que puedan contribuir al desarrollo de trastornos de ansiedad en la población .

El estudio es justificado por la necesidad de plantear alternativas practicas al abordaje de los trastornos de ansiedad , apegadas a la realidad interna de los pobladores del municipio en cuestión , la metodología empleada en el estudio adopta el estudio de grupos focales diagnosticados con trastornos de ansiedad en el servicio local de salud del ministerio de salud de EL Salvador.

## 2.-ANTECEDENTES

El creciente deterioro de la salud mental a escala mundial no solo se debe a factores individuales, sino a condiciones y factores psicosociales que vulneran a las personas, tales como: desastres por terremotos, por fenómenos climáticos, guerras, atentados terroristas, inestabilidad política, social, económica y laboral, altos índices de pobreza, accidentes, secuestros y otros factores estresantes percibidos como tales en la psiquis de cada individuo.

Por término medio unas 800 000 personas se suicidan todos los años, el 86% de ellas en países de ingresos bajos y medios. Más de la mitad de las personas que se quitan la vida tienen de 15 a 44 años. Las tasas más altas de suicidio se registran entre los varones de los países de Europa del este. Los trastornos mentales, una de las principales causas de suicidio, son tratables. (1)

Existen grandes diferencias en cuanto a la distribución de los recursos humanos para la atención de salud mental en el mundo. La escasez de psiquiatras, enfermeras psiquiátricas, psicólogos y trabajadores sociales son algunos de los principales obstáculos que impiden ofrecer tratamiento y atención en los países de ingresos bajos y medios. Los países de ingresos bajos cuentan con 0,05 psiquiatras y 0,16 enfermeras psiquiátricas por cada 100 000 habitantes, mientras que en los países de ingresos altos esa cifra es 200 veces superior. (1)

El Salvador no tiene una política de salud mental ni hay ninguna ley que la regule. De los presupuestos del Estado, sólo el 1% se dedica a salud mental. De este 1%, el 92% se invierte en hospitales psiquiátricos. "El acceso a medicamentos es gratuito en el sistema público de salud y en el seguro social. Sin embargo, para los usuarios que tienen que pagar los medicamentos los costos de los fármacos anti psicóticos y antidepresivos representan el 46% y 28%, respectivamente, del salario mínimo diario. (2)

En EL Salvador existen dos entidades complementarias (Consejo Nacional de Salud Mental y el Programa Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud) con autoridad en salud mental. No existen establecimientos de tratamiento diurno, unidades de hospitalización psiquiátrica de base comunitaria, ni establecimientos residenciales comunitarios. Se cuenta con 49 establecimientos ambulatorios de salud mental con las características siguientes: menos de la mitad cuentan con psicofármacos, atienden un promedio de 2,34 consultas por año, algunos (21-50%) brindan tratamientos de tipo psicosocial, el 6% dan seguimiento comunitario, un 1% está destinado específicamente a niños y adolescentes y ninguno cuenta con equipos móviles de salud mental .(2)

La disponibilidad de recursos humanos en salud mental es de 10.01 por 100,000 habitantes distribuidos de la siguiente manera: 92 psiquiatras (1.39 por 100,000 habitantes), 72 otros médicos no psiquiatras (1.07), 114 psicólogos (1.68), 143 enfermeras (2.12), 105 trabajadoras sociales (1.55) y 10 terapistas ocupacionales (0.14). La distribución de profesionales por camas por 100,000 habitantes es de 0.04 psiquiatras, 0.04 enfermeras y 0.04 psicólogos. 2.59 psiquiatras por 100, 000 habitantes trabajan cerca o en la ciudad más grande del país (1.39 en todo el país). Se graduaron en el año de referencia 0.0887 psiquiatras y 7.590 médicos por 100,000 habitantes. Existen pocas asociaciones de usuarios y familiares y estas tienen poca interacción con los establecimientos de salud mental. Pocas ONG realizan algún tipo de intervención psicosocial. (2)

La problemática de la salud mental en la población del municipio de Las Flores está muy relacionada con su propia historia siendo necesario clasificarla en dos etapas: antes del conflicto armado y después del conflicto

A) Antes del conflicto Armado:

Las actividades típicas del municipio eran el comercio y la agricultura existiendo también los empleos temporales en las cortas de café y caña de azúcar lo que hacía necesario partir hacia otros departamentos. Entre las familias con posibilidades económicas de la época estaban la familia Menjivar y Vides. La gran mayoría de la población viviendo en condiciones extremas de pobreza.

Antes de la guerra el municipio contaba con las instancias básicas de servicio a la comunidad: escuela de educación básica, clínica de salud, alcaldía municipal local, iglesia católica, puesto de guardia nacional, ANTEL<sup>1</sup>, juzgado de paz y una farmacia privada.

El contexto social de esa época era de mucha zozobra ya que en el país en las décadas de los 60 y 70 se estaba formando un movimiento social que intentaba tomar fuerzas para poder hacer frente a las medidas económicas que cada vez ahogaban más a la familia salvadoreña. En estas décadas la vida de los pobladores era tranquila tanto en el pueblo como en los alrededores. Solamente en ocasiones el tradicional Chaparro<sup>2</sup> caldeaba los ánimos de algunos pobladores y se daban algunos pleitos que eran los únicos hechos de violencia de esa época.

La población en esa época tenía poco acceso a los hechos que se daban a nivel nacional e internacional. La población vivía sin preocupaciones únicamente por suplir sus necesidades básicas de las familias. Pocas personas contaban con radio que era uno de los principales medios de información de la época y quienes lo tenían generalmente se encargaban de contar al resto de la población.

El periodo de convulsión social que el país experimentó desde mediados de la década de los 70 y el propio conflicto armado en los años 80 hasta la culminación con los acuerdos de paz en el año de 1992, cambió todo este estilo de vida ya antes descrito, la fuerza armada de EL Salvador controlaba a las personas que asistían a reuniones, vigilaban también a quienes escuchaban homilías de Monseñor Romero<sup>3</sup>. Quienes tenían una biblia eran tomados como sospechosos de ser subversivos que era el calificativo que se les daba a los pobladores. El proceso organizativo en el municipio de San José las Flores, inició cuando personas ajenas

---

<sup>1</sup> Agencia Nacional de Tele comunicaciones de EL Salvador.

<sup>2</sup> Bebida embriagante propia de las zonas rurales que por historia forma parte de la cultura de El Salvador

<sup>3</sup> conocido como Monseñor Romero, fue un sacerdote católico salvadoreño y el cuarto arzobispo metropolitano de San Salvador (1977-1980). Se volvió célebre por su predicación en defensa de los derechos humanos y murió asesinado en el ejercicio de su ministerio pastoral.

al municipio comenzaron a visitar la zona con la intención de organizar a los habitantes de la región para formar parte del nuevo movimiento social o revolucionario que vendría a luchar por mejorar las condiciones de vida de los habitantes.

Estos acontecimientos contribuyeron a cambiar la rutina de vida de los habitantes. En varios cantones y caseríos aledaños al municipio de Las Flores grupos de personas se reunían clandestinamente, por su lado a la gente que no participaba esa situación generaba alguna zozobra y estrés. Para entonces toda la población vivía en incertidumbre y temor. Muchas personas en ese momento descalificaban la organización por que se le juzgaba de ser la causante del rompimiento de “la tranquilidad y armonía que se vivía”<sup>4</sup>. La gente mayor comentaba que ya no se podía vivir tranquilo.

Poco a poco se inicio el éxodo de la población pues ya no se podía vivir en los cantones y caseríos. Este desprendimiento fue desgarrador ya que mujeres, niños, niñas y ancianos fueron abandonando sus casas dejándolo todo y comenzando una nueva vida. La población buscaba donde refugiarse y tenían que caminar grandes trayectos hasta por las noches muriendo en esos trayectos ancianos y ancianas a quienes sus fuerzas físicas y emocionales no les alcanzaba para llegar a su destino.

La población del municipio de Las Flores durante el conflicto armado vivió una convulsión emocional muy fuerte en donde prácticamente gran parte de la población se ve obligada a emigrar hacia muchos lugares buscando refugio, siendo uno de ellos fue Mesa Grande <sup>5</sup>

Durante el conflicto armado se dieron masacres como la del rio Sumpul el 12 de julio de 1982 en donde 300 campesinos fueron cruelmente asesinados por el ejército salvadoreño.

---

<sup>4</sup> Relato de poblador local de San José Las Flores.Sra.Jesus Guardado

<sup>5</sup> Caserío del departamento de Lempira en Honduras ,utilizado por Salvadoreños como asentamiento en el periodo del conflicto armado en la década de los ochentas.

Con la firma de los acuerdos de paz el 16 de enero de 1992 se inicia una nueva historia tanto para el país como para el municipio de Las Flores ya que por medio de Monseñor Rivera y Damas<sup>6</sup> Obispo de San Salvador, se inicia el regreso de los refugiados de mesa grande al municipio de Las Flores con una peregrinación histórica en el país acompañados de ONG, grupos eclesiales y sociedad civil. Entre los acompañantes de esta peregrinación figuran con gran relevancia Las Hermanas de la Asunción quienes fueron nombradas por la iglesia católica para poder acompañar a la población en su regreso y quedarse como representantes de la Iglesia católica en el Municipio de Las Flores.

#### B) Después del conflicto Armado:

Posterior al conflicto armado progresivamente se vio aprovechada la organización comunitaria que se tenía en los asentamientos de Mesa Grande en Honduras y en los propios combatientes del conflicto aprovechando las estructuras y apoyo de organizaciones religiosas y ONGS para realizar la transición de tiempos de guerra a tiempos de paz, es de esta forma se establece una directiva comunal la cual aglutina a representación de los cantones y caseríos del municipio.

Al establecerse el FMLN como partido político la comunidad apoya la elección del primer alcalde bajo esta bandera, el cual hasta esta fecha continua siendo gobernada la alcaldía por el mismo partido político.

En el año 1994 se logra instalar nuevamente la clínica médica del ministerio de salud pública con un nivel de complejidad de primer nivel la cual hasta el momento continúa prestando sus servicios a la comunidad.

Los dueños originales de las viviendas posteriores al conflicto armado regresaron a reclamarlas después de la firma de los Acuerdos de Paz. Reclamaban, en realidad, tierras, porque las viviendas requerían reconstrucción. En base a la organización comunitaria se pudo pagar por estas tierras a los dueños originales para que los repobladores pudiesen quedarse en el municipio. A los nuevos pobladores se les

---

<sup>6</sup> Monseñor Arturo Rivera y Damas , fue un religioso católico salvadoreño, Obispo de Santiago de María (1977-1980) y arzobispo metropolitano de San Salvador (1980-1994).<sup>1</sup>

solicitó pagar los trámites de cambio de propiedad. A finales de 1994, todas las familias del nuevo San José Las Flores eran propietarias de sus viviendas. Y continuaron con la organización comunitaria, que les ha rendido grandes frutos. (4)

EN la localidad existe un comedor comunal el cual es administrado por una organización de mujeres, con cuyas ganancias llevan a cabo programas de atención a este sector. La mayoría de los pobladores trabajan en cooperativas agrícolas, y el comité directivo comunal que fundó Monge es el que en realidad determina todos los puestos locales. El alcalde es propuesto por este comité y siempre es del FMLN. (4)

En el pueblo hay un complejo educativo y un instituto nacional, y se acaba de abrir una sucursal de la universidad jesuita José Simeón Cañas para graduar maestros. Hay un centro cultural para que los jóvenes se entretengan en las tardes.

Son un pueblo pobre, con ingresos promedio de 322 colones por persona<sup>7</sup>.

EN relación a la salud desde hace 5 años en San José Las Flores se observa una alta incidencia en los trastornos de ansiedad principalmente la población adulto joven, muchas de estas personas fueron combatientes durante el conflicto armado otras simplemente son padres, madres.

Los trastornos de ansiedad están entre las 5 primeras causas de consulta entre los pobladores según datos de registros Diarios de consulta 2010 de la Unidad de Salud de San José las Flores.

En un informe publicado por FUNDASAL en 1996 menciona que el municipio de San José Las Flores fue uno de los más castigados durante la guerra en el departamento de Chalatenango.(3) Lo cual debería haber tenido algún impacto en la psiquis de la población en general expuesta al factor estresante.

---

<sup>7</sup> Según la Encuesta de Hogares y Propósitos Múltiples 2000-2004

### **3.-JUSTIFICACION**

La presente investigación se realiza debido a la necesidad de determinar si el conflicto armado que vivió la población de Las Flores está relacionado con el apareamiento de casos de Trastornos de Ansiedad en la población adulto joven que consulta la unidad de salud Las Flores y que es diagnosticada con trastornos de ansiedad.

Se hace necesario este estudio para realizar las intervenciones que nos permita cambiar el perfil epidemiológico del municipio y así dar respuesta a la población que actualmente demanda una mejor calidad de atención por su trastorno.

Por lo anterior vamos a socializar los resultados con las autoridades, Instituciones Gubernamentales y no Gubernamentales y la comunidad.( ADESCOS,ALCALDIA MUNICIPAL,ONG,S,PLAN EL SALVADOR.)

## **4.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la relación del conflicto armado con los trastornos de ansiedad en la población de adultos que consulta en la Unidad de Salud del Municipio San José La Flores en el departamento de Chalatenango?

## 5.-OBJETIVOS

### Objetivo general

- Establecer la percepción de los pacientes adultos con trastornos de ansiedad acerca del conflicto armado como la razón principal de su padecimiento.

### Objetivos específicos

- Caracterizar a la población que consulta en la unidad de salud Las Flores diagnosticados con trastornos de ansiedad.
- Establecer la relación de los eventos del conflicto armado vividos por la población que consulta en la Unidad de Salud Las Flores con la persistencia de los trastornos de ansiedad.
- Identificar estilos de vida que puedan contribuir al desarrollo de trastornos de ansiedad en la población.

## 6.-MARCO TEORICO

El termino Ansiedad, proviene del Latín “Anexitas” , .Es un estado de malestar psicofísico caracterizado por una sensación de inquietud, intranquilidad, inseguridad o desosiego ante lo que se evidencia una amenaza inminente y de causa indefinida. La diferencia entre la ansiedad normal y la patológica es que esta última se basa en una valoración irreal o distorsionada de la amenaza. Cuando la ansiedad es muy severa y aguda, puede llegar a paralizar al individuo, transformándose en pánico.

La OMS plantea que existen datos en donde se refleja que el 20% de toda la población mundial sufre de ansiedad. El número estimado de personas que en un determinado momento de sus vidas presentaran ansiedad es de 400 millones de personas en el mundo. (1)

En los países desarrollados como estados Unidos existen unos 40 millones (18.1 %) de la población entre los 18 y 54 años de edad con este tipo de problemas. (1)

En la actualidad los Trastornos de Ansiedad son considerados como el trastorno mental más común en los Estados Unidos, en algún momento de sus vidas se prevee que cerca del 25% de la población experimenta algún tipo de Trastorno de Ansiedad. (1)

Cerca de 5.2 millones de norteamericanos entre los 18-54 años ( 3.6%)(1) de la población padece cada año estrés postraumático. Este trastorno puede originarse a cualquier edad incluso en la infancia como respuesta a cualquier evento traumático.

El municipio de San José Las Flores no se escapa de esa realidad teniendo un aproximado de 50 casos de pacientes diagnosticados con trastornos de ansiedad en los que se hace necesario investigar algunas variables como: sexo, edad, si

fueron combatientes o no durante el conflicto armado, si sufrieron perdida de un ser querido, si emigraron durante la guerra, actividad a la que se dedicaban u otros factores.

En la actualidad en San José las Flores se cuenta con una población adulto joven arriba de los 18 años equivale al 47% del total de la población del municipio .<sup>8</sup> Que de igual forma está presentando un número cada vez mayor de consultas por trastornos de ansiedad.

## TIPIFICACION DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

1.1 Trastorno de ansiedad generalizada: miedo y preocupación persistente e infundada. Se acompaña de Taquicardia, sudoración y temblor principalmente.

1.2 Trastorno de pánico o crisis de angustia: episodios impredecibles de un intenso miedo o malestar que pueda durar minutos u horas.

1.3 Trastorno por estrés postraumáticos: se manifiesta después de una catástrofe y persiste después de esta experiencia.

1.4 Trastorno obsesivo compulsivo: se distingue por la presencia de ideas que no pueden ser controladas, son molestas e irracionales con conductas repetitivas e ilógicas que se producen para controlar las ideas y que son innecesarias e incontrolables.

---

<sup>8</sup> Datos según diagnostico poblacional del Equipo Comunitario de Salud Familiar, año 2010.

## Cuadro no.1

### Clasificación trastornos de ansiedad

- Trastorno de angustia sin agorafobia
- Trastorno de angustia con agorafobia
- Agorafobia
- Fobia específica
- Fobia social
- Trastorno por estrés postraumático
- Trastorno obsesivo compulsivo
- Trastorno por estrés agudo
- Trastorno de ansiedad generalizado
- Trastorno por ansiedad debido a enfermedad médica
- Trastorno por ansiedad inducido por sustancias
- Trastorno de ansiedad no especificad

Fuente: DSM -IV (4a Versión año 1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

Cuadro No.2

	ANSIEDAD NORMAL	ANSIEDAD PATOLÓGICA
CARACTERÍSTICAS GENERALES	Episodios poco frecuentes.  Intensidad leve o media.  Duración limitada.	Episodios repetidos.  Intensidad alta.  Duración prolongada.
SITUACIÓN O ESTÍMULO ESTRESANTE	Reacción esperable y común.	Reacción desproporcionada.
GRADO DE SUFRIMIENTO	Limitado y transitorio.	Alto y duradero.
GRADO DE INTERFERENCIA EN LA VIDA COTIDIANA	Ausente o ligero.	Profundo.

Fuente: DSM -IV (4a Versión año 1994) Diagnostica and Statistical Manual of Mental Disorders

Cuadro No.3

### ETIOPATOGENIA DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

La ansiedad es un fenómeno complejo en el que participan múltiples factores que se explican a continuación:

FACTORES PREDISPONENTES	FACTORES PSICOLOGICOS	FACTORES BIOLOGICOS
Genética	T. psicodinámica	H. Gabaenergica
Ansiedad de separación	T. conductistas	H. noradrenérgica
Personalidad	T. cognitivista	H: serotoninérgica

Fuente: Asociación Mundial psiquiatría, 1999.

### TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) es mucho más de lo que una persona normal con ansiedad experimenta en su vida diaria. Son preocupación y tensión crónicas aún cuando nada parece provocarlas. El padecer de este trastorno significa anticipar siempre un desastre, frecuentemente preocupándose excesivamente por la salud, el dinero, la familia o el trabajo. Sin embargo, a veces, la raíz de la preocupación es difícil de localizar. El simple hecho de pensar en pasar el día provoca ansiedad.(5)

Las personas que padecen de TAG no parecen poder deshacerse de sus inquietudes aún cuando generalmente comprenden que su ansiedad es más intensa de lo que la situación justifica. Quienes padecen de TAG también parecen no poder relajarse. Frecuentemente tienen trabajo en conciliar el sueño o en permanecer dormidos. Sus preocupaciones van acompañadas de síntomas físicos, especialmente temblores, contracciones nerviosas, tensión muscular, dolores de cabeza, irritabilidad, transpiración o accesos de calor. Pueden sentirse mareadas o que les falta el aire. Pueden sentir náusea o que tienen que ir al baño frecuentemente. O pueden sentir como si tuvieran un nudo en la garganta.

### Depresión

La depresión frecuentemente acompaña a los trastornos de ansiedad y, cuando esto sucede, también debe atenderse. Los sentimientos de tristeza, apatía o desesperanza, cambios en el apetito o en el sueño así como la dificultad en concentrarse que frecuentemente caracterizan a la depresión pueden ser tratados con efectividad con medicamentos antidepresivos o, dependiendo de la severidad del mal, con psicoterapia. Algunas personas responden mejor a una combinación de medicamentos y psicoterapia. El tratamiento puede ayudar a la mayoría de las personas que sufren de depresión.(5)

Muchos individuos con TAG se sobresaltan con mayor facilidad que otras personas. Tienden a sentirse cansados, les cuesta trabajo concentrarse y a veces también sufren de depresión.

Por lo general, el daño asociado con TAG es ligero y las personas con ese trastorno no se sienten restringidas dentro del medio social o en el trabajo. A diferencia de muchos otros trastornos de ansiedad, las personas con TAG no necesariamente evitan ciertas situaciones como resultado de su trastorno. Sin embargo, si éste es severo, el TAG puede ser muy debilitante, resultando en dificultad para llevar a cabo hasta las actividades diarias más simples.

El TAG se presenta gradualmente y afecta con mayor frecuencia a personas en su niñez o adolescencia, pero también puede comenzar en la edad adulta. Es más

común en las mujeres que en los hombres y con frecuencia ocurre en los familiares de las personas afectadas. Se diagnostica cuando alguien pasa cuando menos 6 meses preocupándose excesivamente por varios problemas diarios.(5)

Padecer de TAG siempre quiere decir anticipar desastres, frecuentemente preocuparse demasiado por la salud, el dinero, la familia o el trabajo. Las preocupaciones frecuentemente se presentan acompañadas de síntomas físicos tales como temblores, tensión muscular y náusea.

### TRASTORNO DE PÁNICO

Entre un ataque y otro existe este pavor y ansiedad de que van a regresar. El tratar de escapar a estas sensaciones de pánico puede ser agotador.

Síntomas de un ataque de pánico son los siguientes:

- Palpitaciones
- Dolores en el pecho
- Mareos o vértigos
- Náusea o problemas estomacales
- Sofocos o escalofríos
- Falta de aire o una sensación de asfixia
- Hormigueo o entumecimiento
- Estremecimiento o temblores
- Sensación de irrealidad
- Terror
- Sensación de falta de control o estarse volviendo loco
- Temor a morir
- Transpiración

Quienes padecen de trastornos de pánico experimentan sensaciones de terror que les llegan repentina y repetidamente sin previo aviso. No pueden anticipar cuando les va a ocurrir un ataque y muchas personas pueden manifestar ansiedad intensa entre cada uno al preocuparse de cuando y donde les llegará el siguiente. Entre

tanto, existe una continua preocupación de que en cualquier momento se va a presentar otro ataque.(5)

Cuando llega un ataque de pánico, lo más probable es que la persona sufra palpitaciones y se sienta sudoroso, débil o mareado. Puede sentir cosquilleo en las manos o sentir las entumecidas y posiblemente se sienta sofocado o con escalofríos. Puede experimentar dolor en el pecho o sensaciones de ahogo, de irrealidad o tener miedo de que suceda una calamidad o de perder el control. La persona puede, en realidad, creer que está sufriendo un ataque al corazón o de apoplejía, que está perdiendo la razón o que está al borde de la muerte. Los ataques pueden ocurrir a cualquier hora aún durante la noche al estar dormido, aunque no esté soñando. Mientras casi todos los ataques duran aproximadamente dos minutos, en ocasiones pueden durar hasta 10 minutos. En casos raros pueden durar una hora o más.

Uno puede en realidad creer que está sufriendo un ataque al corazón, que esté volviéndose loco o que está al borde de la muerte. Los ataques pueden ocurrir a cualquier hora aún durante la noche al estar dormido, aunque no esté soñando.

El trastorno de pánico ataca cuando menos al 1.6 por ciento de la población(5) y es doblemente más común en las mujeres que en los hombres. Puede presentarse a cualquier edad, en los niños o en los ancianos, pero casi siempre comienza en los adultos jóvenes. No todos los que sufren ataques de pánico terminan teniendo trastornos de pánico; por ejemplo, muchas personas sufren un ataque y nunca vuelven a tener otro. Sin embargo, para quienes padecen de trastornos de pánico es importante obtener tratamiento adecuado. Un trastorno así, si no se atiende, puede resultar en invalidez.

El trastorno de pánico frecuentemente va acompañado de otros problemas tales como depresión o alcoholismo y puede engendrar fobias, relacionadas con lugares o situaciones donde los ataques de pánico han ocurrido. Por ejemplo, si la persona experimenta un ataque de pánico mientras usa un elevador, es posible que llegue a sentir miedo de subir a los elevadores y posiblemente empiece a evitar usarlos.

Las vidas de algunas personas han llegado a hacerse muy restringidas porque evitan actividades diarias normales como ir al mercado, manejar un vehículo o, en algunos casos hasta salir de su casa. O bien, pueden llegar a confrontar una situación que les causa miedo siempre y cuando vayan acompañadas de su cónyuge o de otra persona que les merezca confianza. Básicamente, evitan cualquier situación que temen pueda hacerlas sentirse indefensas si ocurre un ataque de pánico. Cuando, como resultado de este mal, las vidas de las personas llegan a ser tan restringidas como sucede en casi una tercera parte de las personas que padecen de trastornos de pánico, se le llama agorafobia. La tendencia hacia trastornos de pánico y agorafobia tiende a ser hereditario. Sin embargo un tratamiento oportuno al trastorno de pánico puede frecuentemente detener el progreso hacia la agorafobia.

Se han hecho estudios que demuestran que un tratamiento adecuado, un tipo de psicoterapia llamada terapia de comportamiento cognoscitivo, medicamentos o posiblemente una combinación de ambos, ayuda del 70% al 90% de las personas con trastornos de pánico. Se puede apreciar una significativa mejoría entre 6 a 8 semanas después de iniciarse el tratamiento.(5)

## FOBIAS

Las fobias suceden en distintas formas. Una fobia específica significa un miedo a algún objeto o situación determinada. Una fobia social es el miedo a colocarse en una situación sumamente vergonzosa en un medio social. Por último, la agorafobia, que frecuentemente acompaña al trastorno de pánico es el miedo que siente la persona de encontrarse en cualquier situación que pueda provocar un ataque de pánico o de la cual le sea difícil escapar si éste llegara a ocurrir.

### Fobias específicas

Muchas personas experimentan fobias específicas, miedos intensos e irracionales a ciertas cosas o situaciones; algunos de los más comunes son: perros, espacios cerrados, alturas, escaleras eléctricas, túneles, manejar en carreteras, agua, volar y heridas que produzcan sangre. Las fobias no son únicamente miedo extremo, son

miedo irracional. Usted puede esquiar en las montañas más altas con toda facilidad pero siente pánico de subir al 10º piso de un edificio de oficinas. Los adultos con fobias comprenden que sus miedos son irracionales pero frecuentemente enfrentarse a los objetos o a las situaciones que las ocasionan o siquiera pensar en enfrentarlos, ocasiona un ataque de pánico o ansiedad severa.

Las fobias no son únicamente miedo extremo, son miedo irracional. Usted puede esquiar en las más altas montañas con toda facilidad pero siente pánico de subir al 10º piso de un edificio de oficinas.

Las fobias específicas atacan a más de una de cada diez personas. Nadie sabe exactamente qué las ocasiona aunque parece que son hereditarias y que son más comunes en las mujeres. Generalmente las fobias aparecen primero en la adolescencia o en la edad adulta. Comienzan repentinamente y tienden a ser más persistentes que las que se inician en la niñez; de las fobias de los adultos únicamente más o menos el 20 por ciento desaparecen solas.(5) Cuando los niños tienen fobias específicas, por ejemplo, miedo a los animales, esos miedos por lo general desaparecen con el tiempo aunque pueden extenderse a la edad adulta. Nadie sabe por qué persisten en algunas personas y desaparecen en otras.

Las personas con fobias no sienten la necesidad de recibir tratamiento, si les es fácil evitar lo que les causa miedo. Sin embargo, en ocasiones tendrán que tomar decisiones importantes en su carrera o en lo personal para evitar una situación que les produzca fobia.

Cuando las fobias interfieren con la vida de una persona, el tratamiento puede servir de ayuda. Un tratamiento efectivo generalmente involucra cierto tipo de terapia de conocimiento cognoscitivo llamada insensibilización o terapia de exposición, en la cual los pacientes se exponen gradualmente a lo que los asusta hasta que el miedo comienza a desaparecer. Tres cuartas partes de pacientes se benefician grandemente con este tratamiento. Los ejercicios de relajamiento y respiración también contribuyen a reducir los síntomas de ansiedad.

## Fobia Social

La fobia social es un miedo intenso de llegar a sentirse humillado en situaciones sociales, especialmente de actuar de tal modo que se coloque uno en una situación vergonzosa frente a las demás personas. Frecuentemente es hereditaria y puede estar acompañada de depresión o de alcoholismo. La fobia social frecuentemente comienza alrededor del principio de la adolescencia o aún antes.

Si una persona sufre de fobia social tiene la idea de que las otras personas son muy competentes en público y que usted no lo es. Pequeños errores que usted cometa pueden parecerle mucho más exagerados de lo que en realidad son. Puede parecerle muy vergonzoso ruborizarse y el paciente siente que todas las personas lo están mirando. Puede tener miedo de estar con personas que no sean las más allegadas al paciente. O su miedo puede ser más específico, como el sentir ansiedad si tiene que dar un discurso, hablar con un jefe o alguna otra persona con autoridad, o bien aceptar una invitación. La fobia social más común es el miedo de hablar en público. En ocasiones, la fobia social involucra un miedo general a situaciones sociales tales como fiestas. Menos frecuente es el miedo de usar un baño público, comer fuera de casa, hablar por teléfono o escribir en presencia de otras personas, como por ejemplo, escribir un cheque.

Las personas con fobia social no necesariamente son tímidas. Pueden sentirse totalmente cómodas con otras personas la mayor parte del tiempo, pero en situaciones especiales pueden sentir intensa ansiedad.

Las personas con fobia social comprenden que sus sensaciones son irracionales. Sin embargo, experimentan una gran aprensión antes de enfrentarse a la situación que temen y harán todo lo posible para evitarla. Aún cuando puedan enfrentarse a lo que temen, generalmente sienten gran ansiedad desde antes y están muy incómodas todo el tiempo. Posteriormente, las sensaciones desagradables pueden continuar con la preocupación de haber sido juzgados o con lo que los demás hayan pensado u observado respecto a ellos.

Aproximadamente el 80% (5) de las personas que sufren de fobia social encuentran alivio a sus síntomas cuando se les da tratamiento de terapia de comportamiento cognoscitivo, de medicamentos, o una combinación de ambos. La terapia puede involucrar aprender a ver los eventos sociales en forma diferente; exponerse a una situación social aparentemente amenazadora de tal manera que les sea más fácil enfrentarse a ella; además, aprender técnicas para reducir la ansiedad, adquirir habilidades sociales y practicar técnicas de relajamiento.

### TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es un trastorno caracterizado por presentar pensamientos o rituales de ansiedad que usted siente que no puede controlar. Si usted padece de TOC, como se le conoce, puede estar plagado de pensamientos o imágenes persistentes indeseables o por la necesidad urgente de celebrar ciertos ritos.

Una persona puede estar obsesionada con los gérmenes o la mugre y en ese caso se lava las manos una y otra vez. Puede estar lleno de dudas y sentir la necesidad de reconfirmar las cosas repetidamente. Puede estar preocupado por pensamientos de violencia y teme hacer daño a las personas que están cerca de usted. Puede pasar largos períodos de tiempo tocando las cosas o contando; puede estar preocupado por el orden y la simetría; puede tener pensamientos persistentes de llevar a cabo actos sexuales que le son repugnantes; o puede afligirle tener pensamientos que van contra su religión.

Los pensamientos o las imágenes preocupantes se llaman obsesiones y los rituales que se celebran para tratar de prevenirlas o disiparlas se llaman impulsos. No es placentero celebrar estos ritos que se siente obligado a hacer; únicamente siente descanso temporal de la incomodidad causada por la obsesión.

Muchas personas saludables pueden aceptar tener algunos de estos síntomas de TOC, tales como revisar la estufa varias veces antes de salir de la casa. Pero se diagnostica el trastorno únicamente cuando dichas actividades consumen cuando menos una hora al día, son muy angustiosas o interfieren con la vida diaria.

Muchos adultos con este problema de salud reconocen que lo que están haciendo no tiene sentido pero no pueden evitarlo. Sin embargo, muchas personas, especialmente niños con TOC, pueden no comprender que su comportamiento está fuera de lo normal.

El TOC afecta a hombres y a mujeres aproximadamente en igual número y aflige a más o menos 1 de cada 50 personas.(5) Puede aparecer en la niñez, en la adolescencia o en la edad madura pero como promedio se detecta en los jóvenes o en los adultos jóvenes. Un tercio de los adultos con TOC experimentaron sus primeros síntomas en la niñez. El curso que sigue la enfermedad es variable; los síntomas pueden ir y venir, mitigarse por un tiempo o empeorar progresivamente. La evidencia de que se dispone sugiere que el TLC puede venir de familia.

Los pensamientos o las imágenes preocupantes se llaman obsesiones y los rituales que se celebran para tratar de prevenirlas o disiparlas se llaman impulsos. No es placentero celebrar estos ritos que se

siente obligado a hacer; únicamente siente descanso temporal de la incomodidad causada por la obsesión.

La depresión u otros trastornos de ansiedad pueden acompañar al TOC. Además, algunas personas con TOC sufren de trastornos alimenticios. También pueden evitar las situaciones en las cuales tengan que enfrentarse a sus obsesiones. O pueden tratar, sin éxito, de usar alcohol o drogas para calmarse. Si el TOC se agrava seriamente puede interponerse entre una persona y su empleo o evitar que esa persona asuma responsabilidades normales en su casa, pero por lo general no llega a esos extremos.

### TRASTORNO POSTRAUMÁTICO POR TENSIÓN

El trastorno postraumático por tensión (TPT) es una condición debilitante que sigue a un evento de terror. Frecuentemente, las personas que sufren de TPT tienen persistentemente memorias y pensamientos espantosos de su experiencia y se sienten emocionalmente paralizadas, especialmente hacia personas que antes estuvieron cerca de ella. El TPT, conocido antes como sobresalto por proyectil o

fatiga de batalla, fue traída a la atención pública por los veteranos de guerra pero puede ser el resultado de varios otros incidentes traumáticos. Incluyen raptos, graves accidentes como choques de automóviles o de trenes, desastres naturales como inundaciones o temblores, ataques violentos tales como asaltos, violaciones o tortura, o ser plagiado. El evento que desata este trastorno puede ser algo que amenace la vida de esa persona o la vida de alguien cercano a ella. O bien, puede ser algo que vio, como por ejemplo la destrucción en masa después de la caída de un aeroplano.

Cualquiera que sea la razón del problema, algunas personas con TPT repetidamente vuelve a vivir el trauma en forma de pesadillas y recuerdos inquietantes durante el día. Pueden también experimentar problemas de sueño, depresión, sensación de indiferencia o de entumecimiento o se sobresaltan fácilmente. Pueden perder el interés en cosas que antes les causaban alegría y les cuesta trabajo sentir afecto. Es posible que se sientan irritables, más agresivas que antes o hasta violentas. El ver cosas que les recuerdan el incidente puede ser molesto, lo que podría hacerles evitar ciertos lugares o situaciones que les traigan a la mente esas memorias. Los aniversarios de lo que sucedió frecuentemente son muy difíciles.

Sucesos ordinarios pueden servir de recordatorios del trauma y ocasionar recuerdos inquietantes o imágenes intrusas. Los aniversarios de lo que sucedió frecuentemente son muy difíciles.

El TPT puede presentarse en cualquier edad, incluyendo la niñez. El trastorno puede venir acompañado de depresión, de abuso de sustancias químicas o de ansiedad. Los síntomas pueden ser ligeros o graves; las personas pueden irritarse fácilmente o tener violentos arranques de cólera o de mal humor. En casos severos, los afectados pueden tener dificultad para trabajar o para socializar. En general, los síntomas pueden ser peores si el evento que los ocasiona fue obra de una persona, como en el caso de violación, a comparación de uno natural como es una inundación.

Los eventos ordinarios pueden traer el trauma a la mente e iniciar recuerdos retrospectivos o imágenes intrusas. Un recuerdo retrospectivo puede hacer que la persona pierda contacto con la realidad y vuelva a vivir el evento durante un período de unos segundos o por horas o, muy raramente, por días. Una persona que tiene recuerdos retrospectivos que pueden presentarse en forma de imágenes, sonidos, olores o sensaciones, generalmente cree que el evento traumático está volviendo a repetirse.

No todas las personas traumatizadas sufren un verdadero caso de TLT o experimentan TLT en lo absoluto. Se diagnostica TLT únicamente si los síntomas duran más de un mes. En aquellas personas que tienen TLT, los síntomas generalmente comienzan tres meses después del trauma y el curso de la enfermedad varía. Hay quienes se recuperan dentro de los siguientes 6 meses; a otros, los síntomas les duran mucho más tiempo. En algunos casos, la condición puede ser crónica. Ocasionalmente, la enfermedad no se detecta sino hasta varios años después del evento traumático.

## TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

En general, los trastornos de ansiedad se tratan con medicación, tipos específicos de psicoterapia, o ambos.(6) Los tratamientos a escoger dependen del problema y de la preferencia de la persona. Antes de comenzar un tratamiento, un médico debe realizar una evaluación diagnóstica cuidadosamente para determinar si los síntomas de una persona son causados por un trastorno de ansiedad o por un problema físico. Si se diagnostica un trastorno de ansiedad, el tipo de trastorno o la combinación de trastornos presentes deben identificarse, al igual que cualquier enfermedad coexistente, tales como depresión o abuso de sustancias. En ocasiones, el alcoholismo, la depresión, u otras enfermedades coexistentes tienen un efecto tan fuerte sobre el individuo, que el tratamiento del trastorno de ansiedad debe esperar hasta que las enfermedades coexistentes queden bajo control.

Las personas con trastornos de ansiedad que ya hayan recibido tratamiento, deben informar en detalle a su respectivo médico acerca de tal tratamiento. Si estas personas recibieron medicamentos, deben informar a su médico qué medicación se utilizó, qué dosis se usó al comienzo del tratamiento, si la dosis se aumentó o disminuyó durante el tratamiento, qué efectos secundarios se presentaron, y si el tratamiento les ayudó a reducir la ansiedad. En caso de que hubiesen recibido psicoterapia, deben describir el tipo de terapia, con qué frecuencia asistieron a sesiones, y si la terapia fue útil.

Con frecuencia, las personas creen que han “fallado” un tratamiento o que el tratamiento no les funcionó, cuando, en realidad, el tratamiento no se suministró por un periodo adecuado de tiempo o fue administrado incorrectamente. En ocasiones, las personas deben tratar varios tipos diferentes de tratamientos, o combinaciones de los mismos, antes de que puedan encontrar uno que les funcione.

### Medicación

La medicación no curará los trastornos de ansiedad, pero puede mantenerlos bajo control mientras la persona recibe psicoterapia. La medicación debe ser prescrita por médicos, usualmente psiquiatras, quienes pueden ofrecer ellos mismos psicoterapia o trabajar en equipo con psicólogos, trabajadores sociales, o consejeros que ofrezcan psicoterapia. Las principales medicaciones usadas para los trastornos de ansiedad son antidepresivos, medicamentos ansiolíticos (pastillas para la ansiedad/nervios), y bloqueadores beta para controlar algunos de los síntomas físicos. Con un tratamiento apropiado, muchas personas con trastornos de ansiedad pueden vivir vidas normales y plenas. (6)

### Antidepresivos

Los antidepresivos se desarrollaron para tratar la depresión, pero también son efectivos para los trastornos de ansiedad. Aunque estos medicamentos comienzan a alterar la química del cerebro desde la primera dosis, su efecto total requiere que

ocurran una serie de cambios; usualmente toma entre 4 y 6 semanas (6) para que los síntomas comiencen a desaparecer. Es importante continuar tomando estos medicamentos durante suficiente tiempo para permitirles que funcionen.

#### Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina

Algunos de los más recientes antidepresivos se llaman inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRSs). Los ISRSs alteran los niveles del neurotransmisor serotonina en el cerebro, el cual, al igual que otros neurotransmisores, ayuda a las células del cerebro a comunicarse entre sí.

Fluoxetina (Prozac®), sertralina (Zoloft®), escitalopram (Lexapro®), paroxetina (Paxil®), y citalopram (Celexa®) son algunos de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina que se prescriben usualmente para el trastorno de pánico, TOC, TEPT, y la fobia social. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina también se usan para el tratamiento del trastorno de pánico cuando éste ocurre en combinación con TOC, fobia social, o depresión. Venlafaxina (Effexor®), un medicamento estrechamente relacionado con los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, se utiliza para el tratamiento del TAG. Estas medicaciones se inician con dosis bajas y se aumentan gradualmente hasta lograr un efecto benéfico.(6)

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina producen menos efectos secundarios que los antidepresivos antiguos, pero en ocasiones producen un poco de náuseas o nerviosismo cuando las personas comienzan a tomarlos. Estos síntomas desaparecen con el tiempo. Algunas personas también experimentan disfunción sexual con los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, lo cual se puede corregir ajustando la dosis o cambiando por otro inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina.

## Tricíclicos

Los tricíclicos son más antiguos que los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y funcionan tan bien como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina para los trastornos de ansiedad con excepción al TOC. También se inician con dosis bajas que gradualmente se aumentan. Éstos ocasionalmente producen mareos, sueño, sequedad en la boca, y aumento de peso, lo cual usualmente se puede corregir cambiando la dosis o cambiando a otro tricíclico.

Los tricíclicos incluyen la imipramina (Tofranil®), la cual se prescribe para el trastorno de pánico y el TAG y la clomipramina (Anafranil®), la cual es el único antidepresivo tricíclico útil para el tratamiento del TOC.

## Los inhibidores de la monoamino oxidasa

Los inhibidores de la monoamino oxidasa son la clase más antigua de medicamentos antidepresivos. Los inhibidores de la monoamino oxidasa que se prescriben con mayor frecuencia para trastornos de ansiedad son la fenelzina (Nardil®), seguido por la tranilcipromina (Parnate®), y elisocarboxazid (Marplan®), los cuales son utilizados para el tratamiento del trastorno de pánico y la fobia social. Las personas que toman inhibidores de la monoamino oxidasa no pueden comer ciertos alimentos y bebidas (incluyendo queso y vino tinto) que contengan tiramina, ni pueden tomar ciertos medicamentos, incluyendo algunos tipos de píldoras anticonceptivas, analgésicos (tales como Advil, Motrin® o Tylenol®), medicamentos para el resfriado y las alergias, y ciertos suplementos herbales; estas sustancias pueden interactuar con los inhibidores de la monoamino oxidasa y causar peligrosos incrementos en la presión arterial. El desarrollo de un nuevo parche para la piel de inhibidores de la monoamino oxidasa puede ayudar a reducir estos riesgos. Los inhibidores de la monoamino oxidasa también pueden reaccionar con los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y producir una enfermedad grave llamada “síndrome de la serotonina”, el cual puede causar confusión, alucinaciones, aumento de transpiración, rigidez muscular, convulsiones,

cambios en la presión arterial o en el ritmo cardiaco, y otras enfermedades potencialmente fatales.

### Medicamentos ansiolíticos

Las poderosas benzodiazepinas combaten la ansiedad y producen pocos efectos secundarios con la excepción de somnolencia (tener sueño). Debido a que las personas se pueden acostumbrar a éstas y pueden necesitar dosis progresivamente más altas para obtener el mismo efecto, las benzodiazepinas generalmente se prescriben por cortos periodos de tiempo, en especial para personas que han abusado de drogas o alcohol o que con facilidad se vuelven dependientes a la medicación. Una excepción a esta regla son las personas que padecen de trastorno de pánico, quienes pueden tomar benzodiazepinas por hasta un año sin que se produzcan daños.(6)

El clonazepam (Klonopin®) se usa para la fobia social y el TAG, el lorazepam (Ativan®) es utilizado para el trastorno de pánico, y el alprazolam (Xanax) es utilizado tanto para el trastorno de pánico como para el TAG.(6)

Algunas personas pueden experimentar síntomas de abstinencia si dejan de tomar abruptamente las benzodiazepinas, en vez de reducirlas progresivamente, y la ansiedad puede volver una vez que se deja la medicación. Estos posibles problemas han llevado a los médicos a evitar usar estos medicamentos o usarlos en dosis inadecuadas.

La buspirona (Buscar), una azapirona, es un medicamento ansiolítico más nuevo que se usa para el tratamiento del TAG. Entre los posibles efectos secundarios incluyen mareos, dolores de cabeza, y náuseas. A diferencia de las benzodiazepinas, la buspirona se debe tomar consistentemente por lo menos durante dos semanas para lograr un efecto ansiolítico.

## Bloqueadores beta

El bloqueador beta, tales como el propranolol, que se utiliza para enfermedad cardíacas, pueden prevenir los síntomas físicos que se presentan con ciertos trastornos de ansiedad, particularmente con la fobia social. Cuando se puede predecir una situación de miedo (tal como dar una conferencia), un médico puede prescribir un bloqueador beta para mantener bajo control los síntomas físicos de la ansiedad

## Psicoterapia

La psicoterapia implica hablar con un profesional capacitado en la salud mental, tal como un psiquiatra, psicólogo, trabajador social, o consejero, para descubrir cuál fue la causa de un trastorno de ansiedad y cómo manejar sus síntomas.(6)

## Terapia cognitiva-conductual

La terapia cognitiva-conductual es muy útil para el tratamiento de los trastornos de ansiedad. La parte cognitiva ayuda a las personas a cambiar los patrones de pensamiento que dan lugar a sus temores, y la parte conductual ayuda a la gente a cambiar la manera en que reacciona ante las situaciones que provocan ansiedad.

Por ejemplo, la terapia cognitiva-conductual puede ayudar a las personas que sufren de trastorno de pánico a aprender que sus ataques de pánico no son en realidad ataques cardíacos y puede ayudar a las personas con fobia social a aprender a sobreponerse a la creencia de que las demás personas las están observando y juzgando constantemente. Cuando las personas están listas para enfrentar sus miedos, se les muestra cómo usar técnicas de exposición para desensibilizarse a las situaciones que provocan sus ansiedades.

A las personas con TOC que le tienen miedo a la suciedad y a los gérmenes, se les recomienda ensuciarse las manos y que esperen cada vez mayores periodos de tiempo antes de lavárselas. El terapeuta ayuda a la persona a manejar la ansiedad producida por la espera; después de que se ha repetido el ejercicio varias veces, la

ansiedad disminuye. A las personas con fobia social se les recomienda pasar un tiempo en situaciones sociales que las atemorizan, sin dejarse tentar con escapar, y a cometer pequeñas equivocaciones sociales y observar cómo la gente responde a éstas. Debido a que las respuestas usualmente son mucho menos severas de lo que la persona espera, estas ansiedades disminuyen. Las personas con TEPT pueden ser apoyadas mediante la recordación de su evento traumático en una situación segura, lo cual ayuda a reducir el miedo que produce. Los terapeutas de terapia cognitiva-conductual también les enseñan como respirar profundo y otros tipos de ejercicios para aliviar la ansiedad y fomentar la relajación.

La terapia conductual basada en la exposición ha sido utilizada durante varios años para el tratamiento de fobias específicas. De manera gradual, la persona enfrenta el objeto o situación al que teme, al principio, quizá tan solo a través de fotos o videocasetes, y después frente a frente. Con frecuencia, el terapeuta acompaña a la persona a una situación temida con el fin de proveer apoyo y orientación.

La terapia cognitiva-conductual se realiza cuando las personas deciden que están listas para ello y brindan su permiso y cooperación. Para ser efectiva, la terapia debe ser dirigida a las ansiedades específicas de la persona y debe ser adaptada a sus necesidades. No hay ningún otro efecto secundario mas que la incomodidad de una ansiedad temporalmente mayor.

Con frecuencia, la terapia cognitiva-conductual o terapia conductual dura aproximadamente 12 semanas.(6) Se la puede llevar a cabo individualmente o en grupo con personas con problemas similares. La terapia en grupo es particularmente efectiva en el caso de la fobia social. Con frecuencia, entre las sesiones, se asignan “tareas” a los participantes. Existe alguna evidencia de que los beneficios de la terapia cognitiva-conductual duran más que aquellos de la medicación para personas con trastorno de pánico, y lo mismo puede ser cierto para TOC, TEPT, y fobia social. Si un trastorno se vuelve a presentar después, la misma terapia puede ser utilizada para tratarlo con éxito por segunda vez.

La medicación se puede combinar con psicoterapia para trastornos de ansiedad específicos y éste es el mejor enfoque de tratamiento para muchas personas.

## **7.-METODOLOGIA**

### **Tipo de Estudio:**

Estudio descriptivo para caracterizar a la población adulto joven que presenta trastornos de ansiedad.

### **Población de estudio:**

Es toda la población que presento diagnostico de Trastorno de ansiedad en cualquiera de sus tipos en la Unidad de salud de San José Las Flores en el periodo de enero del 2010 a diciembre del 2010, esto equivale a 50 pacientes comprendidos entre los 25 y 59 años de edad según registros diarios de consulta de la unidad de salud del municipio.

### **Unidad de Análisis:**

Todo adulto hombre o mujer que está diagnosticado con trastorno de ansiedad y que consulte a la Unidad de Salud Las Flores, Chalatenango en rango de edad de 25 a 59 años. En el periodo de estudio Enero a Diciembre de 2010

### **Criterios de Inclusión:**

- Adultos jóvenes mayores de 25 años
- Residentes en área urbana o rural del municipio.
- Que hayan consultado por lo menos una vez en la unidad de salud por trastorno de ansiedad.

### Criterios de Exclusión:

- Pacientes adultos jóvenes a los que se les haya diagnosticado otro trastorno psiquiátrico
- Pacientes que hayan emigrado del municipio

### Fases del estudio

Existe Una fase cuantitativa la cual consiste en recolectar datos de cada paciente con trastorno de ansiedad que haya consultado en el servicio de salud de San José Las Flores para conocer sus características en cuanto a incidencia por sexo ,edad ,nivel educativo y profesión u oficio. Y una fase descriptiva

Se indaga a través de entrevistas a los involucrados en el estudio, la percepción de los pacientes adulto joven con trastornos de ansiedad acerca del conflicto armado y su posible asociación con el apareamiento de su trastorno de ansiedad. Además se identificaran los estilos de vida que puedan contribuir al desarrollo de trastornos de ansiedad en la población adulta.

La metodología que se utiliza para relacionar las variables en estudio es a través de la elaboración de tablas de salida bivariantes elaboradas en el programa EPI INFO.

## 8.-OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Para cada objetivo específico se selecciona un conjunto de variables con sus respectivas definiciones operacionales:

Cuadro No. 4. Caracterización de la población

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	VALORES	ESCALA
Sexo	Sexo biológico al que pertenece	Masculino Femenino	Cualitativa nominal
Edad	Edad cronológica desde el día de nacimiento	25-28 años 29-38 años 39-49 años 50-59 años Mayor de 60	Cuantitativa continua
Procedencia	Area de Residencia	Urbano Rural	Cualitativa nominal
Nivel educativo	Anos aprobados en educación formal.	Cero grados Primaria Secundaria Básica Superior	Cualitativa ordinal.
Actividades a que se dedica actualmente	Profesión u oficio que desarrolla	Desempleado Empleado formal	Cualitativa nominal
Otras enfermedades y adicciones	Condiciones que afectan estado de salud del individuo	Enfermedad crónica. Consumo alcohol Consumo tabaco Consumo drogas	Cualitativa nominal

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICION OPERACIONAL</b>	<b>VALORES</b>	<b>ESCALA</b>
Tipo de Ansiedad registrada:	Valoración clínica del tipo de trastorno de ansiedad	Trastorno de ansiedad generalizado TOC Trastorno-obsesivo compulsivo Otros	Cualitativa Nominal
Tipo de tratamiento que recibe	Terapia administrada por un profesional de salud debido a su padecimiento	Tratamiento farmacológico Tratamiento psicológico	Cualitativa Nominal
Recibe tratamiento para la ansiedad	Condición de receptor de tratamiento	Recibe tratamiento No recibe tratamiento	Dicotómica

Fuentes: Elaboración propia

Cuadro No.5.Exposición al conflicto armado y potenciales secuelas

<b>VARIABLE</b>	<b>Definición OPERACIONAL</b>	<b>VALORES</b>	<b>ESCALA</b>
Combatientes durante el conflicto Armado	Participación Directa en el conflicto armado	Si No	Cuantitativa Dicotómica
Emigraciones a causa del conflicto armado en su grupo familiar	Personas que emigraron a causa del conflicto armado a otro cantón, municipio, departamento o país	Si No	Cuantitativa Dicotómica
Perdida de seres queridos	Fallecimientos por causa directa del conflicto armado	Si No	Cuantitativa Dicotómica
Discapacidad por la guerra	Personas con algún problema físico a causa de la guerra	Si No	Cuantitativa Dicotómica
Sobreviviente conflicto armado	Persona que en el conflicto armado se vio expuesta directamente	Si No	Cuantitativa Dicotómica
Ansiedad producida por la guerra	Concepción propia de atribuirle su padecimiento al conflicto armado	Debido al conflicto No es debido al conflicto	Cualitativa dicotómica

Fuente: Elaboración propia

Cuadro No 6: Trastorno de ansiedad y estilos de vida

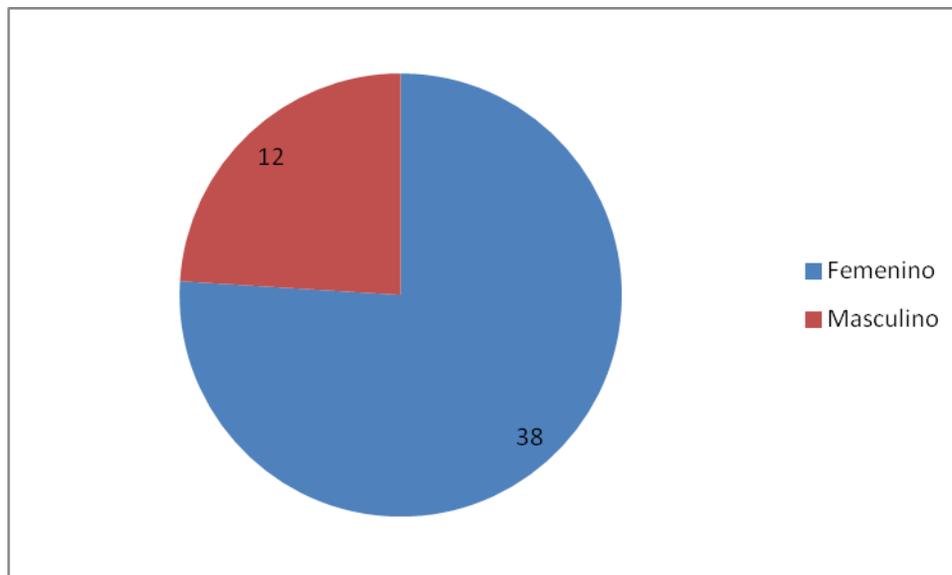
<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>	<b>VALORES</b>	<b>ESCALA</b>
Nivel de ingresos económicos	Ingreso económico promedio mensual del encuestado y su grupo familiar	Menos del salario mínimo Mas del salario mínimo	Cualitativa Nominal
Actividades de recreación	Actividades destinadas al esparcimiento	Una vez por mes 2 o más veces por mes	Cualitativa Nominal
Pertenece a una agrupación o grupo comunal	Miembro activo de un grupo organizacional	Si No	Cualitativa Nominal

## 9.-RESULTADOS

**Objetivo No.1.**Caracterizar a la población que consulta en la unidad de salud Las Flores diagnosticados con trastornos de ansiedad.

En cuanto al sexo de los entrevistados el 76% de la población en estudio corresponde al sexo femenino y un 14% son del sexo Masculino.

**Distribución por sexo de entrevistados que padecen trastornos de ansiedad identificados en la Unidad de salud de San José las Flores ,de enero a diciembre del año 2010**



FUENTE: Encuesta de percepción del paciente con trastorno de ansiedad,2011.

Las edades en el estudio están entre: 25 y 59 años: 84% y 59 años o mas: 16%

AL evaluar la procedencia el 90% de pacientes corresponden al área urbana y el 10% al área rural.

EL nivel educativo de los encuestados encontrado en las entrevistas el 78% corresponde a educación primaria, el 12% a bachillerato a la Educación superior universitaria corresponde el 6%, y un 4% analfabetos.

### **Nivel educativo de pacientes con trastorno de ansiedad**

Nivel educativo	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	39	78
Bachillerato	6	12
Superior	3	6
Analfabetos	2	4
TOTAL	50	100%

FUENTE: Encuesta

La ocupación u oficio de los encuestados encontrada es que los que trabajan corresponden a un 23%, los que no trabajan corresponden a un 72%, y los que estudia corresponde a un 5% del total de encuestados.

EL tipo de Ansiedad registrada en los encuestados se evidencia los trastornos de Ansiedad generalizada con un 14% y los Trastorno por estrés postraumático con un 86% del total.

El tipo de tratamiento que recibe el diagnosticado con trastorno de ansiedad se encontró que el tratamiento farmacológico lo recibe el 83%, el tratamiento psicológico el 17% del total de encuestados.

### **Tipo de tratamiento recibido por pacientes con diagnostico de Trastornos de ansiedad**

Tipo de tratamiento	Frecuencia	Porcentajes
Farmacológico	41	83
Psicológico	9	17
TOTAL	50	100

FUENTE: Encuesta

Del total de encuestados los que reciben tratamiento para la ansiedad corresponde al 92% , y los que no reciben tratamiento en el momento de la encuesta son el 8%

**Objetivo No.2.** Establecer la relación de los eventos del conflicto armado vividos por la población que consulta en la Unidad de Salud Las Flores con la persistencia de los trastornos de ansiedad.

Del total de encuestados los que respondieron haber sido combatiente durante la guerra son el 24% siendo el 76 % no combatiente.

En relación a la migración realizada por el encuestado durante el conflicto armado el 24% emigraron a otros lugares y el 76% respondió que no había emigrado durante el conflicto armado.

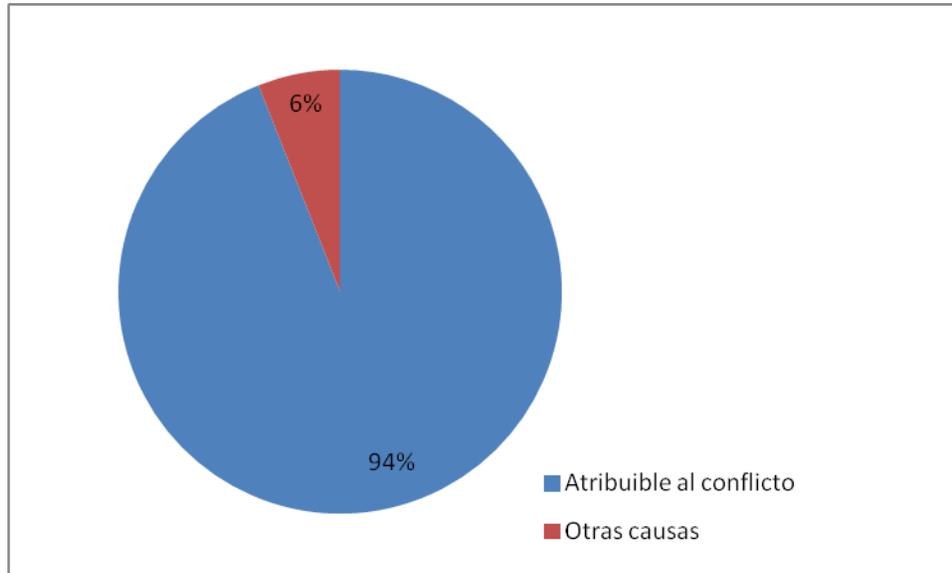
Se evalúa en los encuestados cuántos de ellos tuvieron fallecimientos de algún miembro de su grupo familiar a causa del conflicto armado encontrándose que el 36% de los pacientes tuvieron fallecimientos de seres queridos durante la guerra y el 64% no los tuvo.

Se evalúa la presencia de discapacidades producto del conflicto armado en el grupo familiar de los entrevistados encontrándose que el 62% de los pacientes con trastornos de ansiedad tiene en sus familias personas con algún tipo de discapacidad y el 38% no los tiene.

Al evaluar la concepción del entrevistado sobre el considerarse expuesta directamente al conflicto armado el 88% respondió afirmativamente y el 12% no se considera directamente expuesta.

Respecto a la apreciación personal sobre el atribuirle o no al conflicto armado su trastorno de ansiedad se encuentra que el 93% piensa que la guerra es el causal de sus problemas y solo el 7% lo asocia a otros factores.

**Percepción de pacientes con diagnóstico de trastorno de ansiedad respecto a la influencia del conflicto armado en su padecimiento ,año 2010**



FUENTE: Encuesta de percepción del paciente con trastorno de ansiedad,2011.

**Objetivo No.3.** Identificar estilos de vida que puedan contribuir al desarrollo de trastornos de ansiedad en la población.

AL evaluar otras condiciones médicas que padece el entrevistado diferente al trastorno de ansiedad se encuentra que solo el 12% padece de otras enfermedades y el 88% no padece de otro problema de salud.

Se evaluó en los encuestados las adicciones a drogas legales e ilegales ,siendo los que respondieron que si tienen la adicción el 47% equivalente a 24 de los encuestados y los que no consumen el 53%.

Las drogas ingeridas para los que respondieron que si fueron el alcohol 55%, tabaco 11%, ambas 34% , otras 0% (Cualquiera de las siguientes :crack ,cocaína, heroína, etc.)

### **Consumo de drogas legales e ilegales en pacientes con trastornos de ansiedad**

Tipo de drogas consumidas	Frecuencia	Porcentaje
Solo Alcohol	13	55
Solo Tabaco	3	11
Ambas	8	34
Otras drogas	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

FUENTE: Encuesta

Se evalúa en los encuestados el nivel de ingresos económicos encontrando que los que perciben menos del salario mínimo son el 90% de los encuestados y los que perciben mas del salario mínimo son solamente el 10% del total.

Las actividades de recreación se evaluaron en los entrevistados reportándose que el 98% realiza algún tipo de actividad recreativa en su comunidad y que solamente el 2% realiza más de una actividad.

Dentro de las actividades realizadas en los entrevistados se indago la pertenencia a una agrupación o grupo comunal. los que respondieron afirmativamente a la pertenencia fueron el 11% y los que no pertenecen a organizaciones suman el 89% del total.

## 10.-ANÁLISIS

Al analizar las variables propuestas para los 50 pacientes detectados con trastorno de ansiedad en la Unidad de Salud de San José las Flores se encontró que el mayor porcentaje corresponde a las mujeres con un 76% del total de encuestados a pesar del alto porcentaje encontrado de diagnósticos en mujeres esto no es representativo de la incidencia real en la población general de los trastornos de ansiedad ya tradicionalmente es la mujer la que mas busca la atención de salud , en esta tendencia influyen factores socioculturales muy marcados en los pobladores de la zona.

Los trastornos de ansiedad en el municipio de San José las Flores durante el año 2010 se presentaron principalmente en la población comprendida entre los 25 y los 59 años correspondiendo este grupo poblacional al 84% del total de encuestados, esta población se calcula se encontraba en el momento del conflicto armado entre 0 años y los 30 años ,en un extremo se encontraban los niños y en el otro los que tenían la posibilidad de ser combatientes directos, por lo que las secuelas psicológicas del conflicto armado son directas.

Al establecer la procedencia entre urbana y rural se utilizo el criterio de asignarle como zona urbana al radio que es cubierto por la Unidad de Salud Local correspondiente a los barrios y la zona rural a los cantones del municipio ,la encuesta nos evidencia que existe un mayor porcentaje de pobladores del área urbana que es diagnosticado con trastorno de ansiedad probablemente debido a la mayor accesibilidad al servicio de salud local ,siendo solo el 10% del total de los diagnosticados procedente del área rural.

El municipio de San José las Flores a pesar de contar con centros escolares y un instituto Nacional local cuenta con una gran parte de la población con estudios básicos hasta el sexto grado siendo la mayor proporción del total de pacientes con diagnostico de trastorno de ansiedad, esto repercute posteriormente en el control y en la comprensión del padecimiento.

Uno de los factores que influyen en la presentación del trastorno de ansiedad son los factores ambientales siendo uno de ellos la inestabilidad económica del grupo familiar la cual afecta en mayor o menor cuantía a las personas, dependiendo esto de la interpretación individual que hace de la realidad ,de forma general y en base al estudio se puede asegurar que la mayor parte de los encuestados tienen este factor estresante ya que el 72% del los encuestados no cuenta con una ocupación que les brinde fuentes de ingresos permanentes .

Para determinar el tipo de trastorno de ansiedad presentado por los encuestados ,se acudió a la revisión de expedientes clínicos encontrando en todos los casos evaluados solo dos tipos de trastornos de ansiedad ,el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno por estrés pos traumático representando ambos el 100% de los encuestados , debido a que la población encuestada es la expuesta al conflicto armado podemos discernir que el mayor porcentaje de trastornos por estrés pos traumática son debido a secuelas del conflicto armado.

Los trastornos diagnosticados son tratados principalmente a través de terapia farmacológica directamente con benzodiazepinas evidenciando la necesidad de mejorar practicas en el personal de salud local como en el propio paciente para buscar alternativas terapéuticas a través de psicoterapias siendo este tipo de terapia apenas del 17 % del total de encuestados.

AL establecer relaciones entre los factores estresantes y la presentación de un tipo determinado de trastorno de ansiedad, encontramos en relación a los que fueron combatientes directamente en el conflicto armado y que actualmente cuentan con diagnostico de ansiedad , que estos son solo doce pacientes del total , de estos el trastorno de ansiedad generalizado es el que tiene la mayor incidencia ,esta tendencia pudiese ser debida a que en los combatientes se tenía un nivel más alto de tolerancia a los factores estresantes en el momento del conflicto o que los padecimientos que se presentan en los combatientes no necesariamente pueden deberse a un factor traumático antiguo. La mayor parte de los encuestados 38 en total no fueron combatientes directos en el conflicto armado siendo algunos de ellos pobladores comunes que padecieron el conflicto de forma indirecta.

EL cruce de las variables tipo de trastorno de ansiedad con la perdida de algún miembro de la familia a causa del conflicto armado evidencia que no existe una relación directa entre la perdida familiar y el tipo de trastorno ya que en los que tuvieron la perdida de familiares a causa del conflicto representan el menor porcentaje de los que padecen los trastornos con un 36% del total de pacientes encuestados ,probablemente la perdida de los miembros del grupo familiar fue adecuadamente superada o justificada por cada individuo evitando con ello la cronificación .

Directamente se evaluó la exposición del paciente al conflicto armado concebida esta como el haber presenciado combates ,presenciado asesinatos en el periodo de conflicto o ser combatiente ,al respecto se encontró que el 88% del total fue expuesto al conflicto en cualquiera de las formas antes expuestas ,al cruzar los pacientes que contestaron afirmativamente a la exposición con el tipo de trastorno de ansiedad se encuentra que del total de encuestados (50) 44 responden haber sido expuestos al conflicto armado siendo dentro de los dos trastornos de ansiedad detectados en la población, el trastorno por estrés pos traumático el de mayor prevalencia ,esta relación entre la exposición al conflicto y el trastorno por estrés pos traumático resulta lógica por el alto grado de estrés que represento el conflicto armado y por consiguiente en el apareamiento de secuelas en la psiquis de la persona.

La percepción de los pacientes encuestados respecto al origen de su padecimiento en la mayor parte de los casos fue atribuido ambos trastornos de ansiedad al conflicto armado ,siendo esta una simple apreciación personal , que al ser comparada con la perdida de familiares en el conflicto ,el ser combatientes y la consideración de exposición al conflicto resulta ser lógica la percepción del origen de su trastorno .Al identificar este factor estresante como origen del padecimiento de ansiedad resulta una oportunidad para el abordaje de los episodios de ansiedad a través de una psicoterapia de apoyo adecuada.

Entre otros factores estresantes encontrados en los pacientes con trastornos de ansiedad se evalúa la migración a otros lugares sin conflicto la cual habría sido una medida para evitar la , mas sin embargo el mayor porcentaje permaneció en las cercanías de las áreas de conflicto siendo afectados directamente.

EN relación a la estructura de apoyo social con la que debe idealmente contar una persona para equilibrar su psiquis encontramos al evaluar los estilos de vida de los encuestados que el 90% del total tiene un salario inferior al mínimo, repercutiendo esto no solo como factor estresante, sino como medida alternativa para la búsqueda de otro tipo de atención profesional .Las actividades recreativas son desarrolladas en el 98% de los encuestados, en este campo es necesario evaluar a profundidad la calidad y tipo de actividad recreativa que se realiza ya que algunas pueden repercutir negativamente en la evolución del trastorno de ansiedad, las agrupaciones u organizaciones comunitarias que pueden servir de apoyo para el individuo son poco aprovechadas o no son de interés del encuestado ya que mas del ochenta por ciento no pertenece a ninguna organización ,de aquí se desprende otra oportunidad para el apoyo comunitario de los individuos que padecen de trastornos de ansiedad al fomentarse la incorporación de la mayor parte de ellos a los grupos formados .

Una de las consecuencias de los trastornos de ansiedad es la evasión de la realidad actual , ante una vida con secuelas psicológicas de guerra ,con falta de fuentes de empleo estable y con terapias focalizadas principalmente a los psicofármacos muchos de los pacientes buscan alejarse de su contexto con el consumo de bebidas alcohólicas representando más de la mitad de los diagnosticados con algún trastorno de ansiedad.

## 11.-CONCLUSIONES

- El mayor porcentaje de los pacientes encuestados corresponde a las mujeres el alto porcentaje solo es el reflejo de factores socioculturales que influyen en que las mujeres busquen más frecuentemente la atención medica.
- La mayor proporción de los encuestados tienen como factor estresante actual la falta de un ingreso económico estable y que cubra sus necesidades.
- Los trastornos diagnosticados son tratados principalmente a través de terapia farmacológica.
- Los encuestados que fueron identificados como ex combatientes en el conflicto armado presentan principalmente un trastorno de ansiedad generalizada y no por estrés pos traumático, debido probablemente a la preparación previa para el factor estresante.
- Se encontró que más del ochenta por ciento de los encuestados tuvo una exposición al conflicto armado siendo el trastorno por estrés pos traumático el de mayor prevalencia en relación a la exposición al conflicto armado.
- La percepción de los pacientes respecto al origen de su padecimiento es hacia el conflicto armado.
- A pesar de que se realizar actividades recreativas estas no representan un factor paliativo al control de los trastornos de ansiedad.
- Existe una buena proporción de los encuestados que consumen bebidas alcohólicas representando más de la mitad de los diagnosticados.

## 12.-RECOMENDACIONES

- Es necesario implementar medidas de apoyo psicosocial en la comunidad orientadas a brindar apoyo según sexo y tipo de trastorno diagnosticado
- Se debe extender el estudio a las áreas rurales utilizando cuestionarios para tamizar a la población que no consulta en el servicio local
- Se debe presentar los resultados a las autoridades comunitarias locales para concientizar sobre la problemática y buscar formas de apoyo en conjunto.
- Las medidas implementadas para la prevención deben ser orientadas principalmente a prevenir y/o reducir la incidencia de los trastornos por estrés post traumático.
- Se debe realizar reforzamiento en técnicas de abordaje a estos padecimientos al personal de salud local, diversificando las terapéuticas a intervención psicológica.
- Se deben crear espacios de apoyo comunitario elaborados o abiertos especialmente al control de los trastornos de ansiedad.
- Se debe trabajar en la comunidad por restringir el consumo de bebidas embriagantes.

### **13. BIBLIOGRAFIA**

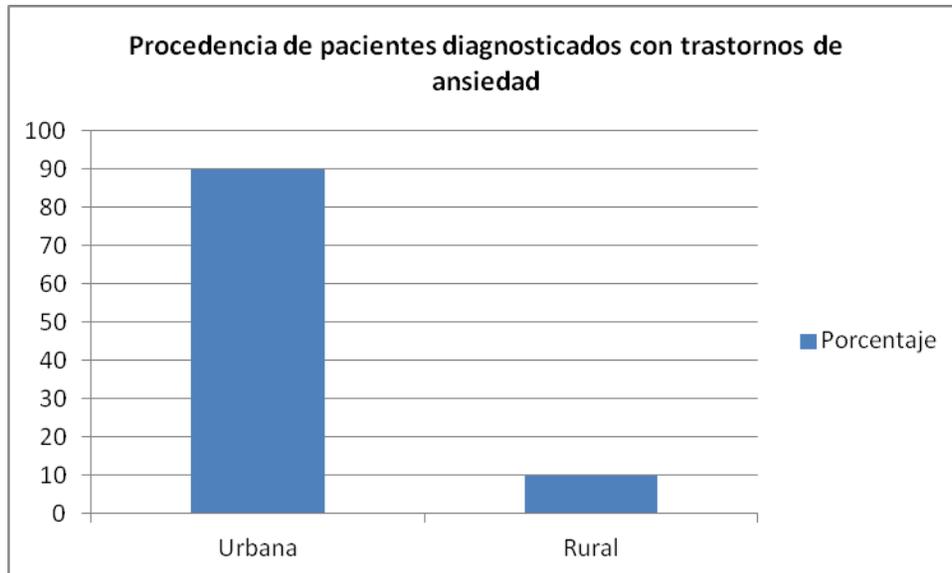
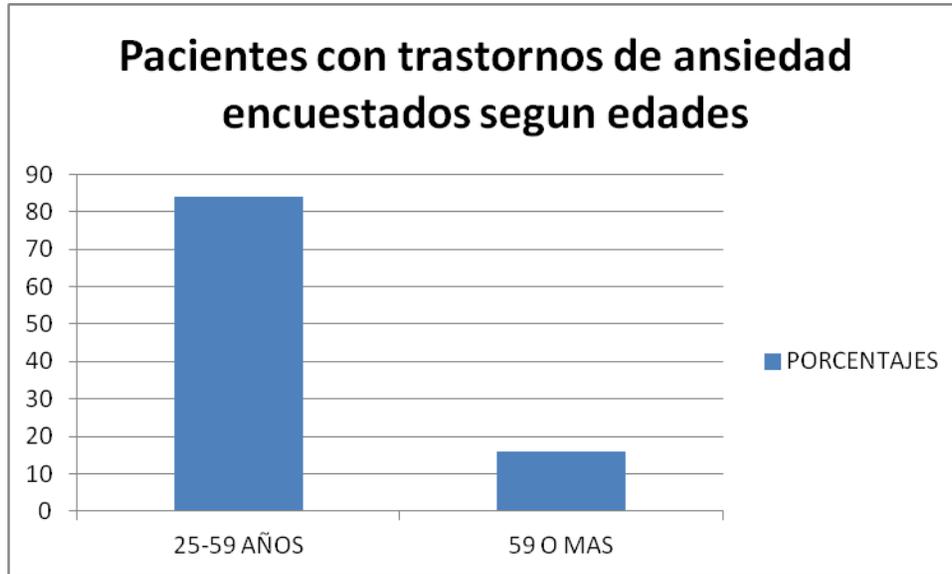
1. Organización Mundial de La Salud. La Salud Mental. Octubre 2009
2. Carranza, A. Informe sobre los sistemas de Salud Mental.Nicaragua.El Salvador, Guatemala. IESM-OMS 2006
3. San Salvador 1998.Mario Lungo Ucles Ana Silvia Menjivar de Sintigo.
4. Testimonios anónimos de sobrevivientes, Primera Edición, FUNDASAL,
5. Asociación Mundial de Psiquiatría Diagnostico y tratamiento de los trastornos de ansiedad.. 1999.
6. Timothy a, Brown, Psy D. Clasificación Trastornos de Ansiedad.
7. El Salvador., Ministerio de Salud Expedientes clínicos . 2010
8. El Salvador. Compendio de Perfiles Educativos 2009 ( MINED)
9. El Salvador. Encuesta Nacional de Salud Familia FESAL-2008

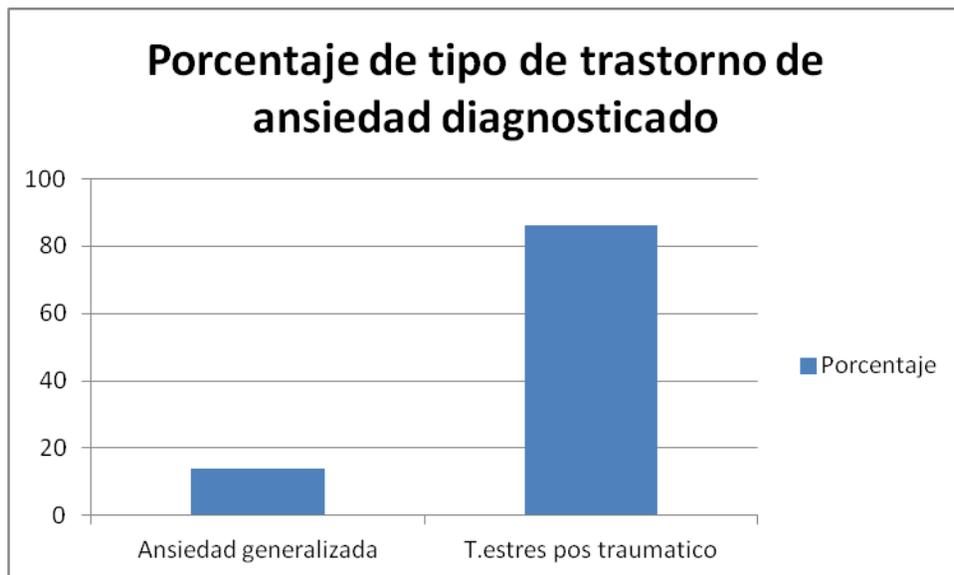
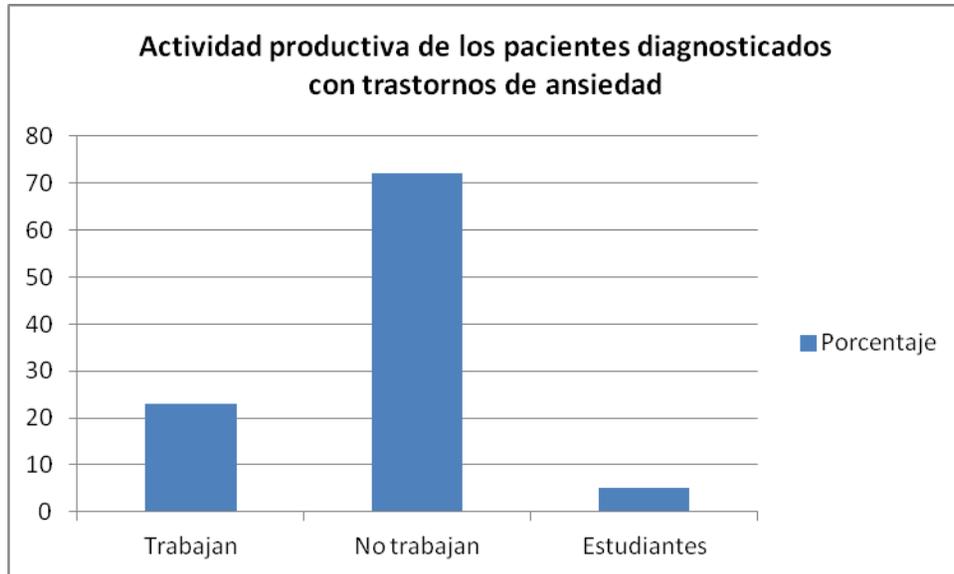
## 14.-ANEXOS

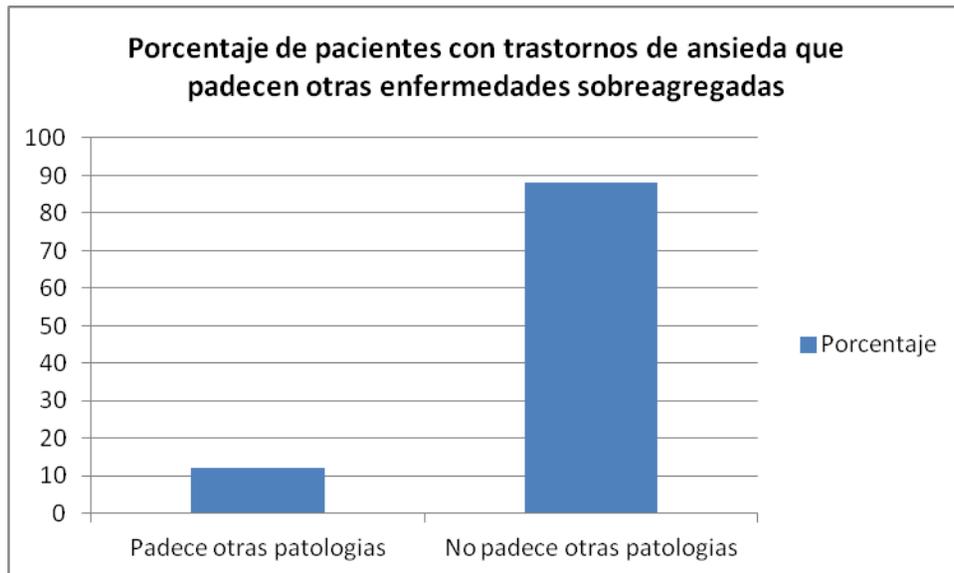
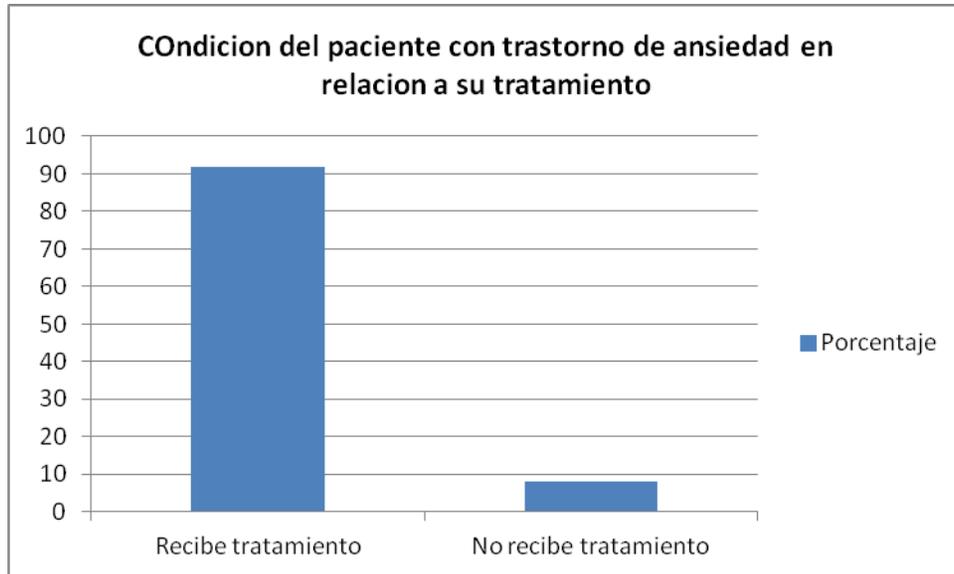
### ANEXO No.1 .Instrumento de recolección de datos

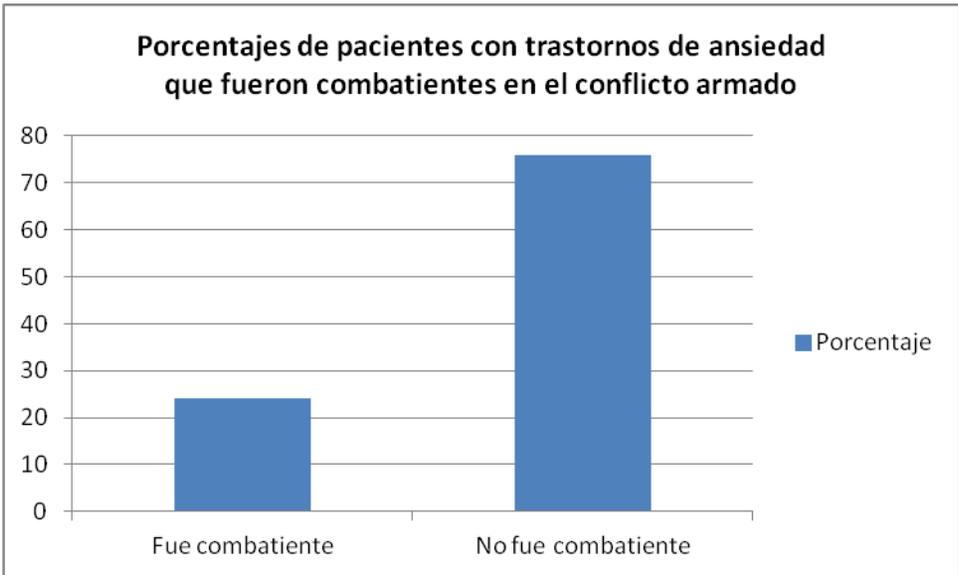
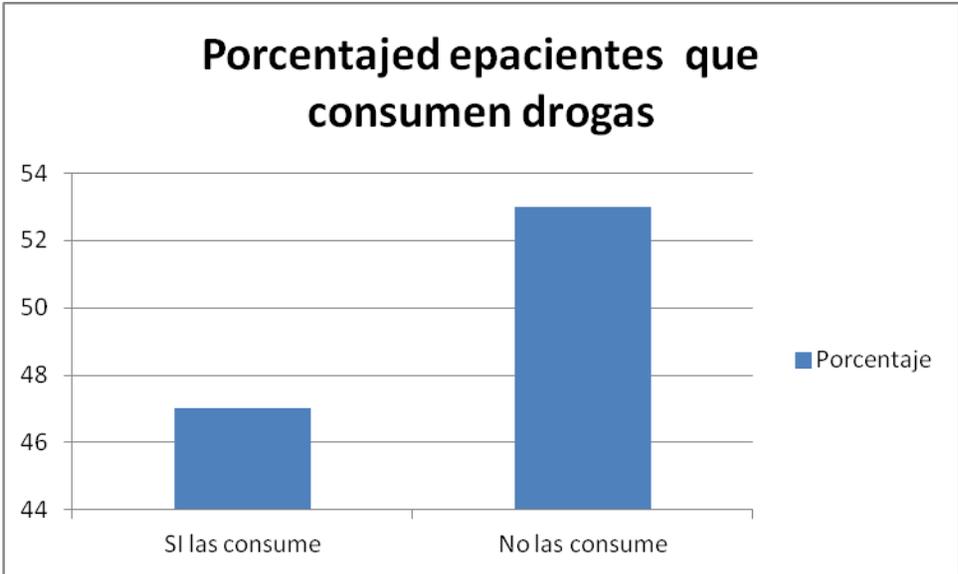
1. Sexo: masculino – femenino
2. Edad en años
3. Procedencia Urbano-Rural
4. Nivel educativo. Ninguno,Primaria,Secundaria,Superior
5. Actividades a que se dedica actualmente:Desempleado,Empleado formal
6. Padece alguna otra enfermedad:
7. Consumo alcohol: si - no
8. Consumo tabaco: si - no
9. Consumo drogas(alcohol,tabaco,ilegales): si. – no, Cuales:
- 10.Tipo de Ansiedad registrada: Trastorno de ansiedad generalizado,TOC,Trastorno-obsesivo compulsivo, Otros
- 11.Tipo de tratamiento que recibe: Tratamiento farmacológico, Tratamiento psicológico
- 12.Recibe tratamiento para la ansiedad: Recibe tratamiento, No recibe tratamiento
- 13.Tuvo Participación Directa en el conflicto armado: Si-No
- 14.Tuvo la necesidad de emigrar a causa del conflicto armado a otro cantón, municipio, departamento o país :Si-No
- 15.Ha tenido fallecimientos por causa directa del conflicto armado en su grupo familiar:Si-No
- 16.Considera que usted se vio expuesta al conflicto armado directamente : Si-No
- 17.Considera usted que su padecimiento es atribuible al conflicto armado :si-no
- 18.Cuáles son sus ingresos económicos promedio mensual del encuestado y su grupo familiar :Menos del salario mínimo, Mas del salario mínimo
- 19.Las actividades destinadas al esparcimiento en que periodicidad las realiza: Una vez por mes,2 o más veces por mes,
- 20.Es usted Miembro activo de un grupo organizacional de la comunidad: Si-No

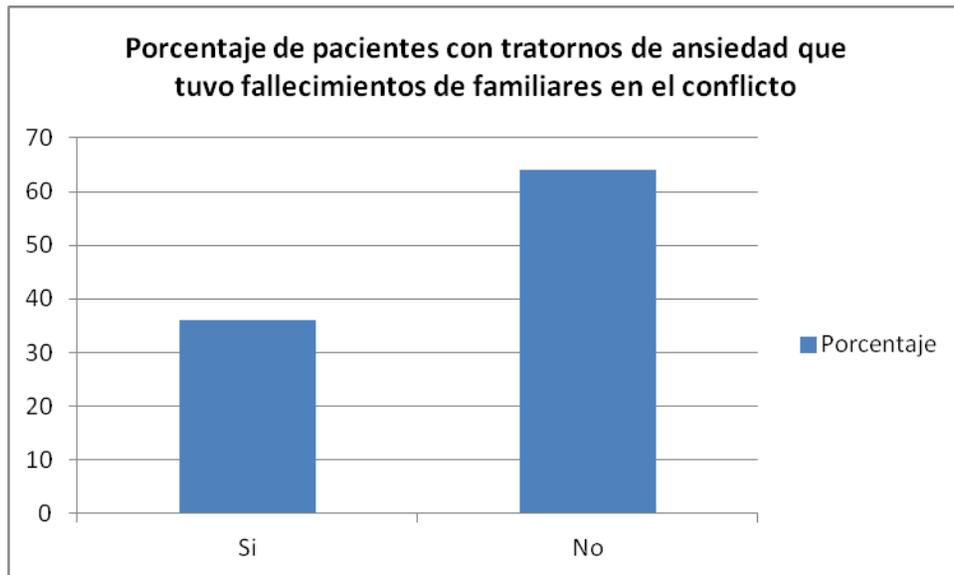
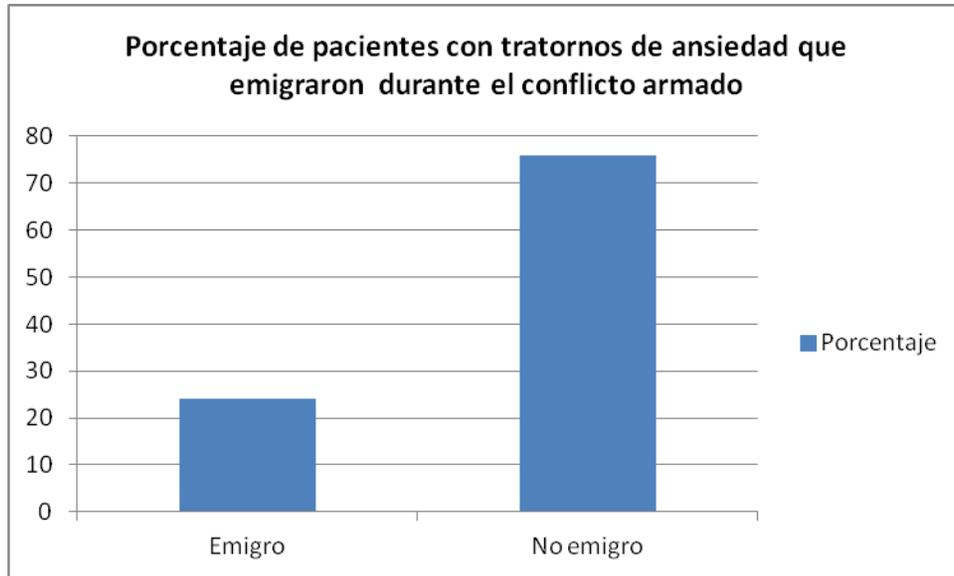
TABLAS

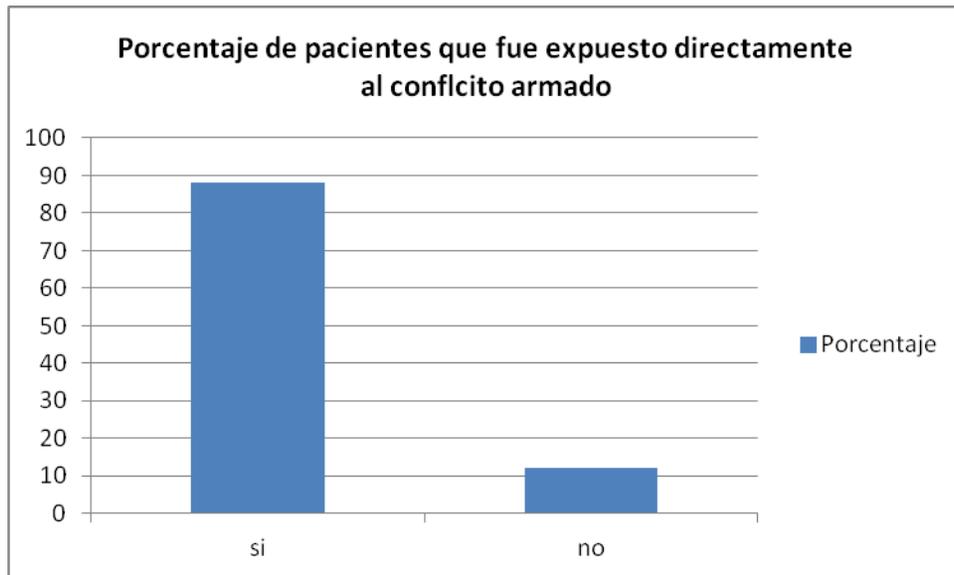
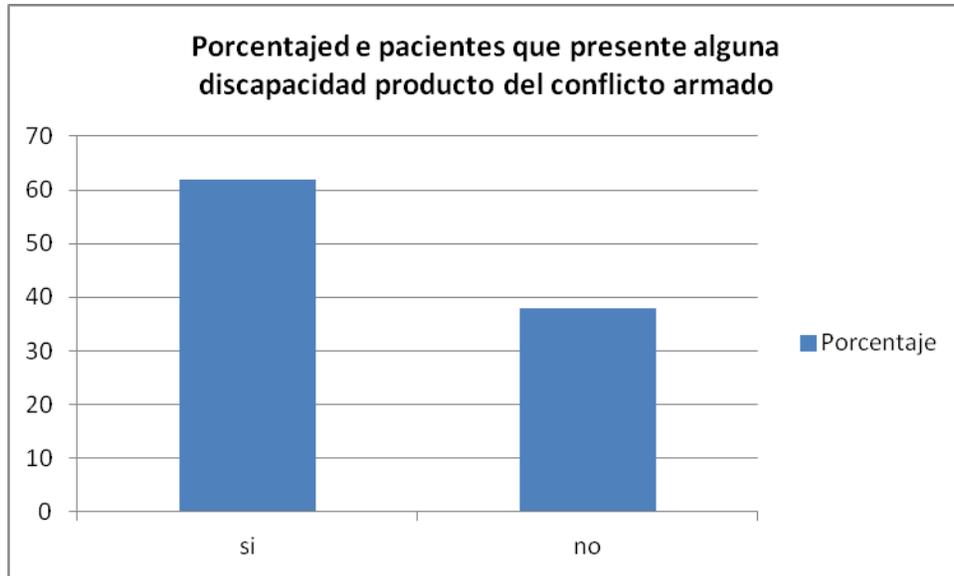


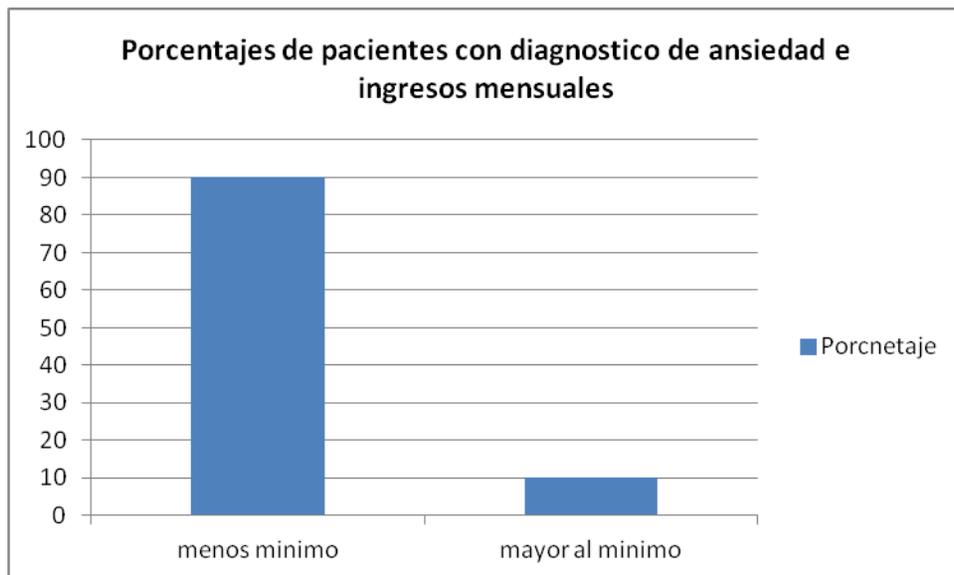
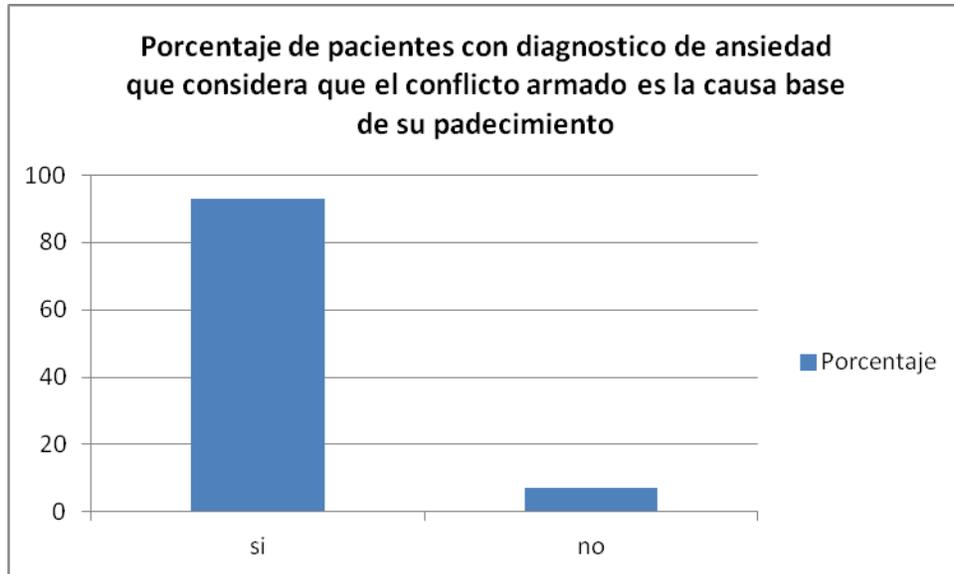












## Tipo de Trastorno de ansiedad y relación con la pérdida de miembros de la familia

1. trastorno de ansiedad generalizada
2. trastorno por estrés pos traumático

Trastorno	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
1	7	38,9%	38,9%
2	11	61,1%	100,0%
<b>Total</b>	18	100,0%	100,0%

### Trastorno , perdidafam=2

Trastorno	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
1	0	0,0%	0,0%
2	32	100,0%	100,0%
<b>Total</b>	32	100,0%	100,0%

## Relación entre el tipo de trastorno de ansiedad y la exposición al conflicto armado

- 1.trastorno de ansiedad generalizada
- 2.trastorno por estrés pos traumático

### Trastorno , exposiconflic=1

<b>Trastorno</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>1</b>	1	2,3%	2,3%
<b>2</b>	43	97,7%	100,0%
<b>Total</b>	44	100,0%	100,0%

### **Trastorno , exposiconflic=2**

<b>Trastorno</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>1</b>	6	100,0%	100,0%
<b>2</b>	0	0,0%	100,0%
<b>Total</b>	6	100,0%	100,0%

### **Relación entre tipo de trastorno de ansiedad y concepción de encuestado de atribuirle su padecimiento al conflicto armado**

**1.trastorno de ansiedad generalizada**

**2.trastorno por estrés pos traumático**

### **Trastorno , atribuible=1**

<b>Trastorno</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>1</b>	3	6,5%	6,5%
<b>2</b>	43	93,5%	100,0%
<b>Total</b>	46	100,0%	100,0%

**Trastorno , atribuible=2**

<b>Trastorno</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>1</b>	4	100,0%	100,0%
<b>2</b>	0	0,0%	100,0%
<b>Total</b>	4	100,0%	100,0%