



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

TEMA:

**Incidencia del trastorno mixto de ansiedad y depresión en mujeres de entre 20 y 60 años,
atendidas en el área de consulta externa de psiquiatría en el Hospital Teodoro Maldonado
Carbo entre los años 2021-2023.**

AUTORES:

Ordoñez Acosta Morelia Lorena

Cantos Damián Ángel Eduardo

Trabajo de titulación previo a la obtención del grado de

MÉDICO

TUTOR:

Dr. Verdezoto Mendoza Héctor Aristóteles

Guayaquil, Ecuador

01 de octubre del 2024



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por

ORDOÑEZ ACOSTA MORELIA LORENA

CANTOS DAMIÁN ÁNGEL EDUARDO

, como requerimiento para la obtención del Título de **MÉDICO**.

TUTOR (A)



f. _____

DR. VERDEZOTO MENDOZA HECTOR

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

DR. AGUIRRE MARTÍNEZ JUAN LUIS

Guayaquil, 01 de octubre del 2024



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **ORDOÑEZ ACOSTA MORELIA LORENA**
CANTOS DAMIÁN ÁNGEL EDUARDO

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación

INCIDENCIA DEL TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN MUJERES DE ENTRE 20 Y 60 AÑOS, ATENDIDAS EN EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA DE PSIQUIATRÍA EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO ENTRE LOS AÑOS 2021-2023, 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 o 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, 01 de octubre del 2024

EL AUTOR (A)



Firmado electrónicamente por:
MORELIA LORENA
ORDOÑEZ ACOSTA

f. _____

ORDOÑEZ ACOSTA MORELIA LORENA

EL AUTOR (A)



Firmado electrónicamente por:
ÁNGEL EDUARDO
CANTOS DAMIAN

f. _____

CANTOS DAMIÁN ÁNGEL EDUARDO



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, **ORDOÑEZ ACOSTA MORELIA LORENA**

CANTOS DAMIÁN ÁNGEL EDUARDO

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación **INCIDENCIA DEL TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN MUJERES DE ENTRE 20 Y 60 AÑOS, ATENDIDAS EN EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA DE PSIQUIATRÍA EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO ENTRE LOS AÑOS 2021-2023**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 01 de octubre del 2024

EL AUTOR (A)



Firmado electrónicamente por:
**MORELIA LORENA
ORDOÑEZ ACOSTA**

f. _____

ORDOÑEZ ACOSTA MORELIA LORENA

EL AUTOR (A)



Firmado electrónicamente por:
**ÁNGEL EDUARDO
CANTOS DAMIAN**

f. _____

CANTOS DAMIÁN ÁNGEL EDUARDO



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

DR. AGUIRRE MARTÍNEZ, JUAN LUIS

DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

DR. VÁSQUEZ CEDEÑO, DIEGO ANTONIO

COORDINADOR DE TITULACIÓN

f. _____

(NOMBRES Y APELLIDOS)

OPONENTE

REPORTE DE URKUND



CERTIFICADO DE ANÁLISIS
registrar

TESIS CANTOS Y ORDOÑEZ (1) (1)

4%
Textos
sospechosos



3% Similitudes
0% similitudes entre familias
= 3% entre las fuentes mencionadas
0% Idiomas no reconocidos
< 1% Textos potencialmente generados por IA

Nombre del documento: TESIS CANTOS Y ORDOÑEZ (1) (1).pdf
ID del documento: 6ac93d7052eee78f4343efb5a493769eb8074919
Tamaño del documento original: 857,42 kB
Autores: []

Depositante: Hector Aristoteles Verdezoto Mendoza
Fecha de depósito: 27/8/2024
Tipo de carga: interfaz
fecha de fin de análisis: 27/8/2024

Número de palabras: 10.662
Número de caracteres: 81.182

Ubicación de las similitudes en el documento:



Fuentes principales detectadas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	repositorio.uscg.edu.ec http://repositorio.uscg.edu.ec/bitstream/3317/20067/1/T-UCSG-FES-MED-1443.pdf 18 fuentes similares	1%		Palabras similares: 1% (105 palabras)
2	Tesis_Cantillo_González_v1.docx - Tesis_Cantillo_González_v1 .docx El documento proviene de mi grupo 17 fuentes similares	1%		Palabras similares: 1% (105 palabras)
3	repositorio.uscg.edu.ec http://repositorio.uscg.edu.ec/bitstream/3317/11486/1/T-UCSG-FES-MED-1243.pdf 18 fuentes similares	1%		Palabras similares: 1% (127 palabras)
4	www.studocu.com Trastorno bipolar depresivo en la UNIÓN NACIONAL ... https://www.studocu.com/vpa/document/universidad-de-costa-rica/psicologia-psicologia-en-sistema-ritmo... 3 fuentes similares	1%		Palabras similares: 1% (125 palabras)
5	delirium.tips (PDF) Trastorno bipolar depresivo en los países de los... https://delirium.tips/documentos/trastorno-bipolar-depresivo-en-los-paises-de-los-oc... 9 fuentes similares	< 1%		Palabras similares: < 1% (114 palabras)

Fuentes con similitudes fortuitas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	Documento de otro usuario + Ver más El documento proviene de otro grupo	< 1%		Palabras similares: < 1% (24 palabras)
2	www.salud.gov.ec http://www.salud.gov.ec/hp/comershp/obts/2021/08/04PC_Depresion.pdf	< 1%		Palabras similares: < 1% (24 palabras)
3	scielo.samescyt.gub.ec Rev. Ecuat. Neurol. vol.30 número2; 52631-2581202100020... http://scielo.samescyt.gub.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=10.261202100020040&lng=es...	< 1%		Palabras similares: < 1% (20 palabras)
4	www.sciencedirect.com Trastorno depresivo, trastorno de ansiedad y dolor cróni... https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2004748016301202	< 1%		Palabras similares: < 1% (18 palabras)
5	unf.edu.ec http://unf.edu.ec/revistas/revistas/revistas/2023-17/psiquiatria/Angela_TiguerasCofre.pdf	< 1%		Palabras similares: < 1% (16 palabras)

Fuente ignorada Estas fuentes han sido retiradas del cálculo del porcentaje de similitud por el propietario del documento.

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	TESIS CANTOS Y ORDOÑEZ (1).docx TESIS CANTOS Y ORDOÑEZ (1) .docx El documento proviene de mi biblioteca de referencias	75%		Palabras similares: 75% (1977 palabras)

Fuentes mencionadas (sin similitudes detectadas) Estas fuentes han sido citadas en el documento sin encontrar similitudes.

- <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000945.htm>
- <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000918.htm>
- <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007215.htm>
- <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007193.htm>
- <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001532.htm>



Elmado está firmado por:
HECTOR ARISTOTELES
VERDEZOTO MENDOZA

f. _____

DR. VERDEZOTO MENDOZA HECTOR

TUTOR

AGRADECIMIENTO

Expreso mi más sincero agradecimiento en primer lugar a Dios por guiarme y permitirme cumplir uno de mis sueños, en segundo lugar, a mi querida madre la Ing. Gina Lorena Acosta Núñez, que gracias a su esfuerzo y apoyo incondicional he logrado ser la persona que soy ahora profesionalmente, tu amor y apoyo han sido el pilar fundamental para este logro académico, gracias por las palabras de aliento, perseverancia e inspiración, eres una persona de admirar, gracias por tu ejemplo.

A mi esposo, por su apoyo incondicional y confianza en todos las metas que me he propuesto, gracias por tu paciencia, tu ayuda ha sido fundamental para no rendirme, has estado conmigo motivándome emocionalmente para poder culminar lo que había empezado.

A mis hermanos, Luis Ordoñez, Kevin Ordoñez y Emily Ramírez, que han sido parte de este logro hasta el final, gracias por acompañarme.

A Fabian Ramírez, gracias por su apoyo incondicional y por contribuir a que lograra esta meta.

A mi abuela Elvia Núñez, gracias por confiar en mí, por sus consejos de seguir cumpliendo mis metas, por desearme sus bendiciones que recibo cada día.

Finalmente expreso mi gratitud a los todos los docentes, servidores y administrativos de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

AGRADECIMIENTO

Después de muchos años de estudio el cual ha sido un viaje lleno de aprendizajes, alegría y también de momentos de dificultades no pude haber logrado culminar mi carrera sin el apoyo incondicional de mi familia los cuales han sido personas fundamentales durante este camino.

Quiero agradecer en primer lugar a mis padres, quienes han sido mi principal ejemplo e inspiración desde el comienzo, a mi mamá quien con su sabiduría ha sabido darme consejos, su infinito amor que ha estado conmigo en los buenos y malos momentos alentándome para salir adelante y nunca rendirme. a mi papá quien me ha enseñado desde pequeños valores como la responsabilidad, la importancia del trabajo duro y luchar por lo que más anhelas y cumplir todas las metas que uno se propone en la vida.

Mis abuelos quienes fueron también parte fundamental de este logro les agradezco por todo el amor y cariño que me dieron en todo momento y a pesar de que no se encuentran aquí sé que donde sea que estén ellos están animándome a seguir adelante y sobre todo están felices por la meta que he alcanzado.

A mi hermano, con quien he compartido muchos momentos de alegría, le agradezco por siempre estar conmigo en todo momento apoyándome, alentándome a seguir luchando por mis sueños. por ser perseverante y a pesar de todas las adversidades que te encontraste en tu camino lograste convertirte en un gran profesional, te agradezco por ser una persona importante en la vida de tu sobrina y por darle mucho amor y cariño.

Agradecer de forma especial a mi esposa, quien ha sido mi compañera en estos últimos tramos de mi carrera, que con su apoyo incondicional, paciencia y comprensión en esta última etapa se ha convertido en alguien muy especial y fundamental para que hoy este aquí, le doy gracias a ella por motivarme siempre que me he encontrado en momentos difíciles de mi vida por saber sobrellevar los momentos duros que nos tocó pasar por la pérdida de una de nuestras hijas, por ser una gran madre y esforzarse también en sus estudios y ser ejemplo para nuestra hija.

Y finalmente, una personita muy especial en mi vida, mi hija, quien me ha dado fuerza y motivación para ser mejor cada día y cada muestra de afecto que tienes hacia mí, me recuerda que vale la pena cada sacrificio para darte lo mejor y que veas en mí alguien en quien confiar y sobre todo alguien que siempre va a estar junto a ti en cada paso que des en la vida, aunque aún eres pequeña, espero en algún momento veas reflejado en este trabajo que, con esfuerzo, sacrificio y dedicación se puede alcanzar los sueños y que a pesar que el camino se torne difícil siempre hay esperanza de triunfar. todo lo hago por construir un mejor futuro para ti

A toda mi familia les debo este logro importante en mi vida, les agradezco por el amor y apoyo incondicional que me brindaron en el transcurso de mi carrera por esa razón les estaré eternamente agradecido.

DEDICATORIA

A Dios.

A mi amada madre Gina Acosta.

A mi esposo.

A mis hermanos Emily Ramírez, Kevin Ordoñez, y Luis Ordoñez.

A mis sobrinos, Azael Ordoñez y Amel Ordoñez.

A mi abuela Elvia Núñez.

A todas y cada una de las personas que, de alguna manera apoyaron y contribuyeron en mi vida para poder lograr esta meta.

Con mi mensaje de que todo esfuerzo tiene su recompensa.

DEDICATORIA

A dios por darme la fortaleza y sabiduría en cada paso que he dado.

A mi esposa cuyo amor, apoyo incondicional y comprensión han sido motivación en momentos difíciles de mi vida.

A mi hija, la razón por la cual me esfuerzo cada día por dale un mejor futuro y ser ejemplo para ella.

A mis padres quienes desde el principio estuvieron presentes creyendo en mí, por enseñarme valores y principios que me formaron en el hombre que soy hoy en día y sobre todo les dedico este trabajo en honor a todo el esfuerzo y sacrificio que hicieron por darme una buena educación.

A mis abuelos por el apoyo que siempre me dieron cuando estuvieron junto a mí.

A mi hermano, amigo y compañero de vida quien siempre ha estado dispuesto a brindarme apoyo en todo momento.

A todos ustedes les dedico este trabajo que con esfuerzo y perseverancia todo es posible.

ÍNDICE

ÍNDICE.....	XI
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES.....	XVI
RESUMEN	XVII
ABSTRACT	XVIII
INTRODUCCIÓN.....	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
OBJETIVO GENERAL	4
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	4
HIPÓTESIS.....	5
JUSTIFICACIÓN.....	5
APLICABILIDAD	7
MARCO TEÓRICO	8
1. CAPITULO I.....	8
1.1. DEFINICIÓN.....	8
1.2. EPIDEMIOLOGÍA.....	8
1.3. ETIOPATOGENIA.....	9
1.4. CUADRO CLÍNICO	9
1.5. DIAGNÓSTICO	9

1.6.	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	10
1.7.	COMPLICACIONES.....	11
1.8.	TRATAMIENTO.....	11
1.9.	TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO.....	11
1.10.	TÉCNICA DE RELAJACIÓN MUSCULAR.....	12
1.11.	TERAPIA DE APOYO.....	13
CAPITULO II.....		14
2.	ANSIEDAD.....	14
2.1.	DEFINICIÓN.....	14
2.2.	EPIDEMIOLOGÍA.....	14
2.3.	ETIOPATOGENIA.....	15
2.4.	CUADRO CLÍNICO.....	15
2.5.	DIAGNÓSTICO.....	16
2.6.	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	16
2.7.	TRATAMIENTO.....	16
2.8.	TRASTORNOS DE ANSIEDAD.....	17
CAPITULO III.....		20
3.	DEPRESIÓN.....	20
3.1.	DEFINICIÓN.....	20
3.2.	EPIDEMIOLOGÍA.....	20

3.3.	ETIOPATOGENIA.....	21
3.4.	TIPOS DE DEPRESIÓN	21
3.5.	CUADRO CLÍNICO	23
3.6.	DIAGNÓSTICO.	24
3.7.	CRITERIOS DIAGNÓSTICOS	24
3.8.	TRATAMIENTO.....	25
4.1.	TIPO DE INVESTIGACIÓN	27
CAPITULO IV		27
4.	METODOLOGÍA.....	27
4.2.	POBLACIÓN Y MUESTRA.....	27
•	Descripción de la muestra y procedencia de los sujetos de estudio:.....	27
4.3.	CRITERIOS DE INCLUSIÓN:	27
4.4.	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	28
4.5.	CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA: (DE SER NECESARIO).....	28
4.6.	MÉTODO DE MUESTREO: (ALEATORIO O NO ALEATORIO).....	28
4.7.	MÉTODO DE RECOGIDA DE DATOS: (REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS, ENTREVISTA, EXAMEN FÍSICO, PROCEDIMIENTOS DE LABORATORIO Y OTRAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS)	28
4.8.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	29
CAPITULO V		32
5.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN	32
5.1.	RESULTADOS	32

5.2.	DISCUSIÓN	40
6.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	43
6.1.	CONCLUSIONES	43
6.2.	RECOMENDACIONES.....	43
7.	BIBLIOGRAFÍA	44
	DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN	51

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Tabla de distribución de edad.....	32
Tabla 2 Tabla de comorbilidades en pacientes con trastorno de ansiedad y depresión.....	33
Tabla 3 IMC en pacientes con trastornos de ansiedad y depresión.....	34
Tabla 4 Tabla de pacientes con consumo de sustancias en pacientes con trastorno de ansiedad y depresión.	35
Tabla 5 Distribución de ideas suicidas en pacientes con Trastorno de ansiedad y depresión.	36
Tabla 6 Distribución de ideas suicidas en pacientes con Trastorno de ansiedad y depresión.	37
Tabla 7 Antecedentes de abuso de sustancias en comparación con la Intensidad de los episodios ansiodepresivos	38
Tabla 8 Tabla de asociación entre duración de los episodios ansiodepresivos y la intensidad de los síntomas presentación.....	39

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 Gráfico de distribución de edad.....	32
Ilustración 2 IMC en pacientes con trastornos de ansiedad y depresión.....	35
Ilustración 3 Pacientes con consumo de sustancias en pacientes con trastorno de ansiedad y depresión.	36
Ilustración 4 Asociación entre duración de los episodios ansiodepresivos y la intensidad los síntomas de presentación.	39

RESUMEN

Introducción: El Trastorno Mixto Ansioso-Depresivo, aun en la actualidad ha sido poco estudiado, sin embargo, se encuentra en aumento y causa mucha problemática a nivel personal, es una forma algo más leve de depresión y ansiedad. Así mismo, el Trastorno mixto de ansiedad y depresión, representa un desafío diagnóstico para los médicos especializados en este campo, puesto que las manifestaciones depresivas y ansiosas producen confusión, ya que ninguno de ellos predomina claramente. **Metodología:** Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal. Se tendrá como población objetivo a las féminas de entre 20 a 60 años, con diagnóstico de trastorno mixto de ansiedad y depresión, atendidas en el área de consulta externa de psiquiatría en el hospital Teodoro Maldonado Carbo entre los años 2021-2023. **Resultados:** La incidencia de trastornos mixto de ansiedad y depresión, se presenta en un 38,25%. La distribución de edades, de las mujeres con trastorno de ansiedad y depresión que fueron estudiadas en esta investigación, se presenta de la siguiente manera: el 40% de las mujeres, se encuentra en un rango de edad, entre 31 a 40 años. **Discusión:** En nuestro estudio, se encuentra que 11 pacientes tienen un grado de depresión clínicamente manifiesta, con ansiedad grave. 41 pacientes tienen un grado de depresión mayor, con un grado leve de ansiedad.

Palabras clave: Ansiedad, depresión, hipersomnias, cáncer, riesgo, suicidio.

ABSTRACT

Introduction: Mixed Anxious-Depressive Disorder, even today, has been little studied, however, it is on the rise and causes very problems on a personal level, it is a somewhat milder form of depression and anxiety. Likewise, Mixed Anxiety and Depression Disorder represents a diagnostic challenge for doctors specialized in this field, since depressive and anxious manifestations cause confusion, since none of them clearly predominates. **Methodology:** Descriptive, observational, retrospective and cross-sectional study. The target population will be women between 20 and 60 years old, with a diagnosis of mixed anxiety and depression disorder, treated in the psychiatry outpatient consultation area at the Teodoro Maldonado Carbo hospital between the years 2021-2023. **Results:** The incidence of mixed anxiety and depression disorders is 38.25%. The age distribution of the women with anxiety and depression disorders who were studied in this research is presented as follows: 40% of the women are in the age range between 31 and 40 years. **Discussion:** In our study, 11 patients were found to have a clinically manifest degree of depression, with severe anxiety. 41 patients have a major degree of depression, with a mild degree of anxiety.

Keywords: Anxiety, depression, hypersomnia, cancer, risk, suicide.

INTRODUCCIÓN

En el día a día y en nuestra sociedad actual, se producen cambios en el estado de ánimo de las personas, que hace que se sientan tristes o ansiosos. Estos estados de ánimo son desencadenados por múltiples factores, bien sean propios o del ambiente que rodea a un individuo determinado. Sin embargo, resulta preocupante cuando estos cambios de ánimo, empiezan a causar síntomas de forma constante, los cuales incluyen: taquicardia, insomnio, pérdida de interés hacia algunas actividades, así como nerviosismo, que pueden variar en intensidad y tiempo de duración (1,3). Y es que, hoy por hoy las enfermedades del espectro psiquiátricas y que afectan el estado de ánimo, están ganando popularidad, por la gran cantidad de eventos que se viven en la actualidad, desde el encierro por la pandemia, hasta el uso de la tecnología, han causado que en los últimos años la depresión y la ansiedad formen parte de la vida de las personas.

No fue hasta el año 1992, que la Organización Mundial de la Salud (OMS), introdujo por primera vez el término “Trastorno Mixto de Ansiedad-Depresión” dentro del sistema de códigos CIE-10, en la categoría F41.2, y así mismo, es en este punto donde se define a este trastorno, como la presencia de síntomas de ansiedad y de depresión pero que en ninguno de los casos tiene una intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico por separado(1), y que se acompaña en la gran mayoría de falta de concentración, trastornos del sueño en diferente grado y disminución del autoestima(1). El Trastorno Mixto Ansioso-Depresivo, aun en la actualidad ha sido poco estudiado, sin embargo, se encuentra en aumento y causa mucha problemática a nivel personal, es una forma algo más leve de depresión y ansiedad. Así mismo, el Trastorno mixto de ansiedad y depresión, representa un desafío diagnóstico para los médicos especializados en este campo,

puesto que las manifestaciones depresivas y ansiosas producen confusión, ya que ninguno de ellos predomina claramente(2).

Estadísticamente, a nivel mundial, es la patología más frecuentemente diagnosticada dentro de los trastornos afectivos, ya que 10 de cada 100 habitantes lo padecen(3), con un inicio en la adolescencia, aumentando aún más cuando el individuo inicia su etapa más productiva de la vida laboral, social y afectiva(4). En Latinoamérica y el Caribe, la depresión representa el 5% de las enfermedades diagnosticadas en la atención primaria, seguida de cerca por los trastornos de ansiedad con un 3,4%. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2,5).

Para Ecuador, el tema de enfermedades del espectro afectivo no es un tema ajeno, a los que se maneja dentro de la atención primaria y hospitalaria. Entre 2008 y 2010, en la revisión estadística del INEC, la depresión, aumentó de 108 a 113 casos por 100.000 habitantes, y la ansiedad, 66 a 99 casos(6). Así mismo, en el 2013, de un total de 830 personas, se diagnosticaron con trastornos de ansiedad, entre las cuales, 312 personas correspondieron al sexo masculino y 518 al sexo femenino, en un rango de edad de entre 15 y 65 años de edad. Por otra parte, se diagnosticaron a 984 personas con depresión, de los cuales, 345 corresponden al sexo masculino y 639 al sexo femenino(7).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Mediante este estudio se busca determinar la incidencia del Trastorno Mixto de Ansiedad y depresión, este es un tema bastante singular, debido a que muchas personas pueden padecer del trastorno, pero no se encuentran bien diagnosticadas debido a la dificultad existente al identificar sus síntomas, ya que se puede confundir con otros trastornos del espectro afectivo. Cada año

surgen nuevos casos de personas con depresión y ansiedad, y que aún no han sido correctamente diagnosticados, sin embargo, se ha notado que el grupo más afectado por género, resulta ser el femenino. En este grupo etario, es sobresaliente el hecho, que es una de las etapas productivas de la mujer, en cuanto al punto de vista social y familiar. Es en este punto en específico, que las mujeres buscan ser independientes, formar una familia, o lograr las metas que se plantean. Sin embargo, se exponen a múltiples factores que pueden incidir en la aparición del trastorno mixto de ansiedad y depresión a lo largo de este proceso de búsqueda de realización, tales como: cambios fisiológicos y hormonales de la edad, la presencia de violencia intrafamiliar, acoso en las calles, problemas familiares, dependencia emocional, abuso de sustancias y problemas del espectro socioeconómico (9). Es por este motivo, que este estudio busca conocer la incidencia de trastorno mixto de ansiedad y depresión, pues son miles las mujeres que pueden estar expuesta a estos factores de riesgos. De tal manera, que en este estudio se formula la pregunta de investigación:

¿Cuál es la incidencia existente de trastorno mixto de ansiedad y depresión en mujeres de entre 20 y 60 años, atendidas en el área de consulta externa de psiquiatría en el hospital Teodoro Maldonado Carbo entre los años 2021-2023?

OBJETIVO GENERAL

Determinar la incidencia del Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión en mujeres de entre 20 y 60 años, atendidas en el área de consulta externa de psiquiatría en el hospital Teodoro Maldonado Carbo entre los años 2021-2023.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1. Identificar el grupo de edad en el cual es más prevalente el Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión.

2. Determinar las comorbilidades asociadas en las pacientes e identificar si tienen influencia en la aparición o desarrollo de la enfermedad.
3. Establecer la asociación existente entre la Duración del episodio de Ansiedad y depresión y la intensidad de los síntomas asociados.

HIPÓTESIS.

¿Cuál es la incidencia existente de trastorno mixto de ansiedad y depresión en mujeres de entre 20 y 60 años, atendidas en el área de consulta externa de psiquiatría en el hospital Teodoro Maldonado Carbo entre los años 2021-2023?

JUSTIFICACIÓN.

Desde el punto de vista de la salud mental, los cambios producidos en el ambiente, así como la pandemia que se vivió en el 2019, provocó en la población un desequilibrio psicológico que afectó en mayor o menor medida la forma en que cada individuo vivía, es así que, se considera un hubo un aumento de la incidencia de trastornos psíquicos en al menos la mitad de la población(1,8). Además, de la facilidad con la que las personas accedían a la información, se convirtió en un factor negativo para la salud mental de las personas en aquella época.

Hoy por hoy; la inseguridad, la decadencia económica y los problemas sociales por los que traviesa el Ecuador, se han convertido también en factores de riesgo asociados a la aparición de enfermedades psiquiátricas(1). En general, conocer sobre el impacto de la depresión y la ansiedad en la vida de las mujeres es de gran importancia, puesto que según la INEC el 64% de las personas atendidas por depresión en Ecuador en el 2015 fueron mujeres, alcanzando números alarmantes en el grupo de edad de entre 19-35 años con 760 mujeres, en el grupo de entre 36- 59 años 775 casos de mujeres con depresión y 275 casos en el grupo de edad de más de 60 años. De

los cuales el INEC también menciona que de las 1073 personas con depresión que se suicidaron ese año, 266 eran mujeres (10). Por lo cual, establecer un número de nuevos casos de trastorno mixto de ansiedad y depresión puede contribuir a prevenir posibles tragedias futuro, de manera que se podrá prestar mayor atención a esta población en riesgo y se podrán implementar medidas preventivas. El tema destaca y es de gran importancia porque nuestro país, tiene altos niveles de depresión, así como de ansiedad, así mismo, como reportes de violencia intrafamiliar y feminicidio, entre los cuales, la violencia familiar es una de los factores desencadenante para desarrollar depresión y ansiedad.

Además, algunos estudios mencionan, que las mujeres tienen casi el doble de probabilidades de tener depresión a lo largo de su vida en comparación con los hombres(9). Esta puede ocurrir a cualquier edad, sobre todo en las etapas más productivas de la mujer, entre los 20 a 50 años de edad (9), estos debido a que estas mujeres se enfrentan a los cambios propios del medio, a la violencia, a las carencias económicas o a la presión social y familiar (8). Otros criterios sobre la aparición de depresión en mujeres incluyen, cambios de humor, sentimientos de depresión, periodos de ansiedad (1). El riesgo más alto de depresión está asociado con otros factores biológicos, hereditarios, y experiencias de la vida (2). La importancia de conocer la incidencia del Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión, radica en que se puede establecer un número determinado de casos nuevos, de manera que se puede conocer que tanto está afectando la enfermedad a la población, así como, detectar los factores de riesgos asociados y de una u otra manera poder modificarlos en cuanto se pueda.

APLICABILIDAD

El siguiente estudio es viable y aplicable, debido a que los trastornos psiquiátricos y desordenes de la personalidad, son prevalentes en nuestro país. Además, en los últimos años, se ha detectado un incremento de casos de depresión y ansiedad que han terminado en muerte de los involucrados. Es importante destacar, que, se dispone de la información necesaria, para poder realizar el estudio, los datos y el número de pacientes necesarios para poder cumplir el objetivo con un mínimo de error.

MARCO TEÓRICO

1. CAPITULO I

1.1.DEFINICIÓN

Es necesario conocer, que dentro del Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión (TMAD), están presentes, tanto los síntomas de ansiedad y de depresión, sin embargo, ninguno de ellos es predominante sobre el otro, ni posee la intensidad suficiente que le permita diagnosticarse como un trastorno aislado(10).

Se puede decir, que la ansiedad y la depresión, son las causas más frecuentes de concurrencia a los medios hospitalarios por causa psiquiátrica. Hoy por hoy, son dos entidades bien diferenciadas, que pueden incluso manifestarse de forma concomitante, dando lugar al diagnóstico del síndrome ansioso-depresivo(10).

El trastorno mixto ansioso-depresivo, se caracteriza principalmente por la presencia persistente, (superior a un mes), de un estado de ánimo asociado a síntomas de ansiedad y depresión, sin que exista predominancia para permitir el diagnóstico de un trastorno depresivo o de ansiedad(11).

En estos pacientes se encuentra menos ansiedad que en la ansiedad generalizada y menos depresión que los pacientes con diagnóstico de trastorno de depresión mayor; además, estos pacientes presentan, menos activación fisiológica que los enfermos con trastorno de angustia. Estos pacientes pueden debutar con: Trastornos del sueño, baja autoestima, cansancio, fatiga, deterioro en la concentración y problemas en el desarrollo de la actividad laboral. Pueden presentarse síntomas vegetativos, como: sudoración, temblores, xerostalmia, palpitaciones, entre otras (2,10)

1.2.EPIDEMIOLOGÍA

Se estima, que dentro de la Atención Primaria existe entre el 5 y el 15% de pacientes que debutan con trastorno de ansiedad y depresión, y que alrededor del 85% de los pacientes con depresión que

se atienden en los hospitales, experimentan síntomas de ansiedad. Y por otra parte, aquellos pacientes que presentan depresión, tienen trastornos de ansiedad, al menos en un 90%. El trastorno mixto de ansiedad y depresión, se observa con más frecuencia en mujeres, que se encuentran entre la segunda y la cuarta década de la vida(2,4,5).

1.3. ETIOPATOGENIA.

Dentro del Trastorno mixto de ansiedad y depresión, no existe una causa única, por lo que se le atribuye etiología multifactorial, entre los que se pueden mencionar factores genéticos, psicológicos, biológicos, y sociales(2). Entre las alteraciones neurobioquímicas que se presentan en las personas con diagnóstico de TMAD, están las alteraciones de neurotransmisores, como serotonina y noradrenalina(12). Se ha encontrado un aumento significativo en el factor liberador de corticotropina en el líquido cefalorraquídeo, en los pacientes que presentan ansiedad y depresión, así como otros parámetros alterados del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal(13).

1.4. CUADRO CLÍNICO

Por lo general, la característica principal de este trastorno es el claro estado de tristeza y ansiedad persistente que presenta el paciente y que puede tener una duración de al menos un mes. Este estado de ánimo, suele presentarse con dificultad en la concentración, problemas en la memoria, trastorno del sueño, preocupación, cansancio, hipervigilancia, baja autoestima, entre otros, causando importante deterioro en la relación familiar y laboral(4).

1.5. DIAGNÓSTICO

El TMAD incluye dentro de su espectro diagnóstico a la depresión ansiosa y excluye la depresión ansiosa persistente(14).

Criterios diagnósticos(15).

- Paciente con estado de ánimo disfórico, persistente o recurrente con un tiempo de evolución de 1 mes.
- Presencia de cuatro o más síntomas, como: Dificultades de concentración, alteraciones del sueño, irritabilidad, pesimismo, hipervigilancia, baja autoestima, cansancio y tendencia al llanto.
- Síntomas que causan problemas significativos e interfirieren con la vida normal del sujeto.
- La sintomatología no se explica por el consumo de sustancias.

Deben darse además todos los criterios que siguen:

- No se relaciona con un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno de angustia o de ansiedad generalizada.
- No coinciden los criterios de otros trastornos de ansiedad o del estado de ánimo.
- La sintomatología no se explica a través de la presencia de otro trastorno psiquiátrico.
- Alteraciones del sueño y del apetito.
- Dificultad de concentración.

1.6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

El trastorno mixto ansioso-depresivo, es una enfermedad que se puede confundir con otras etiologías, por lo tanto, no debe considerarse como diagnóstico, cuando los síntomas se deben a los efectos fisiológicos de sustancias o como presentación clínica de enfermedad sistémica(2).

Estos son algunos de los trastornos que se pueden confundir con TMAD: Trastorno depresivo mayor, trastorno por angustia, trastorno distímico o trastorno de ansiedad generalizada. No se debe establecerse el diagnóstico si al mismo tiempo se cumplen los criterios para cualquier otro trastorno de ansiedad o del estado de ánimo(16).

1.7. COMPLICACIONES

Dentro de las principales complicaciones se encuentran(11):

- Depresión grave con o sin intentos suicidas
- Depresión con síntomas más intensos que los de la ansiedad.

1.8. TRATAMIENTO

El tratamiento de la TMAD, tiene un enfoque tanto con farmacoterapia, que se acompaña con psicoterapia. El tratamiento con psicoterapia tiene como finalidad disminuir los síntomas, a través de la evaluación de las experiencias, vivencias y sentimientos de los pacientes. Cuando el diagnóstico es de un trastorno mixto ansioso depresivo, se necesita instaurar tratamiento farmacológico, con base en medicamentos antidepresivos, con dosis de inicio de entre 75 a 150 mg por día(7,16).

1.9. TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Psicoeducación

Tiene la función de darle explicación al paciente sobre la relación de los síntomas con los conflictos que se pueden producir en el hogar o el trabajo, y cómo manejarlos. Tiene por objetivo(17):

- Enseñar al paciente técnicas respiratorias y de relajación muscular como método de control de ansiedad.
- Enseñar un método para resolución de problemas.
- Aplicar en el paciente Terapia cognitivo-conductual.

Psicoterapia.

Consiste en la instauración de un tratamiento basado en la comunicación entre paciente y terapeuta(10).

Cognitivo conductuales

Está enfocado en el comportamiento del sujeto que está mal adaptado a su medio y esto le causa ansiedad. Estas terapias buscan la corrección de los errores cognitivos que son los causantes de la sintomatología, por lo que se emplean técnicas de relajación y respiración, así como entrenamiento autógeno, detención del pensamiento y resolución de problemas(10).

Psicodinámicas

Estas terapias buscan dar luz y sentido a los síntomas que padece el paciente, de modo que no repita las asociaciones que generan esos síntomas(18).

Terapia psicológica cognitiva conductual (TCC)

Se combina con tratamiento farmacológico y resulta ser una de las mejores opciones en tratamiento del TMAD(16). Esta terapia junta los métodos cognitivos, creencias y esquemas mentales de la persona. Se usan también métodos conductuales, que hagan que se ponga en marcha poco a poco comportamientos que resulten ser beneficiosos al paciente.

1.10. TÉCNICA DE RELAJACIÓN MUSCULAR

Mediante la Técnica de relajación muscular, se reduce los síntomas del TMAD, mediante la modificación de los factores que producen o fortalecen los estímulos ansiógenos. A través de las técnicas de relajación muscular, se busca un estado de hipoactivación que contrarreste la ansiedad que presentan los pacientes(19).

1.11. TERAPIA DE APOYO

Con la terapia de apoyo se crea una relación empática con el paciente, de manera que se crea una relación de confianza, que ayuda a canalizar de forma racional los síntomas del paciente. Además, de esta forma permite ofrecer información sobre el tratamiento y evolución, mejorar la relación del paciente con el entorno y conseguir un mejor ambiente familiar(20).

CAPITULO II

2. ANSIEDAD.

2.1. DEFINICIÓN.

La palabra ansiedad, proviene del latín, anxietas, que tiene raíz indoeuropea, que se traduce en angustia(2). La palabra ansiedad es la presencia de temor desproporcionados ante una determinada situación(21). Es un estado emocional que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos con la presencia de una reacción adaptativa, como parte de su respuesta. Es patológica, cuando la ansiedad es de tipo irracional, de mayor intensidad y duración, generando un grado significativo de disfuncionalidad en la persona(16).

2.2. EPIDEMIOLOGÍA.

Para la Organización Mundial de la Salud, una salud mental saludable es una respuesta adecuada al estrés, tanto el que se genera en el ambiente productivo laboral y el que se produce en la comunidad. Para la OPS y la OMS, los trastornos de ansiedad se consideran como el segundo trastorno mental más incapacitante dentro de los países de Latinoamérica. Estos representan un 23% de años perdidos por discapacidad en países en vías de desarrollo(22).

Alrededor de un 20% de la población presenta síntomas de ansiedad(23). Solo en Estados Unidos, la tasa de incidencia de trastornos de la ansiedad se encuentra entre el 12,6%, siendo la más prevalente la "fobia social" y la "fobia específica"(5). La mayoría de los trastornos de la ansiedad se observan con mayor frecuencia en las mujeres, teniendo una edad de inicio en la adolescencia o al principio de la vida adulta. En el Ecuador, los trastornos de ansiedad representan el 16% de los trastornos mentales, que surgen en un espacio comprendido entre los 20 años de edad(19).

2.3. ETIOPATOGENIA.

La etiología de la ansiedad, no está bien establecida. Diversos estudios aseguran que la ansiedad puede tener una base genética, así como ser el resultado de una alteración biológica en el dominio del estrés, causándose así, trastornos de ansiedad. El origen de los trastornos de ansiedad, puede deberse a alteraciones dentro de los sistemas sinápticos complejos, con alteraciones en los receptores de neurotransmisores como noradrenalina, GABA, serotonina y dopamina(2).

Dentro de las alteraciones neurológicas se encuentra comprometido el locus coeruleus, el sistema límbico, el tálamo, y el hipotálamo. Conocer estas alteraciones neuroanatómicas ha posibilitado el descubrimiento de nuevos medicamentos que permiten el control y tratamiento de la ansiedad(2).

2.4. CUADRO CLÍNICO.

Dentro de biotipos que se emplean para describir la depresión y la ansiedad se encuentran aquellos que explican la disfunción de circuitos neuronales, con alteraciones en los sistemas que implican la activación y conectividad de la amígdala y la circunvolución del cíngulo anterior(22).

Por lo general, los trastornos de ansiedad suelen aparecer con crisis de angustia y agorafobia. La crisis de angustia tiene un inicio súbito, con manifestación de síntomas que se acompañan de sensación de muerte inminente, los síntomas incluyen falta de aliento, malestar general, palpitaciones, sensación de atragantamiento. Los pacientes con trastornos de ansiedad pueden desarrollar agorafobia que se caracteriza por presentar ansiedad o conducta evitativas(24).

La ansiedad se manifiesta tanto con síntomas físicos o psicofisiológicos, que incluyen síntomas cardiovasculares, digestivos, respiratorios y dermatológicos, pero también manifestaciones como alteraciones en el sueño, alteraciones del estado anímico, depresión, inicio de estados de adicción a sustancias como tabaco y alcohol, trastornos de la alimentación, entre otras(24).

2.5. DIAGNÓSTICO.

La clínica es el mejor método diagnóstico, dentro de las enfermedades mentales. El primer paso es descartar la presencia de una etiología neurológica(2)

Escalas para evaluar ansiedad(2).

Se pueden emplear escalas como:

1. Escala de Hamilton de ansiedad (HAS).
2. El inventario del estado de ansiedad (ASI)
3. El inventario del estado-rasgo de ansiedad (STAI)
4. Lista de síntomas-90 (SCL-90-R)
5. El inventario de ansiedad de Beck (BAI)
6. La escala de autoevaluación de ansiedad (SRAS)

2.6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

Para poder realizar un diagnóstico diferencial de ansiedad, es necesario descartar la presencia de alguna enfermedad sistémica. El conocimiento de la historia médica, los datos de la salud psicológica del paciente, así como la forma en la que se manifiestan los síntomas, son necesarios para evaluar la presencia de un trastorno mental que se asocie con la ansiedad(4). Se debe incluir, además, dentro de la historia clínica, consumo de cafeína, cannabis u otras sustancias que causen ansiedad y angustia. Una vez realizada una historia clínica exhaustiva, se tomarán decisiones en cuanto al método diagnóstico, en función de los síntomas y la evolución.

2.7. TRATAMIENTO.

El tratamiento de la ansiedad incluye dos grandes esferas, tratamiento de psicoterapia y tratamiento farmacológico.

Psicoterapia.

Consiste en visitas regulares del paciente con su terapeuta, el cual lo orientara en su tratamiento de control de la ansiedad(16).

Farmacoterapia.

Para instaurar un tratamiento farmacológico en pacientes con ansiedad, el médico debe evaluar: la edad del paciente, si está tomando o ha tenido un tratamiento farmacológico previo, indagar dentro de la historia clínica del paciente si ha tenido riesgo de intento suicida, alergias o tolerancia a medicación, embarazo y otras situaciones(16)

Dentro de los fármacos más utilizados se encuentran las benzodiazepinas y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina como: fluoxetina, sertralina, así como antidepresivos tricíclicos que receptan la noradrenalina y serotonina, otros fármacos que se pueden emplear, son: Fármacos que actúan sobre los receptores alfa-adrenérgicos, muscarínicos, serotoninérgicos e histaminérgicos(16).

Otras alternativas a emplearse pueden ser la Buspirona, por su efecto sobre los trastornos de ansiedad, con menos efectos adversos y perfil de toxicidad más seguro. La Hidroxicina, también se puede emplear, ya que al ser un antihistamínico, causa poca dependencia, sin embargo causa sedación, se lo emplea en las crisis agudas de ansiedad(22).

2.8. TRASTORNOS DE ANSIEDAD.

Los trastornos de ansiedad son enfermedades de aparición frecuente, con una edad media de inicio entre los 20 y los 40 años, sobre todo en mujeres. La ansiedad es una sensación de incomodidad de origen inespecífico. Los trastornos de ansiedad que se clasifican dentro del DSM-5 son(21,25):

- **Trastornos de ansiedad por separación.**

Se produce por la separación de personas con las que se siente apego.

- **Mutismo selectivo.**

Dificultad para hablar en situaciones que involucran un aspecto social sin que exista un trastorno de la comunicación. Se puede considerar como timidez excesiva y tendencia al aislamiento.

- **Fobias específicas.**

Es el miedo irracional, que se produce por la presencia de un objeto o situación específica.

- **Trastorno de ansiedad social (fobia social).**

Es el miedo extremo a conocer nuevas personas. El individuo se siente avergonzado o juzgado por los demás.

- **Agorafobia.**

Es el miedo intenso de quedar atrapados en lugares y situaciones determinadas, y no poder encontrar ayuda si tienen un ataque de ansiedad o pánico.

- **Trastorno de pánico o angustia.**

Este es un trastorno del tipo crónico, episódico y recurrente, en el cual se presenta un pico brusco de ansiedad, en el que el paciente presenta hiperventilación, parestesias, falta de aire, taquicardia y aumento de la presión arterial, sudoración, dolor precordial, temblor, entre otros síntomas.

- **Trastorno de ansiedad generalizada.**

Estado crónico de ansiedad, en la que el paciente manifiesta ansiedad y preocupación excesivas por las actividades cotidianas. Así mismo, es de difícil control, con presencia de síntomas como: tensión muscular, hiperalerta, irritabilidad, insomnio entre otras.

- Trastorno obsesivo-compulsivo.

Se caracteriza por pensamientos persistentes e inadecuados (obsesiones) con comportamientos repetitivos (compulsiones).

En las crisis de angustia se debe controlar la hiperventilación del paciente para evitar la alcalosis respiratoria. Para poder tratar la enfermedad se puede usar benzodiazepinas sublinguales permite controlar la crisis de forma rápida, eliminan los síntomas de ansiedad más molestos y permiten la iniciación de otros tratamientos.

CAPITULO III

3. DEPRESIÓN.

3.1. DEFINICIÓN.

La depresión se define como el conjunto de síntomas en que predomina la tristeza patológica, anhedonia, apatía, irritabilidad, desesperanza, entre otros síntomas, que si bien, en mayor o menor grado, pueden tener afectación cognitiva, volitivo y somático, psíquica y física(26). Dentro de la depresión, existe perdida del interés en actividades satisfactorias, existen alteraciones en la concentración y en los procesos mentales de aceptación(2,16).

3.2. EPIDEMIOLOGÍA.

En los últimos años, la carga depresión se ha considerado como una enfermedad carga, que ocupa el tercer lugar a nivel mundial, y es más común en mujeres(20).A nivel internacional, la incidencia de los trastornos depresivos se encuentra entre el 5-10% de la población adulta, existiendo un incremento en el grupo de pacientes con alguna patología física o en aquellos pacientes que son adultos mayores (15%)(27).

En la depresión, la edad más frecuente de presentación varía entre los 35 a 45 años. El problema principal de la depresión, es la tendencia al suicidio, que representa de un 3 a 4%, sobre todo para aquellos pacientes que presentan depresiones mayores. En España, se realizó un estudio para determinar cuál es el trastorno de la salud mental más prevalente, encontrándose que el trastorno más frecuente es el episodio depresivo mayor, con un 3,9%(11).

En el Ecuador, solo en 2015, fueron atendidas, 2.088 personas por enfermedades depresivas en los establecimientos de salud y dentro de esta población, el 64% fueron mujeres, triplicando el número

al de los hombres. De acuerdo a las cifras obtenidas del INEC, 3406 egresos hospitalarios en 2015, corresponden a hospitalizaciones por depresión(28).

3.3. ETIOPATOGENIA.

- Componente genético.

Se ha observado que en los niños con un familiar de primer grado que presente un trastorno afectivo de algún tipo, es dos veces más probable que desarrolle la enfermedad que la población general(29).

- Alteraciones de la neurotransmisión.

Se ha observado alteraciones en el flujo normal de la neurotransmisión química, lo que conlleva al desarrollo de problemas conductuales o motores. En la depresión, se habla de una hipótesis monoaminérgica, en la cual déficit de neurotransmisores monoaminérgicos: Noradrenalina (NE), Serotonina (5-HT) y Dopamina (DA)(29).

- Alteraciones endocrinas.

Por lo general, estos pacientes presentan problemas en el sistema inmune. Se ha estudiado que puede existir situación de hipercortisolemia, que causan niveles elevados de estrés, este problema es corregido con la toma de fármacos antidepresivos. Se puede encontrar además, una respuesta disminuida o exagerada de la hormona tiroestimulante (TSH) y de la Hormona liberadora de la Tiroxina (TRH), que se correlaciona con la severidad de la depresión(29).

3.4. TIPOS DE DEPRESIÓN

Dependiendo de su intensidad, se pueden clasificar, como: leves, moderados o graves. En cuanto a los sistemas de clasificación diagnóstica, tanto CIE-10 y DSM IV-TR(25):

Los tipos principales de depresión incluyen(30) :

- **Depresión mayor:** Se presentan sentimientos de tristeza, ira e incluso frustración, estos intervienen en las actividades de la vida cotidiana al menos 2 veces por semanas.
- **Trastorno depresivo persistente:** Estado de ánimo depresivo con una duración de al menos 2 años. En este tiempo, el paciente puede tener momentos de depresión mayor o por el contrario, síntomas menos graves.

Otras formas comunes de depresión incluyen(14,30):

- **Depresión posparto:** Presente en mujeres que acaban de tener un hijo. Por lo general estas mujeres están deprimidas y es más grave e incluye los síntomas de la depresión mayor.
- **Trastorno disfórico premenstrual:** Ocurren 1 semana antes de la menstruación y desaparecen totalmente después de menstruar.
- **Trastorno afectivo estacional:** Ocurre durante las estaciones de otoño e invierno, muy probablemente por la falta de luz solar.
- **Episodio depresivo mayor/menor**

Se caracteriza por la presencia de síntomas como tristeza, ansiedad, irritabilidad, empeoramiento matutino, poco interés en las actividades, baja autoestima, pérdida de apetito, y alteraciones del sueño.

- **Depresión subclínica**

No se detecta la presencia de ánimo deprimido, ni de anhedonia, ni de otros síntomas relacionados a la depresión.

- **Depresión enmascarada o "somatizada"**

Predominan síntomas somáticos como dolores inespecíficos, y se caracteriza por presentar alteraciones gastrointestinales, respiratorias y sensoriales.

- **Depresión con síntomas psicóticos**

Se presenta junto a ideas delirantes o alucinaciones.

- **Trastorno bipolar**

Se caracteriza por la presencia de episodios reiterados que se alternan entre un ánimo deprimido y un estado de exaltación, bien sea este de euforia o hiperactividad.

- **Trastorno distímico**

Es un tipo de trastorno, que se caracteriza por la presencia de depresión crónica, con síntomas persistentes y permanentes, que pueden durar días, e incluso semanas. Suele iniciarse en la edad adulta(14).

3.5. CUADRO CLÍNICO

Se presenta con sensación de agobio, decaimiento, como un peso agobiante sobre su existencia.

Los síntomas pueden incluir(17):

- Tristeza patológica.

Este tipo de tristeza puede intervenir en el desarrollo normal de la vida cotidiana, interfiriendo tanto en lo social como en lo familiar y lo sexual. El paciente se siente incapaz de brindar amor o afecto.

- Desgano y anhedonia.

- Apatía, perdida por el interés de vivir o realizar actividades fructíferas.

- Insomnio o Hipersomnia.

- Alteraciones del pensamiento.

- Alteraciones somáticas, que incluyen sensación persistente de fatiga o cansancio.

- Alteraciones del comportamiento.

- Alteraciones del apetito y del peso.

- Culpa excesiva.

3.6. DIAGNÓSTICO.

Por lo general, la depresión se diagnostica mediante la utilización de criterios diagnósticos, como son el: La Clasificación Estadística Internacional (CIE) y los de la Clasificación de la American Psychiatric Association (DSM)(25).

Para poder determinar que un paciente está padeciendo de depresión, el episodio depresivo debe durar al menos dos semanas y se debe acompañar como mínimo de dos de los tres síntomas típicos de la depresión: pérdida de interés, ánimo depresivo y perdida de la capacidad para disfrutar(26).

3.7. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Episodio depresivo según CIE-10(16):

- A. El episodio depresivo debe tener una duración de al menos dos semanas.
- B. El episodio no debe estar relacionado con el abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
- C. Presencia de síndrome somático.

Se considera cuando hay presencia de al menos cuatro o más de las siguientes características(16):

- Pérdida del interés para disfrutar de actividades placenteras.
- Ausencia de reacciones emocionales.
- Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual.
- Empeoramiento del humor depresivo.
- Agitación.
- Alteraciones del apetito.
- Pérdida de peso
- Notable disminución del interés sexual.

3.8. TRATAMIENTO.

Se emplean estrategias terapéuticas farmacológicas o psicoterapéuticas(31):

- Depresión Leve.

Las estrategias de tratamiento con psicoterapia de apoyo, suele ser suficientes para tratar la depresión leve. Esta por lo general incluye: Psicoeducación y consejería de apoyo.

- Depresión Moderada.

Este tipo de depresión se suele manejar con Psicoterapia, pero también se incluye el uso de medicamentos antidepresivos y hospitalización en casos especiales.

- Depresión Grave.

El tratamiento de las personas con episodios depresivos grave, incluye el uso de psicoterapia, y antidepresivos en dosis más elevadas.

- Depresión con Psicosis.

Se emplean fármacos antidepresivos y antipsicóticos, como: Haloperidol, Olanzapina o Risperidona.

- Depresión Resistente.

Requiere intervención especializada por presentar resistencia al tratamiento farmacológico.

CAPITULO IV

4. METODOLOGÍA

4.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Diseño de la investigación

Estudio descriptivo

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

4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

- **Descripción de la muestra y procedencia de los sujetos de estudio:**

Para poder medir las variables, se tendrá como población objetivo a las mujeres de entre 20 a 60 años, con diagnóstico de trastorno mixto de ansiedad y depresión, atendidas en el área de consulta externa de psiquiatría en el hospital Teodoro Maldonado Carbo entre los años 2021-2023.

4.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Grupo etario entre 20 y 60 años

- Pacientes con diagnóstico de Trastorno mixto de ansiedad y depresión
- Pacientes con el diagnóstico que se atiendan en el área de consulta externa de psiquiatría del Hospital Teodoro Maldonado, entre 2021 a 2023

4.4. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que se hayan atendido en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo por otros trastornos de orden psiquiátrico diferentes a Trastorno de ansiedad y depresión.
- Historias clínicas incompletas

4.5. CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA: (DE SER NECESARIO)

Se obtuvo para este estudio, un total de 459 pacientes, de los cuales se obtuvo una muestra con un 95% de nivel de confianza y margen de error de 5%, obteniéndose 210 pacientes femeninas de entre 20 a 60 años, con diagnóstico de Trastorno de ansiedad y depresión.

4.6. MÉTODO DE MUESTREO: (ALEATORIO O NO ALEATORIO)

No aleatorio.

4.7. MÉTODO DE RECOGIDA DE DATOS: (REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS, ENTREVISTA, EXAMEN FÍSICO, PROCEDIMIENTOS DE LABORATORIO Y OTRAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS)

Para la recolección de datos de este estudio se emplearán los siguientes métodos: Revisión de historias clínicas. También se emplearán buscadores académicos como: UptoDate, Pubmed, Scielo, El Sevier, entre otros, tanto documentos en inglés como en español.

Descripción y definición de la intervención: (si la hay)

NO APLICA

Descripción y definición del seguimiento de los pacientes: (si lo hay)

NO APLICA

Entrada y gestión informática de datos: (como almacena la información)

Información recolectada y tabulada en un archivo de Excel versión pc 2017 y SPSS

Estrategia de análisis estadístico: (descriptivo y/o analítico; Test, nivel de significancia, etc)

El análisis estadístico a realizar en este estudio será del tipo descriptivo, por lo cual, para el análisis de las variables y los datos recopilados en el transcurso del estudio, serán organizados en una tabla de Excel; además se empleará el programa SPSS, para tabular los datos estadísticos necesarios y en relación al análisis descriptivo de las variables numéricas se procederá a encontrar las frecuencias y porcentajes. Y en cuanto a cada variable categórica será electa la ejecución de fórmulas referentes al promedio, desviación o rango Inter cuartil.

4.8. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Tabla 3. Variables por estudiar dentro del estudio de investigación

Variab les	Indicador (dimensiones)	Valor final (unidades - categorías)	Tipo de variable
Edad	Grupo etario	Años	Numérica, discreta
IMC	Talla y peso	<ul style="list-style-type: none">● Bajo peso: IMC por debajo de 18,5● Peso Normal: IMC entre 18,5 y 24,9● Sobrepeso: IMC entre 25 y 29,9● Obesidad tipo I: IMC entre 30 y 34,9● Obesidad tipo II: IMC entre 35 y 39,9● Obesidad tipo III (mórbida): IMC entre 40 y 49,9	Cuantitativa, numérica, continúa

		<ul style="list-style-type: none"> • Obesidad tipo IV (extrema): IMC mayor de 50 	
Antecedentes de abuso de sustancias	SI/NO	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Categoría, nominal, dicotómica
Escala de depresión de Beck	<ul style="list-style-type: none"> • Síntomas de depresión 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausente: 0-5 • Depresión menor: 6-14 • Depresión mayor 15 o más • Depresión clínicamente manifiesta: 14 o más 	Cualitativa nominal
Escala de ansiedad de Hamilton	<ul style="list-style-type: none"> • Síntomas de ansiedad 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausente: 0-9 • Leve: 10-16 • Moderada: 17-29 • Grave: 30-63 	Cualitativa ordinal
Comorbilidades	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad que presente o haya presentado 	<ul style="list-style-type: none"> • Descripción de la enfermedad 	Categoría, nominal
Ideas suicidas	<ul style="list-style-type: none"> • Deseo de Morir 	<ul style="list-style-type: none"> • SI • No 	Categoría, nominal, dicotómica
<ul style="list-style-type: none"> • Caracterización del episodio: Duración	Tiempo	<ul style="list-style-type: none"> • 2- 3 semanas • 1-11 meses • Más de 1 año 	Categorías politómica

<ul style="list-style-type: none"> • Caracterización del episodio: <p>Número.</p>	<p>Número</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 1-3 episodios • 4-5 episodios • Más de 5 episodios 	<p>Catégoricas polítomica</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Caracterización del episodio: <p>Intensidad de los síntomas.</p>	<p>Intensidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Leve • Moderado • Grave 	<p>Catégorica, polítomica</p>

CAPITULO V

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1. RESULTADOS

En el análisis de los resultados de la muestra, se obtiene que:

La incidencia de trastornos mixto de ansiedad y depresión, se presenta en un 38,25%.

$$\text{Tasa de incidencia} = \frac{459}{1200} \times 100 = 38,25\%$$

La distribución de edades, de las mujeres con trastorno de ansiedad y depresión que fueron estudiadas en esta investigación, se presenta de la siguiente manera: el 40% de las mujeres, se encuentra en un rango de edad, entre 31 a 40 años, el 28,1% en edades de 20 a 30 años, el 17,1% en edades de 41 a 50 años y solo un 14,3% tienen edades de 51 a 60 años.

Tabla 1 Tabla de distribución de edad.

Edad	n	%
20-30 años	59	28,1
31-40 años	85	40,0
41-50 años	36	17,1
51 a 60 años	30	14,3
Total	210	100,0

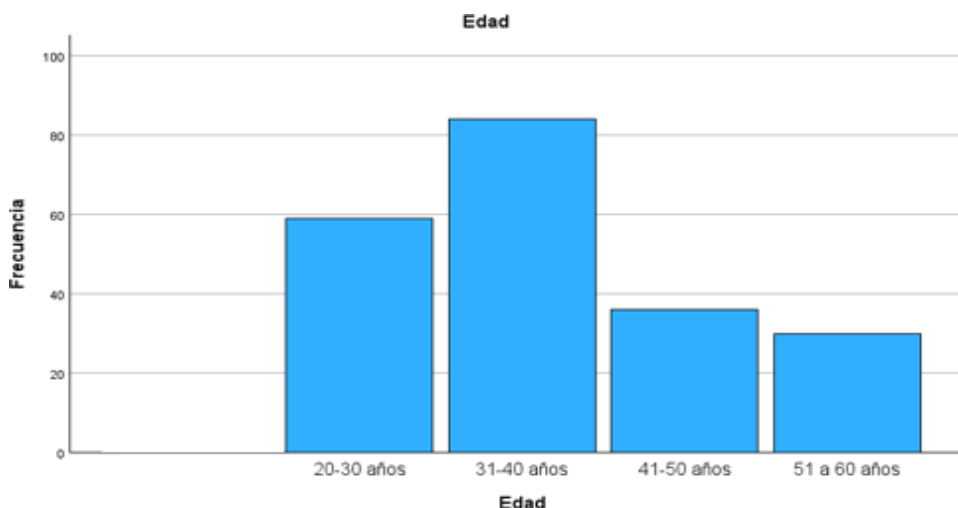


Ilustración 1 Gráfico de distribución de edad.

En cuanto a las comorbilidades presentadas en las pacientes con diagnóstico de Trastorno de ansiedad y depresión, se encontró que un 21,4% (n: 45) de las mujeres tenían hipersomnias, 6,7% (n:14) refieren antecedentes de aborto, 3,3% (n:7) presentaban gastritis crónica, y un 2,9% (n:6) presentaban cáncer de mama. Un total de 122 pacientes, no refirió comorbilidades y el resto de la muestra presentaba enfermedades aisladas.

Tabla 2 *Tabla de comorbilidades en pacientes con trastorno de ansiedad y depresión.*

Comorbilidades	n	%
ABORTO	14	6,7
CÁNCER DE MAMA	6	2,9
DERMATITIS ALERGICA DE CONTACTO	1	0,5
DESAPARICIÓN DE FAMILIAR	1	0,5
DIABETES MELLITUS II	1	0,5
FIBROMIALGIA	2	1,0
GASTRITIS CRÓNICA	7	3,3
HIPERSOMNIA	45	21,4
HIPERTENSIÓN	1	0,5
IRRITABILIDAD	1	0,5
NO REFIERE	122	58,1
OBESIDAD	3	1,4
OSTEOPOROSIS POSTMENOPAUSICA	1	0,5

OTROS SIGNOS DE DISFUNCIÓN COGNITIVA	1	0,5
POLIARTROSIS SIN ESPECIFICAR	1	0,5
REACCIÓN AGUDA AL ESTRÉS	1	0,5
TRASTORNO COGNITIVO LEVE	1	0,5
TUMOR MALIGNO DE CONDUCTO ANAL	1	0,5
Total	210	100,0

Se analizó también el IMC en las pacientes con trastornos de ansiedad y depresión, encontrándose que al menos un 34,8% (n: 73) de las pacientes presenta sobrepeso, un 31,4% (n: 66), presenta peso normal, y un 15,2% (n: 32) de pacientes presenta bajo peso.

Tabla 3 IMC en pacientes con trastornos de ansiedad y depresión

IMC		
	n	%
Bajo peso	32	15,2
Obesidad tipo I	30	14,3
Obesidad tipo II	9	4,3
Peso Normal	66	31,4
Sobrepeso	73	34,8
Total	210	100,0

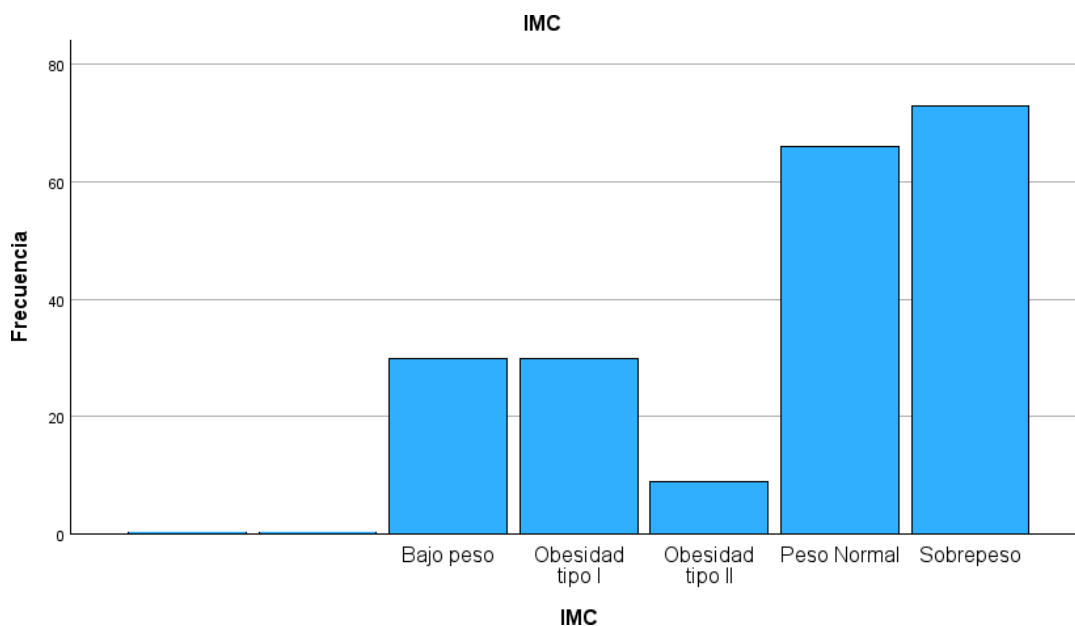


Ilustración 2 IMC en pacientes con trastornos de ansiedad y depresión

En cuanto al análisis de los antecedentes de abuso de sustancias en pacientes con trastorno de ansiedad y depresión. Al menos un 52,4% (n: 112) de las pacientes presenta consumo de sustancias y un 46,7% (n: 98) de las pacientes, no presenta consumo de sustancias.

Tabla 4 Tabla de pacientes con consumo de sustancias en pacientes con trastorno de ansiedad y depresión.

Antecedentes de abuso de sustancias		
	n	%
NO	98	46,7
SI	112	52,4
Total	210	100,0

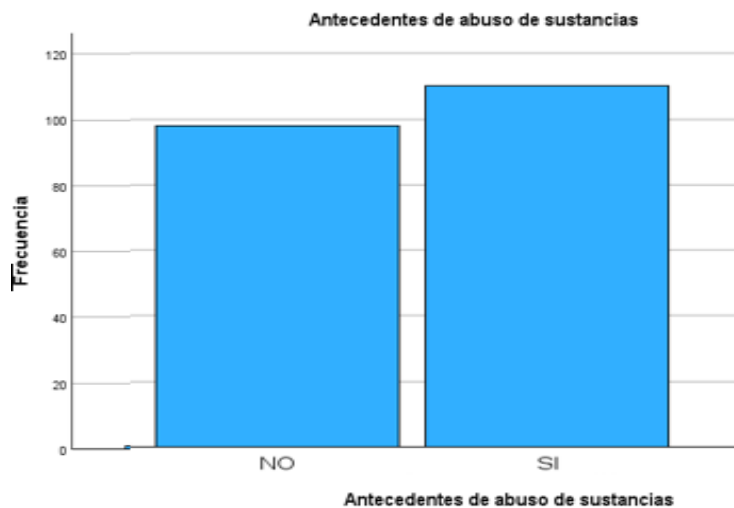


Ilustración 3 Pacientes con consumo de sustancias en pacientes con trastorno de ansiedad y depresión.

Se buscó identificar si las pacientes con trastornos de ansiedad y depresión, tenían ideas suicidas. Se identificó que al menos un 61% (n: 128) pacientes, tenían ideas suicidas, mientras que un 39% (n: 82) no presentaban estas ideas lesivas.

Tabla 5 Distribución de ideas suicidas en pacientes con Trastorno de ansiedad y depresión.

Ideas suicidas		
	n	%
NO	82	39,0
SI	128	61
Total	210	100,0

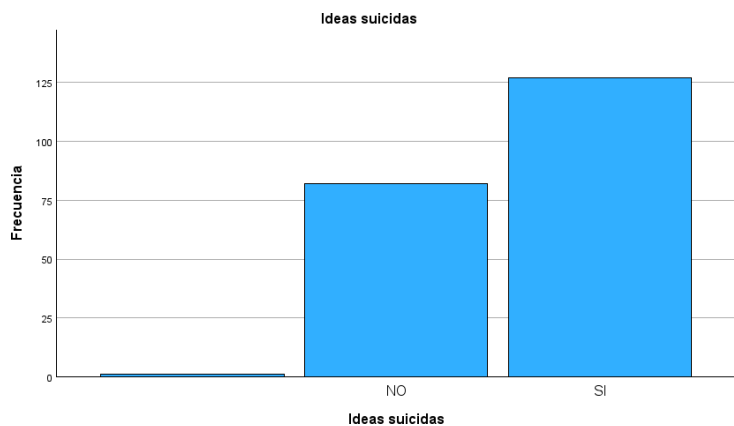


Tabla 6 Distribución de ideas suicidas en pacientes con Trastorno de ansiedad y depresión.

Se observa una comparativa entre la Escala de Hamilton y Escala de Depresión de Beck. Se encuentra que 11 pacientes tienen un grado de depresión clínicamente manifiesta, con ansiedad grave. 41 pacientes tienen un grado de depresión mayor, con un grado leve de ansiedad. Al menos 16 pacientes presentaban depresión clínicamente manifiesta con ansiedad moderada y 22 pacientes con depresión manifiesta y ansiedad leve. En cuanto a la depresión mayor, se encontró que 36 pacientes presentaron ansiedad grave, 35 pacientes presentaban ansiedad moderada y 41 pacientes debutan con ansiedad leve. Por otro lado, aquellos pacientes con depresión menor, presentaban ansiedad leve (n: 19 pacientes), ansiedad moderada (n: 20) y ansiedad grave (n: 10 pacientes). Se observa que hay mayor número de casos de pacientes con depresión mayor.

Tabla comparativa entre Escala de ansiedad de Hamilton y Escala de Depresión de Beck

		Escala de Ansiedad de Hamilton			Total
		Grave	Leve	Moderada	
Escala de Depresión de Beck	Depresión clínicamente manifiesta	11	22	16	49
	Depresión mayor	36	41	35	112
	Depresión menor	10	19	20	49
	Total	57	82	71	210

Se observó también, que aquellos pacientes con abuso de sustancia, presentaban la siguiente distribución en cuanto a la intensidad de los síntomas de los episodios ansiodepresivos de las pacientes. En aquellas pacientes con abuso de sustancias, se presentó ansiedad moderada en al menos 51 de ellas, presentaron intensidad leve de los episodios en 38 pacientes e intensidad grave en solo 23 de ellas.

Tabla 7 Antecedentes de abuso de sustancias en comparación con la Intensidad de los episodios ansiodepresivos.

Antecedentes de abuso de sustancias en comparación con la Intensidad de los episodios ansiodepresivos.

		Intensidad			
		Grave	Leve	Moderado	Total
Antecedentes de abuso de sustancias	NO	24	35	39	98
	SI	23	38	51	112
	Total	47	73	90	210

En cuanto a la asociación existente entre la intensidad de los síntomas y la duración del episodio, se tiene que la duración de los episodios ansiodepresivos tuvo una distribución de 1-11 meses, con intensidad de los síntomas, grave (n: 25 pacientes), moderado (n: 40 pacientes) y leve (n: 42 pacientes). Aquellos pacientes con episodios de duración entre 2-3 semanas presentaron intensidad de los síntomas grave (n: 12 pacientes), moderada (n: 20 pacientes), leve (n: 12 pacientes). Por otra parte, aquellos que presentaron episodios por más de 1 año, tuvieron una intensidad de los síntomas de: Grave (n: 10 pacientes), moderado (n: 30 pacientes), leve (n: 18 pacientes.) Se aprecia que en los pacientes con episodios ansiodepresivos que se producen durante un tiempo estimado de 1 mes a 11 meses, tienen intensidad leve-moderada en los episodios. Mientras que aquellos que han presentado episodios ansiodepresivos en un periodo de más de un año, presentan una intensidad de los mismos, moderada.

Tabla 8 Tabla de asociación entre duración de los episodios ansiodepresivos y la intensidad de los síntomas presentación.

Duración	Intensidad			Total
	Grave	Leve	Moderado	
1-11 meses	25	42	40	107
2- 3 semanas	12	12	20	44
Más de 1 año	10	18	30	58
Total	47	72	90	210

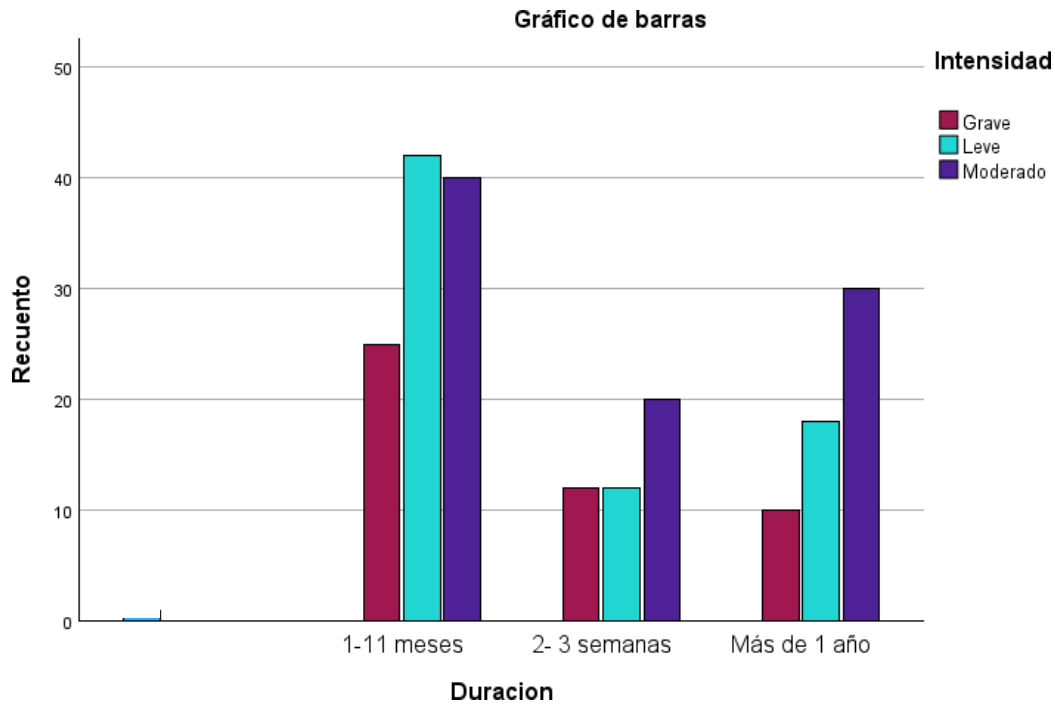


Ilustración 4 Asociación entre duración de los episodios ansiodepresivos y la intensidad los síntomas de presentación.

5.2. DISCUSIÓN

El trastorno Mixto de ansiedad y depresión, en una entidad psiquiátrica que afecta a muchas personas alrededor del mundo. Según el estudio de Nima (2020), en el que se analizaron 92 pacientes femeninas que tenían edades entre 25 y 45 años. Se encontró que existía un 19,2% depresión y ansiedad(32). Por otra parte, en el estudio de Ruiz, T (2001), se encuentra que, en alrededor de 80 casos, del total estudiado, las pacientes presentaron alteraciones en las escalas depresión de Hamilton como el cuestionario de Beck, con un promedio de edad de 46,5 años. Así mismo, al identificar los tipos de depresión que presentaban las pacientes, se encontró que en las escalas, los puntajes más altos fueron para depresión mayor(33).

En el presente estudio, se encontró una incidencia de Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión, de 38,25%. Además, en cuanto a la distribución de edad, el 40% de las mujeres, se encuentra en un rango de edad, entre 31 a 40 años, el 28,1% en edades de 20 a 30 años, el 17,1% en edades de 41 a 50 años y solo un 14,3% tienen edades de 51 a 60 años. En nuestro estudio, se encuentra que 11 pacientes tienen un grado de depresión clínicamente manifiesta, con ansiedad grave. 41 pacientes tienen un grado de depresión mayor, con un grado leve de ansiedad.

Al menos 16 pacientes presentaban depresión clínicamente manifiesta con ansiedad moderada y 22 pacientes con depresión manifiesta y ansiedad leve. En cuanto a la depresión mayor, se encontró que 36 pacientes presentaron ansiedad grave, 35 pacientes presentaban ansiedad moderada y 41 pacientes debutan con ansiedad leve. Por otro lado, aquellos pacientes con depresión menor, presentaban ansiedad leve (n: 19 pacientes), ansiedad moderada (n: 20) y ansiedad grave (n: 10 pacientes). Se observa que hay mayor número de casos de pacientes con depresión mayor.

En el estudio de Akechi T, 2015, se determina que la calidad de vida de muchas mujeres se ve afectada por alteraciones como depresión, ansiedad y estrés(34). En el estudio de Gonzales C, 2018, quien realizó un estudio en México, identifica que la ansiedad y depresión altera la calidad de vida en mujeres, sobre todo en aquellas que presenta comorbilidades como Cáncer de mama(35).Hernández Silva (2020), menciona que el entendimiento de los trastornos de depresión y ansiedad, es limitado, y afecta de formas diferentes la calidad de vida(36).

En esta investigación, se encontró que se encontró que un 21,4% (n: 45) de las mujeres tenía hipersomnias, 6,7% (n:14) refieren antecedentes de aborto, 3,3% (n:7) presentaban gastritis crónica, y un 2,9% (n:6) presentaban cáncer de mama. Un total de 122 pacientes, no refirió comorbilidades y el resto de la muestra presentaba enfermedades aisladas, las mismas que se han descrito como desencadenantes del Trastorno Mixto de Ansiedad y depresión.

Según el estudio de Gómez, en 2020, en su estudio sobre el desarrollo de depresión en mujeres, determina que la incidencia de trastornos de ansiedad, puede variar en el transcurso de 12 meses y que se encuentra, que se puede desarrollar con mayor facilidad en mujeres, que presentan problemas familiares, consumo de sustancias psicoactivas, o aquellas que han pensado en suicidarse, por lo que aumenta el riesgo de desarrollar un trastorno de ansiedad y depresión(37).

Por su parte, en este estudio, al menos un 52,4% (n: 112) de las pacientes presenta consumo de sustancias y un 46,7% (n: 98) de las pacientes, no presenta consumo de sustancias. Además, se identificó si las pacientes con trastornos de ansiedad y depresión, tenían ideas suicidas, presentándose un 61% (n: 128) pacientes, con ideas suicidas, mientras que un 39% (n: 82) no presentaban estas ideas suicidas. Se aprecia que en los pacientes con episodios ansio-depresivos que se producen durante un tiempo estimado de 1 mes a 11 meses, tienen intensidad leve-moderada

en los episodios. Mientras que aquellos que han presentado episodios ansiodepresivos en un periodo de más de un año, presentan una intensidad de los mismos, moderada.

Lo que indica que a mayor tiempo de ocurrencia de los episodios, mayor será la intensidad de los síntomas En el estudio de Erazo, 2017, donde estudio el desarrollo de depresión en pacientes hospitalizados, se encontró que la categoría de pacientes con una enfermedad crónica y la segunda categoría con 2 o más enfermedades crónicas, presentaron niveles de ansiedad y depresión, moderados, mientras que aquellos pacientes con enfermedad oncológica, presentaron niveles de ansiedad y depresión, más altos(38).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. CONCLUSIONES

- Se encontró una incidencia de Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión en mujeres de entre 20 y 60 años, de 38,25%.
- El grupo de edad más afectado por el Trastorno Mixto de ansiedad y depresión se encuentra entre 31 a 40 años.
- Se encontró que la Hipersomnia, los antecedentes de aborto, la gastritis crónica, y el cáncer de mama, son las comorbilidades o factores que se encuentran mayormente asociadas en las pacientes con Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión y que estas inciden en el desarrollo de la enfermedad.

6.2. RECOMENDACIONES

- Se recomienda a los estudiantes de medicina que indaguen en temas relacionados a la salud mental. Estos trastornos en muchas ocasiones pasan desapercibidos y pueden afectar la calidad de vida de las personas que las padecen.
- Se recomienda a los Hospitales que se agregue de forma específica el diagnóstico de Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión, de manera que se puede establecer un número exacto de pacientes y obtener resultados más precisos.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Chamoro Armijos A. 2021. Impacto de la pandemia de COVID-19 en pacientes diagnosticados con Trastorno Mixto de ansiedad-depresión, pertenecientes al hospital “Julio Endara” en el período comprendido marzo 2020-febrero 2021. Tesis de grado. 2022. Quito. Obtenida en <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/21630/1/TTQ542.pdf>
2. Tacuri MJN. Trastorno mixto ansioso depresivo en los pacientes de los centros de atención privada del cantón Loja. 2019;37.
3. Hernández Rodríguez J. Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. *Medicentro Electrónica*. septiembre de 2020;24(3):578-94.
4. Gutierrez Quintanilla R, Portillo Garcia C. LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN COMO INDICADORES DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN LOS SALVADOREÑOS | *Revista Electrónica de Psicología Iztacala* [Internet]. 2013 [citado 26 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://revistas.unam.mx/index.php/rep/rep/article/view/39965>
5. OPS. Salud Mental - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 26 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>
6. OPS. Depresión - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 26 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/depresion>
7. Hermosa-Bosano C, Paz C, Hidalgo-Andrade P, García-Manglano J, Sádaba-Chalezquer C, López-Madriral C, et al. Síntomas de depresión, ansiedad y estrés en la población general ecuatoriana durante la pandemia por COVID-19. *Rev Ecuat Neurol*. 3 de septiembre de 2021;30(2):40-7.

8. OPS. Salud Mental [Internet]. 2012 [citado 26 de noviembre de 2023]. Disponible en:
<https://www.who.int/es/campaigns/connecting-the-world-to-combat-coronavirus/healthyathome/healthyathome---mental-health>
9. Cuevas U. V, Díaz A. L, Espinoza M. F, Garrido P. C. Depresión y Ansiedad en mujeres histerectomizadas no oncológicas posterior a la cirugía. Rev Chil Obstet Ginecol. junio de 2019;84(3):245-56.
10. Sendra CM, Sánchez LD. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL SÍNDROME ANSIOSO-DEPRESIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA. Disponible en:
https://psiquiatria.com/trabajos/usr_1743157064.pdf
11. Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión. Trastorno mixto ansioso-depresivo - [Internet]. [citado 31 de marzo de 2024]. Disponible en:
<https://incapacidadpermanente.abogado/enfermedad/trastorno-mixto-ansioso-depresivo/>
12. Rojas, Y. Caso clínico de trastorno mixto ansiosodepresivo. 2022. Peru. Obtenida de
https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/6398/T037_45560332_TSP.pdf?sequence=1&isAllowed=y [Internet]. [citado 12 de abril de 2024]. Disponible en:
https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/6398/T037_45560332_TSP.pdf?sequence=1&isAllowed=y
13. Tiller JWG. Depression and anxiety. Med J Aust [Internet]. 29 de octubre de 2013 [citado 12 de abril de 2024];199(6). Disponible en:
<https://www.mja.com.au/journal/2013/199/6/depression-and-anxiety>

14. Ministerio de Salud. Guía Clínica Depresión en personas de 15 años y más. Santiago, MINSAL, 2013. [Internet]. [citado 25 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf>

15. Alvarado R. Informe de experiencias profesionales en el ámbito clínico y de la salud, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins-Seguro Social del Perú, EsSalud : trastorno mixto ansioso depresivo en paciente de sexo femenino con personalidad de rasgos desadaptativos.2014. Peru. Tesis Doctoral. Obtenido en https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/13736/Alvarado_Rios_Raquel_2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y [Internet]. [citado 26 de noviembre de 2023]. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/13736/Alvarado_Rios_Raquel_2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y

16. Guia de Practica Clinica de manejo de la depresion en el adulto. Informacion para pacientes. 2022. Obtenido en https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_424_Dep_Adult_paciente.pdf [Internet]. [citado 25 de enero de 2024]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_424_Dep_Adult_paciente.pdf

17. Toquero de la Torre, et al. Guia de Buena Practica Clinica de Depresion y Ansiedad. 2020. International Marketing & Communications, S.A.. Obtenido en <https://www.comsegovia.com/pdf/guias/GBPC%20DEPRESION%20ANSIEDAD.pdf#page=94> [Internet]. [citado 26 de noviembre de 2023]. Disponible en:

<https://www.comsegovia.com/pdf/guias/GBPC%20DEPRESION%20ANSIEDAD.pdf#page=94>

18. 2. Hernandez, Fernandez y Baptista-Metodología Investigacion Cientifica 6ta ed.pdf [Internet]. [citado 26 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-Metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf>
19. OPS. La carga de enfermedad de los trastornos mentales, 2020. Ecuador. Obtenido en <https://www.paho.org/sites/default/files/2020-09/MentalHealth-profile-2020%20Ecuador%20esp.pdf> [Internet]. [citado 1 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2020-09/MentalHealth-profile-2020%20Ecuador%20esp.pdf>
20. Baeza R. La personalidad eficaz en pacientes con síntomas Ansioso-Depresivo. 2018. Tesis Doctoral. Obtenida en https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/33763/TD_RaquelBaeza%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y [Internet]. [citado 26 de noviembre de 2023]. Disponible en: https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/33763/TD_RaquelBaeza%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y
21. Guías Diagnósticas de Salud Mental. Trastorno Mixto Ansioso Depresivo. 2020; Disponible en: <https://www.discapnet.es/salud/salud-mental>
22. Delgado E, Lara M, Arias R. generalidades sobre el trastorno de ansiedad. 2021; 35 (1): 23-36. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v35n1/art02.pdf>

23. Ecuador WV. Salud mental en niños, niñas y adolescentes en Ecuador: 7 de cada 10 se sienten felices, pero el 20% enfrenta dificultades para identificar tristeza y estrés [Internet]. [citado 1 de abril de 2024]. Disponible en: <https://worldvisionamericalatina.org/ec/sala-de-prensa/salud-mental-en-ninos-ninas-y-adolescentes-en-ecuador-7-de-cada-10-se-sienten-felices-pero-el-20-enfrenta-dificultades-para-identificar-tristeza-y-estres>
24. Martinez y Lopez. Trastornos de ansiedad. Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría. 2011; 44(3): Jul-Sep: 101-107 [Internet]. [citado 25 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2011/nnp113d.pdf>
25. American Psychiatric Association., et al. (2014). DSM-5: Manual Diagnóstico Y Estadístico De Los Trastornos Mentales. 5a ed. Madrid [etc.]: Editorial Médica Panamericana. [Internet]. [citado 13 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
26. Trinares Y, et al. ¿Cómo mejorar la práctica clínica de la depresión?: una aproximación cualitativa. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014. [Internet]. [citado 13 de abril de 2024]. Disponible en: <https://avalia-t.sergas.es/DXerais/174/avalia-t201404CualitativaDepresion.pdf>
27. OMS. SanosEnCasa – Salud mental [Internet]. 2021 [citado 26 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/campaigns/connecting-the-world-to-combat-coronavirus/healthyathome/healthyathome---mental-health>

28. MSP. Día Mundial de la Salud, con el tema “Depresión: Hablemos” – Ministerio de Salud Pública [Internet]. [citado 25 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/este-7-de-abril-se-celebra-el-dia-mundial-de-la-salud-con-el-tema-depresion-hablemos/>
29. García A, Morente D, Gastelurrutia MÁ, Faus MJ. Guía de seguimiento farmacoterapéutico sobre depresión. Disponible en: https://www.ugr.es/~cts131/esp/guias/GUIA_DEPRESION.pdf
30. MedlinePlus. Depresión [Internet]. [citado 8 de abril de 2024]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003213.htm>
31. NIH. Depresion. 2021. Departamento de salud y servicios humanos de los estados unidos. Institutos Nacionales de la Salud .Publicación de NIH Núm. 21-MH-8079S .Revisada en 2021 [Internet]. [citado 25 de enero de 2024]. Disponible en: <https://infocenter.nimh.nih.gov/sites/default/files/2022-02/depresi%C3%B3n.pdf>
32. Nima E, Miguel J, Rios V, Gianela A. Nivel de depresión y ansiedad en mujeres entre 25 a 45 años con diagnóstico de infertilidad en el hospital regional de lambayeque entre el mes de julio del 2017 al mes de julio del 2018. 2020; Disponible en: <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/6023>
33. Ruiz T A, Silva I H, Miranda C E. Diagnóstico clínico y psicométrico de la depresión en pacientes de medicina general. Rev Médica Chile. junio de 2001;129(6):627-33.
34. Akechi T, Momino K, Miyashita M, Sakamoto N, Yamashita H, Toyama T. Anxiety in disease-free breast cancer patients might be alleviated by provision of psychological support, not of information. Jpn J Clin Oncol. octubre de 2015;45(10):929-33.

35. González CM, Calva EA, Zambrano LMB, Medina SM, López JRP. Ansiedad y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama: una revisión teórica. *Psicol Salud*. 4 de junio de 2018;28(2):155-65.
36. Hernández Silva MA, Ruiz Martínez AO, González Escobar S, González-Celis Rangel ALM, Hernández Silva MA, Ruiz Martínez AO, et al. Ansiedad, Depresión y Estrés asociados a la Calidad de Vida de Mujeres con Cáncer de Mama. *Acta Investig Psicológica*. 2020;10(3):102-11.
37. Gómez-Restrepo C, Tamayo Martínez N, Bohórquez A, Rondón M, Medina Rico M, Rengifo H, et al. Trastornos depresivos y de ansiedad y factores asociados en la población adulta colombiana, Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Rev Colomb Psiquiatr*. diciembre de 2016;45:58-67.
38. Erazo R. “Incidencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados”. 2017; Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/06/905744/eureka-14-1-9.pdf>



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **MORELIA LORENA ORDOÑEZ ACOSTA** con C.C: **0923711246** autor/a del trabajo de titulación **INCIDENCIA DEL TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN MUJERES DE ENTRE 20 Y 60 AÑOS, ATENDIDAS EN EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA DE PSIQUIATRÍA EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO ENTRE LOS AÑOS 2021-2023**.previo a la obtención del título de MÈDICO en la Universidad Católica de 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 la SENESCYT en formato digital 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 de autor.

2.- Autorizo a la 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, 01 de octubre del 2024



Firmado electrónicamente por:
**MORELIA LORENA
ORDOÑEZ ACOSTA**

f. _____

Nombre: MORELIA LORENA ORDOÑEZ ACOSTA

C.C: 0923711246



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT

Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **ÁNGEL EDUARDO CANTOS DAMIÁN**, con C.C: **0941786097** autor/a del trabajo de titulación **INCIDENCIA DEL TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN MUJERES DE ENTRE 20 Y 60 AÑOS, ATENDIDAS EN EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA DE PSIQUIATRÍA EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO ENTRE LOS AÑOS 2021-2023**, previo a la obtención del título de MÈDICO en la Universidad Católica de 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 la SENESCYT en formato digital 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 de autor.

2.- Autorizo a la 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, 01 de Octubre del 2024

f. _____



Firmado electrónicamente por:
ÁNGEL EDUARDO
CANTOS DAMIAN

Nombre: ÁNGEL EDUARDO CANTOS DAMIÁN

C.C: 0941786097



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	INCIDENCIA DEL TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN MUJERES DE ENTRE 20 Y 60 AÑOS, ATENDIDAS EN EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA DE PSIQUIATRÍA EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO ENTRE LOS AÑOS 2021-2023.		
AUTOR(ES)	CANTOS DAMIÁN ÁNGEL EDUARDO ORDOÑEZ ACOSTA MORELIA LORENA		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dr. Héctor Aristóteles Verdezoto Mendoza		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD		
CARRERA:	MEDICINA		
TÍTULO OBTENIDO:	MÉDICO		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	DE 01 de octubre de 2024	No. DE PÁGINAS:	50
ÁREAS TEMÁTICAS:	ANSIEDAD, DEPRESION, HIPERSOMNIA		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	Ansiedad, depresión, hipersomnía, cáncer, riesgo, suicidio		
RESUMEN/ABSTRACT : El Trastorno Mixto Ansioso-Depresivo, aun en la actualidad ha sido poco estudiado, sin embargo, se encuentra en aumento y causa mucha problemática a nivel personal, es una forma algo más leve de depresión y ansiedad. Así mismo, el Trastorno mixto de ansiedad y depresión, representa un desafío diagnóstico para los médicos especializados en este campo, puesto que las manifestaciones depresivas y ansiosas producen confusión, ya que ninguno de ellos predomina claramente. Metodología: Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal. Se tendrá como población objetivo a las féminas de entre 20 a 60 años, con diagnóstico de trastorno mixto de ansiedad y depresión, atendidas en el área de consulta externa de psiquiatría en el hospital Teodoro Maldonado Carbo entre los años 2021-2023. Resultados: La incidencia de trastornos mixto de ansiedad y depresión, se presenta en un 38,25%. La distribución de edades, de las mujeres con trastorno de ansiedad y depresión que fueron estudiadas en esta investigación, se presenta de la siguiente manera: el 40% de las mujeres, se encuentra en un rango de edad, entre 31 a 40 años. Discusión: En nuestro estudio, se encuentra que 11 pacientes tienen un grado de depresión clínicamente manifiesta, con ansiedad grave. 41 pacientes tienen un grado de depresión mayor, con un grado leve de ansiedad			

ADJUNTO PDF:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-969716266 Teléfono: +593-967834593	E-mail: angeleduardo10@outlook.es E-mail: moreliaordo.09@gmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Dr. Vásquez Cedeño Diego Antonio Teléfono: +593-982742221 E-mail: diego.vasquez@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):		