

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TEMA:

**Prevalencia de trastornos de ansiedad en pacientes mayores de 17 años
atendidos por el servicio de psiquiatría en el Hospital Naval Guayaquil,
Ecuador durante el año 2020.**

AUTOR:

Antonio Andrés Mosquera Valdez

**Trabajo de Titulación previo a la obtención del grado de
MÉDICO**

TUTOR:

Dr. Xavier Landívar Varas

Guayaquil, Ecuador

20 de agosto del 2021



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Mosquera Valdez Antonio Andrés**, como requerimiento para la obtención del título de **Médico**.

TUTOR (A)

f. 

Dr. Landivar Varas Xavier Francisco

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Dr. Aguirre Martínez, Juan Luis

Guayaquil, a los 20 del mes de agosto del año 2021



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **ANTONIO ANDRÉS MOSQUERA VALDEZ**

DECLARO QUE:

El trabajo de titulación: **Prevalencia de trastornos de ansiedad en pacientes mayores de 17 años atendidos por el servicio de psiquiatría en el Hospital Naval Guayaquil, Ecuador durante el año 2020**, previo a la obtención del Título de Médico, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias/bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 20 de agosto del 2021

EL AUTOR

f. _____

Antonio Mosquera Valdez



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACION

Yo, **ANTONIO ANDRÉS MOSQUERA VALDEZ**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Prevalencia de trastornos de ansiedad en pacientes mayores de 17 años atendidos por el servicio de psiquiatría en el Hospital Naval Guayaquil, Ecuador durante el año 2020**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 20 de agosto del 2021

EL AUTOR

f. _____

Antonio Mosquera Valdez

Urkund Analysis Result

Analysed Document: TESIS P67 MOSQUERA VALDEZ ANTONIO.pdf (D111484764)
Submitted: 8/20/2021 3:30:00 AM
Submitted By: mosqueravaldezantonio@gmail.com
Significance: 0 %

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0



Dr. David P. Candia



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

AGRADECIMIENTO

Agradezco a aquellos docentes, médicos, quienes me instruyeron paso a paso en el camino de aprendizaje, sobre cada etapa que ameritaba llegar a la meta, así como mis compañeros que me dieron el apoyo en cada trabajo de estudio, aprendiendo de nuevas experiencias en el área hospitalaria, los cuales llevare en mis recuerdos. Y a las autoridades de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, quienes promueven este intercambio cultural entre países.

Antonio Mosquera Valdez

f. _____

Antonio Mosquera Valdez



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

DEDICATORIA

Dedico este estudio a mi hija Sol y mi hijo Bruno, a mi familia, quienes, a pesar de estar lejos de mi tierra natal, Chile, me animaron a seguir adelante, en Ecuador, mi segundo hogar, a mi querida amiga Evelyn Cañizares quien hizo lo posible por impulsarme en alcanzar la meta de mi vocación, la medicina, y quien hizo posible que culminara este trabajo, con dedicación y esfuerzo, más allá de mis expectativas.

Antonio

Mosquera

Valdez

f. _____

Antonio Mosquera Valdez



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

Dr. Juan Luis Aguirre Martínez, Mgs.

DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

Dr. Andrés Mauricio Ayón Genkuong

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

(NOMBRES Y APELLIDOS)

OPONENTE

ÍNDICE GENERAL

1. Introducción	2
2. Objetivos	4
2.2. Objetivo General	4
2.3. Objetivos Específicos	4
3. Marco Teórico	4
3.1. Antecedentes	4
3.3. Sexo	8
3.2. Estado civil	9
3.3. Modalidad de servicio	9
3.3.1. Servicio activo	9
3.3.2. Servicio Pasivo	9
3.4. CAPITULO I: Definición y etimología del trastorno de ansiedad	10
3.4.1. Ansiedad como síndrome	10
3.4.2. Definición de Ansiedad como enfermedad	10
3.5. Modelo Neuroanatómico de la ansiedad	11
3.6. Mecanismos neurobiológicos involucrados en los trastornos de ansiedad	12
3.6.1. Hiperactividad adrenérgica	12
3.6.2. Hiposensibilidad de los receptores GABA-BENZODICEPINICOS	12
3.6.3. Disfunción serotoninérgica	12
3.6.4. Disfunción dopaminérgica	13
3.6.5. Disfunción del factor liberador de corticotropina	13
3.6.6. Hipersensibilidad de los receptores de la colecistoquinina	13
3.7. Etiología o Factores de riesgo	13
3.7.1. Factores biológicos	14
3.7.2. Factores psicosociales	14
3.7.3. Factores psicodinámicos	15
3.7.4. Factores cognitivos y conductuales	15
3.8. Epidemiología	15
3.9. CAPITULO II: Criterios diagnósticos para los trastornos de ansiedad	16
3.10. Clasificación de los tipos de ansiedad	17
3.11. Características diagnósticas y sintomatología	17

3.11.1. Trastorno de angustia por separación-----	18
3.11.2. Mutismo selectivo-----	18
3.11.3. Fobia específica-----	18
3.11.4. Trastorno de ansiedad social-----	19
3.11.5. Agorafobia-----	19
3.11.6. Trastorno de angustia-----	20
3.11.7. Trastorno de ansiedad generalizada-----	20
3.11.8. Trastorno de ansiedad inducido por sustancias / medicación-----	20
3.11.9. Trastorno de ansiedad debido a otra enfermedad médica-----	20
3.11.10. Otros trastornos de ansiedad especificados-----	20
3.11.11. Otros trastornos de ansiedad no especificados-----	21
3.12. CAPITULO III: Tratamientos-----	21
3.12.1. Tratamientos farmacológicos-----	21
3.12.2. Tratamiento psicoterapéuticos o no farmacológicos-----	24
3.12.3. Tratamiento de farmacoterapia o mixto-----	26
3.13. Estrés laboral-----	27
3.14. Estés en el hogar-----	27
3.15. Estrés post COVID-19-----	27
3.16. Violencia Intrafamiliar-----	28
3.17. Pánico / Fobia-----	28
3.18. Pensamientos obsesivos-depresivos-----	28
3.19. Pérdida de la memoria-----	29
3.20. Traumas de la infancia-----	29
3.21. Trastornos del sueño-----	29
3.22. Drogas-----	30
3.23. Alcohol-----	30
3.24. Antecedentes patológicos psiquiátricos-----	30
3.25. Trastornos de comportamiento del sistema de atención de psiquiatría, no asociados a la ansiedad-----	30
4. Materiales y Métodos-----	31
4.1. Tipo y Diseño del estudio-----	31
4.2. Área de estudio, Contextualización en tiempo y espacio-----	32
4.3. Población y muestra-----	32

4.3.1 Población -----	32
4.3.2. Muestra-----	32
4.4. Método de recolección de datos -----	33
4.5. Criterios de inclusión y exclusión -----	33
4.6. Parametrización de las variables -----	34
4.7. Análisis estadístico -----	34
5. Resultados -----	35
6. Discusión-----	48
7. Conclusiones -----	50
8. Recomendaciones-----	51
9. Referencias bibliográficas -----	52
10. Anexos -----	59

RESUMEN

Introducción: Con la presencia del COVID-19 en el año 2020, al situarse como una enfermedad endémica; también conllevó a generar efectos negativos en la estabilidad cognitiva y emocional de pacientes mayores de 17 años, quienes desarrollaron como efecto secundario un trastorno de ansiedad, poniendo ineludible atención a las consecuencias que generó el prolongado periodo de confinamiento en casa, lo cual fue un factor influyente en las altas tasas de prevalencia de derivaciones psiquiátricas. **Metodología:** Estudio de corte transversal, descriptivo y observacional, bajo la recopilación de datos retrospectivo. Los datos analizados se extrajeron del área de estadística del Hospital Naval Guayaquil del periodo 2020. **Resultados:** La mayor cantidad de pacientes fue del sexo femenino en un 55,80%, con edades que oscilaban de 18 a 93 años, con una mediana 46 años y una moda de 38 años en el grupo muestral de pacientes. Además, se tuvo una proporción superior de 66,7% de la ansiedad paroxística episódica en un 66,7% a nivel general; y de acuerdo al sexo, el género femenino presentó en su mayoría diagnósticos de fobias específicas en un 60% y en el sexo masculino un 66,7% para ansiedad generalizada. **Conclusiones:** Con respecto a la prevalencia de los trastornos de ansiedad, la investigación arrojó una tendencia del 74%, mientras que, en los específicos, el trastorno de ansiedad paroxística episódica, alcanzó un 66,7%.

Palabras clave: *trastornos de ansiedad, tratamientos, epidemiología, estrés, COVID-19.*

ABSTRACT

Introduction: With the presence of COVID-19 in 2020, as it is an endemic disease; It also led to negative effects on the cognitive and emotional stability of patients older than 17 years, who developed an anxiety disorder as a secondary effect, paying unavoidable attention to the consequences generated by the prolonged period of confinement at home, which was a factor influential in the high prevalence rates of psychiatric referrals. **Methodology:** Cross-sectional, descriptive and observational study, with retrospective data collection. The data analyzed were extracted from the statistics area of the Guayaquil Naval Hospital for the period 2020. **Results:** The largest number of patients was female in 55.80%, with ages ranging from 18 to 93 years, with a median 46 years and a mode of 38 years in the sample group of patients. In addition, there was a 66.7% higher proportion of episodic paroxysmal anxiety in 66.7% at a general level; and according to sex, the female gender presented mostly diagnoses of specific phobias in 60% and in the male sex, 66.7% for generalized anxiety. **Conclusions:** Regarding the prevalence of anxiety disorders, the research showed a trend of 74%, while, in the specific ones, episodic paroxysmal anxiety disorder reached 66.7%.

Keywords: anxiety disorders, treatments, epidemiology, stress, COVID-19.

1. Introducción

En el marco de la psiquiatría se distinguen diversos tipos de alteraciones de la mente, y que cada vez se determinan con mayor exactitud nuevas sintomatologías que establecen el inicio de planes terapéuticos de acuerdo a la condición de cada paciente. Los trastornos de ansiedad no son la excepción, ya que para el 2016 un 12% de la población mundial, sufría de este desorden mental, debido a estar viviendo en situaciones de conflicto, alterando su condición emocional; además, va en aumento conforme el avance de la edad, y que para el 2017 se ubicaba en una de cada 14 personas, con mayor proporción en las mujeres. (1). Sin embargo, con la presencia del COVID-19 en el año 2020, al situarse como una enfermedad endémica; también conllevó a generar efectos negativos en la estabilidad cognitiva y emocional de pacientes mayores de 17 años, quienes desarrollaron como efecto secundario un trastorno de ansiedad, poniendo ineludible atención a las consecuencias que generó el prolongado periodo de confinamiento en casa, lo cual fue un factor influyente en las altas tasas de prevalencia de derivaciones psiquiátricas. (2) Tan solo en Ecuador, se alcanzaron 28 437 atenciones por diagnóstico de SARS Cov-2, hasta abril del 2020, y de las cuales se reconocieron graves reacciones de estrés y ansiedad, haciendo más proclives las emergencias psicoemocionales, complicando el equilibrio mental de la población. (3)

Por ello en el presente estudio, se demuestra el análisis de diversas patologías mentales que se subdividen del síndrome de ansiedad, así como la etiología de cada uno de ellos, de acuerdo a la nosología que identifique el mutismo selectivo contemplado en el DSM-5, explicando el comportamiento de fenómenos por categorías, determinando las implicaciones psicopatológicas que originaron cambios en la personalidad y estabilidad mental en los pacientes (4). Tomando así, como principal escenario al Hospital Naval Guayaquil, como fiel muestra del problema incremental en el área de psiquiatría.

Es así que, al trastorno de ansiedad se lo concibe como una enfermedad de cuadro clínico universal, el cual se acompaña de un estado de agitación, desasosiego e inquietud en el estado de ánimo, lo cual conlleva a una reacción desagradable de preocupación y miedo, que le imposibilita al afectado relajarse con normalidad; claro está que se desarrolla en menos intensidad que la angustia, sin cursar de forma paroxística en ataques. (5)

Sin embargo, los planes de contingencia, deben ser adaptados por el personal médico, donde se lleve a cabo un seguimiento constante con los pacientes que persisten en el cuadro patológico de la ansiedad; para lo cual deben someterse a pruebas de sangre que sirvan de contraste con supuestas causas que determine el profesional de forma subjetiva, y que corrobore si la semiología está condicionada por el uso de sustancias farmacológicas, adicciones reconocidas por pruebas de serología; o por antecedentes familiares. El proceso de prescripción inicia en identificar síntomas físicos, características conductuales, que ayuden a estructurar una historia clínica fundamentada en el diagnóstico de afecciones subyacentes o comórbidas. De ser así, el médico especialista, iniciará un seguimiento epidemiológico del avance gradual o episódico, durante las intervenciones de terapia psicológica, acompañada de tratamientos farmacológicos o no farmacológicos, según el caso. (6)

Estos estados conllevan síntomas de diversos grados de intensidad que incluso llegan a la discapacidad completa del paciente generando pérdidas individuales tanto económicas como afectivas, abarcando el componente personal, familiar y social/comunitario, cursando con abandono y quiebre de hogares hasta autoagresiones y suicidios, percibiendo un abanico de trágicos desenlaces muy distantes al hecho concreto de las pérdidas económicas de un recurso humano funcional exclusivamente. La prevalencia de ansiedad es elevada en una de cada cinco personas que lo experimentan durante toda su vida, siendo parte de los grupos de enfermedades concretas como afecciones oncológicas, cardiológicas y neurológicas; y en donde la edad promedio en que se inicia este cuadro clínico, es la proximidad a los 30 años de edad, similar en ambos géneros. (7)

Cabe recalcar que la búsqueda de condicionantes externos ayudará a comprender la forma en que funciona la química cerebral, cuando el individuo afectado, se encuentra constantemente expuesto a un entorno conflictivo o de incertidumbre, como lo fue el estado post COVID; y que de no tratarse a tiempo, comprometerá la salud emocional en otros aspectos de su vida, como la capacidad de relacionarse socialmente, afrontar situaciones de estrés normal, trabajar de forma eficiente, conciliar el sueño, o la habilidad de lidiar con problemas personales, siendo todos ellos, elementos que pueden llegar a relacionarse inextricablemente.

2. Objetivos

2.2. Objetivo General

Evaluar la prevalencia de los trastornos de ansiedad en la población mayor de 17 años que fueron atendidos por el servicio de psiquiatría en el Hospital Naval de Guayaquil, Ecuador durante el periodo 2020.

2.3. Objetivos Específicos

- a) Objetivo específico 1: Determinar el impacto de los principales trastornos de ansiedad presentes en la población estudiada.
- b) Objetivo específico 2: Caracterizar los principales factores que influyen en los trastornos de ansiedad presentes en la población estudiada
- c) Objetivo específico 3: Determinar el impacto de la pandemia SARS coV-2 como agente etiológico de los trastornos de ansiedad durante el año 2020.

3. Marco Teórico

3.1. Antecedentes

Para el desarrollo de un análisis deductivo, en cuanto a las generalidades que ha experimentado el trastorno de ansiedad en estudios previos y recientes, tanto en el ámbito internacional, como nacional y local; y cuya estadística de atención, se ha incrementado; por lo cual se toma como referentes a las investigaciones siguientes:

Como estudio referente, se tiene el artículo científico, sobre la “Prevalencia de los trastornos de ansiedad en las personas mayores de 65 años, como revisión sistemática”, en el cual se identificaron problemas emocionales que causaban problemas a los pacientes de ese rango de edad, y en el presumió de forma empírica, que la prevalencia oscila entre el 0,1% y un 17,2%, y a quienes se les aplicó una serie de talleres para evaluar sus síntomas, ya que por lo general, los participantes de edad entre 65 y 75 son infra respetados a nivel teórico. Se concluyó que la tasa de prevalencia de estos trastornos en las personas de tercera edad, es aún más alta de lo planteado en la hipótesis, ya que, a nivel general, alcanzaron un porcentaje del 20,8%. (8)

Según una tesis doctoral para la Universidad de Almería acerca de los “Trastornos de ansiedad: propuestas de tratamiento alternativas a la farmacología”, se basó en elaborar un compendio de guías de práctica clínica, centralizando el interés de la prevalencia que existe en la población que desarrolla cuadros de trastorno de ansiedad con síntomas subyacentes, debido a que la ansiedad es definida como una anomalía cognitiva que se adapta a eventos con altos niveles de estrés, por lo cual el hipotálamo genera un incremento en la liberación de catecolaminas, que vienen de la glándula suprarrenal regulando la reacción del mecanismo simpático-adrenal. Este estímulo afecta a otros sistemas cerebrales como el hipocampo, amígdala y la corteza prefrontal que tiene como función el balance de las emociones e implicaciones de sensaciones de ansiedad y miedo, que, por alteraciones en los receptores de serotonina, disminuye la reacción de los neurotransmisores GABAérgicos (ácido gamma-aminobutárico), donde al consumo de fármacos como benzodiazepinas son un tratamiento eficaz. (8)

En un artículo científico de la revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, acerca de las “Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19” se atribuyó a la ansiedad como una enfermedad de presencia común, acompañada de depresión y estrés, debido a un comportamiento errático de las personas en confinamiento, por las sensaciones y emociones negativas que generó la velocidad de transmisión del virus, y que fue difícil de tratar en un inicio, ya que inhibía en los infectados la capacidad de tomar decisiones racionales y presentaban conductas inadaptadas, como el aislamiento social excesivo, o una obsesión ansiosa de ir con frecuencia al hospital, tan solo por descartar o prevenir el virus en su sistema inmunológico. Sin embargo, se resaltó el ineficiente sistema de tamizaje, ya que, al no contemplar las posibles reacciones psiquiátricas de los contagiados al inicio de la pandemia, se contaba con un número reducido de profesionales de la salud mental, en Perú, y eso conllevó a que los médicos agudicen la habilidad de percibir síntomas mentales en los pacientes, ya que muchos de ellos no demostraban comportamientos de riesgo a simple vista. (9)

De igual forma en el artículo de la revista brasilera Reportes de la Salud Pública, se indagó sobre “Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recopilada en el norte de España”, de la cual se

evaluó la sintomatología de 976 personas en medición de su edad, confinamiento y cronicidad de su estado de ansiedad, reacción al estrés y depresión. De las evaluaciones se determinó que las personas con enfermedades crónicas, un 13% padecía de ansiedad moderada, un 5,7% presentaron picos altos de comorbilidad entre los tres síndromes, después del 14 de marzo del 2020, a lo cual se atribuye el impacto fortuito que provocó la pandemia y que les dificultó asimilar y procesar la realidad del encierro a la que se enfrentaban, por ello como porcentajes se obtuvo que en la Comunidad Autónoma Vasca un 12% de los pacientes eran mujeres, y que fue notoria la agrupación en el rango de 18 a 25 años de edad, demostrando que los jóvenes eran más propensos a desarrollar estos cuadros ansiosos, seguidos del rango de edad entre 26 a 60 años con un 4,1% de diagnóstico extremadamente severo. (10)

A nivel local en la ciudad de Guayaquil, la expansión del SARS-CoV-2 provocó que, dentro de los primeros tres meses de contagio, una de cada cinco personas fue diagnosticadas con reacciones emocionales, como sentido de incertidumbre extremo y miedo, además de percepciones descontextualizadas de su realidad, lo que desencadenó patrones de conducta social negativos. Para esto, se reconocieron factores de riesgo como vivir en cercanía a lugares con mayores picos de contagio, ser mujer, contacto frecuente a redes sociales lo cual generó una sensación exagerada, así como alteraciones psiquiátricas preexistentes, lo cual dificultaba los tratamientos. Existieron casos en que se desarrolló una inflamación sistémica, con afecciones neuroinflamatorias, desestabilizando el orden neuroquímico, lo cual, al ser una reestructuración patológica de las redes sinápticas, condujo a un estrés postraumático de asociado al síndrome de ansiedad inicial. (11)

El estudio más reciente sobre los “Efectos iniciales en la Salud mental por la pandemia de COVID-19 en algunas Provincias de Ecuador”, establece que hay investigaciones simplificadas y escasas, respecto a las consecuencias psiquiátricas que dejó el COVID-19 como trastorno secundario. Sin embargo, menciona que se dispone de un test o escala de ansiedad, estrés y depresión (DASS-21), el cual se aplicó a 789 personas en su mayoría mujeres de 21 a 30 años de edad, que fueron atendidas en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, fueron calificadas un 62,1% de ellas con ansiedad normal, un 5,9% como leve, un 12,5% como

moderada, el 7,7% con ansiedad severa, y un 11,6% desarrollaron un trastorno de ansiedad extremadamente severa. Entre los factores sociales que consideraron condicionantes a su estado, fueron: los altos niveles de estrés a los que se sometieron por trabajo durante la pandemia, ser padres de familia, ser personas que representaban el ingreso económico de hogares con 3 a 5 integrantes, y que al posicionarse en un status social bajo, no tuvieron espacio para asimilar una adecuada recuperación, sino que primó la preocupación de generar dinero para subsistir. (12)

3.2 Historia social del desorden de ansiedad

Previamente, de que la ansiedad se conceptualice como una expresión de “tensión” o “desestabilización de los nervios”, se llegó a comprender por profesionales de la salud, como un síndrome de irrelevante atención; por lo cual pocas personas conseguían un tratamiento efectivo para esta enfermedad inexplorada. La radicación de la ansiedad, sucedió paulatinamente sobre varios centenares de años y se basó en la diagnosis del estado en varios casos. Los avances históricos en el campo se pueden describir en tres eventos como: el período pre-de desarrollo, el período de desarrollo inicial, y desarrollos recientes. (13)

3.2.1 Periodo del pre desarrollo

La ansiedad desde una concepción social, fue descrita por Hipócrates como “timidez” en los años 400 A.C. Los griegos utilizaron el término de fobia con un prefijo latino o griego para trasladar el entendimiento de diferentes clases de miedo. Algunas de las ansiedades sociales incluyeron el *scopophobia*, miedo de la observación; *la xenofobia*, que se definió como miedo a las personas de territorios extranjeros, y el *anthropophobia*, que es el miedo irracional a la gente. Durante el siglo XVIII, los psiquiatras europeos, psicólogos, comenzaron a examinar el tema. Sin embargo, la idea de ofrecer el reconocimiento al estudio de la ansiedad social como disciplina no se presentó hasta el siglo XX. (13)

3.2.2 Periodo del desarrollo Inicial

Casper fue la primera persona para estudiar *ereutophobia*. En 1846, él lo describió como “ansiedad social seria” que afectaba a un hombre joven. Pitres y el Regis comenzaron estudios en 1807 y 1902 acerca de esta fobia. El término “neurosis social” fue utilizado para describir la condición de

pacientes con timidez extrema desde 1938 por el psiquiatra Schilder. José Wolpe, psiquiatra surafricano, determinó un camino para mejorar la terapia conductual para el tratamiento de fobias en 1950 desarrollando una técnica llamada desensibilización sistemática. Esto llevó a una implicación creciente de investigadores en la terapia del comportamiento de fobias.

La idea de subdividir fobias sociales como categorías separadas de otras fobias normales, primero fue propuesta por un psiquiatra británico nombrado las marcas de Isaac en 1960. (13)

3.2.3 Desarrollos del siglo XXI

Una investigación sobre ansiedad social fue iniciada en 1985 por el psiquiatra Michael Liebowitz y el psicólogo clínico Richard Heimberg. Previo a esto, la condición era considerada como un “desorden de ansiedad descuidado” debido a la falta de estudios en el tema.

En 1987, el APA (asociación psiquiátrica americana) realizó una revisión al DSM-III en el cual se incluyeron cambios en las consideraciones diagnósticas. En lugar de considerar síntomas solo la diagnosis, pudo agregar una marcación de las señales de socorro y establecerse como una reacción emocional parte de la sintomatología. Esto permitió la diagnosis de la fobia social y del desorden de personalidad *avoidant* en el mismo paciente. De esa forma se aceleró un paso en la psiquiatría y se introdujo el término llamado “fobia social generalizada” para referir a formas más intensas y más distributivas del desorden. Posteriormente, en la actualización del DSM-IV, que fue publicado en 1994, la fobia social del término fue reemplazada por “desorden de ansiedad social (SAD) lo que se caracterizaba por un miedo persistente a una o más situaciones sociales o del funcionamiento en las cuales una persona se expone a gente desconocida o al escrutinio posible. En la última revisión de DSM (manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales), que es DSM-V, otros cambios en la diagnosis del desorden de ansiedad social eran actualizados y publicados en 2013. (13)

3.3. Sexo

Se considera como la condición anatómica, en el que se distinguen dos géneros: femenino y masculino, determinados por la composición de 23 cromosomas entre

los cuales están los cariotipos: xy asignado a la presencia de testículos, escroto, pene, espermias y receptores cerebrales espermáticos. Y xx asignado a la presencia de ovarios útero, mamas vagina, vulva y mecanismo ovulatorios en la química cerebral. En ambos casos, el desarrollo de sus fases depende de la conjunción de factores del ambiente, sociales, psicológicos y biológicos. (14)

3.2. Estado civil

El estado civil de una persona es un factor de identificación de los datos que conforman la identidad de un ciudadano, los cuales, a su vez, se registran en el Sistema Nacional del Registro Civil. Estos varían de una condición a otra, entre los cuales están: soltero/a, casado/a, divorciado/a, viudo/a. (15)

3.3. Modalidad de servicio

En las Fuerzas Armadas, la modalidad de ejecución de funciones de la tropa, oficiales o altos mandos; varía entre el estado de servicio activo y de servicio pasivo, los cuales se explican a continuación:

3.3.1. Servicio activo

El Militar en Servicio Activo quien ha cumplido con los requerimientos para su reclutamiento, y haya elegido la carrera militar como su profesión cotidiana; por ello esta situación es la modalidad en que los militares desempeñan su cargo desde el día en que son dados de alta en las Fuerzas Armadas Permanentes, con los deberes atribuciones, y derechos asignados a su grado y función, hasta el momento en que pasan a otra modalidad militar. (16)

3.3.2. Servicio Pasivo

El militar en servicio pasivo es la situación en la cual el militar, es dado de baja en sus funciones, sin perder su grado, sin embargo, deja de desempeñar sus funciones en las dependencias de las Fuerzas Armadas permanentes siendo incluidos en los escalafones de reserva de las respectivas Fuerzas. (16)

3.4. Definición y etimología del trastorno de ansiedad

El trastorno de ansiedad es un emoción que se origina de eventos ambiguos, en donde se experimenta la sensación de estar amenazados, donde el individuo se prepara para dar una reacción defensiva y de alerta que se acompañan de acciones conductuales y fisiológicas; lo cual convierte al TA en una de las patologías más frecuentes en las terapias de atención primaria, pues si no se trata a tiempo, pasa de ser **subjetiva-cognitiva**, en donde no se requiere atención psiquiátrica, ya que desarrolla una función adaptativa y reactiva a circunstancias ambientales; para convertirse en una ansiedad **fisiológica-somática**, la cual bloquea una respuesta adecuada al contexto de la vida diaria, desproporcionándola hacia el paciente, lo cual empeora su rendimiento conductual, desadaptando su capacidad de atención, por lo que requiere tratamiento psiquiátrico. (17)

La ansiedad radica su *terminología* técnica al marco psicológico-psiquiátrico, que guarda especial interés para la lengua castellana, puesto que hace referencia a trastornos, cuadros o sintomatología propias de estas disciplinas psi. Por lo cual, su prefijo es francés: *anxiété*. El término *inglés* *anxiety* es el depositario de todas las elucidaciones conceptuales psi, así como el término *angst* lo es para el alemán. (18)

3.4.1. Ansiedad como síndrome

La ansiedad como síndrome es una sintomatología psíquica, física y conductual, en donde intervienen mecanismos de la neurobiología que se asocian a varias etiologías. Esta alteración ansiosa puede ser secundario debido a un abuso de sustancias que intoxican la sangre, y producen una reacción de abstinencia, o por hipertiroidismo, epilepsia, hipoglicemia o por anomalías en el ritmo cardiaco. Esto incluye variados tipos de síntomas como los motores, de hiperactividad vegetativa y de hipervigilancia. (19)

3.4.2. Definición de Ansiedad como enfermedad

Cuando la ansiedad se transfiere hacia un desorden mental, es delimitada en un cuadro clínico con claridad en su etiopatogenia, la cual desencadena una evolución paulatina de síntomas que remarcan el desarrollo de la enfermedad

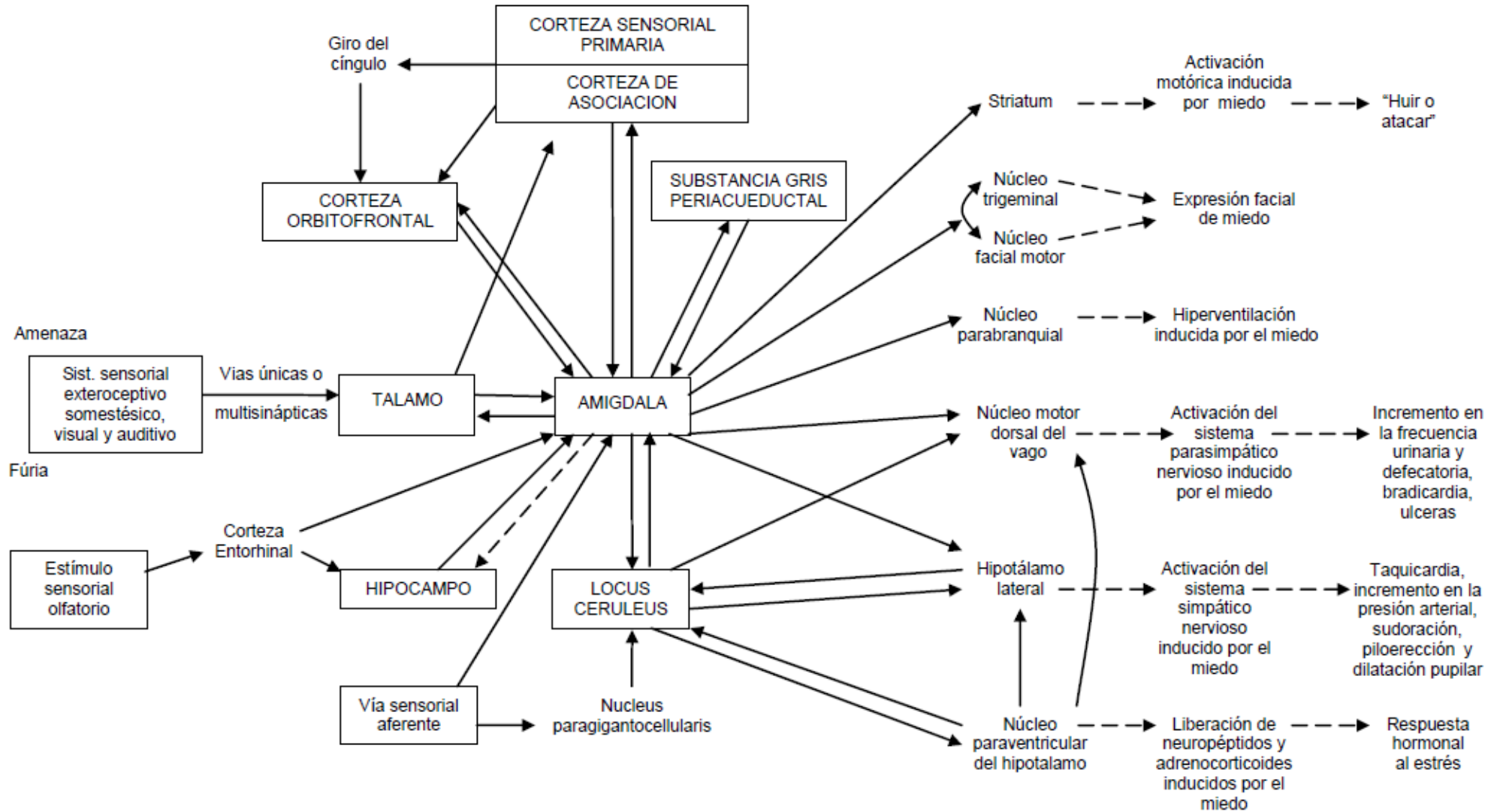
persistente en el paciente; por lo cual se convierte en un trastorno primario, derivando en otros problemas psicosociales. (19)

3.5. Modelo Neuroanatómico de la ansiedad

La ansiedad se delimita en un modelo de sistemas corticosubcorticales, que inicia en el ingreso sensitivo de un estímulo condicionante de amenaza que circula por medio del tálamo anterior hacia la amígdala en su núcleo lateral, y que luego pasa al núcleo central de la misma, diseminando información y organizando una respuesta que se traduce en conducta; por lo cual se enumeran reacciones como:

1. Asociar “huir o atacar” con la activación motoresquelética del striatum.
2. Aumento de la frecuencia respiratoria, debido al núcleo parabrancial.
3. Activación del sistema nervioso simpático por la estimulación del núcleo lateral del hipotálamo.
4. La liberación de norepinefrina, que va en aumento debido al locus ceruleus, generando sudoración, crecimiento de la presión arterial, dilatación de la pupila, conectando con el centro paraventricular hipotalámico, en respuesta hormonal a la salida de neuropéptidos y adrenocorticoides debido al estrés.
5. Conductas defensivas y posturas de parálisis, por la activación de la región gris periacueductal.
6. Aumento de la frecuencia defecatoria y urinaria, que se atribuye al estimular el locus ceruleus y el hipotálamo, con el núcleo dorsal del vago; provocando sensaciones de bradicardia y úlceras gastrointestinales (19); tal como se observa en el Gráfico 1:

Gráfico 1: Mecanismo del Modelo Neuroanatómico de la Ansiedad (19)



3.6. Mecanismos neurobiológicos involucrados en los trastornos de ansiedad

Existen seis tipos de mecanismos neuronales, que dan inicio o activan un cuadro ansioso en los pacientes, según la dinámica de reacción de sus neuroreceptores, a diversos estímulos cerebrales: entre ellos están: hiperactividad adrenérgica, hiposensibilidad de los receptores GABA, disfunción serotoninérgica, disfunción dopaminérgica, disfunción de factor liberador de corticotropina y la hipersensibilidad de los receptores de la colecistoquinina; cuya dinámica de acción se explica a continuación:

3.6.1. Hiperactividad adrenérgica

Se le asigna responsabilidad del accionar neurobiológico de la ansiedad al sistema noradrenérgico. El proceso comienza cuando, el locus ceruleus es estimulado con una carga eléctrica provocando el miedo, cuando el individuo está expuesto a un entorno de amenaza, lo que, a su vez, libera altos niveles de noradrenalina al persistir un estrés emocional. Esta sintomatología se asocia a los síndromes de abstinencia de alcohol y opiáceos, por lo cual una suspensión de los antidepresivos incrementará el metohidroxifenilglicol en la orina. (19)

3.6.2. Hiposensibilidad de los receptores GABA-BENZODICEPINICOS

De los receptores GABA existen el tipo A y B. Cuando el de clase A se activa, el flujo de cloro se incrementa y baja la excitabilidad de las neuronas, provocando una actividad de inhibición; mientras que el tipo B es presináptico y al ser activado, se inhiben los aminoácidos excitatorios. El etanol y el benzodiazepina, con su efecto ansiolítico muestran mayor efectividad en los receptores que desencadenan el pánico. (19)

3.6.3. Disfunción serotoninérgica

A pesar de que la serotonina tiene un papel fundamental en la ansiedad, no se logra precisar con exactitud si la sensibilidad de los receptores serotoninérgicos pre y postsinápticos, se deba a un exceso o déficit de los neurotransmisores, y dependiendo de la ubicación en el cerebro, da lugar a distintas alteraciones en los mecanismos neuroquímicos, desde fobia social, debido a miedo situado en los núcleos dorales del rafe hacia la amígdala, y un trastorno obsesivo compulsivo por la estimulación que hace la serotonina en las fibras nerviosas que conectan con el núcleo del rafe, y que en un

estado de hiposerotoninergia se atribuye a la corteza prefrontal síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo. (19)

3.6.4. Disfunción dopaminérgica

La fobia social que se deriva de esta afección, se logra disimular con un tratamiento a base de fármacos como bupropion que bloquea con dopamina los síntomas de ansiedad, que se dan con mayores episodios en la enfermedad de Parkinson. (19)

3.6.5. Disfunción del factor liberador de corticotropina

La activación que produce la corticotropina se aloja en la amígdala, cíngulo, tálamo, corteza prefrontal, hipocampo, locus ceruleus y cerebelo relacionadas en el estrés. Esto inyección aumenta la acción noradrenérgica, lo que produce un miedo en exceso, haciendo prolongada la ansiedad. (19)

3.6.6. Hipersensibilidad de los receptores de la colecistoquinina

El rol de regular la ansiedad, recae en suministrar pentagastrina que actúe en los sistemas GABAérgicos, que activen los neurotransmisores noradrenérgicos y serotoninérgicos, sobre todo como tratamiento en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada, como control sano, pero en menor dosis a pacientes con trastorno de pánico. (19)

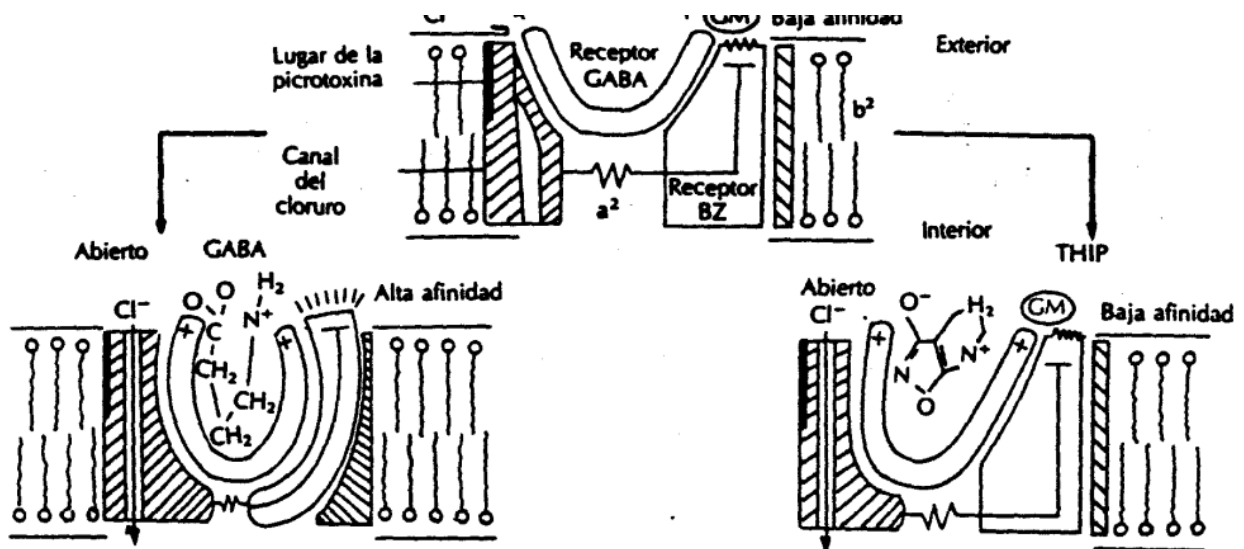
3.7. Etiología o Factores de riesgo

Los trastornos de ansiedad contemplan una etiología compleja en la que se incluyen: factores biológicos, psicosociales, psicodinámicos, cognitivos o de aprendizaje y traumáticos; además se incluyen los factores protectores y de riesgo que interceden en la expresión del trastorno. Ya desde la perspectiva neurobiológica, la ansiedad radica en el núcleo del locus ceruleus y Rafé, que transmiten la sensación de angustia a la amígdala y el hipocampo que conforman el sistema límbico. También se agrega el sistema serotoninérgico, que es indispensable para la interacción de la dopamina y la adrenalina como tranquilizantes, además de hormonas como Cortisol que dan equilibrio a la ansiedad y el estrés.

3.7.1. Factores biológicos

La genética tiene una predisposición de importancia, ya que se considera vulnerable entre los trastornos de ansiedad, pero con una contundencia mayor en la fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo y de pánico. (17) La indagación farmacológica y química causan efectos positivos en estados de ansiedad que impliquen mecanismos fisiopatogénicos, lo que implica la aplicación de sustancias sedantes y ansiolíticas para el estímulo de receptores benzodiazepínicos con la afinidad de la diazepam que prepare las membranas neuronales para la acción clínica con efectos conductuales. Cuando la benzodiazepina se aplica aisladamente tiene reacción inmediata en las vías de cloruro GABA, lo cual puede ser revertido por un modelo farmacológico donde se suministren ligandos endógenos ansiogénicos a enfermos diagnosticados con ansiedad. (20) Esta mecánica se resume en el siguiente gráfico 2:

Gráfico 2: Representación del mecanismo biológico de la producción de la ansiedad (20)



3.7.2. Factores psicosociales

Los estresores psicosociales (interpersonal, laboral, socioeconómico, etc.) desempeñan un rol primordial en la mayoría de los trastornos de ansiedad, como elementos precipitantes, causales o agravantes de la ansiedad y sus trastornos de adaptación. Por lo que se sugirió que un factor condicionante es el tipo de educación en la infancia que predispone a este trastorno ansioso

en la edad adulta, sin embargo, no se han reconocido causas puntuales de ello. (17)

3.7.3. Factores psicodinámicos

La ansiedad se concibe como la reacción individual a una situación de peligro que amenace la tranquilidad, tomando una forma defensiva como impulso instintivo prohibido que está cerca de perder el control conductual del individuo. La ansiedad como señal alarmante, genera que la identidad personal, asuma medidas de reacción adversa. Si la actitud defensiva tiene éxito, la ansiedad desaparece y si no sale libremente o se contienen, según el tipo de protección aplicada, puede presentar síntomas obsesivo-compulsivos-conversivos, fóbicos y disociativos. (17)

3.7.4. Factores cognitivos y conductuales

Se estima que pautas cognitivas distorsionadas, es decir, un conjunto de pensamientos negativos, anteceden a trastornos emocionales y comportamientos desadaptados. La ansiedad surge por una sobrevaloración que altera a los estímulos y una infravaloración de sus potenciales personales. Incluso por activaciones externas y por mecanismos de generalización y condicionamiento, se pueden aprender o replicar respuestas o reacciones ansiosas de los demás individuos. (17)

3.7.5 Factores traumáticos

Enfrentar acontecimientos traumáticos fuera del rango de la experiencia humana normal o que la estabilidad bioquímica del cerebro logre soportar (accidentes graves, desastres, asaltos, violaciones, torturas, secuestros, etc.) suele generar serios daños biológicos en las terminaciones cerebrales que se asocian a síntomas graves de ansiedad. (17)

3.8. Epidemiología

La prevalencia de los trastornos de ansiedad, están en un aumento constante. En las últimas tres décadas se ha convertido en la séptima condición agravada de todas las enfermedades en el mundo. En algunas encuestas epidemiológicas se reportó que los trastornos de ansiedad son más comunes que la depresión en adultos. En el año 2015, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó una prevalencia mundial del 3.6%. Cada país ha informado una prevalencia distinta, en

un rango entre 2.4% y 25%, como es el caso de Italia y Nueva Zelanda respectivamente. Estos datos se asignan a la prevalencia anual, que es el grado porcentual de personas identificadas con el trastorno en los 12 meses previos a la realización de la encuesta.

Los trastornos de ansiedad son más perceptibles en mujeres, teniendo dos veces más posibilidades de ser diagnosticadas con un trastorno de ansiedad, considerándose su comienzo desde la primera infancia. No obstante, es difícil determinar la edad de aparición de los Trastornos de ansiedad. Es necesario hacer énfasis, que, si la ansiedad no es tratada, ésta permanece en el tiempo y al ser detectada en otra fase del desarrollo es asignada a la edad en el instante del diagnóstico, provocando una dificultad mayor para establecer el tiempo de aparición de las diferentes categorías de TA. 34 Algunos autores han documentado la edad de aparición. Por ejemplo, la aparición de fobias específicas y TA por separación se ha documentado tan temprano como a la edad de 2 años, mientras que la ansiedad social y generalizada, es más probable que sea reconocida en edades siguientes a los 10 años.

3.9. Criterios diagnósticos para los trastornos de ansiedad

Hay criterios globales para los trastornos de ansiedad, los cuales se bifurcan en dos clasificaciones de alteraciones mentales:

- a) Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, quinta edición (DSM-V) de la Asociación americana de Psiquiatría y,
- b) Clasificación internacional de las enfermedades, décima versión (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud. (17)

La clasificación CIE-10, según su actualización en el 2018, para el apartada F41, se resumen los trastornos de ansiedad en once subtipos:

F40 Trastornos de ansiedad fóbica

F40.0 Agorafobia

F40.1 Fobias sociales

F40.2 Fobias específicas (aisladas)

F40.58 Otros trastornos de ansiedad fóbica

F40.9 Trastorno de ansiedad fóbica sin especificación

F41.0 Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica)

F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada

F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo

F41.3 Otros trastornos mixtos de ansiedad

F41.8 Otros trastornos de ansiedad especificados

F41.9 Trastorno de ansiedad sin especificación.

Para la presente investigación, se utilizaron los criterios expuestos por el manual DSM-V, como definición, epidemiología, síntomas y tratamiento, para cada una de las subclasificaciones. (21)

3.10. Clasificación de los tipos de ansiedad

El manual *DSM-V* enumera a once epígrafes, que mantienen las siguientes modificaciones en cuanto a trastornos de ansiedad relevantes como:

- a) el trastorno de angustia por separación,
- b) mutismo selectivo,
- c) fobia específica,
- d) trastorno de ansiedad social,
- e) trastorno de agorafobia,
- f) Trastorno de angustia,
- g) trastorno de ansiedad generalizada,
- h) trastorno de ansiedad inducido por sustancias / medicación,
- i) trastorno de ansiedad debido a otra enfermedad médica,
- j) Otros trastornos de ansiedad especificados, y
- k) trastornos de ansiedad no especificados. (4)

Cada uno de ellos se explican a continuación:

3.11. Características diagnósticas y sintomatología

3.11.1. Trastorno de angustia por separación

Este tipo de ansiedad es inapropiada y excesiva para el desenvolvimiento de una persona, debido a situaciones como la separación del hogar o a quienes se encuentra vinculado de forma sentimental y familiar; por lo cual se manifiestan los siguientes síntomas: ansiedad y miedo intensos que persisten en un mínimo de tres reacciones clínicas como; malestar psicológico, rechazo a permanecer solo en casa u otros espacios, pesadillas frecuentes, que se pueden mantener en un rango no menor a 6 meses en sujetos adultos, y por 4 semanas en infantes y adolescentes; que si inicia antes de los 6 años, se califica como temprano. (4) El inicio se da por lo general, a los 18 años de edad, y puede llegar a provocar un deterioro social, bajo rendimiento escolar o productivo, o desencadenar en repetidas quejas por sintomatología física como: cefaleas, náuseas, dolores abdominales. Otra causa es la resistencia a dormir, sin tener a alguien que lo acompañe en la conciliación del sueño, bajo un estilo de apego inseguro; y en caso de la pérdida de figuras principales en la familia, manifiestan preocupación en exceso y prolongada. (22)

3.11.2. Mutismo selectivo

Se define como la incapacidad constante para dialogar o responder verbalmente a otras personas en una situación social específica, en donde no se sabe cómo seguir un protocolo regular para entablar una conversación, a pesar de que en otros eventos se realice sin dificultad, que por lo general solo sucede entre familiares, en un ambiente de hogar. Se identifica como criterio diagnóstico una duración mínima de 1 mes, se exceptúa esta observación, en el primer mes que los niños acuden a una nueva escuela, hasta que encuentren la vía de adaptación y relación social. (4)

3.11.3. Fobia específica

Se refiere de fobias aisladas que provocan un temor acusado y persistente que es irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (23), entre ellos: el estar muy cercanos a determinados animales, a la oscuridad, las alturas, a viajar en avión, a los truenos, a los espacios cerrados, usar urinarios públicos, consumir ciertos alimentos, a acudir al dentista, a visualizar la salida de sangre en heridas o al contagio de enfermedades concretas. Su presencia puede generar ataques de pánico como en la agorafobia y en las fobias sociales. Las fobias específicas suelen aparecer por primera vez en la niñez o al inicio de la vida adulta y, si no son tratadas, pueden permanecer durante décadas. El alcance

de incapacidad que originan, depende de lo fácil que sea para el afectado, omitir la situación fóbica. La situación fóbica suele ser estable, contrario a las características de la agorafobia. Son ejemplos de objetos fóbicos el temor a las enfermedades de transmisión sexual y radiaciones (6). Existe evidencia clara de la asociación de trastorno de ansiedad social con desarrollo de depresión posterior, en su estudio australiano de la salud, donde se evidenció que un 37.2% de las personas a las que se les diagnosticó fobia social, habían presentado en su vida al menos un episodio de depresión mayor, con inicio en la adolescencia y que se lleva un seguimiento hasta los 25 años de edad. (24)

3.11.4. Trastorno de ansiedad social

Es la sensación de ansiedad intensa que aparece comúnmente en uno o varios eventos sociales en donde la persona se exhibe a la posible crítica o reconocimiento existencial por parte de terceros. La persona se comporta de forma introvertida, con una actitud determinada, acompañada de síntomas de ansiedad que pueden ser considerados negativos por parte de los espectadores. Se relaciona directamente con el miedo fóbico de expresarse abiertamente en público, esto al menos en un mínimo de 6 meses. (4) Suele aparecer en la adolescencia, asimismo, La prevalencia calculada anual es 7% para Estados Unidos, pero, es inferior en otras secciones del mundo, en las que varía entre 0,5-2%. La tasa de prevalencia va en disminución con la edad, no obstante, es un superior en adultos mayores, pues va del 2 al 5%. Es más frecuente en mujeres que en hombres, pero las valoraciones de las cifras son similares entre géneros o más alta en varones, debido a las funciones de género, expectativas profesionales y sociales de los hombres. (25)

3.11.5. Agorafobia

Se conceptualiza como el miedo o sensación ansiosa acusada generalmente en dos o más hechos supuestamente agorafóbicos, como estar en transportes público, espacios abiertos, planicies cerradas, hacer columnas o estar en medio de la muchedumbre, o el tan solo estar solo fuera de casa; que si el paciente desea evitarlo, debe tener contención del acompañamiento de otra persona que le ayude a sobreponer la dificultad de salir huyendo de esas situaciones; ya que los síntomas se parecen a los de la angustia, ya que le representan un motivo de vergüenza. Se le atribuye esta condición al paciente, si los criterios han sido mantenidos por 6 meses al menos (4). El régimen de la incidencia en el transcurso de la vida para la

agorafobia con trastorno de pánico es el 1,1%, mientras que sin trastorno de pánico es el cerca de 0,8%. En otra indagación topográfica de los adolescentes, de los adultos jóvenes, y en adultos sobre 55 era el 0,61%. Por lo que se muestra este desorden como más común la gente más joven, mujeres, y en estado civil de viudo o divorciado. (26)

3.11.6. Trastorno de angustia

Comprende la presencia de crisis de angustia fortuitas esporádicas. Al menos una de ellas persiste durante un mes de preocupación o inquietud arraigada por el surgimiento de nuevas crisis o sus consecuencias, o cambios desadaptativos y significativos en las conductas que se vinculen con la crisis de angustia. (4)

3.11.7. Trastorno de ansiedad generalizada

Es la aseveración de la preocupación y ansiedad en una escala excesiva, y que persisten en los individuos que tienen problemas para controlar situaciones o acciones que se relacionen a tres o más síntomas sobreactivados en la fisiología de la persona. Para que el paciente sea asignado a este trastorno, debe de haber permanecido con dicho cuadro clínico durante un mínimo de 6 meses. (4)

3.11.8. Trastorno de ansiedad inducido por sustancias / medicación

Este apartado clínico es fundamentalmente conocido por la detección de crisis de ansiedad o angustia en el cual persisten evidencias de que los mencionados síntomas se desenvuelven durante un tiempo posterior a la intoxicación o abstinencia hacia una sustancia, o por ingerir medicamentos que promuevan dichos síntomas. No se originan de forma exclusiva durante el *delirium*. (4)

3.11.9. Trastorno de ansiedad debido a otra enfermedad médica

Esta afección se caracteriza por la presencia de crisis de ansiedad o angustia, con connotaciones patofisiológicas directas de otra derivación médica, como origen primario. Tampoco se dan específicamente durante el *delirium*. (4)

3.11.10. Otros trastornos de ansiedad especificados

Se observan síntomas que no llegan a delimitarse en algunos de los trastornos de ansiedad clínicamente significativos; sin embargo, se reconocen y especifican las

razones concretas por lo que no llegan a cumplir con los criterios diagnósticos. Por ejemplo: la crisis de ansiedad generalizada o angustia limitadas que no se encasillan en el tiempo establecido para su persistencia en una mayoría de días.

(4)

3.11.11. Otros trastornos de ansiedad no especificados

Incluye la presencia de síntomas que son significativos a nivel clínico, ya que se caracterizan entre los otros trastornos de ansiedad, que no alcanzan a cumplir todos los criterios diagnósticos ya planteados. En este caso, no se logran distinguir, las causas, debido a la falta de información oficial, sobre experiencias empíricas de atención primaria, para encasillarlos en una subclasificación. (4)

3.12. Tratamientos

Existen tres tipos de tratamientos: farmacológicos y psicoterapia, y en ciertos casos aislados, una combinación mixta de ambos.

3.12.1. Tratamientos farmacológicos

Trastorno de ansiedad por separación: Los fármacos de primera línea en el tratamiento de este tipo de trastorno son los inhibidores selectivos de recaptación de serotoninas (ISRS). Los ISRS son efectivos en el tratamiento de los trastornos de ansiedad y los trastornos del ánimo por su resultado antidepresivo y ansiolítico, sobre todo si se aplica en niños y adolescentes. La segunda línea es la aplicación de benzodiazepinas, tales como el alprazolam y el clonazepam, y aunque no hay suficientes evidencias de su eficacia en el uso de benzodiazepinas para el tratamiento de síntomas ansiosos de jóvenes y adultos; tienen un efecto ansiolítico más inmediato, y podrían ser utilizados en conjunto con los ISRS mientras se observen cambios evidenciables en 1 o 2 semanas. La duración del tratamiento farmacológica es indeterminada, pero debe ser suficiente a criterio del especialista, donde los síntomas del paciente, vayan reduciéndose y sea capaz de modular su ansiedad sin el uso de medicamentos. Posterior a la mejoría, se debe monitorear recurrentemente la ansiedad excesiva. (22)

Mutismo selectivo: En los casos que los niveles de ansiedad son elevados, se debe recurrir a la coterapia farmacológica, para reducir los síntomas que dificultan el trabajo psicológico, por lo cual los psicofármacos que son prescritos con mayor frecuencia son la fluoxetina y la fenalzina, con lo cual se busca que los pacientes logren superar la inhibición del sentido de ansiedad y tengan la predisposición de hablar con alcances mínimos de estrés. (27)

Fobia específica: Los fármacos no parecen ser útiles para superar las fobias específicas, aunque los benzodiacepinas, gracias a su efecto reductor de la ansiedad, pueden servir para el tratamiento a corto plazo de algunas fobias, como la fobia a volar, cuando el paciente no quiere seguir una terapia de conducta o de improviso le surge la necesidad de hacer un viaje. (6)

Trastorno de ansiedad social: Los fármacos efectivos para el tratamiento de la fobia social son: los inhibidores selectivos de recaptación de serotoninas como benzodiacepinas (clonazepam 0.5-4mg/día en tabletas de 0.5-2mg), la venlafaxina (50 mg/día en tabletas de 50 mg) y la buspirona. Se consideran los ISRS como tratamiento élite, en casos que se necesite adyuvancia (después del tratamiento primario), se pueden usar benzodiacepinas como alprazolam y clonazepam. En casos graves se aplica un tratamiento con IMAO irreversibles como fenelzina e IMAO reversibles como moclobemida y la brofaromina. (25)

Agorafobia: Los fármacos son más eficaces que el placebo cuando el grado de alteración conductual es leve, en cuando a la comorbilidad con el trastorno de pánico, caso contrario, se recomienda la terapia cognitiva-conductual. Como fármacos controlados en dosis menores, se tiene, El inositol (12-18 g/día) ha resultado superior al placebo de la fluvoxamina. (28)

Trastorno de angustia: Se suministran antidepresivos de distintas clases— inhibidores de recaptación selectivos de serotonina y de noradrenalina, tricíclicos e inhibidores de la monoamina oxidasa pues poseen una similar eficacia. Sin embargo, la serotonina y la noradrenalina proporcionan una potencial ventaja de menores efectos adversos en contraste con otros antidepresivos. También están los benzodiacepinas cuya reacción ansiolítica actúa de forma más rápida que los

antidepresivos, pero tienen más posibilidad de provocar dependencia física, con consecuencias negativas como problemas de memoria, somnolencia y ataxia. Las crisis de angustia a menudo reaparecen cuando se interrumpe el tratamiento. (29)

Trastorno de ansiedad generalizada: el tratamiento más efectivo suele combinar fármacos y psicoterapia. Los medicamentos muestran efectividad para neutralizar los síntomas de ansiedad. Los factores de segunda línea incluyen las benzodiazepinas (alprazolam, bromazepam, lorazepam, diazepam), en nuestro país se utilizan en primera línea. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina son mayormente tolerados brindan seguridad en caso de sobredosis: Los agentes de segunda línea incluyen los benzodiazepinas como: alprazolam, bromazepam, lorazepam, diazepam. En nuestro país, se suelen usarse en primera línea. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina son mejor tolerados y más seguros en caso de sobredosis: sertralina, escitalopram, escitalopram. (6)

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias / medicación: Como en este caso, se busca reducir los efectos de sustancias como drogas como la dietilamida del ácido lisérgico (LSD), se suministra a menudo una benzodiazepina o antipsicótico, para discontinuar la psicosis que se produce por su estado. (30) La ansiedad debe disminuir cuando se trata la enfermedad somática o cuando ha pasado tiempo suficiente desde la interrupción del fármaco. Cualquier grado de ansiedad remanente puede tratarse con ansiolíticos. (31)

Trastorno de ansiedad debido a otra enfermedad médica: La terapia farmacológica se debe adaptar de acuerdo a la naturaleza de los síntomas más relevantes sin importar la polifarmacia. Los agentes que se recomiendan son:

- Los benzodiazepinas, son útiles para tratar del insomnio y pesadillas, con posible atención al origen de la abstinencia y tolerancia para crear una acentuación del efecto sedante.
- Los antagonistas de receptores de adenosina tricíclicos (amitriptilina, doxepina y trimipramina) son eficaces contra la anhedonia, síntomas vegetativos, insomnio, ansiedad y terrores nocturnos.
- Otros fármacos (bloqueadores, carbonato de litio, buspirona, neurolepticos, neuroreguladores y agonistas adrenérgicos). (32)

3.12.2. Tratamiento psicoterapéuticos o no farmacológicos

Trastorno de ansiedad por separación: La terapia Cognitivo conductual (TCC), puede ser en grupo o individual. En adultos el tratamiento abarca seis meses siendo el número total de sesiones de 21 de una hora de duración, exceptuando la primera entrevista. La totalidad de las sesiones sigue un abordaje individual y paralelamente debe asistir a cinco talleres grupales como refuerzo de las habilidades tratadas en terapia. Las sesiones se realizan con una periodicidad semanal, siendo las cuatro últimas de una regularidad quincenal, esto es flexible dependiendo del avance que se tenga; al intervenir con un enfoque cognitivo-conductual a lo largo de todo el tratamiento terapéutico por su eficacia en la reducción de síntomas y menor tasa de recaídas en problemas de ansiedad. (33) Para los jóvenes, se imparte la educación afectiva, con técnicas de exposición gradual, donde el joven a reconocer signos conductuales, fisiológicos y cognitivos, siendo consciente de las emociones que propician su ansiedad. (22)

Mutismo selectivo: En este tipo de síndrome, se puede establecer tres pasos para elaborar el diagnóstico en un paciente específico: primer paso, es considerar la edad de la persona, los entornos a los cuales se expone, y que causen impacto en él, el segundo paso plantea en diferenciar si la alteración es transitoria o persistente, de ser temporal la reacción dura menos de seis meses y se manifiesta en un solo ambiente, lo mejor es monitorear con sesiones terapéuticas en el caso de que el problema se prolongue más allá de los seis meses, y concluir si su conducta es la adecuada para concluir con el tratamiento. El tercer paso es aplicar test que deliberen el orden mental en el que se encuentra el paciente, una vez que hayan sido descartadas las razones físicas y cuyos resultados fonaudiológicas sean normales, entonces se concluye con una evaluación psicológica. (27)

Fobia específica: Se suelen aplicar técnicas de desensibilización sistemática. El procedimiento estandarizado de desensibilización sistemática incluye cuatro pasos fundamentales: 1. Entrenamiento en relajación. Relajación progresiva de Jacobson. 2. Construcción de la jerarquía de los estímulos generadores de ansiedad. 3. Evaluación y práctica en la imaginación. 4. Proceso desensibilización. Aplicación combinada respuestas ansiedad vs relajación. (6)

Trastorno de ansiedad social: Se aplican técnicas conductuales, cognitivas, y de exposición los cuales son de utilidad en las situaciones de actuación. Por ello se dispone del Tratamiento de exposición en vivo, de menos a más, en forma paulatina: La terapia de exposición es efectiva, pero puede ser difícil conseguir una exposición suficientemente prolongada para permitir la habituación. Por ejemplo, si el estímulo principal de la ansiedad social en la persona consiste en hablar en frente de su jefe, puede ser difícil acordar con este las sesiones necesarias (cada una con una duración de más de 1 h) para lograr la habituación. Puede recurrirse a situaciones sustitutorias, como integrarse en grupos que permitan a las personas practicar la expresión en público o leer un libro en voz alta ante los ancianos de una residencia; todo ello puede reducir o no la ansiedad al enfrentarse a la situación originaria de hablar con el supervisor. (6)

Agorafobia: Cuando la agorafobia interfiere con la actividad del sujeto, el tratamiento normalmente logra aliviar de manera sustancial la incapacitación y el malestar. Puesto que las fobias conllevan una conducta reacia, la terapia de exposición (una forma de terapia conductual) es el tratamiento de elección: con la formación y el apoyo aportados por un médico, el paciente busca el objeto evitado y temido, se enfrenta a él y se mantiene en contacto con el mismo hasta que la ansiedad va disminuyendo gradualmente por medio del denominado proceso de habituación. La terapia de exposición ayuda a más del 90 % de quienes la siguen con disciplina la terapia. (6)

Trastorno de angustia: Existen dos tipos de terapia que muestra efectividad: el tratamiento de exposición, el cual afectado se enfrenta a sus temores, ayuda a disminuir el miedo y las dificultades provocadas por una evasión derivada de éste. Por otro lado, la terapia cognitivo-conductual instruye a los pacientes a identificar y dominar sus pensamientos distorsionados y a modificar su conducta para que sea más adaptativo. Por ejemplo, a aquellos que mencionan tener una frecuencia cardíaca acelerada o que sienten señales de disnea en algunos lugares o situaciones y temen experimentar un ataque cardíaco, se les enseña lo siguiente:

- No huir de esas experiencias.
- Entender que sus preocupaciones son infundadas
- Mantener una respiración lenta y controlada como respuesta de calma, o con otros métodos que ayuden a alcanzar la relajación. (29)

Trastorno de ansiedad generalizada: Técnicas de reestructuración cognitiva, técnicas de autocontrol y técnicas de relajación. (6)

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias / medicación: El paciente debe exponerse a un entorno tranquilo y que estimule los efectos mentales y de ansiedad que genera el síndrome de abstinencia, en el caso de consumo de drogas; acompañado de una terapia conductual recurrente, y combinarla con los fármacos ansiolíticos. (30)

Trastorno de ansiedad debido a otra enfermedad médica: El paciente derivado debe tener apoyo de su médico de especialidad, el cual combine el tratamiento con la terapia cognitivo-conductual y antidepresivos, donde se proyecte una relación de confianza, tranquilidad y cuidado. (32)

3.12.3. Tratamiento de farmacoterapia o mixto

Una combinación mixta de los tratamientos anteriormente mencionados se debe considerar en los casos que el trastorno de ansiedad presente una sintomatología severa o inválida de forma notoria ya sea en el funcionamiento social del niño o adulto, en las situaciones que 6 u 8 semanas de psicoterapia no logren reducir los síntomas de ansiedad; y en lugar de los infantes, tomar en cuenta la participación y apoyo de los padres. (22) Sin embargo, se aplican mayormente en los siguientes subtipos:

Otros trastornos de ansiedad especificados: La comorbilidad de angustia y depresión es por lo general, la más frecuente. Aunque se necesita decidir en cada caso, cuál es el síndrome que resalta, lo más normal es que se apliquen los siguientes tratamientos: Antidepresivos, Ansiolíticos, Bloqueadores beta, Psicoterapia. También se pueden incluir medicación homeopática como: Aconitum napellus, que se aplica cuando el paciente sostiene pensamiento de muerte inminente y los cuales se acompañan de precordalgias, palpitaciones y parestesias. El Argentum nitricum, cuando el paciente presenta conducta de querer hacer múltiples tareas a la vez sin ser capaz de manejar su tiempo. Y por último, Chamomilla recutita, para cuando la ansiedad es manifestada de forma colérica, y

a la cual se agrega una hipertesia al dolor, con cierta depresión y dolores en el abdomen. (34)

Trastornos de ansiedad no especificados: Por lo general, se incluye un paquete terapéutico utilizado en intervenciones poco comunes; por lo que se practica las técnicas de respiración para reducir la activación fisiológica y como mecanismo de autocontrol para percibir los hechos estresantes de manera adecuada. Es recomendable dar seguimiento al paciente por 5 meses para corroborar la mejora percibida por el paciente. (35)

3.13. Estrés laboral

Se conceptualiza como el conjunto de las reacciones físicas y emocionales de escala nociva, que ocurren cuando las exigencias del trabajo no igualan las capacidades físicas y mentales del colaborador, los recursos o las necesidades del mismo. (36)

3.14 Estés en el hogar

Es la condición de tensión que se origina en las familias cuando el estado de desequilibrio de estas es desequilibrado por sus transiciones, por medio del ciclo vital, asentando que el estrés es una conversión que no tiene en sí connotaciones positivas ni negativas, y que todas las familias deben hacer frente a situaciones de estrés de forma perenne. (37)

3.15. Estrés post COVID-19

Se considera como estrés post-traumático, posterior al contagio del COVID, en este caso se le asigna las connotaciones de este trastorno de salud mental en el que una persona experimenta pensamientos, flashbacks y pesadillas que golpean de manera impredecible y devuelven a la persona al momento del trauma vivido, durante la fase de contagio en confinamiento. Volver a experimentar los recuerdos provoca ataques de pánico y problemas para conciliar el sueño. Por lo cual se determinan los siguientes porcentajes de cuadros episódicos durante la pandemia, en los siguientes subtipos: episodio depresivo (17,3%), episodio hipomaniaco (0,7%), trastorno de ansiedad generalizada (7%) y trastornos psicóticos (0,2%). (38)

3.16. Violencia Intrafamiliar

La violencia en el hogar, abarca, entre otros agentes, los malos tratos hacia la mujer, violación por el esposo, incesto, prostitución a la fuerza, agresión contra las colaboradoras de servicio doméstico, entre otras connotaciones, donde los ataques se destinan a lesionar el estado de salud mental de la mujer, al igual que su estabilidad física, debido a torturas que guardan relación con el problema psicológico que mantiene el agresor. (39). En el enfoque intrafamiliar, se conoce como toda acción u omisión cometida en el seno de la familia por uno o más de sus integrantes que de manera constante provoque daño físico, sexual y psicológico, a otros de sus miembros, que menoscabe su integridad y ocasione un grave daño a su personalidad y/o a la estabilidad familiar. (40)

3.17. Pánico / Fobia

El pánico es un incremento de la ansiedad súbita e inesperada; como respuesta, el individuo desea salir de la situación que lo ha originado. Como una percepción de miedo y pérdida de control abrumadora y repentina. La respiración se vuelve rápida, con un corazón que palpita con fuerza, sudoración y pensamiento que se va a morir. La conducta asociada suele ser, intentar salir de la situación tan pronto se le dé la oportunidad. Una fobia es un temor a eventos o cosas que no son peligrosas, y que la mayoría de las personas no encuentran desagradables. Como reacción, se tiende a evitar las situaciones que generan ansiedad, pero con el tiempo esto agrava la fobia. También puede suceder que su vida se vuelva dominada por las precauciones que considera para evitar tales hechos. (41)

3.18. Pensamientos obsesivos-depresivos

El pensamiento obsesivo, es aquella alteración mental, que suele convertirse en rumiación la cual abarca una autofocalización de eventos pasados y del presente; mientras que la preocupación excesiva se orienta a un pensamiento recurrente que obstaculiza con recursos atencionales, interfiriendo con la concentración, aumentando la probabilidad de fallos en la solución eficaz de los conflictos, lo que a la vez ayuda a sentimientos de impotencia e incapacidad para manejar las situaciones y las circunstancias. (42)

La depresión es una alteración psicoemocional que causa un sentimiento de culpa, el cual significa un gran impedimento de cara a la renovación. Por una parte, un

excesivo sentimiento de culpa puede dirigir al sujeto a la depresión. Por otra, la depresión es la que provoca que el afectado se sienta responsable y culpable de los fracasos en los que se halle. De esta forma, se inicia un gran círculo vicioso del que es muy difícil salir. (43)

3.19. Pérdida de la memoria

Este síndrome se caracteriza por el deterioro universal de las funciones cognitivas, de carácter orgánico, que produce una desadaptación social, sin alterar el nivel de conciencia. Su apartado epidemiológico muestra que su prevalencia va en aumento exponencialmente desde los 65 años. El 5% de la gente padece pérdida de memoria, cifra que se eleva al 30-40% entre las mayores de 85 años. La incidencia de demencia se sitúa, según diversos estudios, entre un 1 y un 6% anual y se estima que aumente más, debido a la causa de la persistente esperanza de vida en los países industrializados. (44)

3.20. Traumas de la infancia

El término "trauma" procede del vocablo griego que significa "herida", lo que hace referencia a pensamientos sobre acontecimientos devastadores como, abusos sexuales, malos tratos, desastres naturales y crímenes violentos. En los niños un trauma también puede ser una situación que atenta a su seguridad y que pueden provocarle malestar durante mucho tiempo después. Esto puede provocar la regresión o la pérdida de habilidades que haya adquirido recientemente, tales como encopresis y enuresis. En otros casos, suelen solicitar ayuda para resolver tareas que ya dominaban, tales como vestirse, lavarse o disminuir sus habilidades lingüísticas. Lo más común es que persisten sus miedos o fobias específicas, sobre todo ante situaciones que le generen estrés, ansiedad o la separación de sus padres. (45)

3.21. Trastornos del sueño

Es la incapacidad de conciliar el sueño, por lo que no se considera una patología grave en sí misma, pero tienen implicaciones serias en la vida diaria del afectado, como: agotamiento físico, dificultad para cumplir con las obligaciones profesionales, bajo rendimiento, sueño diurno, dificultad de atención a eventos familiares o sociales. (46)

3.22. Drogas

Son sustancias de uso no médico con efectos psicoactivos (capaz de generar variaciones en la conciencia, el comportamiento, percepción, el estado de ánimo,) y susceptibles de ser auto administradas y su diferencia con fármaco no está dada por criterios médicos, sino por las matices sociales e instrumentales, en que la droga la aplica una persona adicta, sin prescripción médica, y el fármaco se suministra con el objetivo de curar una patología. (47)

3.23. Alcohol

Se define como un líquido incoloro, de olor característico, soluble tanto en agua como en grasas; se caracteriza por ser una sustancia psicoactiva, depresora del sistema nervioso central, y con capacidad de causar dependencia. (48)

3.24. Antecedentes patológicos psiquiátricos

Este término se acuña al historial de enfermedades psiquiátricas que en pasado haya padecido el paciente. (49)

3.25 Trastornos de comportamiento del sistema de atención de psiquiatría, no asociados a la ansiedad

F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo

En esta categoría mixta se combinan los síntomas de ansiedad y depresión, pero ninguno de ellos es relevante ni tiene la intensidad suficiente como para sustentar un diagnóstico por separado. Cuando las dos series de síntomas, depresivos y ansiosos, son persistentes y sean tan graves como para argumentar un diagnóstico individual, deben recogerse ambos trastornos y no deberá usarse esta clasificación. Si por razones prácticas de codificación, solo puede hacerse un diagnóstico debe darse prioridad al de depresión. (50)

F17.3 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco, estado de abstinencia

El deseo incontrolable de fumar se somete a esta denominación, pero es más propiamente un elemento del síndrome de dependencia. Los síntomas de abstinencia aguda se originan a las pocas horas de a ver dejado de fumar y

permanecen durante 3-4 semanas. Luego es probable que exista un síndrome de abstinencia prolongado. Un apetito elevado y peso se mantiene durante un lapso de tiempo aproximado de 6 meses. Al término de este tiempo, el 50% de los exfumadores continúan evidenciando notables deseos de fumar. El síndrome de abstinencia de tabaco puede ser confundido con los trastornos de ansiedad. (51)

F10.0 Intoxicación aguda (trastorno por consumo de alcohol)

Se refiere al cuadro clínico resultante de la ingesta excesiva de bebidas alcohólicas. Se identifica por alteraciones conductuales desadaptativas (comportamiento sexual inadecuado, inestabilidad de la capacidad laboral o social, agresividad o irritabilidad, deterioro del juicio), signos neurológicos (marcha inestable, lenguaje farfullante, incoordinación, deterioro de la atención y memoria, alteraciones de la conciencia nistagmo), enrojecimiento facial e inyección conjuntival.

La intoxicación alcohólica es el resultado de su efecto depresor cortical cerebral, clínicamente más relevante a nivel de los lóbulos frontal (razonamiento, identidad, planificación, iniciativa, abstracción, lenguaje), temporal (memoria, audición, lenguaje), parietal (motricidad, orientación, tacto) y occipital (capacidad visual). (52)

4. Materiales y Métodos

La investigación se desarrolló bajo un enfoque mixto, debido a que la variable de estudio fue medida de manera cuantitativa y categórica, manteniendo un método de indagación descriptiva, pues se han tomado datos del comportamiento real de las variables, sin algún tipo de experimentación.

4.1. Tipo y Diseño del estudio

El diseño del presente estudio es de prevalencia, descriptivo, con enfoque no experimental, y de tipo investigativo, con intervención observacional, ya que se miden los ítems observados en el tamizaje de atención psiquiátrica por derivaciones de ansiedad, sin la intervención del investigador; retrospectiva y transversal, ya que los datos recopilados se tomaron de un periodo específico de la estadística de atención hospitalaria.

Tabla 1: *Tipo de Investigación del estudio, según diversos enfoques*

Tipo de investigación	Según la intervención del investigador: ➤ Observacional.
	Según la planificación de la toma de datos: ➤ Retrospectivo
	Según el número de mediciones de la variable analítica ➤ Transversal.
	Según el número de variables analíticas ➤ Descriptivo

Elaboración propia

4.2. Área de estudio, Contextualización en tiempo y espacio

Hospital Naval de Guayaquil, Ecuador, Atenciones en el área de psiquiatría durante el periodo 2020.

4.3. Población y muestra

4.3.1 Población

La población está conformada por todos los hombres y mujeres que acudieron al Hospital Naval de Guayaquil, a partir de enero hasta diciembre del año 2020, siempre y cuando se haya cumplido con permiso de las Autoridades del Hospital, para tomar los datos representativos de la base de información estadística. De igual manera cumpliendo con los criterios de inclusión y exclusión establecidos en el trabajo investigativos. Según el área de información central fueron 819 pacientes, entre consultas de primera vez y las subsecuentes.

4.3.2. Muestra

Para determinar la muestra, se utilizó un método de muestreo tipo probabilístico, de alcance aleatorio simple, para lo cual la fórmula empleada fue:

$$n = \frac{\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2}}{1 + \left(\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2 N}\right)}$$

Considerando los siguientes criterios

Z = Nivel de confianza (Distribución T-Student = 1,96)

N = tamaño de la población (586)

P = probabilidad a favor (0,95)

e = error de estimación (0,05)

n = tamaño de la muestra ?

$$n = \frac{\frac{(1.96)^2 \times 0.95 \times (1-0.95)}{(0.05)^2}}{1 + \left(\frac{(1.96)^2 \times 0.95 \times (1-0.95)}{(0.05)^2 \times 586}\right)} = 274,04 \approx 274 \text{ pacientes}$$

4.4. Método de recolección de datos

Con la finalidad de recabar la información relacionada a la prevalencia de trastornos de ansiedad, se utilizaron las matrices de documentos donde se registran los casos diagnosticados con la mencionada patología en el periodo de Enero a Diciembre del 2020, basándose en la población que cumplió con los criterios de inclusión y exclusión las cuales asistieron a consulta en el Hospital Naval de Guayaquil, Ecuador, ya sea en calidad de consulta por primera vez o por seguimiento gradual de tratamiento. Esto se tabuló como datos asignados a cada paciente, en base a su diagnóstico individual, en una tabla de Excel general, para posteriormente obtener los niveles porcentuales y de frecuencia, por medio de la aplicación estadística Jamovi.

4.5. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Hombres y mujeres que acudieron al Hospital Naval de Guayaquil en el periodo Enero a Diciembre del 2020, en calidad de servidores públicos.
- Pacientes con 18 o más años.

- Pacientes diagnosticados con trastorno de ansiedad con o sin otras comorbilidades, que hayan sido atendidos por primera vez y mantengan tratamientos, donde se identifiquen diferentes subtipos de trastorno de ansiedad.

Criterios de exclusión

- Pacientes con 17 o menos años.
- Pacientes que desertaron del tratamiento previo al inicio del segundo semestre del periodo 2020.
- Pacientes que fueron atendidos fuera del periodo comprendido anteriormente.
- Pacientes con diagnóstico inconcluso, o en estado de seguimiento.
- Pacientes derivados por convenios de hospitalización externos (personas civiles).
- Pacientes con información incompleta en la asignación de datos personales.

4.6. Parametrización de las variables

Se empleó como variables sociodemográficas el sexo, la edad, estado civil, modalidad de servicio en la función pública Naval, así como los criterios asociados al diagnóstico de patología de ansiedad, con la derivación de los diversos subtipos, como se muestra en el Anexo 2, considerando también los criterios de diagnóstico, epidemiología, derivaciones por tratamientos relacionadas a medicación o no relacionados a fármacos, además de los factores psicometales que causen alteraciones en la estabilidad emocional de los pacientes tratados. La descripción y operacionalización de cada variable se evidencia en el Anexo 1.

4.7. Análisis estadístico

La recolección de datos se realizó a través de la estadística hospitalaria de atenciones médicas en el área de psiquiatría durante el 2020, y para la determinación de síntomas por cada patología, se exploró de forma confidencial el diagnóstico inicial de los pacientes que fueron reconocidos algún subtipo del grupo de trastornos de ansiedad; lo cual se representó en una hoja de Excel, y luego se desagregó por filtro. Primero se realizó una medición general entre los trastornos que tienen seguimiento en el centro médico; para luego determinar la prevalencia

que existe de los pacientes con ansiedad, por encima de los trastornos de adicción o abstinencia por alcoholismo.

Para el tratamiento independiente de cada una de las variables, se sometió el grupo de datos a una prueba de normalidad Shapiro-Wilk, en la cual se obtuvo que las variables numéricas son paramétricas, por lo cual, la distribución es normal, al obtener un índice superior $\alpha = 0,972$ y $\alpha = 0,884$, tanto para la edad y la cantidad de hijos de los pacientes, respectivamente. Es así que, se aplica la medición descriptiva, debido a que cada una de las variables son independientes, justificando así su aislamiento de aquellas que son categóricas. Tal como se muestra a continuación:

Tabla 2. Estadísticos Descriptivos de las variables numéricas

Descriptivos		Edad	Nº/Hijos
N (pacientes con ansiedad)	204		
Media		47,8	1,72
Mediana		46,0	2,00
Moda		38,0	1,00
Mínimo		18	0
Máximo		93	6
Dist. Normal (Shapiro-Wilk)		0,972	0,884
Total		53,4%	95

5. Resultados

Características generales de la muestra de estudio

Tabla 3. Pacientes atendidos en psiquiatría, periodo 2020

Género	Frecuencias	%
Femenino	153	55.8 %
Masculino	121	44.2 %
Total	274	100,0%

Elaboración propia

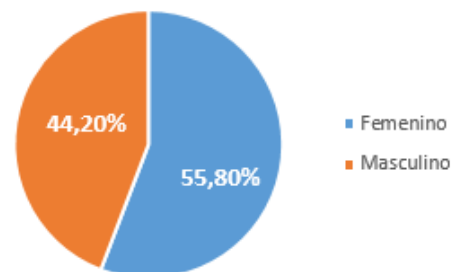


Gráfico 3. Distribución de pacientes por género.

Tabla 4. Cantidad de hijos de acuerdo al sexo del paciente

Sexo	0 hijos	%	1 hijo	%	2 hijos	%	3 hijos	%	4 hijos	%	5 hijos	%	6 hijos	%
Femenino	12	11,0%	47	43,1%	34	31,2%	9	8,3%	2	1,8%	3	2,8%	2	1,8%
Masculino	13	13,7%	24	25,3%	34	35,8%	16	16,8%	6	6,3%	2	2,1%	0	0,0%
Total	25	12,3%	71	34,8%	68	33,3%	25	12,3%	8	3,9%	5	2,5%	2	1,0%

Elaboración propia

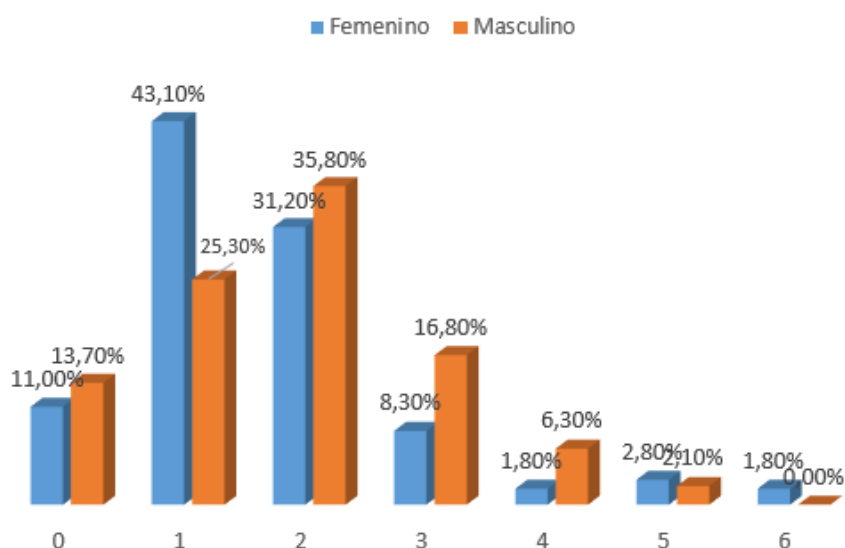


Gráfico 4: Distribución de la cantidad de hijos en pacientes, según el sexo

Tabla 5. Estado civil de los pacientes atendidos en psiquiatría, 2020

Sexo	Casados		Divorciados		Solteros		Viudos		Total
	n	%	n	%	n	%	N	%	
Femenino	38	34,9%	10	9,2%	51	46,8%	10	9,2%	109
Masculino	44	46,3%	8	8,4%	38	40,0%	5	5,3%	95
Total	61	81,2%	75	17,6%	51	86,8%	17	14,5%	204

Elaboración propia

La cuota de pacientes estudiada, 274 en total, tuvo una distribución del 55,8% para las mujeres, y un 44,2% para los hombres.

En cuanto a la cantidad de hijos se obtuvo una mayor frecuencia en el género femenino, siendo la tendencia de 43,1% en el cual las mujeres atendidas en su mayoría tienen un solo hijo, esto contrasta en los hombres, pues tienen mayor proporción del 35,8% al tener dos hijos en su mayoría. Por otro lado, el estado civil de los pacientes. Estos factores son determinantes para identificar las causas de

estrés en la familia, debido a conflictos de convivencia o preocupaciones por cubrir gastos de acuerdo a las cargas familiares que poseen tanto el género femenino y masculino. En el estado civil, se observa que, en el sexo femenino, se tienen las frecuencias relativas: casadas (34,9%), divorciadas (9,2%), solteras (46,8%) y viudas un 9,2%. En el sexo masculino, los índices relativos fueron: casados (81,2%)

Análisis descriptivo de las variables

Tabla 6. *Evaluación de la prevalencia de trastornos de ansiedad en los pacientes de psiquiatría, 2020*

Trastornos / CIE-10	Frecuencias	%	F. Relativa Acumulada
Otros trastornos de ansiedad especificados	90	32,8%	32,8%
Ansiedad generalizada	55	20,1%	52,9%
Fobias específicas (aisladas)	39	14,2%	67,1%
Ansiedad, no especificado	9	3,3%	70,4%
Otros trastornos de ansiedad mixtos	7	2,6%	73,0%
Ansiedad paroxística episódica	3	1,1%	74,1%
Mixto de ansioso-depresivo	39	14,2%	88,3%
Por consumo de alcohol	14	5,1%	93,4%
Mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco, estado de abstinencia	18	6,6%	100%
Total	274	100,0%	

Elaboración propia

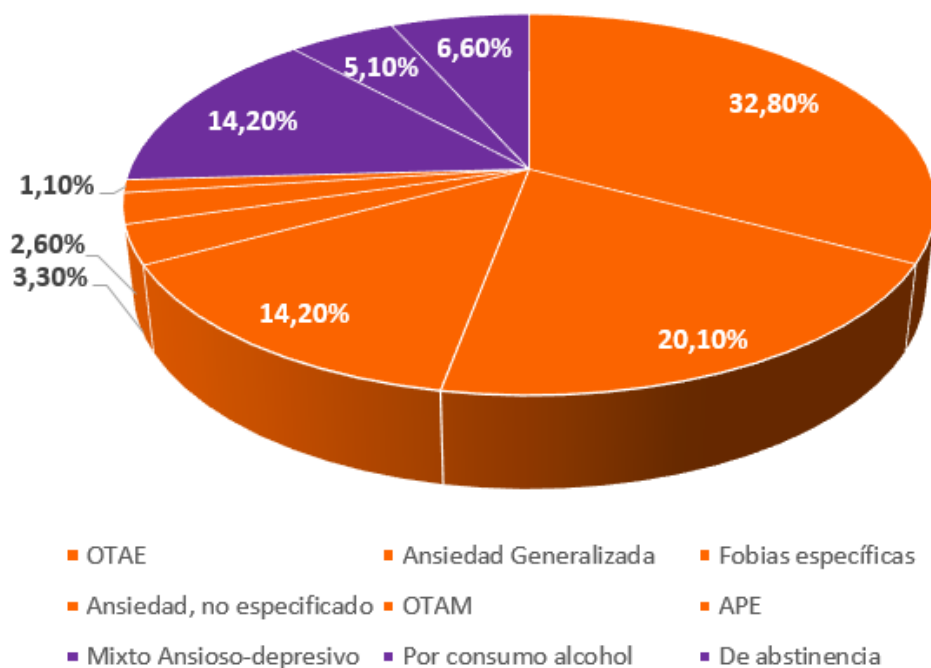


Gráfico 5. *Prevalencia de los trastornos de ansiedad en los pacientes de psiquiatría, HOSNAG, 2020*

En la Tabla 6, se observa la proporción relativa de cada trastorno identificado en el área de psiquiatría del Hospital Naval Guayaquil, y en el cual se dividen en subgrupos de acuerdo a su clasificación general, por trastornos mentales o por abstinencia. Aquellos que están resaltados en la porción naranja, como se evidencia en el Gráfico 5, pertenecen a la clasificación de trastornos de ansiedad, los cuales, al tratarse de forma agrupada, alcanzan un porcentaje del 74,1%, mientras que los subtipos restantes, resaltado de lila, se agrupan como trastornos por abstinencia o mixtos con un porcentaje agrupado del 25,9%. Esto demuestra que existe una alta prevalencia de trastornos de ansiedad en la muestra de estudio, creando un impacto que subdivide esta alteración entre los diversos criterios; donde el más relevante entre ellos, son los otros trastornos de ansiedad especificados con un 32,8%; donde en cada diagnóstico se mencionaban casos aislados como: abandono de hogar, separación por conflictos familiares, problemas intrafamiliares con los hijos, donde no siempre se mencionaban las causas con exactitud, el subtipo con menor porcentaje es la Ansiedad paroxística episódica con un 1,1% de los diagnósticos revisados.

Tabla 7. *Distribución de los trastornos de ansiedad, según el sexo de los pacientes*

Subtipo trastorno / ansiedad CIE-10	Femenino		Masculino		Total
	n	%	n	%	
Fobias específicas (aisladas)	24	60,0%	16	40,0%	40
Ansiedad paroxística episódica	1	33,3%	2	66,7%	3
Ansiedad generalizada	30	54,5%	25	45,5%	55
Otros trastornos de ansiedad mixtos	4	57,1%	3	42,9%	7
Otros trastornos de ansiedad especificados	46	51,1%	44	48,9%	90
Trastorno de ansiedad, no especificado	4	44,4%	5	55,6%	9
Total	109	53.4%	95	46,6%	204

Elaboración propia

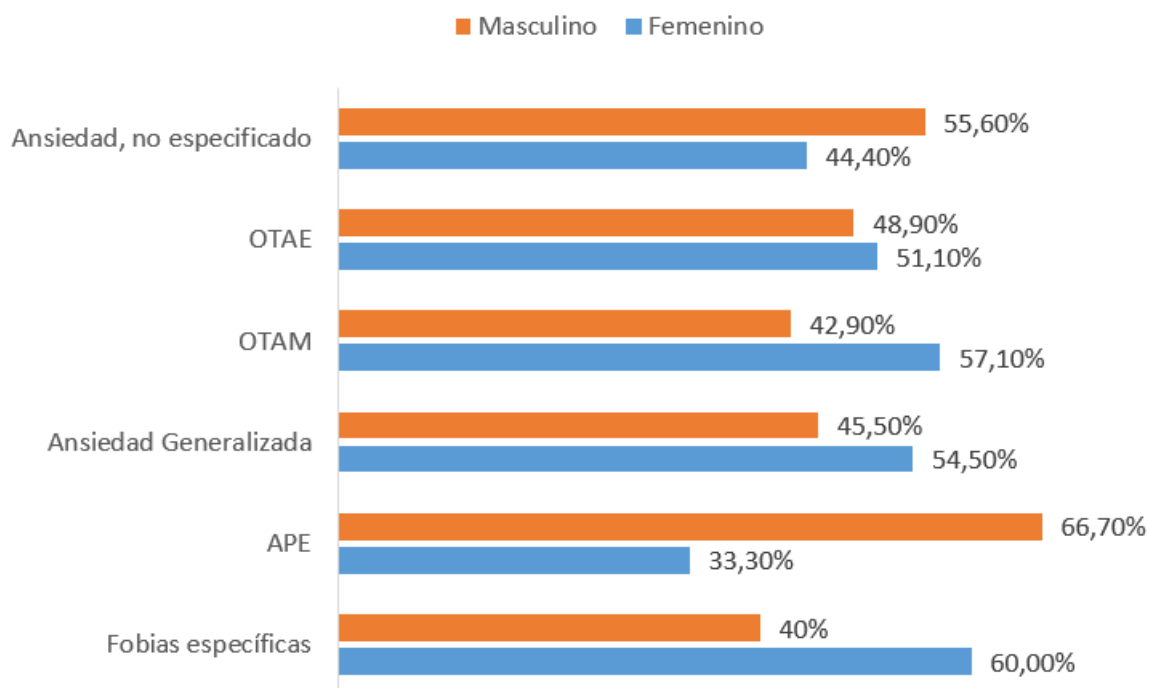


Gráfico 6. Prevalencia de los trastornos de ansiedad en el sexo femenino

Habiendo comprobado la hipótesis inicial, sobre la existencia del problema creciente en cuando a los trastornos de ansiedad de los pacientes, se analiza puntualmente cada uno de los subtipos de estas alteraciones, se tiene que, en el sexo femenino, la anomalía mental más frecuente, son las fobias específicas aisladas, con un 60% de proporción, y aquella con la menor persistencia es la ansiedad paroxística episódica con un 33,3% de las pacientes. Por otro lado, en el sexo masculino existe una tendencia prioritaria hacia la ansiedad paroxística episódica con un 66,7% del total de su grupo, y el de menor detección se tiene a las fobias específicas aisladas, con un 40% del enfoque total del trastorno, tal como se observa en el Gráfico 6. De forma general, existe una prevalencia de los trastornos de ansiedad en el sexo femenino con un 53,4% de diagnósticos, por encima del sexo masculino, los cuales alcanzaron un 46,6%.

Tabla 8. Distribución de los trastornos de ansiedad, según el rango de edad de los pacientes, HOSNAG 2020

Subtipo trastorno / ansiedad CIE-10	18 - 36		37 - 55		56 - 74		75 - 93		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Fobias específicas (aisladas)	13	32,5%	15	37,5%	9	22,5%	3	7,5%	40
Ansiedad paroxística episódica	0	0,0%	3	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	3
Ansiedad generalizada	15	27,3%	17	30,9%	17	30,9%	6	10,9%	55
Otros trastornos de ansiedad mixtos	3	42,9%	1	14,3%	3	42,9%			7
Otros trastornos de ansiedad especificados	28	31,1%	35	38,9%	21	23,3%	6	6,7%	90
Trastorno de ansiedad, no especificado	2	22,2%	4	44,4%	1	11,1%	2	22,2%	9
Total	61	29,9%	75	36,8%	51	25,0%	17	8,3%	204

Elaboración propia

Analizando desde el enfoque de los rangos de edad, las frecuencias por cada subtipo se dividen a continuación: para las fobias específicas, un alto porcentaje en el rango de edad de 37 a 55 años (37,5%), en ansiedad paroxística episódica una concentración total en el rango de 37 a 55 años (100%), en ansiedad generalizada un resultado alterno (30,9%) para los rangos de edad de 37 a 74 años, otros trastornos de ansiedad mixtos también tienen un porcentaje alterno (42,9%) en el rango de 18 a 36 años y de 56 a 74 años. en el rango de 37 a 55 años, otros trastornos de ansiedad especificados tienen mayor porcentaje en el (38,9%), por último, en el trastorno de ansiedad no especificado se alcanzó una concentración en el rango de 37 a 55 años (44,4%).

Tabla 9. Prevalencia de estrés laboral, según cada subtipo de ansiedad

Subtipo trastorno / ansiedad CIE-10	Estrés Laboral				Total
	No	%	Si	%	
Fobias específicas (aisladas)	26	65,0%	14	35,0%	40
Ansiedad paroxística episódica	2	66,7%	1	33,3%	3
Ansiedad generalizada	42	76,4%	13	23,6%	55
Otros trastornos de ansiedad mixtos	4	57,1%	3	42,9%	7
Otros trastornos de ansiedad especificados	51	56,7%	39	43,3%	90
Trastorno de ansiedad, no especificado	5	55,6%	4	44,4%	9
Total	130	63,7%	74	36,3%	204

Elaboración propia

En la Tabla 9 se puede observar la prevalencia del síntoma de estrés en el hogar, como detonante de ciertos subtipos de ansiedad; entre los trastornos evaluados, se hallaron los diagnósticos que, si incluyeron la descripción de este criterio y persistieron hasta reconocerse como síntoma, por ello, se detallan los porcentajes a continuación, de acuerdo a cada tipo: Fobias específicas con un 35,0%, ansiedad paroxística episódica alcanzó el

33,3%, ansiedad generalizada un 23,6%; otros trastornos de ansiedad mixtos están presentes en un 42,9%, para otros trastornos de ansiedad especificados presentan un 43,3% y en el trastorno de ansiedad no especificado un 44,4%. En observación general el estrés laboral no se presenta como un síntoma relevante entre los trastornos, ya que el porcentaje no ser identificado, prevalece en un 63,7%.

Tabla 10. *Prevalencia de estrés en el hogar, según cada subtipo de ansiedad*

Subtipo trastorno / ansiedad CIE-10	Estrés hogar				Total
	No	%	Si	%	
Fobias específicas (aisladas)	25	62,5%	15	37,5%	40
Ansiedad paroxística episódica	2	66,7%	1	33,3%	3
Ansiedad generalizada	25	45,5%	30	54,5%	55
Otros trastornos de ansiedad mixtos	5	71,4%	2	28,6%	7
Otros trastornos de ansiedad especificados	48	53,3%	42	46,7%	90
Trastorno de ansiedad, no especificado	4	44,4%	5	55,6%	9
Total	109	53,4%	95	46,6%	204

Elaboración propia

De la Tabla 10 se identifica, que entre todos los subtipos sí existe prevalencia del síntoma de estrés en el hogar, para el tipo de ansiedad generalizada, siendo un detonante de esta alteración, pues alcanzó un 54,5% de alcance en las frecuencias; y en el trastorno de ansiedad no especificado con un 55,6%; mientras que en las otras clasificaciones se reconoce que su índice de diagnóstico es no detectado en su mayoría. En la observación porcentual global, no hay una brecha grande que marque una diferencia o enmarque relevancia; puesto que la mayoría de pacientes dicen No tener estrés en sus hogares en un 53,4%, y el 46,6% afirmaron tenerlo.

Tabla 11. *Prevalencia de estrés post COVID-19, según cada subtipo de ansiedad*

Subtipo trastorno / ansiedad CIE-10	Estrés post COVID-19				Total
	No	%	Si	%	
Fobias específicas (aisladas)	19	47,5%	21	65,0%	40
De ansiedad paroxística episódica	0	0,0%	3	100,0%	3
De ansiedad generalizada	30	54,5%	25	45,5%	55
Otros trastornos de ansiedad mixtos	2	28,6%	5	71,4%	7
Otros trastornos de ansiedad especificados	60	66,7%	30	33,3%	90
Trastorno de ansiedad, no especificado	4	44,4%	5	55,6%	9
Total	115	56,4%	89	43,6%	204

Elaboración propia

Claramente se observa en la Tabla 11, que la prevalencia de estrés post COVID, está detallado como síntoma de diversos trastornos de ansiedad, excepto en la

ansiedad generalizada y en otros trastornos de ansiedad especificados, donde el mayor grado porcentual está, en que no fueron descritos en sus diagnósticos. A continuación, se detallan los índices relativos de cada subtipo detectado con este síntoma generado después de la fase de contagio del COVID-19: Fobias específicas (65%), ansiedad paroxística episódica (100%), otros trastornos de ansiedad mixtos (71,4%) siendo este criterio el más condicionada por esta reacción posterior a los estragos del COVID-19, por último, está el trastorno de ansiedad, no especificado (55,6%).

Tabla 12. *Prevalencia de estrés Violencia intrafamiliar, según cada subtipo de ansiedad*

Subtipo trastorno / ansiedad CIE-10	Violencia / conflicto intrafamiliar				Total
	No	%	Si	%	
Fobias específicas (aisladas)	29	72,5%	11	27,5%	40
De ansiedad paroxística episódica	2	66,7%	1	33,3%	3
De ansiedad generalizada	30	54,5%	25	45,5%	55
Otros trastornos de ansiedad mixtos	5	71,4%	2	28,6%	7
Otros trastornos de ansiedad especificados	53	58,9%	37	41,1%	90
Trastorno de ansiedad, no especificado	5	55,6%	4	44,4%	9
Total	124	60,8%	80	39,2%	204

Elaboración propia

Como se evidencia en la Tabla 12, a nivel general, la violencia intrafamiliar no tiene una descripción frecuente en los diagnósticos de los pacientes, ya que se tiene un índice del 39,2% de aquellos que reconocieron estar atravesando por ese conflicto frente a un 60,8% de lo que no manifestaron este conflicto; sin embargo hay un diferencia minúscula entre el SI y NO, por lo que a continuación se detallan los porcentajes de respuestas de los pacientes que manifestaron este problema ante el médico: Fobias específicas (27,5%), ansiedad paroxística episódica (33,3%), ansiedad generalizada (45,5%). otros trastornos de ansiedad mixtos (28,6%), otros trastornos de ansiedad especificados (41,1%), Trastorno de ansiedad, no especificado (44,4%). Por lo cual hay que mantener un seguimiento constante en los tratamientos, en caso de información omitida por los pacientes.

Tabla 13. Frecuencia de familiares fallecidos por COVID-19, como síntoma por cada tipo de ansiedad

Subtipo trastorno / ansiedad CIE-10	Familiares fallecidos por COVID-19				Total
	No	%	Si	%	
Fobias específicas (aisladas)	25	62,5%	15	37,5%	40
Ansiedad paroxística episódica	3	100,0%	0	0,0%	3
Ansiedad generalizada	31	56,4%	24	43,6%	55
Otros trastornos de ansiedad mixtos	4	57,1%	3	42,9%	7
Otros trastornos de ansiedad especificados	46	51,1%	44	48,9%	90
Trastorno de ansiedad, no especificado	7	77,8%	2	22,2%	9
Total	116	56,9%	88	43,1%	204

Elaboración propia

Los pacientes que tuvieron familiares fallecidos por COVID no desarrollaron este síntoma como tienen una prevalencia global entre los trastornos, pues los diagnósticos en donde no se identificó este criterio, persisten en un 56,9%, pero si presentan cierto índice porcentual, de acuerdo a cada subtipo, bajo la siguiente descripción: Fobias específicas (37,5%), ansiedad generalizada (43,6%), otros trastornos de ansiedad mixtos (42,9%), otros trastornos de ansiedad especificados (48,9%), Trastorno de ansiedad, no especificado (22,2%).

Tabla 14. Frecuencia de familiares complicados por COVID. 19, como síntoma por cada tipo de ansiedad

Subtipo trastorno / ansiedad CIE-10	Familiares complicados por COVID-19				Total
	No	%	Si	%	
Fobias específicas (aisladas)	29	72,5%	11	27,5%	40
Ansiedad paroxística episódica	1	33,3%	2	66,7%	3
Ansiedad generalizada	40	72,7%	15	27,3%	55
Otros trastornos de ansiedad mixtos	6	85,7%	1	14,3%	7
Otros trastornos de ansiedad especificados	71	78,9%	19	21,1%	90
Trastorno de ansiedad, no especificado	4	44,4%	5	55,6%	9
Total	151	74,0%	53	26,0%	204

Elaboración propia

Este hecho, como síntoma, no fue detectado en el análisis global como frecuente entre los pacientes, pues un 74% de los diagnósticos no lo incluyeron en su descripción; sin embargo, de aquellos historiales en donde sí se registraron, existen los siguientes índices relativos de acuerdo a cada subtipo: Fobias específicas (27,5%), para la ansiedad paroxística episódica ansiedad con un 66,7% se ubica como el síntoma de mayor frecuencia entre todos los subtipos, ansiedad generalizada (27,3%), otros trastornos de ansiedad mixtos (14,3%), otros trastornos de ansiedad especificados (21,1%), Trastorno de ansiedad, no especificado (55,6%).

Tabla 15. Prevalencia de pánico o fobia, según cada subtipo de ansiedad

Subtipo trastorno / ansiedad CIE-10	Pánico / Fobia				Total
	No	%	Si	%	
Fobias específicas (aisladas)	30	75,0%	10	25,0%	40
Ansiedad paroxística episódica	1	33,3%	2	66,7%	3
Ansiedad generalizada	40	72,7%	15	27,3%	55
Otros trastornos de ansiedad mixtos	7	100,0%	0	0,0%	7
Otros trastornos de ansiedad especificados	55	61,1%	35	38,9%	90
Trastorno de ansiedad, no especificado	5	55,6%	4	44,4%	9
Total	138	67,6%	66	32,4%	204

Elaboración propia

De todos los subtipos, se observa en la Tabla 13, que el síntoma tiene mayor prevalencia en el trastorno de ansiedad paroxística episódica, con un 66,7% de los pacientes atendidos bajo este detalle; por otro lado, en el resto de clasificaciones no se hallan porcentajes marcados de diagnóstico; dando así por sentado que la mayor parte de descripciones del médico no incluyeron la descripción de este síntoma en un 67,6% de los pacientes que atendieron.

Tabla 16. Prevalencia de los pensamientos obsesivos/depresivos, según cada subtipo de ansiedad

Subtipo trastorno / ansiedad CIE-10	Pensamientos obsesivos / depresivos				Total
	No	%	Si	%	
Fobias específicas (aisladas)	20	50,0%	20	50,0%	40
Ansiedad paroxística episódica	2	66,7%	1	33,3%	3
Ansiedad generalizada	24	43,6%	31	56,4%	55
Otros trastornos de ansiedad mixtos	3	42,9%	4	57,1%	7
Otros trastornos de ansiedad especificados	52	57,8%	38	42,2%	90
Trastorno de ansiedad, no especificado	2	22,2%	7	77,8%	9
Total	103	50,5%	101	49,5%	204

Elaboración propia

Los pensamientos obsesivos depresivos concentran una prevalencia del 77,8% en los trastornos de ansiedad no especificados, en segundo lugar, con un 57,1% los trastornos de ansiedad mixtos; seguido del 56,4% en la ansiedad generalizada, lo que indica que en el resto de criterios no fue detallado este síntoma en los diagnósticos, Ya en un análisis global; las descripciones medicas incluyen esta alteración mental en un 49,5% y el restante no lo incluye en un 50,5%.

Tabla 17. Prevalencia de pérdida de memoria, según cada subtipo de ansiedad

Subtipo trastorno / ansiedad CIE-10	Pérdida de la memoria				Total
	No	%	Si	%	
Fobias específicas (aisladas)	38	95,0%	2	5,0%	40
Ansiedad paroxística episódica	3	100,0%	0	0,0%	3
Ansiedad generalizada	52	94,5%	3	5,5%	55
Otros trastornos de ansiedad mixtos	6	85,7%	1	14,3%	7
Otros trastornos de ansiedad especificados	85	94,4%	5	5,6%	90
Trastorno de ansiedad, no especificado	8	88,9%	1	11,1%	9
Total	192	94,1%	12	5,9%	204

Elaboración propia

La pérdida de memoria fue uno de los síntomas menos hallados en los diagnósticos con una prevalencia de no ser detectados en un 94,%; sin embargo, estuvieron presentes con mayor frecuencia en una minoría de la muestra de estudio, que, en la lectura general de los mismos, se acuñó esta alteración en las personas seniles o en etapa de senectud; para lo cual se detallan los porcentajes por cada subtipo de ansiedad: Fobias específicas (5%), ansiedad generalizada (5,5%), otros trastornos de ansiedad mixtos (14,3%), otros trastornos de ansiedad especificados (5,6%), Trastorno de ansiedad, no especificado (11,1%).

Tabla 18. Prevalencia de traumas de la infancia (no sexuales), según cada subtipo de ansiedad

Subtipo trastorno / ansiedad CIE-10	Traumas de la infancia (no sexual)				Total
	No	%	Si	%	
Fobias específicas (aisladas)	35	87,5%	5	12,5%	40
De ansiedad paroxística episódica	3	100,0%	0	0,0%	3
De ansiedad generalizada	50	90,9%	5	9,1%	55
Otros trastornos de ansiedad mixtos	6	85,7%	1	14,3%	7
Otros trastornos de ansiedad especificados	75	83,3%	15	16,7%	90
Trastorno de ansiedad, no especificado	7	77,8%	2	22,2%	9
Total	176	86,3%	28	13,7%	204

Elaboración propia

El síntoma de traumas de la infancia entre las personas atendidas, también fue en baja proporción, pues a escala general, los poseen en un 13,7% y un 86,3% no los poseen. Por otro lado, las minorías se manifiestan en los subtipos de ansiedad, con los siguientes índices porcentuales: Fobias específicas (5%), ansiedad generalizada (5,5%), otros trastornos de ansiedad mixtos (14,3%), otros trastornos de ansiedad especificados (5,6%), Trastorno de ansiedad, no especificado (11,1%).

Tabla 19. *Diagnóstico de pacientes que consumen drogas, según cada subtipo*

Subtipo trastorno / ansiedad CIE-10	Drogas				Total
	No	%	Si	%	
Fobias específicas (aisladas)	40	100,0%	0	0,0%	40
De ansiedad paroxística episódica	3	100,0%	0	0,0%	3
De ansiedad generalizada	55	100,0%	0	0,0%	55
Otros trastornos de ansiedad mixtos	7	100,0%	0	0,0%	7
Otros trastornos de ansiedad especificados	86	95,6%	4	4,4%	90
Trastorno de ansiedad, no especificado	9	100,0%	0	0,0%	9
Total	200	98,0%	4	2,0%	204

Elaboración propia

En este caso, es notoria la prevalencia de que en los pacientes no se diagnosticó el consumo de drogas como un hábito perjudicial que hayan detonado los diferentes tipos de trastornos; pero hay una minoría que asumió el consumo ante el médico psiquiatra, por lo que hay un 2% con respuesta afirmativa.

Tabla 20. *Diagnóstico de pacientes que consumen alcohol, según cada subtipo*

Subtipo trastorno / ansiedad CIE-10	Alcohol				Total
	No	%	Si	%	
Fobias específicas (aisladas)	28	70,0%	12	30,0%	40
De ansiedad paroxística episódica	0	0,0%	3	100,0%	3
De ansiedad generalizada	36	65,5%	19	34,5%	55
Otros trastornos de ansiedad mixtos	4	57,1%	3	42,9%	7
Otros trastornos de ansiedad especificados	47	52,2%	43	47,8%	90
Trastorno de ansiedad, no especificado	5	55,6%	4	44,4%	9
Total	120	58,8%	84	41,2%	204

Elaboración propia

En este apartado, la Tabla 20, como observación total, muestra una pequeña diferencia porcentual entre los pacientes que manifestaron consumir alcohol como una acción habitual, pues un 41,2% afirmaron ingerirlo y un 58,8% dijeron no hacerlo.

Tabla 21. *Diagnóstico de pacientes que consumen alcohol, según cada subtipo*

Subtipo trastorno / ansiedad CIE-10	Antecedentes psiquiátricos				Total
	No	%	Si	%	
Fobias específicas (aisladas)	36	90,0%	4	10,0%	40
De ansiedad paroxística episódica	2	66,7%	1	33,3%	3
De ansiedad generalizada	52	94,5%	3	5,5%	55
Otros trastornos de ansiedad mixtos	6	85,7%	1	14,3%	7
Otros trastornos de ansiedad especificados	77	85,6%	13	14,4%	90
Trastorno de ansiedad, no especificado	9	100,0%	0	0,0%	9
Total	182	89,2%	22	10,8%	204

Elaboración propia

Los pacientes atendidos, de forma general solo un 10,8% de la totalidad, indicaron tener antecedentes patológicos mentales, pero de forma aislada entre los cuales están esquizofrenia, bipolaridad, y otros criterios que no fueron descritos específicamente en el diagnóstico, y se registraron a escala general. El 89,2% restante manifestaron no poseer antecedentes.

Tabla 22: *Tratamientos aplicados a los pacientes, según cada subtipo de ansiedad*

Subtipo trastorno / ansiedad CIE-10	Farmacológico		Terapia		Mixto		Total
	n	%	n	%	n	%	n
Fobias específicas (aisladas)	11	27,5%	14	35,0%	15	37,5%	40
De ansiedad paroxística episódica	2	66,7%	0	0,0%	1	33,3%	3
De ansiedad generalizada	19	34,5%	18	32,7%	18	32,7%	55
Otros trastornos de ansiedad mixtos	2	28,6%	3	42,9%	2	28,6%	7
Otros trastornos de ansiedad especificados	32	35,6%	28	31,1%	30	33,3%	90
Trastorno de ansiedad, no especificado	5	55,6%	1	11,1%	3	33,3%	9
Total	71	34,8%	64	31,4%	69	33,8%	204

Elaboración propia

Por último, en la medición final, los tratamientos aplicados a los pacientes para los diversos subtipos de ansiedad concentran su frecuencia en los de tipo farmacológico con un 34,8% de prescripciones a los pacientes, seguido el tratamiento mixto en el que se combinó terapia psicológica y medicación en un 33,8%; y en tercer lugar, el tratamiento tradicional de charlas y talleres con el médico especialista, en donde se hacen las exploraciones cognitivo-conductuales como seguimiento a cada paciente.

6. Discusión

La medición y evaluación descriptiva de la investigación, permitió medir el crecimiento y prevalencia de los trastornos psiquiátricos de ansiedad y sus diversas clasificaciones. Por lo cual se realizó un análisis porcentual de cada una de variables que componen el diagnóstico de estas patologías; abarcando a su vez la epidemiología observada en la muestra de estudio, causas que se consideraron detonantes de la alteración mental; además de los tipos de tratamientos que fueron aplicados en los pacientes atendidos en el Hospital Naval Guayaquil durante el periodo; la información que se utilizó como base de datos general, se obtuvo del área de estadística hospitalaria. Cisneros et al, realizaron una indagación similar, pero de abordaje diferente con respecto al rango de edad de sus participantes. En aquel estudio, se encontró que el grado de prevalencia de los trastornos de ansiedad en las personas mayores de 65 años alcanzó 20,8% debido a problemas emocionales que les causaba sufrimiento.

A diferencia del trabajo previo, en el presente estudio se encontró que, en perspectiva general, todos los subtipos de trastornos de ansiedad, alcanzan una prevalencia del 33,3% en el rango de edad de mayores de 65, superando por una pequeña brecha a lo concluido por Cisneros et al.

En cuanto a la evaluación por sexo, se obtuvo que los trastornos ansiosos, se presentan con frecuencia en el género femenino, pues el porcentaje fue del 55,80%, y el género masculino con un 44,20%. Además, se identificó un diagnóstico marcado en el subtipo de ansiedad paroxística episódica con un 66,7% de forma específica en los hombres, seguido de un 60% de desarrollo de fobias específicas en las mujeres. Otra tendencia encontrada, es la presencia del síntoma detonante calificado como estrés post-COVID, y en el que hay pacientes con familiares fallecidos por COVID; de los cuales se obtuvieron un 100% y 66,7% respectivamente, y que coincidieron en el trastorno de mayor prevalencia que es la ansiedad paroxística episódica o conocido como trastorno de pánico o de angustia, que fueron descritos por la mayor proporción de pacientes a su médico en la primera consulta posterior al estrés post traumático de los tratamientos y hospitalización por COVID-19.

A su vez, se puntuaron los tratamientos considerados de mayor efectividad, por parte de los especialistas del área de psiquiatría, puesto que se registraron con

mayor frecuencia en el sistema de consultas; donde el tratamiento farmacológico tuvo un 34,8% de prevalencia como abordaje general de los subtipos; seguido de los tratamientos mixtos, entre talleres emocionales, cognitivos conductuales, que se combinan con medicamentos como: serotonina o benzodiazepinas con efecto ansiolítico, más eficaz que los antidepresivos; estos últimos según Domínguez et al, son los más utilizados en dos de cada diez prescripciones medicas psiquiátricas, entre los cuales están clonazepam, diacepam y alprazolam, en consultas de control o seguimiento por estrés post traumáticos, y que para este estudio se recetaron en un 40% (54). Este estudio, coincide aproximadamente al 34,8% de fármacos suministrados a los pacientes del Hospital Naval Guayaquil, que enfrentaron el contagio del COVID-19 en el 2020.

7. Conclusiones

- En conclusión, se afirma que el conglomerado de trastornos de ansiedad (DSM-V), tiene una prevalencia del 74,1% en los pacientes que fueron atendidos en el área de psiquiatría bajo el diagnóstico de ansiedad prolongada en un periodo de tiempo considerable, y en mayor proporción por síntomas asociados a traumas post traumáticos del COVID-19, lo cuales fueron derivados al área de psiquiatría del Hospital Naval, esto sobrepasa la diferencia del 25,9% de otras patologías que se tratan en el centro hospitalario, como el 25,9% de los trastornos por abstinencia o mixtos (obsesivo-compulsivo).
- Se concluye que existe un impacto de los diversos subtipos de trastornos de ansiedad en la muestra de estudio, ya que aquella con mayor proporción es la ansiedad paroxística episódica con un 66,7% en hombres, seguido de las fobias específicas (aisladas) en las mujeres, siendo el de menor índice porcentual los otros trastornos de ansiedad especificados, como la fobia social, con un 51,1% de frecuencia persistente en los pacientes. Con estas mediciones se comprueba que el incremento de consultas por este criterio, se dio en el año 2020, siendo el detonante de alteraciones mentales, debido al confinamiento en casa y estragos de los daños que causó el virus, con una epidemiología superior en las mujeres ya que, a nivel general, abarcan un 53,4% de los trastornos que se tratan en el centro hospitalario; y los hombres por debajo, con un 46,6%.
- Se logró caracterizar, que los principales factores que generaron los síntomas detonantes de los trastornos de ansiedad en los pacientes analizados, siendo la ansiedad paroxística episódica la de mayor descripción con los siguientes porcentajes: por estrés post-COVID un 100% de respuestas afirmativas, por familiares fallecidos por el virus Sars Cov-2 un 56,9% y debido a familiares que se encuentran con pronóstico reservado debido a complicaciones por contagio de COVID, un 74%; incluso es síntoma asociado el estrés en el hogar, pero se presenta con mayor frecuencia en el trastorno de ansiedad generalizada con un 56,4%.
- Se puede determinar, que el COVID-19 fue un agente etiológico, que desató un aumento exponencial de pacientes atendidos por diferentes trastornos de

ansiedad en el periodo 2020, siendo así que la ansiedad paroxística episódica la más constante en las descripciones de sintomatología, ya que su principal miedo era el contagio masivo en sus familias, lo que se traduce en preocupaciones y estrés en otros ámbitos sociales; por lo cual el pánico o fobia fue uno de los factores primordiales con un 66,7% de prevalencia, dejando por debajo a factores etiológicos como el consumo de drogas con un 2%, antecedentes patológicos mentales con un 10% y el consumo de alcohol o de alcohol con un 41,2%.

8. Recomendaciones

Se recomienda al centro hospitalario, la delimitación de un plan de contingencia en el cual los especialistas, no solo realicen o den seguimiento a tratamientos farmacológicos, y prioricen los talleres o test cognitivos conductuales, lo cual les ayude a determinar un avance del paciente de forma más efectiva y eficaz, y dependiendo del grado del trastorno, combinar el tratamiento mixto; con el fin de disminuir la prolongación de síntomas que alteren la normalidad de comportamiento de los pacientes.

Se recomienda implementar un plan de contingencia hospitalaria, en donde a los médicos residentes se les suministre una inducción de atención primaria en el área psiquiátrica, ya que este tema suele ser relegado o subestimado en cuanto a la importancia que se le debe dar a la estabilidad emocional y mental de los pacientes, y consecuente a ello una mejoría física, debido a la influencia de la química cerebral en las demás funciones anatómicas de un paciente en recuperación por COVID-19; por lo que se sugiere acondicionar un área de cuidados intermedios, y no solo cuidados intensivos.

9. Referencias bibliográficas

1. ONU. Naciones Unidas. [Online].; 2019. Available from: <https://news.un.org/es/story/2019/06/1457551>.
2. Ramírez J, Lerma C, Yela F, Escobar F. Consecuencias de la pandemia COVID-19 en la salud mental asociadas al aislamiento social. Scielo. 2021 Abril 7;; p. 9-10.
3. Reyes N, Trujillo P. Ansiedad, estrés e ira: el impacto del COVID-19 en la salud mental de estudiantes universitarios. Investigación y Desarrollo. 2021 Mayo 31; 13(1): p. 11.
4. Tortella M. Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5. Revista Iberoamericana de Psicología. 2014;(110): p. 64-65.
5. Martín J. Revisión de los términos del léxico psiquiátrico de la vigésima segunda edición del diccionario de la Real Academia Española y propuesta de nuevos lemas. Tremédica: Asociación Internacional de Traductores y Redactores de Medicina y Ciencias Afines. 2010; 12(33).
6. Fernández O, Jiménez B, Alfonso R, Sabina D, Cruz J. Manual para diagnóstico y tratamiento de trastornos ansiosos. Revista Electrónica de las Ciencias en Cienfuegos. 2012; 10(5): p. 468 - 479.
7. López M. Ansiedad y depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad. Anales de Medicina Interna. 2007; 24(5): p. 210.
8. Martínez A. Repositorio de la Universidad de Almería. [Online].; 2017. Available from: http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/6520/14003_TFG%20ALMUD_ENA%20definitivo.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
9. Huarcaya J. Consideraciones sobre la Salud Mental en la Pandemia de COVID-19. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2020 Junio; 37(2): p. 327-328.
10. Ozamiz N, Dosil M, Picaza M, Idoiaga N. Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. Reportes de Salud Pública. 2020; 36(4): p. 5-6.

11. Rodríguez N, Padilla L, Jarro I, Suárez B, Robles M. Factores de riesgo asociados a depresión y ansiedad por COVID.19 (SARS-Cov-2). Journal of American Health. 2020;; p. 67-68.
12. Tusev A, Tonon L, Capella M. Efectos Iniciales en la Salud Mental por la Pandemia de Covid-19 en algunas Provincias de Ecuador. Investigatio. 2020 Octubre;(15): p. 11-24.
13. Thomas L. New Medical Life Science. [Online].; 2021. Available from: [https://www.news-medical.net/health/Social-Anxiety-Disorder-History-\(Spanish\).aspx](https://www.news-medical.net/health/Social-Anxiety-Disorder-History-(Spanish).aspx).
14. Rivero J. Sexo, género y ciudadanía. Comunidad y Salud. 2013 Junio; 11(1): p. 1.
15. Pozo H. Registro Civil Ecuador. [Online].; 2015. Available from: https://www.registrocivil.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/04/LEY_ORGANICA_DE_GESTION_DE_LA_IDENTIDAD_Y_DATOS_MODIF3.pdf.
16. CCFFAA. Ministerio de Defensa del Ecuador. [Online].; 2015. Available from: https://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/feb15_Ley-de-Personal-de-Fuerzas-Armadas.pdf.
17. Navas W, Vargas M. Trastornos de ansiedad: Revisión dirigida para atención primaria. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica LXIX. 2012; 6(4): p. 498-499.
18. Sarudiansky M. Ansiedad, angustia y neurosis. Antecedentes conceptuales e históricos. Psicología Iberoamericana. 2013; 21(2): p. 19-28.
19. Reyes A. Concepto de Ansiedad. In Trastornos de ansiedad: Guía práctica para diagnóstico y tratamiento.; 2005. p. 10-21.
20. Galletero J, Guimón J, Echeburúa E, Yllá L, González J. Etiología de la ansiedad. Monografías de la Psiquiatría. 2015; 1(4): p. 1-2.
21. APA. Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, quinta edición. In Actualización del DSM-5. Washington; 2020. p. 36-65.
22. Pacheco B, Ventura T. Trastorno de ansiedad por separación. Revista Chilena de Pediatría. 2009; 80(2): p. 109-119.

23. Martínez M, Nelson D. Trastornos de ansiedad. Revista de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría. 2011 Septiembre; 44(3): p. 102-107.
24. Muñoz J, Alpizar D. Prevalencia y comorbilidad del trastorno por ansiedad social. Revista Cúpula. 2016; 30(1): p. 43.
25. Elizondo Y. Trastorno de ansiedad social. Revista Médica Sinergia. 2016 Abril 1; 1(4): p. 20.
26. Shaffer C. News Medical Life Sciences. [Online].; 2019. Available from: [https://www.news-medical.net/health/Agoraphobia-Epidemiology-\(Spanish\).aspx](https://www.news-medical.net/health/Agoraphobia-Epidemiology-(Spanish).aspx).
27. Kegevic N, Pumarino L. Universidad Gabriela Mistral: Memoria de Título. [Online].; 2001. Available from: <http://repositorio.ugm.cl/handle/20.500.12743/139>.
28. Bados A. Tratamiento médico. In Agorafobia y Pánico.: Agora; 2005. p. 85.
29. Barnhill J. Manual Merck Sharp & Dohme: Versión para profesionales. [Online].; 2020. Available from: <https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastorno-de-ansiedad-y-trastornos-relacionados-con-el-estr%C3%A9s/crisis-de-angustia-y-trastorno-de-angustia>.
30. Tamminga C. Manual Merck Versión para profesionales. [Online].; 2020. Available from: <https://www.merckmanuals.com/es-us/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/esquizofrenia-y-trastornos-relacionados/trastorno-psic%C3%B3tico-inducido-por-sustancias-medicaci%C3%B3n-inducido-por-sustancias-medicación>.
31. Machorro M. Trastornos por ansiedad y comórbidos del consumo de psicotrópicos y otras sustancias de abuso. Revista Mexicana de Neurociencia. 2008; 9(3): p. 215-226.
32. Dimsdale J. Trastorno de ansiedad por enfermedad. [Online].; 2020. Available from: <https://www.merckmanuals.com/es-us/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/trastornos-som%C3%A1ticos-y-trastornos-relacionados/trastorno-de-ansiedad-por-enfermedad>.
33. Mellinas E. Repositorio digital de la Universidad Miguel Hernández. [Online].; 2016. Available from:

<http://dspace.umh.es/bitstream/11000/5726/1/MELLINAS%20Emilia%20TFM.pdf>.

34. Calleja C. Tratamientos para la ansiedad. Farmacia Profesional. 2003 Julio; 14(7): p. 65.
35. Ciccotelli H. Tratamiento de un caso clínico de trastorno de ansiedad no especificado. 2004; 3(1): p. 45-54.
36. Rodríguez R. Los procesos de estrés laboral y desgaste profesional (burnout): diferenciación, actualización y líneas de intervención. Medicina y seguridad del trabajo. 2011; 57(1): p. 1-262.
37. Herrera P. El estrés familiar, su tratamiento en la psicología. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2008 Septiembre.
38. Martínez V. Océano Medicina. [Online].; 2021. Available from: <https://magazine.oceanomedicina.com/ec/actualidad/trastornos-de-estres-postraumatico-en-pacientes-con-covid-19-agudo>.
39. Noroña A. La violencia familiar, un concepto difuso en el derecho internacional y en el derecho nacional. Boletín mexicano de Derecho Comparado. 2001;(101): p. 551-553.
40. Almenares M, Louro I, Ortíz M. Comportamiento de la violencia Intrafamiliar. Revista Cubana de Medicina General Integral. 199 Junio; 15(3).
41. Pinto C. Sociedad Española de Psiquiatría. [Online].; 2009. Available from: <http://www.sepsiq.org/file/Royal/2-Ansiedad,%20panico%20y%20fobias.pdf>.
42. Giménez M. Área Humana: Investigación, Innovación y experiencia en Psicología. [Online].; 2020. Available from: <https://www.areahumana.es/pensamiento-obsesivo-rumiacion/>.
43. AGIFES. Asociación Guipuzcoana de Familiares y Personas con Problemas de Salud Mental. [Online].; 2019. Available from: <https://www.agifes.org/es/content/los-s%C3%ADntomas-intelectuales-de-la-depresi%C3%B3n>.
44. Martínez A, García A. Un paciente con pérdida de memoria. Medicina Integral. 2001; 37(4): p. 146.
45. Hernández S. Trauma Infantil y Aprendizaje Emocional. Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia. 2015; 5(4): p. 3.

46. Carro T, Alfaro A, Boyano I. Trastornos del sueño. In Tratado de Geriátria para residentes.; 2018. p. 265.
47. Caudevilla F. Comsegovia. [Online].; 2020. Available from: <http://www.comsegovia.com/pdf/cursos/tallerdrogas/Curso%20Drogodependencias/Drogas,%20conceptos%20generales,%20epidemiologia%20y%20valoracion%20del%20consumo.pdf>.
48. OMS. Organización Panamericana de la Salud. [Online].; 2016. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/alcohol>.
49. Costa J. Facultad de medicina Universidad Nacional del Nordeste. [Online].; 2006. Available from: https://med.unne.edu.ar/sitio/multimedia/imagenes/ckfinder/files/files/Carrera-Medicina/MEDICINA-I/semio/h_clini1.pdf.
50. OMS-CIE 10. Centro multiprofesional. [Online].; 2016. Available from: https://www.centromultiprofesional.com/wp-content/uploads/2016/08/CIE_10-Ansiedad.pdf.
51. Pérez A, Etcheberrigaray F, Battle. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas. Abuso de sustancias que no producen dependencias. In Tratado de psiquiatria.; 2019. p. 278.
52. Soler P, Sanahuja J, Mengual A. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol. In Tratado de psiquiatria.; 2019. p. 233.
53. Jacqueline J. American Thyroid Association. [Online].; 2017 [cited 2020 Junio 06]. Available from: <https://www.thyroid.org/2017-hypo-symposium/>.
54. Reyes A. Biblioteca Virtual en Salud de Honduras. [Online].; 2003. Available from: <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>.
55. Salud OPdl. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2017. Available from: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>.
56. Rosende , Peláez A, Mazza S. Riunne. [Online].; 2016. Available from: <https://repositorio.unne.edu.ar/handle/123456789/1623>.
57. Sierra J, Ortega V, Zubeidat I. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. Mal-estar E Subjetividade. 2003; 3(1): p. 22.

58. Fuentes P. Nueva clasificación de los trastornos mentales. Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría. 2014; 52(68): p. 1-66.

ANEXOS

10. Anexos

Variable	Definición	Indicador (dimensiones)	Valor final (unidades - categorías)	Tipo de variable	Medición
Edad	Años de natalidad	Rango de edad	Años cumplidos	Numérica Discreta	Diagnósticos de consultas
Sexo	Condición biológica determinada por composición de cromosomas	Género	Masculino Femenino	Categórica Nominal Dicotómica	Diagnósticos de consultas
Causa etiológica	Ciencia centrada en el estudio de la causalidad de la enfermedad.	Etiología	Evento traumático emocional Evento traumático físico Patología orgánica Patología psiquiátrica Abuso de sustancias Hereditario Socioeconómico	Categórica Nominal Politémica	Diagnósticos de consultas
Epidemiología	Parte de la medicina que estudia el desarrollo epidémico y la incidencia de las enfermedades infecciosas en la población.	Niveles de prevalencia de acuerdo al rango de edad en la población	Medidas por unidad porcentual, o decimal	Numérica Continua	Estadísticas oficiales a nivel mundial

Variable de estudio		Indicadores	Valor final	Tipo de variable	
Trastorno de ansiedad		Criterios según DSM V	Trastorno de ansiedad + Trastorno de ansiedad -	Categorica Nominal Dicotómica	

Anexo 2 Criterios Diagnósticos de otros Trastornos de Ansiedad (F41) según Manual CIE-X

CÓDIGO CIE-X	Patología
F40.2	Fobias específicas (aisladas)
F41.0	Trastorno de pánico [ansiedad paroxística episódica]
F41.1	Trastorno de ansiedad generalizada
F41.3	Otros trastornos de ansiedad mixtos
F41.8	Otros trastornos de ansiedad especificados
F41.9	Trastorno de ansiedad, no especificado

Anexo 3 Trastornos de comportamiento del sistema de atención de psiquiatría, no asociados a la ansiedad

CÓDIGO CIE-X	Patología
F10.0	Intoxicación aguda (trastorno por consumo de alcohol)
F41.2	Trastorno mixto de ansioso-depresivo
F17.3	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco, estado de abstinencia

BASE DE DATOS

Anexo 4 Base de datos de pacientes con patología F41 (Ansiedad) del servicio de consulta externa en la especialidad de Psiquiatría

N° Paciente	Edad	Sexo	Estado civil	N° / Hijos	Modalidad de Servicio	Subtipo o trastorno de ansiedad F41	Estrés laboral	Estrés hogár	Estrés post COVID-19	Violencia o conflictos intrafamiliar	Familiares fallecidos por COVID-19	Familiares complicados por COVID-19	Pánico /Fobia	Pensamientos obsesivos / depresivos	Pérdida de la memoria	Traumas de la infancia (no sexual)	Trastornos del sueño	Drugas	Alcohol	Antecedentes patológicos enfermedades mentales	Tratamiento médico
3	41	Masculino	Casado	2	Activo	F41.8	Si	No	No	No	No	No	Si	No	Si	Si	No	Si	Si	No	Farmacológico
10	30	Masculino	Soltero	0	Activo	F41.8	Si	No	Si	No	No	No	Si	Si	No	No	No	No	Si	No	Farmacológico
13	81	Femenino	Casada	2	Pasivo	F41.8	No	Si	No	No	Si	No	No	Si	No	No	Si	No	No	No	Terapia/ Fármacos
35	64	Masculino	Casado	3	Pasivo	F41.8	Si	No	No	No	Si	No	Si	Si	No	No	Si	No	Si	No	Terapia/ Fármacos
36	38	Masculino	Soltero	2	Activo	F41.8	Si	No	No	No	No	No	No	Si	No	Si	Si	No	Si	Si	Farmacológico
43	36	Masculino	Soltero	0	Activo	F41.8	No	Si	No	No	No	Si	No	No	No	No	No	No	Si	No	Terapia
121	65	Femenino	Viuda	1	Pasivo	F41.8	No	No	Si	Si	Si	No	No	Si	No	No	Si	No	No	No	Terapia/ Fármacos
122	63	Femenino	Soltera	2	Pasivo	F41.8	No	Si	No	Si	No	No	Si	No	No	Si	No	No	Si	Si	Terapia/ Fármacos
123	51	Femenino	Casada	1	Activo	F41.8	Si	Si	Si	No	No	No	No	Si	No	No	No	No	Si	Si	Farmacológico
124	43	Masculino	Divorciado	1	Activo	F41.8	Si	No	No	Si	Si	No	Si	No	No	No	Si	No	No	No	Farmacológico
125	24	Masculino	Soltero	1	Activo	F41.8	No	Si	Si	No	No	No	No	Si	No	No	No	No	Si	No	Terapia
126	40	Masculino	Soltero	2	Activo	F41.8	Si	Si	No	No	No	Si	No	Si	No	No	No	No	Si	No	Farmacológico

127	74	Femenino	Soltera	3	Pasivo	F41.8	No	No	No	No	Si	No	No	Si	No	No	Si	No	No	No	Farmacológico
128	36	Masculino	Soltero	2	Activo	F41.8	No	Si	Si	Si	No	No	No	No	No	Si	No	No	No	No	Terapia
129	88	Femenino	Viudo	2	Pasivo	F41.8	No	No	No	Si	Si	No	No	No	Si	No	Si	No	No	No	Terapia/ Fármacos
130	57	Femenino	Casada	1	Pasivo	F41.8	Si	Si	No	No	Si	No	No	Si	No	No	Si	No	No	Si	Terapia/ Fármacos
131	62	Femenino	Soltera	2	Pasivo	F41.8	Si	No	Si	Si	Si	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Terapia
132	84	Masculino	Divorciado	1	Pasivo	F41.8	No	Si	No	Si	No	Si	No	No	Si	No	No	No	No	No	Farmacológico
133	37	Masculino	Casado	3	Activo	F41.8	Si	No	No	No	Si	No	No	Si	No	No	No	No	Si	No	Terapia
134	52	Femenino	Casado	1	Activo	F41.8	Si	Si	Si	No	No	Si	Si	No	No	No	Si	No	No	No	Terapia/ Fármacos
135	67	Masculino	Casado	2	Pasivo	F41.8	Si	No	No	Si	No	No	No	Si	No	No	Si	No	No	Si	Terapia
136	62	Masculino	Soltero	1	Pasivo	F41.8	Si	No	No	No	No	Si	No	Si	No	No	No	No	No	No	Terapia
137	37	Femenino	Soltera	1	Activo	F41.8	No	Si	No	Si	Si	No	No	No	No	Si	No	No	Si	No	Terapia
138	56	Masculino	Casado	2	Pasivo	F41.8	No	No	No	No	Si	No	No	Si	No	No	No	No	No	No	Farmacológico
139	60	Masculino	Soltero	1	Pasivo	F41.8	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	No	No	Si	No	No	No	Farmacológico

140	55	Femenino	Soltera	1	Activo	F41.8	No	Si	No	Si	No	Si	No	No	No	No	No	No	Si	No	Terapia
141	43	Masculino	Casado	0	Activo	F41.8	No	No	Si	No	No	No	Si	Si	No	No	Si	No	Si	Si	Terapia/ Fármacos
142	32	Femenino	Soltera	1	Activo	F41.8	Si	No	No	No	Si	Si	No	Si	No	No	Si	No	No	Si	Terapia/ Fármacos
143	45	Masculino	Casado	2	Activo	F41.8	No	Si	Si	No	No	No	Si	No	No	No	No	No	Si	No	Terapia/ Fármacos
144	37	Masculino	Casado	1	Activo	F41.8	Si	No	No	Si	Si	No	No	No	No	Si	No	No	Si	No	Terapia
145	20	Femenino	Soltera	0	Activo	F41.8	No	No	Si	No	Si	No	No	Si	No	No	Si	No	Si	No	Farmacológico
146	27	Masculino	Soltero	0	Activo	F41.8	Si	Si	No	No	Si	No	No	No	No	No	No	No	Si	No	Terapia
147	35	Femenino	Soltera	0	Activo	F41.8	No	No	Si	No	No	No	No	Si	No	No	Si	No	Si	No	Terapia/ Fármacos
148	38	Femenino	Soltera	1	Activo	F41.8	Si	No	No	Si	No	No	Si	No	No	No	No	No	No	No	Terapia/ Fármacos
149	49	Femenino	Casada	2	Activo	F41.8	No	No	Si	Si	Si	No	No	No	No	Si	No	No	No	No	Terapia
150	68	Masculino	Casado	1	Pasivo	F41.8	No	No	Si	No	No	No	No	Si	No	No	Si	No	No	No	Farmacológico
151	52	Femenino	Casada	1	Activo	F41.8	Si	No	Si	Si	Si	No	No	No	No	No	No	No	Si	No	Terapia
152	73	Masculino	Casado	3	Pasivo	F41.8	No	Si	No	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	No	No	Farmacológico

153	24	Femenino	Soltera	1	Activo	F41.8	No	No	No	Si	Si	No	No	No	No	Si	No	No	Si	No	Terapia
154	39	Femenino	Soltera	1	Activo	F41.8	No	Si	Si	Si	No	No	No	Si	No	Si	No	No	Si	No	Farmacológico
155	52	Femenino	Divorciada	1	Activo	F41.8	Si	No	No	No	Si	Si	No	No	No	No	Si	No	No	No	Terapia
156	37	Masculino	Divorciado	1	Activo	F41.8	Si	Si	No	Si	No	Si	No	No	No	No	No	No	Si	No	Terapia
157	26	Masculino	Casado	0	Activo	F41.8	No	Si	Si	No	No	No	Si	Si	No	No	Si	No	Si	Si	Farmacológico
158	24	Masculino	Casado	0	Activo	F41.8	No	Si	No	No	Si	No	No	No	No	No	No	Si	Si	No	Terapia/ Fármacos
159	18	Masculino	Soltero	0	Activo	F41.8	No	No	No	Si	Si	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Terapia
160	48	Femenino	Casada	5	Activo	F41.8	No	Si	Si	No	No	No	No	Si	No	No	Si	No	No	No	Farmacológico
161	38	Masculino	Soltero	2	Activo	F41.8	No	No	No	No	Si	No	No	Si	No	No	Si	No	No	No	Terapia/ Fármacos
162	25	Femenino	Soltera	1	Activo	F41.8	Si	Si	No	Si	No	No	Si	Si	No	No	Si	No	Si	No	Terapia/ Fármacos
163	62	Femenino	Casada	1	Pasivo	F41.8	No	No	Si	No	No	Si	No	No	No	No	No	No	Si	No	Terapia
164	21	Femenino	Soltera	0	Activo	F41.8	No	No	No	Si	Si	No	Si	No	No	No	No	No	No	No	Terapia
165	37	Masculino	Casado	0	Activo	F41.8	Si	No	No	Si	Si	No	No	No	No	No	Si	No	Si	No	Terapia

166	41	Femenino	Divorciada	2	Activo	F41.8	No	Si	Si	No	No	No	Si	Si	No	No	Si	No	No	No	Farmacológico
167	53	Masculino	Soltero	2	Pasivo	F41.8	No	Si	No	No	No	Si	Si	No	No	No	Si	No	No	Si	Farmacológico
168	67	Femenino	Viudo	3	Pasivo	F41.8	Si	No	Si	Si	No	No	Si	No	No	No	Si	No	No	No	Terapia/ Fármacos
169	52	Masculino	Soltero	2	Pasivo	F41.8	No	Si	No	No	No	Si	No	No	No	No	No	No	Si	No	Terapia
170	47	Femenino	Soltero	1	Activo	F41.8	Si	No	No	Si	No	No	Si	No	No	No	Si	No	No	No	Terapia/ Fármacos
171	85	Masculino	Viudo	2	Pasivo	F41.8	No	Si	Si	No	No	No	Si	No	No	No	Si	No	No	No	Farmacológico
172	19	Masculino	Soltero	0	Activo	F41.8	No	No	No	No	Si	No	No	Si	No	No	Si	No	Si	No	Farmacológico
173	23	Masculino	Casado	1	Activo	F41.8	Si	Si	Si	No	No	No	Si	No	No	Si	Si	No	Si	No	Farmacológico
174	25	Femenino	Soltera	0	Activo	F41.8	No	No	Si	No	No	No	Si	No	No	No	Si	No	Si	No	Terapia/ Fármacos
175	37	Femenino	Casada	1	Activo	F41.8	Si	Si	Si	No	No	No	Si	No	No	No	Si	No	No	No	Terapia/ Fármacos
176	59	Masculino	Soltero	2	Pasivo	F41.8	No	Si	No	No	Si	No	No	Si	No	No	No	No	Si	No	Terapia/ Fármacos
177	24	Femenino	Soltera	2	Activo	F41.8	No	Si	No	Si	No	No	No	No	No	Si	Si	No	No	No	Terapia
178	35	Femenino	Divorciada	0	Activo	F41.8	Si	No	No	No	Si	No	Si	No	No	No	Si	No	Si	No	Farmacológico

179	33	Femenino	Soltera	1	Activo	F41.8	Si	Si	No	No	Si	No	Si	No	No	No	Si	No	No	No	Terapia/ Fármacos
180	28	Femenino	Soltera	1	Activo	F41.8	No	No	Si	No	Si	No	No	Si	No	No	No	No	No	No	Terapia
181	18	Femenino	Soltera	1	Activo	F41.8	No	Si	No	No	Si	No	No	Si	No	No	Si	No	No	No	Farmacológico
182	52	Masculino	Soltero	1	Activo	F41.8	Si	No	No	No	Si	Si	No	Si	No	No	Si	No	No	Si	Farmacológico
183	67	Masculino	Casado	2	Pasivo	F41.8	No	No	No	Si	Si	No	Si	No	Si	No	No	No	No	No	Farmacológico
184	61	Masculino	Viudo	1	Pasivo	F41.8	Si	No	No	Si	No	No	No	No	No	No	Si	No	Si	No	Terapia
185	29	Femenino	Casada	0	Activo	F41.8	Si	No	No	Si	Si	No	No	Si	No	No	No	No	Si	No	Terapia/ Fármacos
186	41	Femenino	Casada	0	Activo	F41.8	Si	Si	No	Si	No	Si	Si	No	No	Si	Si	No	No	No	Terapia/ Fármacos
187	75	Masculino	Divorciado	3	Pasivo	F41.8	Si	Si	No	No	Si	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Terapia
188	72	Femenino	Casada	1	Pasivo	F41.8	Si	No	No	Si	No	No	Si	No	No	No	Si	No	No	No	Farmacológico
189	84	Masculino	Casado	2	Pasivo	F41.8	No	Si	No	Si	No	Si	Si	No	No	No	Si	No	No	No	Terapia/ Fármacos
190	21	Masculino	Soltero	0	Activo	F41.8	Si	No	No	No	Si	No	No	Si	No	No	No	No	Si	No	Farmacológico
191	23	Femenino	Soltera	1	Activo	F41.8	No	No	No	Si	Si	No	Si	No	No	No	No	Si	Si	No	Terapia/ Fármacos

192	27	Masculino	Soltero	2	Activo	F41.8	No	Si	No	Si	Si	No	No	Si	No	No	Si	No	Si	Si	Farmacológico
193	45	Femenino	Casada	1	Activo	F41.8	No	No	No	No	Si	No	Si	Si	No	No	No	No	No	No	Terapia/ Fármacos
194	53	Femenino	Casada	0	Activo	F41.8	No	Si	Si	Si	No	No	Si	No	No	No	Si	No	Si	No	Terapia/ Fármacos
195	51	Masculino	Soltero	0	Activo	F41.8	No	Si	No	Si	Si	No	No	Si	No	No	Si	Si	No	No	Terapia/ Fármacos
196	63	Femenino	Casada	1	Pasivo	F41.8	No	No	Si	No	No	Si	No	No	No	No	No	No	No	No	Terapia
197	59	Femenino	Soltera	1	Pasivo	F41.8	Si	No	No	No	Si	No	No	Si	No	No	Si	No	No	No	Farmacológico
198	47	Masculino	Soltero	2	Activo	F41.8	No	No	No	No	Si	No	Si	No	No	No	No	No	Si	No	Farmacológico
199	38	Femenino	Divorciada	0	Activo	F41.8	No	No	No	Si	No	No	No	Si	No	Si	Si	No	Si	No	Farmacológico
200	32	Femenino	Soltera	1	Activo	F41.8	Si	Si	Si	No	No	Si	No	No	No	No	No	No	Si	No	Terapia
201	52	Masculino	Casado	2	Activo	F41.8	No	Si	No	No	Si	Si	Si	No	No	No	No	No	No	Si	Terapia/ Fármacos
202	57	Femenino	Casada	1	Pasivo	F41.8	No	Si	Si	No	No	No	Si	No	No	Si	No	No	Si	No	Terapia/ Fármacos
203	46	Femenino	Soltera	1	Activo	F41.8	Si	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	No	Si	No	No	No	Terapia
204	29	Masculino	Soltero	0	Activo	F41.8	No	Si	No	Si	No	No	Si	No	No	Si	Si	No	No	Si	Farmacológico



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, MOSQUERA VALDEZ ANTONIO ANDRÉS, con C.C: # 0921974069, autor del trabajo de titulación: **Prevalencia de trastornos de ansiedad en pacientes mayores de 17 años atendidos por el servicio de psiquiatría en el Hospital Naval Guayaquil, Ecuador durante el año 2020**, previo a la obtención del Título de Médico en la Universidad Católica Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a SENESCYT en formato digital de una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos del autor.

2.- Autorizo a SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, septiembre del 2021

f. _____

Antonio Mosquera Valdez

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Prevalencia de trastornos de ansiedad en pacientes mayores de 17 años atendidos por el servicio de psiquiatría en el Hospital Naval Guayaquil, Ecuador durante el año 2020.		
AUTOR(ES)	Antonio Andrés Mosquera Valdez		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Landivar Varas, Xavier Francisco		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de ciencias médicas		
CARRERA:	Medicina		
TITULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	30 de agosto del 2021	No. DE PÁGINAS:	69
ÁREAS TEMÁTICAS:	Medicina, Psiquiatría, Medicina familiar, Psicología		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	trastornos de ansiedad, tratamientos, epidemiología, estrés, COVID-19.		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>Introducción: Con la presencia del COVID-19 en el año 2020, al situarse como una enfermedad endémica; también conllevó a generar efectos negativos en la estabilidad cognitiva y emocional de pacientes mayores de 17 años, quienes desarrollaron como efecto secundario un trastorno de ansiedad, poniendo ineludible atención a las consecuencias que generó el prolongado periodo de confinamiento en casa, lo cual fue un factor influyente en las altas tasas de prevalencia de derivaciones psiquiátricas. Metodología: Estudio de corte transversal, descriptivo y observacional, bajo la recopilación de datos retrospectivo. Los datos analizados se extrajeron del área de estadística del Hospital Naval Guayaquil del periodo 2020. Resultados: La mayor cantidad de pacientes fue del sexo femenino en un 55,80%, con edades que oscilaban de 18 a 93 años, con una mediana 46 años y una moda de 38 años en el grupo muestral de pacientes. Además, se tuvo una proporción superior de 66,7% de la ansiedad paroxística episódica en un 66,7% a nivel general; y de acuerdo al sexo, el género femenino presentó en su mayoría diagnósticos de fobias específicas en un 60% y en el sexo masculino un 66,7% para ansiedad generalizada. Conclusiones: Con respecto a la prevalencia de los trastornos de ansiedad, la investigación arrojó una tendencia del 74%, mientras que, en los específicos, el trastorno de ansiedad paroxística episódica, alcanzó un 66,7%.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-978985253	E-mail: mosqueravaldezantonio@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Ayon Genkuong, Andrés Mauricio		
	Teléfono: +593-99-757-2784		
	E-mail: andres.ayon@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			