

Trastornos de Ansiedad en consulta externa de Medicina del Centro de Atención Primaria - I Úcupe. Chiclayo. Marzo 2012

Anxiety disorders in outpatient medicine at the Primary Care Center Ucupe. Chiclayo. March 2012

Gina Asunta Hernández-Santillán^{1,a,b}

RESUMEN

Introducción: Los trastornos de ansiedad tienen una prevalencia alta en el mundo (12,5 a 15%) y son motivo de consulta frecuente en atención primaria. **Objetivo:** Estimar la frecuencia de trastornos de ansiedad en personas atendidas por consulta externa de medicina en el Centro de Atención Primaria - I Úcupe durante Marzo 2012. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo de corte transversal. **Muestra:** Personas adscritas al puesto de salud fueron atendidas por consulta externa de medicina durante Marzo 2012. **Muestreo:** No probabilístico consecutivo. Se utilizó como instrumento al Cuestionario de Screening de Ansiedad (ASQ-15). **Resultados:** Se encontró como trastornos de ansiedad más frecuentes al trastorno de ansiedad generalizada (69,2%) y trastorno depresivo mayor (69,2%), seguido de trastorno y síndrome de pánico (53,8%). Las principales características fueron: sexo femenino, estado civil casado, y mayores de 50 años. 41,5% de los pacientes presentaron dificultad para controlar la preocupación y 40% presentó un impacto en el desarrollo de su vida cotidiana y laboral.

Palabras clave: trastornos de ansiedad, depresión, ASQ-15 (Fuente: DeCS-BIREME)

ABSTRACT

Introduction: Anxiety disorders have a high prevalence in the world (12,5 to 15%) and are reason of frequent consultation in primary health care. **Objective:** To estimate the frequency of anxiety disorders in persons attended by outpatient medicine at the Primary Care Center Ucupe during March 2012. **Material and Methods:** Cross sectional study. **Sample:** Persons assigned to the health post that were attended by outpatient medicine during March 2012. **Sampling:** Consecutive non-probabilistic. The instrument used was Anxiety Screening Questionnaire (ASQ-15). **Results:** It was found as most common anxiety disorders to generalized anxiety disorder (69,2%) and major depressive disorder (69,2%), followed by panic disorder (53,8%). The main features were: female, married, and older than 50 years. 41,5% of patients had difficulty controlling worry and 40% had an impact on the development of their daily life and work.

Keywords: anxiety disorders, depression, ASQ-15 (Source: MeSH-NLM)

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de ansiedad son la enfermedad psiquiátrica más frecuente. Su prevalencia es variable, se sitúa entre el 2 y el 8% en la población general y entre el 10 y 12% en las consultas de atención primaria⁽¹⁾, suponiendo aproximadamente una de cada cuatro consultas que reciben los médicos de atención primaria⁽²⁾. La OMS en el año 2001 reportó una prevalencia

12,5 a 15% en el mundo y reconoce que una parte sustancial de los casos severos de trastornos de ansiedad no recibe atención; en 185 países identificó a la salud mental como actividad de atención primaria en 87% pero sólo 59% cuenta con servicios para tratar los trastornos graves⁽³⁾.

La ansiedad es una respuesta adaptativa a múltiples situaciones de la vida que se puede considerar normal. Es patológica cuando es desproporcionada con la situación o se presenta en ausencia de cualquier peligro ostensible, se vivencia más corporalmente, compromete el funcionamiento del individuo y lo impulsa frecuentemente a pedir ayuda médica^(1,4,5).

Existen dos clasificaciones internacionales de mayor relevancia: el texto revisado de la cuarta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR) y la décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10). Según la DSM-IV-TR los trastornos de ansiedad se dividen en: trastorno depresivo mayor (TDM), trastorno y síndrome de pánico (TSP), agorafobia, ansiedad social, estrés postraumático (EPT) y trastorno de ansiedad generalizada (TAG); en tanto que, en la CIE-10 se incluyen bajo el epígrafe de trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos^(6,7).

La trascendencia de este estudio se sustenta en que el médico de atención primaria debe conocer a profundidad la población a la que asiste, tratando a cada persona de manera integral como ser biopsicosocial. Su importancia se fundamenta por el impacto que tienen o tendrán los trastornos de ansiedad en la morbilidad del paciente, en su calidad de vida y su deterioro funcional: laboral, familiar y social; además de su impacto

1. Médico Cirujana.

a. Universidad Nacional "Pedro Ruiz Gallo" Lambayeque Perú

económico por el alto costo del uso de los servicios sanitarios y disminución o pérdida de productividad^(1,3,8,9). Además, su frecuencia va en aumento debido a los factores ambientales y socioeconómicos actuales^(10,11).

Rivas-Acuña V. (2011), estudió los niveles de depresión y ansiedad en personas con diabetes mellitus tipo 2. El promedio de edad fue de 56,15 años, 55% sexo femenino. En relación al nivel de ansiedad, el sexo masculino sobresalió con un estado de ansiedad alto de 54,5% y 50,9% en el sexo femenino; y respecto a depresión, 47,3% femenino y 40,9% masculino⁽¹²⁾.

Perales A. (2011), estudió los niveles de estrés general y laboral, depresión y ansiedad en 287 magistrados del Distrito Judicial de Lima. 53% eran varones; 25% menor de 40 años y 50% entre 50 a más años. Con relación al estado civil: 68% casados, 20% soltero, 18% otros (viudos, divorciados, convivientes). Encontraron: estrés general en 18,5%, estrés laboral 33,7%, ansiedad 12,5% y depresión 15%. Los varones presentaron mayores niveles de estrés general y laboral, mientras que, las mujeres sobresalieron en ansiedad y depresión⁽¹³⁾.

Fabián-San Miguel M. (2010), estudió prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en personas con diabetes mellitus tipo dos en 741 personas. Encontraron: Prevalencia de síntomas de ansiedad 8%; síntomas de depresión 24,7%; y de ansiedad y depresión combinados de 5,4%. De los 183 pacientes con síntomas depresivos, 89,6% eran mujeres⁽¹⁴⁾.

Rodríguez-Agudelo Y. (2010), estudió las variables asociadas con ansiedad y depresión en 125 cuidadores de personas con enfermedades neurodegenerativas. 75% de la muestra eran mujeres y 75% eran mayores de 45 años. En relación al estado civil: 67% eran casados, 36% pareja del enfermo. La media de edad era 52,7 años. Las mujeres presentaron mayores niveles de ansiedad y depresión que los varones⁽¹⁵⁾.

Enríquez-Vera D. (2007), estudió niveles de ansiedad y depresión en 254 alumnos universitarios sometidos al cuestionario MINIm, encontraron una asociación altamente significativa de ansiedad, depresión con el estrés y el hipersomnio ($p < 0,05$); y altas prevalencias de trastornos: ansiedad 63,8%; depresión 50,4%; y de anorexia nerviosa 13,4%⁽¹⁶⁾.

Morales-Carmona F. (1997), realizó un estudio para asociar los síntomas físicos con reacciones de ansiedad en pacientes durante el climaterio. La edad promedio fue 49 años, el 68,81% contaban con pareja estable y el 31,39% sin pareja. Sus resultados fueron 58,4% de rasgo de ansiedad y 47% de estado de ansiedad⁽¹⁷⁾.

Se planteó como objetivos estimar la frecuencia de trastornos de ansiedad según sexo, edad y estado civil en pacientes atendidos por consulta externa de medicina en el Centro de Atención Primaria Úcupe - I durante Marzo 2012; además, describir la frecuencia de síntomas según DSM-IV, los casos que presentan dificultad para controlar la preocupación y el impacto de los trastornos de ansiedad en la vida cotidiana y laboral.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de Investigación: Estudio descriptivo de corte transversal.

Población: Personas que acudieron a consulta externa de

medicina del Centro de Atención Primaria - I Úcupe durante Marzo 2012.

Muestra: Aquellas personas que cumplieron con los criterios de selección.

Muestreo: No probabilístico consecutivo.

Criterios de inclusión: Personas adscritos al CAP I Úcupe que acudieron a consulta médica durante el mes de Marzo 2012 y mayores de 17 años.

Criterios de Exclusión: Personas sin instrucción o que no deseen participar en el estudio.

Técnica e instrumentos de recolección de Datos:

El Cuestionario de Screening de Ansiedad (ASQ-15) fue desarrollado por Wittchen y cols., con objeto de detectar trastornos de ansiedad generalizada y otros trastornos de ansiedad. Está basado en el Composite International Diagnostic Interview (CIDI) Su versión 1.2 se desarrolló para cubrir los criterios diagnósticos DSM-IV y CIE-10. Ha sido diseñado para su uso en atención primaria⁽¹⁸⁾.

El cuestionario consta de varias secciones:

- **Motivo de acudir a la consulta:** es el ítem 1 y recoge una información útil para el clínico (dolor, estrés emocional o psicológico, enfermedad física o somática, otro).
- **Diagnósticos:** ítems 2 a 7. Cada uno de ellos evalúa un diagnóstico distinto mediante las llamadas cuestiones llave, que poseen una elevada sensibilidad operativa para el diagnóstico de una patología. La contestación negativa a estas cuestiones hacen casi imposible el diagnóstico del cuadro explorado. Los diagnósticos evaluados son: trastorno depresivo mayor, trastorno y síndrome de pánico, trastorno de ansiedad social, agorafobia, trastorno de estrés postraumático y estrés agudo y trastorno de ansiedad generalizada. Si la respuesta a estos seis ítems es negativa se finaliza el desarrollo del cuestionario.
- **Trastorno de ansiedad generalizada:** evalúa tanto los criterios de ansiedad generalizada como cuadros subclínicos de ansiedad, según los criterios DSM-IV, completados con algunas cuestiones recogidas en CIE-10. Valoran los siguientes aspectos: contenidos de las preocupaciones y ansiedad (ítems 8-10), dificultad para controlar las preocupaciones (ítems 11 y 12), síntomas físicos de ansiedad (ítem 13, que tiene 11 subítems). Los 6 primeros son específicos de trastorno de ansiedad generalizada y los 5 siguientes corresponden a los incluidos en el CIE-10, impacto sobre la vida del paciente (ítem 14) y criterio temporal de duración de los síntomas (ítem 15).

Cuadro N°01: Evaluación de las manifestaciones que definen el TAG según el ASQ-15

Criterios DSM-IV de TAG	ASQ (ítem n°)
A. Ansiedad y preocupación (expectación aprensiva) excesivas.	7,8,9,10,11
B. Dificultad para controlar la preocupación.	12
C. Presencia de al menos 3:	
- inquietud o impaciencia	13a
- cansancio fácil	13b
- dificultad de concentración	13c
- irritabilidad	13d
- tensión muscular	13e
- dificultades de sueño	13f
E. Deterioro sociolaboral o malestar significativo	14

Fuente: García-Portilla MP. Evaluación Psicométrica del Trastorno Ansiedad Generalizada. 2005.

Tabla N° 01: Frecuencia de trastornos de ansiedad por sexo, estado civil y grupo etáreo en pacientes de consulta externa de medicina en el CAPI Úcupe durante Marzo 2012.

Característica	Trastorno de Ansiedad												
	TDM	TSP	AS	AG	EPT	TAG	TDM	TSP	AS	AG	EPT	TAG	
Sexo													
Femenino	35	53,8%	27	41,5%	3	4,6%	14	21,5%	13	20%	37	56,9%	
Masculino	10	15,4%	8	12,3%	2	3,1%	4	6,2%	4	6,2%	8	12,3%	
Estado Civil													
Soltero	4	6,2%	3	4,6%	1	1,5%	2	3,1%	2	3,1%	4	6,2%	
Casado	26	40%	20	30,8%	3	4,6%	9	13,8%	10	15,4%	25	38,5%	
Unión libre	7	10,8%	5	7,7%	1	1,5%	4	6,2%	3	4,6%	7	10,8%	
Viudo	4	6,2%	3	4,6%	0	0%	2	3,1%	2	3,1%	5	7,7%	
Separado	4	6,2%	4	6,2%	0	0%	1	1,5%	0	0%	4	6,2%	
Edad (años)													
<25	4	6,2%	3	4,6%	1	1,5%	2	3,1%	0	0%	4	6,2%	
25-50	15	23,1%	13	20%	2	3,1%	7	10,8%	7	10,8%	17	26,2%	
>50	26	40%	19	29,2%	2	3,1%	9	13,8%	10	15,4%	24	36,9%	

* TDM: trastorno depresivo mayor; TSP: trastorno y síndrome de pánico; AG: agorafobia; AS: ansiedad social; EPT: estrés postraumático; TAG: trastorno de ansiedad generalizada.

Interpretación: es un instrumento fácil y rápido de utilizar, que no requiere entrenamiento especial y va dirigido a su utilización en atención primaria. Este instrumento puede servir como indicador de la eficacia de las intervenciones terapéuticas en el TAG⁽¹⁹⁾.

La sensibilidad y especificidad de las distintas cuestiones llave es la siguiente: trastorno de pánico (S 95% E 62%), agorafobia (S 88% E 58%), fobia social (S 89% E 51%), Trastorno por estrés postraumático (S 82% E 49%), trastorno depresivo mayor (S 87% E 68%) y trastorno de ansiedad generalizada (cuestión llave más criterios, S 92% E 74%).

El cuestionario resulta útil tanto en cuadros de ansiedad establecidos como en situaciones subclínicas⁽²⁰⁾.

Propiedades psicométricas: la fiabilidad del test-retest para cuadros de ansiedad generalizada establecidos fue de kappa 0,72 y para ansiedad generalizada subclínica de 0,7 y su validez concurrente se estableció con el CIDI, presentando valores de cronbach de 0,88; con sensibilidad global de 88% y especificidad de 96,3%⁽¹⁹⁾.

Procedimiento: Se inició con una charla preventivo-promocional sobre salud mental seguida de una explicación sobre aspectos relacionados al estudio en la sala de espera previa atención a la consulta médica. El instrumento se aplicó a los interesados en participar del estudio. Luego, el instrumento fue calificado de acuerdo a las instrucciones y capturado para ser estadísticamente procesado.

Análisis estadístico de los datos: la base de datos fue ingresada en el programa aplicativo SPSS V20.0 y se aplicó estadística descriptiva de frecuencia y media, y desviación estándar.

RESULTADOS

Se aplicó la encuesta a un total de 65 personas que cumplieron con los criterios de selección, 44 mujeres (67,7%) y 21 varones (32,3%). La edad de los participantes estuvo comprendida entre 17 y 88 años, con una media de edad fue 52,58 años con una desviación estándar de 19,22. Respecto al estado civil se encontraron: 5 solteros (7,7%), 40 casados (61,5%), 10 unión libre (15,4%), 5 viudos (7,7%), 5 separados (7,7%).

Tabla N° 02: Frecuencia de síntomas según DSM-IV y CIE-10 en pacientes de consulta externa de medicina en el CAPI Úcupe durante Marzo de 2012.

N° síntomas subclínicos	n = 65	%
Criterios DSM-IV		
0	5	7,7
1	16	24,6
2	8	12,3
3	16	24,6
4	6	9,2
5	8	12,3
6	6	9,2
CIE 10		
0	19	29,2
1	18	27,7
2	14	21,5
3	8	12,3
4	4	6,2
5	2	3,1

Tabla N° 03: Frecuencia de casos que presentan dificultad para controlar la preocupación e impacto en la vida cotidiana en pacientes de consulta externa de medicina en el CAPI Úcupe durante Marzo 2012.

Característica	N = 65	%
Dificultad para controlar la preocupación		
SI	27	41,5
NO	38	58,5
impacto en la vida cotidiana		
SI	26	40
NO	39	60

Se estudió la frecuencia de los trastornos de ansiedad, que **incluyó seis patologías:** trastorno depresivo mayor (69,2%), trastorno y síndrome de pánico (53,8%), trastorno de ansiedad social (7,7%), agorafobia (27,7%), estrés postraumático (26,2%), trastorno de ansiedad generalizada (69,2%); y se encontró lo siguiente: 10% no presentó ningún trastorno; 18,5% presentó sólo un trastorno; 16,9% presentó dos; 27,7% presentó tres; 13,8% presentó cuatro; 9,2% presentó cinco y 3% presentó los seis trastornos.

Los hallazgos más frecuentes fueron: sexo femenino, estado civil casado, y mayores de 50 años. (Ver Tabla N° 01). En cuanto a los síntomas de trastorno de ansiedad generalizada; 55,3% de los pacientes presentaron al menos 3 síntomas según la DSM-IV. Por otro lado, 41,5% de los pacientes presentaron dificultad para controlar la preocupación, en tanto que, 40% tuvieron un impacto en el desarrollo de su vida cotidiana y laboral.

DISCUSIÓN

Nuestro estudio estuvo conformado por personas adultas con una media de edad de 52,58 años y un significativo predominio del sexo femenino (67,6%), casi dos tercios de la población estudiada. Esto puede corresponder a que las pacientes suelen presentar más motivos de consulta que los varones, a saber, las enfermedades crónicas y ginecológicas. Asimismo, las mujeres presentaron mayor porcentaje de trastornos de ansiedad, siendo sus principales diagnósticos: trastorno de ansiedad generalizada 56,9% y trastorno depresivo mayor 53,8%; mientras que, los varones presentaron cifras notablemente menores: 12,3% y 15,4%, respectivamente. Esto coincide con lo reportado por Perales et al.⁽¹²⁾ donde la población femenina presentó mayores niveles de ansiedad y depresión que los varones. Por su lado, Fabian-San Miguel et al.⁽¹³⁾ reportó que en su estudio, del 25% de personas con síntomas de depresión, 89,6% eran mujeres. Este predominio de trastornos de ansiedad en el sexo femenino puede ser debido a factores psicobiológicos, según la literatura revisada, condicionando a la mujer a una mayor susceptibilidad de presentar trastornos afectivos⁽²⁰⁾. No obstante, contrasta con el estudio de Rivas-Acuña et al.⁽¹¹⁾ en personas con diabetes mellitus 2, donde los varones sobresalen por el estado de ansiedad con 54,5%, tal vez debido a que esta enfermedad afecta con predilección al sexo masculino.

La edad promedio (52,58 años) encontrada, se aproxima a los datos reportados por Rivas-Acuña et al.⁽¹¹⁾, Perales et al.⁽¹²⁾ y Morales-Carmona et al.⁽¹⁶⁾ cuyas medias de edad fueron: 56,15; 50 y 49 años, respectivamente; probablemente asociado al mayor número de comorbilidades que requieren atención médica a esa edad. Asimismo, se observó que los trastornos de ansiedad fueron más frecuentes en las personas casadas (40%) y de unión libre (10,8%), es decir, personas con pareja estable, en relación a quienes no tenían pareja. Estos hallazgos son similares a los de Perales et al. (68%)⁽¹²⁾, Rodríguez-Agudelo et al. (67%)⁽¹⁴⁾ y Morales-Carmona F. (68,81%)⁽¹⁷⁾, lo cual puede explicarse por la mayor responsabilidad para con y entre los miembros de la familia, que supone un mayor número de relaciones interpersonales y, por tanto, mayor exposición a problemas personales de diversa índole. No obstante, en nuestro estudio la cifra es menor que la de otros autores, tal vez debido al estilo de vida con menor estrés en la población estudiada, fuera de la metrópoli.

Entre los trastornos de ansiedad estudiados sobresalieron el TAG (69,2%) y TDM (69,2%), seguido de trastorno y síndrome de pánico (53,8%). Estas cifras son superiores a las reportadas por Rivas-Acuña et al.⁽¹¹⁾ con niveles de ansiedad y depresión mayores al 50% y 40%, respectivamente; y por Morales-Carmona et al.⁽¹⁶⁾, quien encontró 58,4% de rasgo y 47% de estado de ansiedad. Esto contrasta con Perales et al.⁽¹²⁾ quien encontró solamente 12,5% de ansiedad y 15% de depresión en su población de estudio. La variabilidad en estos resultados puede deberse a las características de cada población de estudio y el método empleado en el procesamiento de los datos. Por su lado, Enriquez-Vera et al.⁽¹⁶⁾ realizó un estudio en

jóvenes universitarios de nuestra región y encontró niveles de ansiedad de 63,8% y depresión 50,4%. La población de su estudio difiere en la edad con el nuestro, pero su resultado no es indiferente, ya que las cifras de los resultados se aproximan en ambos estudios.

La frecuencia de los pacientes que presentaron al menos 3 síntomas de trastorno de ansiedad generalizada según la DSM-4 fue 55,3%, que corresponde a un criterio clínico para el diagnóstico; similar a lo encontrado por Morales-Carmona et al.⁽¹⁶⁾ que encontró 54,8% de rasgo de ansiedad.

Asimismo, 41,5% de los pacientes presentaron dificultad para controlar la preocupación y 40% tuvieron un impacto en el desarrollo de su vida cotidiana y laboral, repercutiendo en la calidad de vida tanto del paciente como de su entorno.

El instrumento de toma de datos ASQ-15 está orientado a ser utilizado en centros de atención primaria para medir la eficacia de conductas terapéuticas; posee un alto grado de validez y confiabilidad⁽²¹⁾. El presente estudio, no obstante su sencilla metodología y pequeña muestra, nos da una noción de los niveles de ansiedad en la población adulta de la localidad de Úcupe. Esto debe producir en el personal de salud involucrado un llamamiento a la reflexión, reformulando sus planes sobre la atención de la salud mental. Por ejemplo: reforzar el tratamiento de la enfermedad mental en los centros de atención primaria, tales como: técnicas cognitivo-conductuales, relajación muscular y entrenamiento respiratorio; liberando de esta manera los centros de referencia. También se aconseja el aumento del número de profesionales dedicados a la salud mental, mejorar la formación del personal sanitario con continuas capacitaciones e involucrar al entorno de las personas atendidas, trabajando con grupos familiares, educativos y laborales.

Por tanto, en este trabajo podemos concluir lo siguiente: los trastornos de ansiedad más frecuentes fueron: TAG (69,2%) y TDM (69,2%), seguido de TSP (53,8%); siendo más frecuentes en sexo femenino, estado civil casado, y mayores de 50 años. De la población estudiada 55,3% presentó al menos 3 síntomas para diagnóstico de TAG según la DSM-IV, 41,5% presentó dificultad para controlar la preocupación y; 40 % presentó impacto en el desarrollo de su vida cotidiana y laboral.

Agradecimientos: A la población atendida, por su participación. Al personal de salud que labora en el CAP-I Úcupe, al personal asistencial y administrativo de la Red Asistencial Lambayeque que colaboró con su tiempo y valiosos consejos en la elaboración y revisión del presente trabajo.

Conflictos de interés: La autora niega conflictos de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Téllez-Lapeira JM, López-Torres Hidalgo J, Boix Gras C, et al. Revisión Clínica del tratamiento de los Trastornos de Ansiedad. España. Rev Clín Med Fam. 2007;2(2):76-83.
2. Latorre-Postigo JM, Navarro-Bravo B, Parra-Delgado M. Evaluación e intervención de los problemas de Ansiedad y Depresión en Atención Primaria: Un Problema sin resolver. Rev Clín Med Fam. 2012; 5(1):37-45.
3. Constantino-casas P, Le G, Nev A, Valencia-huarte E, Garc F. Costo-efectividad de ansiolíticos en los trastornos de ansiedad. 2010; 48(3):303-8.

4. Martínez-Mallén M, López-Garza D. [Trastornos de ansiedad](#). Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría. 2011; 44(154):101-7.
5. Roy-Byrne P, Craske M, Sullivan G, Rose R, et al. [Delivery of Evidence-Based Treatment for Multiple Anxiety Disorders in Primary Care. A Randomized Controlled Trial](#). JAMA. 2010;303(19):1921-28.
6. Lawrence P. [Anxiety Disorders in Adults: A Clinical Guide. Book Reviews](#). N Engl J Med. 2005; 352(16):1727.
7. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. CIE-10. Décima revisión. Trastornos mentales y del comportamiento. C.I.E. 10. Lima, 1997; capítulo V:86-87.
8. Navas-Orozco W, Vargas-Baldares M. [Trastornos de Ansiedad: Revisión dirigida para Atención Primaria](#). Revista Médica de Costa Rica y Centro América. 2012;69(604):497-507.
9. Nastassja K, Stein D. [Pharmacotherapy of Anxiety Disorders: a critical review](#). Dialogues Clin Neurosci. 2011; 13(4):423-437.
10. Rodríguez-Landa J, Contreras C. [Algunos datos recientes sobre la Fisiopatología de los trastornos por ansiedad](#). 1998; 9(3):181-91.
11. Virgen-Montelongo R, Lara-Zaragoza A, Morales-Bonilla G, Villaseñor-Ballardo S. [Los Trastornos de Ansiedad](#). Revista Digital Universitaria. 2005; 6(11):1-8.
12. Rivas-Acuña V, García-Barjau H, Cruz-León A, Morales-ramón F. [Prevalencia de ansiedad y depresión en las personas con diabetes mellitus tipo 2](#). Salud Tab. 2011;17(1):30-35.
13. Perales A, Padilla A, Barahona L. [Estrés, ansiedad y depresión en magistrados de Lima, Perú](#). Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2011;28(4):7-12.
14. Fabian-San Miguel M, García-Sancho M, Cobo-Abreu C. [Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y su asociación con el tipo de tratamiento, complicaciones de la diabetes y comorbilidades](#). Med Int Mex. 2010; 26(2):100-8.
15. Rodríguez-Agudelo Y, Mondragón-Maya A, Paz-Rodríguez F, Chávez-Oliveros M, Solís-Vivanco R. [Variables asociadas con ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes con enfermedades neurodegenerativas](#). Arch Neurocién (Mex). 2010;15(1):25-30.
16. Enriquez-Vera D, Enriquez-Menéndez C, Risco-Cabrejos. Prevalencia de los principales trastornos mentales y su asociación con el estrés y la calidad de sueño en estudiantes de medicina de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo (UNPRG). Lambayeque: UNPRG; 2007.
17. Morales-Carmona F, Aldana-Calva E. [Ansiedad durante el climaterio](#). Perinatol Reprod Hum. 1997;11(2):103.
18. García-Portilla MP, Bascarán MT, Martínez S. [Evaluación Psicométrica del Trastorno de Ansiedad Generalizada](#). Universidad de Oviedo. 2005;17(1):14-17.
19. Wittchen H-U, Boyer P. [Screening for anxiety disorders. Sensitivity and specificity of the Anxiety Screening Questionnaire \(ASQ-15\)](#). Br J Psychiatr Suppl 1998; 173(34):10-17.
20. Arenas M, Puigcerver A. [Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica](#). Escritos de Psicología. 2009; 3(1):20-29.
21. Hallgren J, Morton J. [What's the best way to screen for anxiety and panic disorders?](#) The Journal of Family Practice. 2007;56(7):579-580.

Correspondencia:

Gina Asunta Hernández-Santillán
 Correo: ginahernandezs@hotmail.com

Revisión de pares:

Recibido: 10/11/2012
 Aceptado: 21/02/2013