

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

CARRERA DE MEDICINA Y CIRUGIA

*Tesis para optar por el grado académico de
Licenciatura en Medicina y Cirugía*

**CARGA DE LA ENFERMEDAD POR
TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN COSTA
RICA COMPARADO CON MEXICO, CUBA,
ARGENTINA, PANAMA Y COLOMBIA 1990-
2019.**

STEIDY JIMENA MAIRENA MEJIAS

Noviembre, 2021

Tabla de contenido

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	13
1.1.1 Antecedentes del problema	13
1.1.2 Delimitación del problema	16
1.1.3 Justificación	16
1.2 REDACCION DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE INVESTIGACION	18
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	19
1.3.1 Objetivo General	19
1.3.2 Objetivos específicos	19
1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES	20
1.4.1. Alcances de la investigación	20
1.4.2. Limitaciones de la investigación	20
2.1 CONTEXTO TEÓRICO – CONCEPTUAL	22
2.2 CARGA DE LA ENFERMEDAD.....	23
2.2.1 Contexto histórico de la carga de la enfermedad	23
2.2.2 Definición de carga de la enfermedad	24
2.2.3 ¿Por qué es importante cuantificar la carga de la enfermedad?	25
2.2.4 Medición de la Carga de la Enfermedad	25
2.2.5 Indicadores para estimar la carga de la enfermedad.....	26
2.3 TRASTORNOS DE ANSIEDAD	27
2.3.1 Definición	27
2.3.2 Etiología.....	28
2.3.3 Clasificación de los trastornos de ansiedad	31
2.3.4 Manifestaciones clínicas.....	32
2.3.5 Diagnóstico.....	37
2.3.6 Diagnóstico Diferencial.....	49
2.3.7 Tratamiento.....	58
2.3.8 Complicaciones.....	64
3.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN	66
3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN	66
3.3 UNIDADES DE ANALISIS U OBJETOS DE ESTUDIO	66
3.3.1 Población	67
3.3.2 Muestra	67

3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión.....	67
3.4 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	67
3.6 OPERACIÓN DE VARIABLES.....	68
3.7 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	71
3.8 ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS	71
3.9 ANÁLISIS DE LOS DATOS	71
6.1 CONCLUSIONES	112
6.2 RECOMENDACIONES	114
DECLARACIÓN JURADA.....	122

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N° 1. Incidencia general en ambos sexos, según tasa estandarizada, por trastornos de ansiedad en Costa Rica, México, Cuba, Argentina, Panamá y Colombia de 1990 al 2019.	73
Figura N° 2. Incidencia según sexo masculino, según tasa estandarizada, por trastornos de ansiedad en Costa Rica, México, Cuba, Argentina, Panamá y Colombia de 1990 al 2019.	75
Figura N° 3. Incidencia según sexo femenino, según tasa estandarizada, por trastornos de ansiedad en Costa Rica, México, Cuba, Argentina, Panamá y Colombia de 1990 al 2019.	77
Figura N° 4. Prevalencia general en ambos sexos, según tasa estandarizada, por trastornos de ansiedad en Costa Rica, México, Cuba, Argentina, Panamá y Colombia de 1990 al 2019.	84
Figura N° 5. Prevalencia según sexo masculino, según tasa estandarizada, por trastornos de ansiedad en Costa Rica, México, Cuba, Argentina, Panamá y Colombia de 1990 al 2019.	86
Figura N° 6. Prevalencia según sexo femenino, según tasa estandarizada, por trastornos de ansiedad en Costa Rica, México, Cuba, Argentina, Panamá y Colombia de 1990 al 2019.	88
Figura N° 7. Años vividos con discapacidad (AVD) general en ambos sexos, según tasa estandarizada, por trastornos de ansiedad en Costa Rica, México, Cuba, Argentina, Panamá y Colombia de 1990 al 2019.....	94
Figura N° 8. Años vividos con discapacidad (AVD) según sexo masculino, según tasa estandarizada, por trastornos de ansiedad en Costa Rica, México, Cuba, Argentina, Panamá y Colombia de 1990 al 2019.....	96
Figura N° 9. Años vividos con discapacidad (AVD) según sexo femenino, según tasa estandarizada, por trastornos de ansiedad en Costa Rica, México, Cuba, Argentina, Panamá y Colombia de 1990 al 2019.....	98

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1. Diferencias entre ansiedad normal y patológica.	28
Tabla N° 2. Tratamiento farmacológico del Trastorno de Pánico	60
Tabla N° 3. Tratamiento farmacológico de Agorafobia:	61
Tabla N° 4. Tratamiento farmacológico de Trastorno de ansiedad social:	62
Tabla N° 5. Tratamiento farmacológico grave del Trastorno de ansiedad social:	62
Tabla N° 6. Tratamiento farmacológico del Trastorno de ansiedad social asociado a situaciones de actuación:	62
Tabla N° 7. Tratamiento farmacológico del Trastorno de ansiedad generalizada:	62
Tabla N° 8. Incidencia por trastornos de ansiedad Costa Rica, México, Cuba, Argentina, Panamá y Colombia según grupo etario de 1990 al 2019.	79
Tabla N° 8.....	80
Tabla N° 9. Prevalencia por trastornos de ansiedad Costa Rica, México, Cuba, Argentina, Panamá y Colombia según grupo etario de 1990 al 2019.	90
Tabla N°9.....	91
Tabla N° 10. Años vividos con discapacidad (AVD) por trastornos de ansiedad Costa Rica, México, Cuba, Argentina, Panamá y Colombia según grupo etario de 1990 al 2019.....	100
Tabla N°10.....	101

DEDICATORIA

Con mucho cariño dedico esta tesis al Dr. Gilbert Alberto Chaves Leitón, especialista en Psiquiatría por ser para mi persona un claro ejemplo de profesional a ser, no solo por su vocación y ser un buen médico sino, por su amor y comprensión hacia el paciente, por dejar en mí una enseñanza tan grande como esta.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por permitirme llegar hasta esta meta, por darme la fuerza y valentía durante este largo camino de aprendizaje, lágrimas y felicidad, por la capacidad de llevar a cabo un objetivo más de vida.

A mi madre, por ser pieza fundamental en todos mis años de preparación y darme la oportunidad de concluir con éxito mis estudios en algo que siempre había querido, por ser mi mayor ejemplo de fuerza, compromiso y amor. Gracias por ayudarme a formar mi camino.

A mi padrastro, por la ayuda brindada durante este tiempo, la motivación y aliento a ser mejor cada día.

A mis familiares, por el apoyo y la motivación brindada durante todos estos años de formación, por alentarme y celebrar mis logros.

A la Dra. Sofía Madrigal por ayudarme durante cada proceso de esta investigación y ser parte esencial de la misma, gracias por guiarme.

A la Universidad Hispanoamericana y cada uno de los Doctores que creó parte de mi formación académica y dejó en mí una enseñanza.

RESUMEN

Introducción: dentro del grupo de enfermedades mentales se encuentran los trastornos de ansiedad, una enfermedad que afecta tanto la salud como la calidad de vida de quien la padece, con una distribución mundial afectando a millones de hombres y mujeres de diversas edades. En el año 2001, se estimó que estos trastornos representaban el 33 % de los AVD y representan el 13 % del total de la carga de morbilidad mundial.

Objetivo General: de esta investigación es analizar la carga de la enfermedad por trastornos de ansiedad en Costa Rica comparado con México, Cuba, Argentina, Panamá y Colombia de 1990 al 2019.

Metodología: se realiza una recolección de datos del Instituto de Métricas en Salud, en su ventana *GBD Compare*, del cual se extraen los números correspondientes a las variables de incidencia, prevalencia y años vividos con discapacidad, con estas cifras se procede a graficar y analizar mediante tasas estandarizadas, así como según sexo y grupo etario durante los años de 1990 a 2019.

Resultados y discusión: los países estudiados en la investigación manejan altas tasas de incidencia y prevalencia por trastornos de ansiedad además que las tasas se mantienen con pocas variaciones en el periodo en la mayoría de los mismos. La carga de la enfermedad mediada por AVD es alta y afecta mayoritariamente al sexo femenino.

Conclusiones: Colombia y Argentina son los países con las cifras más altas de incidencia y prevalencia, además se reportan mayores tasas en la población femenina y en personas entre los 5-14 años, a diferencia de la prevalencia donde las tasas más altas se encuentran en mujeres y

en la población de 15 a 49 años, a excepción de Costa Rica donde el grupo etario es de ≥ 70 años, comportamiento que permanece similar en cuanto a AVD.

Palabras clave: trastornos de ansiedad, incidencia, prevalencia, años vividos con discapacidad, México, Cuba, Argentina, Panamá, Colombia, Costa Rica.

ABSTRACT

Introduction: within the group of mental illnesses are anxiety disorders, a disease that affects both the health and quality of life of those who suffer from it, with a worldwide distribution affecting millions of men and women of various ages. In 2001, these disorders were estimated to account for 33% of years lived with disability and 13% of the total global burden of disease.

General Objective: of this research is to analyze the burden of anxiety disorder disease in Costa Rica compared to Mexico, Cuba, Argentina, Panama and Colombia during the period 1990 to 2019.

Methodology: data is collection of the Institute of Health Metrics is carried out, in its GBD Compare window, from which the numbers corresponding to the variables of incidence, prevalence and years lived with disability are extracted, with these figures we proceed to graph and analyze through standardized rates, as well as according to sex and age group during the years from 1990 to 2019.

Results and discussion: the countries studied in the research manage high incidence and prevalence rates for anxiety disorders, in addition to the fact that the rates remain with little variation in the period in most of them. The burden of disease mediated by years lived with disability is high and mostly affects the female sex.

Conclusions: Colombia and Argentina are the countries with the highest incidence and prevalence figures, in addition to higher rates are reported in the female population and in people between 5-14 years, unlike the prevalence where the highest rates are found in women and in the population of 15 to 49 years, except for Costa Rica where the age group is ≥ 70 years, behavior that remains similar in terms of years lived with disability.

Key words: anxiety disorders, incidence, prevalence, years lived with disability, Mexico, Cuba, Argentina, Panama, Colombia, Costa Rica.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.1 Antecedentes del problema

La ansiedad es un síntoma común en los individuos, la mayoría de la población va a sufrir de ésta en algún momento de la vida en respuesta ante diversos eventos. El fin de la misma es permitir la supervivencia del sujeto, es decir, permitiendo al individuo tener una reacción de defensa o de huida ante una amenaza inminente. ⁽¹⁾

Se habla de un trastorno de ansiedad cuando todos los cambios físicos y psicológicos que ocurren durante la ansiedad o temor normal comienzan a percibirse por más tiempo e incluso son más intensos y se dan ante situaciones que en condiciones normales no causarían tanta preocupación. ⁽²⁾

Desde un punto de vista filológico, la palabra ansiedad tiene raíces antepasadas en latín conocidas como anxietas. ⁽³⁾

En 1870, Benedickt hace una descripción moderna sobre los trastornos de ansiedad en la que indica que hay pacientes que presentaban ansiedad súbita y mareos en lugares públicos. ⁽²⁾

En el año 1990 se determinó que los trastornos mentales fueron causantes de 2.5% del Producto interno bruto de Estados Unidos, en este mismo año se calculó que el costo agregado de los mismos en este país rondaba los 148 000 millones de dólares. A nivel de la Unión Europea este mismo se calculó alrededor de 3 – 4%. Los gastos por trastornos mentales a los 85 300 millones de dólares en el año 1997. ⁽⁴⁾

En el año 1999 los términos ansiedad y angustia eran utilizados indistintamente para hacer referencia al sufrimiento y justamente son estos términos los que actualmente permiten hacer referencia a los trastornos de ansiedad. ⁽³⁾

Para el año 2001, según la OMS, la Carga Global de las Enfermedades para los trastornos neuropsiquiátricos se estimó en el 33 % de los años vividos con discapacidad, además del 2.1 % a lesiones autoinfligidas, con lo cual se llegaba a 35.1 % del total de la Carga Global, por otra parte, estos trastornos si no se tratan cobran un alto precio, ya que representan el 13 % del total de la carga de morbilidad mundial. ⁽⁵⁾ Según las predicciones actuales, para 2030 la depresión será la principal causa de morbilidad a nivel mundial. ⁽⁶⁾

En el 2002 y según el Informe sobre la Salud en el Mundo, tres de los 10 factores de riesgo principales atribuibles a la carga mundial de las enfermedades, eran de naturaleza mental – conductual. ⁽⁴⁾

Se estima que para el año 2015, la prevalencia mundial de la población que sufría trastornos de ansiedad era de 3.6%, las tasas varían en algunas regiones, por ejemplo, de un 2.9% en la Región del Pacífico Occidental a un 5.8% en la Región de las Américas, esta patología afecta en mayor proporción al sexo femenino que al masculino en un 4.6 contra un 2.6% a nivel mundial, lo que sería alrededor de 264 millones de personas para ese año. Estas tasas no se modifican en cuanto a grupos etarios, están presentes en todas las edades, sin embargo, se ve una tendencia a la baja en grupos de mayor edad. ⁽⁷⁾

Al 2015 en Argentina se detectaron un total de 2 542 091 casos de trastornos de ansiedad lo que es equivalente al 6.3% de la población, con un 5.9% del total de años vividos con discapacidad. al igual que Colombia donde se registran 2 691 716 casos siendo un 5.8% de la población total, lo que sería un 6% del total de años vividos con discapacidad.

En la parte norte de la Región de las Américas se encuentra México con un total de 4 281 809 casos de ansiedad, afectando esto a un 3.6% de la población, convirtiéndose en 4% del total de

los años de vida con disparidad. Por último se encuentra la región central de América donde se encuentra Cuba, Panamá y Costa Rica, el primero registra 675 037 casos, en lo que sería 6.1% de la población con un total de años vividos con discapacidad de 5.1%, el segundo tiene 166 598 casos, es decir, un 4.5% de población y el mismo porcentaje para los años vividos con discapacidad y finalmente Costa Rica registra 211 997 casos, afectando al 9.1% de la población total, con un porcentaje de 4.7% del total de años vividos con discapacidad. ⁽⁷⁾

En el 2018, gracias al estudio realizado en la Región de las Américas por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud se pudo determinar y concluir que los trastornos de ansiedad son el segundo trastorno mental con mayor carga de la enfermedad, con una prevalencia de hasta un 7.7% de la población de esta región siendo mayor en la población femenina y que por ende genera más discapacidad en la población que lo padece, siendo Brasil el país más afectado con una discapacidad del 7.5% al igual que sucede en la mayoría de países sudamericanos donde el porcentaje de realmente alto.

En América del Sur posterior a Brasil el porcentaje de mayor discapacidad de acuerdo a los países que abarca la presente investigación es liderado por Argentina con un porcentaje de 5.4%, seguido de Colombia con un 5.3%. ⁽⁸⁾

Por otra parte, América del Norte tiene un comportamiento contrario a los países del Sur, debido a que Canadá muestra el menor porcentaje de discapacidad con un 3.4%, seguido de México con 3.6% y Estados Unidos con un 4.1%. ⁽⁸⁾

A nivel de América Latina se encuentra Cuba con un porcentaje de 4.6%, seguido de Costa Rica con 4.1% y por último Panamá con 4.0%. ⁽⁸⁾

1.1.2 Delimitación del problema

Se delimita la totalidad de la población costarricense, mexicana, cubana, argentina y panameña en edades menores de 5 años hasta alcanzar los mayores de 70 años, en el periodo comprendido entre 1990- 2019, que padecieron trastornos de ansiedad.

1.1.3 Justificación

La presente investigación tiene como fin ofrecer datos estadísticos sobre la carga de la enfermedad al padecer trastornos de ansiedad en Costa Rica y poder ser comparado con México, Cuba, Argentina, Panamá y Colombia, siendo esta patología parte de los trastornos mentales y por ende un motivo frecuente por el cual se consulta en atención primaria y especialistas.

Esta patología posee una carga creciente, tanto en incidencia como en su prevalencia, lo que viene a representar un problema de salud pública y un factor de riesgo económico, debido a que afecta no solo la salud de quien la padece sino también, su calidad de vida laboral, social y demás.

Los problemas de trastorno de ansiedad han sido estudiados por los científicos a lo largo de los años, sin embargo, es inminente la necesidad que existe de brindar mejores técnicas de diagnóstico y principalmente de manejo a la población, debido a que conforme avanza el tiempo esta patología aumenta también y que afecta a pacientes de toda edad, anteriormente era común verla en pacientes con edades más avanzadas, actualmente se presenta sin limitación de edad, desde niños, adolescentes hasta adultos mayormente en edad laboral y reproductiva.

Por lo tanto, es de vital importancia investigar la problemática que representa esta patología no solo a nivel de población costarricense sino también de varios países de América, con el fin de poder brindarle a las personas que lo padecen un mayor conocimiento y mejor manejo de la

enfermedad no solo desde el punto farmacológico sino también desde una perspectiva integral, analizando complicaciones o discapacidades que esto podría llegar a provocar en la vida de las personas que padecen trastornos de ansiedad.

1.2 REDACCION DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuál es la carga de la enfermedad por trastornos de ansiedad en Costa Rica comparado con México, Cuba, Argentina, Panamá y Colombia de 1990 al 2019?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.3.1 Objetivo General

- Analizar la carga de la enfermedad por trastornos de ansiedad en Costa Rica comparado con México, Cuba, Argentina, Panamá y Colombia de 1990 al 2019.

1.3.2 Objetivos específicos

- Estimar la incidencia de los trastornos de ansiedad en Costa Rica, México, Cuba, Argentina, Panamá y Colombia según sexo y edad de 1990 al 2019.
- Determinar prevalencia de los trastornos de ansiedad en Costa Rica, México, Cuba, Argentina, Panamá y Colombia según sexo y edad de 1990 al 2019.
- Describir los años de vida vividos con discapacidad por trastornos de ansiedad en Costa Rica, México, Cuba, Argentina, Panamá y Colombia según sexo y edad de 1990 al 2019.

1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES

1.4.1. Alcances de la investigación

Esta investigación sirve de referencia para analizar los datos sobre los trastornos de ansiedad alcanzados durante el periodo del 1990 al 2019 en un solo documento sobre diversas variables de la carga de la enfermedad, lo que permite realizar una comparación integral, analizando el impacto de esta patología que se ha convertido en un reto para los diversos países y ha tenido una evolución creciente durante los años.

1.4.2. Limitaciones de la investigación

En la presente investigación no se encuentran dentro de los objetivos los años de vida potencialmente perdidos y los años de vida ajustados por discapacidad debido a que en el Global Burden Disease no se encuentran datos de mortalidad para los países, grupos etarios y años investigados, la mortalidad por los trastornos de ansiedad básicamente serían los suicidios y en dicha tesis no se abarcará el tema.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1 CONTEXTO TEÓRICO – CONCEPTUAL

A continuación, se describen un conjunto de definiciones importantes para desarrollar la presente investigación:

Salud: el concepto de salud no puede ligarse exclusivamente a la ausencia de alguna enfermedad, debido a que la salud depende de factores sociales, políticos, económicos, culturales y científicos que actúan entre sí. Hablar de un estado de bienestar es subjetivo pues lo “normal” es o que se suele suceder de manera común y corriente, por lo que, puede variar en situaciones, lugares y culturas. La salud trasciende el campo médico y requiere la intervención de diversas disciplinas. ⁽⁹⁾

Por otro lado, la OMS en 1946 la define como: “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. ⁽¹⁰⁾

Salud Mental: la salud mental abarca diversas actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental incluido en la definición de salud que da la OMS: «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». Está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos. ⁽¹¹⁾

Enfermedad: la OMS la define como "alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible". ⁽⁹⁾

Salud Pública: según la OPS, se define como: “la práctica social integrada que tiene como sujeto y objeto de estudio, la salud de las poblaciones humanas y se le considera como la ciencia

encargada de prevenir la enfermedad, la discapacidad, prolongar la vida, fomentar la salud física y mental, mediante los esfuerzos organizados de la comunidad, para el saneamiento del ambiente y desarrollo de la maquinaria social, para afrontar los problemas de salud y mantener un nivel de vida adecuado”.⁽¹²⁾

Epidemiología: se define como: “el estudio de la distribución y de los determinantes de los estados o acontecimientos relacionados con la salud de determinadas poblaciones y la aplicación de este estudio al control de los problemas de salud”.⁽¹³⁾

Factor de riesgo: la OMS lo define como: “cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión”.

Entre los principales factores de riesgo generales para el desarrollo de enfermedades se pueden mencionar:

- Insuficiencia ponderal
- Prácticas sexuales de riesgo
- Hipertensión.
- Consumo de tabaco y alcohol.
- Agua insalubre.
- Deficiencias de saneamiento.
- Falta de higiene.⁽¹⁴⁾

2.2 CARGA DE LA ENFERMEDAD

2.2.1 Contexto histórico de la carga de la enfermedad

La carga de la enfermedad o conocida en inglés como Global Burden of Disease surgió como concepto en la década de los noventas, este plan estuvo liderado por el nombrado Dr.

Christopher Murray y apoyado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial. En este proyecto se propuso un indicador el cual pudiera medir el impacto de las pérdidas mortales y no mortales de las enfermedades, es así como nació los años de vida ajustados por discapacidad, con el fin de permitir tomar decisiones más certeras y eficaces respecto a la priorización de problemas y la inversión económica en el campo de la salud. ⁽¹⁵⁾

2.2.2 Definición de carga de la enfermedad

La Carga de la Enfermedad ha sido un parámetro muy estudiado para temas de salud, desde los años noventa, este término ha sido utilizado para que los profesionales en salud alcancen una mejor interpretación de los datos epidemiológicos de las patologías, lo que ha permitido medir el costo efectividad de una intervención de salud, ya sea a nivel nacional o internacional. ⁽¹⁶⁾

El indicador de preferencia utilizado para la Carga de la Enfermedad son los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD - DALY sus siglas en inglés). Los AVAD se conforman por; los AVP (años de vida perdidos por muerte prematura), los AVD (años vividos con discapacidad), incluye en sus parámetros a la mortalidad, la incidencia en una población y la prevalencia de determinada patología.

En Costa Rica, el 62% de los AVAD perdidos correspondieron al grupo II (Enfermedades No Transmisibles, neoplasias malignas), el 26% al grupo I (transmisibles, maternas, perinatales y condiciones nutricionales) y el 12% al grupo III (lesiones intencionales – no intencionales). ⁽¹⁶⁾

Los objetivos iniciales de la Carga de la Enfermedad son:

- Desarrollar estimaciones consistentes de mortalidad por 107 causas desagregadas por edad, sexo, para todo el mundo y para 8 regiones.
- Desarrollar estimaciones consistentes de incidencia, prevalencia, duración y letalidad de

483 secuelas incapacitantes originadas por dichas causas, desagregadas por edad, sexo y región.

- Estimar el riesgo atribuible de la mortalidad y morbilidad originada por los diez principales factores de riesgo, desagregados por edad, sexo y región geográfica.
- Desarrollar proyecciones de escenarios de mortalidad y discapacidad desagregados por edad, sexo y región, para el año 2020. ⁽¹⁶⁾

2.2.3 ¿Por qué es importante cuantificar la carga de la enfermedad?

La cuantificación de la carga de la enfermedad ha permitido a lo largo de los años mejorar el conocimiento a nivel mundial, regional y nacional de las patologías y sus principales causas de mortalidad, incidencia, prevalencia, así como la duración de las más importantes discapacidades, de sus factores de riesgo y del número o porcentaje de enfermedades que pueden atribuirse a los mismos. Esto le favorece al sistema de salud de gran manera, pudiendo así establecer prioridades de investigación, prioridades en los servicios de salud. ⁽¹⁶⁾

2.2.4 Medición de la Carga de la Enfermedad

Los AVAD permiten la comparación entre diferentes enfermedades y los factores de riesgo asociados para reconocer cual es la mortalidad o la incapacidad que puede llegar a ocasionar la patología en la población.

Los AVAD se miden mediante la suma de los Años de Vida Perdidos (AVP) + Años de Vividos con Discapacidad (AVD).

Las ventajas de los AVAD son:

- Incorpora la medición de problemas de salud no fatales.

- Mide la carga de enfermedad y lesiones en unidades que pueden ser usadas para hacer evaluaciones de costo-efectividad de intervenciones en términos de costo por año recuperado o ganado.
- Logra medir en un solo único valor los años perdidos por muerte “prematura” más los años vividos con “discapacidad”, con severidad y duración especificada.

Medir la carga de la enfermedad a través de los AVAD, puede dar datos impactantes de la salud de una población. Por ejemplo, La OMS en 1990 indicó que 5 de las 10 causas principales de discapacidad eran patologías psiquiátricas. Los trastornos psiquiátricos y algunas condiciones neurológicas representan el 28% del total de años vividos con discapacidad, pero sólo el 1,4% de todas las muertes y el 1,1% de los años de vida perdidos. ⁽¹⁶⁾

2.2.5 Indicadores para estimar la carga de la enfermedad

Incidenia: esta medida determina los casos nuevos de una enfermedad que se presentan en una población específica, en un tiempo determinado. Es decir, que para calcular la misma se requiere de un periodo de seguimiento, es decir, la probabilidad que tiene una persona de enfermar a lo largo del tiempo. ⁽¹⁷⁾

Prevalencia: La prevalencia se encarga de medir la cantidad de personas que se encuentran enfermas al momento de evaluar la patología en la población, acá no existe el tiempo de seguimiento. Esta es muy útil para valorar la extensión de las enfermedades crónicas. ⁽¹⁸⁾

La prevalencia de una enfermedad aumenta bajo las siguientes circunstancias:

- Aumento de la incidencia de la enfermedad (aumento de casos nuevos).
- Aumento de la duración de la enfermedad.

- Descenso de la tasa de curación de la enfermedad.
- Mejora de los métodos diagnósticos de una enfermedad.
- Inmigración de casos enfermos o emigración de sujetos sanos. ⁽¹⁷⁾

2.3 TRASTORNOS DE ANSIEDAD

2.3.1 Definición

La ansiedad es una respuesta de “alarma”, indica al individuo que puede estar ante una amenaza, es una parte de la existencia humana, todas las personas sienten un grado moderado de la misma, siendo ésta una respuesta adaptativa. ⁽¹⁹⁾ Y como parte de esto se puede diferenciar dos conceptos, el miedo que es la respuesta a una amenaza inminente, real o imaginaria; este se encuentra asociado a procesos que permiten la activación ante una fuga, peligro inminente y conductas de huida, la ansiedad hace referencia a una amenaza desconocida, futura. Asociada a tensión muscular, vigilancia ante algún peligro del futuro y comportamientos evitativos. Los trastornos de ansiedad comparten características de miedo y ansiedad excesivas. ⁽²⁰⁾

Antes de hablar sobre un trastorno de ansiedad es necesario entender que existe la ansiedad fisiológica, la cual todos los individuos la experimentan, por otra parte, la ansiedad se considera patológica esta es desproporcionada al desencadenante, cuando sus síntomas son más intensos, prolongados (duran aproximadamente más de seis meses) y provocan una disminución del rendimiento o la calidad de vida de un individuo, alteraciones a nivel cognoscitivo; a nivel físico, neurológico, y por último, a nivel conductual ⁽²¹⁾, dentro de sus características clínicas más frecuentes se pueden mencionar: una sensación de aprensión difusa, desagradable y vaga, que frecuentemente se acompaña de síntomas como: cefalea, diaforesis, taquicardia, opresión

torácica, malestar epigástrico e inquietud: los síntomas específicos pueden variar en cuanto a individuos. ⁽²²⁾

La mayoría de trastornos de ansiedad tienen su inicio durante la niñez y se desarrollan si no se tratan adecuadamente, son más frecuentes en la población femenina (2:1).

Los síntomas y los desencadenantes de los diferentes tipos de ansiedad varían, pero todos interfieren con las actividades diarias. ⁽²³⁾

Tabla N° 1. Diferencias entre ansiedad normal y patológica.

Ansiedad Fisiológica	Ansiedad Patológica
Es un mecanismo de defensa ante amenazas de la vida diaria.	El mecanismo de defensa o respuesta ante la amenaza puede bloquear la adecuada vida diaria.
Es una reacción ante una circunstancia ambiental.	Es una respuesta desproporcionada ante el desencadenante.
Función adaptativa.	Función desadaptativa.
Mejora el rendimiento del individuo.	Empeora el rendimiento del individuo.
Es leve.	Es más grave.
Menor componente somático.	Mayor componente somático.
No requiere de atención psiquiátrica.	Requiere atención psiquiátrica

Fuente: elaboración propia con datos de ⁽²⁴⁾

2.3.2 Etiología

Las teorías acerca de la etiología de los trastornos de ansiedad se han estudiado a lo largo del tiempo, se ha establecido que los trastornos de ansiedad podrían ser de causas multifactoriales.

Sin embargo, los mecanismos productores de la ansiedad no se encuentran del todo claros, se ha visto asociada a gran cantidad de neurotransmisores.⁽²⁵⁾

Desde el punto de vista neurológico la ansiedad tiene base en varias zonas del cerebro (núcleos del Rafé, locus ceruleus) que se involucran en el desarrollo y transmisión de la angustia, aparte de el hipocampo, la amígdala que son parte del sistema límbico.⁽²⁴⁾

Existen dos sistemas importantes, el GABA y el serotoninérgico. El neurotransmisor GABA es el más importante debido a su acción inhibitoria, este funciona en algunas ocasiones como ansiolítico y otras como generador de angustia. El segundo junto con la noradrenalina y dopamina permite una función tranquilizante o contraria.⁽²⁴⁾

La presencia y función de los receptores benzodiazepínicos ha sido muy estudiada, la unión de benzodiazepinas de alta potencia a estos se ha correlacionado a efectos conductuales y de acción clínica. Para lograr el efecto de las benzodiazepinas es necesario que un 20-30% de los receptores se encuentren ocupados.

La relación entre el receptor GABA y benzodiazepina forma complejos GABA/BZ - canales cloruro cuya función es regular el transporte y permeabilidad de los iones de cloro a través de la membrana neuronal.⁽²⁵⁾

Se habla acerca de la existencia de ligandos endógenos ansiogénicos que actúan sobre el receptor GABA/BZ-Cl, estos ligandos son la endozepina y el inhibidor de la unión del diazepam. El inhibidor de la unión del diazepam es una proteína que se encuentra en el centro en regiones corticales y el hipocampo, también se ha encontrado en órganos periféricos.

El sistema gabaminérgico no es el único implicado en la producción de la ansiedad, sino que también entra en juego el sistema serotoninérgico, las benzodiazepinas bloquean la transmisión

serotoninérgica, lo que puede explicar la disminución de su acción cuando se administra junto con antidepresivos que actúan en el sistema serotoninérgico. ⁽²⁵⁾

Los niveles de dopamina a nivel del telencéfalo disminuyen, así como los de noradrenalina a nivel cortical y en hipotálamo con la administración de benzodiazepinas.

En los sujetos con trastornos de pánico podría existir una disminución de la eficacia de los autorreceptores alfa 2 - adrenérgicos de las neuronas noradrenérgicas de los locus cerúleos y otras áreas cerebrales lo que ocasiona una disminución de la inhibición presináptica de estos receptores. ⁽²⁵⁾

Factores influyentes en la producción de ansiedad:

1. Factores biológicos: la mayoría de pacientes con trastornos de ansiedad poseen factores genéticos importantes que los predisponen a padecerlo, esto se asocia más en patologías como TOC y fobia social.
2. Factores psicosociales: los factores estresantes de la rutina diaria ya sean laborales, interpersonales o socioeconómicos, problemas de relaciones o trauma son parte fundamental de los trastornos de ansiedad ya sean como desencadenantes o como precipitantes de la situación. ⁽²⁶⁾
3. Factores traumáticos: los acontecimientos traumáticos para el individuo tipo accidentes graves, asaltos, violaciones se asocian a síntomas ansiosos graves.
4. Factores psicodinámicos: la ansiedad se puede ver como una señal de alarma que provoca que el individuo adquiera medidas defensivas. Si las defensas tienen éxito la ansiedad desaparece y si no sale libremente, según el tipo de defensa empleada, puede presentar síntomas fóbicos y obsesivo compulsivos.

5. Factores cognitivos y conductuales: los pensamientos negativos podrían provocar conductas desadaptativas y trastornos emocionales. ⁽²⁴⁾

2.3.3 Clasificación de los trastornos de ansiedad

Según el DSM -V, los trastornos de ansiedad se pueden clasificar en varios grupos:

- Trastorno de ansiedad por separación
- Mutismo selectivo
- Fobia específica
 1. Animal
 2. Entorno natural
 3. Sangre – inyección – herida:
 - a) Miedo a la sangre
 - b) Miedo a las inyecciones y transfusiones
 - c) Miedo a otra atención médica
 - d) Miedo a una lesión
 4. Situacional: avión, ascensor, sitios cerrados.
 5. Otra: situaciones que derivan en ahogo, vómitos.
- Trastorno de ansiedad social (fobia social)
- Trastorno de pánico
- Especificador del ataque de pánico
- Agorafobia
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos
 1. Con inicio durante la intoxicación

2. Con inicio durante la abstinencia
 3. Con inicio después del consumo de medicamentos
- Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica
 - Otro trastorno de ansiedad especificado
 - Otro trastorno de ansiedad no especificado ⁽²⁰⁾

2.3.4 Manifestaciones clínicas

- Trastorno de ansiedad por separación: este trastorno es más frecuente en los niños menores de 12 años y corresponde al desarrollo de una conducta ansiosa excesiva ante la separación de seres con los que siente algún tipo de apego. ⁽²⁷⁾ Hay ansiedad persistente relacionada a algún daño que pueda sufrir el individuo por el que se siente apego, también pesadillas y síntomas físicos de angustia (cefalea, dolores estomacales, náuseas y vómitos).

Los sujetos que padecen de este trastorno de ansiedad cuentan con síntomas que cumplen al menos tres de los criterios:

1. Malestar excesivo y recurrente al separarse del hogar o de personas de apego.
2. Preocupación por el bienestar o muerte de las personas por las que sienten apego, al estar separados tienen la necesidad de saber su ubicación y estar en contacto con ellas.
3. Miedo por acontecimientos adversos que pueden sufrir ellos mismos, como perderse, sufrir un accidente o algo que les imposibilite volver a estar con su figura de apego.
4. Rechazo de irse solos por miedo a la separación.
5. Muestran mucho rechazo por permanecer solos.

6. Se resisten a irse a dormir sin que la figura de apego esté cerca o a dormir fuera de su casa.
7. Pesadillas que expresan sus temores como la destrucción de su familia por un incendio, asesinato. ⁽²⁰⁾

La presencia de sintomatología ansiosa, repercute directamente sobre el funcionamiento escolar, social y familiar. ⁽²⁸⁾

- Mutismo Selectivo: caracterizado principalmente por la imposibilidad de hablar en situaciones en las cuales normalmente hay expectativas para hacerlo, por ejemplo: en la escuela. Aunque el individuo si posee la habilidad del habla. Esto afecta la calidad académica, laboral o simplemente altera las relaciones comunicativas del ser.

El individuo en este caso no inicia el dialogo con un tercero ni responden cuando se habla con los demás, esto se da en interacciones sociales ya sea con niños o con adultos.

El sujeto habla normalmente en su casa con familiares de primer grado, pero no lo hace con amigos cercanos ni familiares de segundo grado, poseen considerable ansiedad social.

Las personas que padecen este trastorno utilizan medios comunicativos no verbales para poder comunicarse y participan de encuentros sociales en los cuales no necesiten hablar.

⁽²⁰⁾

- Fobia específica: en esta situación los individuos presentan miedo intenso hacia algunos objetos o situaciones (estímulos fóbicos), incluso tienen conductas para evitar los mismos. Es decir, el miedo, ansiedad y evitación está presente la mayoría del tiempo y es inducida de manera inmediata por la exposición a la situación que genera la fobia;

este miedo es desproporcional al riesgo que la misma generaría en situaciones normales.

(20)

- Trastorno de ansiedad social (fobia social): el individuo en este caso experimenta miedo o ansiedad ante la interacción social y las situaciones que requieran que el sujeto sea examinado, inclusive puede llegar a evitar estas circunstancias.

Interacciones sociales como: reuniones con individuos desconocidos, situaciones en las que la persona pueda ser observada ya sea bebiendo o comiendo, situaciones en las que la persona deba de actuar ante otros. En esta patología el individuo afectado teme por ser evaluado negativamente por las demás personas, teme ser humillado, avergonzado, rechazado u ofender a otros. (20)

Los pacientes suelen evitar la consulta médica y solo la efectúan cuando sufren un trastorno coexistente. La terapia cognitiva conductual es en general el tratamiento de primera línea. (29)

- Trastorno de pánico: en los trastornos de pánico el individuo siente inesperadas y repetidas crisis de pánico, que se caracterizan por miedo intenso o malestar excesivo que alcanza su punto máximo en pocos minutos y que durante este periodo cursan con cuatro o más síntomas físicos:
 1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardiaca.
 2. Sudoración.
 3. Temblor o sacudidas.
 4. Sensación de dificultad para respirar o asfixia.
 5. Sensación de ahogo.

6. Dolor o molestias en el tórax.
7. Náuseas o malestar abdominal.
8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
9. Escalofríos o sensación de calor.
10. Parestesias (sensación de hormigueo o entumecimiento).
11. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).

Síntomas cognitivos:

12. Miedo a perder el control o de “volverse loco”
13. Miedo a morir.

Cuando en la crisis se tienen cuatro o más síntomas se denominan crisis completas, pero cuando tienen menos de cuatro se conocen como crisis limitadas. Estos episodios provocan que el individuo esté persistentemente preocupado o intranquilo por sufrir nuevas crisis. El sujeto también puede cambiar su comportamiento debido a las crisis de pánico, es decir, por ejemplo: evita situaciones específicas. Las personas que padecen de trastorno de pánico pueden perder un trabajo, negarse a viajar o a abandonar su hogar, o evitar por completo cualquier cosa que crean que desencadenará un ataque de ansiedad. ⁽³⁰⁾

Las crisis de pánico generalmente se caracterizan por la aparición repentina de miedo o malestar intenso que pueden alcanzar su punto máximo en cuestión de pocos minutos, acompañados de síntomas físicos y cognitivos. ⁽¹⁹⁾

Estas crisis pueden ser esperadas o no esperadas, las primeras se dan frente a situaciones u objetos que conocidamente generan temor y las segundas ocurren sin alguna razón aparente.

Los trastornos de pánico pueden ser también un indicador de severidad, pronóstico, comorbilidad de otros trastornos de ansiedad o mentales, por ejemplo: trastornos depresivos, trastornos psicóticos, abuso de sustancias. ⁽²⁰⁾

- Agorafobia: las personas que padecen de agorafobia se sienten con temor antes dos o más de las sucesivas situaciones:
 - a) Uso de transporte público
 - b) Encontrarse en espacios abiertos
 - c) Encontrarse en lugares cerrados
 - d) Estar en una multitud o realizar filas
 - e) Encontrarse solos fuera de casa

El miedo de este trastorno se caracteriza por su desproporción, irracionalidad e involuntariedad ⁽³¹⁾. El individuo les teme a estas situaciones debido a que piensa que puede desarrollar síntomas similares a los de una crisis de pánico o síntomas incapacitantes que en las situaciones descritas anteriormente se le dificultaría obtener ayuda. Las situaciones generalmente son evitadas por las personas o si requieren la asistencia de un acompañante. ⁽²⁰⁾

- Trastorno de ansiedad generalizada: cuadro frecuente cuya prevalencia a lo largo de la vida alcanza el 5.7% ⁽³²⁾, este se caracteriza por una ansiedad y preocupación persistente y excesiva que frecuentemente no se asocia a desencadenantes, acompañada de preocupación sobre diversas situaciones tales como el trabajo, el rendimiento escolar y

que para el individuo son difíciles de controlar y que intervienen con el funcionamiento del individuo. Esto se acompaña también por al menos tres de los siguientes síntomas físicos:

1. Inquietud.
 2. Excitación.
 3. Nerviosismo.
 4. Fatiga
 5. Dificultad de concentración.
 6. Irritabilidad.
 7. Tensión muscular.
 8. Alteración del sueño. ⁽²⁰⁾
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos: este trastorno incluye la ansiedad producto de alguna sustancia, la misma se da durante o poco después de la intoxicación o abstinencia a sustancias o luego de exponerse a un medicamento; una vez que se retira la sustancia/medicamento los síntomas mejoran. ⁽²⁰⁾
 - Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica: en esta afección el síntoma principal es la ansiedad/trastorno de pánico que únicamente se explica mediante efectos fisiológicos de una enfermedad médica, la cual debe de ser establecida y vinculada a los síntomas ansiosos mediante algún mecanismo fisiológico. ⁽²⁰⁾

2.3.5 Diagnóstico

Cada uno de los trastornos de ansiedad se diagnostican solo cuando los síntomas no se atribuyen a algún efecto fisiológico de alguna sustancia o medicamento, una patología médica o algún otro trastorno mental.

En general el médico de atención primaria es el profesional al que acuden los pacientes en primera instancia, lo cual los hace muy importantes con respecto al diagnóstico de los trastornos de ansiedad. De hecho, una proporción de pacientes reciben tratamiento únicamente en dicho contexto y no acuden a un especialista. ⁽³³⁾

Criterios Diagnósticos de Trastorno de ansiedad por separación:

A. Miedo o ansiedad excesiva del individuo producto de su separación de aquellas personas por las que siente apego, que se manifiesta en al menos tres de las siguientes circunstancias:

1. Malestar excesivo y recurrente cuando se predice o se vive una separación del hogar o de las figuras de mayor apego.
2. Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de figuras de mayor apego o la idea de que puedan sufrir algún daño, enfermedad, calamidades o muerte.
3. Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que algún acontecimiento adverso, por ejemplo: perderse, ser secuestrado, enfermar o tener un accidente provoque la separación de una figura de apego.
4. Resistencia o rechazo persistente a salir, lejos de casa, a la escuela, al trabajo o a algún lugar por miedo a la separación.
5. Miedo excesivo y persistente o resistencia a estar solo o sin las figuras de mayor apego en casa o en otros lugares.
6. Resistencia o rechazo persistente a dormir fuera de casa o a dormir sin tener las figuras de apego cerca.
7. Pesadillas repetidas sobre el tema de separación.

8. Quejas repetidas de síntomas físico, por ejemplo: dolor de cabeza, dolor de estómago, náuseas, vómitos; cuando se predice o se produce una separación de las figuras de más apego.
- B. El miedo, ansiedad y evitación es persistente, dura al menos cuatro semanas en niños y adolescentes y generalmente seis o más meses en adultos.
- C. La ansiedad causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico, laboral o en otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental, como rechazo a irse de casa por resistencia excesiva al cambio en un trastorno del espectro autista, delirios o alucinaciones concernientes a la separación en trastornos psicóticos, rechazo a salir sin alguien de confianza en agorafobia, preocupación por una salud enfermiza u otro daño que pueda suceder a los allegados u otros significativos en el trastorno de ansiedad generalizada, o preocupación por padecer una enfermedad en el trastorno de ansiedad debido a una enfermedad. ⁽²⁰⁾

Criterios Diagnósticos de Mutismo selectivo:

- A. Fracaso constante para hablar en situaciones sociales específicas en las que existe expectativa por hablar, a pesar de que puede hacerlo en otras situaciones.
- B. Esto interfiere en los logros a nivel laboral, educativo o en cuanto a comunicación social.
- C. La duración es mínima de un mes.
- D. El fracaso para hablar no se atribuye a la falta de conocimiento o a la comodidad con el lenguaje hablado que se necesita en la situación social.

- E. La alteración no se explica mejor por un trastorno de comunicación como por ejemplo trastorno de la fluidez y no se da exclusivamente durante el curso de un trastorno del espectro autista, esquizofrenia u otro trastorno psicótico. ⁽²⁰⁾

Criterios Diagnósticos de Trastorno de Fobia específica:

- A. Miedo o ansiedad excesiva por un objeto o situación específica, por ejemplo: animales, alturas, volar, inyecciones, ver sangre.

Nota: en los niños el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, quedarse paralizados, rabieta o aferrarse.

- B. El objeto o la situación que genera fobia casi siempre provoca miedo o ansiedad inmediata.

- C. El objeto o la situación que genera fobia se evita activamente con miedo o ansiedad intensa.

- D. El objeto o la situación que genera fobia es desproporcionado al peligro real que plantea el objeto o situación específica y al contexto sociocultural.

- E. El miedo, ansiedad o evitación es persistente y dura seis meses o más.

- F. El miedo, ansiedad o evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en el ámbito social, laboral u otras áreas del funcionamiento.

- G. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como miedo, ansiedad y evitación de situaciones asociadas a síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes (como agorafobia), objetos o situaciones relacionados con obsesiones (trastorno obsesivo – compulsivo), recuerdo de sucesos traumáticos (trastorno de estrés postraumático), dejar el hogar o la separación de figuras de apego (trastorno de ansiedad por separación) o situaciones sociales (trastorno de ansiedad social). ⁽²⁰⁾

Criterios Diagnósticos de Trastorno de ansiedad social:

A. Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Por ejemplo, las interacciones sociales (mantener una conversación, reunirse con extraños), ser observado y actuar delante de otras.

Nota: en niños, la ansiedad se puede dar en reuniones con individuos de su propia edad y no solamente interactuando con adultos.

B. El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (que lo humillen o avergüencen y que esto genere rechazo o signifique ofensa hacia otras personas).

C. Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad.

Nota: en los niños el miedo o la ansiedad se puede expresar a través de llanto, rabietas, quedarse paralizados, aferrarse, encogerse o el fracaso de hablar en situaciones sociales).

D. Las situaciones sociales se evitan con miedo y ansiedad intensa.

E. El miedo o la ansiedad son desproporcionados a amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.

F. El miedo, ansiedad o evitación es persistente y dura seis o más meses.

G. El miedo, ansiedad o evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas del funcionamiento.

H. El miedo, ansiedad o evitación no se puede atribuir a efectos fisiológicos de una sustancia ni una afección médica.

- I. El miedo, ansiedad o evitación no se explican mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como trastorno del pánico, trastorno dismórfico corporal o trastorno de espectro autista.
- J. Si existe otra enfermedad médica el miedo, la ansiedad o evitación deben de estar no relacionados con la misma o ser excesivos.⁽²⁰⁾

Criterios Diagnósticos de Trastorno de pánico:

- A. Ataques de pánico inesperados recurrentes: un ataque de pánico es la adaptación súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo y producen cuatro o más de los siguientes síntomas:

Nota: la aparición súbita puede darse desde un estado de calma o desde un estado de ansiedad.

- 1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardíaca.
- 2. Sudoración.
- 3. Temblor o sacudidas.
- 4. Sensación de dificultad para respirar o asfixia.
- 5. Sensación de ahogo.
- 6. Dolor o molestias en el tórax.
- 7. Náuseas o malestar abdominal.
- 8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
- 9. Escalofríos o sensación de calor.
- 10. Parestesias (sensación de hormigueo o entumecimiento).
- 11. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).

12. Miedo a perder el control o de “volverse loco”.

13. Miedo a morir.

Nota: se pueden observar síntomas específicos de la cultura, es decir, acufenos, dolor de cuello, dolor de cabeza, gritos o llanto incontrolable. Estos síntomas no cuentan como uno de los cuatro síntomas requeridos.

B. En al menos uno de los ataques le ha seguido al mes o más uno o los dos hechos siguientes:

1. Inquietud o preocupación continua acerca de otros ataques de pánico o de sus consecuencias, por ejemplo, pérdida de control, tener un ataque al corazón, “volverse loco”.

2. Un cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques, por ejemplo, comportamientos destinados a evitar los ataques de pánico, como evitación del ejercicio o de las situaciones no familiares.

C. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia, por ejemplo, una droga, un medicamento; ni otra afectación médica (hipertiroidismo, trastornos cardiopulmonares).

D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (los ataques de pánico no se producen únicamente en respuesta a situaciones sociales temidas, como en el trastorno de ansiedad social; en respuesta a objetos o situaciones fóbicas concretas, como en la fobia específica; en respuesta a obsesiones, como en el trastorno obsesivo – compulsivo; o en respuesta a la separación de figuras de apego, como en el trastorno de ansiedad por separación).⁽²⁰⁾

Especificador del ataque de pánico:

Nota: los síntomas se presentan con el propósito de identificar un ataque de pánico; sin embargo, el ataque de pánico no es un trastorno mental y no se puede codificar. Los ataques de pánico se pueden producir en el contexto de cualquier trastorno de ansiedad, así como en otros trastornos mentales (por ejemplo, trastornos depresivos, de estrés postraumático, trastornos por consumo de sustancias) y en algunas afecciones médicas (por ejemplo, cardíacas, respiratorias, vestibulares, gastrointestinales). Cuando se identifica la presencia de un ataque de pánico se tiene que anotar como un especificador, es decir, “trastorno de estrés postraumático con ataques de pánico”.

La aparición súbita de miedo intenso alcanza su máximo nivel en pocos minutos y durante este tiempo se producen cuatro o más de los siguientes síntomas:

1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardíaca.
2. Sudoración.
3. Temblor o sacudidas.
4. Sensación de dificultad para respirar o asfixia.
5. Sensación de ahogo.
6. Dolor o molestias en el tórax.
7. Náuseas o malestar abdominal.
8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
9. Escalofríos o sensación de calor.
10. Parestesias (sensación de hormigueo o entumecimiento).
11. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).

12. Miedo a perder el control o de “volverse loco”

13. Miedo a morir. ⁽²⁰⁾

Criterios Diagnósticos de Agorafobia:

A. Miedo o ansiedad intensa a dos o más de las siguientes cinco situaciones:

1. Uso de transporte público (buses, trenes, aviones)
2. Estar en espacios abiertos (zonas de estacionamiento, puentes).
3. Estar en sitios cerrados (cines, tiendas)
4. Hacer fila o estar en multitud.
5. Estar fuera de casa solo.

B. El sujeto teme o evita esas situaciones debido al pensamiento de que escapar de las mismas sería difícil o no podría obtener ayuda si aparecen síntomas tipo pánico u otros incapacitantes (miedo a caerse).

C. Las situaciones agorafóbicas casi siempre provocan miedo o ansiedad.

D. Las situaciones agorafóbicas se evitan, requieren la presencia de un acompañante o se resisten con miedo o ansiedad excesiva.

E. El miedo y ansiedad son desproporcionados al peligro real de las situaciones agorafóbicas.

F. El miedo, ansiedad o evitación es continuo y dura seis meses o más.

G. El miedo, ansiedad o evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas funcionales.

H. Si existe alguna patología médica (enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad de Parkinson), el miedo, ansiedad y evitación es claramente excesiva.

- I. El miedo, ansiedad o evitación no se explica mejor por otro trastorno mental, es decir, los síntomas no se limitan a una fobia específica, tipo situacional; no implican únicamente situaciones sociales como en el trastorno de ansiedad social y no están exclusivamente relacionado a obsesiones, defectos o imperfecciones percibidos en el aspecto físico como en el trastorno dismórfico corporal, recuerdos de sucesos traumáticos o miedo a la separación.

Nota: se diagnostica agorafobia independientemente de la existencia de trastorno de pánico. Si la clínica del paciente cumple los criterios para ambos, se asignarán los mismos. ⁽²⁰⁾

Criterios Diagnósticos de Trastorno de ansiedad generalizada:

- A. Ansiedad y preocupación excesiva que se genera durante más días de los que ha estado ausente en un mínimo de seis meses y que tiene relación con diferentes sucesos.
- B. Al sujeto le resulta difícil controlar la preocupación.
- C. La ansiedad se asocia a tres o más de los siguientes seis síntomas y algunos de estos síntomas han estado presentes durante más tiempo de lo que se han encontrado ausentes durante los últimos seis meses:
 1. Inquietud o sensación de encontrarse atrapado o con nervios.
 2. Fatigabilidad fácil.
 3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
 4. Irritabilidad.
 5. Tensión muscular.
 6. Problemas del sueño (problemas para dormirse, mantenerse dormido o sueño insatisfactorio).

- D. La ansiedad, preocupación o síntomas físicos causan malestar significativo y deterioro social, laboral o de otras áreas.
- E. La alteración no se atribuye a efectos de una sustancia ni a otra afección médica.
- F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno. ⁽²⁰⁾

Criterios Diagnósticos para Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos:

- A. Los ataques de pánico o ansiedad predominan en la clínica.
- B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, examen físico o análisis de laboratorio:
 - 1. Síntomas del criterio A que se dan durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o medicamento.
 - 2. La sustancia o medicamento implicado puede producir los síntomas del criterio A.
- C. El trastorno no se explica mejor por un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias/medicamentos. La evidencia de un trastorno de ansiedad independiente puede incluir lo siguiente:

Los síntomas anteceden al inicio de consumo de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un periodo importante (más de un mes) después del cese de la abstinencia aguda o intoxicación grave; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de otro trastorno de ansiedad no relacionado a sustancias.
- D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium.
- E. Los síntomas causan malestar significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas.

⁽²⁰⁾

Criterios Diagnósticos de ansiedad debido a otra afección médica:

- A. Los ataques de pánico o la ansiedad predominan el cuadro clínico.
- B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.
- C. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental.
- D. La alteración no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium.
- E. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.⁽²⁰⁾

Otro trastorno de ansiedad especificado:

Hay predominio de síntomas ansiosos que causan malestar significativo social, laboral o de otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen con todos los criterios de ninguno de los trastornos de ansiedad.

Esta categoría se utiliza cuando el médico desea comunicar el motivo específico del porque su diagnóstico no encaja con los criterios de un trastorno de ansiedad específico (Ansiedad generalizada que está ausente más días de los que está presente).

Ejemplos en los que se puede utilizar esta designación:

1. Ataques sintomáticos limitados.
2. Ansiedad generalizada que no se produce en mayor número de días que en los que no está presente.
3. Ataque de nervios.⁽²⁰⁾

Otro trastorno de ansiedad no especificado:

En esta categoría predominan síntomas de trastorno de ansiedad que causan malestar clínico y deterioro funcional que no cumplen todos los requisitos de ninguno de los trastornos de la categoría de ansiedad. Este se utiliza en situaciones en las que el médico prefiere no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno de ansiedad específico e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico por ejemplo en un servicio de urgencias. ⁽²⁰⁾

2.3.6 Diagnóstico Diferencial

Diagnóstico diferencial de Trastorno de ansiedad por separación:

1. Trastorno de ansiedad generalizada: se diferencia con este debido a que la ansiedad proviene de la separación a hogar y sus personas allegadas.
2. Trastorno de pánico: la ansiedad del trastorno de ansiedad por separación tiene un origen claro, no es una crisis inesperada e incapacitante como en el trastorno de pánico.
3. Agorafobia: se diferencia con este debido a que no hay ansiedad por quedarse atrapados en situaciones en las que sería difícil escapar.
4. Trastornos de conducta la ansiedad por separación no es culpable del absentismo escolar.
5. Trastorno de ansiedad social: en algunos casos la evasión a ir a la escuela se debe al miedo de ser juzgados.
6. Trastorno de estrés postraumático: en los TEPT los síntomas se dan en torno a las intrusiones y evitación de los recuerdos asociados al evento traumático.
7. Trastorno de ansiedad por enfermedad: la principal preocupación de los individuos en este trastorno es el diagnóstico médico.

8. Duelo: este cursa con anhelo de la persona fallecida, desconsuelo y dolor emocional a las circunstancias de la muerte.
9. Trastornos depresivos y bipolares: el miedo en este trastorno no se centra en la separación por las figuras de apego sino, en una baja motivación para involucrarse en el mundo exterior.
10. Trastorno negativista desafiante: este trastorno se considera solo cuando el comportamiento oportunista es persistente y no se relaciona a la separación de las figuras de apego.
11. Trastornos de la personalidad dependiente: este se caracteriza por la tendencia a confiar de más en los demás, mientras que en la ansiedad por separación la ansiedad se genera acerca del bienestar de la figura de apego. ⁽²⁰⁾

Diagnóstico diferencial de Mutismo Selectivo:

1. Trastornos de la comunicación: a diferencia del mutismo selectivo la alteración del habla en estas no se limita a una situación social específica.
2. Trastornos del neurodesarrollo, esquizofrenia y otros trastornos psicóticos: Las personas que cursen con este tipo de trastornos pueden experimentar problemas de comunicación social en cambio, el mutismo selectivo solo debe de diagnosticarse en un niño que tenga una capacidad demostrada para hablar en situaciones sociales.
3. Trastorno de ansiedad social (fobia social): este trastorno puede asociarse al mutismo selectivo, en este caso se establecerán ambos diagnósticos. ⁽²⁰⁾

Diagnóstico diferencial de Fobia específica:

1. Agorafobia: ambos tienen una clínica muy parecida, si un sujeto teme una de las situaciones agorafóbicas se le conoce como fobia específica situacional, pero si teme dos o más el diagnóstico es agorafobia.
2. Trastorno de ansiedad social: se diagnostica este trastorno cuando las situaciones se temen debido a evaluaciones sociales negativas.
3. Trastorno de ansiedad por separación: cuando las situaciones temidas se deben a separación de una figura de apego.
4. Trastorno obsesivo compulsivo: este trastorno se diagnostica cuando el sujeto tiene ansiedad frente a un objeto o situaciones que son consecuencia de ideas obsesivas.
5. Trauma y trastornos relacionados con estresantes: cuando el inicio de la fobia es después de un evento traumático se debe considerar diagnóstico de trastorno de estrés posttraumático.
6. Trastornos de alimentación: no se debe diagnosticar de fobia específica cuando la evitación se da únicamente sobre los alimentos y a sus relacionados.
7. Trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos: la ansiedad y evitación se deben a ideas delirantes el diagnóstico de fobia específica no está justificado.⁽²⁰⁾

Diagnóstico diferencial de Trastorno de ansiedad social (fobia social):

1. Timidez normal: la timidez se considera un rasgo de personalidad social común y positivo, sin embargo, se habla de ansiedad social cuando existe un impacto negativo en el área social y laboral.

2. Agorafobia: los individuos con agorafobia muestran ansiedad ante situaciones sociales donde podría ser difícil escaparse u obtener ayuda en caso de que presenten síntomas, mientras que las personas con fobia social sufren temor hacia las evaluaciones negativas de los demás.
3. Trastorno de pánico: en la ansiedad social pueden existir ataques de pánico, sin embargo, la ansiedad en esta se centra en las evaluaciones negativas y no en las crisis de pánico por sí mismas.
4. Trastorno de ansiedad generalizada: en este trastorno la ansiedad se centra más en la naturaleza de las relaciones existentes en lugar del miedo a ser evaluados negativamente.
5. Trastorno de ansiedad por separación: las personas con ansiedad por separación pueden evitar los ambientes sociales pues les preocupa separarse de su figura de apego, sin embargo, en la fobia específica los individuos pueden sentirse incómodos en su propia casa o incluso con sus figuras de apego.
6. Fobias específicas: en los trastornos de fobias específicas las personas pueden tener a la vergüenza, humillación, pero frecuentemente no tienen temor ante las evaluaciones negativas.
7. Mutismo selectivo: los individuos con este trastorno pueden no hablar por temor a la evaluación negativa, pero no le temen a esa evaluación en situaciones sociales en las que no se requiera hablar.
8. Trastorno depresivo mayor: a las personas que padecen este trastorno les podría preocupar que los demás los evalúen negativamente debido al sentimiento de ser malos o no ser dignos de ser queridos, pero los individuos con fobia social temen ser evaluados negativamente debido a comportamientos sociales o síntomas físicos.

9. Trastorno dismórfico corporal: estas personas se preocupan por uno o más defectos percibidos en su aspecto físico que para los demás no son observables o solo muy poco, es decir, si el miedo es causado únicamente por su apariencia este diagnóstico no está justificado.
10. Trastorno del espectro autista: en este trastorno son característicos los déficits de comunicación y la ansiedad social, las personas con ansiedad social pueden establecer relaciones apropiadas para su edad.
11. Trastorno de la personalidad: la fobia social puede semejarse a un trastorno de personalidad evitativa, los individuos con este último tienen un patrón de evitación más amplio que el que se tienen en fobia social. ⁽²⁰⁾

Diagnóstico diferencial de Trastorno de pánico:

1. Otros trastornos de ansiedad especificados o trastorno de ansiedad no especificado: el trastorno del pánico no debe ser diagnosticado si en las crisis de pánico no se presentan los síntomas completos, en el caso de que estos tengan solo síntomas limitados deberá hacerse un diagnóstico de otro trastorno de ansiedad especificado o no especificado.
2. Trastorno de ansiedad debido a otra condición médica: no se diagnosticará un trastorno de pánico si las crisis son consecuencia fisiológica de otra afección médica, como, por ejemplo: hipertiroidismo, hiperparatiroidismo, feocromocitoma, disfunciones vestibulares, trastornos convulsivos y alteraciones cardiopulmonares.
3. Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos: no se diagnosticará un trastorno de pánico si las crisis son consecuencia fisiológica de una sustancia. Por ejemplo, la intoxicación por estimulantes del sistema nervioso central (cocaína, anfetaminas, cafeínas o cannabis) y la retirada de depresores del sistema nervioso central

(alcohol, barbitúricos), pueden precipitar ataques de pánico. Si los síntomas persisten tiempo después del asignado para la intoxicación con la sustancia entonces si se podrá realizar el diagnóstico de ataque de pánico.

4. Otros trastornos mentales con ataques de pánico como característica asociada (p.ej., otros trastornos de ansiedad y trastornos psicóticos): los trastornos de ansiedad que ocurren con síntomas de otros trastornos son de tipo esperados (provocados por situaciones sociales en el trastorno de ansiedad social).⁽²⁰⁾

Diagnóstico diferencial de especificador del ataque de pánico:

1. Otros episodios paroxísticos (ejemplo, “ataques de ira”): no debería diagnosticarse un ataque de pánico cuando los episodios no implican la característica principal de miedo intenso, sino que más bien tienen otros estados emocionales como ira o pena.
2. Trastorno de ansiedad debido a otra condición médica: debe realizarse diagnóstico diferencial con hipertiroidismo, hiperparatiroidismo, feocromocitoma, disfunciones vestibulares, trastornos convulsivos y afecciones cardiopulmonares.
3. Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos: el trastorno de pánico puede ser precipitado por la intoxicación por estimulantes del sistema nervioso central y por la abstinencia de los agentes depresores del sistema nervioso central.
4. Trastorno de pánico: para poder realizar un diagnóstico de trastorno de pánico se debe presentar crisis inesperadas y repetidas, pero las mismas no son el único requisito, sino que debe cumplir todos los criterios establecidos para el diagnóstico.⁽²⁰⁾

Diagnóstico diferencial de Agorafobia:

1. Fobia específica de tipo situacional: debería de diagnosticarse fobia específica de tipo situacional cuando el miedo se limita a una de las situaciones agorafóbicas o cuando se teme por razones distintas a experimentar síntomas similares a la angustia (miedo a que se estrelle un avión, en las personas con fobia a volar). Se habla de agorafobia cuando se teme a dos o más situaciones agorafóbicas.
2. Trastorno de ansiedad por separación: este trastorno se puede diferenciar de la agorafobia por el análisis de las cogniciones. En la ansiedad por separación los pensamientos giran alrededor del desapego y del hogar, mientras que en la agorafobia se centra en los síntomas de pánico en situaciones temidas.
3. Trastorno de ansiedad social: la agorafobia se diferencia de la ansiedad social en las situaciones desencadenantes del miedo, la ansiedad o evitación y la cognición. En la ansiedad social el miedo está centrado en ser evaluado negativamente.
4. Trastorno de estrés agudo y trastorno de estrés postraumático: el TEPT postraumático se diferencian de la agorafobia examinando si el miedo, la ansiedad o la evitación se relaciona únicamente con las situaciones que le recuerdan al sujeto un trauma.
5. Otras afecciones médicas: no se podrá diagnosticar agorafobia si la evitación de situaciones es consecuencia de una patología médica esto debe de investigarse mediante historia clínica, pruebas de laboratorio y examen físico.⁽²⁰⁾

Diagnóstico diferencial de Trastorno de ansiedad generalizada:

1. Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica: este diagnóstico se considera solamente cuando la ansiedad y la preocupación son efecto fisiológico de alguna afección y se ha demostrado mediante historia clínica, pruebas de laboratorio y examen físico.

2. Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos: en la etiología de la ansiedad en este trastorno está implicada una sustancia o droga, por ejemplo: el trastorno de ansiedad inducido por cafeína.
3. Trastorno de ansiedad social: los sujetos que padecen este trastorno sufren de ansiedad debido a situaciones sociales o de evaluación por terceros, sin embargo, los individuos con trastorno de ansiedad generalizada muestran ansiedad estén o no siendo evaluados por terceros.
4. Trastorno obsesivo – compulsivo: la diferencia del trastorno de ansiedad generalizada con el obsesivo – compulsivo es que en el primero la preocupación se enfoca en problemas futuros y es excesiva. El segundo se caracteriza por ideas inadecuadas en forma de pensamientos, impulsos no deseados.
5. Trastorno de estrés postraumático y trastornos de adaptación: no debería diagnosticarse ansiedad generalizada si la ansiedad está relacionada a una situación de estrés postraumático.

En los trastornos de adaptación la ansiedad se da debido a un factor estresante que se identifica en los tres meses antes de la aparición de la ansiedad y no persiste por más de seis meses después de haber desaparecido el factor estresante.

6. Trastornos depresivos, bipolares y psicóticos: la ansiedad y la preocupación constituyen una característica frecuente de estos trastornos. ⁽²⁰⁾

Diagnóstico diferencial de Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos:

1. Intoxicación por sustancias y retirada de sustancias: debería de realizarse diagnóstico de trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos aparte de intoxicación o

abstinencia de sustancias cuando los síntomas de pánico o ansiedad son predominantes en la clínica y son graves para tratarse independientemente.

2. Trastorno de ansiedad (no inducido por sustancias/medicamentos): el trastorno de ansiedad inducido por medicamentos o sustancias se diferencia de cualquier otro trastorno de ansiedad por el inicio y curso de la ingesta de una sustancia. El uso de una droga debe tener indicios de la historia clínica, estudios de laboratorio y en el examen físico. El trastorno de ansiedad por medicamentos o sustancias se da solamente en asociación a la intoxicación o a la abstinencia.
3. Delirium: cuando los síntomas de ansiedad aparecen exclusivamente durante el curso de un delirium se relacionan a este como una característica y no se hace diagnóstico por separado.
4. Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica: los síntomas deben estar en total asociación a una patología médica más que al consumo de una sustancia, a veces se requiere que se cambie el tratamiento para la afección médica. Si la ansiedad se atribuye a una infección como a una sustancia de uso médico se podrían realizar los dos diagnósticos. ⁽²⁰⁾

Diagnóstico diferencial de Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica:

1. Delirium: no es necesario un diagnóstico independiente de trastorno de ansiedad debido a una afección médica si la ansiedad se da exclusivamente durante el curso del delirium. Sin embargo, puede diagnosticarse trastorno de ansiedad debido a una afección médica además de un diagnóstico de trastorno neurocognitivo (demencia).

2. Presentación mixta de los síntomas (p. ej., el estado de ánimo y la ansiedad): si la clínica del trastorno incluye una mezcla de diversos síntomas el trastorno debido a una patología médica dependerá de los síntomas que predominen en el cuadro.
3. Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos: se dará este diagnóstico cuando haya evidencia del uso reciente o prolongado de sustancias (se incluyen medicamentos con efectos psicoactivos), de exposición a una toxina o suspensión de una sustancia.
4. Trastorno de ansiedad: para realizar este diagnóstico no es posible demostrar por mecanismos fisiológicos específicos que la ansiedad esté asociada a una afección médica.
5. Otro trastorno de ansiedad especificado o no especificado: se utiliza este diagnóstico cuando los síntomas no se pueden clasificar, ya sean primarios, inducidos por sustancias o asociados a afección médica. ⁽²⁰⁾

2.3.7 Tratamiento

El problema es que la ansiedad puede reducir la capacidad de una persona para pensar, planificar y realizar tareas complejas que también requieren atención en situaciones difíciles. ⁽³⁴⁾ El abordaje y la elección del método terapéutico de los pacientes con trastornos de ansiedad dependerá en gran medida de las manifestaciones clínicas que presente cada individuo.

Para el manejo de los trastornos de ansiedad se cuenta generalmente con estrategias farmacológicas y psicoterapeutas. ⁽³⁵⁾

Abordaje psicoterapéutico:

La terapia psicológica con mayor evidencia para el tratamiento de desórdenes de ansiedad es la terapia cognitivo conductual conocida en sus siglas como TCC, la cual se ha asociado a reducción de síntomas a corto plazo. ⁽³⁶⁾

La terapia cognitivo conductual debe de ser guiada por un profesional capacitado y cada tratamiento realizado debe de ser planificado de acuerdo a las necesidades del paciente y la severidad de sus manifestaciones clínicas. ⁽³⁷⁾

Por ejemplo, en el trastorno de fobia específica, el abordaje de preferencia es la terapia de exposición guiada, mediante esta técnica el terapeuta desensibiliza a los pacientes mediante la exposición gradual y controlada a los elementos que le producen ansiedad y enseñan al sujeto mediante diversas técnicas como relajación muscular, el control de la respiración, como autoinducirse el reposo mental y físico. ⁽²²⁾

Abordaje farmacológico:

En general, antes de iniciar un tratamiento es importante charlar con el paciente sobre los efectos potenciales del mismo, advirtiéndole que el inicio de acción terapéutica puede abarcar varias semanas como es en el caso de los antidepresivos, que duran alrededor de una a cuatro semanas, así mismo, durante ese periodo los síntomas podrían empeorar. ⁽³⁷⁾

En la mayoría de casos el tratamiento e inicia a bajas dosis y en horas de la mañana debido a que algunos podrían intervenir en el horario regular del sueño, las dosis se aumentan progresivamente, en el caso de que un paciente no logré controlarse con un primer fármaco se agregará un segundo luego de cuatro a seis semanas de administración. Así mismo, cuando el paciente alcanza la remisión total del trastorno el tratamiento debe de brindarse por al menos 6 – 12 meses más, según lo amerite cada individuo. ⁽³⁷⁾

Por otra parte, el índice de respuesta al tratamiento farmacológico del paciente es bueno (alrededor de un 80%), sin embargo, la interrupción temprana del mismo podría generar recaídas. La conclusión del tratamiento debería darse de forma gradual, con una disminución sosegada de las dosis y durante un tiempo aproximado de doce semanas. ⁽³⁵⁾

Otros fármacos utilizados en los trastornos de ansiedad son las benzodiacepinas, que son las que poseen un inicio de acción más rápido frente a las crisis de ansiedad, sin embargo, estas se recomiendan ser utilizadas por periodos cortos de tiempo, principalmente durante los episodios agudos, debido a que poseen efectos secundarios (mareo, sedación) y utilizadas a largo plazo generan dependencia. Utilizadas con supervisión médica son bien toleradas por los pacientes.

(35)

Tabla N° 2. Tratamiento farmacológico del Trastorno de Pánico

Fármaco	Dosis inicial	Dosis de mantenimiento
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)		
Los ISRS se consideran primera línea de tratamiento en los trastornos de ansiedad.		
Fluoxetina	2 – 5 mg	20 – 60 mg
Paroxetina	5 – 10 mg	20 – 60 mg
Sertralina	12.5 – 25 mg	50 – 200 mg
Antidepresivos Tricíclicos		
Imipramina	10 – 25 mg	150 – 200 mg
Desipramina	10 – 25 mg	150 – 200 mg
Benzodiazepinas		
Alprazolam	0.25 – 0.5 mg TID	0.5 – 2 mg TID

Clonazepam	0.25 – 0.5 mg TID	0.5 – 2 mg TID
Diazepam	2 – 5 mg BID	5 – 30 mg BID
Inhibidores de la monoaminoxidasa		
Fenelzina	15 mg BID	15 – 45 mg BID
Tranilcipromina	10 mg BID	10 – 30 mg BID
Inhibidores reversibles de la monoaminoxidasa A		
Moclobemida	50 mg	300 – 600 mg
Brofaromina	50 mg	150 – 200 mg
Antidepresivos atípicos		
Venlafaxina	6.25 – 25 mg	50 – 150 mg
Otros		
Acido Valproico	125 mg BID	500 – 750 mg BID

Fuente: elaboración propia con datos de ⁽²²⁾

Tabla N° 3. Tratamiento farmacológico de Agorafobia:

Benzodiazepinas	Inhibidores selectivos de recaptación de serotonina	Antidepresivos tricíclicos
Alprazolam	Fluoxetina	Imipramina
Lorazepam	Paroxetina	Clomipramina
Clonazepam	Sertralina	

Fuente: elaboración propia con datos de ⁽²²⁾

Tabla N° 4. Tratamiento farmacológico de Trastorno de ansiedad social:

Inhibidores selectivos de recaptación de serotonina	Benzodiazepinas	Otros
Fluoxetina	Alprazolam	Venlafaxina
Paroxetina	Clonazepam	Buspirona
Sertralina		

Fuente: elaboración propia con datos de ⁽²²⁾

Tabla N° 5. Tratamiento farmacológico grave del Trastorno de ansiedad social:

Grupo	Fármaco
Inhibidores de la monoaminoxidasa	Fenelzina 45 – 90 mg/día
Inhibidores reversibles de la monoaminoxidasa A	Moclobemida Brofaromina

Fuente: elaboración propia con datos de ⁽²²⁾

Tabla N° 6. Tratamiento farmacológico del Trastorno de ansiedad social asociado a situaciones de actuación:

Fármacos (B – Adrenérgicos)	Dosis
Atenolol	50 – 100 mg en la mañana o 1 hora antes de la exposición.
Propranolol	20 – 40 mg

Fuente: elaboración propia con datos de ⁽²²⁾

Tabla N° 7. Tratamiento farmacológico del Trastorno de ansiedad generalizada:

Fármaco	Dosis inicial	Dosis diaria
Antidepresivos		
Fluoxetina	5 mg/día	20 – 80 mg/día

Paroxetina	10 mg/día	20 – 50 mg/día
Sertralina	25 – 50 mg/día	50 – 200 mg/día
Venlafaxina	37.5 mg/día	75 – 225 mg/día
Benzodiazepinas		
Alprazolam	0.25 mg TID	1 – 4 mg fraccionado en 2 a 4 tomas por día.
Clonazepam	0.25 mg TID	1 – 3 mg
Lorazepam	0.25 mg TID	2 – 6 mg fraccionado en 2 a 4 tomas por día.
Buspirona	7.5 mg BID	30 – 60 mg

Fuente: elaboración propia con datos de ⁽²²⁾

Tratamiento del Trastorno de ansiedad debido a una afección médica:

El inicio de tratamiento de este trastorno se basa en tratar la enfermedad médica subyacente que genera la ansiedad. En caso de que el paciente presente una situación como el consumo de alcohol o de alguna otra sustancia esto deberá ser abordado también para controlar síntomas ansiosos.

Cuando se haya tratado la enfermedad médica y los síntomas del trastorno de ansiedad no cesen, el mismo se abordará como un trastorno mental específico mediante ansiolíticos, antidepresivos serotoninérgicos y modificación de la conducta. ⁽²²⁾

Tratamiento del Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos:

La base principal del tratamiento debido a un trastorno de ansiedad inducido por sustancias o medicamentos es la retirada del agente causal y luego, buscar una alternativa de tratamiento en

el caso de que la ansiedad fuera producto del uso de un fármaco indicado para tratar alguna patología. Una vez retirada la sustancia, los síntomas ansiosos continúan los mismo deberán ser tratados mediante técnicas farmacológicas o psicoterapéuticas. ⁽²²⁾

2.3.8 Complicaciones

Como bien se ha explicado durante dicha investigación las emociones de miedo, ansiedad, estrés tienen un límite en el cual se consideran normales, ya que le permiten al individuo prepararse para enfrentar situaciones o retos de la vida cotidiana.

Por otra parte, un nivel elevado de estrés se ha asociado a problemas a nivel del sistema digestivo, reproductivo, inmunitario y a trastornos del sueño, así como enfermedades cardiacas, infecciones recurrentes, entre otros. ⁽³⁸⁾

Otras complicaciones que se presentan en el trastorno de ansiedad es el abuso de sustancias y la automedicación, sin embargo, la más temida de todas es el suicidio, la probabilidad de sufrirla aumenta en gran medida cuando coexisten enfermedades como la depresión. ⁽²⁴⁾

CAPITULO III
MARCO METODOLÓGICO

3.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

El enfoque de la presente investigación, es cuantitativo, los datos numéricos no serán modificados ya que se tratará acerca un problema, objetivo y medible, utilizando bases de datos del Global Burden of Disease (GBD).

Según Rodrigo Hernández Sampieri ⁽³⁹⁾, en su libro “Metodología de la investigación” es un estudio observable, que delimita un problema, presenta relación entre variables, lleva consigo una pregunta acerca de la investigación y presenta justificación.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El estudio es descriptivo, ya que busca detallar la carga de la enfermedad, sin modificar datos recolectados, para mostrar precisión de las dimensiones de un fenómeno, en este caso; los trastornos de ansiedad.

Pretende especificar las propiedades, los perfiles de los grupos poblacionales, sus características, así como los procesos que permitan un análisis, según Rodrigo Hernández Sampieri⁽³⁹⁾, en su libro “Metodología de la investigación”.

3.3 UNIDADES DE ANALISIS U OBJETOS DE ESTUDIO

El área de estudio es la población con edades menores a 5 años hasta llegar a los mayores de 70 años que cursan con trastornos de ansiedad en Costa Rica, México, Cuba, Argentina, Panamá y Colombia en el periodo comprendido entre 1990- 2019.

- Fuente de información primaria:

No se cuenta con fuentes de información primaria, por el tipo de investigación.

- Fuente de información secundaria:

Se trabaja con datos del Instituto de Métricas en Salud, información de libros, artículos, informes y demás páginas web de confiabilidad.

3.3.1 Población

Totalidad de la población menor de 5 años hasta llegar a los mayores de 70 años, que cursan con trastornos de ansiedad en Costa Rica, México, Cuba, Argentina, Panamá y Colombia en el periodo comprendido entre 1990- 2019.

3.3.2 Muestra

Según este tipo de estudio, no se cuenta con muestra.

3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión: población con edades menores a 5 años hasta llegar a los mayores de 70 años con trastornos de ansiedad en Costa Rica, México, Cuba, Argentina, Panamá y Colombia.

Criterios de exclusión: no hay criterios de exclusión.

3.4 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Según Rodrigo Hernández Sampieri ⁽³⁹⁾, en su libro “Metodología de la investigación”, el estudio del presente trabajo es no experimental, ya que la investigación se realiza sin manipular deliberadamente variables, se observan fenómenos o situaciones ya existentes, para posteriormente analizarlos. Siendo una conjunción de varios estudios cuantitativos.

Es un estudio longitudinal, porque la utilidad como tal, es analizar cambios a través del tiempo de determinadas categorías, sucesos, conceptos, contextos, variables, o comunidades y las relaciones estrechas entre éstas y es, así mismo, un estudio ecológico mixto.

3.6 OPERACIÓN DE VARIABLES

Objetivo Específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento
Estimar la incidencia de los trastornos de ansiedad en Costa Rica, México, Cuba, Argentina, Panamá y Colombia según sexo y edad de 1990 al 2019.	Incidencia	Número de casos nuevos ocurridos de la enfermedad en un intervalo de tiempo determinado.	Casos nuevos de la enfermedad entre la población en riesgo por el amplificador.	Casos nuevos y total de la población.	Cantidad de pacientes por cada 1000 habitantes.	Base de datos del GBD
	Sexo	Condición orgánica que distingue hombres y mujeres.	Femenino, género gramatical propio de la mujer. Masculino, género gramatical propio del hombre.	Sexo	Hombre – Mujer	Base de datos del GBD
	Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo.	Población menor de 5 años hasta llegar a los mayores de 70 años, que padecen trastornos de ansiedad.	Edad	Edad	Base de datos del GBD
Determinar prevalencia de los trastornos de ansiedad en Costa Rica, México, Cuba,	Prevalencia	Proporción de personas que sufren una enfermedad con	Casos existentes de la enfermedad entre población en	Casos existentes por trastornos de	Cantidad de pacientes por	Base de datos del GBD

Argentina, Panamá y Colombia según sexo y edad de 1990 al 2019.		respecto al total de una población en estudio.	riesgo por el amplificador.	ansiedad y total de la población.	cada 1000 habitantes.	
	Sexo	Condición orgánica que distingue hombres y mujeres.	Femenino, género gramatical propio de la mujer. Masculino, género gramatical propio del hombre.	Sexo	Hombre – Mujer	Base de datos del GBD
	Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo.	Población menor de 5 años hasta llegar a los mayores de 70 años, que padecen trastornos de ansiedad.	Edad	Edad	Base de datos del GBD
Describir los años de vida vividos con discapacidad por trastornos de ansiedad en Costa Rica, México, Cuba, Argentina, Panamá y Colombia según edad y sexo de 1990 al 2019.	Años de vida vividos con discapacidad (AVD)	Son los años de vida vividos con una disminución de la capacidad funcional.	Años de vida vividos con el impacto que genera la enfermedad (pérdida de salud, restricción)	Peso de Años de los años de vida vividos con discapacidad que genera la patología.	Tasa de años de vida vividos con discapacidad.	Base de datos del GBD
	Sexo	Condición orgánica que distingue hombres y mujeres.	Femenino, género gramatical propio de la mujer.	Sexo	Hombre – Mujer	Base de datos del GBD

		Masculino, género gramatical propio del hombre.			
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo.	Población menor de 5 años hasta llegar a los mayores de 70 años, que padecen trastornos de ansiedad.	Edad	Edad	Base de datos del GBD

Fuente: elaboración propia 2021.

3.7 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de los datos de esta investigación se llevará a cabo mediante la utilización de la información brindada por el GBD respecto a la incidencia, prevalencia y carga de la enfermedad de los trastornos de ansiedad con el código B.6.4, en Costa Rica, México, Cuba, Argentina, Panamá y Colombia del año 1990 al 2019, esto por medio de acceso electrónico a dicha plataforma.

3.8 ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS

Los datos se organizaron por medio del uso de software informáticos útiles para la actividad, en este caso se utilizará Microsoft Excel debido a la facilidad y comodidad de acceso y uso de este. Los datos obtenidos del GBD se pasarán a dicha plataforma (Microsoft Excel) para luego ser observados de manera más objetiva y proceder a realizar un análisis de estos.

3.9 ANÁLISIS DE LOS DATOS

Los datos obtenidos se presentarán y se analizarán estadísticamente por medio de tablas o figuras, el análisis se hace de manera metodológica, esto con el fin de darle al lector una mejor visión de las variables a estudiar que sea rápido y fácil de entender una vez que desee revisar el documento.

Los datos se presentarán organizados por sexo y según grupo etario clasificado en menores de 5 años, de 5 a 14 años, de 15 a 49 años, 50 a 69 años y ≥ 70 años.

CAPITULO IV
PRESENTACION DE RESULTADOS

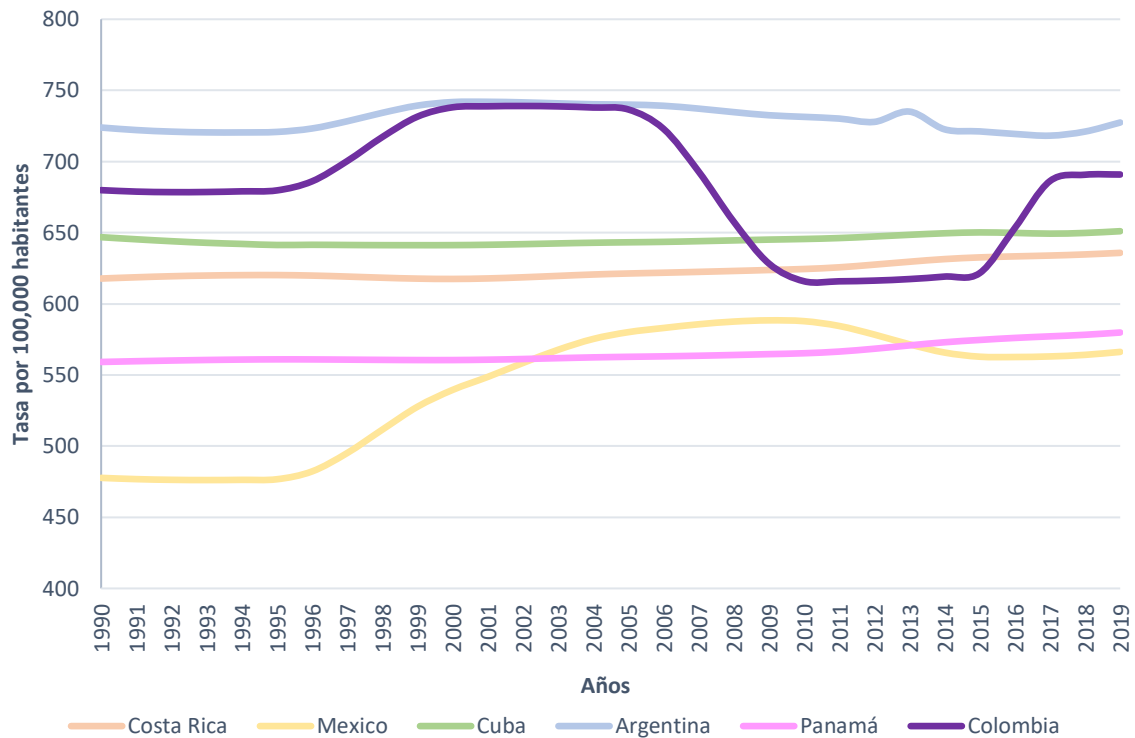


Figura N° 1. Incidencia general en ambos sexos, según tasa estandarizada, por trastornos de ansiedad en Costa Rica, México, Cuba, Argentina, Panamá y Colombia de 1990 al 2019.

Fuente: elaboración propia con datos del GBD. ⁽⁴⁰⁾

La incidencia por trastornos de ansiedad en estos países en general es variable a través de los años. Los dos países que presentan mayor incidencia durante el periodo investigado son Argentina con una tasa máxima de 742 casos nuevos por cada 100 000 habitantes para el año 2001, y una mínima de 719,4 casos nuevos en 2016; y Colombia con un pico máximo de 739,04 casos nuevos por cada 100 000 habitantes en el 2002, y un mínimo de 615,83 casos nuevos en el año 2011.

El país que presenta la menor incidencia en comparación a los demás países durante el periodo en estudio es México con una tasa mínima de 476,16 casos nuevos al año 1993, que se mantiene en incremento hasta alcanzar el pico máximo en el año 2009 con 588,4 casos nuevos por cada 100 000 habitantes.

Panamá presenta una tasa mínima de 559,16 casos nuevos para el año 1990, con un aumento leve pero constante de las cifras hasta alcanzar la tasa máxima de 579,86 casos nuevos en el año 2019.

Cuba presenta su menor incidencia en el año 1996 con 641,5 casos nuevos por cada 100 000 habitantes y el pico máximo se muestra en el año 2019 con 651,04 casos nuevos.

Costa Rica muestra un descenso en la incidencia durante los primeros años hasta alcanzar su tasa mínima de 617,5 casos nuevos en el año 2000, a partir de este punto inicia un incremento hasta llegar al punto máximo de 635,82 casos nuevos en el año 2019.

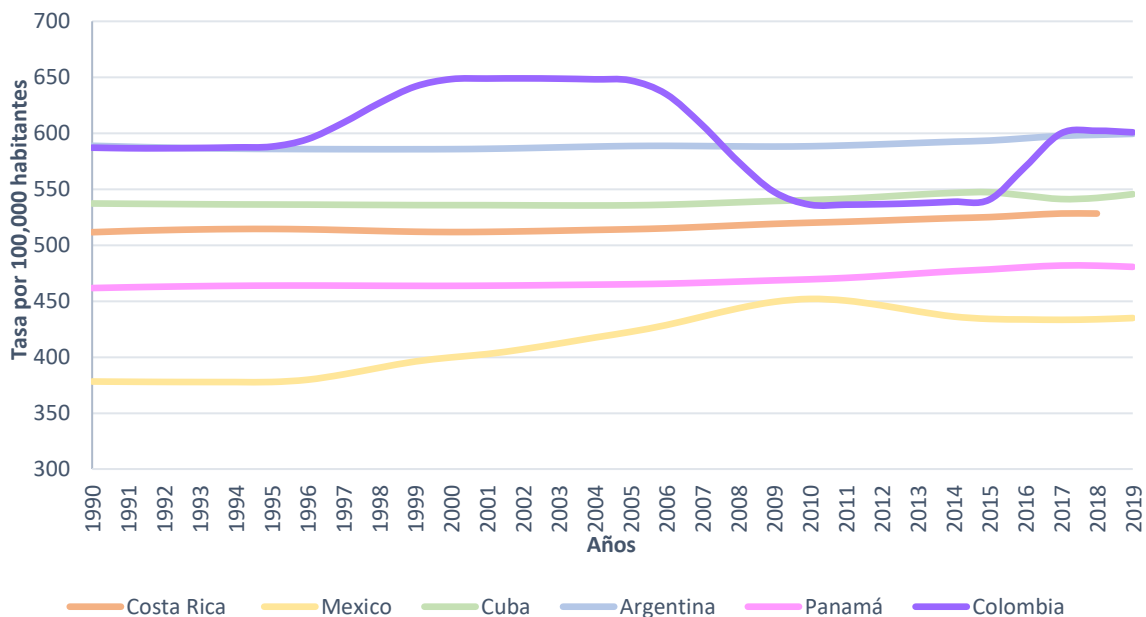


Figura N° 2. Incidencia según sexo masculino, según tasa estandarizada, por trastornos de ansiedad en Costa Rica, México, Cuba, Argentina, Panamá y Colombia de 1990 al 2019.

Fuente: elaboración propia con datos del GBD. ⁽⁴⁰⁾

La incidencia por trastornos de ansiedad según el sexo masculino es cambiante durante el tiempo estudiado, Colombia resulta ser el país con la tasa de incidencia más alta en la población masculina, el mismo posee una tasa máxima de 649, 02 casos nuevos en el año 2002, la cual se mantiene con cambios variables hasta alcanzar una tasa mínima de 536,19 casos nuevos por cada 100 000 habitantes para los años 2010 y 2011.

Por otra parte, seguido de Colombia se encuentra Argentina que durante el periodo mantiene tasas estables con una tasa mínima de 585,8 casos nuevos por cada 100 000 habitantes en el año 2000, hasta alcanzar una tasa máxima de 599,45 en el año 2019.

México es el país que presenta la menor incidencia de casos por trastorno de ansiedad en el sexo masculino con una tasa mínima de 377,72 casos nuevos por cada 100 000 habitantes en el año 1994, con un aumento variable hasta alcanzar su pico máximo de 451, 98 casos nuevos en el año 2010.

Panamá presenta una tasa mínima de 461,171 casos nuevos por cada 100 000 habitantes para el año 1990, estas cifras aumentan hasta llegar a una tasa máxima de 481,82 casos nuevos en el 2017.

Cuba presenta una tasa mínima de 535,49 casos nuevos por cada 100 000 habitantes para el año 2004, estas cifras se mantienen con un leve pero constante aumento hasta alcanzar su máximo de 547,33 casos nuevos en el 2015.

Costa Rica al inicio del periodo muestra su tasa mínima con 511, 59 casos nuevos por cada 100 000 habitantes para el año 1990, el mismo crece progresivamente hasta llegar al pico máximo de 528, 29 al año 2017.

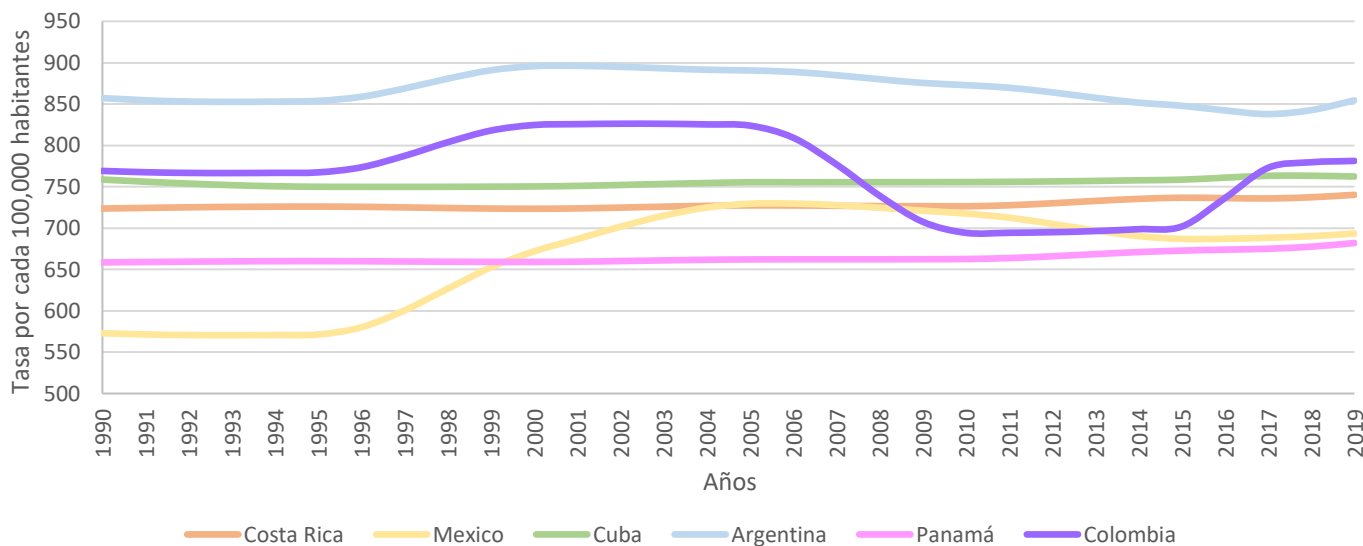


Figura N° 3. Incidencia según sexo femenino, según tasa estandarizada, por trastornos de ansiedad en Costa Rica, México, Cuba, Argentina, Panamá y Colombia de 1990 al 2019.

Fuente: elaboración propia con datos del GBD. ⁽⁴⁰⁾

Argentina es el país con mayor incidencia por trastornos de ansiedad en mujeres con una tasa máxima a inicios del periodo de 896,15 casos nuevos por cada 100 000 habitantes estas cifras continúan con un leve descenso hasta alcanzar la mínima de 837,85 casos nuevos al año 2017. En segundo lugar, con mayor incidencia se encuentra Colombia, con una tasa variable a través del periodo con un pico máximo de 826,2 casos nuevos por cada 100 000 habitantes al año 2002 y un mínimo de 694,29 casos nuevos para el año 2010.

México tuvo las menores tasas de incidencia en mujeres al inicio del periodo con cifras de 570,46 casos nuevos por 100 000 habitantes para 1990, a finales de los años noventa (1996-1997) presentó un pico exponencial llegando a su máxima cifra de 729, 64 casos nuevos en el año 2006, a partir del cual fue descendiendo y comportándose similar a Panamá.

Panamá ha tenido un comportamiento lineal durante los años, el mismo ha tenido variaciones leves, siendo su tasa mínima de 658,5 casos nuevos por cada 100 000 habitantes en el año 1990 y alcanzando su máxima en el 2019 con 681,95 casos nuevos.

Cuba es otro país que se mantiene constante durante el tiempo, con cambios sutiles donde alcanza una tasa mínima registrada de 749, 85 casos nuevos por cada 100 000 habitantes en el año 1997, y una tasa máxima de 763, 23 casos nuevos en el año 2017.

Costa Rica presenta una tasa mínima de 723,41 casos nuevos por cada 100 000 habitantes para el año 2000, estas cifras se mantienen constantes en el periodo hasta alcanzar su pico máximo con 740,21 casos nuevos en el año 2019.

Tabla N° 8. Incidencia por trastornos de ansiedad Costa Rica, México, Cuba, Argentina, Panamá y Colombia según grupo etario de 1990 al 2019.

	Costa Rica					Mexico					Cuba				
	0-5 años	5-14 años	15-49 años	50-69 años	70 y más	0-5 años	5-14 años	15-49 años	50-69 años	70 y más	0-5 años	5-14 años	15-49 años	50-69 años	70 y más
1990	105.58	741.38	740.64	565.55	239.05	76.26	542.56	542.7	531.17	244.64	99.09	714.02	789.61	610.49	250.78
1991	105.9	742.56	741.6	566.21	239.06	76.21	542.35	541.75	528.91	245.11	101.01	709.93	786.74	609.7	249.5
1992	106.16	743.61	742.36	566.6	238.9	76.17	542.57	541.33	527.03	245.62	102.52	708.77	784.28	608.74	248.39
1993	106.34	744.62	742.86	566.85	238.7	76.22	543.2	541.36	525.52	246.13	103.04	709.38	782.41	608.13	247.67
1994	106.42	745.8	743.07	566.93	238.59	76.41	544.22	541.78	524.37	246.6	102.77	710.83	781.35	607.98	247.12
1995	106.42	747.18	742.92	566.52	238.26	76.73	545.61	542.53	523.55	247.01	101.97	712.92	781.17	608.19	246.58
1996	106.4	748.5	742.29	567.01	238.17	79.17	560.57	548.46	523.19	246.93	101.13	713.87	782.02	608.23	245.96
1997	106.42	749.66	740.97	567.16	238.79	84.58	594.74	562.16	522.89	246.25	100.19	713.95	783.23	608.62	245.85
1998	106.54	750.67	739.45	567.41	239.58	91.15	636.85	579.93	522.66	245.1	99.08	714.84	784.6	608.92	245.39
1999	106.74	751.53	738.15	567.79	240.16	97.11	675.64	598.12	522.44	243.79	98.78	716.59	785.95	609.43	244.76
2000	106.96	752.27	737.58	568.76	240.72	100.66	699.86	613.06	522.14	242.71	99.25	718.91	787.07	609.79	244.09
2001	107.09	753.09	737.9	569.87	240.62	102.37	712.72	626.6	522.91	241.72	99.37	721.26	788.16	608.73	243.7
2002	107.03	753.97	738.86	571.19	239.62	103.91	724.44	641.78	524.06	240.7	99.68	722.35	789.48	607.01	242.5
2003	106.76	754.92	740.1	572.67	238.3	105.17	734.29	656.6	525.43	239.76	100.76	721.72	790.73	605.06	241.2
2004	106.44	755.99	741.25	574.31	237.24	106.02	741.42	669.07	526.89	238.93	101.72	720.1	791.62	603.34	240.27
2005	106.17	757.23	741.92	575.43	236.16	106.33	744.97	677.24	528.33	238.32	102.33	718.33	791.9	601.77	239.8
2006	106	758.97	742.1	576.44	235.27	106.04	744.91	682.96	529.47	237.87	102.67	717.23	791.67	601.02	239.26
2007	105.95	761.3	742.1	578.07	234.84	105.26	742.23	688.8	531.29	237.62	101.7	717.63	791.22	600.58	239.31
2008	106.05	763.74	742.11	579.75	234.45	104.16	737.5	693.93	533.33	237.52	99.67	719.96	790.56	600.4	239.87
2009	106.37	765.78	742.26	581.11	233.91	102.91	731.37	697.49	535.19	237.5	98.62	723.22	789.82	600.13	240
2010	106.76	766.98	742.74	581.99	233.73	101.64	724.47	698.61	536.47	237.42	98.8	726.19	789.18	600.3	240.1
2011	107.2	768.17	743.98	581.99	233.4	99.33	710.4	697.2	536.23	237.47	99.6	729.75	789.12	602.7	240.59
2012	107.76	769.91	745.98	582.41	233.52	95.58	686.9	694.32	535.4	237.66	100.84	733.43	789.84	606.29	240.59
2013	108.36	771.78	748.27	582.65	233.89	91.47	660.83	690.92	534.31	237.92	101.71	734.94	790.94	610.32	240.36
2014	108.92	773.33	750.38	582.5	234.33	88.06	639.11	687.92	533.36	238.12	101.92	734.28	791.94	614.02	240.57
2015	109.33	774.02	751.84	581.52	234.11	86.44	628.64	686.22	532.97	238.06	102.04	732.11	792.4	616.61	240.79
2016	109.82	775.29	752.71	580.15	234.32	86.19	627.01	686.6	532.16	237.26	102.6	727.55	791.25	619.11	241.34
2017	110.3	776.78	753.65	578.01	233.46	86.13	626.68	687.78	531.37	236.41	103.28	723.05	790.1	620.4	241.97
2018	110.44	777	755.66	575.39	233.48	86.28	627.64	689.65	530.87	236.51	103.51	721.95	791.2	619.58	241.87
2019	110.3	776.52	758.96	571.83	233.68	86.6	630.04	692.9	530.16	236.73	103.3	723.5	794.15	617.37	241.65

Fuente: elaboración propia con datos del GBD.

Tabla N° 8.

	Argentina					Panamá					Colombia				
	0-5 años	5-14 años	15-49 años	50-69 años	70 y más	0-5 años	5-14 años	15-49 años	50-69 años	70 y más	0-5 años	5-14 años	15-49 años	50-69 años	70 y más
1990	143.97	989.37	859.41	542.83	239.41	93.22	663.83	671.05	517.5	228.29	117.63	837.62	809.63	623.36	260.73
1991	143.55	987.51	857.73	539.49	238.41	93.48	665.18	671.81	516.89	227.73	117.5	838.21	807.7	621.78	260.67
1992	143.82	985.82	856.91	537.23	237.66	93.71	666.44	672.45	516.5	227.08	117.56	839.27	806.7	620.93	260.73
1993	144.08	984.18	856.8	535.91	237.05	93.81	667.6	672.94	516.28	226.47	117.93	840.41	806.44	620.54	260.77
1994	144.05	982.59	857.24	535.4	236.49	93.71	668.53	673.25	516.22	225.89	118.55	841.38	806.66	620.62	260.42
1995	144.2	981.76	858.03	535.58	235.96	93.48	669.11	673.29	516.33	225.24	119.21	842.02	807.18	620.82	260.4
1996	144.1	982.42	862.01	537.59	235.62	93.29	669.09	673.2	516.76	224.62	120.36	847.81	816.97	622.84	260.42
1997	143.6	984.42	870.27	541.91	235.42	93.31	668.51	672.98	517.4	223.88	122.22	861.07	839.31	626.57	260.19
1998	142.93	987.09	879.93	547.04	235.29	93.54	667.62	672.73	518.13	223.08	124.27	877.14	865.67	630.83	259.85
1999	142.42	989.59	888.12	551.52	235.03	93.81	666.68	672.52	518.88	222.22	126	891.33	887.78	635.24	259.87
2000	142.84	991.37	892.11	553.84	234.35	94.07	665.95	672.38	519.71	221.37	126.91	898.91	897.21	637.47	259.57
2001	143.61	992.89	892.85	552.53	232.69	94.31	665.52	672.25	520.12	220.73	127.22	901.63	897.25	637.92	258.54
2002	143.87	994.26	893.23	548.4	230.01	94.49	665.33	672.27	521.27	220.12	127.46	904.33	896.65	638.05	257.4
2003	143.47	995.12	893.41	543.28	227.08	94.54	665.46	672.38	522.79	219.62	127.55	906.6	895.38	638.18	256.1
2004	142.8	995.61	893.55	538.91	224.5	94.45	666	672.49	524.21	219.31	127.45	908.06	893.46	638.09	254.76
2005	143.14	995.5	893.71	537.06	222.84	94.23	667	672.53	524.97	219.26	127.21	908.4	890.86	638.19	253.61
2006	143.78	992.98	892.43	538.29	222.31	94.09	668.83	672.49	525.51	219.39	124.9	892.33	870.93	635.07	252.8
2007	142.82	988.02	889.02	541.1	222.48	94.17	671.53	672.45	525.87	219.89	119.8	854.28	827.69	627.9	252.36
2008	140.93	982.64	884.63	544.48	223.02	94.44	674.48	672.5	526.15	220.56	113.79	808.9	777.07	619.35	251.91
2009	139.94	978.58	880.49	547.47	223.64	94.75	677.12	672.72	526.38	221.27	108.78	770.9	734.94	611.53	251.2
2010	139.8	977.64	877.88	549.18	224.19	94.93	678.99	673.2	526.5	221.88	106.63	754.92	717.12	608.04	250.07
2011	140.27	979.31	874.6	550.14	225.02	95.05	680.68	674.5	527.58	222.36	106.54	755.18	717.08	607.39	248.66
2012	141.17	981.28	868.8	551.14	226.39	95.34	682.89	676.78	529.26	222.94	106.52	756.17	717.76	606.97	247.22
2013	141.47	983.01	861.97	551.95	227.96	95.87	685.47	679.47	530.96	223.55	106.58	758.03	719.22	606.87	245.81
2014	141.37	984.49	855.71	552.29	229.43	96.56	688.25	682	532.11	224	106.79	760.86	721.47	606.86	245.09
2015	142.08	984.91	851.96	551.87	230.46	97.24	690.88	683.76	532.15	224.07	107.21	764.71	724.54	607.35	244.11
2016	143.63	983.13	849.56	547.54	229.86	98.23	695.67	685.32	530	223.35	113.8	813.13	766.16	616.83	243.34
2017	144.67	981.5	848.55	542.85	228.99	99.08	699.43	686.65	527.66	222.65	120.69	861.76	810.17	626.61	242.4
2018	144.8	982.32	853.54	543.03	229.19	99.23	698.97	688.76	527.89	222.54	121.68	864.96	817.01	627.49	241.23
2019	144.45	984.59	864.35	546.47	229.82	98.78	696.27	692.38	529.48	222.63	121.38	861.79	818.18	626.6	240.83

Fuente: elaboración propia con datos del GBD.

La presente tabla muestra la incidencia por trastornos de ansiedad en Costa Rica, México, Cuba, Argentina, Panamá y Colombia según grupo etario durante el periodo de 1990 a 2019.

Costa Rica presenta un aumento de la incidencia a través de los años en la mayoría de los grupos etarios, siendo el grupo de 5 a 14 años el que presenta las tasas más altas con cifras de 777 casos nuevos por cada 100 000 habitantes en el año 2018, seguido por el grupo de 15 a 49 años de edad el cual posee una tasa máxima de 758 casos nuevos en el año 2019. En tercer lugar, se encuentra el grupo de 50 a 69 años con una tasa máxima que alcanza los 582, 65 casos nuevos en el año 2013. El grupo de ≥ 70 años posee su máxima cifra de 240,72 casos nuevos al año 2000. Por último, se encuentra el grupo de 0 a 5 años el cual posee la incidencia más baja en el país alcanzando los 105,9 casos nuevos por cada 100 000 habitantes en el año 2018.

México mantiene un patrón en todos los grupos etarios, en el cual las tasas inician con números bajos que aumentan progresivamente a su pico más alto entre los años 2000 a 2010 y a partir de este disminuyen de igual manera progresiva hasta el final del periodo estudiado. El grupo de 5 a 14 años es el que mantiene las tasas de incidencia más altas con 744,97 casos nuevos en el año 2005, en segundo lugar, se encuentra el grupo de 15 a 49 años con 698,61 casos nuevos en el año 2010. En tercer lugar, se encuentra el grupo de 50 a 69 años con 536, 47 casos nuevos al año 2010, seguido en cuarto lugar por las edades de ≥ 70 años con 47,01 casos nuevos al año 1995. Por último, el grupo entre 0 a 5 años presenta la tasa de incidencia más baja con 76,21 casos nuevos en el año 2005.

Cuba presenta diversas variaciones en la incidencia en todos los grupos etarios durante el periodo, el grupo que muestra mayor incidencia es el de 15 a 49 años con 794,15 casos nuevos por cada 100 000 habitantes en el año 2019. Seguido por el grupo de 5 a 14 años con 734,94 casos nuevos en el 2013. En tercer lugar, se encuentra el grupo 50 a 69 años con 620,4 casos en

el año 2017. El grupo con la tasa más baja es el de 0 a 5 años con 98,8 casos nuevos en el año 2018.

Argentina presenta un patrón de aumento de la incidencia en a través del tiempo en todos los grupos etarios. La tasa de incidencia más alta está dada por el grupo de 5 a 14 años con 995,61 casos nuevos por cada 100 000 habitantes en el año 2004. En segundo lugar, se encuentra el grupo de 15 a 49 años con una tasa de 893,71 casos nuevos en el año 2005. La tasa de incidencia más baja está dada por el grupo de 0 a 5 años con 139,8 casos nuevos en el año 2010.

Panamá presenta en su mayoría de grupos etarios un patrón de crecimiento progresivo al pasar de los años, exceptuando a la población mayor de 70 años en donde la incidencia disminuye con el tiempo.

El grupo con mayor tasa es de 5 a 14 años con 699,43 casos nuevos por cada 100 000 habitantes en el año 2017, seguido por el grupo de 15 a 49 años con 692,38 casos nuevos en el año 2019. La tasa de incidencia más baja está dada por el grupo de 0 a 5 años en donde la cifra es de 93,22 casos nuevos en el año 1990.

Colombia presenta un mecanismo con diversas diferencias en la incidencia y los años, en todos los grupos etarios, el grupo con la mayor incidencia es de 5 a 14 años con 908,06 casos nuevos por cada 100 000 habitantes para el año 2004, seguido por el grupo de 15 a 49 años en donde la cifra máxima alcanza los 897,25 casos nuevos en el año 2001. En tercer lugar, se encuentra el grupo de 50 a 69 años donde la tasa de incidencia alcanza los 638,19 casos nuevos en el año 2005, en el grupo de edad de personas mayores de 70 años las cifras máximas son de 260,77 casos nuevos en el año 1993.

La tasa de incidencia más baja está presente en el grupo de 0 a 5 años con 106,52 casos nuevos para el año 2012.

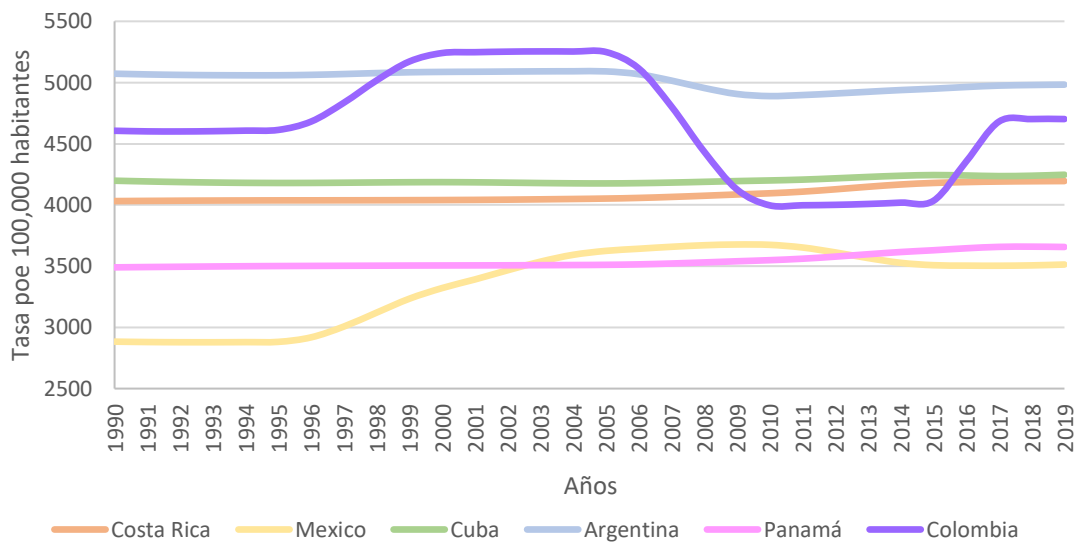


Figura N° 4. Prevalencia general en ambos sexos, según tasa estandarizada, por trastornos de ansiedad en Costa Rica, México, Cuba, Argentina, Panamá y Colombia de 1990 al 2019.

Fuente: elaboración propia con datos del GBD. ⁽⁴⁰⁾

Los dos principales países que presentan la mayor prevalencia de la patología durante los años estudiados son Argentina el cual varía muy levemente en el tiempo, con una tasa máxima de 5091,98 casos prevalentes por cada 100 000 habitantes en el año 2004, y con una mínima de 4889,31 casos prevalentes en el 2010; y Colombia el cual posee un patrón altamente variable con una máxima de 5254,39 casos prevalentes en el año 2003 y a partir del cual sufre una caída exponencial hasta alcanzar un mínimo de 3997,01 casos prevalentes para el 2010.

El país que muestra la menor prevalencia durante los años es México con un número mínimo de 2878,48 casos prevalentes en 1993, aumentando durante los años hasta llegar a un máximo de 3677,04 casos prevalentes en el año 2009.

Cuba mantiene una prevalencia estable durante todo el periodo, mostrando una tasa mínima de 4175,97 casos prevalentes en el año 2005, y una máxima de 4246,88 casos prevalentes en el año 2019.

Panamá posee un comportamiento lineal y poco variable durante el periodo donde la mínima es de 3490,36 casos prevalentes en el año 1990, a partir del año 2010 aumenta levemente alcanzando su punto máximo en el año 2018 con 3659,42 casos prevalentes.

Costa Rica posee un comportamiento similar a Cuba, estable, con una mínima para el año 1990 de 4031,59 casos prevalentes, al final del periodo aumenta levemente y su máxima alcanza los 4195,22 casos prevalentes en el año 2019.

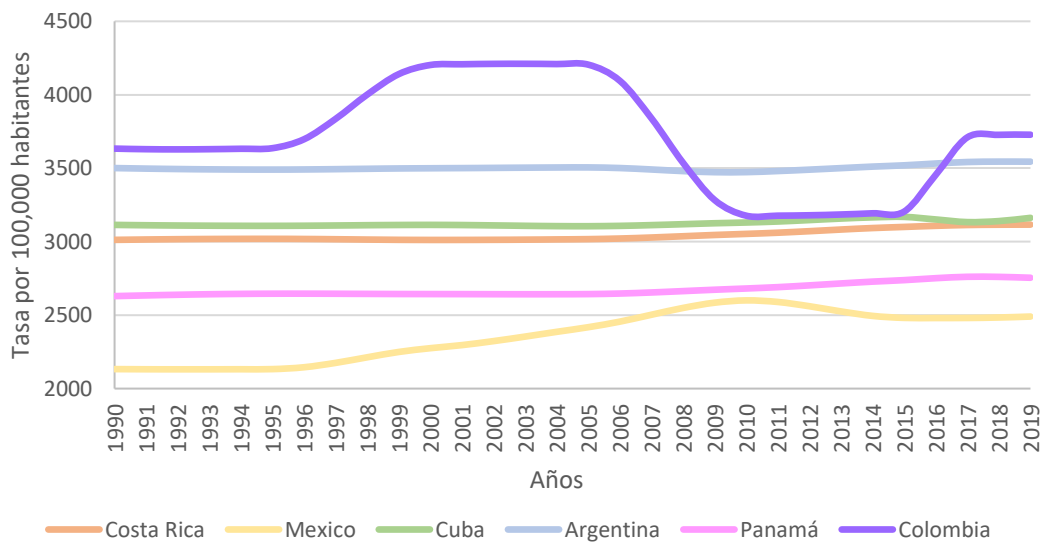


Figura N° 5. Prevalencia según sexo masculino, según tasa estandarizada, por trastornos de ansiedad en Costa Rica, México, Cuba, Argentina, Panamá y Colombia de 1990 al 2019.

Fuente: elaboración propia con datos del GBD. ⁽⁴⁰⁾

Colombia posee la prevalencia más alta según sexo masculino, su comportamiento es ampliamente variable, en los primeros años del periodo se muestra lineal, luego tiene un crecimiento exponencial alcanzando su tasa máxima registrada de 4210,88 casos prevalentes para el año 2003 a partir del cual se produce una disminución excesiva llegando a su tasa mínima de 3176,81 casos prevalentes en el año 2010, para luego mostrar un leve aumento hacia el final del periodo.

Argentina posee un comportamiento lineal, con sutiles cambios, siendo su mínima de 3473,52 casos de prevalencia en el año 2010 y su máxima de 3545,04 casos prevalentes en el 2018.

México es el país que posee la menor prevalencia en hombres a lo largo de todo el periodo con un mínimo de 2131,09 casos prevalentes en 1990, presentando luego un aumento constante

hasta alcanzar un pico de 2600,28 casos prevalentes para el año 2010, después del cual hay una leve disminución de sus cifras.

Cuba posee un comportamiento lineal en el cual su cifra mínima es de 3105,41 casos prevalentes para el 2005, aumentando muy levemente hasta llegar a la máxima de 3168,83 casos prevalentes en el año 2015. Costa Rica posee una conducta constante muy similar a Cuba, con una mínima de 3011,87 casos prevalentes para el año 2000 y una máxima que alcanza los 3116,14 casos prevalentes en el 2019.

Panamá posee un comportamiento poco variable y lineal la menor tasa registrada es de 2629,37 casos prevalentes en el año 1990 y su máxima conforme aumenta levemente es de 2760,97 casos prevalentes para el año 2017.

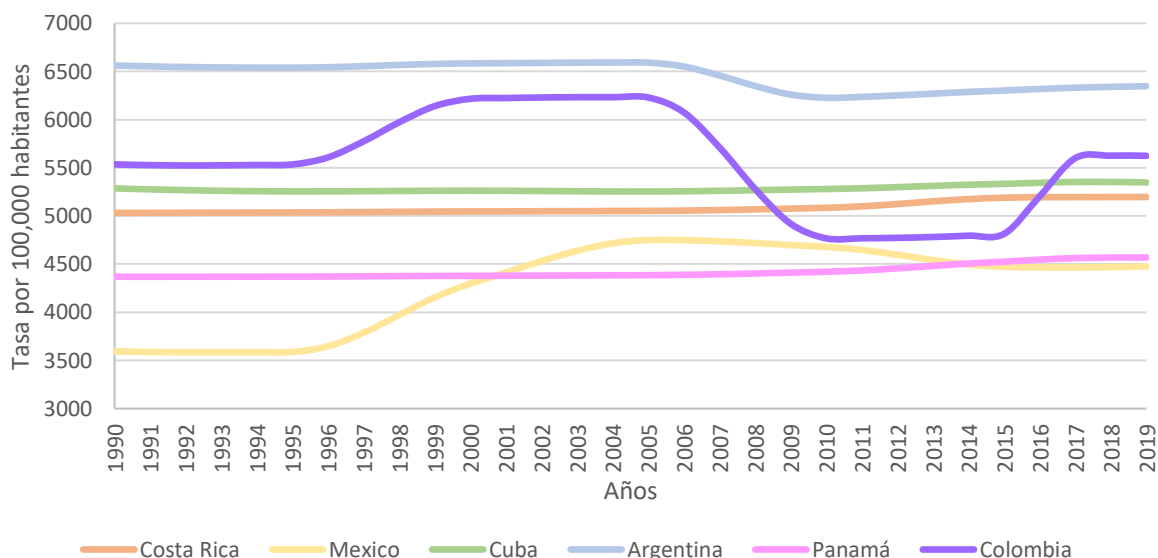


Figura N° 6. Prevalencia según sexo femenino, según tasa estandarizada, por trastornos de ansiedad en Costa Rica, México, Cuba, Argentina, Panamá y Colombia de 1990 al 2019.

Fuente: elaboración propia con datos del GBD. ⁽⁴⁰⁾

Argentina es el país que posee una mayor prevalencia en mujeres, presenta tasas constantes y en aumento durante los primeros años del periodo, a partir del año 2006 se percibe una baja en sus cifras, que tiende a aumentar poco después del 2010. Argentina muestra una máxima de 6592,65 casos prevalentes para el año 2004, con una mínima que llega a los 6226,53 casos prevalentes al año 2010.

El país que se encuentra en segundo lugar en cuanto a prevalencia en población femenina es Colombia el cual presenta un patrón muy cambiante en el tiempo, con un alza en los primeros años la cual llega a una máxima de 6233,19 casos prevalentes en el año 2004, donde después se da un gran descenso alcanzando así su mínima de 4767,57 casos prevalentes en el año 2010, con posterior alza hacia los últimos años en estudio.

México es el país que presenta la menor tasa de prevalencia en sexo femenino para el periodo en investigación, sus primeros años muestran un patrón constante con una mínima de 3584,33 casos prevalentes en el año 1993, este comportamiento cambia a partir del año 1995 donde se genera un crecimiento hasta alcanzar su cifra máxima de 4749,78 casos prevalentes en el año 2005, posterior a eso se muestra un descenso leve hacia el final de los años.

Cuba mantiene una prevalencia estable durante el periodo con una tendencia al aumento leve al final de este, la tasa mínima registrada para este país es de 5253,76 casos prevalentes en el año 2005, mientras que la máxima se registra en 5353,09 casos prevalentes al 2017.

Panamá posee un comportamiento muy lineal, pero con un crecimiento leve durante el periodo, pasando de su mínima de 4368,9 casos prevalentes en el año 1990, aumentando hasta llegar a su cifra máxima de 4569,54 casos prevalentes en el año 2019. Por último, Costa Rica muestra un patrón muy similar al comportamiento de Panamá en el cual su mínimo se encuentra en 5031,69 casos prevalentes al año 1990, aumentando de manera leve hasta llegar a un máximo de 5196,95 casos prevalentes en el 2019.

Tabla N° 9. Prevalencia por trastornos de ansiedad Costa Rica, México, Cuba, Argentina, Panamá y Colombia según grupo etario de 1990 al 2019.

	Costa Rica					Mexico					Cuba				
	0-5 años	5-14 años	15-49 años	50-69 años	70 y más	0-5 años	5-14 años	15-49 años	50-69 años	70 y más	0-5 años	5-14 años	15-49 años	50-69 años	70 y más
1990	100.17	2585.51	5120.87	4812.56	3952.65	71.75	1868.41	3432.22	3875.79	3451.57	94.01	2499.69	5291.43	5289.95	4163.88
1991	100.43	2589.92	5119.5	4819.79	3963.25	71.7	1868.36	3428.58	3868.76	3451.3	95.8	2447.84	5286.87	5284.12	4155.02
1992	100.66	2594.05	5118.07	4825.53	3972.61	71.66	1869.27	3427.42	3863.24	3450.95	97.19	2427.25	5285.12	5278.98	4149.38
1993	100.81	2599.29	5116.51	4830.13	3980.09	71.7	1871.14	3428.39	3858.92	3450.33	97.67	2426.78	5286.22	5276.98	4146.76
1994	100.87	2608.07	5115.1	4832.53	3984.84	71.87	1874.03	3431.13	3855.6	3449.49	97.4	2437.35	5290.79	5276.08	4145.29
1995	100.87	2620.85	5113.73	4832.96	3986.64	72.15	1878.13	3435.24	3852.98	3448.75	96.63	2456.8	5298.19	5277.97	4144.18
1996	100.88	2635.54	5113.49	4832.08	3987.83	74.46	1934.8	3492.43	3856.95	3441.86	95.82	2471.01	5309.53	5279.42	4144.41
1997	100.94	2650.1	5113.94	4830.9	3988.5	79.59	2065.64	3628.62	3869.72	3424.76	94.93	2482.78	5321.98	5283.81	4147.5
1998	101.1	2663.53	5114.95	4829.61	3988.66	85.84	2226.8	3804.78	3888.3	3402.62	93.87	2504.32	5334.13	5287.12	4149.84
1999	101.32	2674.62	5116.02	4829.31	3988.47	91.51	2374.65	3982.23	3908.97	3380.87	93.58	2531.84	5343.71	5290.75	4151.4
2000	101.54	2682.58	5116.75	4832.19	3989.89	94.9	2465.82	4122.38	3928.13	3365.32	94.03	2558.75	5348.3	5294.26	4150.83
2001	101.66	2688.37	5117.2	4838.05	3990.01	96.54	2513.44	4240.3	3953.94	3353.32	94.14	2579.46	5350.73	5289.58	4146.95
2002	101.57	2692.57	5118.02	4846.42	3988.29	98.03	2558	4366.73	3984.85	3340.59	94.45	2584.62	5350.23	5280.2	4137.88
2003	101.27	2696.19	5119.59	4856.28	3985.79	99.24	2596.63	4485.28	4016.19	3329.08	95.5	2571.49	5347.37	5269.58	4127.08
2004	100.93	2700.66	5122.2	4866.27	3984.93	100.06	2625.68	4579.53	4043.44	3320.25	96.43	2548.86	5344.6	5260.7	4119.43
2005	100.66	2707.61	5125.98	4873.55	3983.86	100.36	2640.95	4633.23	4062.17	3315.88	97.01	2526.77	5344.37	5255.47	4116.5
2006	100.5	2718.65	5132.56	4879.92	3987.92	100.08	2640.61	4663.43	4073.69	3318.96	97.32	2510.09	5348.79	5256.17	4117.26
2007	100.46	2733.68	5142.68	4888.53	3999.36	99.35	2627.83	4694.32	4085.97	3329.98	96.39	2504.3	5357.8	5260.18	4120.89
2008	100.57	2749.02	5155.12	4898.21	4012.79	98.31	2605.61	4720.47	4097.98	3344.77	94.44	2515.7	5369.37	5266.02	4127.07
2009	100.89	2760.9	5168.63	4908.01	4025.05	97.12	2577.47	4736.4	4108.64	3358.99	93.44	2536.91	5381.17	5272.18	4131.08
2010	101.28	2766.17	5181.95	4917.99	4034.84	95.91	2547.11	4736.57	4116.79	3367.41	93.61	2558.68	5390.75	5278.86	4134.17
2011	101.7	2766.63	5199.93	4932.84	4042.49	93.71	2489.13	4708.89	4124.11	3372	94.37	2587.47	5401.16	5294.12	4138.82
2012	102.22	2764.51	5224.96	4956.16	4052.39	90.13	2393.81	4656.51	4134.37	3376.77	95.55	2616.29	5414.7	5316.82	4144.23
2013	102.78	2761.02	5252.24	4981.6	4062.81	86.2	2288.87	4596.62	4145.19	3381.18	96.39	2624.34	5427.41	5342	4151.51
2014	103.3	2757.44	5277.04	5003.51	4071.31	82.96	2202.11	4545.9	4154.31	3384.09	96.6	2612.59	5436.16	5365.47	4158.78
2015	103.7	2753.92	5294.57	5015.41	4074.82	81.42	2161.44	4520.6	4159.53	3384	96.73	2588.39	5438.12	5381.01	4165.93
2016	104.21	2757.01	5306.3	5016.47	4072.68	81.19	2156.54	4519.81	4150.48	3376.54	97.31	2552.06	5421.91	5382.16	4177.47
2017	104.69	2763.45	5314.16	5014.01	4067.47	81.13	2156.25	4523.37	4140.72	3368.97	97.97	2516.88	5406.07	5377.2	4187.58
2018	104.82	2764.87	5318.8	5014.95	4075.7	81.27	2160.06	4527.81	4143.31	3370.35	98.16	2501.64	5411.75	5377.95	4181.81
2019	104.64	2762.38	5322.05	5017.31	4092.27	81.57	2168.58	4536.1	4152.34	3373.33	97.87	2503.72	5431.68	5379.62	4164.75

Fuente: elaboración propia con datos del GBD.

Tabla N°9

	Argentina					Panamá					Colombia				
	0-5 años	5-14 años	15-49 años	50-69 años	70 y más	0-5 años	5-14 años	15-49 años	50-69 años	70 y más	0-5 años	5-14 años	15-49 años	50-69 años	70 y más
1990	136.11	3463.87	6576.25	5633.15	4341.9	88.35	2306.22	4446.71	4102	3344.4	111.65	2968.53	5821.92	5564.94	4634.3
1991	135.73	3462.03	6566.32	5628.16	4333.63	88.57	2308.72	4451.15	4100.56	3343.1	111.49	2975.33	5814.08	5561.56	4633.3
1992	136.01	3456.68	6559.73	5624.77	4327.07	88.76	2312.31	4455.07	4100.27	3342.63	111.52	2984.51	5811.31	5563.01	4635.9
1993	136.27	3447.05	6555.94	5623.03	4322.15	88.84	2316.96	4458.44	4100.79	3343.86	111.85	2992.44	5812.5	5567.39	4640.34
1994	136.25	3433.82	6554.53	5622.87	4318.17	88.74	2321.82	4461.16	4101.69	3346.43	112.43	2996.83	5816.68	5573.36	4643.71
1995	136.4	3425.98	6555.03	5624.47	4315.4	88.52	2325.76	4462.92	4102.67	3349.33	113.05	2996.53	5822.6	5580.43	4649.93
1996	136.3	3425.38	6561.14	5627.19	4314.52	88.35	2327.7	4463.53	4107.18	3353.28	114.17	3015.38	5929.76	5634.09	4666.19
1997	135.82	3428.17	6573.75	5631.41	4314.15	88.38	2327.48	4463.91	4112.35	3357.87	116	3064.79	6176.38	5749.98	4692.39
1998	135.19	3434.03	6588.63	5636.32	4314.37	88.62	2325.38	4464.28	4116.82	3362.05	118.02	3126.78	6469.72	5884.8	4721.54
1999	134.7	3440.53	6601.5	5641.29	4314.68	88.89	2321.66	4464.66	4120.51	3364.89	119.73	3183.1	6717.33	6001.29	4747.06
2000	135.1	3449.03	6607.4	5645.64	4313.46	89.14	2316.67	4464.59	4124.83	3364.68	120.6	3214.94	6826.36	6055.72	4760.45
2001	135.84	3462.11	6607.94	5650.38	4310.82	89.37	2310.79	4463.9	4125.86	3363.27	120.87	3229.76	6833.45	6065.59	4762.81
2002	136.1	3474.36	6607.93	5657.3	4307.05	89.53	2305	4462.92	4127.66	3361.08	121.06	3247.39	6837.56	6074.27	4764.45
2003	135.74	3482.06	6607.32	5664.83	4302.73	89.58	2301.09	4462.16	4130.37	3358.96	121.12	3264.83	6838.14	6081.44	4764.15
2004	135.11	3486.93	6606.03	5670.89	4297.06	89.47	2301.12	4462.03	4133.64	3357.22	121.01	3278.82	6834.89	6085.12	4760.19
2005	135.44	3486.73	6603.7	5673.61	4289.54	89.27	2306.51	4463.05	4136.86	3356.5	120.79	3287.3	6827.8	6086.74	4753.92
2006	136.04	3476.24	6567.28	5654.9	4273.5	89.13	2319.2	4467.26	4142.47	3360.87	118.58	3227.66	6620.72	5982.31	4716.97
2007	135.09	3459.77	6485.48	5608.93	4247.4	89.21	2337.76	4475.3	4151.55	3369.09	113.68	3076.64	6140.57	5733.68	4641.78
2008	133.26	3445.22	6390.39	5553.82	4219.2	89.46	2357.43	4485.72	4162.94	3379.4	107.9	2894.31	5571.04	5436.25	4553.51
2009	132.28	3437.06	6314.17	5507.82	4196.38	89.76	2374.06	4497.03	4175.28	3390.72	103.08	2741.42	5095.08	5186.47	4478.07
2010	132.13	3440.17	6288.61	5489.54	4187.56	89.94	2384.56	4507.69	4186.74	3401.43	101.01	2678.15	4895	5082.03	4442.7
2011	132.57	3451.32	6302.28	5495.69	4191.55	90.06	2390.4	4521.69	4202.84	3415.43	100.93	2680.7	4895.4	5083.67	4435.71
2012	133.41	3459.49	6321.13	5507.67	4200.25	90.33	2395.15	4541.85	4225.28	3435.54	100.9	2685.78	4899.79	5088.53	4430.99
2013	133.67	3462.87	6342.21	5522.23	4211.58	90.84	2400.24	4564.9	4249.24	3456.96	100.97	2694.17	4908.68	5097.13	4428.29
2014	133.57	3465.39	6362.74	5535.76	4223.24	91.5	2406.8	4587.51	4269.96	3474.51	101.17	2706.68	4922.45	5109.51	4429.26
2015	134.22	3462.05	6380.53	5544.7	4233.25	92.15	2414.48	4605.83	4282.81	3483.32	101.57	2723.31	4941.41	5126.14	4431.49
2016	135.74	3455.19	6402.31	5550.7	4246.7	93.12	2433.98	4628.65	4287.89	3481.03	107.87	2924.84	5414.22	5404.03	4530.55
2017	136.8	3451.66	6420.13	5554.31	4258.76	93.96	2448.91	4645.46	4291.37	3477.46	114.46	3128.18	5895.11	5683.37	4630.94
2018	136.92	3451.78	6427.44	5559.81	4263.46	94.09	2443.16	4647.22	4299.67	3483.32	115.4	3141.66	5924.7	5700.02	4635.07
2019	136.53	3451.35	6430.48	5571.2	4265.08	93.65	2425.2	4641.9	4312.85	3496.49	115.09	3122.05	5929.85	5698.18	4630.47

Fuente: elaboración propia con datos del GBD.

La presente tabla muestra la prevalencia por trastornos de ansiedad en Costa Rica, México, Cuba, Argentina, Panamá y Colombia según grupo etario durante el periodo de 1990 a 2019.

Costa Rica muestra un aumento constante de su prevalencia en todos los grupos etarios a través del periodo, el grupo con mayor prevalencia es el de 15 a 49 años con una tasa máxima de 5322,05 casos prevalentes por cada 100 000 habitantes en el año 2019, seguido del grupo de 50 a 69 años con 5017,31 casos prevalentes en el año 2019. En tercer lugar, se encuentra el grupo de ≥ 70 años con 4092,27 casos prevalentes para el año 2019, seguido por el grupo de 5 a 14 años con 2766,63 casos prevalentes para el 2011. El grupo que registra las menores tasas es el de 0 a 5 años con un mínimo de 100,17 casos prevalentes en 1990.

México registra tasas muy variables durante el periodo para todos los grupos etarios, el grupo con la tasa más alta es el de 15 a 49 años con una tasa máxima de 4736,57 casos prevalentes al año 2010, seguido del grupo de 50 a 69 años con 4159,53 casos prevalentes en el año 2015. El grupo de 0 a 5 años es el que presenta la tasa más baja con 71,7 casos prevalentes en los años 1991 y 1993.

Cuba presenta un crecimiento en la prevalencia hacia el final del periodo, principalmente después del año 2009, esto para todos los grupos etarios. el grupo que registra la mayor tasa es el de 15 a 49 años con 5438,12 casos prevalentes en el año 2015, seguido del grupo de 50 a 69 años con una tasa máxima en 5382,16 casos prevalentes en el año 2016. En tercer lugar, se encuentra el grupo de ≥ 70 años con 4187,58 casos prevalentes para el año 2017. El grupo que registra la tasa más baja es el de 0 a 5 años, con una tasa mínima de 93,44 casos prevalentes hacia el año 2009.

Argentina registra un aumento de la prevalencia hacia la mitad del periodo a excepción de la población mayor de 70 años, en quienes la prevalencia se mantiene incrementada al inicio. Se observa que el grupo con la mayor tasa es el de 15 a 49 años con cifras de 6607,94 casos prevalentes en el año 2001, seguido del grupo de 50 a 69 años con 5670,89 casos prevalentes para el año 2004, en tercer lugar, se encuentra el grupo de ≥ 70 años con 4341,9 casos prevalentes al año 1990. El grupo etario que muestra la tasa más baja de prevalencia durante el periodo es el de 0 a 5 años con 132,13 casos prevalentes en el año 2010.

Panamá muestra tasas variables, sin embargo, en todos sus grupos etarios se visualiza un crecimiento hacia los últimos años del periodo estudiado. El grupo que posee la tasa más alta es el de 15 a 49 años con 4647,22 casos prevalentes para el año 2018, en segundo lugar, se encuentra el grupo de 50 a 69 años con 4312,85 casos prevalentes para el 2019, seguido en tercer lugar por los ≥ 70 años con 3496,49 casos prevalentes en el 2019. En cuarto lugar, se encuentra el grupo de 5 a 14 años con una tasa de 2448,91 casos prevalentes al 2017. Por último, la tasa más baja está dada por la población de 0 a 5 años con 88,35 casos prevalentes en el año 1990.

Colombia presenta unas tasas variables durante el periodo con un ligero aumento para la mitad del periodo su mayoría entre el 2002 y el año 2005. El grupo de 15 a 49 años es el que presenta la mayor tasa con 6838,14 casos prevalentes por cada 100 000 habitantes en el año 2003, seguido del grupo de 50 a 69 años con 6086,74 casos prevalentes al año 2005, en tercer lugar, se encuentra el grupo de ≥ 70 años con 4764,45 casos prevalentes al 2002, seguido de la población de 5 a 14 años con 3287,3 casos prevalentes en 2005. Por último, el grupo etario que presenta una menor tasa de prevalencia es el de 0 a 5 años con 100,9 casos prevalentes en el año 2012.

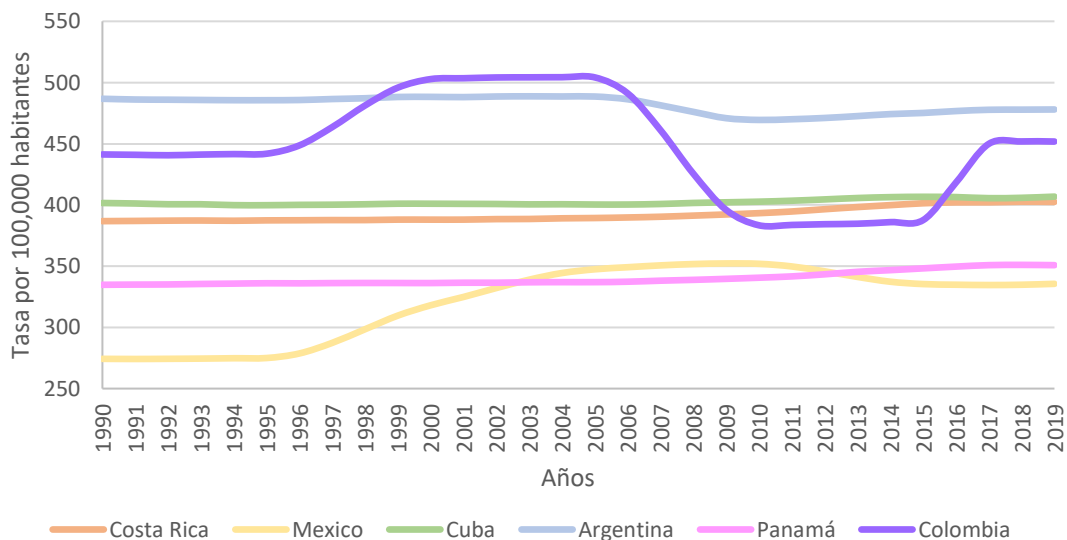


Figura N° 7. Años vividos con discapacidad (AVD) general en ambos sexos, según tasa estandarizada, por trastornos de ansiedad en Costa Rica, México, Cuba, Argentina, Panamá y Colombia de 1990 al 2019.

Fuente: elaboración propia con datos del GBD. ⁽⁴⁰⁾

Los dos países que se registran con la tasa más alta en cuanto a años vividos con discapacidad (AVD) para ambos sexos corresponden a Argentina y Colombia. Argentina mantiene una conducta lineal con cambios sutiles a lo largo del periodo, con su tasa máxima de 488,75 AVD por cada 100 000 habitantes al inicio del periodo, en 1990 y desde entonces se logra la disminución leve de la cifra llegando a un mínimo de 469,45 AVD en el año 2010.

Por otra parte, Colombia que muestra un patrón variable, al inicio del periodo y hasta aproximadamente el año 1995 se muestra lineal, a partir de ahí tiene un crecimiento exponencial alcanzando su máximo de 504,34 AVD en el año 2004, para después disminuir sus números al mínimo de 383,38 AVD en el 2010, desde donde tiene un aumento leve hasta finalizar el periodo.

Los países que menos AVD presentan son México el cual mantiene tasas constantes durante los primeros años mostrando una cifra mínima de 274,3AVD en 1990, a partir de 1995 estas cifras aumentan y se genera un pico de 352,23 AVD en el 2009, desde ese punto se genera una disminución muy leve y se mantiene constante hasta finales del periodo; y Panamá el cual mantiene unas tasas constantes a través del tiempo con una cifra mínima de 334,79 AVD en 1990 y el mayor número de 351,05 AVD en el año 2018.

Cuba mantiene tasas constantes en el periodo, con la menor cifra de 399,8 AVD en 1995 y registrando la máxima en 406,79 AVD en el año 2019. Costa Rica mantiene una conducta muy similar a Cuba, con números un poco más bajos, en donde la mínima se encuentra en 386,79 AVD en 1990, para alcanzar una tasa máxima de 402,62 AVD en el 2018.

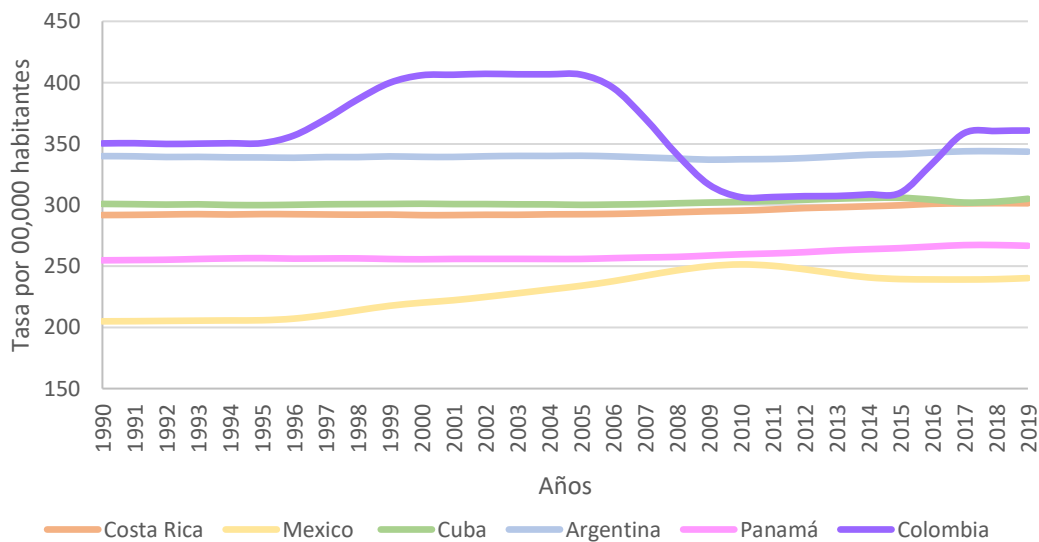


Figura N° 8. Años vividos con discapacidad (AVD) según sexo masculino, según tasa estandarizada, por trastornos de ansiedad en Costa Rica, México, Cuba, Argentina, Panamá y Colombia de 1990 al 2019.

Fuente: elaboración propia con datos del GBD. ⁽⁴⁰⁾

Los dos países que presentan la mayor tasa de AVD según sexo masculino son Colombia, el cual muestra una constante variación a través de los años, es lineal hasta alcanzar el año 1995 a partir de donde se origina un crecimiento alcanzando su mayor tasa con 407,12 AVD por cada 100 000 habitantes en el año 2002, para después disminuir sus cifras a 306,37 AVD al año 2010 desde donde tiene un aumento leve hasta finalizar el periodo. Argentina se muestra constante en el tiempo, con un mínimo que alcanza los 336,99 AVD en el año 2009 y el cual aumenta levemente hasta llegar al máximo de 343,89 AVD al 2018.

México es el país que posee la menor cantidad de AVD en hombres durante el periodo, con un mínimo de 204,94 AVD en 1990 y manteniendo un aumento a través del tiempo hasta alcanzar un máximo de 251,42 AVD en 2010.

Panamá, que presenta cifras constantes durante los años su cifra más baja está registrada en 254,77 AVD en el año 1990 y a partir del cual se genera un aumento leve alcanzando su máxima de 267,24 AVD en el 2018.

Cuba se mantiene constante en el tiempo, posee la mínima cifra en 299,88 AVD en 1995, aumentando levemente hasta alcanzar su pico de 305,89 AVD en el 2015. Costa Rica tiene un comportamiento similar a Cuba, en donde se mantiene con cifras constantes, su mínimo registrado es de 291,68 AVD en el año 2000 y su máximo alcanza los 301,43 AVD en el año 2018.

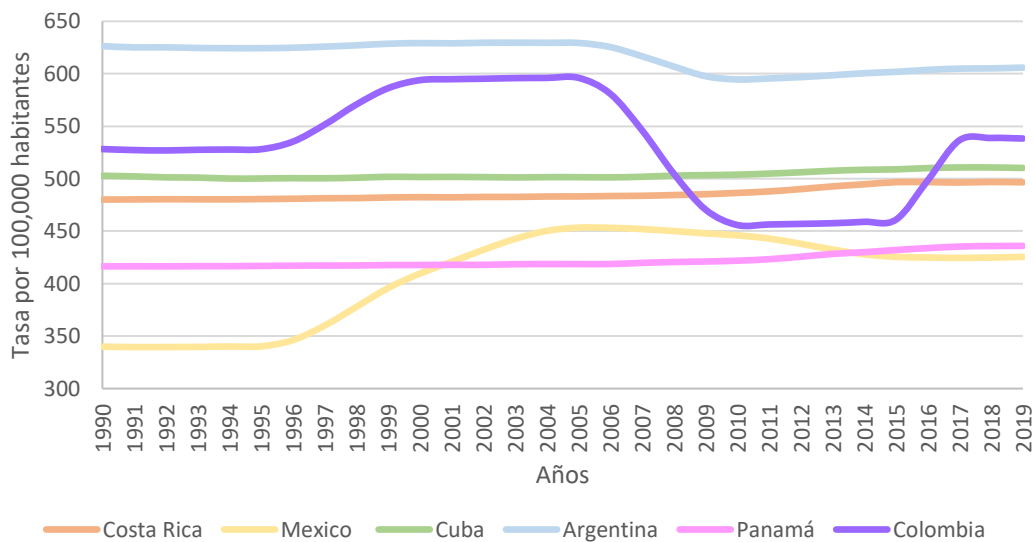


Figura N° 9. Años vividos con discapacidad (AVD) según sexo femenino, según tasa estandarizada, por trastornos de ansiedad en Costa Rica, México, Cuba, Argentina, Panamá y Colombia de 1990 al 2019.

Fuente: elaboración propia con datos del GBD. ⁽⁴⁰⁾

Argentina es el país que presenta la mayor cantidad de AVD en mujeres durante todo el periodo con un pico máximo de 629,65 AVD por cada 100 000 habitantes en el año 2003, a partir del que se genera una pequeña disminución llegando así a su mínimo de 594,61 AVD en el año 2010 y después del cual se mantienen cifras estables hasta finalizar el periodo. En segundo lugar, se encuentra Colombia, con grandes fluctuaciones a través del tiempo, su cifra máxima alcanza los 596,14 AVD en el 2005, a partir del cual se produce una disminución hasta llegar a 455,19 AVD en el 2010, para el año 2015 se genera otro aumento leve de cifras, que se mantienen hacia el final.

México es el país que muestra la tasa más baja por AVD en población femenina, en los primeros años se registra la cifra más baja de 339,6 AVD por cada 100 000 habitantes en el año 1992, a

partir de 1995 se produce un incremento en los números hasta llegar a la máxima de 453,22 AVD en el 2006, posterior a esto se genera un leve descenso que se mantiene hasta el final.

Posterior a México se encuentra Panamá que muestra cifras constantes durante el periodo, alcanzando la mínima en el año 1992 con 416,49 AVD, en el año 2013 se inicia un aumento en los números llegando a la máxima de 435,97 AVD para el 2019.

Cuba presenta una conducta constante durante el periodo, un mínimo de 500,18 AVD por cada 100 000 habitantes en 1994 y un máximo de 510,73 AVD en los años 2017 y 2018. Costa Rica, al igual que Cuba, presenta tasas constantes con un mínimo de 480,9 AVD en 1996 y un pico máximo de 496,75 AVD en el año 2016.

Tabla N° 10. Años vividos con discapacidad (AVD) por trastornos de ansiedad Costa Rica, México, Cuba, Argentina, Panamá y Colombia según grupo etario de 1990 al 2019.

	Costa Rica					Mexico					Cuba				
	0-5 años	5-14 años	15-49 años	50-69 años	70 y más	0-5 años	5-14 años	15-49 años	50-69 años	70 y más	0-5 años	5-14 años	15-49 años	50-69 años	70 y más
1990	9.96	259.06	498.52	444.45	341.26	7.3	187.35	334.07	352.73	291.4	9.5	249.88	512.46	489.47	362.69
1991	10.13	259.52	498.09	445.3	342.52	7.28	187.32	333.82	352.58	291.75	9.77	245.26	512.15	488.48	362.18
1992	10.17	260.27	497.95	445.46	344.1	7.24	187.49	333.98	352.48	292.29	9.95	242.75	511.7	487.83	361.45
1993	10.26	260.81	497.6	446.29	343.88	7.27	187.67	334.17	352.52	292.66	9.84	243.05	512.24	487.99	361.13
1994	10.15	261.51	497.24	445.86	343.99	7.26	188.04	334.6	352.56	292.98	9.81	243.99	511.71	487.36	360.96
1995	10.3	262.95	497.39	446.07	344.41	7.32	188.45	334.86	352.33	293.25	9.74	245.63	512.47	487.65	361.36
1996	10.28	264.35	497.29	446.35	344.96	7.55	194.23	340.47	352.89	292.84	9.75	247.36	513.68	488.24	361.12
1997	10.12	265.32	497.76	446.37	344.98	8.07	207.45	353.66	353.97	291.45	9.48	247.98	515.04	488.35	361.12
1998	10.12	267.11	497.33	446.81	345.27	8.68	223.64	370.69	355.55	289.75	9.32	250.65	516.09	488.67	361.62
1999	10.32	268.44	497.82	447.19	345.3	9.23	238.5	387.98	357.35	288.01	9.49	253.87	517.25	489.31	361.54
2000	10.13	268.86	497.73	447.84	345.56	9.59	247.59	401.38	359.09	286.98	9.55	257.04	517.25	489.95	361.43
2001	10.17	269.65	497.6	447.59	346.11	9.74	252.33	412.68	361.47	286.06	9.5	258.81	517.72	488.77	360.84
2002	10.28	270.45	497.81	448.97	345.79	9.9	256.81	424.84	364.28	285.43	9.49	259.21	517.84	487.87	360.11
2003	10.14	270.4	498.1	449.08	345.69	10.04	260.81	436.15	367.26	284.87	9.49	257.95	517.7	486.38	358.39
2004	10.1	271.47	498.57	450.28	345.1	10.09	263.72	445.21	369.7	284.55	9.6	255.29	517.94	485.98	357.88
2005	10.07	271.97	498.85	450.88	345.24	10.13	265.12	450.26	371.41	284.47	9.47	252.99	517.61	485.48	357.41
2006	10.07	272.76	499.55	451.55	345.18	10.14	265.31	453.1	372.45	284.66	9.63	251.68	517.43	485.32	357.55
2007	10.03	274.22	500.05	452.49	346.42	10.07	263.84	456.04	373.47	285.6	9.65	251.08	518.19	485.51	357.65
2008	10.06	275.98	501.25	453.14	347.29	9.93	261.51	458.46	374.41	286.65	9.36	252.02	519.52	486.34	358.76
2009	10.07	276.58	502.59	454.07	348.98	9.84	258.78	459.85	375.14	287.81	9.24	254.28	520.52	486.49	358.98
2010	10.22	277.56	504	454.71	349.84	9.71	255.74	459.82	375.88	288.55	9.18	256.44	521.45	487.13	359.11
2011	10.31	277.94	505.61	456.51	350.12	9.45	249.85	457.05	376.66	288.98	9.39	259.65	522.57	488.44	359.28
2012	10.45	277.69	508.23	458.27	350.76	9.13	240.42	451.75	377.71	289.43	9.37	262.64	523.85	491.05	359.44
2013	10.4	277.27	510.41	460.58	351.55	8.72	229.83	445.82	378.61	290.02	9.53	263.21	525.65	493.37	359.62
2014	10.49	276.31	512.75	462.02	351.83	8.36	221.09	440.74	379.42	290.39	9.84	262.13	525.94	495.01	360.35
2015	10.52	276.46	514.91	462.85	352.03	8.24	216.95	438.18	380.01	290.36	9.63	259.72	525.91	496.24	360.48
2016	10.68	277.02	515.74	463.35	352.2	8.21	216.52	437.96	378.49	288.91	9.77	255.94	524.67	496.46	361.64
2017	10.64	277.63	515.91	462.4	351.42	8.23	216.46	438.18	376.96	287.34	9.93	251.86	522.63	496	362.39
2018	10.76	277.95	516.38	462.85	352.92	8.2	216.82	438.5	377.24	287.47	10.01	250.66	523.29	496.07	361.45
2019	10.62	277.31	516.52	462.39	353.92	8.2	217.66	439.3	378.35	287.94	9.96	251.04	525.41	495.8	359.74

Fuente: elaboración propia con datos del GBD.

Tabla N°10

	Argentina					Panamá					Colombia				
	0-5 años	5-14 años	15-49 años	50-69 años	70 y más	0-5 años	5-14 años	15-49 años	50-69 años	70 y más	0-5 años	5-14 años	15-49 años	50-69 años	70 y más
1990	13.61	347.13	636.58	520.51	379.78	8.69	230.33	432.05	380.24	290.29	11.16	297.36	566.47	512.53	399.85
1991	13.49	347.06	635.54	520.11	378.94	8.92	230.91	432.26	379.63	290.6	11.21	298.54	565.47	512.85	400.41
1992	13.65	346.95	634.91	520.44	378.61	8.77	231.38	432.36	379.45	290.45	11.11	299.28	564.86	512.31	400.47
1993	13.6	346.24	634.6	520.39	377.42	8.99	231.78	433.06	379.62	290.16	11.3	300.4	565.31	513.07	400.64
1994	13.73	344.33	634.51	520.06	377.44	8.99	232.28	433.25	380.2	290.57	11.36	300.59	565.56	513.43	401.01
1995	13.5	343.78	634.65	519.97	376.79	8.88	233.17	433.57	380.23	290.45	11.41	300.34	565.77	513.84	401.5
1996	13.54	343.7	634.94	520	377.14	8.92	233.48	433.25	380.26	291.38	11.57	302.31	576.22	519.41	402.94
1997	13.69	344.21	636.53	520.25	376.37	8.77	233.35	433.58	380.69	291.35	11.79	307.7	600.27	529.45	406.08
1998	13.64	344.18	637.98	520.83	376.19	9.04	232.91	433.6	380.98	291.92	12.01	312.84	629.13	542.34	408.31
1999	13.47	345.83	639.51	521.83	376.75	9.08	232.42	433.4	381.65	291.67	12.14	318.77	652.23	553.36	410.66
2000	13.5	346.39	639.62	522.62	376.05	9.14	232.12	433.16	381.66	291.45	11.9	322.13	663.42	558.03	411.74
2001	13.62	347.33	639.35	522.72	376.14	9.04	231.84	433.4	381.49	291.64	12.21	323.42	664	559.15	412.38
2002	13.77	348.96	640.04	522.87	375.4	9.05	231.67	433.09	381.46	291.1	12.16	325.02	664.58	560.27	413.06
2003	13.74	349.7	639.66	524.44	375.63	8.94	231	433.32	382.3	291.61	12.11	327.27	664.36	560.72	412.94
2004	13.52	350.3	639.29	524.27	374.98	8.88	231.29	433.29	382.27	290.8	12.1	329.32	663.84	561.71	412.86
2005	13.68	349.33	639.46	524.56	374.28	8.97	230.85	433.42	382.55	290.57	12.09	330.65	663.39	561.86	412.6
2006	13.69	348.24	635.77	523.19	372.84	8.94	232.1	433.67	383.38	291.25	11.92	324.25	643.11	552.19	409.38
2007	13.79	346.71	628.24	518.15	370.07	8.97	233.86	434.74	384.36	292.03	11.34	308.46	596.43	529.73	403.32
2008	13.55	345.94	619.46	513.72	367.49	8.99	235.85	435.57	384.6	293.06	10.95	290.15	541.42	502.06	395.94
2009	13.28	344.24	611.68	508.88	365.44	9.15	237.9	436.31	385.51	294.22	10.44	274.87	495.49	479.49	389.51
2010	13.32	344.94	609.25	507.5	365.02	9.15	238.92	437.46	386.74	294.94	10.24	268.98	475.94	469.42	386.25
2011	13.35	345.59	610.16	508.14	365.18	9.11	239.29	438.73	388.48	296.1	10.11	269.08	476.56	469.74	384.85
2012	13.4	346.86	611.43	509.09	366.38	9.14	239.76	440.86	390.57	297.5	10.11	269.94	477.33	470.29	384.75
2013	13.43	347.04	613.58	511.2	367.02	9.18	240.83	443.25	392.94	299.49	10.16	270.72	477.56	471.13	384.41
2014	13.41	348.39	615.83	512.01	368.18	9.23	241.23	444.93	394.03	300.9	10.12	272.31	479.17	472.73	384.29
2015	13.53	346.33	617.77	512.9	369.16	9.4	242.4	446.57	395.64	301.6	10.08	273.63	481.49	474.35	384.42
2016	13.84	346.58	619.79	513.58	370.45	9.34	243.81	448.74	396.17	301.42	10.98	293.79	526.62	500.06	393.37
2017	13.83	346.11	621.54	513.41	371.05	9.41	245.67	450.73	395.35	300.92	11.68	314.79	573.26	525.77	402.63
2018	13.72	345.49	621.94	513.24	371.06	9.44	245.16	451.09	395.92	301.31	11.49	315.89	576.15	527.37	402.61
2019	13.88	345.55	621.66	514.67	371.17	9.45	243.93	450.33	397.28	302.77	11.75	314.07	576.51	526.51	402.14

Fuente: elaboración propia con datos del GBD.

Esta tabla muestra los años de vividos con discapacidad por trastornos de ansiedad en Costa Rica, México, Cuba, Argentina, Panamá y Colombia según grupo etario durante el periodo de 1990 a 2019.

Costa Rica muestra un incremento en los años vividos con discapacidad conforme el paso de los años y en todos los grupos etarios. El grupo de 15 a 49 años es el que posee la cifra más alta con 516.52 AVD por cada 100 000 habitantes en el año 2019, seguido por el grupo de 50 a 69 años con una tasa de 463,35 AVD en el año 2016. En tercer lugar, se encuentra el grupo de ≥ 70 años con una tasa de 463,35 AVD en el año 2016. En tercer lugar, se encuentra el grupo de ≥ 70 años con 353,92 AVD para el año 2019. El grupo etario con menor cifras corresponde al de 0 a 5 años con 9,96 AVD en 1990.

México presenta un comportamiento muy variable, en donde las cifras inicialmente disminuyen, para aumentar a mediados del periodo y finalizar con una disminución nuevamente de las mismas, excepto en el grupo de ≥ 70 años en donde la tasa más alta se muestra en 1995. El grupo etario que presenta las cifras más altas es la población de 50 a 49 años con 459,85 AVD en el año 2009, seguido del grupo de 50 a 69 años donde la tasa máxima es de 380,01 AVD para el 2015. El grupo de ≥ 70 años se sitúa en tercer lugar con 293,25 AVD en 1995, el cuarto lugar está dado para el grupo de 5 a 14 años con 265,31 AVD en 2006. El grupo etario con cifras más bajas es de 0 a 5 años con 7,3 AVD en 1990.

Cuba presenta una conducta que fluctúa ampliamente entre los grupos etarios, de 0 a 5 años, 5 a 14 años, 15 a 49 años y 50 a 69 años las cifras aumentan conforme pasan los años, sin embargo, en el grupo de ≥ 70 años los mayores números se encuentran a inicios del periodo.

El grupo que presenta la tasa más alta es de 15 a 49 años con 525.94 AVD en 2014, seguido de 50 a 69 años donde la cifra alcanza los 496,46 AVD en 2016, el tercer lugar está dado por la

población de ≥ 70 años con números de 362,69 AVD en el año 1990, posteriormente se encuentra el grupo de 5-14 años donde la tasa de AVD llega a 263,21 en el 2013. El grupo que presenta la cifra más baja es de 0 a 5 años donde se registra 9,5 AVD en los años de 1990 y 2001.

En Argentina todos los grupos aumentan conforme el paso del tiempo, teniendo sus tasas más altas a mediados del periodo a excepción de la población de ≥ 70 años donde la cifra más alta se encuentra al inicio del periodo. El grupo con mayor AVD es de 15 a 49 años con 640,04 AVD al año 2002, seguido por la población de 50 a 69 años en donde se alcanzan 524,56 AVD en 2005, el tercer lugar está dado por el grupo de ≥ 70 años con 379,78 AVD en 1990, en la cuarta posición se muestra el grupo de 5 a 14 años con 350,3 AVD en 2004. El grupo que posee una menor tasa es de 0 a 5 años con solamente 13,4 AVD en el año 2012.

Panamá muestra un patrón de crecimiento hacia el final del periodo en todos los grupos etarios, liderado por el grupo de 15 a 49 años con una máxima de 451,09 AVD por cada 100 000 habitantes en el año 2018. En segundo lugar, se encuentra la población de 50 a 69 años con números de 397,28 AVD en 2019. El tercer lugar corresponde a la población ≥ 70 años en las que la cifras llegan a 302,77 AVD en el 2019. El grupo de 0 a 5 años es el que posee la cifra más baja con un mínimo de 8,69 AVD para el año 1990.

Colombia muestra una conducta de crecimiento a través del periodo donde sus cifras más altas se encuentran a mitad del mismo, entre el 2002 y el 2005. El grupo etario que posee la cifra más alta es el de 15 a 49 años con 664,58 AVD para el año 2002, posterior a este se encuentra el grupo de 50 a 69 años con 561,86 AVD en el 2005. El tercer lugar está dado por el grupo de ≥ 70 años con 413,06 AVD en el 2002, seguido en cuarto lugar por la población de 5 a 14 años con números de 330,65 AVD al 2005. El grupo etario que muestra una cifra mínima es el de 0 a 5 años con 10,08 AVD por cada 100 000 habitantes en el año 2015.

CAPÍTULO V:

DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Dentro del grupo de enfermedades psiquiátricas se encuentran los trastornos de ansiedad, una patología que afecta la calidad de vida de quien la padece y con la cual muchos individuos luchan por grandes periodos de tiempos, esta enfermedad posee una disposición mundial, afecta tanto a hombres como a mujeres de todas las edades, teniendo predilección por el sexo femenino y los más jóvenes. Para el año 2018 según la OPS y la OMS se determinó que los trastornos de ansiedad son el segundo trastorno mental con la mayor carga de la enfermedad, teniendo una prevalencia alrededor de 7.7%.⁽⁷⁾

Entre 1990 y 2019 la tasa de incidencia general por trastornos de ansiedad en Costa Rica, México, Cuba, Argentina, Panamá y Colombia se encuentra en ascenso variable en todos los países en estudio. Esto concluye que la tasa de incidencia general por trastornos de ansiedad ha ido en aumento con el transcurrir de los años, tal y como se presentó en los resultados. En general para todos los países estudiados se encontró que las tasas varían entre 9 y 123 casos nuevos.

Continuando con la incidencia llama la atención el comportamiento de Colombia debido a que en los primeros años mantiene una tendencia estable hasta el año 1996, donde a partir del mismo se da un crecimiento exponencial hasta llegar al año 2006, este crecimiento se explica mediante un estudio realizado en dicho país, en el cual se concluye que en el año 2003 la población Colombiana se encontraba atravesando por un cambio en su estructura de gobierno, por el cual se había regido en los años anteriores a este, como consecuencia la ciudadanía tenía mucha intranquilidad acerca de su seguridad, contaban con un sentimiento de desesperanza, una disminución en la inversión en el país y una migración entre los años 1996 – 2003. Entre los años 2010 y 2015 las cifras comienzan a bajar de gran manera teniendo en estos su pico mínimo de incidencia esto justificado por la disminución en la pobreza, el aumento de la tasa de alfabetización, la disminución constante del desempleo, bajas tasas de inflación y disminución

de muertes violentas; para luego al final del periodo estudiado volver a subir y mantenerse estable hasta la última etapa de los años. ⁽⁴¹⁾

Por otra parte, Argentina posee una conducta en la cual se mantiene siempre muy cerca de Colombia, pero se aleja mucho de los demás países, es decir, posee una tasa muy alta y la misma se mantiene a través del tiempo. En el año 2018, un estudio realizado a nivel regional en este país “Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina” ⁽⁴²⁾ concluyó que la ansiedad es el trastorno mental más frecuente en la población Argentina, aproximadamente un 16.4% de la población total iba a padecer uno de estos en algún momento de su vida, esta investigación arroja datos que hacen referencia a que estas situaciones son debidas a un componente de vulnerabilidad biológica, la inseguridad del país y los problemas económicos, así como el nivel de estrés diario al que se encuentran expuestos los individuos, esto indica que las tasas son más altas y la enfermedad aumenta considerablemente en países desarrollados debido al nivel ajetreado de vida que se lleva. ⁽⁴³⁾

Al comparar los países según sexo se puede encontrar que realmente la incidencia es mayor en el sexo femenino en todos los países estudiados en la investigación, la menor tasa encontrada en este sexo corresponde a 570,46 casos nuevos por 100 000 habitantes para el año 1990 en México, sin embargo, para los hombres la menor tasa es de a 377,72 casos nuevos por cada 100 000 habitantes en el año 1994 también en México. La diferencia entre ambos es de más de 192 casos por cada 100,000 habitantes, concluyendo así, por lo tanto, que las mujeres efectivamente son el sexo que posee mayor incidencia de esta patología.

Esto coincide con lo establecido en un estudio realizado en el 2009, con el fin de poder determinar las diferencias entre sexos en los trastornos de ansiedad en el cual se identifica que el predominio femenino en estas patologías se debe a factores psicosociales y socioculturales,

que incluirían el rol sexual, el nivel educativo, estado civil, apoyo social normas culturales y sociales, así como el nivel de ingresos, los rasgos de personalidad y el comportamiento ante acontecimientos vitales estresantes. ⁽⁴⁴⁾ En México y Cuba los estudios indicaron que el sexo femenino es más sensible a padecer la enfermedad debido a condiciones biológicas y eventos de vida como ser madres, trabajadoras, cuidadoras y amas de casa. ⁽⁴⁵⁾

Según grupo etario en Costa Rica, México, Argentina, Panamá y Colombia se presenta el mayor número de casos nuevos en el grupo de 5 a 14 años, a excepción de Cuba donde el mayor número de casos se presenta en el grupo de 15 a 49 años con tasas que van desde los 699,43 a los 995,61 casos nuevos dependiendo de cada país. Esto concuerda con lo estudiado a nivel mundial por la OMS en el año 2020 que determina que los niños y los adolescentes son los que presentan mayor incidencia por trastornos de ansiedad, entre el 10 y 20% de los adolescentes experimentan trastornos mentales. ⁽⁴⁶⁾

Esta población aparte de tener una gran tasa también tiene porcentajes altos de no tratamiento, debido a que no consultan por sí solos, sino que siempre lo hacen acompañados de un adulto el cual tiene que percibir muy bien y estar muy pendiente del menor para lograr darse cuenta de que algo está mal. ⁽⁴⁷⁾

Tal y como se ha descrito anteriormente las condiciones sociales, económicas y culturales hacen que esta patología sea más difícil de diagnosticar y por ende de tratar en países desarrollados o en vías de desarrollo, esto evidenciado con la alta cifra de casos que se dan a través de los años.

La tasa de prevalencia general por trastornos de ansiedad en Costa Rica, México, Cuba, Argentina, Panamá y Colombia entre 1990 y 2019 se reporta estable, pero con un aumento leve a través de los años para los países de Cuba, Panamá y Costa Rica, mientras que Colombia y

Argentina se encuentran liderando con las tasas más altas, mismos países que presentan la mayor incidencia de la región. Argentina con 5091,14 casos prevalentes por cada 100,000 habitantes para el año 2005 y Colombia al igual que en la incidencia un aumento exponencial a partir aproximadamente de 1996 al año 2006 alcanzando su pico máximo en el 2003 con 5254,39 casos prevalentes por cada 100,000 habitantes, luego a partir del 2010 desciende hasta un mínimo de 3997,01 casos prevalentes en ese mismo año, al final del tiempo estudiado asciende para mantenerse estable.

Estos resultados obtenidos en la presente investigación coinciden con lo expuesto y mencionado anteriormente cuando en el año 2003 en Colombia se aprobó una nueva reforma política con el fin de que los partidos y movimientos políticos ya existentes se unieran. ⁽⁴⁸⁾

En estudios anteriores se reporta que para el año 2015, la prevalencia mundial de la población que sufría trastornos de ansiedad era de 3.6%, con tasas menores a las encontradas en este trabajo, sin embargo, en otros estudios se aclara que la prevalencia puede variar en algunas regiones. ⁽⁷⁾

Por otra parte, México da inicio al periodo estudiado con el número más bajo de tasas, a partir del año 1996 esas cifras aumentan hasta alcanzar los 3674,32 casos prevalentes por cada 100,000 habitantes al año 2010, aun así, este país es el que a través del periodo presenta tasas más bajas en cuanto a los países en estudio. Según un estudio realizado en dicho país en el año 2017, se estimaba aproximadamente un 14.3% de ciudadanos padecía trastornos de ansiedad y esta era considerada la enfermedad de salud mental más común en el país. ⁽⁴⁹⁾

Con respecto al sexo todos los países de la región presentan mayores tasas de prevalencia en mujeres. Esto concuerda en lo publicado en un artículo mencionado anteriormente en el cual se evidencia efectivamente que el sexo femenino predomina en esta variable. ⁽⁴⁴⁾

Por otra parte, haciendo referencia a grupos etarios, los datos obtenidos dictan que en los países estudiados en esta investigación todos presentan mayor prevalencia sobre el grupo de 15 a 49 años con una tasa máxima que va de 4647,22 a 6838,14 casos prevalentes según cada país. Se ve que en Costa Rica las cifras aumentan en el grupo etario de ≥ 70 años con una tasa máxima de 4092,27 casos prevalentes al año 2019. Esto podría ser explicado debido a que en la edad adulta generalmente los individuos tienen mayor cantidad de padecimientos médicos crónicos, la vejez, la pérdida de amigos de su edad y la incapacidad para realizar actividades que antes disfrutaban mucho podrían estar asociados al aumento de síntomas depresivos y ansiosos. ⁽⁵⁰⁾ sin embargo, no coincide con estudios en los que se habla de una tendencia a la baja en grupos de mayor edad. ⁽⁷⁾

Los años vividos con discapacidad (AVD) se mantienen en constante aumento durante el tiempo para todos los países, sin embargo, en los últimos años del periodo estudiado disminuyen un poco. Los dos países con mayor tasa de AVD son Argentina con 488,75 AVD por cada 100 000 habitantes al inicio del periodo y Colombia con 504,34 AVD en el año 2004, esto muestra un comportamiento similar al visto en incidencia y prevalencia por lo tanto se justifican las tasas en AVD. Se registra una diferencia entre tasas mínimas y máximas de aproximadamente 6 a 120 AVD.

Asimismo, según sexo se mantiene un aumento tanto para hombres como para mujeres, notándose que las mujeres registran tasas mayores de AVD en todos los países pues en ellas los trastornos de ansiedad tienen cifras mayores tanto en incidencia como en prevalencia. En el año

2018, en el estudio realizado en la Región de las Américas por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud se pudo determinar y concluir que los trastornos de ansiedad son el segundo trastorno mental con mayor carga de la enfermedad y por esta razón generan más discapacidad en la población que lo padece, siendo el sexo femenino el más afectado. ⁽⁸⁾

Con respecto a grupos etarios reflejan comportamientos variables, pero de crecimiento en todos los grupos, sin embargo, el grupo etario con tasas más altas por AVD corresponde al de 15 a 49 años, la cifra más elevada está dada para Colombia con 664,58 AVD, coincidiendo de esta manera con los datos expuestos anteriormente para variables de tipo incidencia y prevalencia.

CAPÍTULO VI:

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

- La incidencia por trastornos de ansiedad en Costa Rica, México, Cuba, Argentina, Panamá y Colombia se mantiene variable y en ascenso en todos los países durante el periodo estudiado.
- Argentina y Colombia son los países con las tasas de incidencia por trastornos de ansiedad más altas de la región. Mientras que México es el país con las tasas más bajas.
- Se presenta mayor incidencia de trastornos de ansiedad en mujeres, con tasas mínimas que van de 570,46 casos nuevos, incluyendo todos los países de la región. A diferencia de los hombres donde las tasas mínimas están en 377,72 casos nuevos. Con una diferencia de aproximadamente 192 casos nuevos por cada 100,000 habitantes.
- Según grupo etario, la mayor incidencia por trastornos de ansiedad en Costa Rica, México, Argentina, Panamá y Colombia se presenta a la edad de 5 a 14 años para todos los países, a excepción de Cuba donde el mayor número de casos se presenta en el grupo de 15 a 49 años.
- La prevalencia por trastornos de ansiedad en Costa Rica, México, Cuba, Argentina, Panamá y Colombia se mantiene estable y en leve aumento durante el periodo en estudio.
- Argentina y Colombia son los países con las tasas de prevalencia por trastornos de ansiedad más altas especialmente en los años 2005, 2006 concordando con los estudios comentados anteriormente mientras que México es el país con las tasas más bajas.
- Según sexo, se presentan mayores tasas de prevalencia por trastornos de ansiedad en mujeres en todos los países.

- Se presenta una mayor tasa de prevalencia por trastornos de ansiedad en el grupo etario de 15 a 49 años para todas las regiones del estudio a excepción de Costa Rica con mayores cifras en el grupo etario de ≥ 70 años. En su contraparte el grupo de 0 a 5 años es el que presenta las menores tasas.
- Toda la región de Costa Rica, México, Cuba, Argentina, Panamá y Colombia se mantiene una tasa en constante aumento de AVD por trastornos de ansiedad durante el periodo de estudio según cada país, con una disminución leve al final de los años.
- Argentina y Colombia son los países que presentan las mayores tasas de AVD por trastornos de ansiedad de toda la región. Por otro lado, México es el país que presenta las tasas más bajas de AVD de la región.
- Según sexo, las mayores tasas de AVD por trastornos de ansiedad en Costa Rica, México, Cuba, Argentina, Panamá y Colombia se presentan en mujeres.
- Según grupo etario las cifras más altas de AVD se registran en el grupo de de 15 a 49 años.

6.2 RECOMENDACIONES

- ✓ Es importante realizar protocolos nacionales sobre manejo de los trastornos ansiosos, debido a que el país no cuenta con ninguno. Esto mediante un equipo multidisciplinario (psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales), que permita desarrollar un protocolo de la manera más completa.
- ✓ Crear programas informativos dirigidos a la población general que padece esta patología y a quienes no, con el fin de que aprendan sobre la misma, mediante actividades tipo charlas en los diferentes sitios de atención primaria de cada comunidad, uso de afiches, anuncios en redes sociales o medios de televisión entre otros, esto con el fin de que la población se sensibilice acerca de este problema, tomen conciencia de la enfermedad y rompan el tabú social que se encuentra alrededor de las patologías mentales, para esto es importante permitir un espacio para aclarar mitos que se tienen en relación a la enfermedad.
- ✓ Velar por una verdadera detección temprana de las personas que padecen esta enfermedad, que las mismas sean atendidas multidisciplinariamente idealmente mediante la atención psiquiátrica, psicológica y el personal de trabajadores sociales en las cuales se brinden sesiones o charlas ya sean individuales o grupales a pacientes que padecen esta patología, con el fin de brindar apoyo emocional y que los mismos tengan acceso a un manejo correcto del problema, es importante mantener a la población con una adecuada educación acerca del uso de los medicamentos, con el fin de disminuir el abandono al tratamiento, el uso de medicina alternativa esto se reflejaría en una disminución de la carga de la enfermedad.

- ✓ Desarrollar políticas y estrategias de promoción sobre la educación comunitaria de la salud mental, mediante redes sociales, o tecnologías tipo internet, televisión, que las personas dejen de un lado el estigma de “locura” que se encuentra alrededor de esta patología y que por el contrario sean informados por estos medios sobre la realidad, información concreta que permita dejar en claro que muchos individuos lo padecen y no debería ser algo que cause vergüenza.

GLOSARIO Y ABREVIATURAS

- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- OPS: Organización Panamericana de la Salud.
- AVD: Años de vida vividos con discapacidad.
- GBD: Global Burden of Disease.
- AVAD / DALYs: años de vida ajustados por discapacidad.
- APP / PPPs: Años de vida perdidos por muerte prematura.
- GABA: Ácido γ -aminobutírico.
- BZ: Benzodiacepina.
- Cl: Cloruro.
- TOC: Trastorno obsesivo compulsivo.
- DSM – V: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

BIBLIOGRAFÍA

1. Benedí J, Gómez del Río MÁ. Ansiedad. Farmacia Profesional. 1 de enero de 2007;21(1):50-5.
2. Javier Enrique Reza González. TRASTORNOS DE ANSIEDAD. REPORTE DE CASO CLÍNICO. Instituto Mexicano del Seguro Social [Internet]. Disponible en: <https://salud.groo.gob.mx/revista/revistas/20/3.pdf>
3. Sarudiansky M. Ansiedad, angustia y neurosis. Antecedentes conceptuales e históricos. :11.
4. Invertir en Salud Mental. Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2004 [citado 29 de abril de 2021]; Disponible en: https://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf
5. Costos asociados con la salud mental. [citado 29 de abril de 2021]; Disponible en: <https://revistas.urosario.edu.co/xml/562/56255527001/index.html>
6. Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país. Informe de la Secretaría. Organización Mundial de la Salud [Internet]. 1 de diciembre de 2011 [citado 29 de abril de 2021]; Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_9-sp.pdf
7. Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2017 [citado 28 de abril de 2021]; Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>
8. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2018 [citado 28 de abril de 2021]; Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y
9. Herrero Jaén. Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. Enero [Internet]. agosto de 2016 [citado 29 de marzo de 2021];10(2). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1988-348X2016000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
10. OMS | Quiénes somos y qué hacemos [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 29 de marzo de 2021]. Disponible en: <http://www.who.int/about/es/>
11. OMS | Salud mental [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 29 de abril de 2021]. Disponible en: http://www.who.int/topics/mental_health/es/
12. Figueroa de López S. INTRODUCCION A LA SALUD PÚBLICA. Universidad de San Carlos [Internet]. [citado 29 de marzo de 2021]; Disponible en:

<https://saludpublicayepi.files.wordpress.com/2012/06/documento-3er-parcial-compilacion-4-documentos.pdf>

13. Gil López E. Promoción de la Salud. [citado 29 de marzo de 2021]; Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;js
14. OMS | Factores de riesgo [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 30 de marzo de 2021]. Disponible en: https://www.who.int/topics/risk_factors/es/
15. Duque MOG. Carga de la enfermedad. *Revista CES Salud Pública*. 2012;3(2):289-95.
16. Evans-Meza. Carga Global de la Enfermedad: breve revisión de los aspectos más importantes. *Revista Hispanoamericana de Ciencias de la Salud*. 2015;1(2):107-16.
17. Arturo Fajardo-Gutiérrez. Medición en epidemiología: prevalencia, incidencia, riesgo, medidas de impacto. 64. 2017;1:109-20.
18. Fajardo-Gutiérrez A, Fajardo-Gutiérrez A. Medición en epidemiología: prevalencia, incidencia, riesgo, medidas de impacto. *Revista alergia México*. marzo de 2017;64(1):109-20.
19. Crisis de angustia y trastorno de angustia - Trastornos psiquiátricos [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. [citado 19 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-cr/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastorno-de-ansiedad-y-trastornos-relacionados-con-el-estr%C3%A9s/crisis-de-angustia-y-trastorno-de-angustia>
20. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5). Quinta Edición. España: Editorial Médica Panamericana; 2014.
21. Luna M, Hamana Z L, Colmenares YC, Maestre CA. Ansiedad y Depresión. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*. abril de 2001;20(2):111-22.
22. Benjamín James Sadock, Virginia Alcott Sadock, Pedro Ruiz. Sinopsis de Psiquiatría. Décimo Primera. Barcelona: Wolters Klumer; 2015.
23. Cinco tipos comunes de trastornos de ansiedad [Internet]. NIH MedlinePlus Magazine. [citado 19 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://magazine.medlineplus.gov/es/article/5-types-of-common-anxiety-disorders>
24. Orozco WN, Baldares MJV. TRASTORNOS DE ANSIEDAD: REVISIÓN DIRIGIDA PARA ATENCIÓN PRIMARIA. :11.
25. José Mariano Galletero, José Guimón, Enrique Echeburúa, Luis Yllá, José Luis González de Rivera. Etiología de la ansiedad. *Monografías de Psiquiatría*. 1(4):1-11.

26. Gum AM, Epstein-Lubow GP, Gaudiano BA, Wittink M, Horvath C. Brief behaviour change strategies for distressed patients in primary care. *BMJ*. 24 de septiembre de 2019;15360.
27. Pacheco P B, Ventura W T. Trastorno de ansiedad por separación. *Rev chil pediatr* [Internet]. abril de 2009 [citado 19 de septiembre de 2021];80(2). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062009000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=en
28. Aldana MF. LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES: :9.
29. Leichsenring F, Leweke F. Social Anxiety Disorder. Solomon CG, editor. *N Engl J Med*. 8 de junio de 2017;376(23):2255-64.
30. Ataque de ansiedad: Síntomas, causas y complicaciones [Internet]. 2019 [citado 19 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/es/326469>
31. Gómez Ayala A-E. Trastornos de ansiedad. Agorafobia y crisis de pánico. *Farmacia Profesional*. 1 de noviembre de 2012;26(6):32-9.
32. Trastorno de ansiedad generalizada - Artículos - IntraMed [Internet]. [citado 19 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=94056>
33. Bandelow B, Lichte T, Rudolf S, Wiltink J, Beutel ME. The Diagnosis of and Treatment Recommendations for Anxiety Disorders. *Deutsches Aerzteblatt Online* [Internet]. 7 de julio de 2014 [citado 19 de septiembre de 2021]; Disponible en: <https://www.aerzteblatt.de/10.3238/arztebl.2014.0473>
34. Andrews G, Bell C, Boyce P, Gale C, Lampe L, Marwat O, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of panic disorder, social anxiety disorder and generalised anxiety disorder. *Aust N Z J Psychiatry*. diciembre de 2018;52(12):1109-72.
35. Ströhle A, Gensichen J, Domschke K. Trastornos de ansiedad. *IntraMed* [Internet]. 28 de marzo de 2019 [citado 19 de abril de 2020]; Disponible en: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=93425>
36. Long-term Outcomes of Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety-Related Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis | Anxiety Disorders | *JAMA Psychiatry* | *JAMA Network* [Internet]. [citado 20 de abril de 2021]. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2756136?resultClick=1>
37. Bandelow B, Lichte T, Beutel M. El abordaje de los trastornos de ansiedad debe ser específico. *IntraMed* [Internet]. 24 de febrero de 2019 [citado 20 de abril de 2020]; Disponible en: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=93424&pagina=1>

38. Ataque de ansiedad: Síntomas, causas y complicaciones [Internet]. 2019 [citado 22 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/es/326469>
39. Metodología de la Investigación - Sampieri (6ta edición).pdf [Internet]. [citado 18 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbmVudjY0YWR1cmlhcHVibGljYTk5MDUxMHxneDo0NmMxMTY0NzZkxNzliZmYw>
40. GBD Compare | IHME Viz Hub [Internet]. [citado 5 de junio de 2021]. Disponible en: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>
41. Gómez-Restrepo C, Tamayo Martínez N, Bohórquez A, Rondón M, Medina Rico M, Rengifo H, et al. Trastornos depresivos y de ansiedad y factores asociados en la población adulta colombiana, Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Revista Colombiana de Psiquiatría. diciembre de 2016;45:58-67.
42. Stagnaro JC, Cía A, Vázquez N, Vommaro H, Nemirovsky M, Serfaty E, et al. Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina. 2018;25.
43. Pérez MF. Ansiedad, la gran epidemia argentina [Internet]. 2019 [citado 6 de julio de 2021]. Disponible en: https://www.clarin.com/viva/ansiedad-gran-epidemia-argentina_0_GG95SuafJ.html
44. Arenas MC, Puigserver A. Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. Escritos de Psicología (Internet). diciembre de 2009;3(1):20-9.
45. Miranda BC, Gorbea MB, Roche RG, Pérez PV, Sánchez MH, Sagel KA. Síntomas referidos de depresión y ansiedad en la población de Cuba. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología. 5 de mayo de 2016;54(2):18-28.
46. Salud mental del adolescente [Internet]. [citado 7 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
47. Trastornos de ansiedad en niños [Internet]. [citado 7 de julio de 2021]. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/adp/v77n1/v77n1a08.pdf>
48. Batlle M, Valdivieso JRP. Reformas políticas y partidos en Colombia: cuando el cambio es la regla. Politai: Revista de Ciencia Política. 2013;4(7):73-88.
49. 14.3% de la población mexicana padece trastornos de ansiedad [Internet]. [citado 8 de julio de 2021]. Disponible en: <http://comunicacion.senado.gob.mx/index.php/informacion/boletines/39699-14-3-de-la-poblacion-mexicana-padece-trastornos-de-ansiedad.html>
50. FIAPAM » Cuando la tercera edad llega con depresión, miedo, ansiedad y genera angustia [Internet]. [citado 8 de julio de 2021]. Disponible en: <https://fiapam.org/cuando-la-tercera-edad-llega-con-depresion-miedo-ansiedad-y-genera-angustia/>

ANEXOS

DECLARACIÓN JURADA

Yo Steidy Jimena Mairena Mejías, cédula de identidad número 2-0776-0068, en condición de egresado de la carrera de Licenciatura en Medicina y Cirugía de la Universidad Hispanoamericana, y advertido de las penas con las que la ley castiga el falso testimonio y el perjurio, declaro bajo la fe del juramento que dejo rendido en este acto, que mi trabajo de graduación, para optar por el título de Licenciatura titulado “Carga de la enfermedad por trastornos de ansiedad en Costa Rica comparado con México, Cuba, Argentina, Panamá y Colombia, 1990-2019.” es una obra original y para su realización he respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derechos de Autor y Derecho Conexos, número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; especialmente el numeral 70 de dicha ley en el que se establece: “Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que éstos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original”. Asimismo, que conozco y acepto que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público. Firmo, en fe de lo anterior, en la ciudad San José, el 24 de noviembre del 2021.

Steidy Jimena Mairena Mejías.

Ced. 2-0776-0068



CARTA DEL TUTOR

San José, 24 de agosto del 2021

Señores
Departamento de Registro
Universidad Hispanoamericana

Estimados señores:

La estudiante **Jimena Mairena Mejias**, cédula de identidad número **2 0776 0068**, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado **"CARGA DE LA ENFERMEDAD POR TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN COSTA RICA COMPARADO CON MEXICO, CUBA, ARGENTINA, PANAMA Y COLOMBIA 1990-2019"**, el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Medicina y Cirugía. He verificado que se han incluido las observaciones y hecho las correcciones indicadas, durante el proceso de tutoría; y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación, antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos, conclusiones y recomendaciones.

Los resultados obtenidos por el postulante implican la siguiente calificación:

A)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	10%
B)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	20%
C)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	30%
D)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	20%
E)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	20%
	TOTAL		100%

Por consiguiente, se avala el traslado de la tesis al proceso de lectura.

Atentamente,

**MARIA SOFIA
MADRIGAL
MONGE
(FIRMA)**  Firmado digitalmente
por MARIA SOFIA
MADRIGAL MONGE
(FIRMA)
Fecha: 2021.08.24
15:16:43 -06'00'

Dra. Sofía Madrigal Monge
3-433-505
Cód. 15633

CARTA DEL LECTOR

San José, 25 de septiembre de 2021

Departamento de Registro
Universidad Hispanoamericana
Presente

Estimados señores:

La estudiante **JIMENA MAIRENA MEJIAS**, cédula de identidad número **207760068**, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado: **“CARGA DE LA ENFERMEDAD POR TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN COSTA RICA COMPARADO CON MEXICO, CUBA, ARGENTINA, PANAMA Y COLOMBIA 1990-2019”**. El cual ha elaborado para optar por el grado de Licenciatura en Medicina y Cirugía.

He revisado y he hecho las observaciones relativas al contenido analizado, particularmente, lo relativo a la coherencia entre el marco teórico y el análisis de datos; la consistencia de los datos recopilados y, la coherencia entre estos y las conclusiones; asimismo, la aplicabilidad y originalidad de las recomendaciones, en términos de aporte de la investigación. He verificado que se han hecho las modificaciones esenciales correspondientes a las observaciones indicadas.

Por consiguiente, este trabajo cuenta con los requisitos para ser presentado en la defensa pública.

Atentamente,

MARIA
FERNANDA
ALVAREZ
PINEDA (FIRMA)



Firmado digitalmente
por MARIA FERNANDA
ALVAREZ PINEDA
(FIRMA)
Fecha: 2021.09.25
13:15:17 -06'00'

Dra. María Fernanda Álvarez Pineda
Céd. 2-0721-0894
Cód. 15636

BIBLIOTECA UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

**CARTA DE AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA LA CONSULTA, LA
REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA
DE LOS TRABAJOS FINALES DE GRADUACIÓN**

San José, 24 noviembre del 2021

Señores:

Universidad

Centro de Información Tecnológico (CENIT)

Estimados Señores:

El suscrito (a) STEIDY JIMENA MAIRENA MEJIAS con número de identificación 207760068 autor (a) del trabajo de graduación titulado CARGA DE LA ENFERMEDAD POR TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN COSTA RICA COMPARADO CON MÉXICO, CUBA, ARGENTINA, PANAMÁ Y COLOMBIA DE 1990 – 2019 como requisito para optar por el grado de Licenciatura en Medicina y Cirugía; SI autorizo a la Biblioteca de la Universidad Hispanoamericana para que con fines académicos, muestre a la comunidad universitaria la producción intelectual contenida en este documento.

De conformidad con lo establecido en la Ley sobre Derechos de Autor y Derechos Conexos N° 6683, Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica.

Cordialmente,

Steidy Jimena Mairena Mejías.

Ced. 2-0776-0068

