

## **EPIDEMIOLOGÍA DE LA ANSIEDAD**

**Humberto CAMPANA (\*), Rodolfo MAGNI (\*),  
Adriana SANTILLI, Marcelo STRANIERO (\*),  
Gonzalo VERA BELLO, Mónica AGOSTINI, Patricia  
GUILLOT, Dorita SERRA, Laura SOLCHAGA, María  
C. SOLCHAGA, Gustavo ALONSO, Guillermo  
CALVERA.**

*(\*) Docente de la Facultad de Ciencias de la Salud  
de la Universidad de Mendoza.*

Los Autores no somos médicos psiquiatras sino «internistas»: es decir, nos dedicamos a la Clínica Médica.

Además de otras inquietudes de investigación clínica, incursionamos en aspectos psicosomáticos.

Nos proponemos dividir este trabajo de la siguiente forma:

- "Concepto de ansiedad", a manera de introducción general.
- EPIDEMIOLOGÍA de la ansiedad, subdividiendo este último aspecto en:
  - ACTUALIZACIÓN del tema.
  - NUESTRA EXPERIENCIA, basada en investigaciones realizadas.
- Conclusión y reflexiones finales.

Agradecemos la colaboración de Pilar CAMPANA (Lie. en Psicología) y María O. ROCA (Médica).

### **CONCEPTO DE ANSIEDAD**

Encontramos, en la bibliografía consultada, definiciones que tienen todas un común denominador "de fondo", aunque, a veces, difieren en aspectos "de forma".

Podríamos adoptar la definición de Harold I. Kaplan y col. (1) quienes la describen como "un grupo de enfermedades caracterizadas por la presencia de ansiedad (.), preocupación, miedo o temor excesivos, tensión o activación que provoca un malestar o un deterioro clínicamente significativo de la actividad del individuo, pudiendo aparecer en respuesta a un agente estresante psicosocial".

La llamada (.) se refiere a que, con respetuoso espíritu democrático, no nos parece deseable utilizar, para una definición, el mismo término que se pretende definir.

Nos agrada asimismo la definición de Loo H. y col. (2): "La ansiedad, reacción normal ante una situación difícil, constituye una experiencia humana universal, que cumple funciones de adaptación, estimulación o huida. Serán su intensidad o las circunstancias de su aparición las que determinen su carácter patológico".

Es trascendental, además, tener en cuenta que estos trastornos suelen acompañarse a menudo de «somatizaciones» varias, con signosintomatología (y, a veces, inclusive hallazgos a nivel de estudios complementarios) con notables polimorfismo (3) (4) (5) (6).

Es fundamental recordar la frecuente superposición y/o coexistencia con situaciones como la histeria, alteraciones obsesivas y/o compulsivas, trastornos de "conversión", hipocondría (7), "síndrome de fatiga crónica" (8), estrés y fobias (9), síndrome del "burn out", etc.

Desde luego, la asociación con "síndrome depresivo" (10).

Es obvia la prácticamente ilimitada extensión que podría tener esta primera parte, pero no constituye el eje central del trabajo, de manera que no persistimos en esta temática, conscientes de que dejamos sin analizar numerosos y fundamentales aspectos vinculados a la misma.

Sin embargo, consideramos importante, en esta premeditada-mente muy escueta "introducción", agregar una modalidad ansiosa frecuentemente "subdiagnosticada" y con algunas connotaciones interesantes: nos referimos al "Síndrome de hiperventilación" y las "Crisis de pánico"; datos bibliográficos fidedignos refieren que aproximadamente un diez por ciento (!) de los pacientes que concurren al médico internista presentan rasgos del síndrome mencionado en primer término, siendo, paradójicamente, poco incluido en los diagnósticos diferenciales (11) (12) (13).

Esta particular situación ansiosa, se caracteriza por la presencia de hiperventilación alveolar, con la consiguiente "baseosis respiratoria", caracterizada por el descenso de la presión parcial del anhídrido carbónico (hipocapnia) en la sangre arterial.

La manifestación "básica" del paciente (que le confiere el nombre al síndrome) es entonces el aumento de la frecuencia y especialmente de la profundidad (es decir del volumen corriente) de la respiración.

La citada hipocapnia es demostrable mediante la medición de gases en sangre y le confiere al síndrome la característica peculiar de poseer un "marcador humoral" accesible para su medición: obviamente, un paciente puede hiperventilar ocasionalmente en otro tipo de alteraciones psíquicas, pero la ausencia rutinaria de esta modalidad respiratoria descarta el "síndrome de hiperventilación".

Es de tal trascendencia la hipocapnia que, aun manteniendo la hiperventilación, la signosintomatología del paciente se reduce significativamente si se logra mantener normal la presión parcial del citado gas en el aire alveolar (y, por ende, en la sangre arterial), por ejemplo haciéndole respirar una mezcla de aire con elevada concentración del mismo ("carbógeno", respiración en "bolsa cerrada").

Por otra parte, la hiperventilación inducida farmacológicamente (por ejemplo, con lactato de sodio) puede desencadenar manifestaciones de "síndrome de hiperventilación" en individuos "predispuestos" e inclusive "crisis de pánico" (14).

Lo anterior puede lograrse también con hiperventilación voluntaria.

Se establece así una cadena de acontecimientos, en la cual un contexto ansioso desencadena hiperventilación alveolar y ésta implica alcalosis respiratoria e hipocapnia. La "baseosis" facilita la precipitación del calcio iónico en un medio alcalino, causando ésta situación hiperexcitabilidad neuromuscular; a ésta, contribuye también la alcalización del medio interno "per se".

Por otra parte, la hipocapnia causa vasoconstricción cerebral (angiográficamente demostrada).

Estas circunstancias (hiperventilación, hipocapnia, vasoconstricción cerebral, hiperexcitabilidad neuromuscular) permiten explicar la

signosintomatología de este síndrome: es decir que el mismo reúne la exigencia definitoria de estar constituido por un conjunto de signos y síntomas con el mismo substrato etiopatogénico.

Como ejemplo (analizando los "criterios" detallados más adelante) es obvia la relación entre la hiperexcitabilidad neuromuscular y temblor, "sacudidas" musculares, estremecimientos de la cara, "calambres".

Asimismo es evidente la vinculación entre vasoconstricción cerebral y mareos (15), sensación de inestabilidad, visión borrosa; cabe mencionar que la sensación de inestabilidad y los "mareos" pueden tener, a su vez y como concausa etiopatogénica, la ya citada hiperexcitabilidad: es sabido que la "contractura" de la musculatura cervicodorsal es causa frecuente de estos síntomas.

Estas interrelaciones son evidentes y fortalecen el concepto de "síndrome".

Oportunamente, se detallan las demás manifestaciones que pueden presentar estos pacientes y que motivan, a menudo, un crónico deambular de un médico especialista a otro, por fracaso en la interpretación unicista del cuadro y el enfoque erróneo de patologías múltiples coexistentes.

Huelga destacar el enorme costo económico de lo anterior (estudios complementarios e/o internaciones innecesarios, etc.) y el perjuicio para el paciente, en especial la prolongación indefinida de su patología, con frecuente "cronificación" e/o intensificación de la misma.

Es relativamente frecuente que estos enfermos presenten las denominadas "crisis de pánico", ya citadas, también desencadenadas por un contexto ansioso y cuyos "criterios" se analizan en este trabajo: éstas, se caracterizan por aparecer bruscamente, sin mediar, aparentemente, una causa razonable que las desencadene.

Se postula la posible existencia de actividad central noradrenérgica y simpática incrementadas, debidas tal vez a hipersensibilidad de un "sistema de alarma", activado por situaciones de "stress" y con puesta en marcha de un sistema de retroalimentación positivo.

Es congruente asumir que, este contexto hiperadrenérgico pueda tener un rol (como concausa) en algunas manifestaciones del síndrome (como taquiarritmias, etc.)

Lo cierto es que, son mejor conocidas e interpretables las consecuencias somático-humorales que su etiopatogenia íntima.

El "síndrome de hiperventilación" y las "crisis de pánico" (especialmente el primero) forman parte de las manifestaciones de ansiedad que nos proponemos analizar epidemiológicamente, sobre la base de nuestras investigaciones al respecto.

Oportunamente (ver "Conclusiones y reflexiones finales") fundamentaremos este enfoque, en el contexto del objetivo del trabajo.

### **EPIDEMIOLOGÍA DE LA ANSIEDAD: ACTUALIZACIÓN DEL TEMA**

Es fundamental recordar qué se entiende por "epidemiología". Ida Dox y col. (16) la definen como:

"El estudio científico de las epidemias y las enfermedades epidémicas, en especial LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN LA INCIDENCIA, DISTRIBUCIÓN Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES infecciosas; incluyendo EL ESTUDIO DEL DESARROLLO DE LAS ENFERMEDADES EN LAS POBLACIONES HUMANAS".

Hemos adoptado esta definición, a pesar de sus connotaciones y orientación "infectológicas", pues entendemos que la misma incluye (destacado en letras mayúsculas) el concepto fundamental correcto, extrapolable y aplicable al propósito de este trabajo.

De manera que vamos a ajustarnos a la misma.

La aparición de signosintomatología ansiosa relacionada con patologías orgánicas es un hecho muy frecuente, dependiendo sin embargo su incidencia de cada patología en especial; se detallan a continuación, aspectos interesantes (17).

Existe una significativa variabilidad en la prevalencia de los trastornos de la ansiedad, con diferencias notables entre muestras de la población general (18). Por ejemplo, recientemente, en E.E.U.U. de Norteamérica, la tasa de prevalencia anual de trastornos de la ansiedad en la población general es del 12,6%; los más frecuentes son la "fobia social" (tasa de prevalencia entre 3 y 13%) y la "fobia específica" (con tasa de prevalencia global que oscila entre 10 y 11%).

La tasa de prevalencia del trastorno de angustia es de 1,3% en la población y la tasa de prevalencia global del trastorno de ansiedad generalizada es de aproximadamente del 5%.

Se estima que la prevalencia anual del trastorno obsesivo - compulsivo es del 2,1%.

Todos los trastornos de la ansiedad (con la posible excepción del obsesivo-compulsivo) se encuentran con más frecuencia en las mujeres que en los hombres (por ejemplo, el trastorno de angustia se diagnostica dos veces más en mujeres que en hombres).

Aunque la mayoría de los trastornos de la ansiedad (por ejemplo: angustia y obsesión - compulsión) se inician habitualmente al final de la adolescencia o al principio de la vida adulta, algunas veces comienzan durante la infancia; por definición, desde luego, la ansiedad "por separación" se inicia en etapas infante - juveniles.

El curso de los trastornos de la ansiedad es muy variable, si bien la prevalencia parece disminuir significativamente en poblaciones de más edad (ver, más adelante, nuestros resultados).

La raza no parece ejercer ninguna influencia importante en la prevalencia de estos trastornos.

Hay discordancias en cuanto a la influencia del contexto cultural y la ansiedad (19).

Se han identificado factores genéticos en algunos trastornos ansiosos (sobre todo en los trastornos de angustia).

En un estudio de epidemiología de las enfermedades mentales, efectuado también en E.E.U.U. de Norteamérica, se demuestra que los jóvenes presentan con mayor frecuencia las mismas, entre otros aspectos, por mayor acceso a drogas y alcohol (ver nuestros resultados).

Asimismo, se ratifica, en el citado estudio, que la frecuencia es mayor en las mujeres (relación mujeres - hombres: 31% y 19%); lo antedicho incluye a la ansiedad (20).

También se constata que la "ansiedad por separación" es muy común (21) y ocurre en el 13% de los niños y adolescentes, asociándose a menudo a depresión y fobias.

Estas últimas, frecuentemente, adquieren las características de "ansiedad social", es decir el temor de exponerse a situaciones "sociales" comunes (que, eventualmente, pueden inducir crisis de pánico) (22).

A pesar del desarrollo de las entrevistas estructuradas y de los "criterios" diagnósticos (desde hace más de veinte años) la prevalencia de los trastornos afectivos durante la vida, varía notablemente en los estudios comunitarios dentro del mismo país y de uno a otro (23).

Siempre en el terreno de lo epidemiológico (24) estudios recientes ofrecen garantías de fidedignidad, estableciendo patrones de criterios diagnósticos y cuestionarios de relevamiento de datos que antiguamente no existían.

La prevalencia de los trastornos de la ansiedad (tomando en conjunto pánico, ansiedad generalizada y fobias) es del orden del 10 al 20%; llega hasta el 25%, si se incluyen los trastornos depresivos - obsesivos.

La relación es de dos mujeres por cada hombre, siendo la prevalencia en seis meses (dato considerado significativo, en cuanto a un período determinado en la población) del 10 al 18%; la prevalencia de la asociación de trastorno ansioso y depresivo es del 5 al 10% (evidenciando esta coexistencia).

Finalmente, es trascendental insistir en el concepto de "comorbilidad", es decir la asociación frecuente entre distintos síndromes psiquiátricos, situación debido a la cual un paciente puede recibir varios diagnósticos simultáneos (transversal y longitudinalmente) (25).

Por ejemplo, existe una estrecha relación entre la depresión, la neurastenia, la agorafobia y la ansiedad generalizada; es escasa, en cambio, la concomitancia entre las situaciones mencionadas y los "ataques" de pánico.

En cuanto al "síndrome de hiperventilación" y a las "crisis de pánico", los hallazgos bibliográficos refieren (en general) una mayor frecuencia de los mismos en las mujeres respecto a los hombres; asimismo, una incidencia también mayor en individuos de menor edad.

## **NUESTRA EXPERIENCIA: INVESTIGACIONES REALIZADAS**

### **- Introducción**

El "Síndrome de hiperventilación" constituye un conjunto de signos y síntomas que los autores de este trabajo tomamos la decisión de reducir a 18 manifestaciones, detalladas a continuación.

- Respiraciones profundas y/o frecuentes, "imposibilidad" de respirar con suficiente profundidad, "falta de aire".
- Ansiedad, nerviosismo, inquietud, desasosiego.
- Percepción de la actividad cardíaca, taquiarritmias.

- Sensación de "ahogo", "presión" o "nudo" en la garganta.
- Estremecimientos en la cara.
- Sensación de "calor" en la cabeza.
- Visión borrosa.
- Temblor, "sacudidas" musculares.
- Cansancio fácil.
- Llanto fácil.
- Temor sin causa aparente.
- Dolor o "molestia" torácica.
- Sensación de "irrealidad".
- Parestesias (hormigueos, etc.).
- Calor o frío súbitos.
- Sudoración "fácil".
- "Calambres", sensación de "estar trabado" (a nivel cervico-dorsal, etc.).
- Mareos e inestabilidad.

La decisión de "reducir" a 18 las manifestaciones del síndrome, se fundamenta en la conveniencia de reunir en un solo "item" aspectos que resultan difíciles de investigar aisladamente (como, por ejemplo: ansiedad, nerviosismo, inquietud, desasosiego).

Es evidente la inespecificidad de cada uno de estos "criterios", si se considera separadamente; por supuesto, un individuo tiene tantas más probabilidades de padecer el síndrome cuantos más criterios reúna.

Los criterios de las "Crisis de pánico" son:

- Pánico.
- Miedo de morir.
- Miedo de enloquecer.
- Miedo de hacer algo incontrolado.

### **- Objetivos**

En nuestra investigación, nos proponemos investigar la presencia de criterios de "Síndrome de hiperventilación" y "Crisis de pánico" en individuos rotulables de "normales", de ambos sexos, con la finalidad de aportar nuestra experiencia al respecto.

Desde luego, CON ENFOQUE EPIDEMIOLÓGICO.

### **- Material y Método**

Se investiga la presencia de criterios de "Síndrome de hiperventilación" y de "Crisis de pánico" en 71 individuos rotulables de "normales", con un rango de edades comprendido entre 25 y 45 años.

32 hombres (19 "jóvenes": menores de 35 años; 13 "viejos": mayores de 35 años) y 39 mujeres (23 "jóvenes": menores de 35 años; 16 "viejas": mayores de 35 años).

La "normalidad" se basa en un interrogatorio, previo a la encuesta, destinado a descartar patologías y/o terapéuticas de relevancia, anteriores y/o actuales, en especial relacionadas con la esfera psíquica.

El universo estudiado, tiene cierta heterogeneidad, en alguna medida intencional: está constituido por familiares y allegados de los Autores de este trabajo, o bien por pacientes de consultorio externo (atendidos por los mismos); recordamos la mención de referencias bibliográficas que relativizan la influencia de ciertos factores (entre éstos, el cultural) en la epidemiología de la ansiedad (19).

Se investiga también la eventual presencia de "Crisis de pánico.

Se establece, para cada criterio encuestado:

- Presencia o ausencia del mismo.
- Frecuencia: diaria, semanal, mensual.
- Agudez de su presencia (menos de seis meses) o cronicidad (más de seis meses).

Para el tratamiento estadístico y una vez analizadas las características del universo estudiado, se utiliza la prueba de la "t" de Student para datos no apareados, exigiéndose un nivel de significación de  $p < 0,05$ .

Los resultados se expresan mediante la medida ( $\bar{x}$ ) y el error "standard" de la misma (ES).

Aunque queda implícitamente incluido en lo definido hasta ahora, no está demás ratificar que la media se refiere al número de criterios presentes en cada individuo encuestado.

Agradecemos, en este aspecto, el experto asesoramiento brindado por el Dr. Luis Mayorga, Profesor Adjunto de la Cátedra de Histología y Embriología - Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional de Cuyo.

### - Resultados

- "Síndrome de hiperventilación":

Aproximadamente los dos tercios de los individuos son ubicables en un contexto de frecuencia semanal o mensual y de cronicidad.

Se detalla, a continuación, la presencia de criterios, expresándola (según ya aclarado) en promedio por individuo.

Dividiendo el universo según sexos (independientemente de la edad): las mujeres presentan más criterios ( $\bar{x}$  7,10; ES x ,49) que los hombres ( $\bar{x}$  4,56; ES 0,40).  $p < 0,05$ .

Dividiendo el universo según edades, independientemente del sexo ("jóvenes": menos de 35 años; "viejos": más de 35 años): los de mayor edad presentan más criterios ( $\bar{x}$  7,93 ES 0,54) que los de menor edad ( $\bar{x}$  4,59; ES 0,33).  $p < 0,025$ .

Los 13 hombres "viejos" presentan más criterios ( $\bar{x}$  7,77; ES 0,79) que los 19 "jóvenes" ( $\bar{x}$  4,52; ES 0,49).  $p < 0,10 > 0,05$ . Aunque no alcanza la significación, se trata de una "tendencia" definida.

Las 16 mujeres "viejas" presentan más criterios ( $\bar{x}$  8,06; ES 0,75) que las 23 "jóvenes" ( $\bar{x}$  4,65; ES 0,47).  $p < 0,05$ .

- "Crisis de pánico":

Los criterios hallados son lo suficientemente escasos, como para que no resulte congruente un tratamiento estadístico de los mismo, ni prudente mencionar "tendencias".

Solamente puede inferirse que, en el universo estudiado, las manifestaciones de crisis de pánico (sin constituir rarezas) son menos frecuentes que las de síndrome de hiperventilación.

Lo anterior compatibiliza con la bibliografía detectada (12).

A continuación, una síntesis esquemática de estos resultados:

HOMBRES

25 - 45 años (n = 32)

$\bar{X}$  4,56; ES 0,40 (rango = 0-11)

MUJERES

25 - 45 años (n = 39)

$\bar{X}$  7,10; ES 0,49 (rango = 0 -14)

p < 0,05

"JÓVENES"

< 35 años (n = 42)

$\bar{X}$  4,59; ES 0,33

(rango = 0-9)

"VIEJOS"

> 35 años (n = 29)

$\bar{X}$  7,93; ES 0,54

(rango = 3-14)

p < 0,025

HOMBRES "JÓVENES"

< 35 años (n = 19)

$\bar{X}$  4,52; ES 0,49

(rango = 0-8)

HOMBRES "VIEJOS"

> 35 años (n = 13)

$\bar{X}$  7,77; ES 0,79

(rango = 4-13)

p < 0,10 > 0,05

MUJERES "JÓVENES"

$\bar{X}$  4,65; ES 0,47

(rango = 0-9)

MUJERES "VIEJAS"

$\bar{X}$  8,06; ES 0,75

(rangos 3-14)

$p < 0,05$

### - **Discusión**

Los hallazgos en nuestro universo (presencia, por individuo, de criterios de "síndrome de hiperventilación") pueden resumirse así:

- Las mujeres presentan más criterios que los hombres (independientemente de la edad).
- Las personas de mayor edad presentan más criterios que las más jóvenes (independientemente del sexo).
- Las mujeres "viejas" presentan más criterios que las "jóvenes".
- Los hombres "viejos" presentan más criterios que los "jóvenes" (sin alcanzar la significación exigida, pero con una tendencia definida).

Antes de comenzar el análisis de los datos obtenidos, consideramos oportuna la siguiente reflexión estadística: el hecho de que (aun computando separadamente hombres y mujeres) se mantenga la mayor cantidad de criterios en los "viejos", respecto a los "jóvenes", convalida y refuerza lo obtenido comparando a los mismos conjuntamente (independientemente del sexo), modalidad que también demuestra más criterio en los individuos de mayor edad.

Analizando ahora nuestros resultados, los mismos concuerdan con los de los datos bibliográficos citados, en cuanto a la mayor frecuencia de manifestaciones de ansiedad en las mujeres, respecto a los hombres (11).

No coinciden, en cambio, respecto a la frecuencia según la edad: en efecto, la bibliografía encontrada destaca la prevalencia de manifestaciones de ansiedad en personas más jóvenes (11), contrariamente a nuestros hallazgos que demuestran una mayor frecuencia en los individuos de mayor edad.

Desde luego, no incluimos en estos datos bibliográficos las situaciones del tipo de "la ansiedad por separación" (obviamente más frecuente en personas de menor edad: en especial niños y adolescentes).

Constituye un aspecto particularmente importante de nuestro trabajo, elaborar una hipótesis que explique esta discordancia.

Para ello, recurrimos a la "Escala de acontecimientos vitales" de Holmes y Rahe (9); ésta, enumera una serie de situaciones estresantes, frecuentes en el transcurso de la vida, asignando a cada una un puntaje empírico que pretende guardar una cierta relación proporcional con el "stress" que produce en un individuo.

Se justifica reproducir, a continuación, la mencionada escala.

VALOR PROMEDIO ASIGNADO:

1. Muerte del cónyuge:	100
2. Divorcio:	73
3. Separación conyugal:	65
4. Encarcelamiento o confinamiento:	63
5. Muerte de un familiar cercano:	63
6. Enfermedad o lesión personal grave:	53
7. Matrimonio:	50
8. Despido:	47
9. Reconciliación conyugal:	45
10. Jubilación:	45
11. Cambio notable en la salud o en la conducta de un familiar	44
12. Embarazo:	40
13. Dificultades sexuales:	39
14. Existencia de un nuevo familiar (nacimiento, adopción, etc.):	39

15. Reajuste financiero importante (reorganización, quiebra, etc.):	38
16. Cambios importantes en el estado financiero (ganar o perder más de lo habitual):	38
17. Muerte de un amigo íntimo:	37
18. Cambio a una línea o tipo de trabajo distinto:	36
19. Incremento importante en las disputas conyugales:	35
20. Desembolso inusual (compra de casa, negocios, etc.):	31
21. Vencimiento de hipoteca o préstamo:	30
22. Cambio importante en las responsabilidades laborales:	29
23. Abandono del hogar por parte de algún hijo (matrimonio, independencia, etc.):	29
24. Problema con la ley:	29
25. Triunfo personal sobresaliente:	28
26. Esposa que comienza o abandona el trabajo fuera de casa:	26
27. Inicio o finalización de la escolaridad:	26
28. Cambio importante en las condiciones de vida (nueva casa, deterioro vida vecindario):	25
29. Cambio de hábitos personales (vestuario, amigos, etc.):	24
30. Problemas con los superiores:	23
31. Cambio importante en las condiciones o en el horario del trabajo:	20
32. Cambio de residencia:	20

33. Cambio a una nueva escuela:	20
34. Cambio importante en el tipo y/o cantidad de tiempo libre:	19
35. Cambio importante en la frecuencia de ir a la iglesia:	19
36. Cambio importante en las actividades sociales (clubes, cine, visitas, etc.):	18
37. Contraer hipoteca o préstamo inusuales (coche, TV, etc.):	18
38. Cambio importante en los hábitos de sueño:	16
39. Cambio importante en el número de familiares que viven juntos:	15
40. Cambios importantes en los hábitos dietéticos:	15
41. Vacaciones:	13
42. Navidad:	12
43. Transgresión menor de la ley (manifestaciones, infracción de tránsito):	11

Extrapolando una modalidad empleada en otro trabajo (3), seleccionamos aquellas situaciones que (obviamente, según nuestro criterio) tienen mayor probabilidad de suceder en el grupo "joven" (menos de 35 años) o en el "viejo" (más de 35 años), independientemente del sexo.

Con esta finalidad, asignamos a "jóvenes" o a "viejos" cada una de las 43 situaciones de la citada escala, exigiendo (en cada caso, para adoptar esta decisión) una mayoría mínima de los dos tercios del grupo de autores intervinientes en esta evaluación.

En caso de no cumplirse con este requisito aritmético, la situación analizada no se computa y no influye en el contexto general: es decir, equivale a un puntaje de cero, para ambos grupos de edades.

Por ejemplo, con enfoque estadístico, es razonable asumir que la muerte de un familiar cercano (punto 5 de la escala) es probablen-

te más frecuente en individuos de mayor edad: en este caso, se asigna un puntaje de 63 a este último grupo y de cero a los "jóvenes".

Una suerte de "Ley del todo o nada": valga la comparación con el potencial de acción en las membranas excitables.

Asumimos eventuales críticas al modelo "numérico" adoptado, pero señalamos que, mediante el mismo, pretendemos lograr una aproximación fundamentable para "medir" situaciones extremadamente difíciles de cuantificar.

Destacamos sin embargo la importancia de que el sistema utilizado se emplee con el mismo criterio y en todos los casos; asimismo, la trascendencia de que el mismo esté, a su vez, basado en una escala elaborada sin duda por expertos y cuya finalidad es también asignar un valor medible a numerosos acontecimientos vitales "ansio-genos".

Con esta metodología, el grupo de más edad (es decir, de más de 35 años) obtiene un puntaje de 460, mientras que el de menor edad (menos de 35 años) totaliza 240 puntos.

La diferencia es, sin duda, llamativa.

Lo anterior podría constituir un razonable fundamento para nuestros hallazgos: concretamente, los eventos "ansio-genos" de Holmes y Rahe, serían más frecuentes (en nuestro universo, con sus características en cuanto a rango de edades) en los individuos de mayor edad, presentando consiguientemente éstos un mayor número de criterios del síndrome de hiperventilación.

Consideramos interesante destacar, además, que nuestros dos "subuniversos" (25-35 y 35-45 años) pueden rotularse ambos de "jóvenes", desde luego más el mencionado en primer término: encontramos, aún en este rango de edades, diferencias.

Los datos bibliográficos detectados comparan probablemente personas con intervalos mayores de edad (es decir más definibles como "jóvenes" y "viejos").

Es posible que lo anterior influya en la discordancia entre los citados hallazgos bibliográficos y nuestros resultados: tal vez, nuestra investigación señale un interesante y diferente comportamiento en subgrupos de individuos con edades rotulables de "juveniles".

Dejamos para el final de la discusión, un aspecto que nos interesa particularmente mencionar.

La conocida "Escala de Hamilton" (para la evaluación de la depresión) es un buen ejemplo de un patrón de criterio diagnóstico y cuestionario de relevamiento; es considerado satisfactoriamente fidedigno.

La citada escala implica un conjunto de "criterios" que suman, como máximo, 50 puntos.

Cuando la suma del puntaje de los 17 "item" que la componen supera los 15 puntos (es decir el 30%) se sugiere sospechar la presencia de depresión, quedando ubicado el gradiente de severidad de las mismas entre 15 y 50 puntos.

Si adoptásemos un enfoque similar (por supuesto arbitrariamente) para el caso del "síndrome de hiperventilación" y teniendo en cuenta los 18 criterios asumidos para el mismo, éste debería sospecharse en los individuos que presentan más del 30% de los criterios (es decir, redondeando, más de 6); de ahí en más, a mayor número de criterios, mayor severidad del síndrome.

Ahora bien y reiterando la arbitrariedad de estos "límites", recordamos a continuación los promedios obtenidos en nuestro universo:

$\bar{X}$  hombres 4,56 "versus" x mujeres 7,10

$\bar{X}$  jóvenes 4,59 "versus" x viejos 7,93.

$\bar{X}$  hombres jóvenes 4,52 "versus" x hombres viejos 7,77.

$\bar{X}$  mujeres jóvenes 4,65 "versus" x mujeres viejas 8,06.

Surge de los datos anteriores, que el promedio de criterios por individuo, se mantiene por debajo del límite de "sospecha" o bien lo supera levemente.

Consideramos razonable pensar que lo señalado podría constituir un importante aporte en favor de la "normalidad" del universo explorado.

Por otra parte, del análisis de los casos individuales, resultan con más del 30% de criterios (es decir más de 6) de "síndrome de

hiperventilación" y consiguientemente compatibles con padecer del mismo, los siguientes porcentajes de encuestados:

- 12,5% de los hombres "versus" 59% de las mujeres.
- 24% de los jóvenes "versus" 62% de los viejos.
- 21,7% de las mujeres jóvenes "versus" 62,5% de las mujeres viejas.
- 26,3% de los hombres jóvenes "versus" 61,5% de los hombres viejos.

Estos datos, no hacen más que ratificar los resultados obtenidos y oportunamente comentados: entendemos que esta circunstancia hace más verosímil la comparación arbitraria ensayada (sobre la base de la escala de Hamilton para la depresión).

Nos interesa, finalizando, aclarar el siguiente concepto: entendemos admisible aceptar que un determinado individuo pueda presentar un "síndrome de hiperventilación" definido o bien manifestaciones "incluíbles" en el contexto del mismo.

Tal vez, en este último caso, se podría hablar de síndrome de hiperventilación "incompleto" ("frustrado"?).

Recordamos que nuestro trabajo se propone investigar presencia de criterios del citado síndrome, en individuos supuestamente "normales".

## **CONCLUSIONES Y REFLEXIONES FINALES**

La ansiedad es un motivo muy común de consulta en la atención médica primaria, afectando a pacientes de cualquier sexo y edad.

Es de trascendental importancia que los profesionales del arte de curar posean adecuados conceptos epidemiológicos acerca de la misma, condición previa necesaria para un diagnóstico y orientación terapéutica racionales.

Puede manifestarse de diferentes maneras, entre éstas y a menudo lo hace con las características del "síndrome de hiperventilación" y eventuales "crisis de pánico".

En el universo (rotulable de "normal") que exploramos, las manifestaciones compatibles con el citado síndrome son más frecuentes en las mujeres que en los hombres (independientemente de la edad y en coincidencia con las referencias bibliográficas halladas); también son más frecuentes, siempre en nuestro universo, en los individuos de mayor edad, respecto a los más jóvenes (independientemente del sexo y en discordancia con los datos bibliográficos encontrados).

Proponemos, como hipótesis explicativa del mencionado hallazgo discordante, la mayor frecuencia de "acontecimientos vitales" estresantes (según la escala de Holmes y Rahe) en los individuos más viejos, por lo menos en el rango de edades comparadas en nuestro estudio.

Este síndrome, incluye la presencia de signosintomatología y manifestaciones a nivel de estudios complementarios, polifacéticos y que pueden resultar particularmente difíciles de interpretar con criterio unicista, constituyendo un ejemplo más de las complejas e insolubles interrelaciones psicósomáticas en el ser humano.

Por su elevada frecuencia de presentación y por sus características (especialmente su somatización "síndromática", clínicamente detectable) pensamos que sería sensato adoptarlo como una referencia razonablemente extrapolable a la ansiedad en general, aportando utilidad para la presunción diagnóstica de esta última, en la práctica médica no especializada.

Este es el "espíritu" que anima nuestro ensayo epidemiológico: tal vez, prudentemente, implique un toque de originalidad.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Kaplan HI, Sadock BJ. Tratado de psiquiatría. Editorial Intermédica. Buenos Aires. VI edición. Vol. 1. Cap. 11: clasificación de los trastornos mentales; 1997; pág. 629-661.
2. Loo H, Spadone C, Baladi A. Aproximación actual a los trastornos por ansiedad. Vértex 1991; 2: 264-267.
3. Campana H, Carena J, Bermejo A, Motta R, Cuello C, Elias G et al. Síndrome de hiperventilación: actualización de conceptos, a propósito de un caso clínico. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo 1989; 12: 23-26.

4. Campana H, Magni R, Falcioni S, Santilli A, García M, Solchaga L et al. Ansiedad y pánico: investigación multicéntrica. Precap (publicación para profesionales de centro de salud). Ministerio de Salud - Mendoza 1996; 4: 10-12.

5. Munlagurria AJ, Libman J. Semiología clínica. Librería "El Ateneo" Editorial. Buenos Aires. I edición. Vol. 3. Cap. 86: Otros síndromes (síndrome de hiperventilación idiopático); 1992; pág. 485.

6. Leiguarda RC. Biblioteca de Medicina - Neurología. Librería "El Ateneo" Editorial. Buenos Aires. I edición. Vol. 10. Cap. 27: Enfermedades metabólicas y nutricionales del sistema nervioso (síndrome de hiperventilación); 1992; pág. 644.

7. Katon W, Kleinman A, Rosen G. Depression and somatization: a review. Am J Med 1982; 72: 127-134.

8. Shafran S. The chronic fatigue syndrome. Am J Med 1991; 90: 730-739.

9. Cía A. Ansiedad, estrés, pánico, fobias. Editorial "Estudio Sigma S.R.L.". Buenos Aires. I edición. Cap.: Trastornos por ansiedad; 1994; pág. 106-107.

10. Katon W, Roy-Byrne PR Mixed anxiety and depression. J Abnorm Psychol 1991; 100:337.

11. Gregory M. Hyperventilation syndromes: infrequently recognized common expressions of anxiety states. Medicine 1982; 51: 219.

12. Cowley D, Roy-Byrne P. Hyperventilation and panic disorders. Am J Med 1987; 83: 929.

13. Costilla (h) RE. Desórdenes de pánico. Rev Arg Squiatr Biol 1996; 3: 4-8.

14. Hornsveld HK, Garssen B, Fiedeldij Dop MJC, van Spiegel PI, de Haes JCJM. Double-blind placebo-controlled study of the hyperventilation provocation test and the validity of the hyperventilation syndrome. Lancet 1996; 348: 154-158.

15. Fustinoni O, Fustinoni O (hijo), Fustinoni JC. Semiología del sistema nervioso. Librería "El Ateneo" Editorial. Buenos Aires. XII edición. Cap. 15: Síndromes neurológicos (vértigos funcionales); 1991; pág. 403.

16. Dox I, Biagio JM, Gilbert ME. Diccionario médico ilustrado. Editorial Anejo Producciones S.R.L. Buenos Aires. II edición. Vol. 2: Epidemiología; 1995; pág. 175.

17. Kaplan H, Sadock B, Grebb J. Sinopsis de psiquiatría. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires. VII edición. Cap. 16: Trastornos de la ansiedad; 1996; pág. 588-597.

18. Grupo multidisciplinario de trabajo. D.S.M. - IV - Atención primaria. Editorial Masson S.A. Barcelona. I edición. Cap. 4: Introducción al algoritmo de la ansiedad; 1997; pág. 50-61.

19. Kirmayer LJ, Young A, Hayton BC. The cultural content of anxiety disorders. *Psych Clin North Am* 1995; 18(3): 503-521.

20. Kessler R. The epidemiology of mental illness. *Arch Gen Psych* 1993; 51: 25-37.

21. Last CG, Hersen M, Kazdin A. Anxiety disorders in children and their families. *Arch Gen Psych* 1991; 48: 928-934.

22. Kagan J. Temperamental contributions to social behavior. *Amer Psychol* 1989; 44: 668-674.

23. Angst J. Epidemiología de los trastornos afectivos. *Salud Mental* 1992; 15: 1-5.

24. Weissman M. The epidemiology of anxiety and panic disorders, an update. *J Clin Psych* 1986; 47: 11-16.

25. Eaton WW. Progress in the epidemiology of anxiety disorders. *Epidemiol rev* 1995; 17(1): 32-38.