

## Trastornos de ansiedad en pacientes hospitalizados en Medicina Interna

Guillermo Hernández G, Gricel Orellana V, Mónica Kimelman J, Carlos Nuñez M<sup>a</sup>, Carolina Ibáñez H.

### *Anxiety disorders among patients hospitalized in a medical ward*

**Background:** Anxiety symptoms and anxiety disorders are common among medical patients, however few studies differentiate both and consider the psychiatric comorbidity of anxiety disorders among such patients. **Aim:** To evaluate the presence of anxiety disorders among patients admitted to a medical ward. **Patients and methods:** Random selection of 406 patients (mean age 56 years, 203 female), hospitalized in a medical ward of a public hospital, mainly for cardiovascular, genitourinary and digestive diseases. All were assessed using an structured interview for DSM-III-R. **Results:** Twenty six percent of women and 13% of men had anxiety disorders. Fifteen percent of women and 6% of men had specific phobias, 7% of women and 4% of men had generalized anxiety, 5% of women and 0.5% of men had agoraphobia, 3% of women and 0.5% of men had social phobia, 1% of men and 0.5% of women had panic disorders and 0.5% of women had a post traumatic stress. Specific phobias and social phobias started during childhood. Anxiety and agoraphobia started during adulthood. Among patients with anxiety disorders, 43% of women and 34% of men did not have other psychiatric ailment, 34% of women and 19% of men had an associated depression and 34% of men had disorders due to use of alcohol. **Conclusions:** A high proportion of patients hospitalized in medical wards have anxiety disorders, that once identified it may help to treat the medical ailments (Rev Méd Chile 2005; 133: 895-902).

**(Key Words:** Agoraphobia; Anxiety; Diagnostic and statistical manual of mental disorders; Depression)

Recibido el 23 de septiembre, 2004. Aceptado en versión corregida el 13 de abril, 2005.

Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Sur, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

<sup>a</sup>Psicólogo

La ansiedad es una vivencia universal. Surge en respuesta a exigencias o amenazas como señal para buscar la adaptación. Suele ser transitoria y percibida como nerviosismo y desasosiego; ocasionalmente como terror y pánico. Si se hace persistente,

intensa, autónoma, desproporcionada a los estímulos que la causan y genera conductas evitativas o retraimiento, se la incluye entre los trastornos mentales<sup>1-3</sup>.

La clasificación de la OMS ubica la ansiedad clínica entre los «trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos». Los cuadros de ansiedad ante situaciones bien definidas o ante objetos externos no amenazantes se denominan fóbicos; el trastorno de pánico, la ansiedad generalizada, el trastorno ansioso-depresivo y los cuadros

*Correspondencia a:* Guillermo Hernández G. Departamento de Psiquiatría Sur, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Casilla 226, Correo 13 San Miguel, Santiago. FonoFax: 5517906. E mail: ghergal@hotmail.com

obsesivo-compulsivos, están menos relacionados con situaciones particulares. Situaciones de estrés pueden causar trastornos adaptativos o postraumáticos. La ansiedad es menos distinguible en los trastornos disociativos y somatomorfos<sup>4</sup>. Los manuales DSM más recientes reconocen doce trastornos de ansiedad y a los trastornos disociativos, somatomorfos y adaptativos, les asignan capítulos propios<sup>5,6</sup>. La frecuencia de estos trastornos es alta en la población general<sup>7-10</sup>. Los trastornos de ansiedad suelen ser comórbidos entre sí y con otros trastornos psiquiátricos<sup>3,11-15</sup>. En la atención médica primaria, la ansiedad motiva consultas porque sus síntomas físicos remedan cuadros somáticos o si es correlato de una enfermedad médica<sup>3,16</sup>. A urgencias consultan pacientes que confunden el pánico con infarto miocárdico o que sufren ambos<sup>17-19</sup>.

Durante una hospitalización médica, el enfermo puede sufrir ansiedad si percibe el medio hospitalario amenazante, por estar alejado de sus familiares, si fracasa en afrontar su enfermedad o si es portador de algún trastorno de ansiedad<sup>28</sup>; después de infarto miocárdico y tratamientos como cáncer de mama, se ha descrito estrés postraumático<sup>3</sup>. La ansiedad perturba y limita al paciente para enfrentar la enfermedad y, al médico, puede dificultarle diagnósticos y tratamientos<sup>20</sup>.

Con el fin de identificar los casos de ansiedad clasificable como trastorno, efectuamos un estudio clínico psiquiátrico extenso a hospitalizados en Medicina Interna. Aquí describimos el tipo y frecuencia de los trastornos de ansiedad hallados, la comorbilidad psiquiátrica de estos trastornos y las enfermedades médicas de egreso de los pacientes con trastornos de ansiedad.

#### MATERIAL Y MÉTODO

El estudio se efectuó en Medicina Interna del hospital Barros Luco, entre noviembre de 1994 y abril de 1996. Entonces, ese servicio acumulaba el 50% de las solicitudes de asistencia psiquiátrica para hospitalizados en el complejo hospitalario. El instrumento escogido, «Entrevista Clínica Semiestructurada para el DSM III-R, SCID 1.0» en su versión para «no pacientes psiquiátricos»<sup>21</sup>, se comprende mejor descrito por secciones. La primera está diseñada como entrevista psiquiátrica abierta. En este primer contacto con el entrevistado se recogen datos demográficos, historia

educativa y laboral, psicopatología del último mes o anterior y presencia de estresores ambientales. Se cierra formulando hipótesis diagnósticas. La segunda sección son módulos que contienen un doble *set* de preguntas para determinar ausencia, sospecha o presencia de los criterios que sustentan el diagnóstico actual o pasado de las siguientes entidades: depresión mayor, trastornos bipolares y distimia, detección de psicosis, trastornos por uso de alcohol y sustancias, trastornos somatomorfos, de la conducta alimentaria y adaptativos. El módulo «F» investiga los trastornos de ansiedad: de angustia con y sin agorafobia, agorafobia sin historia de trastorno de angustia, fobia social, fobia específica, obsesivo compulsivo y ansiedad generalizada. Ante la sospecha de cuadros de estrés postraumático y disociativos, los entrevistadores utilizamos preguntas propias para discriminar si se cumplían los criterios del DSM III-R para diagnosticarlas. Cada módulo se completa registrando la presencia o ausencia de los cuadros investigados. Para cualquier cuadro diagnosticado se establece su cronología y la edad de comienzo. La tercera sección «ficha resumen de puntuación» es de análisis y enjuiciamiento clínico de toda la información recogida. Se registran los diagnósticos específicos actuales o de curso de vida, el entrevistador se pronuncia sobre la certidumbre de sus diagnósticos. La SCID está diseñada para clínicos experimentados, exige manejo de sus algoritmos y conocimiento de los criterios diagnósticos del DSM III-R<sup>7</sup>. El análisis de los datos no requiere programas computacionales específicos.

En una fase piloto, cuatro psiquiatras y una trabajadora social entrenada en psiquiatría comprobamos que manejábamos bien el instrumento y que obteníamos resultados confiables.

Los pacientes fueron incorporados mediante muestreo aleatorio simple semanal, usando el número de la cama que ocupaban. Dieron su consentimiento informado para participar. Descartados los estudios repetidos, 203 hombres y 203 mujeres quedaron incluidos en la muestra, 10% y 4%, respectivamente de los egresados en el período del estudio<sup>24</sup>. Más detalles de la metodología usada se dan en las referencias 15, 22 y 28.

Los diagnósticos médicos se obtuvieron de las epícrisis, de los médicos tratantes o de los registros clínicos al egreso de los pacientes. Se ordenaron según los criterios de la CIE 10<sup>23</sup>. Para este informe se actualizó la nomenclatura de los cuadros psiquiátricos<sup>5,6</sup>.

RESULTADOS

Las mujeres que calificaron como cuadros de ansiedad tenían 56,2 años de edad promedio, 49% estaban casadas, 69,8% tenían escolaridad básica, 41% eran pensionadas o jubiladas y 22% dueñas de casa. Los hombres tenían en promedio 53,5 años, 77% estaban casados, 61,5% habían alcanzado sólo escolaridad básica, 46% mantenían actividad laboral remunerada y 46% estaban jubilados o pensionados (Tabla 1).

*Trastornos de ansiedad.* Cincuenta y tres mujeres, 26,1%, y 26 hombres, 12,8%, calificaron para trastornos de ansiedad. La diferencia por género es significativa ( $p < 0,0001$ ).

*Cuadros ansiosos actuales.* (Ver Tabla 2). Considerados aisladamente los cuadros más frecuentes fueron fobias específicas (FESP) 10%. Tuvieron desigual distribución en mujeres, 14,8%, y hombres, 5,9%. Se habían iniciado a los 13,7 años de

**Tabla 1. Variables biodemográficas de pacientes de medicina interna que cumplieron criterios para trastornos de ansiedad**

Variable		Mujeres n=53		Hombres n=26	
Edad:	Rango	21-94		25-78	
	Mediana	62		55	
	Promedio	56,2		53,5	
		n	%	n	%
Estado civil:	Soltero	4	7,5	2	7,6
	Casado	26	49	20	77
	Viudo	12	22,6	2	7,6
	Separado	7	13,2	2	7,6
	Otro	4	7,5	0	0
Escolaridad:	Básica	37	69,8	16	61,5
	Media incompleta	7	13,2	5	19,2
	Media completa	5	9,4	4	15,4
	Superior incompleta	0	0	1	3,8
	Sin dato	3	5,7	0	0
Situación laboral:	Activo	0	0	12	46
	Pensionado/jubilado	22	41	12	46
	Dueña de casa	12	22		
	Otro	19	36	2	7,6

**Tabla 2. Prevalencia de trastornos de ansiedad actuales en 203 hombres y 203 mujeres hospitalizados en medicina interna**

Trastornos de ansiedad	Mujeres		Hombres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Fobia específica	30	14,8	12	5,9	42	10,3
Ansiedad generalizada	15	7,4	9	4,4	24	5,9
Agorafobia SHTA <sup>#</sup>	10	4,9	1	0,5	11	2,7
Fobia social	7	3,4	4	2	11	2,7
Estrés postraumático	2	1	0	0	2	0,5
Angustia c/agorafobia	0	0	1	0,5	1	0,2
Angustia s/agorafobia	2	1	0	0	2	0,5
Total	66*	32,5	27*	13,2	93*	22

<sup>#</sup>SHTA: sin historia de trastorno de angustia. \*Dos o tres trastornos de ansiedad en algunos pacientes.

edad promedio en las mujeres y a los 19 años en los hombres. La segunda frecuencia fue ansiedad generalizada (TAG), 7,4% en mujeres y 4,4% en hombres y de inicio más tardío que la especie anterior; 41,8 años de edad promedio en las mujeres y 33,1 años en los hombres. La agorafobia sin historia de trastorno de angustia (ASHTA) fue la tercera frecuencia en mujeres con 4,9% y rara en hombres, con 0,5%. La edad promedio de comienzo fue 29 años en las mujeres, y 32,5 en los hombres. La fobia social (FSOC) se diagnosticó en 3,4% de las mujeres y en 0,5% de los hombres. Como las FESP, se inició temprano, a los 15,8 años de edad promedio en mujeres y a los 13,3 años en los hombres. El trastorno de angustia (TdANG) afectó a 1% de las mujeres y a 0,5% de los hombres y el estrés postraumático (TEPT) sólo a 1% de las mujeres. No detectamos trastornos obsesivo-compulsivos.

*Cuadros ansiosos en el curso de la vida.* En ocho mujeres habían remitido sin tratamientos específicos tres FESP, dos ASHTA, dos TdANG y una FSOC. Una de estas mujeres cursaba con depresión mayor (TDM) y otra con distimia (DIST).

Dos hombres se habían mejorado de FESP y uno de ASHTA pero continuaba con distimia.

*Cuadros ansiosos únicos y asociados* (Tabla 3). El 43% de las mujeres y 34% de los hombres no presentaron otra condición psicopatológica. Este subgrupo de pacientes solamente ansiosos fueron 12 mujeres que calificaron para un trastorno de ansiedad y 11 que sufrían dos o tres trastornos de esta clase. Dos mujeres con FESP calificaron también para trastorno adaptativo con ánimo ansioso (TAAA).

Entre los hombres, siete presentaban sólo un trastorno de ansiedad y dos calificaron para tres trastornos de ansiedad.

*Trastornos de ansiedad y trastornos depresivos* (Tabla 4). La asociación ansiedad-depresión ocurrió en 34% de las mujeres. Quince con uno o dos trastornos de ansiedad calificaron además para TDM, dos casos de fobias específicas calificaron para depresión doble (distimia y TDM) y en un caso de TAG-FESP se asoció distimia.

En 19% de los hombres con trastornos de ansiedad se detectaron trastornos del ánimo. Un caso de fobia específica se acompañó de depresión mayor. Dos casos de TAG-FESP cursaban con depresión menor; un caso de FESP estaba asociado a distimia y otro a trastorno adaptativo con ánimo depresivo.

**Tabla 3. Trastornos de ansiedad únicos y asociados a otros trastornos de ansiedad en 53 mujeres y 26 hombres hospitalizados en medicina interna**

Trastornos de ansiedad	Mujeres		Hombres		Total	
	n	%	n	%	n	%
FESP	7	13,2	4	15,4	11	13,9
TAG	2*	3,7	2	7,6	4	5,1
Por angustia c/agorafobia	0	0	1	3,8	1	1,3
Agorafobia SHTA	1	1,8	0	0	1	1,3
TEPT	2**	3,7	0	0	2	2,5
TAG-FESP	3	5,6	0	0	3	3,8
FESP-TAAA	2	3,7	0	0	2	2,5
Agorafobia-FESP	1	1,8	1	3,8	1	2,5
FSOC-FESP	2	3,7	1	3,8	3	3,8
Agorafobia-FSOC-FESP	1	1,8	0	0	1	1,3
Agorafobia-FSOC-TAG	1	1,8	0	0	1	1,3
FSOC-TAG -FESP	1	1,8	0	0	1	1,3
Total	23	43,4	9	34,6	32	40,5

\*Ambas abusadoras BZ cv. \*\*Una abuso BZ act.

**Tabla 4. Trastornos de ansiedad asociados a trastornos del estado de ánimo en 53 mujeres y 26 hombres hospitalizados en medicina interna**

Trastornos de ansiedad	Trastornos depresivos	Mujeres		Hombres		Total	
		n	%	n	%	n	%
AGORAF	TDM	3	5,6	0	0	3	3,8
TAG	TDM	3	5,6	0	0	3	3,8
FSOC	TDM	2	3,7	0	0	2	2,5
FESP	TDM	2	3,7	1	3,8	3	3,8
AGORAF-FESP	TDM	2	3,7	0	0	2	2,5
TAG-FESP	TDM	2	3,7	0	0	2	2,5
AGORAF-TAG	TDM	1	1,8	0	0	1	1,3
FESP	DEP. DOBLE	2	3,7	0	0	2	2,5
TAG-FESP	DISTIMIA	1	1,8	0	0	1	1,3
TAG	DEP. MENOR	0	0	1	3,8	1	1,3
FESP	TAAD	0	0	1	3,8	1	1,3
FESP	DISTIMIA*	0	0	1	3,8	1	1,3
FESP	DEP. MENOR	0	0	1	3,8	1	1,3
Total		18	34	5	19,2	23	29

\*Dependencia alcohol curso de vida.

**Tabla 5. Asociación de trastornos de ansiedad y trastornos por uso de alcohol y otras sustancias en 23 hombres hospitalizados en medicina interna**

Trastornos de ansiedad	Trastornos por uso de alcohol	Uso de otras sust.	n	%
TAG	Dependencia actual	-----	1	3,8
FSOC	Dependencia actual	-----	1	3,8
TAG	Dependencia c v	-----	3	11,5
FESP	Dependencia c v	Abuso estimulantes	1	3,8
FSOC-TAG-FESP	Dependencia c v	Uso marihuana c v	1	3,8
FSOC	Abuso actual	Uso marihuana actual	1	3,8
TAG	Abuso c v	-----	1	3,8
FESP	-----	Abuso BZ actual	1	3,8
FESP	-----	Abuso mari y estim act.	1	3,8
Total			11	42,3

c v: curso de vida; act: actual.

*Trastornos de ansiedad y trastornos por uso de alcohol y sustancias* (Tabla 5). El 34,6% de los hombres con trastornos de ansiedad tenía algún trastorno por uso de alcohol.

Cinco casos de TAG estuvieron asociados a dependencia a alcohol actual o en remisión y a abuso de alcohol en el curso de la vida. Un caso de TAG-FSOC-FESP calificó para dependencia a

alcohol en remisión y uso de marihuana. De dos casos de FSOC, uno es dependiente actual a alcohol y otro abusa de alcohol y es usuario de marihuana.

En tres casos de FESP uno fue dependiente a alcohol en el curso de la vida, uno abusaba de benzodiazepínicos (BZ) y uno era usuario de marihuana y estimulantes.

En seis mujeres, asociados a trastornos de ansiedad se presentaron trastornos por uso de sustancias: en un caso de FSOC-FESP-TDM y en otro de TEPT había abuso de BZ; en dos casos de TAG uno calificó para dependencia a BZ en remisión y otro para abuso de BZ en el curso de la vida. Un caso de FESP y depresión doble tenía dependencia a alcohol en remisión y otro caso de FESP de curso de vida cursaba con TDM y había sido dependiente a cocaína y abusadora de alcohol.

Diez mujeres, 18,9% habían sido tratadas por depresión y tres hombres por trastornos por consumo de alcohol.

*Enfermedades médicas* (Tabla 6). Las mujeres egresaron con 2,6 diagnósticos médicos en promedio y los hombres con tres. Los cuadros específicos ordenados en frecuencia decreciente fueron:

Mujeres: Hipertensión arterial, cardiopatía, diabetes mellitus, anemia, insuficiencia renal crónica terminal, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, neoplasia maligna, insuficiencia cardíaca, infección del tracto urinario, enfermedad del colágeno.

Hombres: Hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva e intersticial, cardiopatía, insuficiencia renal crónica terminal, neo-

plasia maligna, mental y del comportamiento. Estas últimas se relacionan con el consumo de alcohol y tabaco. Las enfermedades digestivas representadas por gastritis, esofagitis y úlceras gástrica y duodenal con y sin hemorragia y hemorragia digestiva por causa no precisada junto a cirrosis hepática y hepatopatía, son el segundo grupo en frecuencia en hombres y el séptimo en mujeres.

En hombres no se diagnosticaron infecciones del tracto urinario, enfermedades de la conducción eléctrica del corazón, de arterias o venas ni obesidad. Tuberculosis se diagnosticó en un hombre y en cuatro mujeres.

#### DISCUSIÓN

Este estudio se llevó a cabo ciñéndose al enfoque «ateórico» adoptado en el DSM-III-R respecto a la etiología de los trastornos mentales, evitando presuponer que la enfermedad médica tuviera un rol causal en la ansiedad. Entrevistamos a los pacientes para formular diagnósticos psiquiátricos y recogimos los diagnósticos somáticos después del alta hospitalaria.

Los estudios extranjeros en pacientes médicos hospitalizados, comúnmente, identifican primero cierta clase de enfermos para estudiar después su

**Tabla 6. Enfermedades médicas de egreso (CIE-10) en pacientes de medicina interna que cumplieron criterios para trastornos de ansiedad**

Enfermedades médicas	Mujeres		Hombres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Infecciosas y Parasitarias	6	4,2	1	1,2	7	3,1
Neoplasias	7	4,9	5	6,1	12	5,4
De la sangre	8	5,7	2	2,4	10	4,5
Endoc, nutic y metabol.	17	12	7	4,5	24	10,7
Mentales y del comport.	2	1,4	6	7,3	8	3,6
Del Sistema nervioso	3	2,1	2	2,4	5	2,2
Del Sistema circulatorio	46	32,6	18	21,9	64	28,7
Del Sistema respiratorio	12	8,5	8	9,7	20	8,9
Del Sistema digestivo	6	4,2	15	18,3	21	9,4
Del Sist. musc/esq. y t. con.	6	4,2	3	3,6	9	4
Del Sist. genitourinario	22	15,6	10	12,2	32	14,3
Otras	6	4,2	5	6,1	11	4,9
Total	141	100	82	100	223	100

condición psiquiátrica<sup>13,18</sup> y las publicaciones nacionales existentes se han orientado a distinguir pacientes con y sin psicopatología<sup>25,26</sup> o con depresión<sup>27</sup>. Contribuye a la falta de referencias equivalentes para este artículo la escasez de datos recogidos con los criterios del DSM III-R/SCID 1.0. La corta vigencia de esa versión del manual y de la entrevista, siete años el primero y menos aún la entrevista, no dio tiempo para que se usaran extensamente como instrumentos de investigación.

Las comparaciones más pertinentes, pese a las diferencias de poblaciones, muestras e instrumentos, pueden hacerse con datos del estudio de Vicente y cols, que usaron los criterios DSM-III-R/CIDI para determinar la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población general chilena<sup>9</sup>. Los resultados de ambos estudios muestran que los cuadros ansiosos son los más frecuentes y están por sobre la depresión. En nuestra muestra una de cada cuatro mujeres y uno de cada ocho hombres tuvo trastornos de ansiedad. Para nosotros el cuadro más frecuente fue la fobia específica, 10,3%, cuadro no incluido en los resultados comunicados para la población general que encontró, en cambio, la agorafobia como el cuadro más frecuente con 11,1%. Respecto a otros cuadros nosotros detectamos más ansiedad generalizada y menos estrés postraumático.

En otro trabajo nuestro con pacientes hospitalizados en servicios médico-quirúrgicos referidos al psiquiatra, usamos el DSM IV-TR/SCID 1.0, y hallamos 28% de trastornos ansiosos. Nuevamente la fobia específica fue el cuadro más frecuente, 17%. La agorafobia la encontramos como cuadro de curso de vida sólo una vez<sup>28</sup>. El DSM-IV-TR sugiere que en estudios epidemiológicos la prevalencia de agorafobia está sobredimensionada y en la reevaluación de casos se observaron fobias específicas.

La comorbilidad de los cuadros ansiosos entre sí se menciona a menudo en la literatura, pero rara vez se dan cifras. La reconocida asociación entre ansiedad y depresión<sup>8,10</sup> ocurrió en un tercio de las mujeres hospitalizadas; en un tercio de los hombres ocurrió la asociación enfermedad médica-trastorno de ansiedad-trastornos por uso de alcohol, como también lo señaláramos en otra publicación<sup>15</sup>. Estas asociaciones a menudo se mencionan, pero pocas veces se explicita qué entidades clínicas las configuran.

Creemos que los resultados de este estudio comenzado en 1994 y finalizado en 1996 conservan su validez hoy, puesto que los cambios introducidos en las versiones DSM-IV y IV-TR fueron reordenamientos de las introducciones al capítulo, discusiones para futuras investigaciones y comparaciones con el capítulo V de la CIE 10. Respecto a nomenclatura la fobia simple del DSM III-R, pasó a denominarse fobia específica en las siguientes versiones del manual y la fobia social de las versiones III-R y IV conservó su nombre en la edición IV-TR aunque ésta sugiere que se la denomine trastorno de ansiedad social. Más importante que lo anterior es que la ansiedad no ha cambiado, por lo que los criterios diagnósticos, para los trastornos de ansiedad primarios, son muy parecidos en las tres ediciones del manual y un clínico formado puede diagnosticar los mismos cuadros con las ediciones III-R y IV-TR como lo comprobamos al realizar el estudio antes mencionado<sup>27</sup>. Los DSM IV y IV-TR incluyen tres trastornos de ansiedad secundarios; por estrés agudo, inducidos por sustancias y por enfermedades médicas. Exigen que la ansiedad esté inequívocamente asociada a los eventos que les da origen. La experiencia clínica nos lleva a creer que de haber estado frente a ansiedad de esta clase la hubiésemos detectado y vinculado con su causa. Además para cada cuadro encontrado establecimos su cronología y la mayoría de los cuadros eran de larga evolución como suelen serlo los trastornos de ansiedad.

Este estudio tiene las limitaciones de cualquier estudio transversal y falta de referencias adecuadas para su comparación. Por el tiempo invertido en cada paciente y en la acumulación de la muestra ofrece dificultades para replicarlo. Enfoca la ansiedad de un grupo en que la misma condición que llevó a elegirlos, enfermos somáticos durante una hospitalización, aporta variables cuya significación no pesamos en la génesis de la ansiedad.

No obstante lo anterior, suponemos que discriminar los cuadros ansiosos y otras condiciones psiquiátricas coexistentes, constituye un aporte para entender y tratar mejor al paciente con ansiedad. La ansiedad surgida en respuesta a la condición médica y a la hospitalización, que en esta investigación no hallamos pero que está presente en el ámbito médico, merece investigación específica.

REFERENCIAS

1. CAPONI R. La angustia según Freud, Klein y Bion. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 1994; 32: 151-4.
2. GLOGER S, RAMÍREZ C, HERNÁNDEZ O, ROJAS J, HERNÁNDEZ L. Vínculos tempranos y trastorno de pánico: un estudio controlado. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 1994; 32: 177-83.
3. ROSENBAUN J, POLLACK M, OTTO M, BERSTEIN J. Pacientes con ansiedad. En Cassem N, ed. *Manual de Psiquiatría en Hospitales Generales*. Harcourt Brace de España, 1998; 179-220.
4. *CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas guías para el diagnóstico*, F40-F48. OMS. Madrid: Meditor, 1992; 167-215.
5. *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, 1995.
6. *DSM IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, 2002.
7. *DSM III-R Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, 1985.
8. ARAYA R, ROJAS G, FRITSCH R, ACUÑA J, LEWIS G. Common mental disorders in Santiago, Chile. Prevalence and socio-demographic correlates. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 228-33.
9. VICENTE B, RIOSECO P, SALDIVIA S, KOHN R, TORRES S. Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECP). *Rev Méd Chile* 2002; 130: 527-36.
10. ARAYA R, ROJAS G, LEWIS G. Desórdenes mentales comunes, depresión y salud pública. *Rev Méd Chile* 1998; 126: 582-9.
11. FYER A, MANNUZZA S, COPLAN J. Trastornos de Ansiedad. Trastornos por Pánico y Agorafobia en Kaplan H, Sadock B, ed. *Tratado de Psiquiatría*. Buenos Aires: Intermédica, 1997; 1119-31.
12. BARLOW D, LIEBOWITZ M. Fobia específica y social en Kaplan H, Sadock B, ed. *Tratado de Psiquiatría*. Buenos Aires: Intermédica, 1997; 1132-45.
13. SMITH G, CLARK D, HANDRINOS D, DUNSI A, MCKENZIE D. Consultation-Liaison psychiatrist' management of somatoform disorders. *Psychosomatics* 2000; 41: 481-9.
14. VAN BALKOM A, DE BEURS E, DEEG D, VAN DYCK R, VAN TILBURG W. Comorbidity of the anxiety disorders in a community-based older population in The Netherlands. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 101: 37-45.
15. HERNÁNDEZ G, MONTINO O, KIMELMAN M, ORELLANA G, NÚÑEZ C, IBÁÑEZ C. Prevalencia de trastornos psiquiátricos por uso de alcohol y otras sustancias en hombres y mujeres hospitalizados en medicina interna de un hospital de Santiago de Chile. *Rev Méd Chile* 2002; 130: 651-60.
16. FLORENZANO R, ACUÑA J, FULLERTON C, LÓPEZ S, AYLWIN W, QUINTEROS M Y COLS. Frecuencia, características y manejo de los pacientes con desórdenes emocionales atendidos en el nivel primario. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 1993; 31: 151-7.
17. GLOGER S. Ataques de pánico, prolapso de la válvula mitral y clomipramina. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 1983; 21: 210-4.
18. DAMMEN T, ARNESEN H, EKEBERG O, HUSEBYE T, FRIIS S. Panic disorder in chest pain patients referred for cardiological outpatient evaluation. *Journal of Internal Medicine* 1999; 245: 497-507.
19. FIGUEROA G. El trastorno de angustia y la enfermedad de Freud. *Rev Méd Chile* 1997; 125: 363-70.
20. LECRUBIER Y. The burden of depression and anxiety in general medicine. *J Clin Psychiatry* 2001; 62 [suppl 8]: 4-9.
21. SPITZER R, WILLIAMS J, GIBBON M, FIRST M. Entrevista clínica estructurada para el DSM III-R. SCID. Guía del usuario para la entrevista estructurada para el DSM III-R. Barcelona: Edika-Med, S.L, 1993.
22. HERNÁNDEZ G, IBÁÑEZ C, KIMELMAN M, ORELLANA O, MONTINO O, NÚÑEZ C. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en hombres y mujeres hospitalizados en un servicio de medicina interna de Santiago de Chile. *Rev Méd Chile* 2001; 129: 1279-88.
23. ICD 10 International Statistical Classification of Diseases and Related Problems. Tenth Revision. Volume 1. Geneva: World Health Organization, 1992.
24. Hospital Barros Luco: Servicio de Orientación Médico Estadístico (SOME). Servicio de Estadística.
25. TAPIA P, MICHELLI C, KOPPMAN A. Morbilidad psiquiátrica en un hospital general. *Rev Psiquiatr Clin* 1994; 31: 99-107.
26. FULLERTON C, ACUNA J, FLORENZANO R, CRUZ C, WEIL K. Psicopatología en pacientes hospitalizados en un hospital general. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2003; 41: 103-9.
27. SILVA H, CARVAJAL C. Depresión unipolar: aspectos demográficos y epidemiológicos en un grupo de pacientes hospitalizados. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 1986; 24: 169-74.
28. HERNÁNDEZ G, GALLARDO-ZURITA P, SEPÚLVEDA R, MORALES DE SÉTIEN P. Psiquiatría de enlace en servicios médico-quirúrgicos de dos hospitales del área sur de Santiago. *Rev Méd Chile* 2004; 132: 725-32.