



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**



**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO
A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MEDICO**

TEMA:

TRASTORNOS PSIQUIATRICOS ASOCIADOS AL
CONFINAMIENTO SOCIAL: PSICOSOMATIZACIÓN DE
SINTOMATOLOGÍA EN ADULTOS JÓVENES Y ADULTOS
MAYORES.

AUTOR:

BUSTAMANTE ANCHUNDIA LEONARDO JOSÉ

TUTORA:

DRA. ANA MARÍA VITERI ROJAS

GUAYAQUIL – ECUADOR 2022

**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO
A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MEDICO**

TEMA:

TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS ASOCIADOS AL
CONFINAMIENTO SOCIAL: PSICOSOMATIZACIÓN DE
SINTOMATOLOGÍA EN ADULTOS JÓVENES Y ADULTOS
MAYORES.

AUTOR:

BUSTAMANTE ANCHUNDIA LEONARDO JOSÉ

TUTORA:

DRA. ANA MARÍA VITERI ROJAS

GUAYAQUIL – ECUADOR 2022

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y
TECNOLOGÍA

**ANEXO XI.- FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE
GRADUACIÓN**

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS ASOCIADOS AL CONFINAMIENTO SOCIAL: PSICOSOMATIZACIÓN DE SINTOMATOLOGÍA EN ADULTOS JÓVENES Y ADULTOS MAYORES.		
AUTOR:	Bustamante Anchundia Leonardo José		
REVISOR / TUTOR:	Dra. Ana María Viteri Rojas (TUTORA)		
INSTITUCIÓN:	Universidad de Guayaquil		
UNIDAD/FACULTAD:	Facultad de Ciencias Médicas		
CARRERA:	Medicina		
GRADO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	Marzo del 2022	N.º DE PÁGINAS:	79
ÁREAS TEMÁTICAS:	Psicología y Psiquiatría		
PALABRAS CLAVES / KEYWORDS:	trastorno, psique, somatización, depresión, ansiedad		
La depresión es una patología caracterizada por tristeza y ánimo bajo, asociada a falta de motivación; la ansiedad es una respuesta fisiológica a situaciones de riesgo, se vuelve patológica cuando se cronifica o intensifica afectando negativamente la calidad de vida de un individuo. OBJETIVO: Determinar cuáles son los trastornos psiquiátricos asociados al confinamiento social y su psicosomatización de la sintomatología en pacientes adultos jóvenes y adultos mayores en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el periodo de 2020 a 2021. METODOLOGÍA: Se realizó un estudio de tipo analítico, descriptivo, retrospectivo, de controles y casos y transversal. RESULTADOS: Se evaluó a una muestra de 78 pacientes, donde se evidenció que estos trastornos afectan más al sexo femenino, en el rango de edad de 18-39 años, los síntomas más frecuentes fueron la angustia, llanto fácil e insomnio. CONCLUSIONES: El Trastorno de Ansiedad Generalizada fue el más frecuente durante el confinamiento.			
ADJUNTO PDF:	☒ SI	☐	NO
CONTACTO CONAUTOR/ES:	Teléfono: 0982761 952		E-mail: leonardo.bustamanteac@ug.edu.ec
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Universidad de Guayaquil – Facultad de Ciencias Médicas Teléfono: 0422390311 E-mail: http://www.fcm.ug.edu.ec		

**ANEXO XII.- DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y DE AUTORIZACIÓN
DE LICENCIA GRATUITA INTRANSFERIBLE Y NO EXCLUSIVA
PARA EL USO NO COMERCIAL DE LA OBRA CON FINES NO
ACADÉMICOS**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE MEDICINA

**LICENCIA GRATUITA INTRANSFERIBLE Y NO COMERCIAL DE LA
OBRA CON FINES NO ACADÉMICOS**

Yo, **BUSTAMANTE ANCHUNDIA LEONARDO JOSÉ** con **CI. 1207468099** certifico que los contenidos desarrollados en este trabajo de titulación, cuyo título es “**TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS ASOCIADOS AL CONFINAMIENTO SOCIAL: PSICOSOMATIZACIÓN DE SINTOMATOLOGÍA EN ADULTOS JÓVENES Y ADULTOS MAYORES**” es de mi absoluta propiedad y responsabilidad, en conformidad al Artículo 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN*, autorizo la utilización de una licencia gratuita intransferible, para el uso no comercial de la presente obra a favor de la Universidad de Guayaquil.



**BUSTAMANTE ANCHUNDIA LEONARDO
JOSÉ**

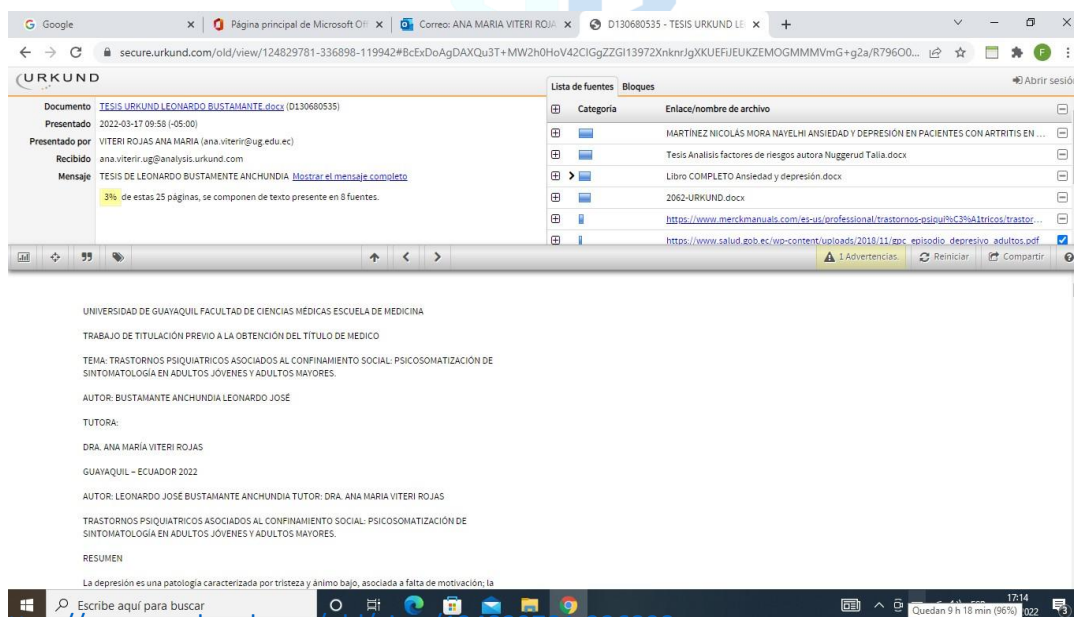
CI: 1207468099

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA
UNIDAD DE TITULACIÓN**

ANEXO VII.- CERTIFICADO PORCENTAJE DE SIMILITUD

Habiendo sido nombrada **DRA. ANA MARIA VITERI ROJAS**, Tutora del trabajo de titulación certifico que el presente de titulación ha sido elaborado por **BUSTAMANTE ANCHUNDIA LEONARDO JOSÉ** con **CI. 1207468099**. Con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de **MÉDICO**.

Se informa que el trabajo de titulación: **“TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS ASOCIADOS AL CONFINAMIENTO SOCIAL: PSICOSOMATIZACIÓN DE SINTOMATOLOGÍA EN ADULTOS JÓVENES Y ADULTOS MAYORES”** ha sido orientado durante todo el periodo de ejecución en el programa antiplagio URKUND quedando el **3%** de coincidencia.



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS ESCUELA DE MEDICINA
TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO
TEMA: TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS ASOCIADOS AL CONFINAMIENTO SOCIAL: PSICOSOMATIZACIÓN DE SINTOMATOLOGÍA EN ADULTOS JÓVENES Y ADULTOS MAYORES.
AUTOR: BUSTAMANTE ANCHUNDIA LEONARDO JOSÉ
TUTORA:
DRA. ANA MARIA VITERI ROJAS
GUAYAQUIL - ECUADOR 2022
AUTOR: LEONARDO JOSÉ BUSTAMANTE ANCHUNDIA TUTOR: DRA. ANA MARIA VITERI ROJAS
TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS ASOCIADOS AL CONFINAMIENTO SOCIAL: PSICOSOMATIZACIÓN DE SINTOMATOLOGÍA EN ADULTOS JÓVENES Y ADULTOS MAYORES.
RESUMEN
La depresión es una patología caracterizada por tristeza y ánimo bajo, asociada a falta de motivación; la

<https://secure.arkund.com/old/view/124829781-336898-119942#BcExDoAgDAXQu3T+MW2h0HoV42CIGgZZGI13972XnknrJgXKUEFIJEUKEZEMOGMMVMG+g2a/R796O0Y7aeWFNTyqlaoqJuyu3w8=>



Firmado digitalmente por:
**ANA MARIA
VITERI**

**DRA. ANA MARIA VITERI ROJAS
C.I. 0909780876
FECHA: 16/Marzo/2022**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA
UNIDAD DE TITULACIÓN**

ANEXO VI. - CERTIFICADO DEL TUTOR

Guayaquil, 15 de septiembre del 2021

Dra. María Luisa Acuña Cumba

DIRECTORA DE ESCUELA DE MEDICINA

FACULTAD CIENCIAS MÉDICAS

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

De mis consideraciones:

Envío a Ud. el Informe correspondiente a la tutoría realizada al Trabajo de Titulación **“TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS ASOCIADOS AL CONFINAMIENTO SOCIAL: PSICOSOMATIZACIÓN DE SINTOMATOLOGÍA EN ADULTOS JÓVENES Y ADULTOS MAYORES”**, indicando que ha cumplido con todos los parámetros establecidos en la normativa vigente:

- El trabajo es el resultado de una investigación.
- El estudiante demuestra conocimiento profesional integral.
- El trabajo presenta una propuesta en el área de conocimiento.
- El nivel de argumentación es coherente con el campo de conocimiento.

Adicionalmente, se adjunta el certificado de porcentaje de similitud y la valoración del trabajo de titulación con la respectiva calificación.

Dando por concluida esta tutoría de trabajo de titulación, **CERTIFICO**, para los fines pertinentes, que el estudiante está apto para continuar con el proceso de revisión final.

Atentamente,



Firmado electrónicamente por:

**ANA MARIA
VITERI**

DRA. ANA MARIA VITERI ROJAS
C.I. 0909780876
FECHA: 16/Marzo/2022

FACULTAD CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE MEDICINA

UNIDAD DE TITULACIÓN

ANEXO VIII. INFORME DEL DOCENTE REVISOR

Guayaquil,

Dra. María Luisa Acuña Cumba

DIRECTORA DE ESCUELA DE MEDICINA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

Ciudad.-

Envío a Ud. El informe correspondiente a la REVISIÓN FINAL del Trabajo de Titulación “**TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS ASOCIADOS AL CONFINAMIENTO SOCIAL: PSICOSOMATIZACIÓN DE SINTOMATOLOGÍA EN ADULTOS JÓVENES Y ADULTOS MAYORES**” del estudiante **Bustamante Anchundia Leonardo José**. Las gestiones realizadas me permiten indicar que el trabajo fue revisado considerando todos los parámetros establecidos en las normativas vigentes, en el cumplimiento de los siguientes aspectos:

Cumplimiento de requisitos de forma:

- El título tiene un máximo de 15 palabras.
- La memoria escrita se ajusta a la estructura establecida.
- El documento se ajusta a las normas de escritura científica seleccionadas por la Facultad.
- La investigación es pertinente con la línea y sublíneas de investigación de la carrera.
- Los soportes teóricos son de máximo 5 años.
- La propuesta presentada es pertinente.
- Cumplimiento con el Reglamento de Régimen Académico:
- El trabajo es el resultado de una investigación.
- El estudiante demuestra conocimiento profesional integral.
- El trabajo presenta una propuesta en el área de conocimiento.
- El nivel de argumentación es coherente con el campo de conocimiento.

Adicionalmente, se indica que fue revisado, el certificado de porcentaje de similitud, la valoración del tutor, así como de las páginas preliminares solicitadas, lo cual indica el que el trabajo de investigación cumple con los requisitos exigidos.

Una vez concluida esta revisión, considero que el estudiante está apto para continuar el proceso de titulación. Particular que comunicamos a usted para los fines pertinentes.gg

Atentamente,



Firmado electrónicamente por:
**FERNANDO PATRICIO
MONCAYO ASNALEMA**

Dr. Fernando Patricio Moncayo Asnalema
DOCENTE TUTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN
C. I: 0909596157

DEDICATORIA

Dedico este proyecto:

A todas aquellas personas que padecen y que han padecido alguna de estas afecciones, quienes batallan día a día contra los demonios de su mente; les deseo de todo corazón el valor, la fuerza y los ánimos para que puedan seguir avanzando en este largo proceso de sanación interior, a aquellos perdieron la batalla paz en su tumba, comprensión y consuelo a sus familiares.

Debo decir que este ha sido un año muy largo, lleno de muchas experiencias, las cuales me ha permitido aprender y crecer en distintos ámbitos de mi vida; está más decir que me enorgullezco de mí, ya que hoy estoy a punto de culminar una larga travesía que hace 6 años inocentemente inicié. Aún recuerdo a ese joven, ingenuo, soñador, idealista y apasionado como si fuera ayer; aunque la vida me ha dado duras lecciones aún conservo la esencia de aquel ser. Por mis victorias y mis derrotas, por mis alegrías y mis llantos, me dedico este logro más; por esa resiliencia, tenacidad y valor que he desarrollado a lo largo de estos años, sin duda alguna me congratulo. Gracias por todo Leonardo, no olvides tu esencia y no dejes de ser auténtico.

“La peor traición que uno puede cometer, es traicionarse a sí mismo”

Leonardo José Bustamante Anchundia

AGRADECIMIENTO

Agradezco eternamente a mi tía María Castro, quien fue el principal apoyo durante esta laboriosa brecha, gracias por depositar su confianza en mí, a mi tía Blanca, quien me brindó cobijo en mis momentos de tristeza e incertidumbre, a mi madre María Anchundia, quien demostró que los pequeños gestos de gratitud expresan el amor maternal; a mi hermano Leandro quien siempre ha estado para alegrar mi vida y sacarme una sonrisa en mis peores momentos, a mi hermano Joel quien con sus pasiones me ha inspirado a ampliar mis horizontes, y me ha demostrado que cada día puedes pulirte y ser más fuerte; a mi abuelito José, gracias por ser mi guardián durante toda mi vida, y mostrarme que el afecto humano es primordial. Gracias a mi familia que puso su apoyo y confianza en mí, saben que no los decepcionaría; también a todos quienes estuvieron a mi lado y a aquellos que se fueron, me dejaron muchas lecciones de vida.

A mi padre sé que estarías orgulloso de verme cumplir la promesa que un día te hice, a pesar de tu partida me estoy convirtiendo en un hombre espléndido, algún día espero volverte a ver, así sea en otra vida.

A la Dra. Ana Viteri quién fue guía, amiga y tutor en este difícil proceso de titulación, a mis maestros que me dieron los ánimos y me alentaron para seguir adelante en este laborioso camino que decidí elegir, sus enseñanzas han formado a la persona que soy ahora, y que tiene el deseo de seguir mejorando día a día, sus enseñanzas las llevo en lo más profundo de mi corazón.

GRACIAS...

INDICE GENERAL

PORTADA.....	I
CONTRAPORTADA.....	II
ANEXO XI.- FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN	III
ANEXO XII.- DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y DE AUTORIZACIÓN DE LICENCIA GRATUITA INTRANSFERIBLE Y NO EXCLUSIVA PARA EL USO NO COMERCIAL DE LA OBRA CON FINES NO ACADÉMICOS	IV
ANEXO VII.- CERTIFICADO PORCENTAJE DE SIMILITUD	V
ANEXO VI. - CERTIFICADO DEL TUTOR.....	VI
ANEXO VIII. INFORME DEL DOCENTE REVISOR	VII
DEDICATORIA.....	VIII
AGRADECIMIENTO.....	IX
INDICE DE TABLAS	XV
INDICE DE GRAFICOS	XVI
RESUMEN	XVII
ABSTRACT	XVIII
INTRODUCCIÓN	19
CAPITULO I	21
EL PROBLEMA	21
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	21
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	22
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	22
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	23
1.4.1 Objetivo general	23
1.4.2 Objetivos específicos.....	23

1.5	HIPÓTESIS.....	23
1.6	DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	23
1.7	VIABILIDAD Y FACTIBILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN	24
CAPITULO II		25
MARCO TEÓRICO		25
2.1	ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	25
2.2	FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	26
2.3	LA PSIQUIATRÍA.....	26
2.4	ENFERMEDAD MENTAL: CONCEPTO	27
2.5	EL AISLAMIENTO SOCIAL Y LA SOLEDAD	29
2.5.1	Concepto	29
2.5.2	Efectos y consecuencias sobre la salud.....	30
2.5.3	El sentimiento de soledad y la evolución de la especie.....	31
2.6	TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR	32
2.6.1	Concepto	32
2.6.2	Epidemiología.....	32
2.6.3	Manifestaciones clínicas.....	33
2.7	FACTORES DE RIESGO	33
2.7.1	Demográficos	34
2.7.2	Biológicos.....	34
	• Enfermedad orgánica.....	34
	• Deterioro funcional.....	34
	• Deterioro cognitivo	35
	• Insomnio	35
2.7.3	Sociales.....	35
2.7.4	Económicos.....	36

2.8	CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR	36
2.9	CRITERIOS DIAGNÓSTICOS INCLUIDOS EN EL DSM 5 Y EN EL CIE	37
2.10	TRATAMIENTO	37
2.10.1	Terapia cognitivo-conductual	38
2.10.2	Estilo de vida y hábitos	38
2.10.3	Farmacoterapia	38
2.10.4	Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS)..	39
2.10.5	Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN)	39
2.10.6	Inhibidores de la recaptación de noradrenalina y dopamina (IRND)	40
2.10.7	Ketamina	40
2.11	TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	41
2.11.1	Concepto	41
2.11.2	Epidemiología	41
2.11.3	Manifestaciones clínicas	42
2.12	CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA POR DSM-5	42
2.13	CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA DEL CIE-10 Y EL CIE-11	43
2.14	CUESTIONARIOS DIAGNÓSTICOS	44
2.14.1	Cuestionario de Preocupación y Ansiedad.	44
2.14.2	Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada. -	44
2.15	TRATAMIENTO	44
2.15.1	El ejercicio físico como terapia para la ansiedad	44

2.15.2	Terapia cognitiva de Beck.....	45
2.15.3	Terapia Cognitivo Conductual.....	45
2.15.4	Farmacoterapia.....	46
2.15.5	Antidepresivos.....	46
2.15.6	Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina e inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina	46
2.15.7	Benzodiacepinas.....	46
2.15.8	Anticonvulsivantes	47
2.16	MARCO CONCEPTUAL.....	47
2.17	MARCO LEGAL.....	48
2.18	VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN	49
CAPITULO III		51
MARCO METODOLÓGICO		51
3.1	METODOLOGIA.....	51
3.2	PERIODO Y LUGAR DONDE SE DESARROLLÓ LA INVESTIGACIÓN.....	51
3.3	POBLACIÓN Y MUESTRA.....	51
3.3.1	Población.....	51
3.3.2	Muestra	51
3.3.3	Cálculo de la muestra.....	52
3.3.4	Criterios de inclusión	53
3.3.5	Criterios de exclusión	53
3.4	TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	53
3.5	RECURSOS HUMANOS Y FÍSICOS	53
3.5.1	Recursos Humanos.....	53
3.5.2	Recursos Físicos.....	54

3.6	TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	54
3.7	ASPECTOS ÉTICOS.....	54
3.8	ANÁLISIS ESTADÍSTICOS	54
3.9	PRESUPUESTO.....	54
3.10	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	55
	CAPITULO IV.....	56
	RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	56
4.1	RESULTADOS	56
4.2	DISCUSIÓN.....	67
	CAPITULO V.....	68
	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	68
5.1	CONCLUSIONES	68
5.2	RECOMENDACIONES.....	69
6.	ANEXOS	70
	ANEXO I.- FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA DE TRABAJO DE TITULACION.....	70
	ANEXO IV.- INFORME DE AVANCE DE LA GESTIÓN TUTORIAL.....	71
	ANEXO V.- RÚBRICA DE EVALUACIÓN TRABAJO DE TITULACIÓN... ..	73
	ANEXO IX.- RÚBRICA DE EVALUACIÓN DOCENTE REVISOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	74
	ANEXO X.- MODELO DE LA PORTADA PARA LA ENTREGA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN (DIGITAL).....	75
	ANEXO XV.- RÚBRICA PARA LA EVALUACIÓN DE LA SUSTENTACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	75
	ANEXO XVI.- ACTA DE CALIFICACIÓN FINAL DE TITULACIÓN	77
	BIBLIOGRAFÍA	78

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Descripción de variables independientes	49
Tabla 2. Descripción de variables dependientes	50
Tabla 3. Descripción del cronograma de actividades	55
Tabla 4. Incidencia de los trastornos psiquiátricos según grupo etario y sexo.	56
Tabla 5. Incidencia del TAG según su grupo etario	57
Tabla 6. Incidencia del TAG según el sexo.	58
Tabla 7. Factores asociados al desarrollo del TAG.....	59
Tabla 8. Síntomas predominantes en pacientes con TAG.	61
Tabla 9. Incidencia del TDM según su grupo etario.	62
Tabla 10. Incidencia del TDM según el sexo.....	63
Tabla 11. Factores asociados al desarrollo de TDM	64
Tabla 12. Síntomas predominantes asociados al TDM	65

INDICE DE GRAFICOS

Gráfico 1. Incidencia de trastornos psiquiátricos.....	57
Gráfico 2 Incidencia TAG según grupo etario	58
Gráfico 3. Incidencia del TAG según el sexo.	59
Gráfico 4. Factores asociados al desarrollo del TAG	60
Gráfico 5. Síntomas predominantes en el TAG.....	61
Gráfico 6. Incidencia del TDM según su grupo etario.	62
Gráfico 7. Incidencia del TDM según el sexo.....	63
Gráfico 8. Factores asociados al TDM	64
Gráfico 9. Síntomas predominantes asociados al TDM	66

AUTOR: LEONARDO JOSÉ BUSTAMANTE ANCHUNDIA

TUTOR: DRA. ANA MARIA VITERI ROJAS

TRASTORNOS PSIQUIATRICOS ASOCIADOS AL CONFINAMIENTO SOCIAL: PSICOSOMATIZACIÓN DE SINTOMATOLOGÍA EN ADULTOS JÓVENES Y ADULTOS MAYORES.

RESUMEN

La depresión es una patología caracterizada por tristeza y ánimo bajo, asociada a falta de motivación; la ansiedad es una respuesta fisiológica a situaciones de riesgo, se vuelve patológica cuando se cronifica o intensifica afectando negativamente la calidad de vida de un individuo. **OBJETIVO:** Determinar cuáles son los trastornos psiquiátricos asociados al confinamiento social y su psicosomatización de la sintomatología en pacientes adultos jóvenes y adultos mayores en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el periodo de 2020 a 2021. **METODOLOGÍA:** Se realizó un estudio de tipo analítico, descriptivo, retrospectivo, de controles y casos y transversal. **RESULTADOS:** Se evaluó a una muestra de 78 pacientes, donde se evidenció que estos trastornos afectan más al sexo femenino, en el rango de edad de 18-39 años, los síntomas más frecuentes fueron la angustia, llanto fácil e insomnio. **CONCLUSIONES:** El Trastorno de Ansiedad Generalizada fue el más frecuente durante el confinamiento.

PALABRAS CLAVES: trastorno, psique, somatización, depresión, ansiedad

AUTHOR: LEONARDO JOSÉ BUSTAMANTE ANCHUNDIA

TUTOR: DR. ANA MARIA VITERI ROJAS

**PSYCHIATRIC DISORDERS ASSOCIATED WITH SOCIAL CONFINEMENT:
PSYCHOSOMATIZATION OF SYMPTOMS IN YOUNG AND OLDER ADULTS.**

ABSTRACT

Depression is a pathology characterized by sadness and low spirits, associated with lack of motivation; anxiety is a physiological response to risk situations, it becomes pathological when it becomes chronic or intensifies, negatively affecting the quality of life of an individual. **OBJECTIVE:** To determine the psychiatric disorders associated with social confinement and their psychosomatization of symptoms in young and older adult patients at the Teodoro Maldonado Carbo Specialty Hospital in the period from 2020 to 2021. **METHODOLOGY:** An analytical study was carried out, descriptive, retrospective, of controls and cases and transversal. **RESULTS:** A sample of 78 patients was evaluated, where it was shown that these disorders affect more the female sex, in the age range of 18-39 years, the most frequent symptoms were anguish, easy crying and insomnia. **CONCLUSIONS:** Generalized Anxiety Disorder was the most frequent during confinement.

KEY WORDS: disorder, psyche, somatization, depression, anxiety

INTRODUCCIÓN

En la actualidad las cifras de personas que padecen del trastorno depresivo mayor y el trastorno de ansiedad generalizado han aumentado de forma exponencial. Se considera que la generación más afectada con este padecimiento son los adultos jóvenes en edades que van desde los 20 años hasta los 30 años y el segundo grupo afectado son los adultos mayores en edades que corresponden desde los 50 años hasta los 65 años de edad.

Debemos de hacer un diferencial entre conceptos abstractos (tristeza, estrés, duelo emocional), etc. Que son emociones y sentimientos que todos hemos experimentado en algún momento de nuestras vidas. Sin embargo, los trastornos psiquiátricos son problemas que afectan a varios grupos poblaciones, que deben tener un manejo terapéutico holístico e integral, el cual debe ser abordado desde por profesionales de la salud mental; tales como un psicólogo haciendo uso de la psicoterapia y un psiquiatra con la medicación correspondiente

Para esclarecer conceptos es importante definir a estos trastornos mencionados; ya que conociendo el trasfondo se evitan confusiones; La depresión se define como un " trastorno emocional que causa un sentimiento de tristeza constante y una pérdida de interés en realizar diferentes actividades. También denominado «trastorno depresivo mayor» o «depresión clínica», afecta los sentimientos, los pensamientos y el comportamiento de una persona, y puede causar una variedad de problemas físicos y emocionales".

El trastorno de ansiedad generalizada se "define es una condición que se caracteriza por una preocupación injustificada y generalizada acerca de una variedad de cosas de la vida diaria. "

Es desconcertante y alarmante ver que en pleno siglo XXI, aún la salud mental tiene poca relevancia en el ámbito clínico, pues esta debe ser la piedra angular en el desarrollo ideal de un individuo sano.

La psicoterapia impartida por psicólogos profesionales es estigmatizada, desvalorizada e incluso satanizada; ya que muchos individuos consideran que no tiene valor diagnóstico y terapéutico las sesiones impartidas en las sesiones impartidas por el profesional.

Considerando toda la problemática ya descrita, es de vital importante hacer énfasis en el cuidado de la salud mental, ya que es un problema grave a nivel nacional, y las complicaciones asociadas a esto, (suicidios, trastornos alimenticios) son prevenibles si se abordan desde el inicio de la patología descrita.

Durante el confinamiento social que se estableció en Ecuador por la pandemia SARS- COVS2 desde el 17 de Marzo 2019 se pudo evidenciar la saturación del sistema de salud en todos los niveles, la falta de personal, de insumos y de una buena estructura organizacional, tuvo gran repercusión en la salud tanto física como mental en diferentes ámbitos laborales, desde a nivel poblacional, tanto al quienes integraban el personal de salud; teniendo en cuenta esta problemática es indispensable enfatizar que no se tuvo en cuenta la repercusión de todo la problemática ya descrita en la salud mental, ya que se evidenció aumento en la tasa en cuanto al desarrollo de trastornos psiquiátricos, reagudizaciones y cronificación de los mismos lo cuales afectaron a la población en diferentes estratos sociales.

Cuyo objetivo de esta investigación es demostrar que estos trastornos son más comunes de lo que parecen, rompiendo paradigmas y mitos sobre las personas que los padecen, que a su vez permita darle la relevancia que se merece para acceder a un sistema completo de Salud donde se brinda una atención de calidad y calidez; las herramientas necesarias como la psicoterapia, los fármacos y las medidas de soporte que permitan a los pacientes llevar una calidad de vida adecuada.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los trastornos psiquiátricos son una serie de patologías que se dieron a notar en el tiempo de confinamiento; el aislamiento social, la incertidumbre, el terror causado por los medios de comunicación, la desinformación y el cambio radical del estilo de vida de algunos grupos etarios de la población fueron factores causales que desencadenaron estos problemas. Se habla de forma muy enfática sobre las afecciones física y diversas patologías sobre todo las de tipo cardiovascular, endocrino entre otras que aumentaron su incidencia durante este periodo de tiempo; pero no se toman en cuenta que el ser humano es un ser complejo en el cual intervienen un conglomerado de factores entre los cuales destacan los físicos, psicológicos, sociales, económicos, etc. La armonía y el balance adecuado de estos factores permiten al individuo llevar un estilo de vida saludable, y el desbalance de esta gran pirámide multicausal puede inferir en el desarrollo de un problema. Esto se vio reflejado debido a que las cifras de trastornos mentales aumentaron incidentalmente durante este periodo de aislamiento social, la tasa de suicidios se disparó, los trastornos conductuales como el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno depresivo mayor aumentaron en su incidencia afectando en mayor proporción a grupos etarios de los extremos de la vida, los adultos jóvenes y adultos mayores. Es por ello por lo que la salud mental es tan relevante como la física, sin embargo, no se le da la importancia que debe merecerse.

“Según la OMS (2020) En América Latina según estudios de ámbito nacional se describe un incremento en los trastornos depresivos, la ansiedad y en insomnio como resultado del confinamiento social. Cabe destacar que los eventos que causan un grado de estrés importante son factores de riesgo para la aparición, agudización o recaída de toda una gama de trastornos mentales. (1)”

Según un estudio realizado en China en el 2019, el confinamiento social en su etapa inicial reveló que el 24,5 % del total de la población tuvo un impacto psicológico mínimo, el 21.7%, un impacto moderado; y el 53% un impacto

moderado-grave. Se realizó un estudio a 7143 estudiantes de medicina, en los cuales se descubrió que el 0.9% mostraron síntomas ansiosos graves, el 2.7% moderados, el 21,3% leves. (2) En España según datos del CIS un 6,4% de la población acudió a un profesional de la salud mental por algún tipo de síntoma, un 43.7% por ansiedad y un 35. % por depresión. (3)

En el Ecuador, Yáñez (2021) realizó un estudio implementado por la Universidad Espíritu Santo, en la cual se realizaron 597 intervenciones de ayuda psicológicas guiadas por telemedicina de lo cual se evidencio que el 62% de individuos correspondía al sexo femenino en rangos de edad de 20-30 años, los cuales presentaban sintomatología relacionada a la depresión, ansiedad, alteraciones del sueño, etc. (4)

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Determinación de los factores causales y predisponentes que influyeron en el desarrollo y reagudización de un trastorno psiquiátrico y sus complicaciones en adultos jóvenes y adultos mayores en la ciudad de Guayaquil durante el periodo de Marzo del 2020 al 2022.

1.3 JUSTIFICACIÓN

En nuestra sociedad la salud mental esta infravalorada, ya que las personas que padecen este tipo de afecciones suelen ser discriminadas al no contar con un sistema de salud que priorice a estas morbilidades, desde el personal de salud hasta los familiares de los pacientes no dan la importancia necesaria a estas patologías, al impacto negativo y las consecuencias que traen consigo sobre la calidad de vida del paciente.

De este modo la información recopilada en esta investigación pueda ser utilizada para futuras investigaciones de toda índole la cuales contribuyan a mejorar esta problemática en nuestra sociedad; buscando como finalidad mejorar el estilo de vida, la inclusión y la comprensión en la sociedad de todos aquellos individuos que han tienen un diagnóstico psiquiátrico; con el fin practico de que contribuya a concientizar y reformar el panorama con el cual se abordan estos dilemas sociales.

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 Objetivo general

Determinar cuáles son los trastornos psiquiátricos asociados al confinamiento social y su psicopatización de la sintomatología en pacientes adultos jóvenes y adultos mayores.

1.4.2 Objetivos específicos

- Establecer el grupo etario y sexo de los pacientes diagnosticados con los trastornos psiquiátricos.
- Analizar los factores implicados en el desarrollo de trastornos psiquiátricos.
- Identificar la somatización de los signos y síntomas característicos de los trastornos psiquiátricos.
- Categorizar a los pacientes con trastornos psiquiátricos previos reagudizados y a los pacientes con trastornos psiquiátricos recién diagnosticados.

1.5 HIPÓTESIS

Factores asociados como el aislamiento, el confinamiento social y la incertidumbre durante la pandemia son los implicados en el desarrollo de diversos trastornos psiquiátricos, ya que se asocian a periodos prolongados de estrés crónico que influye negativamente en la salud mental de las personas.

1.6 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El presente trabajo se realizara en pacientes que hayan sido diagnósticos con Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno Depresivo Mayor durante el periodo de Marzo del 2020 al 2022 en la ciudad de Guayaquil. Se trata de un estudio analítico, de controles y casos, transversal, retrospectivo de enfoque cuantitativo, en el cual se incluyeron 78 pacientes con los cuales fueron atendidos en la consulta externa del HOSPITAL DE ESPECIALIDADES TEODORO MALDONADO CARBO

Objeto de estudio: Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno Depresivo Mayor

Campo de acción: Factores causales y predisponentes del Trastorno de Ansiedad Generalizada y del Trastorno Depresivo Mayor.

1.7 VIABILIDAD Y FACTIBILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

Dispongo del recurso humano para la realización de la presente investigación, soy Interno Rotativo de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas, la cual me ha asignado un tutor individual, que se encarga de la orientación de la parte científica; y un tutor grupal el cual va orientando la investigación y la realización de este. Dispongo del factor tiempo, y los recursos necesarios tales como impresora, computadora, para desarrollar la presente investigación. El departamento de estadística del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo nos otorga los datos gracias al convenio realizado con la Universidad de Guayaquil.

El tema es factible ya que se accederá a las historias clínicas de los pacientes diagnosticados con “ Trastornos de Ansiedad Generalizada, “Trastorno Depresivo Mayor”. Como instrumento se obtendrá una hoja de datos a partir de la cual se tabularan las estadísticas correspondientes de los pacientes en diagramas de pastel y gráficos. La confiabilidad del proyecto estará determinada por la selección de pacientes que cumplan criterios de inclusión.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

María Savaria y Patrick Carzola en su artículo “ Nivel de ansiedad de estudiantes de medicina de primer año de una universidad privada del Perú en tiempos de Covid-19” realizaron un estudio a 57 estudiantes universitarios del primer año de la carrera de Medicina aplicando la escala del Desorden de Ansiedad Generalizada (GAD-7) del cual un 64.9% de la muestra eran mujeres y el 35.1% varones; el 50.9% de los estudiantes eran menores de 18 años, mientras que el 49.1% tuvieron más de 18 años . Los resultados obtenidos fueron recabaron que el 24.6% no presentaba síntomas de ansiedad, el 52.63% síntomas de ansiedad leve, el 7.0% de ansiedad moderada, 15.8% síntomas de ansiedad severa. (8)

La sintomatología incluida fue nerviosismo del cual un 63,2% dijo haber presentado este síntoma, falta de autocontrol 63.2% también lo experimento, preocupación patológica, el cual el 91,2% menciono haberlo presentado, incapacidad para relajarse, el 82.5% lo experimentó, intranquilidad un 64.9% de la población, irritación un 75,4% y el miedo patológico un 66.7%. (8)

Raul Prada y Audin Gamboa en “ Efectos depresivos del aislamiento preventivo obligatorio asociados a la pandemia del Covid-19 en docentes y estudiantes de una universidad pública en Colombia” realizaron un estudio con una población de 494 participantes, el 39.7% oscilaba en el rango de edad 16-25 años, el 31.0% en el rango de edad de 26-35 años, el 20.9% en el rango de edad de 36-45 años y un 6.3% en el rango de edad de 46-55 años. (9)

Los resultados obtenidos a partir del estudio demostraron que el 76% presentaron síntomas de depresión mínima, el 14% presentaron síntomas de depresión leve, un 6% mencionó síntomas de depresión moderada y el 3% depresión grave. (9)

Lozano Vargas en su artículo “ Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China ” menciona que Cuiyan Wang y colaboradores realizaron un estudio a la población general de China aplicando una encuesta de salud mental con una muestra de 1210 participantes de 194 ciudades de China. El 67.3 % correspondía a sexo femenino, y el 53.1% en el rango de edad 21-30 años. (10)

En los resultados se observó que un 53.8% refería un impacto psicológico de moderado a severo, un 16.5% de síntomas depresivos de moderados a severos, un 28.8% de síntomas de ansiedad moderados a severos y un 8.1% de niveles de estrés moderados a severos. El 84.7% de sujetos que participaron en el estudio permanecían en casa entre 20-24 horas.(10)

María Ferreira y Geovana coronel realizaron un estudio transversal, descriptivo de corte prospectivo en Paraguay, haciendo uso de una encuesta virtual utilizando el cuestionario Patient Health Questionnaire-4 y para el insomnio el cuestionario Insomnia Severity Index. Para el presente estudio se incluyeron 511 personas en el estudio; el 63% correspondieron al sexo femenino y el 37% al sexo masculino. En cuanto a la demografía investigada el 32.7% oscilaba entre un rango de edad entre 18-30 años, un 51.8% entre 30-50 años y un 15.5% mayores a 50 años. El 3.5 % presento depresión moderada y el 6.5% depresión leve. (11)

2.2 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.3 LA PSIQUIATRÍA

La definición más difundida en el mundo hispanohablante es la de Francisco Alonso-Fernández, Henri Ai y Carlos Castilla del Pino. Lo que tienen en común es el posicionamiento de la psiquiatría en el campo médico, su interés por la mente o el espíritu y la conciencia de los cambios en la salud en los campos mencionados. La definición de Henri Ey añade una posición epistemológica. Ninguno de los tres hace consideraciones éticas explícitas en sus definiciones, aunque pueden derivarse de un análisis más detallado de las mismas. Aquí está la definición: (12)

Francisco Alonso-Fernández: "Rama preeminente de la medicina humanística para la investigación, prevención y tratamiento de las enfermedades mentales".

Henri Ey: "Una rama de la medicina cuyo fin es la patología de la vida relacional a nivel de integración para asegurar la autonomía del hombre y la adaptación a sus condiciones de existencia". (12)

Carlos Castilla del Pino: "El campo del conocimiento, que en este momento de la historia es institucionalmente la medicina, se refiere a lo que se considera un cambio psicológico (mental o conductual), cualquiera que sea su origen, en cuanto a la elucidación de su naturaleza, su interpretación y posible tratamiento".¹² A las tres definiciones anteriores aún se podría añadir la definición de DRAE: "la ciencia del tratamiento de las enfermedades mentales". (12)

Desde la época de los antiguos alienistas franceses hasta el presente, el estatus cognitivo y social de la psiquiatría ha cambiado drásticamente. también en su misión social. La psiquiatría centrada en el individuo trata los problemas de salud mental como un problema colectivo y se ha incorporado a los sistemas y dimensiones de la atención preventiva, curativa y de rehabilitación en la política sanitaria nacional. (12)

De tal manera que todavía podemos agregar una quinta definición como "rama de la medicina que se ocupa de la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud mental y sus alteraciones". Ninguna definición excluye a la otra y posiblemente todas deben ser mantenidas. (12)

2.4 ENFERMEDAD MENTAL: CONCEPTO

La cuestión es que en el contexto de la psiquiatría se integran tres tipos diferentes de trastornos, si ignoramos la drogadicción y las enfermedades mentales con causas orgánicas conocidas (trastornos extrínsecos). Por un lado, las psicosis funcionales, como la esquizofrenia, trastornos bipolares, psicosis afectivas; en la que el sujeto pierde contacto con los estándares de la realidad y vive en un mundo cualitativamente diferente. Este tipo ya descrito de alteraciones mentales se las considera enfermedades mentales en el sentido estricto de la

palabra. También tenemos a los trastornos psíquicos no psicóticos que están asociados con síntomas y sentimientos de angustia para el paciente además de un alto riesgo de vida, tales como las neurosis clásicas, patología sexual, trastornos alimenticios, trastornos psicosomáticos. Finalmente, la psiquiatría también da la bienvenida a los trastornos de personalidad en los que la patología se define por un conjunto específico de características, que generan malestar a un sujeto, entre los cuales tenemos la personalidad evitativa o dependiente; o generar problemas al establecer vínculos interpersonales (personalidad histriónica, narcisista, paranoide o esquizoide.) y sociales por ejemplo la personalidad antisocial o límite. La naturaleza y el origen de cada patología es diferente, ya que, en los trastornos mentales, la base biológica de los trastornos de personalidad está influenciada por factores educativos y ambientales, lo que no excluye la participación de la biología en cualquier enfermedad, y para otras enfermedades, las causas biológicas y psicosociales se superponen. dependiendo de la enfermedad. (13)

Aun así es necesario delimitar con exactitud cada uno de estos cuadros, para su mejor interpretación, a) unos manifiestan síntomas clínicos (psicosis y neurosis), mientras que otros como los trastornos de la personalidad causan conflictos pero no síntomas; b) la personalidad juega un papel muy importante que condiciona el tratamiento y el pronóstico de otros trastornos; enfatizando que en toda la clínica psiquiátrica los trastornos de la personalidad tienen un peor pronóstico, y c) los tratamientos son variados, por no decir individualizados, según se trate de psicosis manejados con mayor fiabilidad con tratamientos biológicos, neurosis haciendo uso de tratamientos mixtos, biológicos y psicoterápicos o para variar trastornos de la personalidad que se abordan con psicoterapia. (13)

Con estos preceptos ya podemos definir de forma más concreta que es una enfermedad mental siendo esa delimitada por los siguientes elementos:

- 1) Representan una ruptura biográfica, puesto que el estado patológico es cualitativamente diferente del prepatológico, y tras la resolución el paciente vuelve a su estado inicial.

- 2) La enfermedad provoca en el individuo experiencias subjetivas desagradables.
- 3) Inhabilita la capacidad de autorrealización y autosuficiencia de un individuo.
- 4) Manifiesta un conjunto organizado y constante de síntomas, que permite reconocerlo en un síndrome específico para llegar a un diagnóstico preciso.
- 5) Tiene una evolución y pronóstico predecible
- 6) En la mayoría de los casos es sensible a la aplicación de un tratamiento biológico específico, aunque se puede hacer uso de terapias psicológicas y/o rehabilitadoras que ayuden a favorecer un mejor pronóstico. (13)

2.5 EL AISLAMIENTO SOCIAL Y LA SOLEDAD

2.5.1 Concepto

El aislamiento social se define como una situación objetiva con poco contacto con otras personas, ya sean familiares o amigos.

Mientras que la soledad se define como el sentimiento subjetivo de tener menos afecto y cercanía de lo que uno esperaría en el ámbito de la intimidad (soledad emocional), sentir menos cercanía con la familia y los amigos (soledad relacional) o sentirse menos apreciado socialmente (soledad colectiva). (14)

En la soledad emocional se hace mención al conjunto de una o 5 personas con las que se tiene una relación íntima a la cual podemos acudir cuando se requiera apoyo emocional en momentos de crisis. Esta problemática está relacionada a la viudedad, a tal punto que afecta tanto a mujeres como a hombres. (14)

La soledad relacional ocurre en un grupo de 15 a 50 personas con las que socializamos. La falta de individuos en este entorno produce la denominada soledad relacional, y existe una tendencia en afectación a las mujeres. (14)

La soledad colectiva, hace aparición cuando un individuo se siente socialmente infravalorado por el grupo de 150 a 15000 personas con las que

interactúa a través de asociaciones voluntarias. Afecta principalmente a los hombres. (14)

Hay que enfatizar que vivir solo no implica obligatoriamente padecer de aislamiento social, ni soledad; ya las personas que viven solas pueden disfrutar de una activa vida familiar y social. Las personas solitarias que a voluntad deciden aislarse de familiares y amistades no pueden encasillarse dentro del concepto de aislamiento social. Por lo tanto, el auténtico aislamiento social es involuntario. (14)

2.5.2 Efectos y consecuencias sobre la salud

Es importante tener en cuenta que desde hace tiempos inmemoriales, el hecho de tener relaciones sociales está asociado a un bienestar tanto físico como mental. El aislamiento social y la soledad influyen contundentemente en la calidad de vida y el bienestar de los ancianos. Consecuentemente, la soledad prolongada incrementa el riesgo de sedentarismo, consumo excesivo de alcohol, tabaquismo y mala alimentación. (14)

La soledad también puede influir en la cantidad y calidad del sueño, provocando una mayor fatiga durante el día en las personas. Estas dos problemáticas se asocian con una mayor morbilidad, debido a que aumentan de forma abrupta el riesgo de padecer un amplio abanico de enfermedades, desde las cardiovasculares hasta los resfriados comunes. (14)

La explicación fisiopatológica indica que existe un aumento de los hábitos no saludables, así mismo como las alteraciones biológicas provocadas por la misma soledad o por el aislamiento social; existen mecanismos neurobiológicos que explican este fenómeno, tales como los cambios relacionados con la edad en respuesta al estrés de los sistemas endocrino, cardiovascular e inflamatorio; la elevada resistencia vascular, la presión arterial y la actividad adrenocortical del eje hipotálamo-hipofisiario, así como el menor control inflamatorio y la reducción de la respuesta inmune. (14)

En mayor proporción se ha evidenciado que el sentimiento de soledad, sobre el aislamiento social o el vivir solo, predice la aparición de demencia de forma

independiente de los otros factores de riesgo conocidos; a su vez los ancianos aislados tienen más riesgo de deterioro cognitivo. Es importante destacar también se relacionan con síntomas depresivos, y en el caso de los hombres este factor está asociado a una tasa elevada en el riesgo de suicidio. (14)

La población anciana aislada tiene un elevado riesgo de caídas, más reingresos hospitalarios, más institucionalización y demandan más atención domiciliaria; por lo cual se podría considerar como un problema de salud pública, ya que existe un mayor consumo de los recursos sanitarios, además de un elevado gasto en la inversión de salud a nivel nacional. (14)

2.5.3 El sentimiento de soledad y la evolución de la especie

Las estructuras sociales que construimos como especie evolucionaron junto con los mecanismos neuronales, hormonales, genéticos y moleculares que los sustentan, porque el comportamiento social que producen nos ayuda a sobrevivir y reproducirnos, asegurando así nuestra herencia genética. (14)

Un gran ejemplo de esto es el insomnio o el sueño intermitente que aparece en la soledad, y que tendría como ventaja evolutiva minimizar el riesgo de que un depredador nos ataque de improviso durante la noche. (14)

Así como el dolor físico nos advierte de un ataque al cuerpo, la incómoda soledad nos incita a buscar compañía. Esto explica por qué tenemos aversión a la soledad, lo que nos obliga a comunicarnos y conectarnos con los demás. Sin embargo, el instinto protector al mismo tiempo despierta en nosotros un sentido subconsciente de vigilancia ante posibles amenazas sociales para protegernos de cualquier abuso, sin principios por nuestra necesidad de compañía. Esta condición, que puede justificarse en términos evolutivos, obstaculiza actualmente el logro del objetivo de una adecuada comunicación con los demás y, a largo plazo, es perjudicial para la salud y la felicidad. (14)

2.6 TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

2.6.1 Concepto

La depresión es una enfermedad que afecta el estado de ánimo y motivación de una persona con una sensación anímica baja, de tristeza que tiene un impacto global en la salud mental. Es una de las principales causas de problemas de salud en la población general y más aún, en personas que realizan trabajos que requieren mayor esfuerzo físico o mental, como los estudiantes universitarios, donde al menos un tercio de ellos sufre algún tipo de trastorno mental, y un quinto: sufre algún grado de depresión. (15)

2.6.2 Epidemiología

Junto con los trastornos de ansiedad y el alcoholismo, la depresión es uno de los trastornos mentales más comunes en el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud, la enfermedad afecta a más de 350 millones de personas en todo el mundo y afecta el funcionamiento social y laboral de los pacientes, así como su salud física y mental. Uno de cada 10 adultos sufre de depresión, y cerca del 60% de ellos no recibe ayuda o atención oportuna. (16)

Según la Organización Mundial de la Salud, el trastorno depresivo mayor (TDM) se considera la undécima causa principal de muerte y discapacidad en todo el mundo. Por su ubicuidad, representa un problema de salud pública. La prevalencia ha aumentado gradualmente a lo largo de los años y es más frecuente en los países desarrollados (18 %) que en los países en desarrollo (9,2 %). (16)

En cuanto al género, el trastorno afecta el doble a las mujeres que a los hombres, y se estima que el 12% de los hombres y el 26% de las mujeres experimentarán un episodio depresivo a lo largo de su vida. La edad de mayor riesgo son los adultos jóvenes (entre 20 y 45 años). En la vejez la prevalencia vuelve a subir debido a muchas enfermedades, presentándose en poblaciones de adultos mayores, dependencia, dificultad para realizar las actividades de la vida diaria, sensación de soledad, entre otras. Hablando étnicamente, es más común en caucásicos que en afrocaribeños y afroamericanos, sin embargo, los

pacientes blancos que desarrollan el trastorno depresivo mayor lo padecen con menos severidad. (16)

2.6.3 Manifestaciones clínicas

El trastorno depresivo mayor se caracteriza por un cuadro clínico que incluye síntomas emocionales, cognitivos y físicos. Para confirmar el diagnóstico, deben coexistir al menos uno de los dos síntomas principales: 1) ánimo depresivo y 2) anhedonia (pérdida de interés en actividades placenteras). Para diagnosticar el trastorno depresivo mayor se requiere la coexistencia de síntomas a diario, la mayor parte del día, durante dos semanas o más, junto con modificaciones cognitivas y físicas que causan un importante deterioro en el funcionamiento de un individuo. (17)

Además de los cambios en el estado de ánimo, los pacientes con trastorno depresivo mayor experimentan cambios en las funciones neurovegetativas (pérdida o aumento del apetito, pérdida de peso, cambios en los ciclos de sueño), en la cognición (sensación inadecuada de culpa o miedo, disminución de la autoestima, dificultad para concentrarse, problemas en la memoria y toma de decisiones) y en la actividad psicológica y motora (por agitación o retraso). Los pensamientos frecuentes sobre la muerte y los pensamientos suicidas tienden a ser comunes en el conjunto de estos síntomas. (17)

El trastorno depresivo mayor consiste en episodios, cada uno de los cuales se considera un episodio depresivo mayor, y aunque puede ocurrir a través de uno solo de estos episodios, comúnmente el cuadro clínico del trastorno depresivo mayor generalmente se cronifica y consiste en la recurrencia de numerosos episodios depresivos mayores. (17)

2.7 FACTORES DE RIESGO

En la depresión influyen varios factores asociados:

2.7.1 Demográficos

Numerosos estudios mencionan que la prevalencia de depresión es más alta en el sexo femenino que en el sexo masculino. Los ancianos aislados, personas de escasos recursos, viudas, institucionalizados y sometidas a alto niveles de estrés presentan depresión más comúnmente. Prevalentemente es mayor en la zona rural que en la urbana. Además, existe relación entre depresión y desempleo, viudez, divorcio, soledad y bajo nivel de instrucción. (18)

2.7.2 Biológicos

- **Enfermedad orgánica**

En adultos mayores se observaron patrones de enfermedad más comunes, como patologías cardiometabólicas y depresión, ansiedad y depresión; dolor y trastornos neuropsiquiátricos y depresión. La diabetes mellitus y las cardiopatías están asociadas a la depresión. El estudio ELSA (England Longitudinal Study of Ageing) realizado a 4454 adultos mayores con diabetes mostró una asociación entre depresión-diabetes y diabetes-trastornos cardiovasculares. (18)

- **Deterioro funcional**

Las limitaciones funcionales en los adultos mayores se asocian con depresión y sentimientos de inutilidad. Un estudio en Estados Unidos encontró una asociación entre los síntomas depresivos y la alteración de la marcha. Un estudio realizado en México en pacientes hospitalizados demostró que el 62% no tenían independencia funcional y que había una relación directa entre depresión y disfunción. (18)

El síndrome de fragilidad en el adulto mayor engloba alteraciones como la pérdida de energía, fuerza y masa muscular, intolerancia al ejercicio y disminución de la reserva fisiológica; en el 10% de adultos mayores la fragilidad y la depresión coexisten. (18)

- **Deterioro cognitivo**

Existe una amplia evidencia científica de la depresión y su asociación con el deterioro cognitivo. La depresión puede ser un signo de demencia temprana y algunas personas con depresión permanecen asintomáticas hasta que desarrollan demencia. (18)

La relación causal entre la depresión y la demencia suele ser difícil de establecer y se ha observado que la depresión en los adultos mayores puede ser un predictor de demencia. Un estudio de 195 adultos mayores con deterioro cognitivo encontró que la depresión estaba más fuertemente asociada con la enfermedad de Alzheimer que con otros tipos de demencia. (18)

Algunos estudios han informado que la demencia puede influir en la respuesta al tratamiento de la depresión; sin embargo, la evidencia sigue sin estar clara, así mismo un estudio de 302 adultos mayores sugirió que la coexistencia de deterioro cognitivo hace que la depresión sea difícil de tratar en estos pacientes, por lo que se recomienda realizar valoración de la cognición en todos los pacientes diagnosticados con depresión. (18)

- **Insomnio**

Al igual que la demencia, el insomnio se ha relacionado con la depresión, pero podría ser un factor o un efecto. El estudio IMPACT multicéntrico que involucró a 1,801 adultos mayores encontró que las personas con insomnio tenían más probabilidades de padecer depresión y que esta se cronifique. Otro estudio de EE. UU. informó que un año de privación del sueño aumenta la incidencia de depresión al año siguiente, recomendando el monitoreo para detectar alteraciones en los patrones de sueño con la finalidad de dar un mejor abordaje terapéutico a la depresión. (18)

2.7.3 Sociales

Un factor importante que es comúnmente asociado a la depresión en el adulto mayor es el aislamiento social ya que por sí mismo puede provocar la aparición de esta patología o aumentar su severidad, además de los efectos colaterales

negativos que puede producir en el estado de salud y en la calidad de vida del paciente. Además, tengamos en cuenta que es más frecuente en situaciones de riesgo social y en personas con una condición socioeconómica baja. (18)

También se ha demostrado que el trastorno depresivo mayor, bajos ingresos económicos, enfermedades crónicas y la dependencia influyen de manera exponencial en el desarrollo de ideas suicidas. Un estudio transversal realizado en Brasil con 1012 personas mayores de 60 años demostró menores tasas de depresión en personas con indicadores de envejecimiento activo, como tener amistades, trabajo, y el hábito de la lectura. (18)

2.7.4 Económicos

Está claro que el entorno económico afecta el estado de ánimo de las personas, y las personas con menores ingresos económicos tienden a estar más tristes, y esto se aplica a todos los grupos de edad. Una encuesta de ancianos chinos y rusos atribuyó los niveles más bajos de depresión en China a una mayor seguridad económica y cohesión social, es decir, la influencia de los recursos sociales y las influencias económicas y sociales en la depresión. (18)

Las circunstancias económicas pueden jugar un papel importante en la determinación de la satisfacción con la vida y el estado de ánimo, no solo por circunstancias objetivas sino también por sus interpretaciones subjetivas. Lo que puede ser una quiebra financiera para una persona puede no serlo para otra, por lo que se deben considerar variables subjetivas como la autoestima de la salud, el estado financiero y la satisfacción al acercarse a alguien con depresión. (18)

2.8 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

Se hacen uso de los criterios diagnósticos de trastorno depresivo mayor expuestos en la quinta edición del Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5, 2013) y los contenidos en la revisión de la International Classification of Diseases (CIE-11, 2018).

2.9 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS INCLUIDOS EN EL DSM 5 Y EN EL CIE

- A.** Presencia de 5 o más de los siguientes síntomas durante 2 semanas o más, con cambios respecto del funcionamiento previo; por lo menos uno de los síntomas es **(1)** estado de ánimo deprimido o **(2)** pérdida de interés o de placer. (17)
1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días
 2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.
 3. Disminución o aumento del apetito casi todos los días y aumento o disminución de más de 5% del peso corporal en un mes, sin hacer dietas.
 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días.
 8. Disminución de la capacidad para concentrarse o tomar decisiones, casi todos los días.
 9. Pensamientos recurrentes de muerte (no solo miedo a morir), ideaciones suicidas o planes específicos para cometer suicidio.
- B.** Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en el desempeño social, laboral y en otras áreas importantes del funcionamiento.
- C.** El episodio no puede atribuirse a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
- D.** El episodio depresivo mayor no se explica mejor por trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro tras.
- E.** Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco. (17)

2.10 TRATAMIENTO

Los principales objetivos del tratamiento son la remisión, el control de los síntomas y la rehabilitación.; Para el segundo tema, también es importante conocer el nivel de cumplimiento del paciente, si desarrolla efectos secundarios, si tiene comorbilidades y verificar interacciones. Pueden ocurrir medicamentos.

Dependiendo de la gravedad de los síntomas, se recomienda psicoterapia como tratamiento inicial para pacientes con depresión leve, en base a criterios de riesgo-beneficio, y farmacoterapia no terapéutica, estando justificado su uso para síntomas leves. Además, se recomienda la psicoterapia cuando la administración de fármacos está contraindicada, como durante el embarazo y la lactancia, enfermedades médicas complejas con múltiples fármacos e interacciones farmacológicas, antecedentes de buena respuesta a la psicoterapia en episodios previos o antecedentes de mala respuesta a la psicoterapia con monoterapia. (19)

2.10.1 Terapia cognitivo-conductual

La terapia cognitiva conductual ha mostrado evidencia positiva tanto para los trastornos de ansiedad leves a moderados como para los trastornos depresivos. Este tipo de psicoterapia se enfoca en la relación entre pensamientos, sentimientos y comportamientos, con el objetivo de motivar a los pacientes a aprender mejores respuestas adaptativas al estrés que son diferentes a las respuestas emocionales negativas. (19)

2.10.2 Estilo de vida y hábitos

Un estilo de vida saludable es un aspecto importante ya que se ha demostrado que tiene un efecto positivo en la reducción y el manejo de los síntomas depresivos, aunque se considera un factor protector. Las recomendaciones para esto incluyen actividad física regular, preferiblemente diaria, dejar de fumar y reducir el consumo de alcohol, perder del 5 al 10 % su peso corporal si tiene obesidad o sobrepeso, y dormir lo suficiente durante 7 a 9 horas al día además de manejo del estrés y una actitud positiva ante la vida. (19)

2.10.3 Farmacoterapia

El tratamiento antidepresivo se limita a ataques moderados a severos. Hasta la fecha, la mayoría de los fármacos utilizados tienen un denominador común: su efecto sobre el sistema de monoaminas. Independientemente de su mecanismo

de acción, el resultado final es la regulación de uno de los siguientes neurotransmisores: serotonina, dopamina, norepinefrina. La mayor disponibilidad de neurotransmisores en la hendidura sináptica permite que los receptores postsinápticos se regulen y desensibilicen, y estos cambios adaptativos en los receptores provocan alteraciones en la expresión de varios genes, incluidos factores neurotróficos como BDNF, lo que estimula la formación de sinapsis. (20)

2.10.4 Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS)

El primer antidepresivo que apareció en el mercado fue la fluoxetina en 1980 la cual revolucionó el mercado. Debemos de tener en cuenta que el mecanismo de acción de este grupo de medicamentos es la inhibición del transportador de serotonina (SERT), que normalmente reingresa a la serotonina de la hendidura sináptica hacia la neurona. Por este motivo, es libre de actuar durante más tiempo en los receptores postsinápticos y en los autorreceptores 5-HT_{1A} provocando los cambios ya mencionados. En la actualidad los antidepresivos que se encuentran a disposición del público son la sertralina, paroxetina, fluvoxamina, citalopram y escitalopram. (20)

2.10.5 Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN)

Estos medicamentos bloquean al transportador de noradrenalina, por este motivo se los denomina, antidepresivos duales; su mecanismo permite el incremento de las concentraciones sinápticas de serotonina (5-HT) y de noradrenalina (NA). Tiene otro efecto colateral beneficioso que es aumentar las concentraciones de dopamina a nivel de la corteza prefrontal; debido a que a este nivel la dopamina es recaptada por el transportador de noradrenalina. Los fármacos disponibles en la actualidad son la venlafaxina, desvenlafaxina, duloxetina y milnacipran. (20)

2.10.6 Inhibidores de la recaptación de noradrenalina y dopamina (IRND)

Este tipo de fármacos ejercen su mecanismo de acción mediante la inhibición de transportador de noradrenalina (NAD) y el transportador de dopamina (DAT) lo que aumenta las concentraciones sinápticas de estos neurotransmisores. La acción sobre el DA es la que permite que tengan propiedades antidepresivas. El único fármaco de este grupo es el bupropión. (20)

2.10.7 Ketamina

El mecanismo de acción antidepresiva propuesto para este fármaco es el antagonismo de receptores tipo NMDA de glutamato. De esta manera, la acción de este neurotransmisor se desvía a la activación de receptores del tipo AMPA, activando vías de señalización relacionadas con la diana de rapamicina en células de mamífero (mTOR, por sus siglas en inglés), cinasa del receptor de tropo-miosina (TrkB), inhibiendo la cinasa del factor de elongación eucariótico 2 (eEF2K) y la cinasa de la sintetasa de glicógeno 3 (GSK-3), y activando canales de calcio dependientes de voltaje. El resultado neto de estos mecanismos es la mayor producción de proteínas sinápticas (sinapsina I, proteína asociada a citoesqueleto o Are, proteína de densidad postsináptica 95 o PSD95, y la subunidad GluR1 del receptor AMPA), así como la liberación de mayores cantidades de BDNF, contribuyendo por ende a la sinaptogénesis. (20)

2.11 TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

2.11.1 Concepto

La ansiedad es una condición fisiológica que se presenta en respuesta a mecanismos neuroendocrinos y se presenta cuando un organismo se ve expuesto a condiciones de riesgo o adversas. Es una sensación desagradable, caracterizada por la presencia de manifestaciones somáticas o viscerales, tanto pronunciadas como subjetivas, que pueden presentarse de manera colectiva o individual. (21)

Cuando todas o algunas de estas manifestaciones se vuelven crónicas o demasiado intensas, el cuadro patológico puede interferir en el funcionamiento diario del individuo y se denomina TAG (trastorno de ansiedad generalizada), condición en la que la salud mental se encuentra entre las enfermedades de mayor impacto. La salud en el siglo XXI, asociada a la reducción de la productividad laboral y escolar. (21)

2.11.2 Epidemiología

Anualmente la prevalencia del Trastorno de Ansiedad Generalizada es del 0,4% a 3,6%; cabe destacar que según estadísticas existe un 9% de riesgo de padecer este trastorno alguna vez en la vida, además de que existe una relación de 2:1 debido a que este trastorno tiene mayor predilección de presentarse en mujeres. (22)

Como ya mencionamos su alta tasa de incidencia, prevalencia y su frecuencia en el medio son factores clave para que constituya un costo importante para los pacientes, sus familias y el sistema de salud, mientras que a menudo responde mal a los tratamientos disponibles en la actualidad. La definición propuesta de este trastorno es de carácter reciente, en comparación con otros trastornos mentales. (22)

Esta es una condición no diagnosticada en la práctica clínica. Esta enfermedad suele ser crónica, ya que su duración media, antes del tratamiento, suele ser de 25 años. Las características crónicas de esta patología tienen un impacto significativo en la calidad de vida, limitando la actividad funcional. Proporcionalmente, la duración del Trastorno de Ansiedad Generalizada se

correlacionará con el pronóstico del paciente, lo que a su vez está relacionado con el hecho de que cuanto más dure esta afección, peor será el pronóstico y, en consecuencia, también se puede determinar la eficacia. Será menos probable. (22)

2.11.3 Manifestaciones clínicas

Se caracteriza por un estado de ansiedad y preocupación excesiva e incontrolable ante una serie de circunstancias o actividades las cuales son percibidas de manera irracional o desproporcionada, el estado está presente más días de los que está ausente y por lo menos durante tres meses afectando de manera significativa la funcionalidad diaria de los sujetos. (23)

Los pacientes que padecen de esta enfermedad se caracterizan por presentar usualmente preocupaciones crónicas que son difíciles de controlar, afectando así de manera negativa su estado de ánimo y conllevando al desarrollo de síntomas somáticos entre las cuales se encuentran:

- Dificultad en la atención
- Irritabilidad
- Alteraciones del sueño
- Tensión muscular
- Nerviosismo constante
- Temblores
- Mialgias
- Espasmos
- Sudoración
- Mareos
- Taquicardia
- Síndrome del intestino irritable
- Cefaleas
- Cervicalgias
- Fatiga.(23)

2.12 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA POR DSM-5

Los síntomas de ansiedad y preocupación excesivas por los eventos y problemas cotidianos deberían incitar a los médicos a considerar el TAG. Para cumplir con los criterios del DSM-5 para el Trastorno de Ansiedad Generalizada, la ansiedad y la preocupación excesivas deben ser difíciles de controlar; debe resultar en angustia o problemas marcados en el desempeño de las tareas

diarias; y debe estar asociado con 3 o más de los siguientes síntomas que ocurren en la mayoría de los días durante al menos 6 meses: inquietud, fatiga fácil, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular o trastornos del sueño. (24)

Los criterios de diagnóstico restantes se relacionan con descartar otras condiciones mentales y físicas que pueden simular este trastorno. Los médicos deben asegurarse de que los síntomas del paciente no sean atribuibles a los efectos fisiológicos de los medicamentos, el abuso de drogas u otras afecciones médicas y que no se expliquen mejor por un trastorno mental diferente, como el trastorno de estrés postraumático, el trastorno obsesivo-compulsivo, o creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante. A diferencia del TAG, estos otros trastornos de ansiedad a menudo se asocian con un estímulo primario específico. El trastorno de estrés postraumático se asocia con amenazas de muerte, lesiones graves o violencia sexual; el trastorno obsesivo-compulsivo se asocia con pensamientos, imágenes o impulsos intrusivos y molestos (obsesiones) y rituales (compulsiones) para reducir la angustia por ellos; y la anorexia nerviosa y el trastorno dismórfico corporal se asocian con una fijación en la apariencia física idealizada. (24)

2.13 CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA DEL CIE-10 Y EL CIE-11

La CIE-10 también propone criterios de diagnóstico para la investigación: I. al menos 6 meses con tensión, preocupación y sentimientos de aprensión prominentes sobre los eventos y problemas cotidianos; y II. al menos cuatro síntomas de una lista de 22 elementos, de los cuales al menos un elemento es de una lista de cuatro elementos de excitación autónoma (palpitaciones/frecuencia cardíaca acelerada, sudoración, temblores/sacudidas, sequedad de boca). (25)

El Grupo de Trabajo de la CIE-11 decidió mantener un enfoque categórico de los trastornos de ansiedad. El TAG se incluirá en la categoría de "trastornos relacionados con la ansiedad y el miedo", que se distingue de los "trastornos obsesivo-compulsivos o relacionados" y los "trastornos específicamente

asociados con el estrés". Múltiples áreas de la vida cotidiana se han introducido como una característica esencial alternativa a la aprensión generalizada. (25)

2.14 CUESTIONARIOS DIAGNÓSTICOS

2.14.1 Cuestionario de Preocupación y Ansiedad.

Consta de 11 ítems agrupados en 6 preguntas que evalúan criterios diagnósticos de TAG según el DSM-IV. La primera pregunta explora hasta seis temas de interés recurrente. Las siguientes tres preguntas son sobre si los miedos son excesivos, cuántos días ocupan y qué tan difícil es controlarlos, pero las dos primeras preguntas no están relacionadas con la ansiedad, como sí lo hizo el DSM-5. La quinta pregunta enumera seis síntomas del DSM-IV relacionados con la ansiedad y el nerviosismo, y la pregunta final explora el nivel de superposición de la ansiedad y la ansiedad en la vida. Con excepción del primer grado, todos los ítems se califican en una escala de 0 a 8 (se requiere una puntuación de 4 o más para cumplir con un criterio). (26)

2.14.2 Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada. -

Esta escala pretende identificar posibles casos de TAG en base a algunos de los criterios básicos definidos en el DSM-IV. Consta de 7 elementos que una persona califica en una escala de 0 a 3 en función de cuántas veces le ha molestado cada programa en las últimas dos semanas. Además, un componente adicional no contribuyó a la puntuación global del grado de intervención sintomática. La escala es de un factor y una puntuación de 10 o más indica valores adecuados de sensibilidad y especificidad. 26)

2.15 TRATAMIENTO

2.15.1 El ejercicio físico como terapia para la ansiedad

El aspecto más importante de la relación entre la ansiedad, la práctica o el ejercicio deportivo como parte del tratamiento de ansiedad, donde se requieren tales casos, con niveles altos. Los beneficios del ejercicio no son solo un ejercicio psicológico, sino también el deporte, cuando influyen en el sistema nervioso independiente (SNA), mejor preparado antes de que el incentivo del automóvil pueda causar ansiedad. Se ha enfatizado que el ejercicio del ritmo ocurre

regularmente, reduciendo la presión arterial y la frecuencia cardíaca en posiciones estresantes. (27)

Los efectos útiles de la aptitud física se comparan para tratar los temores y la depresión en los adolescentes a través de diversos estudios con diferentes métodos de medición alternativos, como medicamentos, psicología, imaginarios y otros tipos. Cuando se analizan un total de 39 horas de esta distancia de las encuestas de destino, los resultados mostraron un efecto suave contra el resto del tratamiento sostenido, mientras que el impacto es en gran medida similar a los tratamientos farmacéuticos y psicológicos. (27)

2.15.2 Terapia cognitiva de Beck

La terapia cognitiva es una propuesta de intervención que comenzó a surgir alrededor de la década de 1970. Durante su práctica temprana de la psicoterapia, Beck comenzó intervenciones psicoanalíticas para afecciones relacionadas, la depresión, que luego abandonó. Según este autor, el modelado cognitivo sugiere que las personas no responden automática o inmediatamente a los eventos o estímulos ambientales, sino que de hecho crean una serie de procesos que preceden a las respuestas emocionales. La conectividad, el proceso descrito anteriormente, es una función de algo que el autor de la pregunta llama un esquema cognitivo. (28)

2.15.3 Terapia Cognitivo Conductual

Esta es una forma de intervención donde se trata de identificar los sesgos cognitivos que generan malestar en una persona, y trabajar con pensamientos y comportamientos disfuncionales que generan malestar. En la TCC, los profesionales de la salud mental ayudan a establecer metas y enseñan a los pacientes algunas técnicas que pueden aplicar en sus vidas.

Es importante señalar la efectividad de la TCC ya que se ha utilizado en una serie de trastornos psiquiátricos, se han observado algunos resultados positivos y también se puede decir que es una intervención más corta.

La TCC evidencia diversos postulados básicos, los cuales son los siguientes

- Las cogniciones influyen en nuestras emociones y conductas por lo que esta relacionadas entre sí.
- La aparición de una idea irracional o una creencia distorsionada generará conductas poco adaptativas.
- El objetivo de la TCC es eliminar la creencia que genera malestar en la persona por lo que ataca a la idea más no a los antecedentes activadores o la conducta problema. (29)

2.15.4 Farmacoterapia

Su finalidad es reducir o eliminar la ansiedad excesiva e incontrolada, los síntomas físicos y cognitivos con estrés psicomotor y despertares involuntarios, así como las comorbilidades comunes (incluida la depresión) que provocan el síndrome. Las características de ansiedad del trastorno de ansiedad generalizada suelen ser persistentes y generales en lugar de episódicas y situacionales. Sin embargo, la gravedad del trastorno de ansiedad generalizada (TAG) puede empeorar en respuesta a factores estresantes situacionales. Por lo tanto, aunque el tratamiento farmacológico del TAG es generalmente crónico, es posible que se requieran ajustes en respuesta a las exacerbaciones durante períodos de estrés prolongado. (30)

2.15.5 Antidepresivos

2.15.6 Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina e inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina

Al igual que con el trastorno de pánico y otros trastornos de ansiedad, los ISRS y los ISRS a menudo se consideran medicamentos de primera línea para el trastorno de ansiedad generalizada debido a sus efectos secundarios positivos en comparación con los antidepresivos más antiguos (p. ej., antidepresivos tricíclicos). Las benzodiazepinas tienen un amplio espectro de actividad para comorbilidades comunes, como la depresión. (30)

2.15.7 Benzodiacepinas

Las benzodiazepinas se han utilizado ampliamente para tratar la ansiedad generalizada durante casi medio siglo. Se ha enfatizado el uso de antidepresivos para tratar condiciones de ansiedad, incluido el TAG, particularmente en el contexto de la prevalencia de depresión comórbida. Las benzodiazepinas

todavía se recetan ampliamente, ya sea como complemento o como monoterapia para el TAG, debido a su facilidad de uso, efectos rápidos y confiables, y un perfil de efectos secundarios relativamente positivo. (30)

2.15.8 Anticonvulsivantes

La pregabalina, un bloqueador de los canales de calcio $\alpha 2\delta$, está aprobada para el tratamiento del TAG en Europa, pero no en los Estados Unidos. También se ha demostrado que la pregabalina es eficaz para los síntomas depresivos asociados, con estudios que muestran tasas de inicio del mismo tratamiento (por una semana solamente) en una comparación de benzodiacepinas. (30)

2.16 MARCO CONCEPTUAL

- **Trastornos mentales:** Son afecciones que impactan su pensamiento, sentimientos, estado de ánimo y comportamiento. Pueden ser ocasionales o duraderas (crónicas). Pueden afectar su capacidad de relacionarse con los demás y funcionar cada día. (31)
- **Psique:** La psique es el conjunto de las capacidades humanas de un individuo que abarca los procesos conscientes e inconscientes. La palabra psique es de origen griego ψυχή (psyché) que significa 'alma humana'. (31)
- **Somatización:** el proceso mediante el cual las personas experimentan y expresan malestar emocional a través de síntomas físicos es uno de los mayores retos a los que se puede ver enfrentado un médico en su práctica médica cotidiana, ya que los síntomas carecen de una causa orgánica documentada. (33)
- **Síntoma:** Problema físico o mental que presenta una persona, el cual puede indicar una enfermedad o afección. Los **síntomas** no se pueden observar y no se manifiestan en exámenes médicos.

2.17 MARCO LEGAL

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Art. 358.- El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.

Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.

2.18 VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN

Tabla 1. Descripción de variables independientes

Objetivo	Variable	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Fuente
Establecer el grupo etario y sexo de los pacientes diagnosticados con los trastornos psiquiátricos.	Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento	➤ 18- 39 años ➤ 60-80 años	Cualitativo	Historia Clínica
	Sexo	Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras	➤ Masculino ➤ Femenino	Cualitativo	Historia clínica
Analizar los factores implicados en el desarrollo de trastornos psiquiátricos.	Causas	Lista o relación ordenada de cosas o personas con arreglo a un criterio determinado	➤ Aislamiento ➤ Confinamiento ➤ Estabilidad laboral ➤ Comorbilidad asociada	Cualitativo	Historia clínica
Identificar la somatización de los signos y síntomas característicos de los trastornos psiquiátricos.	Síntomas	Cualquier fenómeno anormal funcional o sensitivo, percibido por el enfermo, indicativo de una enfermedad.	➤ Angustia ➤ Insomnio ➤ Fatiga ➤ Taquicardia ➤ Mala concentración ➤ Llanto fácil ➤ Anhedonia ➤ Abulia ➤ Ideas suicidas ➤ Hipersomnia ➤ Hiperexia ➤ Anorexia ➤ Alucinaciones	Cualitativo	Historia clínica

Tabla 2. Descripción de variables dependientes

Objetivo	Variable	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Fuente
Determinar el grado de severidad en los pacientes diagnosticados con los trastornos psiquiátricos.	Clasificación	Lista o relación ordenada de cosas o personas con arreglo a un criterio determinado	➤ Leve ➤ Moderado ➤ Grave	<i>Cualitativo</i>	Historia Clínica

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 METODOLOGIA

Enfoque de la investigación: Cuantitativo

Diseño de la investigación: Analítico

Tipo de diseño: Retrospectivo, de controles y casos, transversal.

Método de investigación empírico: Observación

Método de investigación teórico: Analítico

Nivel de investigación: Descriptivo

3.2 PERIODO Y LUGAR DONDE SE DESARROLLÓ LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación se la realizó en la República del Ecuador, región Costa, Zona 5, Provincia del Guayas, en la ciudad de Guayaquil, en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1 Población

De acuerdo con la base de datos del Hospital Teodoro Maldonado Carbo se registraron 300 casos de pacientes diagnosticados con Trastorno Depresivo Mayor y Trastorno de Ansiedad Generalizada, atendidos en el área de consulta externa de Psiquiatría del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo, en el periodo de Marzo 2020 al 2022.

3.3.2 Muestra

Se tomó como muestra todos los casos que cumplen los criterios de inclusión y exclusión, se registraron 78 pacientes diagnosticados Trastorno Depresivo Mayor y Trastorno de Ansiedad Generalizada; los cuales fueron atendidos en el área de consulta externa de Psiquiatría del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo, en el periodo del Marzo del 2020 al 2022.

3.3.3 Cálculo de la muestra

n: tamaño de muestra buscado

N: Tamaño de la población: 300

Z: Parámetros estadístico que depende el nivel de confianza: 1,96

i: error de estimación máximo aceptado: 5

p: probabilidad de que ocurra el evento estudiado: 50

q: (1-p): probabilidad de que no ocurra el evento estudiado: 50

Valor de K α	Porcentaje de confianza
1.28 α	80% α
1.44 α	85% α
1.65 α	90% α
1.96 α	95% α
2.58 α	99% α

Parámetro	Insertar valor
N	118
Z	1,96
p	50%
q	50%
i	5%

$$n = \frac{Z^2 * p * q * N}{i^2(N - 1) + Z^2 * p * q}$$

$$n = \frac{1.96^2 * 50 * 50 * 300}{5^2 (300 - 1) + 1.96^2 * 50 * 50}$$

$$n = \frac{1,133,272}{16,916}$$

$$n = 78$$

3.3.4 Criterios de inclusión

- Pacientes atendidos en la Consulta Externa de Psiquiatría del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo.
- Pacientes recientemente diagnosticados con Trastorno Depresivo Mayor o el Trastorno de Ansiedad Generalizada.
- Pacientes que se encuentren en el grupo etario de adulto joven (18 a 39 años) y adulto mayor (60-80 años).
- Pacientes con historias clínicas completas.

3.3.5 Criterios de exclusión

- Pacientes atendidos en la Hospitalización de Psiquiatría del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo.
- Pacientes que no hayan sido recientemente diagnosticados con Trastorno Depresivo Mayor o Trastorno de Ansiedad Generalizada.
- Pacientes que no se encuentre en el grupo etario de adulto joven (18-39 años) y adulto mayor (60-80 años).
- Pacientes con historias clínicas incompletas.

3.4 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

·El estudio realizado en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo es de tipo analítico, descriptivo, retrospectivo, de controles y casos y transversal ya que tiene como finalidad poder tener una comparativa entre los resultados obtenidos con los resultados presentados en los diferentes artículos, investigaciones o páginas científicas y académicas nacionales e internacionales.

3.5 RECURSOS HUMANOS Y FÍSICOS

3.5.1 Recursos Humanos

- Dra. Ana María Viteri Rojas- Tutora de tesis
- IRM. Leonardo José Bustamante Anchundia- Investigador
- Pacientes del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo.

3.5.2 Recursos Físicos

- Historias Clínicas
- Computadoras
- Formato de hojas A4
- Internet
- Dispositivos USB
- Teléfonos y otros.

3.6 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

En la presente investigación se realizó mediante Excel una tabla para evidenciar los datos recolectados durante el desarrollo del tema a investigar, esta tabla se evidenciará en los anexos del presente trabajo de investigación.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Esta investigación cumple con criterios éticos ya que se avala la confidencialidad de la información recolectada, por lo que será utilizada únicamente con fines investigativos; además cuenta con la autorización del Hospital de Especialidades "Teodoro Maldonado Carbo" y Universidad de Guayaquil para ser; como última instancia se establecieron criterios de selección para los pacientes sometidos al estudio, tanto de inclusión como de exclusión.

3.8 ANALISIS ESTADÍSTICOS

Los datos que se obtengan del análisis de las historias clínicas del presente estudio serán analizados en Microsoft Excel y los resultados que se obtengan serán colocados y evidenciados en las tablas de contenido y gráficos estadísticos.

3.9 PRESUPUESTO

- Servicio de internet: 30\$
- Fotocopias e impresiones: 50\$
- Transporte: 40\$

3.10 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Tabla 3. Descripción del cronograma de actividades

Objetivos específicos	Actividades	Diciembre 2021	Enero 2022	Febrero 2022	Marzo 2022
Establecer el rango de edad en que se clasifica a los pacientes adultos jóvenes y los adultos mayores.	Revisión de Bibliografía	X			
	Revisión de Historias Clínicas	X			
Analizar los factores implicados en el desarrollo de trastornos psiquiátricos.	Revisión de Bibliografía		X		
	Revisión de Historias Clínicas		X		
Identificar la somatización de los signos y síntomas característicos de los trastornos psiquiátricos.	Revisión de Bibliografía			X	
	Revisión de Historias Clínicas			X	
Categorizar a los pacientes con trastornos psiquiátricos previos reagudizados y a los pacientes con trastornos psiquiátricos recién diagnosticados.	Revisión de Bibliografía				X
	Revisión de Historias Clínicas				X

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS

En el siguiente estudio se recopiló una población de 500 pacientes diagnosticados con TRASTRONO DEPRESIVO MAYOR Y TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

De lo cual se obtuvieron los siguientes resultados.

Tabla 4. Incidencia de los trastornos psiquiátricos según grupo etario y sexo.

GRUPO ETARIO	Frecuencia		Porcentaje
GRUPO ETARIO	18-39 años	50	62%
	60-80 años	28	38%
	Total	78	100%
SEXO	Masculino	25	32%
	Femenino	53	68%
	Total	78	100%
DIAGNOSTICOS	Trastorno depresivo mayor	22	29%
	Trastorno de ansiedad generalizada	56	71%
	Total	78	100%

Fuente: Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo

Autor: Leonardo Bustamante A.

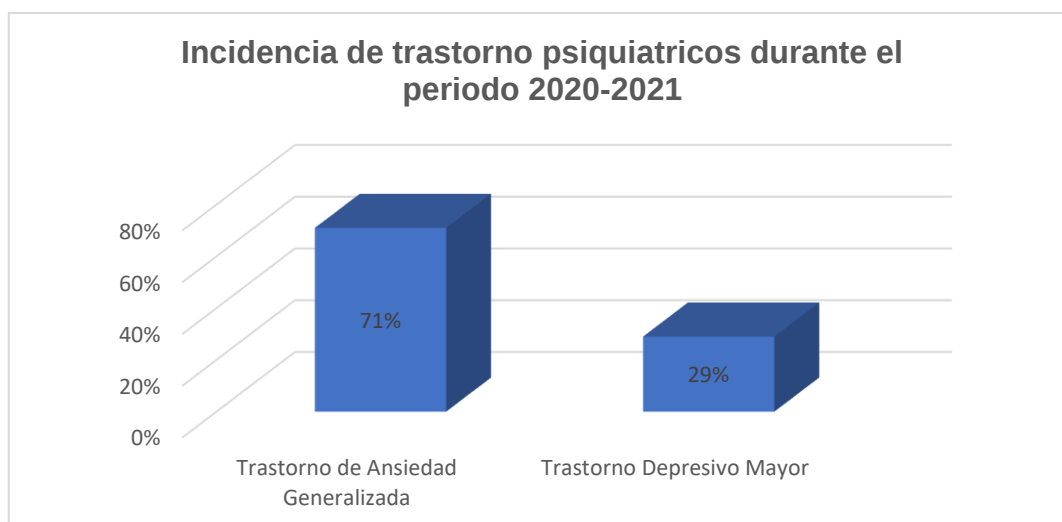


Gráfico 1. Incidencia de trastornos psiquiátricos

Fuente: Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo

Autor: Leonardo Bustamante A.

Análisis: De los 78 pacientes estudiados, se demuestra que 56 pacientes que equivalen al 71 % desarrollaron el Trastorno de Ansiedad Generalizada y que 22 pacientes que equivalen al 29% desarrollaron el Trastono Depresivo Mayor.

Distribución de pacientes diagnosticados con Trastorno de Ansiedad Generalizada según su grupo etario

Tabla 5. Incidencia del TAG según su grupo etario

Grupo etario	Frecuencia	Porcentaje
Adulto joven (18-39)	39	69,64%
Adulto mayor (60-80)	17	30,36%
Total	56	100%

Fuente: Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo

Autor: Leonardo Bustamante A.

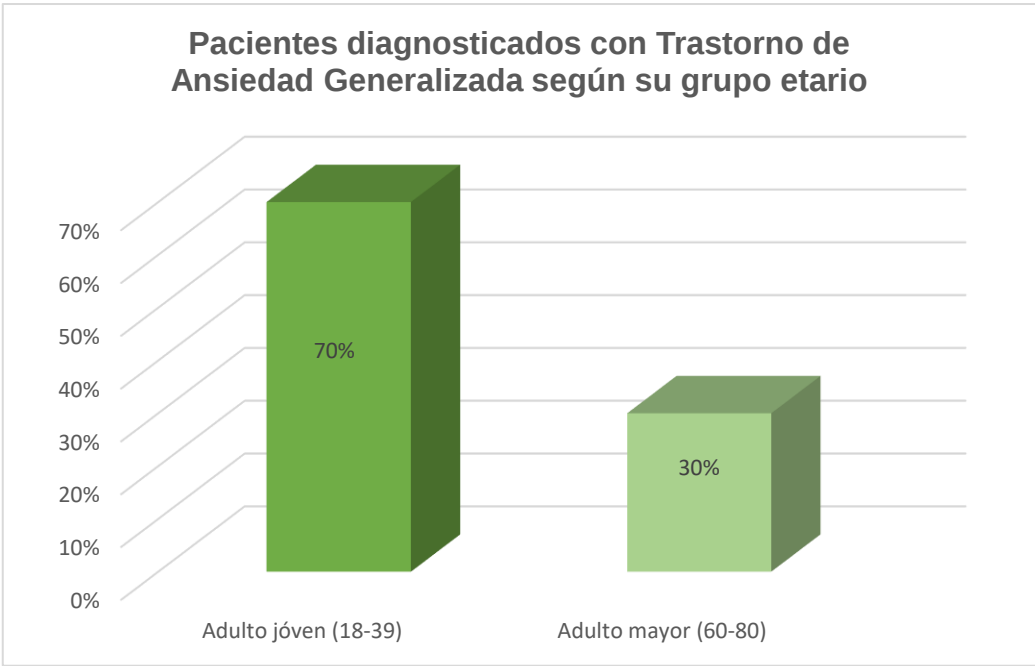


Gráfico 2 Incidencia TAG según grupo etario

Fuente: Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo

Autor: Leonardo Bustamante A.

Análisis: De los 56 pacientes diagnosticados con el Trastorno de Ansiedad Generalizada se pudo demostrar que 39 pacientes que equivalen a 70 % corresponden al grupo etario de 18-39 años y que 17 pacientes que equivalen a 30% corresponden al grupo etario de 60-80 años.

Distribución de pacientes diagnosticados con Trastorno de Ansiedad Generalizada según su grupo sexo.

Tabla 6. Incidencia del TAG según el sexo.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	19	34%
Femenino	37	66%
Total	56	100%

Fuente: Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo

Autor: Leonardo Bustamante A.

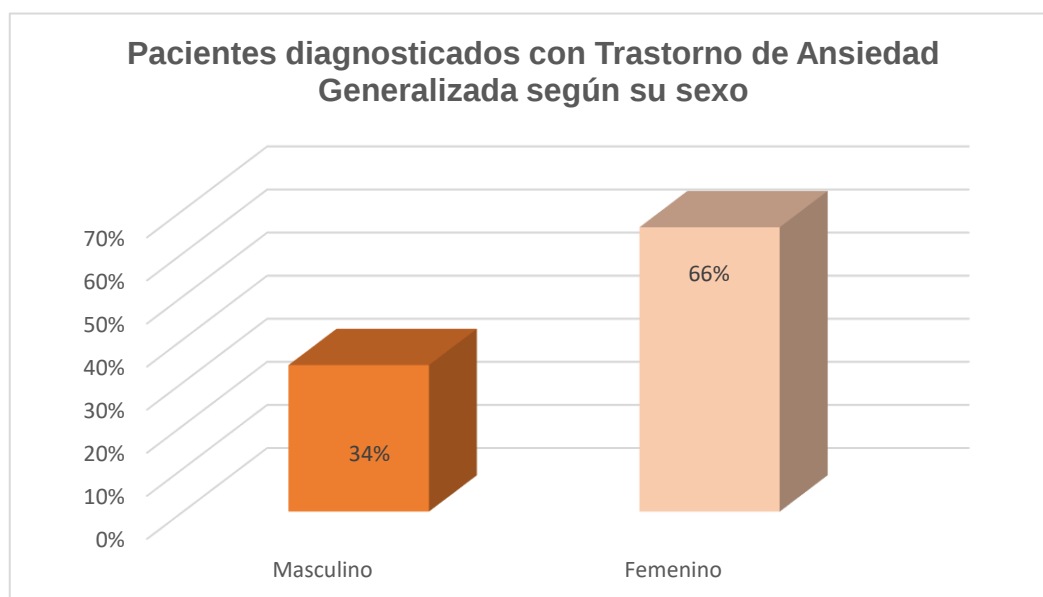


Gráfico 3. Incidencia del TAG según el sexo.

Fuente: Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo

Autor: Leonardo Bustamante A.

Análisis: De los 56 pacientes diagnosticados con el Trastorno de Ansiedad Generalizada se evidenció que 19 pacientes que equivalen a 34 % son de sexo masculino y que 37 pacientes que equivalen a 66% son de sexo femenino.

Factores asociados al desarrollo del Trastorno de Ansiedad Generalizada

Tabla 7. Factores asociados al desarrollo del TAG.

Factores		Frecuencia	Porcentaje
Aislamiento	SI	15	27%
	NO	41	73%
	Total	56	100%
Estabilidad laboral	SI	26	46%
	NO	30	54%
	Total	56	100%
Comorbilidad asociada	SI	30	54%
	NO	26	46%
	Total	56	100%

Fuente: Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo

Autor: Leonardo Bustamante A.

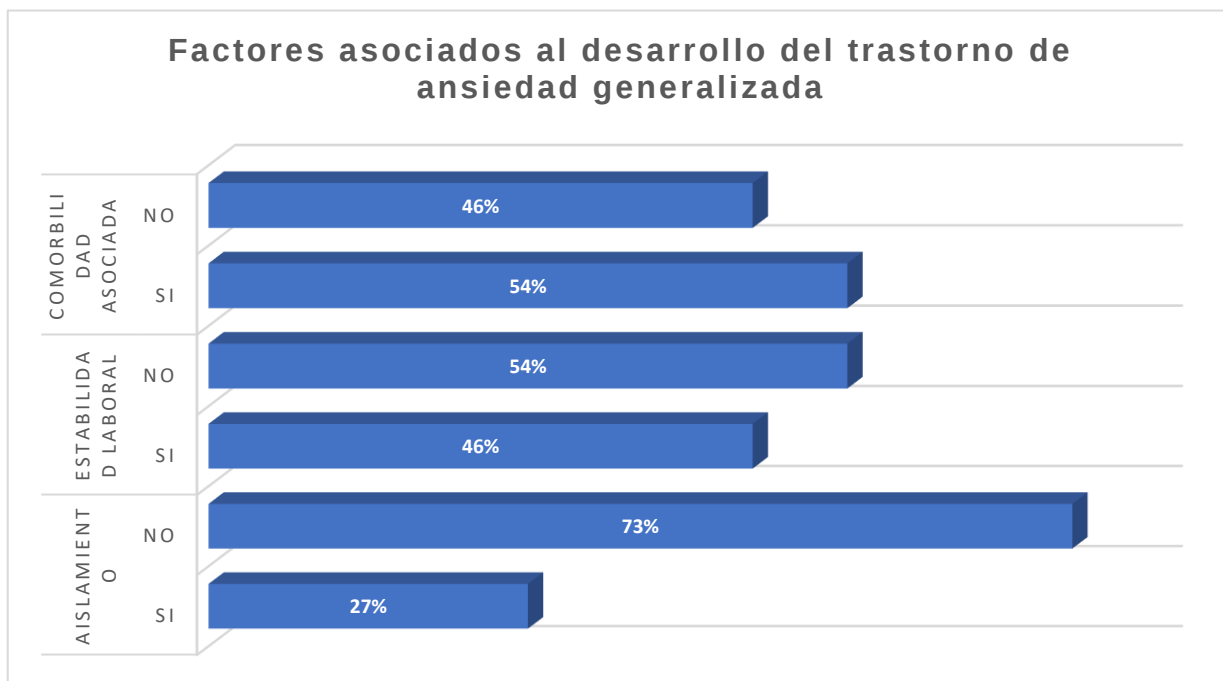


Gráfico 4. Factores asociados al desarrollo del TAG

Fuente: Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo

Autor: Leonardo Bustamante A.

ANÁLISIS: De los 56 pacientes diagnosticados con Trastorno de Ansiedad Generalizada se pudo demostrar que los principales factores asociados a esta afección es una Mala Estabilidad Laboral, seguido de Comorbilidades de base presentes y en última instancia el Aislamiento.

Sintomatología predominante asociada al Trastorno de Ansiedad Generalizada

Tabla 8. Síntomas predominantes en pacientes con TAG.

Síntomas		Frecuencia	Porcentaje
Angustia	SI	53	95%
	NO	3	5%
	TOTAL	56	100%
Fatiga	SI	43	77%
	NO	13	23%
	TOTAL	56	100%
Insomnio	SI	47	84%
	NO	9	16%
	TOTAL	56	100%
Taquicardia	SI	24	43%
	NO	32	57%
	TOTAL	56	100%
Mala concentración	SI	29	52%
	NO	27	48%
	TOTAL	56	100%

Fuente: Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo

Autor: Leonardo Bustamante A.

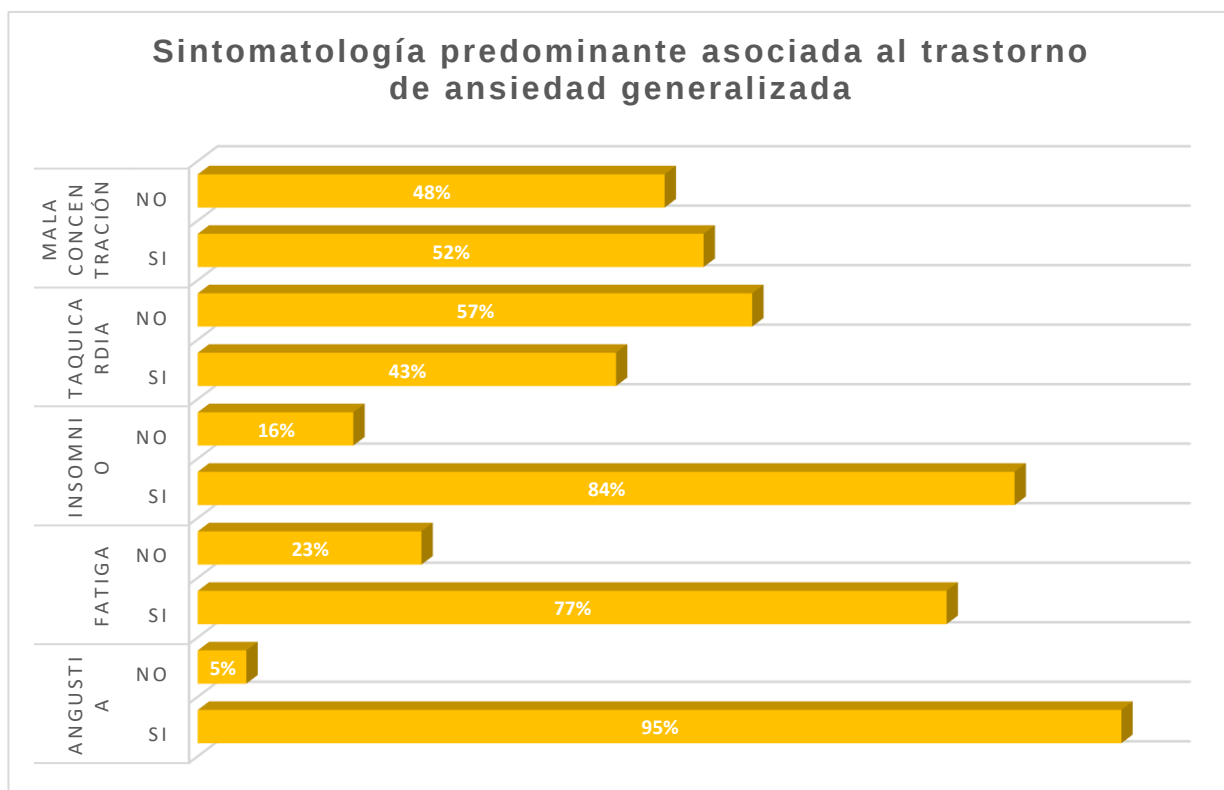


Gráfico 5. Síntomas predominantes en el TAG.

Fuente: Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo

Autor: Leonardo Bustamante A.

ANÁLISIS: De los 56 pacientes evaluados se pudo obtener que la sintomatología asociada al Trastorno de Ansiedad Generalizada es la angustia presente en el 95% de los casos, el insomnio presente en el 84% de los casos, la fatiga en el 77% de los casos, la mala concentración presente en el 52% de los casos y por último la taquicardia presente en el 43%.

Distribución de pacientes diagnosticados con Trastorno Depresivo Mayor según su grupo etario

Tabla 9. Incidencia del TDM según su grupo etario.

Grupo etario	Frecuencia	Porcentaje
Adulto joven (18-39)	11	50%
Adulto mayor (60-80)	11	50%
Total	22	100%

Fuente: Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo

Autor: Leonardo Bustamante A.

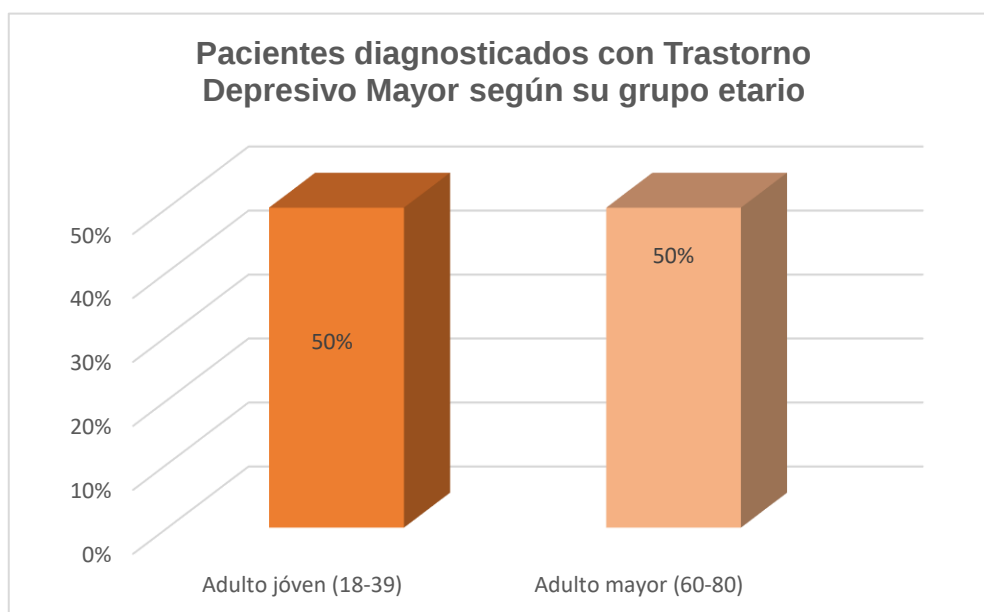


Gráfico 6. Incidencia del TDM según su grupo etario.

Fuente: Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo

Autor: Leonardo Bustamante A.

ANÁLISIS: Se evidencio que de los 22 pacientes diagnosticado con Trastorno Depresivo Mayor, 11 pacientes que equivalen al 50% se encontraban en el grupo etario de adulto joven, mientras que los 11 pacientes restantes (50%) correspondían al grupo etario de adultos mayores.

Distribución de pacientes diagnosticados con Trastorno Depresivo Mayor según su grupo sexo.

Tabla 10. Incidencia del TDM según el sexo.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	6	27%
Femenino	16	73%
Total	22	100%

Fuente: Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo

Autor: Leonardo Bustamante A.

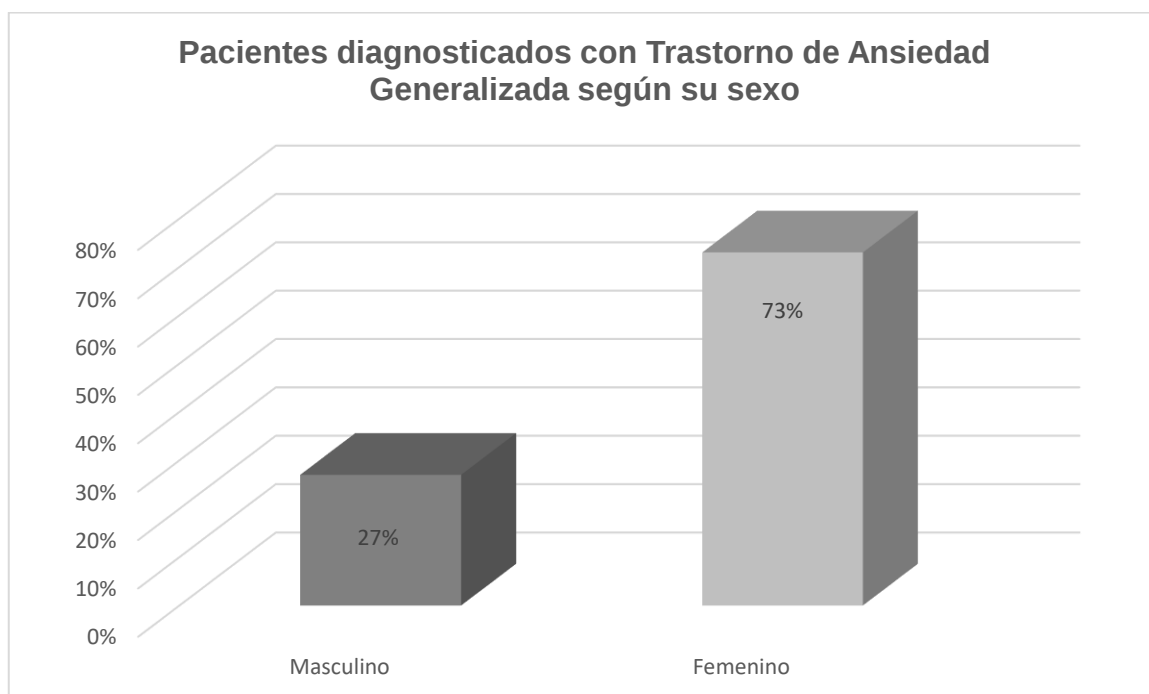


Gráfico 7. Incidencia del TDM según el sexo.

Fuente: Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo

Autor: Leonardo Bustamante A.

Análisis: De los 22 pacientes diagnosticados con el Trastorno Depresivo Mayor se pudo demostrar que 6 pacientes que equivalen a 27 % son de sexo masculino y que 16 pacientes que equivalen a 73% corresponden al sexo femenino.

Factores asociados al desarrollo de Trastorno Depresivo Mayor

Tabla 11. Factores asociados al desarrollo de TDM

Factores		Frecuencia	Porcentaje
Aislamiento	SI	8	57%
	NO	14	63%
	Total	22	100%
Confinamiento mayor a 3 meses	SI	19	86%
	NO	3	14%
	Total	56	100%
Estabilidad laboral	SI	8	57%
	NO	14	63%
	Total	22	100%
Coomorbilidad asociada	SI	13	59%
	NO	9	41%
	Total	22	100%

Fuente: Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo

Autor: Leonardo Bustamante A.

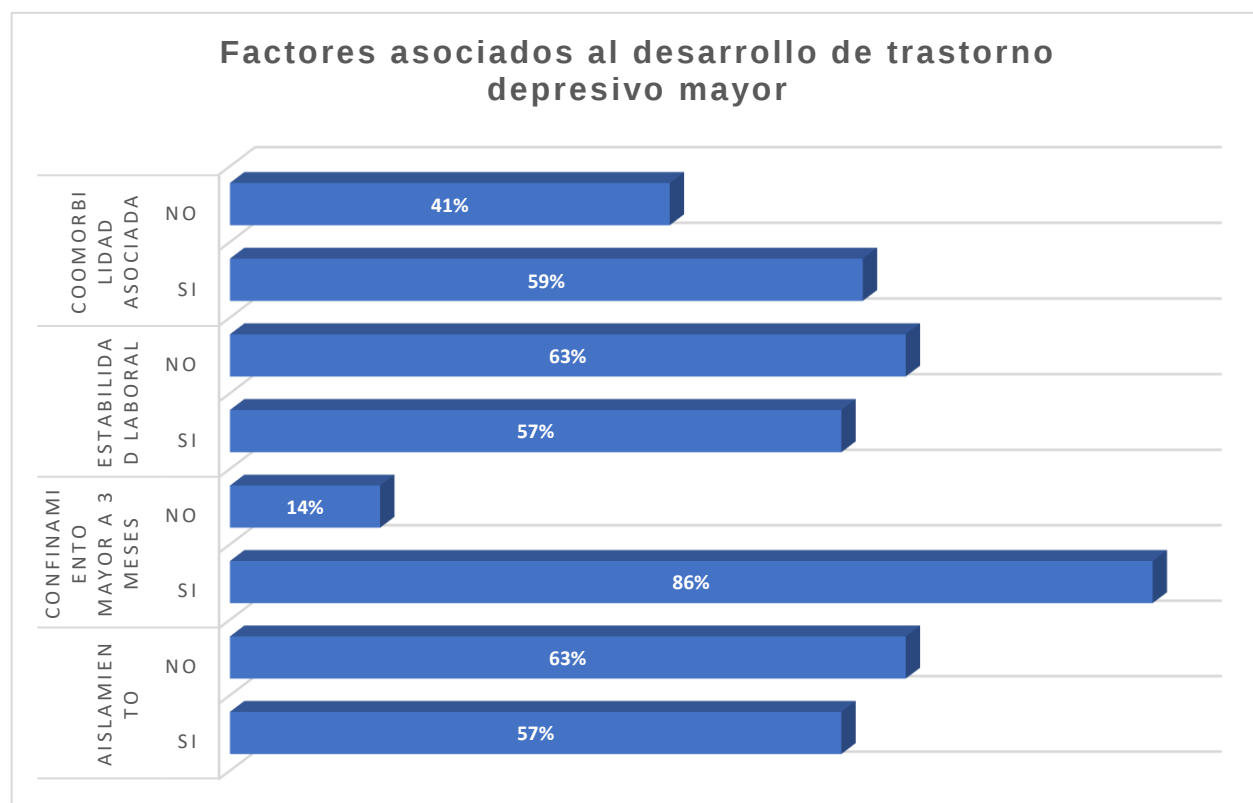


Gráfico 8. Factores asociados al TDM

Fuente: Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo

Autor: Leonardo Bustamante A.

ANALISIS: De los 22 pacientes diagnosticados con Trastorno Depresivo Mayor se pudo demostrar que los factores asociados al desarrollo de este trastorno fueron el confinamiento mayor a 3 meses en el 86% de los casos, mala estabilidad laboral presente en el 63%, padecimiento de una comorbilidad asociada en el 59% de los casos y finalmente el aislamiento en un 57% de los casos.

Sintomatología predominante asociada al Trastorno Depresivo Mayor

Tabla 12. Síntomas predominantes asociados al TDM

Síntomas		Frecuencia	Porcentaje
Llanto fácil	SI	22	100%
	NO	0	0%
	TOTAL	22	100%
Anhedonia	SI	20	90%
	NO	2	10%
	TOTAL	22	100%
Abulia	SI	10	45%
	NO	12	55%
	TOTAL	22	100%
Ideas suicidas	SI	7	32%
	NO	15	68%
	TOTAL	22	100%
Hipersomnia	SI	4	18%
	NO	18	82%
	TOTAL	22	100%
Insomnio	SI	18	82%
	NO	4	18%
	TOTAL	22	100%
Anorexia	SI	18	82%
	NO	4	18%
	TOTAL	22	100%
Hiperexia	SI	4	18%
	NO	18	82%
	TOTAL	22	100%
Alucinaciones	SI	5	23%
	NO	17	77%
	TOTAL	22	100%

Fuente: Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo

Autor: Leonardo Bustamante A.

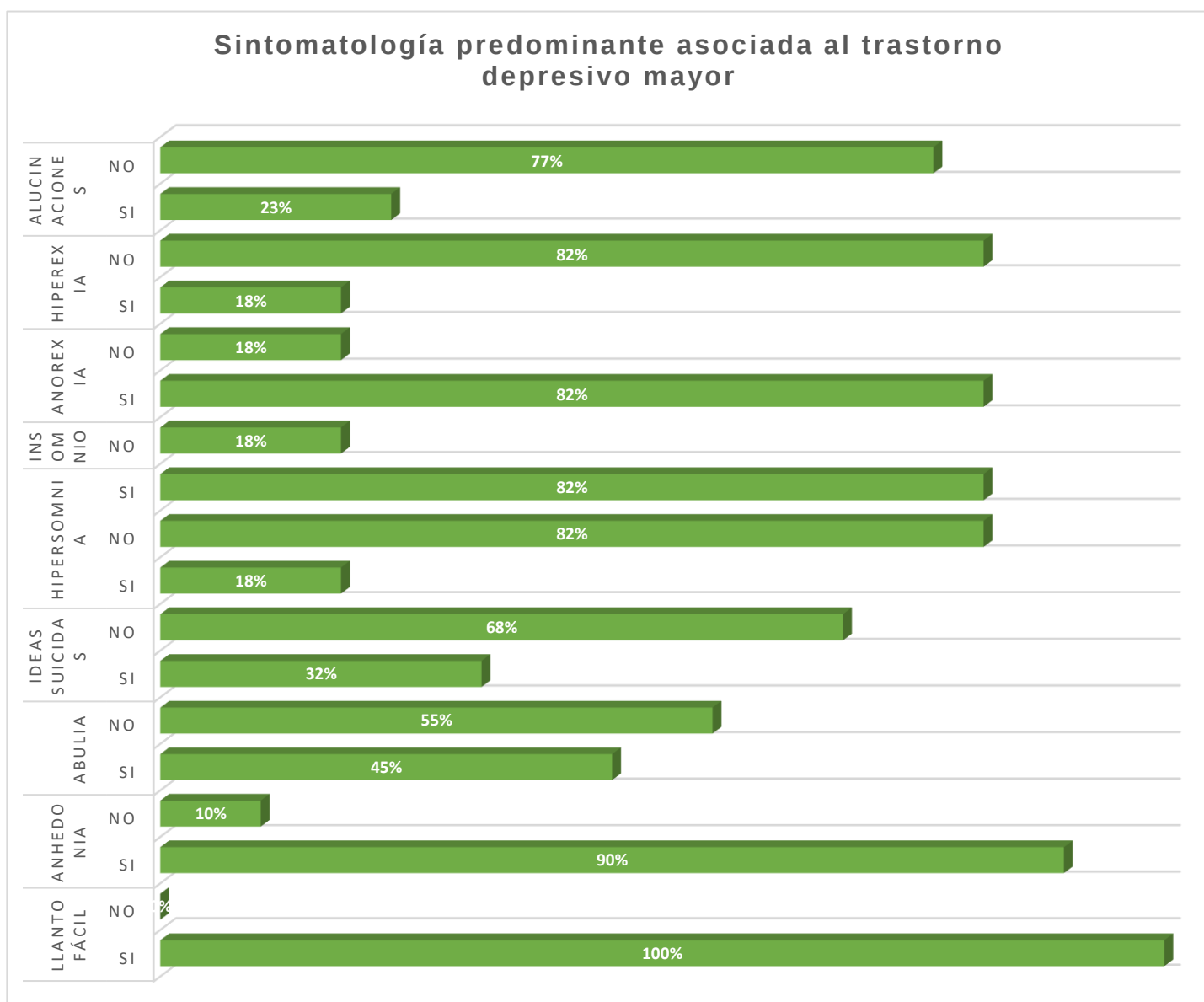


Gráfico 9. Síntomas predominantes asociados al TDM

Fuente: Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo

Autor: Leonardo Bustamante A.

ANÁLISIS: De los 22 pacientes evaluados se pudo obtener que la sintomatología asociada al Trastorno Depresivo Mayor es el llanto fácil presente en el 100% de los casos, la anhedonia presente en el 90%, el insomnio y la anorexia con un porcentaje de 82%, la abulia en el 45% de los casos, las ideas suicidas con un 32%, seguida de las alucinaciones en el 23% de los pacientes; y finalmente la hipersomnia e hiperexia con un 18% en los pacientes.

4.2 DISCUSIÓN

Se evidenció que el grupo etario que con mayor frecuencia es afectado por el Trastorno de Ansiedad Generalizada corresponde al de adultos jóvenes y el género más afectado es el femenino, el síntoma predominante es la angustia compatible con el estudio realizado por María Savaria en el 2020 con la excepción del rango de edad.

En la muestra de la presente investigación se determina que el 55% de los pacientes diagnosticados con Trastorno Depresivo Mayor han experimentado síntomas depresivos moderados y el 45% síntomas depresivos leves, lo cual dista del estudio, realizado por Raul Prada en el 2020 por lo tanto no es compatible.

Se determina que el género femenino tiene mayor predilección a padecer el Trastorno de Depresivo Mayor, el factor de riesgo más común es el confinamiento, compatible con el estudio realizado por Lozano Vargas en el 2020 y con el estudio realizado por María Ferreira en el 2021; sin embargo dista en cuanto al síntoma predominante, ya que en la presente investigación fue el llanto fácil.

Determinamos que la presencia de comorbilidades asociados es un factor exponencial asociado al desarrollo de Trastorno de Ansiedad Generalizada.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- El trastorno psiquiátrico que tuvo mayor incidencia durante el periodo de confinamiento social fue el Trastorno de Ansiedad Generalizada.
- Los principales factores que tuvieron una gran asociación al desarrollo de estos trastornos fueron una mala estabilidad laboral, el confinamiento mayor a 3 meses y el aislamiento.
- En este estudio se evidenció que los pacientes de género femenino tienen mayor probabilidad a desarrollar alguno de estos trastornos psiquiátricos ya mencionados.
- Los síntomas cardinales que con mayor frecuencia se presentaron en los pacientes diagnosticados con alguno de estos trastornos psiquiátricos fueron la angustia, el llanto fácil, la anhedonia, la anorexia y el insomnio.

5.2 RECOMENDACIONES

- Concientizar mediante charlas educativas a los pacientes sobre la identificación de los signos y síntomas de la ansiedad y depresión para mejorar el diagnóstico de estas patologías.
- Realizar reuniones en las cuales se formen grupos de apoyo que sean de soporte para los pacientes que han sido diagnosticados con estos trastornos con la finalidad de mejorar su pronóstico y calidad de vida.
- Proponer a los pacientes el abordaje multidisciplinario, haciendo énfasis en la importancia de la psicoterapia asociada a la terapia farmacológica, disminuyendo la tasa de reagudizaciones y cronificación.
- Sensibilizar a los pacientes y a sus familiares, explicando los signos y síntomas cardinales de un paciente inestable con el fin adoptar medidas para la prevención del suicidio.
- Publicar este estudio a nivel nacional para obtener una perspectiva generalizada de dicha problemática.

6. ANEXOS

ANEXO I.- FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA DE TRABAJO DE TITULACION

FACULTAD: CIENCIAS MEDICAS

CARRERA: MEDICINA

TRABAJO DE TITULACIÓN

Nombre de la propuesta de trabajo de la titulación:	TRASTORNOS PSIQUIATRICOS ASOCIADOS AL CONFINAMIENTO SOCIAL PSICOSOMATIZACIÓN DE SINTOMATOLOGÍA EN ADULTOS JÓVENES Y ADULTOS MAYORES.		
Nombre del estudiante (s):	BUSTAMANTE ANCHUNDIA LEONARDO JOSÉ		
Facultad:	CIENCIAS MEDICAS	Carrera:	MEDICINA
Línea de Investigación:	SALUD HUMANA	Sub-línea de Investigación:	BIOMEDICINA Y EPIDEMIOLOGÍA
Fecha de presentación de la propuesta de trabajo de Titulación:	21/10/2021-04/10/2022	Fecha de evaluación de la propuesta de trabajo de Titulación:	

ASPECTO A CONSIDERAR	CUMPLIMIENTO		OBSERVACIONES
	SI	NO	
Título de la propuesta de trabajo de Titulación:			
Línea de Investigación / Sublínea de Investigación:			
Planteamiento del Problema:			
Justificación e importancia:			
Objetivos de la Investigación:			
Metodología a emplearse:			
Cronograma de actividades:			
Presupuesto y financiamiento:			



Firmado electrónicamente por:
**FRANCISCO XAVIER
 FELIX HERNANDEZ
 MANRIQUE**

APROBADO
 APROBADO CON OBSERVACIONES
 NO APROBADO

DR. FRANCISCO XAVIER HERNANDEZ MANRIQUE
PRESIDENTE DEL CONSEJO DE FACULTAD

DRA. MARIA LUISA ACUÑA CUMBA
MSC, DIRECTORA DE CARRERA, GESTOR DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

ANEXO IV.- INFORME DE AVANCE DE LA GESTIÓN TUTORIAL

Tutor: VITERI ROJAS ANA MARIA

Tipo de trabajo de titulación: ANALITICO

Título del trabajo: TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS ASOCIADOS AL CONFINAMIENTO SOCIAL: PSICOZOMATIZACIÓN DE SINTOMATOLOGÍA EN ADULTOS JÓVENES Y ADULTOS MAYORES

Carrera: MEDICINA

No. DE SESIÓN	FECHA TUTORÍA	ACTIVIDADES DE TUTORÍA	DURACIÓN:		OBSERVACIONES Y TAREAS ASIGNADAS
			INICIO	FIN	
1		Estudio de la guía de trabajos de titulación y cronograma de avance del trabajo.	19:00	21:00	Búsqueda de la guía actualizada emitida por la Universidad de Guayaquil.
2		Declaración del tema y presentación a la autoridad para su aprobación, se dejan algunos títulos de trabajo para elección.	19:00	21:00	Mandar un oficio al subdecano de la facultad pidiendo la aprobación del tutor elegido.
3		Revisión de Tema de trabajo de titulación, y asesoría de como diseñar un anteproyecto.	19:00	21:00	Buscar un modelo de guía de anteproyecto que sirva como orientación.
4		Revisión de anteproyecto.	19:00	21:00	Recopilar artículos de publicaciones recientes para la elaboración del anteproyecto.
5		Formulación de la introducción del trabajo de titulación.	19:00	21:00	Búsqueda de trabajos de titulación anteriores que sirvan como guía para la elaboración de la introducción.
6		Corrección de introducción.	19:00	21:00	Resumir la introducción y corrección de sintaxis.
7		Explicación de como formular el problema y elaboración del planteamiento del problema.	19:00	21:00	Búsqueda de artículos sobre el tema de titulación para comprensión y establecimiento del problema.
8		Elaboración del planteamiento del problema.	19:00	21:00	Visitar el hospital para poder aclarar el problema que se quiere establecer.
9		Diseño de la justificación.	19:00	21:00	Lectura de la guía actual con la versión anterior para poder comparar los cambios que existen.
10		Revisión del planteamiento del problema.	19:00	21:00	Búsqueda en internet sobre el problema en Ecuador para establecer la veracidad.
11		Formulación de objetivos generales y específicos.	19:00	21:00	Lectura de diferentes artículos científicos en base al tema de titulación para formular los objetivos.
12		Revisión y corrección de la justificación.	19:00	21:00	Se realiza ajustes entorno a la redacción de los objetivos y justificación de trabajo a realizar
13		Elaboración de la importancia.	19:00	21:00	Se realiza conversatorio tutor acerca de aspectos relevantes de tema de investigación y se delimita aspectos a laborar
14		Asesoría de búsqueda de artículos para el marco teórico,	19:00	21:00	Tutor realiza videollamada mostrando visualización de los principales buscadores de bibliografía

15		Diseño de la hipótesis y revisión del marco teórico.	19:00	21:00	Tutor realiza revisión de la hipótesis de trabajos anteriores para guiarnos en la elaboración de la nuestra.
16		Corrección del marco teórico, y diseño del cuadro de variables y elaboración de una tabla de recolección de muestra.	19:00	21:00	Tutor corrige la tabla de recolección de datos quitando y añadiendo detalles.



Firmado electrónicamente por:

**ANA MARIA
VITERI**

DRA. ANA MARIA VITERI ROJAS
C.I. 0909780876
FECHA: 16/Marzo/2022

ANEXO V.- RÚBRICA DE EVALUACIÓN TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO: TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS ASOCIADOS AL CONFINAMIENTO SOCIAL: PSICOSOMATIZACIÓN DE SINTOMATOLOGÍA EN ADULTOS JÓVENES Y ADULTOS MAYORES.

AUTOR: LEONARDO JOSÉ BUSTAMANTE ANCHUNDIA

ASPECTOS EVALUADOS	PUNTAJE MÁXIMO	CALIFICACIÓN
ESTRUCTURA ACADÉMICA Y PEDAGÓGICA	4.5	4
Propuesta integrada a Dominios, Misión y Visión de la Universidad de Guayaquil.	0.3	0.3
Relación de pertinencia con las líneas y sublíneas de investigación Universidad / Facultad/Carrera.	0.4	0.4
Base conceptual que cumple con las fases de comprensión, interpretación, explicación y sistematización en la resolución de un problema.	1	0.5
Coherencia en relación a los modelos de actuación profesional, problemática, tensiones y tendencias de la profesión, problemas a encarar, prevenir o solucionar de acuerdo al PND-BV.	1	1
Evidencia el logro de capacidades cognitivas relacionadas al modelo educativo como resultados de aprendizaje que fortalecen el perfil de la profesión.	1	1
Responde como propuesta innovadora de investigación al desarrollo social o tecnológico.	0.4	0.4
Responde a un proceso de investigación – acción, como parte de la propia experiencia educativa y de los aprendizajes adquiridos durante la carrera.	0.4	0.4
RIGOR CIENTÍFICO	4.5	3.5
El título identifica de forma correcta los objetivos de la investigación.	1	0.5
El trabajo expresa los antecedentes del tema, su importancia dentro del contexto general, del conocimiento y de la sociedad, así como del campo al que pertenece, aportando significativamente a la investigación.	1	1
El objetivo general, los objetivos específicos y el marco metodológico están en correspondencia.	1	0.8
El análisis de la información se relaciona con datos obtenidos y permite expresar las conclusiones en correspondencia a los objetivos específicos.	0.8	0.7
Actualización y correspondencia con el tema, de las citas y referencia bibliográfica.	0.7	0.5
PERTINENCIA E IMPACTO SOCIAL	1	1
Pertinencia de la investigación.	0.5	0.5
Innovación de la propuesta proponiendo una solución a un problema relacionado con el perfil de egreso profesional.	0.5	0.5
CALIFICACIÓN TOTAL	*10	8.5
* El resultado será promediado con la calificación del Tutor Revisor y con la calificación de obtenida en la Sustentación oral. **El estudiante que obtiene una calificación menor a 7/10 en la fase de tutoría de titulación, no podrá continuar a las siguientes fases (revisión, sustentación).		



Firmado electrónicamente por:

**ANA MARIA
VITERI**

Dra. Ana María Viteri Rojas
C.I.0909780876
Marzo 2022

**ANEXO IX.- RÚBRICA DE EVALUACIÓN DOCENTE REVISOR DEL
TRABAJO DE TITULACIÓN
FACULTAD: CIENCIAS MÉDICAS CARRERA: MEDICINA**

TÍTULO: TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS ASOCIADOS AL CONFINAMIENTO SOCIAL: PSICOSOMATIZACIÓN DE SINTOMATOLOGÍA EN ADULTOS JÓVENES Y ADULTOS MAYORES.

AUTOR: LEONARDO JOSÉ BUSTAMANTE ANCHUNDIA

ASPECTOS EVALUADOS	PUNTAJE MÁXIMO	CALIFICACIÓN	COMENTARIOS
ESTRUCTURA Y REDACCIÓN DE LA MEMORIA	3	3	
Formato de presentación acorde a lo solicitado.	0.6	0.6	
Tabla de contenidos, índice de tablas y figuras.	0.6	0.6	
Redacción y ortografía.	0.6	0.6	
Correspondencia con la normativa del trabajo de titulación.	0.6	0.6	
Adecuada presentación de tablas y figuras.	0.6	0.6	
RIGOR CIENTÍFICO	6	6	
El título identifica de forma correcta los objetivos de la investigación.	0.5	0.5	
La introducción expresa los antecedentes del tema, su importancia dentro del contexto general, del conocimiento y de la sociedad, así como del campo al que pertenece.	0.6	0.6	
El objetivo general está expresado en términos del trabajo a investigar.	0.7	0.7	
Los objetivos específicos contribuyen al cumplimiento del objetivogeneral.	0.7	0.7	
Los antecedentes teóricos y conceptuales complementan y aportansignificativamente al desarrollo de la investigación.	0.7	0.7	
Los métodos y herramientas se corresponden con los objetivos de laInvestigación.	0.7	0.7	
El análisis de la información se relaciona con datos obtenidos.	0.4	0.4	
Factibilidad de la propuesta.	0.4	0.4	
Las conclusiones expresan el cumplimiento de los objetivos específicos.	0.4	0.4	
Las recomendaciones son pertinentes, factibles y válidas.	0.4	0.4	
Actualización y correspondencia con el tema, de las citas y referenciaBibliográfica.	0.5	0.5	
PERTINENCIA E IMPACTO SOCIAL	1	1	
Pertinencia de la investigación/ Innovación de la propuesta.	0.4	0.4	
La investigación propone una solución a un problema relacionado con elperfil de egreso profesional.	0.3	0.3	
Contribuye con las líneas / sublíneas de investigación de la Carrera.	0.3	0.3	
CALIFICACIÓN TOTAL *10		10	
* El resultado será promediado con la calificación del Tutor y con la calificación de obtenida en la Sustentación oral. ****El estudiante que obtiene una calificación menor a 7/10 en la fase de tutoría de titulación, no podrá continuar a las siguientes fases (revisión, sustentación).			



Firmado electrónicamente por:
**FERNANDO PATRICIO
MONCAYO ASNALEMA**

Dr. Fernando Patricio Moncayo Asnalema
Docente Revisor
C.I: 0909596157
Fecha: 03/04/2022

**ANEXO X.- MODELO DE LA PORTADA PARA LA ENTREGA DEL
TRABAJO DE TITULACIÓN (DIGITAL).**

PORTADA DEL EMPASTADO



**UNIVERSIDAD DE
GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE
CIENCIAS MEDICAS**

**CARRERA DE
MEDICINA**

**“TRASTORNOS
PSIQUIATRICOS ASOCIADOS
AL CONFINAMIENTO SOCIAL:
PSICOSOMATIZACIÓN DE
SINTOMATOLOGÍA EN
ADULTOS JÓVENES Y
ADULTOS MAYORES”**

AUTOR:

**LEONARDO JOSÉ
BUSTAMANTE ANCHUNDIA**

TUTOR: DRA. ANA MARÍA

GUAYAQUIL, MARZO 2022

LOMO



**“ TRASTORNOS PSIQUIATRICOS
ASOCIADOS AL CONFINAMIENTO SOCIAL:
PSICOSOMATIZACIÓN DE SINTOMATOLOGÍA
EN ADULTOS JÓVENES Y ADULTOS
MAYORES”**

2022

**ANEXO XV.- RÚBRICA PARA LA EVALUACIÓN DE LA
SUSTENTACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE MEDICINA**

TEMA: TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS ASOCIADOS AL CONFINAMIENTO SOCIAL: PSICOSOMATIZACIÓN DE SINTOMATOLOGÍA EN ADULTOS JÓVENES Y ADULTOS MAYORES			
AUTOR: LEONARDO JOSÉ BUSTAMANTE ANCHUNDIA			
Nombre del miembro del Tribunal de Sustentación:	Fecha de Sustentación:		
EVALUACIÓN DE LA EXPOSICIÓN ORAL	PUNTAJE MÁXIMO	CALF.	COMENTARIOS
El alumno realiza una presentación con seguridad, dirigiéndose hacia el tribunal, manteniendo su atención y manejando las transparencias o cualquier otro medio con soltura.	2		
Capacidad de análisis y síntesis, Capacidad de organización, planificación y habilidad en la gestión de la información, administrando el tiempo de la exposición de manera adecuada.	2		
Las ideas se presentan de manera clara y comprensible, dominando el tema y utilizando recursos visuales y ejemplos. La presentación es original y creativa, sin uso excesivo de animaciones. Los elementos visuales son adecuados.	2		
Los contenidos que se exponen son adecuados, ajustados a la memoria escrita y en un lenguaje científico.	2		
Responde adecuadamente a las preguntas del tribunal, su actitud es respetuosa hacia los miembros del tribunal.	2		
CALIFICACIÓN TOTAL * *10			
* Cada miembro del tribunal utilizará una rúbrica para la evaluación de la sustentación y registrará su firma en el documento individualmente. **El resultado será promediado con la calificación de la memoria escrita para la obtención de la Nota Final de Sustentación del Trabajo de Titulación.			
FIRMA DEL MIEMBRO DEL TRIBUNAL	FIRMA Y SELLO SECRETARÍA DE LA CARRERA		
_____ C.I. No. _____			

ANEXO XVI.- ACTA DE CALIFICACIÓN FINAL DE TITULACIÓN

TEMA: TRASTORNOS PSIQUIATRICOS ASOCIADOS AL CONFINAMIENTO SOCIAL PSICOSOMATIZACION DE SINTOMATOLOGÍA EN ADULTOS JOVENES Y ADULTOS MAYORES.				
AUTOR: LEONARDO JOSÉ BUSTAMANTE ANCHUNDIA				
CALIFICACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN				
EVALUACIÓN DE LA MEMORIA ESCRITA	Calificación del Tutor del Trabajo de Titulación.		NOTA PARCIAL 1:	
	Calificación del Tutor Revisor del Trabajo final de Titulación.		NOTA PARCIAL 2:	
EVALUACIÓN DE LA SUSTENTACIÓN ORAL	Calificación de la sustentación del Trabajo de Titulación el Tribunal.		NOTA PARCIAL 3:	
Miembro 1		Promedio		
Miembro 2				
Miembro 3				
NOTA FINAL DEL TRABAJO DE TITULACIÓN (promediar NOTA PARCIAL 1 ,2 y 3)				
Firma del Tribunal Miembro 1 (presidente)			C.I. No.	
Firma del Tribunal Miembro 2			C.I. No.	
Firma del Tribunal Miembro 3			C.I. No.	
Firma de Estudiante 1			C.I. No.	
Firma de Estudiante 2			C.I. No.	
Firma de la secretaria			C.I. No.	
FECHA:	Guayaquil,.....			

BIBLIOGRAFÍA

1. Huarcaya-Victoria, Jeff. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 37(2), 327-334.
2. Organización Panamericana de la Salud. (2020, 9 diciembre). *La repercusión de la COVID-19 en los servicios para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias psicoactivas en la Región de las Américas: resultados de una evaluación rápida, noviembre del 2020*. Organización Mundial de La Salud. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53126>
3. C. (2021, 16 marzo). *Manifiesto 'Salud mental y COVID-19. Un año de pandemia'*. Confederación Salud Mental España. <https://consaludmental.org/sala-prensa/manifiesto-salud-mental-covid-19/>
4. Yáñez, R. J. V., Fernández, J. A. C., & Aguilar, G. M. V. (2021). Estrés percibido asociado a la pandemia por COVID-19 en la ciudad de Guayaquil, Ecuador. *Boletín de Malariología y Salud Ambiental*, 61(1), 38-46.
5. Sotomayor-Preciado, A. M., Espinoza-Carrión, F. M., del Rosario Rodríguez-Sotomayor, J., & del Roció Campoverde-Ponce, M. (2021). Impacto en la salud mental de los adultos mayores post pandemia Covid-19, El Oro Ecuador. *Polo del Conocimiento*, 6(1), 362-380.
6. Clinic, M. (2021, 29 julio). *Trastorno de ansiedad generalizada - Síntomas y causas - Mayo Clinic*. MayoClinic. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/generalized-anxiety-disorder/symptoms-causes/syc-20360803>
7. Child Mind Institute. (2021, 27 julio). *En pocas palabras: ¿Qué es el trastorno de ansiedad generalizada?* <https://childmind.org/es/articulo/informacion-basica-sobre-el-trastorno-de-ansiedad-generalizada/>
8. Saravia-Bartra María M., Cazorla-Saravia Patrick, Cedillo-Ramírez Lucy. Nivel de ansiedad de estudiantes de medicina de primer año de una universidad privada del Perú en tiempos de Covid-19. *Fac.Rev. Medicina. Tararear*. [Internet]. 2020 Oct [citado 2022 Mar

- 12] ; 20(4): 568-573. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312020000400568&lng=es. <http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v20i4.319>
9. Gamboa Suárez AA, Hernández Suárez CA, Prada Nuñez R. Efectos depresivos del aislamiento preventivo obligatorio asociados a la pandemia del Covid-19 en docentes y estudiantes de una universidad pública en Colombia: Efectos depresivos del aislamiento preventivo obligatorio asociados a la pandemia del Covid-19 en docentes y estudiantes de una universidad pública en Colombia. *Psicogente* [Internet]. 15 de diciembre de 2020 [citado 12 de marzo de 2022];24(45):1-20. Disponible en: <http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/psicogente/article/view/4156>
 10. Lozano-Vargas Antonio. Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Rev Neuropsiquiatr* [Internet]. 2020 Ene [citado 2022 Mar 12] ; 83(1): 51-56. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972020000100051&lng=es. <http://dx.doi.org/10.20453/rnp.v83i1.3687>.
 11. Ferreira Gould María Soledad, Coronel Diaz Geovana, Rivarola Vargas María Alesia. Impacto sobre la salud mental durante la pandemia COVID 19 en Paraguay. *Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int.* [Internet]. 2021 Mar [cited 2022 Mar 12] ; 8(1): 61-68. Available from: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2312-38932021000100061&lng=en. <https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2021.08.01.61>.
 12. Rojas Malpica Carlos. Definición, contenido y límites de la psiquiatría contemporánea. *Salud Ment* [revista en la Internet]. 2012 Jun [citado 2022 Mar 12] ; 35(3): 181-188. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000300001&lng=es.
 13. Ruiloba JV, Vilarrasa AB, Andreu JB. *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría*. 2015.
 14. Gene-Badía J, Ruiz-Sánchez M, Obiols-Masó N, Oliveras Puig L, Lagarda Jiménez E. Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria? *Aten Primaria* [Internet]. 2016 [citado el 12 de marzo de 2022];48(9):604–9. Disponible en:

- <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-aislamiento-social-soledad-que-podemos-S0212656716301809>
15. Obregón-Morales Berea, Montalván-Romero José C., Segama-Fabian Edinho, Dámaso-Mata Bernardo, Panduro-Correa Vicky, Arteaga-Livias Kovy. Factors associated with depression in medical students from a peruvian university. *Educ Med Super* [Internet]. 2020 Jun [citado 2022 Mar 12] ; 34(2): e1881. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412020000200013&lng=es. Epub 01-Jun-2020.
 16. Trastorno depresivo mayor: revisión bibliográfica [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2021 [citado el 12 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/trastorno-depresivo-mayor-revision-bibliografica/>
 17. Ramírez-Bermúdez J, Aldrete-Velasco J, Enríquez-Ramos MS, et al. Mirtazapina en trastorno depresivo mayor: revisión crítica de la evidencia científica. *Med Int Mex*. 2021;37(1):62-77.
 18. Calderón M Diego. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Rev Med Hered* [Internet]. 2018 julio [citado 2022 12 de marzo]; 29(3): 182-191. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2018000300009&lng=es.
<http://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rmh.v29i3.3408>.
 19. Monterrosa-Castro Á, Buelvas-de-la-Rosa C, Ordosgoitia-Parra E. Probable trastorno de ansiedad generalizada en la pandemia COVID-19: valoración en médicos generales del Caribe colombiano. *Duazary* [Internet]. 2021;18(1):7–19. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.21676/2389783x.3890>
 20. Garay CJ, Donati S, Ortega I, Freiría S, Rosales G, Koutsovitits F. Modelos cognitivo-conductuales del Trastorno de Ansiedad Generalizada. 2019 [citado el 15 de marzo de 2022]; Disponible en: <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/9564>
 21. Cupul-García Juan Carlos, Hinojosa-Calvo Erika, Villa-Rodríguez Miguel Ángel, Herrera-Guzmán Ixchel, Padrós-Blázquez Ferran. Evaluación neuropsicológica básica para adultos en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* [Internet].

- 2018 [citado 2022 Mar 15] ; 56(3): 151-160. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272018000300151&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-92272018000300151>.
22. DeMartini J, Patel G, Fancher TL. Generalized anxiety disorder. *Ann Intern Med* [Internet]. 2019;170(7):ITC49–64. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7326/AITC201904020>
23. Crocq M-A. The history of generalized anxiety disorder as a diagnostic category. *Dialogues Clin Neurosci* [Internet]. 2017;19(2):107–16. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.31887/dcns.2017.19.2/macrocq>
24. Bados López A. Trastorno de ansiedad generalizada: Naturaleza, evaluación y tratamiento (2017). 2017 [citado el 15 de marzo de 2022]; Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/115724>
25. Guerra Santiesteban José Ramón, Gutiérrez Cruz Manuel, Zavala Plaza Melvin, Singre Álvarez Juan, Goosdenovich Campoverde David, Romero Frómata Edgardo. Relación entre ansiedad y ejercicio físico. *Rev Cubana Invest Bioméd* [Internet]. 2017 Jun [citado 2022 Mar 15] ; 36(2): 169-177. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002017000200021&lng=es.
26. Vega Luján JF. Estudio de caso clínico: tratamiento de un caso de trastorno de ansiedad generalizada bajo la terapia cognitiva. Universidad de San Martín de Porres; 2017.
27. Espinoza Rojas GR. Estudio de caso clínico: tratamiento de un caso de trastorno de ansiedad generalizada bajo la terapia cognitiva conductual. Universidad de San Martín de Porres; 2019.
- 28.8. Bui E, Pollack MH, Kinrys G, Delong H, Vasconcelos D, Sá NM. Farmacoterapia de los trastornos de ansiedad [Internet]. Sncpharma.com. [citado el 15 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://sncpharma.com/wp-content/uploads/2020/11/41.-Farmacoterapia-de-los-trastornos-de-ansiedad.pdf>
29. Hernández Juliana Vergel, Barrera Robledo María Eugenia. Manejo del trastorno depresivo ¿Qué tratamiento elegir?. *Revista médica Risaralda* [Internet]. 2021 June [cited 2022 Mar 15] ; 27(1): 85-91. Available from:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-06672021000100085&lng=en. Epub May 23, 2021. <https://doi.org/10.22517/25395203.24637>.

30. Pérez Esparza Rodrigo. Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones. Rev. Fac. Med. (Méx.) [revista en la Internet]. 2017 Oct [citado 2022 Mar 16] ; 60(5): 7-16. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422017000500007&lng=es.
31. Enfermedades mentales. Mental Health and Behavior [Internet]. 2010 [citado el 15 de marzo de 2022]; Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/mentaldisorders.html>
32. Significados. Significado de Psique [Internet]. Significados. 2014 [citado el 15 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.significados.com/psique/>
33. Diccionario de cáncer del NCI [Internet]. Instituto Nacional del Cáncer. 2011 [citado el 15 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/sintoma>