



Universidad
Nacional
de Loja

Universidad Nacional de Loja
Facultad de la Salud Humana
Carrera de Psicología Clínica

**Estudio multitemporal de los factores sociodemográficos asociados al
trastorno mixto ansioso depresivo en los cantones de Macará y Huaquillas,
periodo 2018-2021**

**Trabajo de Titulación previa a
la obtención del título de
Psicóloga Clínica.**

AUTOR:

Jhoselyn de los Angeles Yaguana Collaguazo

DIRECTORA:

Psic. María Paula Torres Pozo. Mg. Sc

Loja – Ecuador

2023

Certificación



Universidad
Nacional
de Loja

Facultad
de la Salud
Humana

CERTIFICACIÓN

Loja, 16 de septiembre de 2022

Psicóloga

María Paula Torres Pozo, Mg. Sc.

DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Certifico:

Haber revisado, dirigido y orientado con pertinencia todo el proceso de la elaboración del Trabajo de Titulación: **“Estudio Multitemporal de los Factores Sociodemográficos asociados al Trastorno Mixto Ansioso Depresivo en los cantones de Macará y Huaquillas, periodo 2018-2021”** de la autoría de **Jhoselyn de los Angeles Yaguana Collaguazo**, con C.I 1105758013; previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica; el mismo cumple con las disposiciones institucionales metodológicas y técnicas, que regulan esta actividad académica; consecuentemente, dicho Trabajo de Titulación se encuentra **culminado y aprobado**, por lo que autorizo la presentación para la respectiva sustentación y defensa.

Atentamente,



MARIA PAULA
TORRES POZO

Psic. María Paula Torres Pozo, Mgtr.

C.I 1102762810

maria.p.torres.p@unl.edu.ec

DIRECTORA DEL TT.

c.c.: Archivo

Autoría

Yo, **Jhoselyn de los Angeles Yaguana Collaguazo**, declaro ser autora del presente Trabajo de Titulación y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos, de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido del mismo. Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi Trabajo de Titulación, en el Repositorio Digital Institucional- Biblioteca Virtual.

Firma:

Cédula de identidad: 1105758013

Fecha: 28 de febrero de 2023

Correo electrónico: jhoselyn.yaguana@unl.edu.ec

Teléfono: 0989294135

Carta de Autorización

Yo, **Jhoselyn de los Angeles Yaguana Collaguazo**, declaro ser autora del Trabajo de Titulación denominado: **Estudio Multitemporal de los factores sociodemográficos asociados al trastorno mixto ansioso depresivo en los cantones de Macará y Huaquillas, periodo 2018-2021**, como requisito para optar por el título de **Psicóloga Clínica**, autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que, con fines académicos muestre la producción intelectual de la Universidad, a través de su visibilidad del contenido de la siguiente manera en el Repositorio Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el Repositorio Institucional, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia del Trabajo de Titulación que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los veintiocho días del mes de febrero del año dos mil veintitrés.

Firma:

Autora: Jhoselyn de los Angeles Yaguana Collaguazo

Cédula: 1103373823

Dirección: Argentina y Paraguay S/N

Correo electrónico: Jhoselyn.yaguana@unl.edu.ec

Teléfono: (07)2683977 Celular: 0989294135

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Directora de Trabajo de titulación: Psic. María Paula Torres Pozo, Mg.Sc

Tribunal de Grado:

- **Presidenta:** Dra. Ana Catalina Puertas Azanza
- **Vocal:** Dra. Anabel Larriva Borrero
- **Vocal:** Psic. Cl. Marco Vinicio Sánchez Salinas.

Dedicatoria

La mujer que soy ahora es el resultado del arduo trabajo de mis padres, que con sus valores y enseñanzas me han podido guiar hasta el lugar en donde estoy actualmente; es por ello que en primer lugar mi dedicatoria y agradecimiento va hacia ellos.

A Juanita Collaguazo por su valentía y coraje, por enseñarme que se puede superar cualquier adversidad que se presente; que el trabajo dignifica al ser humano, y que la fortaleza del carácter de una mujer radica en sus valores y la creencia que tenga sobre sí misma, porque “nada hace más hermosa a una mujer que creer firmemente lo que es”.

A mis abuelitos Bertita, Luis, Vicente y Pastora, por llevarme presente en sus oraciones y por el amor incalculable que siempre me han tenido; a mis ángeles en el cielo Marianita, Teodomiro y Geano, por enseñarme sobre el respeto a la vida, a nuestra tierra y los seres que habitan en ella; por su sensibilidad y humanismo que siguen latentes en mí, y por supuesto a mis queridos amigos que han hecho de mi vida, y de mi vida universitaria una experiencia maravillosa, les quiero y les admiro un montón. Y antes de terminar, más que una dedicatoria, un agradecimiento especial a Ángel, por su apoyo, compañía y fortaleza brindada en estos meses.

Con todo mi profundo agradecimiento y cariño les dedico a ustedes el presente trabajo.

Jhoselyn de los Angeles Yaguana Collaguazo

Agradecimiento

A la Universidad Nacional de Loja, a la Facultad de la Salud Humana y en especial a la carrera de Psicología Clínica, y a sus docentes, por su contribución en mi preparación como profesional y como persona a lo largo de estos cinco años de estudio.

A mi directora de trabajo de titulación, la Psic. María Paula Torres Mg. Sc y al Ing. José Eduardo González Estrella por el apoyo brindado durante el desarrollo de esta investigación.

También agradezco al Proyecto Prosalud Frontera Sur, por darme la oportunidad de formar parte de su grupo de investigadores, por el tiempo, la confianza y los recursos financieros otorgados para que este trabajo se realice con éxito.

Y finalmente al Ministerio de Salud Pública por brindar las bases de datos para realizar el presente estudio.

Jhoselyn de los Angeles Yaguana Collaguazo

Índice de contenidos

| | |
|---|------------|
| <i>Portada</i> | <i>i</i> |
| <i>Certificación</i> | <i>ii</i> |
| <i>Autoría</i> | <i>iii</i> |
| <i>Carta de Autorización</i> | <i>iv</i> |
| <i>Dedicatoria</i> | <i>v</i> |
| <i>Agradecimiento</i> | <i>vi</i> |
| <i>Índice de contenidos</i> | <i>vii</i> |
| Índice de tablas | x |
| Índice de Figuras | xi |
| Índice de anexos | xii |
| 1. Título | 1 |
| 2. Resumen | 2 |
| 2.1 Abstract | 3 |
| 3. Introducción | 4 |
| 4. Marco Teórico | 6 |
| 4.1 Capítulo 1: Trastorno Mixto Ansioso depresivo F41.2 | 6 |
| 4.1.1 Definición trastorno mixto ansioso depresivo | 6 |
| 4.1.2 Epidemiología | 6 |
| 4.1.3 Etiología | 7 |
| 4.1.4 Sintomatología ansiosa | 9 |
| 4.1.5 Sintomatología depresiva | 10 |
| 4.2 Tratamiento | 12 |
| 4.2.1 Tratamiento Farmacológico | 12 |
| 4.2.2 Tratamiento No Farmacológico | 14 |
| 4.3 Capítulo 2: Modelo de Atención Integral en Salud del Ecuador | 15 |
| 4.3.1 Nivel Prehospitalario | 15 |
| 4.4 Capítulo 3: Datos sociodemográficos | 17 |

| | | |
|--------|---|-----------|
| 4.4.1 | <i>Edad</i> | 17 |
| 4.4.2 | <i>Sexo</i> | 18 |
| 4.4.3 | <i>Orientación sexual</i> | 20 |
| 4.4.4 | <i>Nacionalidad</i> | 20 |
| 4.4.5 | <i>Etnia</i> | 21 |
| 5. | Metodología | 22 |
| 5.1 | Área de estudio | 22 |
| 5.2 | Enfoque | 22 |
| 5.3 | Tipo y diseño de investigación | 22 |
| 5.4 | Unidad de estudio | 23 |
| 5.4.1. | <i>Universo</i> | 23 |
| 5.5 | Criterios de inclusión y exclusión | 23 |
| 5.5.1 | <i>Criterios de inclusión</i> | 23 |
| 5.5.2 | <i>Criterios de exclusión</i> | 23 |
| 5.6 | Técnicas e instrumentos | 24 |
| 5.6.1 | <i>Técnicas</i> | 24 |
| 5.6.2 | <i>Instrumentos</i> | 24 |
| 5.7 | Procedimiento | 24 |
| 5.8 | Equipo y materiales | 26 |
| 5.9 | Análisis estadístico | 26 |
| 6. | Resultados | 28 |
| 6.1. | En cumplimiento al primer objetivo específico | 28 |
| 6.2. | Condiciones sociodemográficas de las personas que han sido diagnosticadas con el trastorno mixto ansioso depresivo | 29 |
| 6.3. | En respuesta al tercer objetivo | 33 |
| 6.4 | En respuesta al objetivo general | 41 |
| 7. | Discusión | 45 |
| 8. | Conclusiones | 48 |

| | |
|---------------------------------|-----------|
| 9. Recomendaciones | 49 |
| 10. Bibliografía | 50 |
| 11. Anexos | 50 |

Índice de tablas

| | |
|--|----|
| Tabla 1 Tratamiento Farmacológico para la depresión | 12 |
| Tabla 2 Prevalencia del Trastorno mixto ansioso depresivo en las atenciones psicológicas y psiquiátricas de los cantones Macará y Huaquillas durante los años 2018 al 2021 | 28 |
| Tabla 3 Condiciones sociodemográficas de asociadas al trastorno mixto ansioso depresivo en el cantón Macará..... | 29 |
| Tabla 4. Condiciones sociodemográficas asociadas al trastorno mixto ansioso depresivo en el cantón Huaquillas | 31 |
| Tabla 5. Programa Psicoterapéutico en el Trastorno mixto ansioso depresivo | 34 |
| Tabla 6. Prevalencia de las afecciones mentales en las zonas fronterizas de la Región Sur: Cantón Huaquillas | 41 |
| Tabla 7. Prevalencia de las afecciones mentales en las zonas fronterizas de la Región Sur: Cantón Macará | 43 |

Índice de Figuras

| | |
|---|---|
| Gráfico 1 Etiología de la Ansiedad | 9 |
|---|---|

Índice de anexos

| | |
|--|-----------|
| Anexo 1: Informe de Estructura y Coherencia | 58 |
| Anexo 2 Solicitud cambio del tercer objetivo | 59 |
| Anexo 3: Acta de compromiso de inicio y culminación del estudio del Trabajo de Titulación dentro del proyecto Prosalud Frontera Sur | 60 |
| Anexo 4: Acuerdo de confidencialidad de la información del Ministerio de Salud Pública (CZ7S) y Universidad Nacional de Loja | 62 |
| Anexo 5 Certificado del resumen traducido al inglés | 70 |
| Anexo 6 Certificado de Tribunal de Grado | 72 |
| Anexo 7 Hoja Informativa..... | 73 |
| Anexo 8: Hoja de la verdad (para familiares) | 74 |
| Anexo 9: Hoja de la verdad (para paciente) | 74 |
| Anexo 10: Hoja ABC | 75 |
| Anexo 11: Tríptico | 77 |
| Anexo 12: Habilidades de Comunicación | 79 |
| Anexo 13: Evaluación de autocuidado | 80 |
| Anexo 14: Autocuidado personal..... | 83 |
| Anexo 15: Certificación del Tribunal de Grado..... | 84 |

1. Título

Estudio multitemporal de los factores sociodemográficos asociados al trastorno mixto ansioso depresivo en los cantones de Macará y Huaquillas, periodo 2018-2022

2. Resumen

A nivel mundial, tanto la ansiedad como la depresión, son de los trastornos mentales más comunes con mayor comorbilidad existentes que causan incapacidad para desempeñarse en las diferentes áreas del entorno biopsicosocial. El trastorno mixto ansioso depresivo, también es frecuente en la población mundial e implica un alto coste económico para la salud. El presente trabajo de investigación tiene como finalidad, identificar la prevalencia y los factores sociodemográficos asociados a este trastorno en las zonas fronterizas de la Región Sur del Ecuador en los cantones de Huaquillas y Macará, mediante un estudio de diseño no experimental de corte transversal- mixto retrospectivo, entre los años 2018 al 2021, a través del Registro diario automatizado de consultas y atenciones ambulatorias (RDCAA) y la Plataforma de registro de atención en salud (PRAS), otorgadas por el Ministerio de Salud Pública. La investigación se realizó mediante un muestreo no probabilístico con 639 atenciones psicológicas y psiquiátricas con Trastorno mixto ansioso depresivo en donde se obtuvieron los siguientes resultados: cantón Macará 30,99%, cantón Huaquillas: 69,01%. Siendo la población adulta en edades de 30 a 64 años quienes se muestran más propensos a padecer este trastorno. De acuerdo a las características sociodemográficas, es más frecuente en mujeres con el 76,51%, en personas heterosexuales en un 71,03%, con autoidentificación étnica mestiza. Adicionalmente, al ser zonas fronterizas, se encontraron atenciones a personas peruanas, venezolanas, salvadoreñas y colombianas. Estos datos permitieron formular un programa psicoterapéutico para el trastorno mixto ansioso depresivo.

Palabras clave: Ansiedad, Depresión, Prevalencia, Migrantes

2.1 Abstract

Worldwide, the most common mental disorders are anxiety and depression, among the highest existing comorbidity that causes an incapacity to perform in the different areas of the biopsychosocial environment. Mixed depressive-anxiety syndrome disorder is also frequent in the world population and implies a high economic cost for health. The present research work aims to identify the prevalence and sociodemographic factors associated with this disorder in the border areas of the Southern Region of Ecuador in the cantons of Huaquillas and Macará, through a non-experimental design study of retrospective cross-sectional-mixed, between the years 2018 to 2021, through the Automated Daily Record of consultations and outpatient care (RDCAA) and the Platform for registration of health care (PRAS), granted by the Ministry of Public Health. We conducted the research employing a non-probabilistic sampling with 639 psychological and psychiatric consultations with mixed anxious-depressive syndrome disorder, where we obtained the following results: Macará canton 30.99%, Huaquillas canton: 69.01%. The adult population between 30 and 64 years of age is the most likely to suffer from this disorder. According to sociodemographic characteristics, it is more frequent in women (76.51%) and heterosexual people (71.03%), with mestizo ethnic self-identification. In addition, since these are border areas, we attended Peruvian, Venezuelan, Salvadoran, and Colombian people. These data allowed the formulation of a psychotherapeutic program for the mixed anxiety-depressive disorder.

Keywords: Anxiety, Depression, Prevalence, Migrants.

3. Introducción

El trastorno mixto ansioso depresivo se encuentra dentro de la clasificación de los trastornos de ansiedad del manual diagnóstico Cie 10. En esta categoría están presentes “síntomas de ansiedad y depresión, pero ninguno de ellos predomina claramente ni tiene la intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico por separado”(Novillo, 2019, p. 16).

De acuerdo a Zuluaga (2018) indican algunos síntomas fisiológicos: aumento del ritmo cardiaco, palpitaciones, inestabilidad, mareos, rigidez; síntomas cognitivos: miedo a perder el control, miedo al daño físico, percepción irrealidad, hipervigilancia, pérdida de la objetividad; síntomas conductuales: evitación, inquietud, agitación, hiperventilación; síntomas afectivos: nerviosismo, frustración, miedo, inquietud (pp.78-79).

Según organismos institucionales como la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de Salud (OMS, OPS, 2021) el impacto que ocasionan estas dos enfermedades en todo el mundo: La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, afectando en un 3,8% a la población global, se estima que a escala mundial serían aproximadamente 280 millones de personas afectadas; dónde el 5% son adultos y un 5,7% de los adultos tienen más de 60 años.

Cada año más personas alrededor de todo el mundo son diagnosticadas con depresión, dentro de las cuales se encuentran muchos adolescentes y adultos jóvenes. Los diferentes factores psicosociales influyen intensificando la gravedad del cuadro clínico, pudiendo aumentar exponencialmente las ideaciones suicidas, los intentos suicidas e incluso lograr el cometido con éxito (Corea, 2021. pp. 46-48). De igual manera, los trastornos de ansiedad año a año son un problema creciente de salud pública que necesita la atención de personal especializado y capacitado, su prevalencia general oscila entre el 4-24% en diferentes países, con una carga frecuente para la población femenina, quienes son dos veces más probables de obtener este diagnóstico (Macías et al., 2019. p.3).

De acuerdo a la expresión de los síntomas de ansiedad y depresión, existen una tendencia clasificada de acuerdo a grupos etarios, sexo, género y otras condiciones demográficas, por ejemplo: los hombres experimentan síntomas como ira, agresividad, irritabilidad, ansiedad, desasosiego, pérdida de interés, pensamientos de suicidio, consumo problemático de alcohol y uso de drogas, tendencia a actividad sexual de riesgo; y síntomas físicos como fatiga, dolores, cefaleas y problemas gastrointestinales; su capacidad cognitiva también se compromete, observamos dificultad para completar tareas, retraso en las respuestas, dificultad para concentrarse y alteración en el patrón del sueño; mientras que en las mujeres

puede predominar el estado de ánimo oscilante en irritabilidad y sentimientos de tristeza, desesperanza, entre otros (Pearson et al., 2018. P.8-10).

Con todo lo mencionado con anterioridad se puede concluir que las diferentes enfermedades mentales producen una condición incapacitante en todo el entorno bio-psico-social de la persona que lo padece y que a su vez contribuye como base para que se desencadenen otras enfermedades, constituyendo un factor de riesgo personal y de predisposición genética a futuro. Sin embargo, al realizar la revisión bibliográfica se observa que antes de esta investigación no se tenía registros de estudios a nivel nacional sobre el trastorno mixto ansioso depresivo en población cercana a las zonas fronterizas. Por lo cual, surge la interrogante: ¿En qué condiciones sociodemográficas se da la prevalencia del Trastorno mixto ansioso depresivo dentro de las atenciones hospitalarias del Cantón Macará y Huaquillas en el periodo 2018 al 2021

Y bajo esta interrogante se elaboraron los diferentes objetivos de la investigación siendo el objetivo general: “Contribuir con esta investigación al conocimiento científico, describiendo la prevalencia de las afecciones mentales en las zonas fronterizas de la Región Sur”; y los objetivos específicos: “Describir la prevalencia del Trastorno mixto ansioso depresivo en las atenciones psicológicas y psiquiátricas de los cantones Macará y Huaquillas durante los años 2018 al 2021”, “Identificar las condiciones sociodemográficas de las personas que han sido diagnosticadas con el trastorno mixto ansioso depresivo en la población determinada” y finalmente “Formular programa psicoterapéutico en el trastorno mixto ansioso depresivo”.

Con los objetivos definidos para esta investigación la Universidad Nacional de Loja con el apoyo del Proyecto Prosalud Frontera Sur, se consolidan como pioneros en ofrecer a la comunidad científica información importante y relevante, con interés local, nacional e internacional referente al trastorno mixto ansioso depresivo en la población seleccionada, ya que los resultados obtenidos sirven como referente nacional para estudios posteriores y para la creación e implementación de planes psicoterapéuticos, o proyectos de vinculación con un enfoque en Salud mental en la comunidad, incluyendo el ámbito psicológico y médico.

4. Marco Teórico

4.1 Capítulo 1: Trastorno Mixto Ansioso depresivo F41.2

4.1.1 Definición trastorno mixto ansioso depresivo

A el trastorno mixto ansioso depresivo, lo encontramos en el manual diagnóstico CIE 10, dentro de la categoría de Trastornos de ansiedad. Las características de este diagnóstico obedecen a un estado de ánimo disfórico con una duración de 1 mes mínimo, y que se acompaña de otros síntomas como dificultades de concentración, memoria, alteraciones en el patrón de sueño, irritabilidad, fatiga, llanto fácil, hipervigilancia y baja autoestima, claramente vemos sintomatología tanto ansiosa como depresiva, pero ninguna cumple con los criterios establecidos para diagnosticarse por separado (Asencio, 2011).

El trastorno mixto ansioso depresivo “es el estado de ánimo, acompañado de síntomas que le caracterizan como: trastornos del sueño, fatiga, dificultades de concentración o memoria, irritabilidad, preocupación, llanto fácil, baja autoestima, pesimismo ante el futuro laboral y provoca deterioro de la actividad” (Aguilar & Serpa, 2022.p.23).

Bajo otra definición, las personas que han sido diagnosticadas con el trastorno mixto ansioso depresivo, son pacientes con menos ansiedad que en la ansiedad generalizada y menos depresión que los pacientes con episodios depresivos mayores; se evidencia menos activación fisiológica que los enfermos con trastorno de angustia y, sobre todo, mayor frecuencia de algunos síntomas como dificultades en la concentración, trastornos del sueño, fatiga, pérdida de autoestima y todo ello ocasiona deterioro de la actividad laboral o social, este conjunto de síntomas deben estar presentes aunque sea de modo intermitente y se acompañan también de algunos síntomas vegetativos como temblor, palpitaciones, sequedad de boca, molestias epigástricas, etc. Sin embargo, no debe utilizarse este diagnóstico si sólo aparecen preocupaciones respecto a estos síntomas vegetativos (Zuluaga, 2018, págs. 51,58).

4.1.2 Epidemiología

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de Salud PS (OMS, OPS, 2020). refieren que los problemas relacionados con la depresión y la ansiedad se ubican entre los cinco primeros trastornos que generan mayor carga global de enfermedad, en Latinoamérica y el Caribe; la depresión es la más común con un porcentaje del (5%), seguida por los trastornos de ansiedad (3,4%), la distimia (1,7%), el trastorno obsesivo compulsivo (1,4%), trastorno de pánico y psicosis no afectivas (1% cada una), y trastorno bipolar (0,8%), entre otros

El mismo boletín comenta que aún existe una deficiencia en la atención entre el 60 y el 65% debido a la falta de servicios apropiados, de profesionales de la salud capacitados especialmente en la Atención Primaria, y acompañado también por el estigma social asociado a los trastornos mentales (OMS, OPS 2020).

Al realizar estudios de comparación porcentual se encontró que en Chile el porcentaje de depresión fue el 22,6% y ansiedad 42,3%; en Colombia, los trastornos de ansiedad eran los más prevalentes (25,3%), seguidos de los trastornos del estado de ánimo (14,6%) el trastorno depresivo mayor (12,0%); en México el panorama no es diferente, los trastornos de ansiedad son los más frecuentes en la población en un 11,6%; todos estos datos evidencian que tanto la ansiedad como la depresión siguen ocupando los primeros lugares en los diferentes países (OMS, OPS, 2017).

En otra investigación los resultados arrojados concluyeron que en el subgrupo de adolescentes el segundo principal diagnóstico fue trastorno mixto de ansiedad y depresión, y adicional, la relación que hay entre la adolescencia y éste diagnóstico obedece a la situación crítica por la que atraviesan los jóvenes debido a los fuertes cambios que suceden a nivel fisiológico, hormonal, así como también la vulnerabilidad esperada en esta etapa vital a la presión de diversos grupos sociales y del mundo de consumo que cada día les exige más, hasta el punto de llevarlos a que no se sientan seguros de sí mismos y de su propia identidad, con tendencia a desestabilizarse y rebelarse contra todo tipo de autoridad, así como contra la protección y el control por parte de los padres (Carvajal et al., 2014, pp.51-57).

4.1.3 Etiología

Se han realizado múltiples estudios para poder determinar el origen de estas enfermedades, uno de ellos es el componente genético; en: en el caso de la depresión se han establecido estudios de familias, gemelos y, en menor grado, de adopción. Los parientes en primer grado de pacientes con depresión tienen riesgo de depresión tres veces mayor que los que no tienen una familia con antecedente, así también se demostró que el riesgo en los hermanos era casi 10 veces mayor que el riesgo en hermanos de testigos. En estudios con gemelos, gracias al metaanálisis sistemático se evidencia un 37% de herencia promedio estimada, en el mismo grupo, pero con intervención clínica se demostró un nuevo porcentaje del 70% (McGuffin & Rivera, 2015. p 161).

De acuerdo a (Pérez et al., 2017) la depresión es compleja debido a los diferentes factores psicosociales, genéticos, y biológicos: “entre los factores psicosociales, se ha observado que los primeros episodios depresivos aparecen después de algún evento estresante,

y el estrés que acompaña al primer episodio produce cambios a largo plazo en la fisiología cerebral y pueden producir variaciones”, estas variaciones pueden ser a nivel estructural o en el funcionamiento de diferentes áreas cerebrales.

La investigación realizada por (Delgado et al., 2021) menciona que la etiología de los trastornos de ansiedad es compleja, sin embargo, recalca la incidencia genética acompañado de factores estresantes ocurridos a lo largo de la vida de un individuo; en este estudio también se recalca la predisposición genética a través de un estudio de 32 gemelos monocigotos y 53 dicigotos. Gracias a esto se han identificado varios genes que influyen en la predisposición el gen RGS2 relacionado con las proteínas G encargadas de la modulación de receptores de serotonina y norepinefrina cerebrales; el gen SLC6A4 responsable de la recaptación de serotonina, localizada en el cromosoma 17. Otros factores para la aparición de la ansiedad han sido estudiados en el neurodesarrollo, se considera que en la primera infancia es la raíz determinante de las futuras posibles alteraciones que podría llegar a padecer y se puede producir correlación con otros trastornos del neurodesarrollo (pp. 23-34).

En el pasado, los trastornos de ansiedad se relacionaban de manera directa con los conflictos intrapsíquicos, en la actualidad ha ocurrido un proceso de aceptación e inclusión multifactorial entre factores biológicos, psicodinámicos, sociales, traumáticos y de aprendizaje, se concluye que su origen se encuentra en anormalidades neuroquímicas genéticas, el efecto de estresores o conductas aprendidas (Reyes, 2010. págs.119,131).

Gráfico 1

Etiología de la Ansiedad



Elaborado por: Jhoselyn Yaguana

Fuente: (Reyes, 2010)

En la publicación de (Dueñas, 2019) menciona que “la ansiedad es considerada un estado subjetivo de aprensión o tensión que puede ser vivenciado como desagradable o amenazador” y los trastornos de ansiedad vendrían a constituir un trastorno psicológicos y neurológicos en donde se presentan formas de miedo y ansiedad anormales y patológicos. Todo esto denota que los diversos estudios concluyen que la etiología de la ansiedad es el resultado de un conjunto multifactorial (pp. 63-66).

4.1.4 Sintomatología ansiosa

Algunos autores afirmaron lo siguiente:

Se puede considerar a la ansiedad como una de las emociones primitivas que han ayudado a la supervivencia de las diferentes especies; la ansiedad ocurre como respuesta ante situaciones percibidas como estresantes o amenazantes, peligro

indefinido, confuso o hasta imaginario, que despierta la activación psicofisiológica que es vista como una respuesta natural modificando el medio biológico, sistema nervioso, sistema conductual y sistema inmunitario; así pues, podemos direccionar la reacción de la ansiedad o estrés a tres niveles de respuesta: fisiológico, cognitivo y conductual:

Dentro de los síntomas psicofisiológicos, tenemos implicaciones del sistema nervioso, sistema autónomo, sistema respiratorio, sistema digestivo y aparato oculomotor; aquí se presentan los siguientes síntomas: cefaleas, mareos, vértigo, alteraciones visuales, amnesia, sofoco, sensación de calor, sudoración excesiva, sequedad de boca, rubor facial, escalofríos, dificultades para respirar (disnea), respiración acelerada y superficial (hiperventilación), disfonía, disfagia, dolor abdominal (por acidosis gástrica, digestiones pesadas, alteraciones de la peristalsis, aerofagia), náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento, tensión muscular, dolor de espalda, articular o contractuales, temblores, hormigueo, parestesias, dificultades de coordinación, fatiga o debilidad muscular (Rodríguez, 2008, pp. 23-52).

De acuerdo a (Langarita & Gracia, 2019) los síntomas cognitivos que aparecen en la ansiedad se relacionan con el rendimiento, la interferencia en la funcionalidad a nivel ocupacional; entre los síntomas están la preocupación, miedo o temor injustificado, intenso y constante, distorsiones de pensamiento, alteración en la concentración, aprendizaje, memoria y toma de decisiones.

4.1.5 Sintomatología depresiva

Cuando se presentan episodios depresivos, vemos el estado de ánimo deprimido o irritable, acompañado de sentimientos de tristeza, vacío, pérdida de interés, alteraciones de sueño, pensamientos de autosabotaje, cambios de peso, falta de energía, y mientras transcurren estos síntomas, la persona que los padece empieza a presentar dificultades en las diferentes áreas de su vida que comprometen su desarrollo personal, familiar, económico, laboral, educativo, entre otros. Finalmente, los episodios depresivos pueden clasificarse desde leves, moderados hasta graves, de acuerdo con el número y la intensidad de los síntomas, y las consecuencias directas en la vida diaria de la persona (Organización Mundial de la Salud 2021). De acuerdo a otros autores:

Los síntomas de la depresión tienen una forma de expresión diferente en los grupos etarios y sexo, por ejemplo: los hombres pueden presentar un amplio estado de ánimo que puede incluir la ira, agresividad, irritabilidad, ansiedad, desasosiego, pérdida de interés, pensamientos de suicidio, consumo problemático de alcohol y uso de drogas,

tendencia a actividad sexual de riesgo; síntomas físicos como fatiga, dolores, cefaleas y problemas gastrointestinales; su capacidad cognitiva también se compromete, observamos dificultad para completar tareas, retraso en las respuestas, dificultad para concentrarse y alteración en el patrón del sueño; en las mujeres el estado de ánimo que predomina es el irritable, sentimientos de tristeza, desesperanza, pérdida de interés en compromisos sociales, aparición de ideas suicidas, pensar o hablar más lentamente forman parte de las habilidades cognitivas disminuidas; los síntomas físicos que se presentan son disminución de la energía, mayor fatiga, cambios en el apetito, cambios de peso, molestias, dolor, cefaleas, aumento de calambres.

En los niños el estado de ánimo que aparece bajo un estado depresivo es irritabilidad, ira, cambios de humor, llanto, sentimientos de inutilidad, llanto fácil, desesperación, se evidencian dificultades académicas como pelearse con los compañeros, no trabajar o negarse a asistir, también se pueden presentar pensamientos de muerte o suicidio; la somatización de la depresión en niños se muestra a manera de problemas gastrointestinales, cambio en el apetito, pérdida o aumento de peso (Valencia, 2021).

4.1.6 Criterios Diagnósticos

En la clasificación de la CIE10 (Organización Mundial de la Salud, 1994), el trastorno mixto ansioso depresivo aparece dentro de la clasificación de Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos, bajo la codificación F41.2, que se detalla a continuación:

F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo

En categoría debe utilizarse cuando se presenten ambos tipos de síntomas, de ansiedad y de depresión, pero ninguno de ellos predomine claramente. Además, ningún tipo de síntomas está presente hasta el extremo que justifique un diagnóstico por separado. Cuando los síntomas depresivos y ansiosos sean lo suficientemente severos como para justificar un diagnóstico individual de cada tipo, deben registrarse ambos diagnósticos y no utilizar esta categoría: Depresión ansiosa (leve o no persistente).

Nota diagnóstica

Hay tantas combinaciones posibles de síntomas comparativamente leves para estos trastornos, que no se proporcionan unos criterios específicos, aparte de los que se hallan en las descripciones y pautas para el diagnóstico. Se sugiere a los investigadores que deseen estudiar enfermos con estos trastornos que diseñen sus propios criterios a partir de las pautas, en función de las condiciones y finalidades del estudio.

4.2 Tratamiento

4.2.1 Tratamiento Farmacológico

De acuerdo a (Hernández & Barrera, 2021) en la depresión existe una condición neurobiológica, y en los casos moderados y graves es preciso el tratamiento farmacológico con antidepresivos, en donde se busca compensar el sistema de neurotransmisores del cerebro; entre los cuales se encuentran los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), inhibidores de la recaptación de serotonina-norepinefrina (ISRS), antidepresivos atípicos, moduladores de serotonina, inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) y antidepresivos tricíclicos o también conocidos como ATC (pp. 87-88).

Según las referencias de (Pérez, 2017) los medicamentos utilizados para los cuadros depresivos, tomando en cuenta su mecanismo de acción, efectos clínicos y efectos adversos, se muestran a continuación:

Tabla 1
Tratamiento Farmacológico para la depresión

| Grupo | Mecanismo de acción antidepresivo | Fármacos | Efectos clínicos | Efectos adversos comunes |
|-----------------------|---|---|---------------------------------------|---|
| ISRS | Inhibición de SERT | Fluoxetina, sertralina, fluvoxamina, paroxetina, citalopram, escitalopram | Antidepresivo, ansiolítico | Náusea, diarrea, boca seca, disfunción sexual, ansiedad inicial |
| IRSN | Inhibición de SERT y NAT | Venfalaxina, desvenfalaxina, duloxetina, minacipran | Antidepresivo, ansiolítico | Cefalea, insomnio, náusea, diarrea, hiporexia, disfunción sexual, aumento de la tensión arterial |
| IRND | Inhibición de NAT y DAT | Bupropión (anfebutamona) | Antidepresivo, ansiolítico | Boca seca, constipación, náusea, hiporexia, insomnio, cefalea, ansiedad, aumento de la tensión arterial |
| ISRN | Inhibición de NAT | Reboxetia, atomoxetina | Antidepresivo, ansiolítico | Hiporexia, insomnio, mareo, ansiedad, boca seca, constipación, náusea, disfunción sexual |
| AMT | Agonismo de MT ₁ /MT ₂ | Agomelatina | Antidepresivo, ansiolítico | Náusea, mareo, somnolencia, cefalea |
| Aa₂ | Antagonismo a-2 | Mirtazapina | Antidepresivo, ansiolítico | Aumento del apetito, boca seca, constipación, sedación, mareo, hipotensión |
| AIRS | Inhibición de SERT y antagonismo de 5-HT _{2A/2C} | Trazodona | Antidepresivo, ansiolítico, hipnótico | Náusea, edema, visión borrosa, boca seca, constipación, mareo, hipotensión |

| | | | | |
|------------|--|---|--|--|
| ATC | Inhibición de SERT Y NAT | Amitriptilina, Imipramina, despramina | Antidepresivo, ansiolítico | Visión borrosa, constipación, aumento del apetito, boca seca, náusea, diarrea, fatiga, sedación, disfunción sexual, aumento de la tensión arterial |
| MM | Inhibición de SERT, agonista 5-HT 1A/1B/1D, antagonista 5-HT ₇ | Vortioxetina | Antidepresivo, procognitivo, ansiolítico | Náusea, cefalea, mareo, boca seca |

Elaborado por: Rodrigo Pérez

Fuente:(R. Pérez, 2017, p.10).

La utilización de antidepresivos como la Imipramina, venlafaxina retard, trazodona y paroxetina en el tratamiento para el trastorno mixto ansioso depresivo ha mostrado mejores resultados que con la utilización de benzodiacepinas; se sostiene que la utilización de estas últimas va de acuerdo a la cronicidad o intensidad de los síntomas y tomando en consideración los efectos adversos que puede acarrear como la dependencia farmacológica, accidentes de trabajo y sedación. Otra opción también puede ser la buspirona, que, aunque su mecanismo de acción en el organismo es más lento en comparación a las benzodiacepinas, los efectos secundarios son menos desagradables (Gonçalves et al., 2003, pp. 103-104).

El uso excesivo de ansiolíticos y benzodiacepinas como el alprazolam y el clonazepam tienen diversos efectos, “ambos ansiolíticos proporcionan un rápido alivio de la sintomatología”, pero a su vez los efectos secundarios como la ataxia, hipotonía muscular, somnolencia, depresión respiratoria, etc., a largo plazo pueden convertirse en tolerancia, abusos, síndrome de abstinencia y dependencia” por lo tanto esto nos indica que se debería buscar otras opciones tratando de reducir los efectos secundarios o adversos (Rodríguez, 2018, p.4).

Hernández & Barrera (2021), mencionan:

En cuanto al tratamiento para el trastorno depresivo asociado con ansiedad el tratamiento con paroxetina, sertralina, escitalopram e ISRSN ha evidenciado alta eficacia. También se destaca el uso de las benzodiacepinas y pregabalina; las benzodiacepinas reducen síntomas emocionales y somáticos y limita agitaciones en un tiempo corto, sin embargo presentan un riesgo alto a la dependencia; también se usa como un complemento al tratamiento inhibidores de recaptación de la Serotonina; por otro lado, en el tratamiento con la pregabalina, se busca la inhibición de los canales de calcio; cuyos efectos secundarios son la sedación y mareos, pero aun así es el preferido en comparación a las benzodiacepinas (p. 90).

4.2.2 *Tratamiento No Farmacológico*

4.2.2.1 *Psicoterapia*. La American Psychological Association define a la psicoterapia como un tratamiento de colaboración entre un individuo y un psicólogo, en donde el profesional usa técnicas validadas científicamente para poder guiar al paciente o cliente a cuidar y promover bienestar y una buena salud mental. La psicoterapia puede ayudar a al tratamiento de las diversas afecciones mentales, mediante la modificación de pensamientos, emociones e impulsos negativos o que generan un problema en la persona (APA, 2023).

4.2.2.2 *Terapia Cognitivo Conductual*. Según Mosquera Valdez (2020). Este tipo de terapia modifica la conducta y pensamiento a través de diversas técnicas que se aplican de manera individual como grupal. Por ejemplo, en adultos el tratamiento abarca seis meses con 21 sesiones totales, cada sesión con una hora de duración, adicional a la totalidad de las sesiones la persona debe asistir a cinco talleres grupales como refuerzo de las habilidades aprendidas, y conforme pasen las sesiones, se extenderá la periodicidad de las mismas para evitar la dependencia profesional.

El objetivo general de la terapia cognitiva para el trastorno de ansiedad es “la reducción de la frecuencia, intensidad y duración de los episodios de preocupación que generarán una reducción asociada de los pensamientos intrusos ansiosos automáticos y de la ansiedad generalizada. Esto se logrará modificando las valoraciones y las creencias generalizadas” (Zuluaga Hurtado, 2018).

4.2.2.3 *Técnicas de relajación*. De acuerdo a (Rodríguez, 2018) las técnicas de relajación buscan reducir la intensidad de los síntomas ansiosos mediante la respiración y la tensión de diferentes grupos musculares los efectos de esta técnica en tres niveles: El nivel psicofisiológico que engloba las respuestas corticales, visceral y somático; el nivel conductual centrado en el comportamiento o conductas y el nivel cognitivo que procesa los pensamientos y cognición del individuo. Lo bueno de estas técnicas es que nos dan la oportunidad que sean autodirigidas o también dependiendo del caso se requiera la ayuda de un profesional.

La siguiente clasificación de las técnicas de respiración es gracias a (Íncera, 2021) y (Rodríguez, 2018):

- **Respiración diafragmática:** Utiliza la respiración profunda o diafragmática para lograr reducir la ansiedad y el nivel de sobre activación fisiológica; es una técnica que se puede realizar solo o mediante guía.

- **Relajación progresiva de Jacobson:** se basa en el reconocimiento de qué músculos están tensos, hiperactivados, y se buscará destensarlos de manera progresiva por medio de diferentes grupos. Gracias a esta tensión y relajación vamos a poner disminuir el ritmo cardiaco, respirar más lento y disminuir la activación simpática.
- **Entrenamiento Autógeno de Schultz:** esta técnica tiene su base en la autogestión, pues como principio se tomó a la hipnosis. Schultz consideraba que podríamos llegar a alcanzar un estado pleno, pero siendo consciente todo el tiempo. Cabe mencionar que estos ejercicios se pueden trabajar de forma individual bajo la supervisión de un psicólogo, y se puede aprender de forma autodidacta
- **Relajación con imaginación:** en esta técnica usamos la imaginación como una herramienta para la reducción de la actividad psicofisiológica, se recurrirá a la creación y evocación de escenas relajantes, momentos, experiencias, imágenes, etc.
- **Mindfulness:** esta técnica tiene su origen en el budismo, busca lograr un estado profundo de conciencia utilizando la respiración, el ambiente, las emociones, sensaciones, sentimientos y pensamientos. Por lo tanto, no solo se da un entrenamiento en la relajación, sino que también se acompaña de la energía y actitud vital que nos permite centrarnos en el presente.

4.3 Capítulo 2: Modelo de Atención Integral en Salud del Ecuador

4.3.1 Nivel Prehospitalario

4.3.1.1 Primer Nivel de Atención. De acuerdo con la normativa vigente los establecimientos de salud del Primer Nivel prestan “servicios de promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación de la salud, rehabilitación y cuidados paliativos, brindan atención de urgencia y emergencia, aseguran la continuidad y longitudinalidad de la atención” Ministerio de Salud Pública (2015).

El primer nivel comprende seis niveles de complejidad e incluye a las unidades móviles, “están conformados por puestos de salud y centros de salud, siendo estos la puerta de entrada al sistema nacional de salud, mismos que brindan atención de salud en un 80%” MSP (2022, p.5).

4.3.1.1.1 Funciones. Este nivel es el más cercano a la ciudadanía, va encaminado a la promoción de acciones en Salud Pública, de forma ambulatoria, para resolver problemas de salud a corta estancia MSP (2015).

4.3.1.1.2 Tipología de Servicios en Salud Mental. De acuerdo al modelo de Atención de Salud Mental de la entidad rectora de la salud en el Ecuador (Ministerio de Salud Pública, 2014), se menciona la tipología de los servicios en salud mental correspondientes al primer nivel, en la siguiente clasificación:

Consultorio psicológico, Centros tipo A (apoyo de psicología), Centros tipo B (atención psicológica) Centros tipo C (servicio de psicología y Psicorrehabilitación de base comunitaria y CATAD) Centro de Atención Psicosocial (CAPS) y Unidad móvil de atención psicológica (p88).

4.3.1.2 Segundo nivel de atención. De acuerdo al Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS), dentro de este nivel se incluye todas las acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y aquéllas que requieran hospitalización; en este nivel encontramos a su vez 4 niveles de complejidad y se incluye las unidades móviles, así pues, tenemos: Consultorios de especialidades clínico- quirúrgico médico u odontológico, Centro de especialidad, Centro clínico- quirúrgico ambulatorio (Hospital del día), Hospital Básico, Hospital General, Unidades móviles, Laboratorio clínico de especialidades de mediana complejidad (MSP, 2012, p.84).

4.3.1.1.1 Funciones. Este nivel comprende acciones de atención ambulatoria especializada y aquellas que requieran hospitalización, tiene como adicional los servicios de cirugía ambulatoria, hospital del día y centro clínico quirúrgico ambulatorio, así también da cobertura a comunidades distantes y a lugares donde no exista atención (MSP, 2015, p. 87).

4.3.1.1.2 Tipología de Servicios en Salud Mental. Consultorio de especialidad (psiquiatría), Unidad de Salud Mental en Hospital General y Básico; la atención ambulatoria de la especialidad de psiquiatría puede ser pública o privada, contendrá un stock de insumos adecuados, se trabajará en un horario de 8 horas diarias; la unidad de salud mental en los hospitales generales y básicos tiene profesionales capacitados para la evaluación psicológica, médica y social, brindará atención a personas con casos agudos de abusos de sustancias, episodios psicóticos, trastornos emocionales graves, casos derivados de Centros de atención psicosocial desde las unidades de primer nivel y además promoverá la salud mental mediante programas de prevención y psicoeducación intramural (MSP, 2014, pp. 90-91).

4.3.1.3 Tercer nivel de atención. De acuerdo al MSP (2012) este nivel incluye a los establecimientos que prestan servicios de atención de salud de especialidad y subespecialidad, en forma ambulatoria o con internación/hospitalización; “Se incluye prestaciones de

promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación de la salud, rehabilitación y cuidados paliativos. Además, cuenta con apoyos diagnósticos y terapéuticos de alta complejidad en consonancia con las especialidades y subespecialidades que posee” (p.90).

4.3.1.1.1 Funciones. Resuelve los problemas de salud de alta complejidad ya que tiene recursos de tecnología de primera y servicio de intervención quirúrgica de alta severidad como por ejemplo trasplantes, cuidados intensivos (Ministerio de Salud Pública MSP, 2015, p.6).

4.3.1.1.2 Tipología de Servicios en Salud Mental. En este nivel los hospitales psiquiátricos y los hospitales de especialidades, atienden casos que no han tenido la atención adecuada en el nivel dos. El objetivo central es la compensación de crisis agudas, disminuir o evitar la cronificación de los usuarios psiquiátricos; una vez que se logra estabilizar al paciente se lo integrará nuevamente a su hogar o núcleo familiar o social, pero con el respectivo acompañamiento en el segundo o primer nivel (Ministerio de Salud Pública MSP, 2014, p.92).

4.4 Capítulo 3: Datos sociodemográficos

En los diferentes estudios nacionales e internacionales se ha tratado de determinar y demostrar como las características sociodemográficas: rango de edad, sexo, ocupación, estado civil, se encuentran asociadas tanto a la depresión como la ansiedad. Los datos demográficos de salud son necesarios para la planificación y evaluación de la salud de distritos, regiones y países para que, en base a los resultados y necesidades, se puedan generar políticas públicas, y de la misma manera, planificar ensayos clínicos a gran escala (Sacoor, 2021).

4.4.1 Edad

De acuerdo a dos entidades importantes de la Salud a nivel mundial (OPS, OMS, 2021) “hacer investigaciones con niños en el ámbito de la salud es un imperativo ético cuyo fin es proteger su bienestar, mejorar su salud y lograr un trato equitativo”.

De manera análoga los autores Moscoso y Díaz (2017) en su investigación sobre aspectos éticos en la investigación cualitativa en niños comentan que la incorporación de este grupo etario a los diferentes estudios cualitativos como cuantitativos, nos permite no solo brindar información oportuna del tema a investigar, sino que también nos permite conocer y entender la visión que tienen los niños acerca de sus experiencias de vida y a su vez permite a los investigadores plantear nuevos retos y responsabilidades (p.53).

Otro estudio sugiere que “la ansiedad es una de las formas más frecuentes de psicopatología en la infancia y adolescencia, presentando tasas de prevalencia entre un 10 y 20%, por encima de la depresión” especificando además que el inicio de la ansiedad se da en la infancia y adolescencia, con un curso progresivo y recurrente, persistente y crónico, y

enfatan que un diagnóstico temprano al igual que su tratamiento pueden reducir el impacto que tendrá a futuro en la vida adulta (Sánchez, 2020, p. 16).

Los estudios con adolescentes sobre ansiedad y depresión han puesto de manifiesto que las diferentes dificultades como retrasos académicos, afectivos y de conducta; la migración, la disfunción familiar, los embarazos prematuros entre otros como factores influyentes para el desarrollo de la personalidad, y que a su vez son los causantes de la aparición de cuadros ansiosos como depresivos (Basantes et al., 2021, p.188).

A esta última idea se suman algunas cifras del Instituto Nacional de la Salud, en donde nos refleja resultados en estudios con población adolescente ya que cerca de 1 de cada 3 adolescentes entre las edades de 13 y 18 puede tener un trastorno de ansiedad y que dichas cifras han sufrido cambios entre los años 2007 y el 2012; en estos años los trastornos de ansiedad en los niños y adolescentes aumentó hasta en un 20 % (McCarthy, 2019).

Refiriéndonos a estudios con adultos y adultos mayores la OMS (2021) establece que en la población mundial cerca del 5% de adultos son afectados por la depresión y el 5.7% son adultos mayores, así mismo refieren que durante el primer año de pandemia la ansiedad y depresión obtuvieron un crecimiento del más del 25%, estos últimos resultados permitieron la formulación de recomendaciones para el Plan de Salud mental 2013-2020.

La directora del Departamento de Salud Mental y Consumo de Sustancias de la OMS instó a todos los países al cambio en el enfoque de la salud mental. Refiriendo que cada uno de ellos tienen oportunidades para progresar correctamente ya sea “formulando políticas y legislación más sólidas sobre salud mental, o introduciendo la salud mental en los seguros médicos, fomentando o fortaleciendo los servicios comunitarios de salud mental o integrando la salud mental en la atención general de salud” (OMS, 2022a).

4.4.2 Sexo

Según la Organización Mundial de la Salud (2018), el sexo hace referencia a las características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres; mientras que el género habla sobre los roles, las características y oportunidades definidos por la sociedad que se consideran apropiados tanto para niñas, niños, hombres, mujeres y personas con identidades no binarias. Por lo tanto, hombre y mujer corresponde a categorías de sexo y masculino y femenino son categorías de género

De acuerdo a (Juárez, 2019) La depresión en hombres y mujeres se expresa en diferente manera, la pérdida del trabajo, el abandono de la pareja, una crisis profesional y problemas en la vida sexual como disfunción eréctil son algunos de los factores que influyen en la aparición

de la depresión, sin embargo, algunos investigadores sugieren que en la estadísticas generales que conocemos podría existir un subregistro dirigido a la población masculina, ya ellos no suelen pedir ayuda profesional por los diferentes roles culturales aprendidos.

Según, (Sánchez, 2020) la depresión en hombres es más difícil de reconocer debido a la resistencia psicológica que hay en ellos, experimentando síntomas como sensación de vacío, autoimagen negativa, conductas autolesivas y tendencia al suicidio, sentimientos de desesperanza y visión pesimista hacia el futuro y el uso de un lenguaje negativo.

En cuanto a los niveles de ansiedad, las mujeres presentan niveles de ansiedad más altos en comparación a los hombres, y los adultos jóvenes que también fueron los que presentaron mayores niveles de ansiedad, seguidos por las personas de 30 a 49 años y los mayores de 49 años; en el caso de las mujeres jóvenes de alrededor de 18 a 29 años son quienes lideran las cifras de niveles altos de ansiedad y de manera similar ocurren en los hombres jóvenes de 18 a 29 años, quienes expresan cifras mayores en comparación a los hombres de 30-49 años, sin embargo, los hombres mayores de 49 años presentaron niveles de ansiedad significativamente más altos que las mujeres de entre 30 y 49 años .(Hermosa et al., 2021, págs. 42, 44).

La Fundación Mayo para la Educación y la Investigación (2022) encontró en sus estudios que “las mujeres son aproximadamente dos veces más propensas que los hombres a sufrir depresión” debido a las diferentes circunstancias que atraviesan a lo largo de su vida, como por ejemplo los cambios hormonales que producen la aparición de sentimientos de depresión y cambios de humor; pero no solo eso, entre los factores biológicos que influyen en la aparición de depresión y ansiedad se encuentran también factores biológicos, hereditarios, experiencias personales y situaciones traumáticas, que sin duda contribuyen a tener un riesgo más alto.

En una revisión sistemática y de metaanálisis desarrollado durante la pandemia por Covid 19, se incluyó a 13 sub estudios con 33 062 participantes en total. Aquí los resultados fueron: 12 estudios con prevalencia combinada (ansiedad, depresión, e insomnio) con un porcentaje del 23.2%; prevalencia de depresión con un porcentaje del 22.8% en 10 estudios. Adicional el análisis de un subgrupo demostró las diferencias de prevalencia respecto al género, que corresponde al personal sanitario femenino, de manera especial las enfermeras, quienes tienen en mayor proporción síntomas afectivos (ansiedad y depresión) respecto al personal masculino, enfermeros y médicos, esto refleja que la tendencia sigue siendo hacia la población femenina (Pappa et al., 2020, pp. 901-907).

Por otro lado (Molés et al., 2019) nos muestran cifras de referencia que denotan la prevalencia en la población femenina presentadas en un análisis descriptivo por sexo, aquí se

encontró que dentro del 30.5% de las personas que presentaban sintomatología depresiva, y el diagnóstico era mayor en mujeres con el 40.1% en comparación a los hombres 19.7% (p. 64).

Los datos estadísticos proporcionados por las diferentes investigaciones nos permiten cuestionarnos sobre la mayor incidencia que existe tanto de ansiedad como depresión en las mujeres, y a su vez, nos permiten crear nuevas intervenciones dirigidas de manera especial a este grupo.

4.4.3 Orientación sexual

El concepto de orientación sexual que otorga (Martín, 2020) en su investigación nos dice que “Es la atracción sexual, romántica o afectiva hacia otras personas. En esta clasificación no se tiene en cuenta ningún aspecto de identidad de género ni sexo” indicando, por lo tanto: heterosexualidad (atracción al género opuesto), homosexualidad (atracción al mismo género), bisexualidad (atracción a ambos géneros), asexualidad (no existe orientación sexual).

“Las minorías sexuales tienen una peor percepción de su estado de salud mental y solicitan más ayuda psicológica. Los estudios demuestran que presentan una mayor prevalencia de problemas psicológicos, principalmente ansiedad, depresión, ideación suicida o abuso de sustancias” (Ruiz et al., 2020, p.199).

Otro grupo de investigadores presentan dos casos en donde denota la importancia de los servicios de atención en salud y salud mental de acorde a la identidad de género y orientación sexual. Detallando así, que el Sistema Nacional de Salud no respondía favorablemente a las necesidades de atención en las personas LGBT debido a la estigmatización. Los pacientes LGBT al mostrarse abiertos sobre su orientación sexual e identidad de género con sus proveedores de atención médica tratantes, tenían más probabilidades de ser discriminados en los servicios y la atención médica, poniendo de manifiesto la falta de capacitación en atención médica culturalmente sensible para el personal que presta servicios a personas LGBT. El segundo caso que nos indica es la prevalencia de trastornos de ansiedad, siendo las mujeres bisexuales quienes experimentaron una angustia psicológica moderada en comparación con el 73% de los hombres gay y el 68% de las mujeres lesbianas (Kyu Choi et al., 2019, págs. 12, 29).

4.4.4 Nacionalidad

La nacionalidad de acuerdo al significado otorgado por la Real Academia Española (2014) es un “vínculo jurídico de una persona con un Estado, que le atribuye la condición de ciudadano de ese Estado en función del lugar en que ha nacido, de la nacionalidad de sus padres o del hecho de habersele concedido la naturalización”.

Otro estudio epidemiológico de (Mena, 2022) publicado en Statista Global Consumer Survey, indicó la prevalencia de los trastornos de ansiedad y depresión durante abril del 2021 y marzo de 2022 bajo el siguiente orden: Suecia 46%, Gran Bretaña 45%, Estados Unidos 43%, Rusia 38%, Brasil 35%, Corea del Sur 34%, Alemania 32%, España 29%, India 28%, Francia 27%, México 26%, China 22%.

Un énfasis especial ha hecho la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022b) para referirse a la movilidad humana en todo el mundo, ya que, con los acontecimientos sociales y políticos de los últimos años, las personas se ven en la necesidad u obligación de salir de sus países de origen y de acuerdo a las estadísticas más de mil millones de personas están en movimiento, es decir 1 de cada 8 personas. De tal manera que el contexto de la migración o movilidad influye en el estado de salud de la persona, ya que los refugiados y migrantes en los países de tránsito se enfrentan a múltiples obstáculos al momento de recibir atención en salud, ya sea por la diferencia cultural, lingüística, situaciones de discriminación, etc.

Las estadísticas aportadas por IWGIA (Grupo Internacional de Trabajo sobre asuntos indígenas, 2022) refieren que en el Ecuador existen más de 1 millón de personas correspondientes a las 14 nacionalidades indígenas, que se encuentran a lo largo del territorio ecuatoriano en organizaciones locales y regionales.” Las nacionalidades y pueblos indígenas se encuentran habitando la sierra el 68,20%, seguido de la Amazonia (24,06%), y solo un 7,56% se los encuentra en la costa”. La autoidentificación para las nacionalidades indígenas que se tomó como referencia para el último censo en el 2010 fueron: Tsáchilas, Chachi, Epera, Awa, Kichwas, Shuar, Achuar, Shiwiar, Cofán, Siona, Secoya, Zápara, Andoa y Waorani.

4.4.5 Etnia

De acuerdo a la Real Academia Española (2022) la etnia es definida como “comunidad humana definida por afinidades raciales, lingüísticas, culturales, etc.”, por lo tanto, cuando hablamos de etnia nos referimos al conjunto de personas que se agrupan por comunidades de acuerdo a características similares que comparten como la raza, el idioma, cultura, entre otras.

Los resultados del sexto censo en el Ecuador realizados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC, 2010) indicaron que dentro del cantón Huaquillas existen varios grupos étnicos con los siguientes porcentajes: Indígenas 0,46%, Afroecuatorianos 6.47%, Montubios 3.55%, Mestizos 82.27%, Blancos 7.00% y otros 0.25%. En el cantón Macará: Indígenas correspondía al 0.17%, Afroecuatorianos al 4.86%, Montubios al 0.36%, Mestizos al 89.02%, Blancos al 5,42% y Otros 0,17%.

5. Metodología

5.1 Área de estudio

El área de influencia del estudio fueron los centros operativos del Ministerio de Salud Pública en los cantones Huaquillas y Macará, en las provincias El Oro y Loja; la información se corresponde a las bases de datos provenientes del Registro diario automatizado de consultas y atenciones ambulatorias (RDCAA) y la Plataforma de Registro en Atención en Salud (PRAS), para el periodo 2018- 2021.

Los centros de salud en donde se realizó esta investigación incluyó tanto al área de psicología y psiquiatría, los cuales son:

Unidades operativas de salud del cantón de Huaquillas:

- IESS – Centro de Salud B – Huaquillas
- Centro de Salud “La Paz”
- Centro de Salud Tipo A “18 de noviembre”
- Hospital Básico de Huaquillas

Unidades operativas de salud del cantón Macará:

- Hospital Básico de Macará
- Centro de Salud Tipo A “Fronteras Saludables”
- Unidad Anidada Macará

5.2 Enfoque

El enfoque de esta investigación fue de carácter cuantitativo, ya que permitió recolectar, filtrar y tabular la información, para la obtención de los resultados y cumplir con los objetivos y productos programados; así como, el análisis estadístico con la interpretación acorde a las categorías de estudio.

5.3 Tipo y diseño de investigación

El diseño de la investigación, en el presente estudio, es de tipo no experimental, debido a que se utilizó variables, tal cual como se presentan en el contexto, sin alterar o modificar el objeto de investigación, para posteriormente proceder al respectivo análisis. Es de corte transversal, porque determina la prevalencia del problema planteado en un periodo de estudio determinado, que al final del mismo permitió la formulación de un programa psicoterapéutico en el trastorno mixto ansioso depresivo, en beneficio de la población participante.

5.4 Unidad de estudio

5.4.1. Universo

El universo de la presente investigación corresponde al número de las atenciones psicológicas y psiquiátricas, registradas en las unidades operativas del Ministerio de Salud Pública de los cantones Huaquillas y Macará, para el periodo 2018- 2021, cuyo diagnóstico es F412 Trastorno mixto ansioso depresivo de acuerdo a la codificación del manual “Trastornos mentales y del comportamiento, décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10)”, específicamente, en pacientes en edades comprendidas entre 0 a 100 años.

Quedando establecida un total de 639 atenciones psicológicas y psiquiátricas con trastorno mixto ansioso depresivo; siendo 441 atenciones correspondientes al cantón Huaquillas y 198 atenciones al cantón Macará.

5.5 Criterios de inclusión y exclusión

5.5.1 Criterios de inclusión

Las personas consideradas en el presente estudio, cumplieron los siguientes criterios:

- Pacientes, hombres y mujeres, en edades comprendidas entre 0 y 100 años.
- Pacientes atendidos en las áreas de psicología y psiquiatría en las casas de salud de los cantones Huaquillas y Macará, que hayan recibido el diagnóstico F41.2 Trastorno mixto ansioso depresivo CIE-10 (OMS, 1994).
- Pacientes ingresados, que consten en las bases de datos Registro diario automatizado de consultas y atenciones ambulatorias (RDACAA) y Plataforma de Registro de Atención en Salud (PRAS), proporcionada por el Ministerio de Salud Pública (MSP).

5.5.2 Criterios de exclusión

Las personas que no se consideraron en el presente estudio, se encuentran dentro de los siguientes criterios:

- Pacientes que no cuentan con información completa en las bases de datos (edad, sexo, nacionalidad, etnia, orientación sexual, provincia, cantón, nivel de atención, año de atención)
- Pacientes que no reciban como diagnóstico F41.2 Trastorno Mixto ansioso depresivo.

- Información de pacientes que se encuentren fuera de los periodos establecidos para el presente estudio.

5.6 Técnicas e instrumentos

5.6.1 Técnicas

Para esta investigación se utilizó tres técnicas principales: La investigación retrospectiva, el análisis de contenido y la revisión bibliográfica.

La investigación retrospectiva fue utilizada para conocer los casos de trastorno mixto ansioso depresivo registrados en las atenciones psicológicas y psiquiátricas en los cantones Huaquillas y Macará durante los años 2018, 2019, 2020 y 2021.

El análisis de contenido se lo realizó para filtrar, clasificar y ordenar la información de las bases de datos, Registro diario automatizado de consultas y atenciones ambulatorias (RDACAA) y Plataforma de Registro de Atención en Salud (PRAS) otorgadas por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador en convenio con el proyecto Prosalud Frontera Sur de la Universidad Nacional de Loja. Dicha información se las categorizó de acuerdo a las variables de estudio: edad, sexo, orientación sexual, nacionalidad, etnia, cantón, año de atención y diagnóstico F412: Trastorno mixto ansioso depresivo. Esto con la finalidad de obtener una nueva base de datos, y posteriormente formular las diferentes asociaciones entre variables.

Finalmente, con la investigación bibliográfica, se pudo consolidar, relacionar, sustentar e inclusive comparar los resultados obtenidos para toda la investigación, así como también, la elaboración del programa psicoterapéutico en el trastorno mixto ansioso depresivo dadas las características de cada cantón.

5.6.2 Instrumentos

Se utilizó las bases de datos Registro diario automatizado de consultas y atenciones ambulatorias (RDACAA) y Plataforma de Registro de Atención en Salud (PRAS), proporcionadas por el Ministerio de Salud y el uso del software estadístico IMB SPSS Statistics v. 26.

5.7 Procedimiento

Para la ejecución del proyecto de investigación, se cumplió las siguientes fases:

Primera fase. Se manifestó el interés de ejecutar la temática en mención en la zona de influencia del proyecto institucional “Fortalecimiento de la Salud y Economía Familiar y

Comunitaria de la Población en movilidad y receptora en la Frontera Sur del Ecuador” (Prosalud Frontera Sur), integrándose nuestro estudio a su portafolio de proyectos.

Segunda fase. Recopilación de información desde las bases de datos Registro diario automatizado de consultas y atenciones ambulatorias (RDACAA) y Plataforma de Registro de Atención en Salud (PRAS), tomando en cuentas las categorías a utilizarse, con un total de 639 atenciones psicológicas y psiquiátricas, considerando las variables: edad, sexo, orientación sexual, nacionalidad, etnia, año de atención, nivel de atención, provincia, cantón y diagnóstico F412 Trastorno mixto ansioso depresivo (diagnóstico emitido en base al CIE-10).

Cabe mencionar que para trabajar con los diferentes grupos etarios se utilizó la clasificación en base al Index Mundi del Ecuador, la misma que se muestra de la siguiente manera: 0-11 años Niñez, 12-17 años Adolescencia, 18-29 años Juventud, 30- 64 años Aduldez, 65-100 años Vejez (Index Mundi & Central Intelligence Agency, 2021).

Tercera Fase. Desde la base de datos Excel, Registro diario automatizado de consultas y atenciones ambulatorias (RDACAA) y Plataforma de Registro de Atención en Salud (PRAS); tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, se exportaron al Software SPSS para el cálculo y análisis descriptivo e inferencial de acuerdo a las variables y codificación respectiva; los cálculos y análisis estadísticos se implementaron de acuerdo a los objetivos propuestos, esto es:

Para el primer objetivo: “Describir la prevalencia del Trastorno mixto ansioso depresivo en las atenciones psicológicas y psiquiátricas de los cantones Macará y Huaquillas durante los años 2018 al 2021” se utilizó tablas de correspondencia con estadísticos de frecuencia con las variables, cantón, año de atención y nivel de atención (ver Tabla 2).

Para el segundo objetivo: “Identificar las condiciones sociodemográficas de las personas que han sido diagnosticadas con el trastorno mixto ansioso depresivo en la población determinada”, se calculó estadísticos descriptivos con las variables: edad (definida por rangos), sexo, orientación sexual, nacionalidad y etnia; estableciendo así las tablas de contingencia en el programa estadístico IMB SPSS v. 26 (Tabla 3. Tabla 4).

Para cumplir el tercer objetivo: “Formular programa psicoterapéutico en el trastorno mixto ansioso depresivo”, se lo estableció en tres fases, iniciando con la socialización del contenido y la metodología del mismo; una siguiente fase considera la Psicoeducación, en donde se busca informar y orientar al paciente y sus familiares sobre el trastorno mixto ansioso depresivo; así como también fomentar la adherencia al tratamiento; y de igual forma, se incluyó un conglomerado de técnicas de intervención para utilizar en las diferentes sesiones, cuyo objetivo es reducir la intensidad de la ansiedad y depresión en el paciente.

En la tercera fase, se ha incluido un apartado destinado a la psicoeducación en la comorbilidad existente entre el trastorno mixto ansioso depresivo y otros trastornos como: el trastorno de ansiedad relacionado con sustancias, trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica, trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno de angustia o trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad o del estado de ánimo; que los encontramos en DSM IV-TR (Sierra et al., 2014). La intención de esta fase es impulsar y/o fomentar la réplica de lo aprendido, en las carteleras existentes en los centros de Salud que forman parte de esta investigación (Ver tabla 5).

Para cumplir el objetivo general: “Contribuir con esta investigación al conocimiento científico, describiendo la prevalencia de las afecciones mentales en las zonas fronterizas de la Región Sur”, se elaboraron tablas de contingencia con 22 categorías para el cantón Huaquillas y 37 categorías para el cantón Macará, categorías correspondientes a los diferentes trastornos mentales encontrados en las atenciones psicológicas y psiquiátricas (Ver Tabla 6) y (Ver Tabla 7).

Cuarta fase. Una vez que se pudo dar respuesta a cada objetivo, se elaboró el primer borrador de este trabajo investigativo para su revisión y correcciones posteriores, se evaluó el contenido y se agregaron conclusiones y recomendaciones tomando en cuenta las necesidades encontradas a lo largo del proceso investigativo. Para finalmente entregar el informe final y realizar la disertación del trabajo de investigación y su posterior publicación en el repositorio de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja.

5.8 Equipo y materiales

- Hojas de papel bond
- Lápices
- Esferos
- Libreta de notas
- Computador
- Impresora

5.9 Análisis estadístico

Para obtener los resultados estadísticos se utilizó el programa IBM SPSS v.26, en donde se determinaron medidas de frecuencia y estadísticos descriptivos, para conocer la prevalencia del trastorno mixto ansioso depresivo en la población objeto de estudio, de acuerdo a los objetivos planteados y las variables tomadas a consideración. Se construyeron tablas de

frecuencia y contingencia con respecto a las variables sociodemográficas de acuerdo a la problemática en estudio, así como el análisis e interpretación correspondiente a cada objetivo y resultado.

6. Resultados

6.1. En cumplimiento al primer objetivo específico

“Describir la prevalencia del trastorno mixto ansioso depresivo, en las atenciones psicológicas y psiquiátricas de los cantones Macará y Huaquillas durante los años 2018 al 2021”. Se utilizaron tablas de correspondencia con estadísticos de frecuencia de la siguiente manera:

Tabla 2

Prevalencia del Trastorno mixto ansioso depresivo en las atenciones psicológicas y psiquiátricas de los cantones Macará y Huaquillas durante los años 2018 al 2021

| Trastorno mixto ansioso depresivo en las atenciones psicológicas y psiquiátricas, periodo 2018-2021 | | |
|--|------------|-------------|
| Cantones | F | % |
| Macará | 198 | 30,99% |
| Huaquillas | 441 | 69,01% |
| Total | 639 | 100% |

Fuente: Registro diario automatizado de consultas y atenciones ambulatorias y Plataforma de Registro de Atención en Salud

Elaborado por: Jhoselyn de los Angeles Yaguana Collaguazo

Análisis. En cuanto a la prevalencia del trastorno mixto ansioso depresivo en las atenciones psicológicas y psiquiátricas en los cantones Macará y Huaquillas; encontramos que en el cantón Macará se registraron 198 atenciones y en el cantón Huaquillas se registraron 441 atenciones en el trastorno mixto ansioso depresivo en los años 2018 al 2021 (ver tabla 2).

6.2. Condiciones sociodemográficas de las personas que han sido diagnosticadas con el trastorno mixto ansioso depresivo

Para el segundo objetivo “Identificar las condiciones sociodemográficas de las personas que han sido diagnosticadas con el trastorno mixto ansioso depresivo en la población determinada” se utilizaron las siguientes tablas de correspondencia.

Tabla 3

Condiciones sociodemográficas de asociadas al trastorno mixto ansioso depresivo en el cantón Macará

| Cantón Macará | | |
|---------------------------|----------|----------|
| Edad | | |
| | F | % |
| Niñez | 2 | 1,0% |
| Adolescencia | 8 | 4,0% |
| Juventud | 33 | 16,7% |
| Adultez | 134 | 67,7% |
| Vejez | 21 | 10,6% |
| Sexo | | |
| | F | % |
| Hombre | 63 | 31,8% |
| Mujer | 135 | 68,2% |
| Orientación sexual | | |
| | F | % |
| Heterosexual | 101 | 51% |
| No sabe/ No responde | 97 | 49% |
| Nacionalidad | | |
| | F | % |
| Ecuatoriano/a | 110 | 55,6% |
| Peruano/a | 2 | 1% |
| No sabe/ No responde | 86 | 43,4% |
| Etnia | | |
| | F | % |
| Mestizo/a | 109 | 55,1% |
| Blanco/a | 1 | 0,5% |
| No sabe/ No responde | 88 | 44,4% |

Fuente: Registro diario automatizado de consultas y atenciones ambulatorias y Plataforma de Registro de Atención en Salud

Elaborado por: Jhoselyn de los Angeles Yaguana Collaguazo

Análisis: Respecto a las condiciones sociodemográficas asociadas al trastorno mixto ansioso depresivo que se encontradas en el cantón Macará durante el período 2018-2021, los grupos etarios prevalentes se ubican en el siguiente orden: adultez con el 67,7% y juventud 16,6%. La prevalencia del trastorno mixto ansioso depresivo se encuentra en las mujeres correspondiente al 68,2%; así mismo la prevalencia de acuerdo a la orientación sexual es la población que se identifica como heterosexual con el 51%. Finalmente, se encontró, que en este cantón la mayoría de pacientes con trastorno mixto ansioso depresivo son ecuatorianos con el 55,6% y cuya autoidentificación étnica es mestiza, correspondientes al 55,1% (Ver tabla 3).

Tabla 4.

Condiciones sociodemográficas asociadas al trastorno mixto ansioso depresivo en el cantón Huaquillas

| Provincia El Oro: Cantón Huaquillas | | |
|--|----------|----------|
| Edad | | |
| | F | % |
| Niñez | 0 | 0 |
| Adolescencia | 25 | 5,7 |
| Juventud | 91 | 20,6% |
| Adultez | 283 | 64,2% |
| Vejez | 42 | 9,5% |
| Sexo | | |
| | F | % |
| Hombre | 87 | 19,7% |
| Mujer | 354 | 80,3% |
| Orientación sexual | | |
| | F | % |
| Heterosexual | 353 | 80 |
| No sabe/ No responde | 88 | 20 |
| Nacionalidad | | |
| | F | % |
| Ecuatoriano/a | 405 | 91,8% |
| Peruano/a | 25 | 5,7% |
| Colombiano/a | 3 | 0,7% |
| Salvadoreño/a | 2 | 0,5% |
| Venezolano/a | 6 | 1,4% |
| Etnia | | |
| | F | % |
| Mestizo/a | 428 | 97,1% |
| Blanco/a | 1 | 0,2% |
| Negro/a | 1 | 0,2% |
| No sabe/ No responde | 11 | 2,5% |

Fuente: Registro diario automatizado de consultas y atenciones ambulatorias y Plataforma de Registro de Atención en Salud

Elaborado por: Jhoselyn de los Angeles Yaguana Collaguazo

Análisis: Respecto a las condiciones sociodemográficas asociadas al trastorno mixto ansioso depresivo consideradas para el estudio en el cantón Huaquillas durante el período 2018-2021, se establecieron: grupos de etarios de edad prevalente, entre ellas, juventud con el 20,6% y adultez con el 64,2%, encontrándose una mayor proporción en las mujeres correspondientes al 80,3%. Tomando en cuenta la orientación sexual, es la población heterosexual la que predomina, con el 80%. Así mismo, se identificaron a pacientes ecuatorianos 91,8%, peruanos 5,7%, colombianos 0,7%, venezolanos 1,4% y salvadoreños 0,5% diagnosticados con el trastorno mixto ansioso depresivo, cuya autoidentificación étnica es mestiza con un porcentaje del 97,1% (ver tabla 4).

6.3. En respuesta al tercer objetivo

“PROGRAMA PSICOTERAPÉUTICO EN EL TRASTORNO MIXTO ANSIOSO DEPRESIVO”

Introducción

El trastorno mixto ansioso depresivo fue introducido en la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10 en el año 1992 dentro del capítulo V: Trastornos mentales y del comportamiento, bajo la categoría nosológica de los trastornos de ansiedad, cuya codificación es F412. Para poner emitir este diagnóstico dentro del cuadro deben estar presentes síntomas tanto de ansiedad como depresión, pero ninguno debe ser lo suficientemente exacerbante, como para diagnosticarse por separado (American Psychiatric Association, 2022).

A pesar de que es un cuadro frecuente en la práctica clínica, no aparece como una categoría individual dentro del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en sus diferentes ediciones, (DSM- IV) o (DSM V). Pero aparece en el DSM IV-TR, dentro del Trastorno de ansiedad no especificado, en donde a su vez se menciona la comorbilidad existente entre el trastorno mixto ansioso depresivo y otros trastornos mentales como: trastorno de ansiedad relacionado con sustancias, trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica, trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno de angustia o trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad o del estado de ánimo (Sierra et al., 2014).

En el cantón Macará y el cantón Huaquillas, el trastorno mixto ansioso depresivo está presente en toda la población objetivo de esta investigación, y, por lo tanto, el presente programa psicoterapéutico se ha diseñado tomando en cuenta esta realidad.

Objetivo General

Elaborar un programa psicoterapéutico para pacientes diagnosticados con trastorno mixto ansioso depresivo, de acuerdo a las atenciones psicológicas y psiquiátricas de los cantones Macará y Huaquillas.

Objetivos Específicos

- Explicar a través de la psicoeducación el trastorno mixto ansioso depresivo y fomentar la adherencia al tratamiento
- Enseñar técnicas que permitan reducir la sintomatología ansiosa y depresiva
- Informar sobre la aparición de trastornos mentales comórbidos al trastorno mixto ansioso depresivo.

Tabla 5.

Programa Psicoterapéutico en el Trastorno mixto ansioso depresivo

| ACTIVIDAD | TEMAS A ABORDAR | OBJETIVOS | TÉCNICAS | DESCRIPCIÓN | RESPONSABLE |
|---|--|---|--|--|--------------------------------------|
| CONVOCATORIA | | | | | |
| Presentación del Plan Psicoterapéutico en el trastorno mixto ansioso depresivo, al área de salud mental y selección de participantes | Propuesta psicoterapéutica para pacientes diagnosticados con trastorno mixto ansioso depresivo | Presentar el programa psicoterapéutico a los profesionales del área de salud mental, indicando la metodología y el grupo objetivo | <ul style="list-style-type: none"> Técnicas didácticas | Las técnicas didácticas nos indica, la forma en que se impartirán los diferentes contenidos conceptuales, procedimientos o actitudes que conforman el programa de una asignatura, y dentro de ellas se encuentran: la exposición, estudios de caso, entrevista, lectura comentada, philipps 66, entre otras (Garcés et al., 2022). | Jhoselyn Yaguana |
| FASE 1: PSICOEDUCACIÓN | | | | | |
| Taller: “¿Qué es lo que me pasa?” | Diagnóstico: <ul style="list-style-type: none"> ¿Qué es el trastorno mixto ansioso depresivo? Causas y consecuencias | Explicar a través de la psicoeducación la aparición del Trastorno mixto ansioso depresivo y fomentar la importancia del tratamiento | <ul style="list-style-type: none"> Técnicas Narrativas: Retroalimentación | <p>Para la relación terapéutica la utilización del rapport será fundamental pues nos sirve como una dinámica de comunicación concreta; que se acompaña de la empatía, que es un conjunto de predisposiciones que nos llevan a comprender cómo se siente y piensa una persona, favoreciendo así la relación terapéutica (Escaño, 2021).</p> <p>Desde un enfoque terapéutico, las técnicas narrativas sitúan al individuo “cómo el experto de su historia, pues se considera que todas las personas cuentan con habilidades, creencias y valores para reducir la influencia de sus problemas, optimizando su percepción y confianza personal (Glover, 2019).</p> | Profesional del área de salud mental |
| <p>Nota: Para esta actividad se utilizará un recurso denominado “Hoja informativa” que tiene como referencias a</p> | | | | | |

(González et al., 2020; Sáiz et al., 2022), esta hoja se encuentra en (Anexo 6)

| | | | | | |
|---|---|--|--|--|---|
| <p>Encuadre terapéutico</p> | <p>Tratamiento existente para el trastorno mixto ansioso depresivo</p> | <p>Incentivar la disposición al cambio y la adherencia al tratamiento</p> | | <p>La escucha activa es una habilidad que requiere un esfuerzo de nuestras capacidades cognitivas, empatía y consciencia, que nos sirve para establecer un ambiente tranquilo e idóneo para la consulta psicológica y que implica prestar atención al lenguaje verbal y no verbal (García, 2022).</p> <p>Nota: Para esta actividad se creó un tríptico informativo (Anexo 10).</p> | <p>Profesional del área de salud mental</p> |
| <p>Psicoeducación orientada a la familia y/o cuidadores:</p> | <p>Psicoeducación a familiares y/o cuidadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué es el trastorno mixto ansioso depresivo? • Importancia del apoyo familiar para el paciente | <p>Orientar a la familia sobre el Trastorno Mixto ansioso depresivo e incentivar a la inclusión en el proceso terapéutico</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación a la familia | <p>La psicoeducación a la familia, surge gracias a George Brown quien describió que mientras más asilados, hostiles, y críticos sean los familiares, eran más frecuentes las recaídas en los pacientes. Adicional se indica que la psicoeducación tiene como finalidad que el profesional de salud mental proporcione a los familiares del paciente información con base científica acerca de la enfermedad mental a tratarse o en tratamiento (Godoy et al., 2020).</p> <p>Nota: Para esta actividad se utilizará la hoja y el tríptico informativo (Anexo 6 y Anexo 10)</p> | <p>Profesional del área de salud mental</p> |
| <p>Psicoeducación orientada a la familia y/o cuidadores: Taller “Conociendo nuestro entorno”</p> | <p>Psicoeducación a familiares y/o cuidadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Empatía y Sensibilidad | <p>Evaluar el nivel de conocimiento adquirido sobre el Trastorno mixto ansioso depresivo e incentivar al desarrollo de la empatía.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación • Retroalimentación • Confrontación | <p>El recurso hoja de la verdad fue creado por autoría propia para utilizarlo en conjunto con técnicas de intervención como la escucha activa, rapport y empatía, psicoeducación, retroalimentación y confrontación.</p> <p>De acuerdo a (Rodrigo, 2021) la confrontación le permite al paciente promover el conocimiento, la conciencia y la comunicación abierta, así como también</p> | <p>Profesional del área de salud mental</p> |

| | | | | | |
|--|---|--|---|--|--|
| | | | | <p>promueve cambios en el comportamiento y emociones, sin embargo, el profesional debe saber el momento adecuado para utilizarlo ya que puede crear barreras en la comunicación y hacer que el paciente o cliente se cohíba o se cierre, afectando a la relación terapéutica o la intervención clínica.</p> <p>Nota: Utilizar los recursos creados (Anexo7 y Anexo 8).</p> | |
| Taller “Resolución de conflictos” | Resolución de conflictos y comunicación asertiva. | Ofrecer alternativas a los familiares de pacientes con trastorno mixto ansioso depresivo, para la resolución de conflictos mediante la comunicación asertiva | <ul style="list-style-type: none"> • Teoría ABC • Comunicación asertiva: Hoja informativa: Habilidades de comunicación (Therapist Aid LLC, 2022). | <p>La Teoría ABC de conducta creado por Albert Ellis en 1962, en donde cada letra implica un paso a realizar: A) es el acontecimiento activador, B) Es el sistema de creencias o pensamientos irracionales y C) son las consecuencias emocionales o conductuales. Con este modelo se puede comprender porque una persona se puede comportar de forma disfuncional ante un evento y, una vez que se entiende su pensamiento y conducta, se puede trabajar para modificarlo y hacerlo más adaptativo (Montagud, 2019). Nota: Utilizar hoja Teoría ABC (Anexo 9).</p> <p>“La comunicación asertiva consiste en cuidar el contenido y la forma de las ideas que expresamos sin atacar a los demás”(Carrillo, 2019). Nota: Utilizar “Hoja informativa: Habilidades de comunicación” (Anexo 11).</p> | <p>Profesional del área de salud mental</p> <p>Familiares y/o cuidadores</p> <p>Paciente</p> |
| Role Playing: “En los zapatos del otro” | Empatía y Resolución de conflictos | Favorecer la comunicación asertiva en la familia e incentivar la validación del estado de ánimo de | <ul style="list-style-type: none"> • Role Playing | <p>Esta sesión se iniciará con la dinámica: “Tejiendo la red” ya que favorece el autoconocimiento, y la interacción grupal, la posibilidad de que los integrantes puedan expresar sus necesidades; es ideal</p> | <p>Profesional del área de salud mental</p> <p>Familiares y/o cuidadores</p> |

cada uno de los integrantes

para realizarla en grupos pequeños y grandes (Dinámicas Grupales, 2022).

El role Playing o juego de roles es una técnica de dramatización aplicada en psicoterapia con el objetivo de que los participantes asuman un rol consciente o inconsciente de una situación determinada (Suárez-Cretton et al., 2020).

FASE 2: TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

Técnicas de intervención para el manejo de ansiedad

- Disminuir episodios de ansiedad
- Técnicas de respiración

Disminuir la frecuencia e intensidad de los episodios ansiosos mediante diferentes técnicas de intervención

- Detención del pensamiento
- Técnicas de respiración: respiración profunda, respiración diafragmática
- Entrenamiento Autógeno de Schultz (1959)
- Relajación progresiva de Jacobson
- Grounding (5,4,3,2,1)

La detección del pensamiento “es una técnica cognitivo-conductual que consiste en detener los pensamientos negativos, que nos generan malestar emocional, y sustituirlos por otros más adaptativos” (Llamazares & Serrano, 2019).

Las técnicas de respiración y relajación nos permiten disminuir los episodios de ansiedad y optimizar el bienestar del ser humano (Íncera, 2021), (E. Rodríguez, 2018).

El entrenamiento autógeno de Schultz consiste en seis ejercicios que pueden ser autoaplicados para producir una transformación general del sujeto de experimentación (Guzmán & Daniel, 2018).

La relajación progresiva de Jacobson ha sido ampliamente utilizada para reducir la sintomatología ansiosa, utiliza como complemento técnicas de respiración y se desarrolla en tres fases,

Profesional de salud mental

| | | | | | |
|---|---|--|---|---|------------------------------------|
| | | | | <p>buscando la relajación de los diferentes grupos musculares (Gordillo, 2020)</p> <p>La técnica Grounding (5,4,3,2,1) está diseñada para reducir la ansiedad utilizando nuestros sentidos, con las siguientes instrucciones: 5 cosas que puedas ver, 4 que puedas tocar, 3 que puedas escuchar, 2 que puedas oler y 1 que puedas saborear (Therapist Aid LLC, 2018b).</p> | |
| <p>Técnicas de intervención para el manejo de la depresión</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Episodios depresivos • Autoestima • Higiene del sueño • Habilidades sociales | <p>Disminuir la intensidad de los episodios depresivos y fortalecer autoestima</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Técnicas narrativas: Escritura terapéutica • Higiene del sueño • Habilidades sociales | <p>Se ha demostrado que la escritura terapéutica es beneficiosa en un proceso de intervención ya que le permite al paciente plasmar sus ideas, pensamientos, sentimientos, favoreciendo el proceso de “descarga emocional” y permitiendo al mismo tiempo, ordenar ideas, tomar decisiones y disminuir el estrés (Clemente, 2020).</p> <p>La Higiene del sueño consiste en proponer soluciones o alternativas para poder crear un patrón de sueño o un horario de sueño establecido (Therapist Aid LLC, 2016).</p> <p>Las habilidades sociales son “un conjunto de capacidades y destrezas interpersonales que nos permiten relacionarnos con otras personas de forma adecuada, siendo capaces de expresar nuestros sentimientos, opiniones, deseos o necesidades en diferentes contextos o situaciones, sin experimentar tensión, ansiedad u otras emociones negativas” (Méndez, 2020).</p> | <p>Profesional de salud mental</p> |

Nota: Utilizar “Evaluación del autocuidado” y “Consejos para el autocuidado”:

El objetivo de la evaluación del autocuidado es “ayudar a conocer las necesidades del autocuidado al detectar patrones e identificar qué áreas de la vida necesitan más atención” para luego poder brindar algunos consejos sobre el mismo (Therapist Aid LLC, 2018a) (Therapist Aid LLC, 2020).

(Anexo 12 y Anexo 13)

FASE 3: COMORBILIDAD ENTRE EL TRASTORNO MIXTO ANSIOSO DEPRESIVO Y OTRAS ENFERMEDADES MENTALES

| | | | | | |
|---|---|---|--|--|------------------------------------|
| <p>Charla psicoeducativa: “Más allá del trastorno mixto”</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de ansiedad generalizada Y trastorno de ansiedad debido a afección química • Trastorno de ansiedad relacionado por sustancias • Trastorno Depresivo Mayor • Trastorno Distímico • Trastorno del estado de ánimo | <p>Psicoeducar al paciente y a la familia sobre la comorbilidad existente con otras enfermedades mentales</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Escucha activa • Psicoeducación | <p>Esta sesión se realiza para finalizar el proceso terapéutico, en donde se explicará de manera breve cada una de las temáticas propuestas en una mesa de diálogo. Posterior a ello se realizará una retroalimentación de todo el proceso terapéutico, evidenciando el cambio desde el día uno hasta la última sesión y se concluye con el cierre del plan.</p> | <p>Profesional de salud mental</p> |
| <p>Cartelera informativa “Más allá del Trastorno</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de ansiedad generalizada Y | <p>Exponer en la cartelera del centro de salud, las</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación | <p>Utilizando las carteleras que existen en los diferentes espacios destinados a la psicoeducación en los niveles de atención</p> | <p>Profesional de salud Mental</p> |

| | | | |
|---------------------------------|---|---|--|
| mixto ansioso depresivo” | trastorno de ansiedad debido a afección química <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de ansiedad relacionado por sustancias • Trastorno Depresivo Mayor • Trastorno Distímico • Trastorno del estado de ánimo | diferentes enfermedades mentales que se relacionan con el trastorno mixto ansioso depresivo | 1 y 2, se elaborará un collage informativo indicando la comorbilidad existente entre el trastorno mixto ansioso depresivo y otras enfermedades mentales. |
|---------------------------------|---|---|--|

Elaborado por: Jhoselyn de los Angeles Yaguana Collaguazo

6.4 En respuesta al objetivo general

Para dar cumplimiento al objetivo general: “Contribuir con esta investigación al conocimiento científico, describiendo la prevalencia de las afecciones mentales en las zonas fronterizas de la Región Sur” se realizaron las siguientes tablas de contingencia:

Tabla 6.

Prevalencia de las afecciones mentales en las zonas fronterizas de la Región Sur: Cantón Huaquillas

| AFECCIONES MENTALES DEL CANTÓN HUAQUILLAS | % |
|--|-------------|
| Trastorno mixto de ansiedad y depresión | 19,66 |
| Episodio depresivo leve | 13,27 |
| Episodio depresivo moderado | 13,27 |
| Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable | 7,13 |
| Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol, síndrome de dependencia | 4,91 |
| Trastorno de estrés postraumático | 3,93 |
| Trastorno de ansiedad generalizada | 3,69 |
| Trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo | 2,95 |
| Trastorno psicótico agudo polimorfo, sin síntomas de esquizofrenia | 2,70 |
| Esquizofrenia paranoide | 2,70 |
| Trastorno psicótico agudo polimorfo, con síntomas de esquizofrenia | 2,46 |
| Esquizofrenia, no especificada | 2,21 |
| Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas, trastorno | 1,97 |
| Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos | 1,23 |
| Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas, síndrome de dependencia | 0,98 |
| Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cocaína, síndrome de dependencia | 0,74 |
| Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cocaína, trastorno psicótico | 0,74 |
| Trastorno de ansiedad, no especificado | 0,74 |
| Demencia vascular, no especificada | 0,49 |
| Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides, síndrome de dependencia | 0,49 |
| Trastornos de adaptación | 0,49 |
| Demencia vascular por infartos múltiples | 0,25 |
| TOTAL | 100% |

Fuente: Registro diario automatizado de consultas y atenciones ambulatorias y Plataforma de Registro de Atención en Salud

Elaborado por: Jhoselyn de los Angeles Yaguana Collaguazo

Análisis: Respecto a las afecciones mentales registradas en las atenciones psicológicas y psiquiátricas del cantón Macará, se encontraron 22 categorías, ocupando el trastorno mixto ansioso depresivo el primer lugar, con un porcentaje del 19,66%, luego siguen los episodios depresivos leve y moderado con el 13,27%, el trastorno de la personalidad emocionalmente inestable con el 7,13% y los subsecuentes trastornos mentales. (ver tabla 6).

Tabla 7.

Prevalencia de las afecciones mentales en las zonas fronterizas de la Región Sur: Cantón Macará

| AFECCIONES MENTALES DEL CANTÓN MACARÁ | % |
|---|----------|
| Trastorno mixto de ansiedad y depresión | 22,36 |
| Retraso mental moderado, deterioro del comportamiento nulo o mínimo | 9,68 |
| Esquizofrenia paranoide | 6,51 |
| Psicoterapia, no clasificada en otra parte | 5,11 |
| Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas, síndrome de dependencia | 4,75 |
| Autismo en la niñez | 4,58 |
| Trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje no especificado | 4,40 |
| Esquizofrenia, no especificada | 4,23 |
| Trastorno de ansiedad generalizada | 4,23 |
| Otros trastornos mentales especificados debidos a lesión y disfunción cerebral y a enfermedad física | 3,35 |
| Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol, síndrome de dependencia | 2,82 |
| Demencia en la enfermedad de Alzheimer, de comienzo tardío | 2,64 |
| Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cocaína, síndrome de dependencia | 2,46 |
| Trastorno mixto de las habilidades escolares | 2,64 |
| Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas, estado de abstinencia con delirio | 2,29 |
| Trastorno mental no especificado debido a lesión y disfunción cerebral y a enfermedad física | 2,11 |
| Episodio depresivo leve | 1,58 |
| Trastornos de adaptación | 1,41 |
| Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides, síndrome de dependencia | 1,23 |
| Demencia en la enfermedad de Alzheimer, de comienzo temprano | 1,06 |
| Demencia en la enfermedad de Alzheimer, no especificada | 1,06 |
| Trastorno psicótico agudo polimorfo, con síntomas de esquizofrenia | 1,06 |
| Trastorno hipocondriaco | 0,88 |
| Esquizofrenia indiferenciada | 0,88 |
| Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas, trastorno psicótico | 0,70 |
| Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas, otros trastornos mentales y del comportamiento | 0,70 |
| Demencia vascular, no especificada | 0,70 |
| Demencia en otras enfermedades especificadas clasificadas en otra parte | 0,70 |
| Trastorno de ansiedad, orgánico | 0,70 |
| Demencia, no especificada | 0,53 |

| | |
|--|-------------|
| Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol, uso nocivo | 0,53 |
| Trastorno esquizoafectivo de tipo mixto | 0,53 |
| Demencia en la enfermedad de Alzheimer, atípica o de tipo mixto | 0,35 |
| Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas, estado de abstinencia | 0,35 |
| Esquizofrenia hebefrénica | 0,35 |
| Esquizofrenia simple | 0,35 |
| Demencia en la enfermedad de Parkinson | 0,18 |
| TOTAL | 100% |

Fuente: Registro diario automatizado de consultas y atenciones ambulatorias y Plataforma de Registro de Atención en Salud

Elaborado por: Jhoselyn de los Angeles Yaguana Collaguazo

Análisis: En las atenciones psicológicas y psiquiátricas registradas en el cantón Macará encontramos 37 categorías de trastornos y enfermedades mentales; en donde el trastorno mixto ansioso depresivo ocupa el primer lugar en la tabla, con un porcentaje del 22,36%, le sigue el retraso mental moderado con deterioro del comportamiento nulo o mínimo con el 9,68%, la Esquizofrenia paranoide con el 6,51% y las categorías subsecuentes descritas en la tabla (Ver Tabla 7).

7. Discusión

La ansiedad y la depresión constituyen dos de los trastornos mentales que se ubican entre las 25 principales causas de carga en todo el mundo y que contribuyen a formar una condición de discapacidad en la población que lo padece (Abbafati et al., 2020).

Respecto a la prevalencia de las afecciones mentales en las zonas fronterizas de la Región Sur se encontró que el trastorno mixto ansioso depresivo es bastante frecuente en las atenciones registradas en los cantones Huaquillas y Macará. De la misma manera (Mejía-Zambrano et al., 2022) en su investigación respecto a la prevalencia de los trastornos mentales en la población del personal de salud encontraron a la ansiedad y depresión como los principales trastornos mentales, seguido del estrés y trastorno de estrés postraumático. De la misma manera (Balseca & Serrano, 2019), situaron a los trastornos de ansiedad y depresión, como los trastornos más representativos en su estudio. Los resultados de estos estudios indican que nuestra investigación no difiere en cuanto a los resultados obtenidos. Sin embargo, en otro estudio, realizado en la coordinación zonal 9 por (Gómez, 2018), encontró que el retraso mental, fue el principal trastorno registrados en las atenciones en el nivel 1, luego siguen los trastornos del comportamiento y de las emociones.

En base a la información analizada en esta investigación, el trastorno mixto ansioso depresivo, fue uno de los trastornos que se registró dentro de las atenciones psicológicas y psiquiátricas de los cantones Huaquillas y Macará en el periodo de tiempo 2018 al 2022. (Ronnie & Tello, 2022) obtuvo un resultado similar en su investigación, ya que encontró que el trastorno mixto ansioso depresivo tuvo mayores atenciones en el Hospital Julio Endara de la ciudad de Quito durante los años 2020- 2021.

La población que ha sido diagnosticada con trastorno mixto ansioso depresivo de acuerdo al sexo, en esta investigación, fueron las mujeres las que se mostraron más propensas a padecer este trastorno con un porcentaje significativo del 76,51% respecto al 23,39% encontrada en el grupo de hombres, que se dieron en el rango comprendido por la juventud y adultez; resultados que se asemejan a las investigaciones de (Pineda, 2021) con porcentaje cercanos: mujeres 60,7%, hombres 30,3% durante la etapa de la adolescencia y (Ronnie & Tello, 2022) mujeres con trastorno mixto de ansiedad y depresión 75% en edad comprendida de los 28 a 64 años que comprende la juventud 19,4% y adultez 65,3%. En otra investigación se indica que el 45% de las mujeres presentaron síntomas depresivos versus 18,6% de los hombres, y el 47,4% de las mujeres versus 30% de los hombres presentaron síntomas de ansiedad (Caballero-Suárez et al., 2017). El estudio descriptivo de corte transversal realizado por (Aguilar & Serpa, 2022), también reafirma los resultados que hemos obtenido, la prevalencia en esta investigación fue elevada en mujeres con el

90,5% y en hombre el 9,5%, en donde también el mayor número de casos registrados por edad se agrupan de la siguiente manera: 35-44 años 47,6%, 25-34 años 40,5%, 18-24 años 7,1% y 45 a 54 años 4,8%; aquí también indica cifras asociadas a las características sociodemográficas como el estado civil y conviviente. De acuerdo a (Solmi et al., 2021) “la mayoría de los trastornos mentales comienzan antes de los 25 años, con mayor frecuencia en la infancia y adolescencia. Ya que a esta edad el comienzo de los trastornos mentales coincide con la etapa del neurodesarrollo y la maduración cerebral”.

Un dato interesante a considerar, y que no se ha encontrado en investigaciones previas nacionales, es incluir la orientación sexual como condición sociodemográfica asociada al trastorno mixto ansioso depresivo, en esta investigación encontramos que el 71,03% son personas heterosexuales y el 28,92% no indicaron su orientación sexual. (Ruiz et al., 2020) sugiere que las personas con una orientación sexual diferente a la heterosexual son un colectivo en riesgo psicosocial, las personas no exclusivamente heterosexuales valoran peor su salud mental, han informado de más problemas psicológicos y se sienten más ansiosas. Sin embargo (Cremata, 2019) nos muestra una respuesta diferente al momento de relacionar la ansiedad y la orientación sexual, en su estudio, realizado en una muestra de 326 personas de entre 18 a 60 años, “las personas bisexuales presentan niveles más altos para ambas dimensiones respecto a las personas heterosexuales y homosexuales”. Y para hablar de la depresión (Genise et al., 2022) en su estudio con 683 participantes encontró que, al relacionar la orientación sexual y la depresión en adolescentes, eran los adolescentes homosexuales quienes presentaron más probabilidades de deprimirse que aquellos que no se autoperciben de esa manera.

En la variable autodefinición étnica en personas con trastorno mixto ansioso depresivo se encontró que alrededor del 84,02% son mestizos, 0,15% negros, 0,30% blanco y 15,48% no se ha identificado, esto probablemente puede deberse a las diferencias culturales o lingüísticas de las personas migrantes (OMS, 2022b) ya que tanto en los cantones Huaquillas y Macará también se atendieron a personas extranjeras como peruanos, colombianos, salvadoreños, venezolanos, y otros. (Guaranga, 2022) en una muestra de 129 adolescentes evidencia que el 5,4% de adolescentes presentan una ansiedad mínima, el 17,1% de adolescentes presentan una ansiedad leve, el 40,3% de adolescentes presentan una ansiedad moderada y el 37,2% de adolescentes presentan una ansiedad grave, donde 1,6% son afroecuatorianos, 88,4% mestizos, 10,1% indígenas.

El trastorno mixto ansioso depresivo obedece a un cuadro sindrómico que cuenta con la presencia de síntomas de ansiedad y depresión sin que ninguno de estos síntomas predomine de forma clara, pero que repercuten en todo el entorno biopsicosocial de la persona que lo padece; y entre los elementos que se comparten entre la depresión y ansiedad encontramos al afecto negativo,

que es el responsable del dolor emocional que una persona puede sentir, así como también los sentimientos de culpa, estado de ánimo fluctuante entre la anhedonia y la hiperactivación, sentimiento de indefensión y baja de autoestima. Reflejando así la importancia de un tratamiento especializado (Universidad Internacional de la Rioja, 2022).

En cuanto al tratamiento para los pacientes con este diagnóstico, se encontró que en la mayoría de casos se recurre a la utilización de fármacos para reducir la sintomatología de ansiedad o depresión y así lograr la estabilidad neuroquímica del paciente (Novillo, 2019a) y también, se acompaña de la psicoterapia o terapia psicológica para lograr una estabilidad prolongada hasta poder realizar la remisión al paciente (Sáiz et al., 2022). Esto sin duda nos pone de manifiesto la importancia del tratamiento combinado, al igual que la relevancia que tienen las redes de apoyo y la necesidad de hacerlos parte del proceso terapéutico y finalmente la calidad en los diferentes niveles de atención de las casas de salud contribuye a que se pueda obtener una adecuada adherencia al tratamiento (Vázquez Machado & Mukamutara, 2022). Por consiguiente con los resultados que se obtuvo en esta investigación respecto al tratamiento, se creó un programa psicoterapéutico para el trastorno mixto ansioso depresivo, dirigido a los pacientes, familiares y al utilización de elementos y espacios en los diferentes niveles de atención de las casas de atención, que se estableció por fases y se incluyen técnicas cognitivos conductuales, técnicas de respiración y relajación, técnicas gestálticas, mindfulness, entre otras, así como también la creación de recursos informativos direccionados a la psicoeducación en general sobre esta enfermedad.

Según una publicación de (2020), se creó un programa de intervención psicoterapéutico dirigido a mujeres que presentan trastorno ansioso depresivo basado en una Intervención Cognitivo-Conductual, utilizando técnicas de sensibilización sistemática, entrenamiento en habilidades cognitivas (detección de creencias irracionales, parada del pensamiento), técnicas emotivas (role playing, imaginación racional emotiva), técnicas conductuales (prevención de recaídas, y desensibilización en vivo), con una duración de 10 a 15 sesiones dependiendo de cada caso. (Zuluaga Hurtado, 2018) también utilizó técnicas cognitivas, técnicas de respiración, asignación de tareas.

8. Conclusiones

A través de esta investigación y con la corroboración de estudios preliminares, cifras estadísticas y otras herramientas relacionadas al trastorno mixto ansioso depresivo, se concluye que:

- El trastorno mixto ansioso depresivo lidera las atenciones psicológicas y psiquiátricas de los centros de salud pertenecientes al cantón Huaquillas y Macará, zonas fronterizas de la Región Sur del país.
- Las condiciones sociodemográficas asociadas al trastorno mixto ansioso depresivo nos indican que en la juventud y adultez se encuentra la mayor cantidad de casos, esto, debido a que en esta edad se cronifican los síntomas que aparecen inicialmente en la niñez y adolescencia. Por otro lado, en la mayoría de enfermedades mentales son las mujeres quienes se muestran más afectadas y este caso no fue excepción. Adicional a ello al ser zonas fronterizas no solo se atendió a personas ecuatorianas, sino también a venezolanos, peruanos, salvadoreños y colombianos, en su mayoría pertenecientes a etnia mestiza y orientación heterosexual.
- La propuesta formulada para las personas que poseen el trastorno mixto ansioso depresivo como diagnóstico, fue planteada tomando en cuenta las necesidades de los pacientes, la importancia de la adherencia al tratamiento, el fortalecimiento de las redes de apoyo, y el acompañamiento a los familiares y cuidadores quienes son afectados de manera subsecuente. Así también se incluyeron técnicas cognitivas- conductuales, y gestálticas que buscan disminuir los niveles de ansiedad y depresión en esta población.

9. Recomendaciones

En base a los resultados de la investigación se han propuesto las siguientes recomendaciones:

- Correlacionar los resultados de los datos obtenidos de los cantones de Huaquillas y Macará en un nuevo estudio para dar seguimiento a estas poblaciones que se sitúan en zonas fronterizas.
- Recolectar la información de los pacientes de manera adecuada en los dos sistemas: Registro diario automatizado de consultas y atenciones ambulatorias (RDACAA) y Plataforma de Registro de Atención en Salud (PRAS), para poder obtener información completa en los registros de atenciones; y a su vez, considerar las brechas lingüísticas existentes al momento de tratar a personas en contexto de movilidad humana.
- Incluir en otros estudios de investigación, las variables: identidad de género y orientación sexual, con la finalidad de obtener cifras estadísticas que evidencien la problemática en salud mental que padecen estos grupos y que, a su vez, dichos resultados permitan guiar a la creación de nuevas políticas públicas, y propuestas de intervención.
- Implementar el programa de intervención psicoterapéutica para el trastorno mixto ansioso depresivo planteado con el fin de conocer los resultados favorables de esta intervención y/o a su vez mejorar la propuesta planteada.

10. Bibliografía

- Abbafati, C., Abbas, K. M., Abbasi-Kangevari, M., Abd-Allah, F., Abdelalim, A., Abdollahi, M., Abdollahpour, I., Abegaz, K. H., Abolhassani, H., Aboyans, V., Abreu, L. G., Abrigo, M. R. M., Abualhasan, A., Abu-Raddad, L. J., Abushouk, A. I., Adabi, M., Adekanmbi, V., Adeoye, A. M., Adetokunboh, O. O., Amini, S. (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10258), 1204–1222. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9)
- Aguilar, N., & Serpa, A. (2022). *Trastorno mixto, Estrés, Depresión y Ansiedad en los profesionales de Enfermería de las unidades de cuidados intensivos Covid, en un Hospital público de Quito, durante la emergencia sanitaria*. Universidad Internacional SEK .
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Psychiatry.Org.Com- DSM. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
- American Psychological Association. (2023). *Cómo ayuda la psicoterapia a las personas a recuperarse de la depresión*. American Psychological Association. <https://www.apa.org/topics/depression/depression?partner=nlm>
- Asencio, M. (2011, September 12). *Trastorno Mixto - Ansioso - Depresivo. Escala de Ansiedad de Hamilton*. Médicos de El Salvador. https://medicosdeelsalvador.com/Detailed/Art_culos_M_dicos/Psiquiatr_a/Trastorno_Mixto_-_Ansioso_-_Depresivo._Escala_de_Ansiedad_de_Hamilton_2566.html
- Atalia, C. (2020). *Violencia Intrafamiliar y su repercusión en el trastorno mixto ansioso depresivo: programa de intervención*. Universidad César Vallejo.
- Balseca, M., & Serrano, E. (2019). *Prevalencia de trastornos mentales y su relación con la funcionalidad y estructura familiar en parroquias rurales del cantón Cuenca en el año 2018* [Trabajo de Titulación, Universidad del Azuay]. <https://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/9430/1/15066.pdf>
- Basantes, D., Villavicencio, L., Alvear, L., & Valdes, E. (2021). Anxiety and depression in adolescents. *Revista Boletín Redipe*, 10(2), 182–189.
- Caballero-Suárez, N. P., Rodríguez-Estrada, E., Candela-Iglesias, M., & Reyes-Terán, G. (2017). Comparación de niveles de ansiedad y depresión entre mujeres y hombres de una clínica de la Ciudad de México que viven con VIH. *Salud Mental*, 40(1), 15–22. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2017.003>
- Carrillo, A. (2019, March 20). *Los 8 tipos de comunicación asertiva*. Psicología y Mente. <https://psicologiymente.com/social/tipos-de-comunicacion-asertiva>
- Carvajal, J., Rueda, M., Restrepo, A., Dávila, D., Garzón, L., Galeano, L., Arboleda, A., & Bareño, J. (2014). Caracterización clínica de niños y adolescentes atendidos en una unidad de neuropsicología de Medellín Colombia. *CES Psicología*, 7(1), 48–57. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-30802014000100005

- Clemente, S. (2020, February). *La escritura terapéutica*. La Mente Es Maravillosa. <https://lamenteesmaravillosa.com/la-escritura-terapeutica/>
- Corea, M. T. (2021). La depresión y su impacto en la salud pública. *Revista Médica Hondureña*, 89(Supl.1), 46–52. <https://doi.org/10.5377/rmh.v89isupl.1.12047>
- Cremata, E. (2019). “*Relación entre la satisfacción sexual, actitud hacia la sexualidad y ansiedad en adultos de CABA y Gran Buenos Aires*” [Universidad Argentina de la Empresa]. <https://repositorio.uade.edu.ar/xmlui/handle/123456789/8470>
- Delgado, E. C., de La Cera, D. X., Lara, M. F., & Arias, R. M. (2021). Generalidades sobre el Trastorno de ansiedad. *Revista Cúpula*, 35(1), 23–36.
- Dinámicas Grupales. (2022). *Dinámica Tejiendo la Red* (Dinámicas Grupales). <https://dinamicasgrupales.com.ar/dinamicas/autoconocimiento-y-autoestima/dinamica-tejiendo-la-red/>
- Dueñas, L. (2019). Factores de predisposición genéticos y epigenéticos de los trastornos de ansiedad. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 12(2), 61–68. <https://reviberopsicologia.iberro.edu.co/>
- Esaño, A. (2021). *Terapias: ¿Qué es el rapport? Conoce las mejores técnicas para generar una buena relación*. La Mente Es Maravillosa. <https://lamenteesmaravillosa.com/que-es-el-rapport-conoce-las-mejores-tecnicas-para-generar-una-buena-relacion/>
- Garcés, E., Garcés, E., & Alcívar, O. (2022). Las técnicas didácticas y su articulación en el diseño de metodologías activas: consideraciones necesarias. *Revista Universidad y Sociedad*.
- García, J. (2022). *Escucha activa: la clave para comunicarse con los demás*. La Mente Es Maravillosa. <https://psicologiaymente.com/social/escucha-activa-oir>
- Genise, G., de Giuli, S., & di Pardo, M. (2022). Relación entre la orientación sexual y depresión en una muestra de adolescentes argentinos: : orientación sexual y depresión en adolescentes. *Calidad de Vida y Salud*, 15(1), 2–14. <http://revistacdvs.uflo.edu.ar/index.php/CdVUFLO/article/view/370>
- Glover, M. (2019). *Técnicas de Terapia Narrativa: funcionamiento y ejercicios*. Ayuda Psicológica En Línea. <https://ayuda-psicologica-en-linea.com/salud-psicologica/terapia-narrativa/>
- Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., & Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 169–173. <https://doi.org/10.1016/J.RMCLC.2020.01.005>
- Gómez, C. (2018). *Prevalencia de trastornos mentales y del comportamiento en el primer nivel de atención de la Coordinación Zonal 9- Salud* [Carrera de Psicología Clínica, Universidad Central del Ecuador]. <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/15894/1/T-UCE-0007-CPS-012.pdf>
- Gonçalves, F., González, V., & Vázquez, J. (2003). *Atención Primaria de Calidad Guía de Buena Práctica Clínica en Depresión y Ansiedad* (International Marketing & Communications, Organización Médica Colegial (España), & Ministerio de Sanidad y Consumo, Eds.).

- González, N., Tejada, A., Espinosa, C., & Ontiveros, Z. (2020). Impacto psicológico en estudiantes universitarios mexicanos por confinamiento durante la pandemia por Covid-19. *Scielo*. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.756>
- Gordillo, M. (2020). *La técnica de relajación progresiva de Jacobson en personas con ansiedad*. Universidad Central del Ecuador.
- Grupo Internacional de Trabajo sobre asuntos indígenas. (2022, May 9). *El Mundo Indígena: Ecuador - IWGIA - International Work Group for Indigenous Affairs*. IWGIA . <https://iwgia.org/es/ecuador/4786-mi-2022-ecuador.html>
- Guaranga, E. (2022). *Familias disfuncionales y ansiedad de los adolescentes de una unidad educativa de la provincia de Chimborazo* [Pontificia Universidad Católica del Ecuador]. <https://repositorio.pucesa.edu.ec/handle/123456789/3761>
- Guzmán, O., & Daniel, G. (2018). *Eficacia del entrenamiento autógeno de Schultz en pacientes diagnosticados con trastornos de ansiedad, hombres y mujeres adultos de entre 18 a 60 años, para reducir los niveles de malestar emocional, en el Centro de Atención Ambulatorio Especializado “San Lázaro”, por el periodo Noviembre 2017 – Abril 2018* [Universidad Central del Ecuador]. <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/15461>
- Hermosa, C., Paz, C., Hidalgo, P., García, J., Charo, S., López, C., & Serrano, C. (2021). Síntomas de depresión, ansiedad y estrés en la población general ecuatoriana durante la pandemia por COVID-19. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 30(2), 40–47. <https://doi.org/10.46997/REVECUATNEUROL30200040>
- Hernández, J., & Barrera, M. E. (2021). Manejo del trastorno depresivo ¿Qué tratamiento elegir? *Revista Médica de Risaralda*, 27(1), 85–91. <https://doi.org/10.22517/25395203.24637>
- Íncera, D. (2021). *Técnicas de Relajación | Áreas de Intervención | Psicoterapia para Adultos*. Neuron Psicología. <https://neuronpsicologia.com/areas-de-intervencion/tecnicas-de-relajacion/?currency=USD>
- Index Mundi, & Central Intelligence Agency. (2021, September 18). *Ecuador Age structure*. Index Mundi. https://www.indexmundi.com/es/ecuador/distribucion_por_edad.html
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, & López, G. (2010). *Información Censal*. Censo de Población y Vivienda. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/informacion-censal-cantonal/>
- Juárez, C. (2019, June 12). *Enfrentar La Depresión: ¿Cómo la expresan los hombres?* - *Ciencia UNAM*. Universidad Nacional Autónoma de México . <https://ciencia.unam.mx/leer/875/enfrentar-la-depresion-como-la-expresan-los-hombres->
- Kyu Choi, S., Shahrzad, D., Flórez, J., Kittle, K., Lin, A., Meyer, I., & Torres, P. (2019). *Estrés, salud y bienestar de las personas LGBT en Colombia: resultados de una encuesta nacional* (Universidad Simón Bolívar, Ed.). <https://doi.org/https://bonga.unisimon.edu.co/handle/20.500.12442/8296>
- Langarita, R., & Gracia, P. (2019). Neuropsychology of generalized anxiety disorders: A systematic review. *Revista de Neurología*, 69(2), 59–67. <https://doi.org/10.33588/rn.6902.2018371>

- Llamazares, M., & Serrano, I. (2019). Intervención cognitivo- conductual en un caso de ansiedad ante la lectura en público: mejora la fluidez y comprensión. *Revista de Psicología Clínica Con Niños y Adolescentes*, 6, 2019–2054. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2019.06.2.8>
- Macías, M., Pérez, C., López, L., Beltrán, L., & Morgado, C. (2019). Trastornos de ansiedad: revisión bibliográfica de la perspectiva actual. *Revista Electrónica Neurobiología*, 10(24). www.uv.mx/eneurobiologia/vols/2019/24/24.html
- Martín, M. (2020). *Diccionario de términos sobre género y sexualidad*. Scouts de España. <https://www.scout.es/diccionario-sobre-genero-y-sexualidad/>
- Mayo Foundation for Medical Education and Research (MFMER). (2022). *Depresión en las mujeres: comprensión de la brecha de género*. Mayo Clinic. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/depression/in-depth/depression/art-20047725>
- McCarthy, C. (2019). *La ansiedad en los adolescentes va en aumento: ¿qué está pasando?* Healthychildren.Org. <https://www.healthychildren.org/Spanish/health-issues/conditions/emotional-problems/Paginas/Anxiety-Disorders.aspx>
- McGuffin, P., & Rivera, M. (2015). La interacción entre el estrés y los factores genéticos en la etiopatogenia de la depresión. *World Psychiatry*, 13(2), 161–162. https://www.wpanet.org/_files/ugd/e172f3_dea2b6b60fd648cf815711558d3dc3b4.pdf
- Mejía-Zambrano, H., Ramos-Calsín, L., Mejía-Zambrano, H., & Ramos-Calsín, L. (2022). Prevalencia de los principales trastornos mentales durante la pandemia por COVID-19. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 85(1), 72–82. <https://doi.org/10.20453/RNP.V85I1.4157>
- Mena, M. (2022, June 13). *¿A cuántas personas afectan la depresión, el estrés y la ansiedad?* Statista. <https://es.statista.com/grafico/25428/encuestados-que-afirman-haber-tenido-problemas-de-salud-mental-en-los-ultimos-12-meses/>
- Mendez, B. (2020). *Desarrollo de Habilidades Sociales desde el enfoque Racional emotivo conductual* [Universidad Técnica de Machala]. <http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/16059/1/ECFCS-2020-PSC-DE00016.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (2012). *Modelo de Atención Integral en Salud- MAIS*. https://www.kimirina.org/images/kimirina/documentos/publicaciones/Manual_Modelo_Atencion_Integral_Salud_Ecuador_2012-Logrado-ver-amarillo.pdf
- Ministerio de Salud Pública MSP. (2014). *Modelo de Atención de Salud Mental, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) – con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural*.
- Ministerio de Salud Pública MSP. (2015). *Acuerdo No. 00005212*.
- Ministerio de Salud Pública MSP. (2022). *Atención ambulatoria y domiciliaria a pacientes con la COVID-19 en el Primer Nivel de Atención*. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/01/LINEAMIENTO-MANEJO-DOMICILIARIO-COVID-08-Enero-2022-FI.pdf>

- Molés, M., Clavero, A., Lucas, M., & Folch, A. (2019). Factores asociados a la depresión en personas mayores de 75 años de edad en un área urbana. *Enfermería Global*, 18(55), 58–82. <https://doi.org/10.6018/EGLOBAL.18.3.324401>
- Montagud, N. (2019). *Modelo ABC de Ellis: ¿qué es y cómo describe los pensamientos?* Psicología y Mente . <https://psicologiaymente.com/clinica/modelo-abc-ellis>
- Moscoso, L., & Díaz, L. (2017). Aspectos éticos en la investigación cualitativa con niños. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 18(34–1), 51–67. <https://doi.org/10.18359/RLBI.2955>
- Mosquera Valdez, A. (2020). *UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS*.
- Novillo, M. (2019a). *Trastorno mixto ansioso depresivo en los pacientes de los centros de atención privada del cantón Loja*. Universidad Nacional de Loja .
- Novillo, M. (2019b). *Trastorno mixto ansioso depresivo en los pacientes de los centros de atención privada del cantón Loja* [Carrera de Medicina Humana, Universidad Nacional de Loja]. <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/22069/1/trastorno%20mixto%20ansioso%20depresivo.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2022a). *La OMS subraya la urgencia de transformar la salud mental y los cuidados conexos*. Organización Mundial de La Salud. <https://www.who.int/es/news/item/17-06-2022-who-highlights-urgent-need-to-transform-mental-health-and-mental-health-care>
- Organización Mundial de la Salud. (2022b). *Salud de los refugiados y migrantes*. Organización Mundial de La Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/refugee-and-migrant-health>
- Organización Mundial de la Salud. (1994). *Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento con glosario y criterios diagnósticos de investigación CIE-10: CDI-10* (S. A. Editorial Médica Panamericana, Ed.).
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Género y salud*. Organización Mundial de La Salud . <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Depresión*. Organización Mundial de La Salud . <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Mundial de la Salud (OMS 2021). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Mundial de la Salud, & Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders. Global Health Estimates*. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>
- Organización Mundial de la Salud, & Organización Panamericana de Salud. (2020). *Salud Mental*. Organización Mundial de La Salud. <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>
- Organización Panamericana de Salud, & Organización Mundial de la Salud. (2021, June 9). *¿Es necesario hacer investigaciones con niños en el ámbito de la salud?* Organización

- Panamericana de Salud. <https://www.paho.org/es/noticias/9-6-2021-es-necesario-hacer-investigaciones-con-ninos-ambito-salud>
- Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsis, E., & Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, Behavior, and Immunity*, 88, 901–907. <https://doi.org/10.1016/J.BBI.2020.05.026>
- Pearson, R. M., Carnegie, R. E., Cree, C., Rollings, C., Rena-Jones, L., Evans, J., Stein, A., Tilling, K., Lewcock, M., & Lawlor, D. A. (2018). Prevalence of Prenatal Depression Symptoms Among 2 Generations of Pregnant Mothers: The Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *JAMA Network Open*, 1(3), 1–10. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.0725>
- Pérez, E., Cervantes, V., Hijuelos, A., Pineda, J. C., & Salgado, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor. *Revista Biomédica*, 28(2). <https://www.revistabiomedica.mx/index.php/revbiomed/article/view/557/590>
- Pérez, R. (2017). Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones. *Revista de La Facultad de Medicina (México)*, 60(5), 10. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422017000500007
- Pineda, F. D. (2021). *El rendimiento académico en estudiantes de educación secundaria y media de la I.E.R. La Cabaña Diagnosticados con trastorno mixto ansioso depresivo; Trayectos para una regularidad académica*. Universidad Católica de Manizales.
- Real Academia Española. (2014). Definición de nacionalidad. In *Diccionario de la lengua española: Vol. 23ª edición*. <https://dle.rae.es/nacionalidad>
- Real Academia Española. (2022). etnia | Definición | Diccionario de la lengua española. In *Diccionario de la Lengua Española: Vol. 23vaª edición*. <https://dle.rae.es/etnia>
- Reyes, J. (2010). *Trastornos de ansiedad Guía práctica para el diagnóstico y tratamiento* (Editorial Pzifer).
- Rodrigo, R. (2021). *Confrontación terapéutica: definición y ejemplos*. Estudiando. <https://estudiando.com/confrontacion-terapeutica-definicion-y-ejemplos/>
- Rodríguez, E. (2018). *Técnicas de relajación en el paciente con ansiedad*. www.interpsiquis.com-abril
- Rodríguez, P. (2008). *Ansiedad y sobreactivación. Guía práctica de entrenamiento en control respiratorio* (A. Desclée de Brouwer S, Ed.). https://www.academia.edu/39992825/Ansiedad_y_sobreactivaci%C3%B3n_Pablo_Rodr%C3%ADguez
- Ronnie, N., & Tello, A. R. (2022). *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*. [Universidad Politécnica Salesiana de Quito]. <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/21630/1/TTQ542.pdf>

- Ruiz, E., Ballester, R., Gil, M. D., Giménez, C., & Nebot, J. (2020). Orientación sexual y salud mental en jóvenes universitarios españoles. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology.*, 1(1), 199–206. <https://doi.org/10.17060/IJODAEP.2020.N1.V1.1776>
- Sacoar, C. (2021). *Por qué el éxito de la investigación está completamente ligado al sistema de vigilancia demográfica.* Instituto de Salud Global Barcelona. <https://www.isglobal.org/healthisglobal/-/custom-blog-portlet/25-anos-del-cism-por-que-el-exito-de-la-investigacion-esta-completamente-ligado-al-sistema-de-vigilancia-demografica/5083982/13601>
- Sáiz, P. A., Flórez, G., Arrojo, M., Bernardo, M., González-Pinto, A., Goikolea, J. M., Zorrilla, I., Cunill, R., Castells, X., Becoña, E., López, A., Torrens, M., Fonseca, F., Tirado-Muñoz, J., Arranz, B., Garriga, M., San, L., Sanitari, P., Joan, S., ... Herrera, M. (2022). Guía de práctica clínica para el tratamiento farmacológico y psicológico de los pacientes adultos con un trastorno de ansiedad y un diagnóstico comórbido de trastorno por uso de sustancias. *ADICCIONES*, 34(2), 157–167.
- Sánchez, D. (2020). Ansiedad y depresión de niños y adolescentes. *Revista de Formación Continua de La Sociedad Española de Medicina de La Adolescencia*, 20(1), 16–27. <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/vol8num1-2020/2%20Tema%20de%20revision%20-%20Ansiedad%20y%20depresion%20en%20ninos%20y%20adolescentes.pdf>
- Sánchez, E. (2020). *Señales que indican depresión en hombres.* La Mente Es Maravillosa. <https://lamenteesmaravillosa.com/5-senales-indican-depresion-hombres/>
- Sierra, J. C., Haynes, S. N., Eysenck, M. W., Francisco Rodríguez-Testal, J., Senín-Calderón, C., & Perona-Garcelán, S. (2014). Directores Asociados / Associate Editors: From DSM-IV-TR to DSM-5: Analysis of some changes. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14(1), 1. www.elsevier.es/ijchp
- Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Salazar de Pablo, G., il Shin, J., Kirkbride, J. B., Jones, P., Kim, J. H., Kim, J. Y., Carvalho, A. F., Seeman, M. v., Correll, C. U., & Fusar-Poli, P. (2021). Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular Psychiatry* 2021 27:1, 27(1), 281–295. <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7>
- Suárez-Cretton, X., Castro-Méndez, N., Muñoz-Vilches, C. G., Suárez-Cretton, X., Castro-Méndez, N., & Muñoz-Vilches, C. G. (2020). Uso de juego de roles con grabación de video para el desarrollo de la competencia de entrevistar en estudiantes de psicología. *Revista Electrónica Educare*, 24(2), 20–37. <https://doi.org/10.15359/REE.24-2.2>
- Therapist Aid LLC. (2016). La higiene del sueño. In *Recursos terapéuticos* (Therapist Aid, p. 12).
- Therapist Aid LLC. (2018a). Evaluación de autocuidado. In *Recursos terapéuticos* (Therapist Aid, pp. 1–3).
- Therapist Aid LLC. (2018b). Grounding Techniques. In *Grounding Techniques* (Therapist Aid LLC, pp. 1–2).
- Therapist Aid LLC. (2020). Autocuidado personal. In *Recursos terapéuticos* (pp. 45–46).

- Therapist Aid LLC. (2022). Habilidades de Comunicación. In *Recusos terapéuticos* (pp. 18–19).
- Universidad Internacional de la Rioja. (2022, June 15). *Trastorno ansioso depresivo: conocerlo para identificarlo*. Sitio Web UNIR. <https://www.unir.net/salud/revista/trastorno-ansioso-depresivo/>
- Valencia, H. (2021). *Depresión: Síntomas, causas, tratamientos y más*. Healthline. <https://www.healthline.com/health/es/depression>
- Vázquez Machado, A., & Mukamutara, J. (2022). Factores psicosociales asociados a trastornos depresivos en pacientes del Hospital Central de Nampula, Mozambique. *Revista de Neuro-Psiquiatria*, 84(4), 288–296. <https://doi.org/10.20453/rnp.v84i4.4134>
- Zuluaga Hurtado, D. (2018). *Aplicación de la terapia cognitiva en un paciente con trastorno mixto de ansiedad y depresión y trastorno de la personalidad dependiente*.



11. Anexos

Loja, 16 de septiembre de 2022

Psicóloga

María Paula Torres Pozo. Mg. Sc.

DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Certifico:

Haber revisado, dirigido y orientado con pertinencia todo el proceso de la elaboración del Trabajo de Titulación: **“Estudio Multitemporal de los Factores Sociodemográficos asociados al Trastorno Mixto Ansioso Depresivo en los cantones de Macará y Huaquillas, periodo 2018-2021”** de la autoría de **Jhoselyn de los Angeles Yaguana Collaguazo**, con C.I **1105758013**; previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica; el mismo cumple con las disposiciones institucionales metodológicas y técnicas, que regulan esta actividad académica; consecuentemente, dicho Trabajo de Titulación se encuentra **culminado y aprobado**, por lo que autorizo la presentación para la respectiva sustentación y defensa.

Atentamente,



Firmado electrónicamente por:

**MARIA PAULA
TORRES POZO**

Psic. María Paula Torres Pozo, Mgtr.

C.I 1102762810

maria.p.torres.p@unl.edu.ec

DIRECTORA DEL TT.

c.c.: Archivo



Oficio. No. -551- C.PS.CL- FSH-UNL
Loja, 03 de junio de 2022

Señorita.

Jhoselyn de los Ángeles Yaguana Collaguazo,
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA-FSH-UNL

Ciudad. -

De mi consideración:

Por el presente extendiendo un cordial saludo, con respecto a lo solicitado: modificación del Tercer objetivo Específico dentro del trabajo de investigación denominado **“ESTUDIO MULTITEMPORAL DE LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS AL TRASTORNO MIXTO ANSIOSO DEPRESIVO EN LOS CANTONES DE MACARÁ Y HUAQUILLAS, PERIODO 2018- 2021”**. Se autoriza la modificación del Tercer objetivo específico de la siguiente manera:

TERCER OBJETIVO ESPECÍFICO

- “Formular un plan de prevención para personas diagnosticadas con el Trastorno mixto ansioso depresivo”.

Particular que comunico a usted para los fines correspondientes.

Atentamente,

Firmado electrónicamente por:



**ANA CATALINA
PUERTAS
AZANZA**

Dra. Ana Puertas Azanza Mgs
DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA.

C/c. Expediente Estudiantil
Archivo
APA/tsc

su TESIS DE GRADO, durante la ejecución del proyecto.



MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA



**"PROYECTO DE FORTALECIMIENTO DE LA SALUD
Y LA ECONOMÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LA POBLACIÓN EN MOVILIDAD
Y RECEPTORA DE LA FRONTERA SUR DEL ECUADOR - PROSALUD FRONTERA SUR"**
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA - FONDO ITALO ECUATORIANO PARA DESARROLLO SOSTENIBLE

ACTA DE COMPROMISO DE INICIO Y CULMINACION DEL ESTUDIO DE TESIS DE GRADO PARA LOS ESTUDIANTES DE LAS CARRERAS DE MEDICINA, PSICOLOGIA CLINICA, LABORATORIO CLINICO, Y ENFERMERIA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA AÑO 2022.

El/la Señor/a, **Jhoselyn de los Ángeles Yaguana Collaguazo** en su calidad de **ESTUDIANTE** de la Carrera de **Psicología Clínica** y con cédula de identidad y/o ciudadanía Nro. **1105758013**, que en adelante y para los efectos jurídicos del presente instrumento se denominará "**LA/EL TESISTA**", de manera libre y voluntaria, y en el uso de sus capacidades, suscribe la presente Acta de Compromiso al tenor de las siguientes cláusulas:

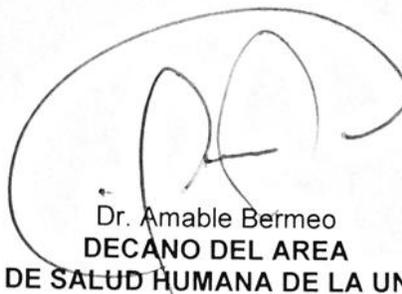
PRIMERA: Antecedentes.- La Universidad Nacional de Loja conjuntamente con el Ministerio de Salud Pública, se encuentran ejecutando el Proyecto denominado: "**PROSALUD FRONTERA SUR**", cuyo objetivo general es: "**Contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida y de tránsito de la población migrante y receptora en la zona fronteriza de la región Sur del Ecuador, a través del fortalecimiento y ampliación de los servicios de salud, la investigación sanitaria y el desarrollo de emprendimientos económicos familiares**".

SEGUNDA: El/la Señor/a **Jhoselyn de los Ángeles Yaguana Collaguazo** en su calidad de **estudiante** de la carrera de **Psicología Clínica**, de manera **voluntaria y expresa** se compromete a escoger su **tema de tesis del perfil epidemiológico** identificado por el proyecto **PROSALUD FRONTERA SUR** en los cantones **Huaquillas y Macará** en los años **2018 - 2019- 2020 y 2021, así como en desarrollar y culminar**

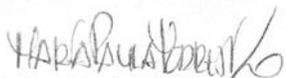
Manuel Monteros.
Teléfono Nro. (593-7) 257 137 9 Ext. 174 Loja - Ecuador



Ing. Jaime Santin
DIRECTOR DE RELACIONES DE
COOPERACION
DELEGADO DEL SR RECTOR PARA
EL PROYECTO
PROSALUD FRONTERA SUR



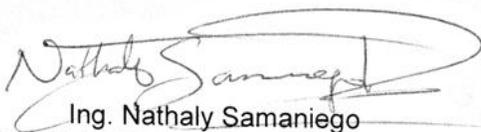
Dr. Amable Bermeo
DECANO DEL AREA
DE SALUD HUMANA DE LA UNL



Psic. María Paula Torres P.
CI: 1102762810
DOCENTE DE LA CARRERA DE
PSICOLOGÍA CLÍNICA DEL AREA DE
SALUD HUMANA
DE LA UNL



Srta. Jhoselyn de los Ángeles Yaguana
CI: 1105758013
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE
PSICOLOGÍA CLÍNICA
DE LA UNL



Ing. Nathaly Samaniego
TECNICO RESPONSABLE DE INVESTIGACION
PROYECTO PROSALUD FRONTERA SUR

ProSalud
FRONTERA SUR

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA. Área de la Salud Humana
Telf: (593-7) 2571379 ext. 174 correo: prosalud@unl.edu.ec
Dir: Calle Manuel Ignacio Monteros
Loja-Ecuador

"PROYECTO DE FORTALECIMIENTO DE LA SALUD Y LA ECONOMÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LA POBLACIÓN EN MOVILIDAD Y RECEPTORA DE LA FRONTERA SUR DEL ECUADOR - PROSALUD FRONTERA SUR"
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA - FONDO ITALO ECUATORIANO PARA DESARROLLO SOSTENIBLE

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (CZ7S) Y LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA MANEJADA POR ESTUDIANTES DE LAS CARRERAS DE MEDICINA, **PSICOLOGÍA CLÍNICA**, LABORATORIO CLÍNICO Y ENFERMERÍA DEL ÁREA DE SALUD HUMANA DE LA UNL, PARTICIPES EN LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO "PROSALUD FRONTERA SUR"

El/la señor/a, **Jhoselyn de los Ángeles Yaguana Collaguazo** en su calidad de ESTUDIANTE de la Carrera de Psicología Clínica y con cédula de identidad y/o ciudadanía Nro. **1105758013**, que en adelante y para los efectos jurídicos del presente instrumento se denominará "LA/EL ESTUDIANTE", de manera libre y voluntaria, y en el uso de sus capacidades, suscribe el presente Acuerdo de Confidencialidad al tenor de las siguientes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMERA. - ANTECEDENTES:

1. La Constitución de la República del Ecuador manda:

"Art. 66.- Se reconoce y garantizará a las personas: (...)

19. El derecho a la protección de datos de carácter personal, que incluye el acceso y la decisión sobre información y datos de este carácter, así como su correspondiente protección. La recolección, archivo, procesamiento, distribución o difusión de estos datos o información requerirán la autorización del titular o el mandato de la Ley (...)

Art. 362.- (...) Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes (...)"

2. La Ley Orgánica de Salud indica:

Art. 7.- Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos:

f) Tener una historia clínica única redactada en términos precisos, comprensibles y completos, así como la confidencialidad respecto de la información en ella contenida y a que se le entregue su epicrisis

3. La Ley Orgánica del Servicio Público prescribe:

Art. 22.- Deberes de las o los servidoras públicas.- Son deberes de las y los servidoras públicas: (...)

Custodiar y cuidar la documentación e información que, por razón de su empleo, cargo o comisión tenga bajo su responsabilidad e impedir o evitar su uso indebido, sustracción, ocultamiento o inutilización".

4. Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información Pública ordena:

"Art. 5.- Información Pública.- Se considera información pública, todo documento en cualquier formato, que se encuentre en poder de las instituciones públicas y de las personas jurídicas a las que se refiere esta Ley, contenidos, creados u obtenidos por ellas, que se encuentren bajo su responsabilidad o se hayan producido con recursos del Estado.

Telefóno Nro. (5 9 3 -7) 2 5 7 137 9 Ext. 174 Loja - Ecuador

Art. 6.- Información Confidencial.- Se considera información confidencial aquella información pública personal, que no está sujeta al principio de publicidad y comprende aquella derivada de sus derechos

personalísimos y fundamentales, especialmente aquellos señalados en los artículos 23 y 24 de la Constitución Política de la República.

El uso ilegal que se haga de la información personal o su divulgación, dará lugar a las acciones legales pertinentes.

No podrá invocarse reserva, cuando se trate de investigaciones que realicen las autoridades, públicas competentes, sobre violaciones a derechos de las personas que se encuentren establecidos en la Constitución Política de la República, en las declaraciones, pactos, convenios, instrumentos internacionales y el ordenamiento jurídico interno. Se exceptiona el procedimiento establecido en las indagaciones previas (...)."

5. El Código Integral Penal tipifica:

Artículo 178 "La persona que, sin contar con el consentimiento o la autorización legal, acceda, intercepte, examine, retenga, grabe, reproduzca, difunda o publique datos personales, mensajes de datos, voz, audio y vídeo, objetos postales, información contenida en soportes informáticos, comunicaciones privadas o reservadas de otra persona por cualquier medio, será sancionada con pena privativa de libertad de uno a tres años. (...).";

"Art. 179.- Revelación de secreto.- La persona que teniendo conocimiento por razón de su estado u oficio, empleo, profesión o arte, de un secreto cuya divulgación pueda causar daño a otra persona y lo revele, será sancionada con pena privativa de libertad de seis meses a un año".

"LAVEL ESTUDIANTE", en razón de las actividades que desempeñe en las EODS de la Coordinación Zonal 7 Salud del Ministerio de Salud Pública, llegando a tener acceso a información confidencial, cuya divulgación puede afectar a usuarios, pacientes, proveedores, en general a los administrados, e inclusive a la propia entidad, por lo que resulta indispensable precautelarse el manejo adecuado y reservado de tal información.

6. Las máximas autoridades de la Coordinación Zonal 7 y de la Universidad Nacional de Loja, de acuerdo a sus competencias han suscrito el Convenio de Cooperación Interinstitucional de fecha 01 de junio de 2020, cuyo objeto es: "(...) formalizar el compromiso y responsabilidades expresados para la ejecución del Proyecto "PROSALUD FRONTERA SUR", sobre el aporte en especies proporcionado por la UNL y la CZ7 SALUD bajo este convenio, el cual está incluido en el presupuesto como contraparte local para la ejecución del Proyecto. (...)"

En dicho convenio en el último inciso de la Cláusula Octava, se establece lo siguiente: "(...) 8.1 Eventualmente en el marco del presente convenio, existirá "información confidencial" que, a solicitud de uno, o todos sus firmantes, se mantendrá reservada y no podrá ser divulgada parcial o totalmente sin su previo consentimiento. La información será clasificada como confidencial por acuerdo mutuo de las partes. La UNL utilizará sus controles, protecciones y resguardos de contenidos con base en la normativa institucional vigente. La información confidencial será propiedad de su autor exclusivamente.

8.3 Las Partes acuerdan que toda información vinculada a la ejecución del Proyecto, y que sea transmitida o intercambiada entre las Partes, independientemente del medio por el cual sea transmitida o intercambiada, será considerada información confidencial y solo podrá ser utilizada para llevar a cabo las tareas previstas en el Proyecto. Las Partes, tratarán la información confidencial con el mismo cuidado con que tratan su propia información confidencial. (...)"

CLÁUSULA SEGUNDA.- OBJETO:

En virtud de las disposiciones legales invocadas en la cláusula anterior, "LA/EL PRACTICANTE," se compromete a guardar el debido sigilo y la reserva del caso respecto a la información estadística, técnica y de gestión inherente al proyecto, así como de la documentación que en razón de sus funciones maneja en el Ministerio de Salud Pública (CZ7S) como la Universidad Nacional de Loja, en la ejecución del Proyecto "PROSALUD FRONTERA SUR"; pues dicha información es propiedad exclusiva de los usuarios.

CLÁUSULA TERCERA.- OBLIGACIONES:

"LA/EL ESTUDIANTE" ha sido informado y acepta que en atención a la naturaleza de la información y a los riesgos que el mal uso y/o divulgación de la misma implican para el Ministerio de Salud Pública (CZ7S) como la Universidad Nacional de Loja en la ejecución del Proyecto "PROSALUD FRONTERA SUR", mantendrá el sigilo de toda la información a la que por razones de sus actividades tendrá acceso.

"LA/EL ESTUDIANTE," se obliga a abstenerse de usar, disponer, divulgar y/o publicar por cualquier medio, ya sea verbal o escrito, y en general, aprovecharse de la información y documentación que reposa en el Ministerio de Salud Pública (CZ7S) como la Universidad Nacional de Loja en la ejecución del Proyecto "PROSALUD FRONTERA SUR", o utilizarla para fines ajenos a los objetivos y necesidades de ambas instituciones.

CLÁUSULA CUARTA. - SANCIONES:

"LA/EL ESTUDIANTE", se encuentra sometido a la normativa que regula el uso de la información pública y confidencialidad, principalmente, queda advertido de las sanciones que para estos casos establece la legislación ecuatoriana.

CLÁUSULA QUINTA. -

"LA/EL ESTUDIANTE" declara conocer la información que se maneja en estas Carteras de Estado y expresa que utilizará dicha información únicamente para los fines para los cuales se le ha permitido acceso a la misma, debiendo mantener dichos datos de manera reservada, en virtud de la protección de que goza la misma, de conformidad con la legislación vigente.

"LA/EL ESTUDIANTE" declara, además, conocer la normativa que regula la confidencialidad de la documentación, en especial las previsiones de la Constitución de la República del Ecuador, de la Ley Orgánica de Salud, Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información Pública, de la Ley Orgánica del Servicio Público y del Código Orgánico Integral Penal.

CLÁUSULA SEXTA.- VIGENCIA:

Los compromisos establecidos en el presente Acuerdo de Confidencialidad se mantendrán vigentes hasta la culminación del presente proyecto.

CLÁUSULA SEPTIMA. - ACEPTACIÓN:

"LA/EL ESTUDIANTE" acepta el contenido de todas y cada una de las cláusulas del presente Acuerdo y en consecuencia se compromete a cumplirlas en toda su extensión, en fe de lo cual y para los fines legales correspondientes, lo firma en tres ejemplares del mismo tenor y efecto, en la ciudad de Loja, el **17 DE MARZO DE 2022.**

Nombre: Jhoselyn de los Ángeles Yaguana Collaguazo

CC: 1105758013

ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (CZ7S) Y LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA MANEJADA POR ESTUDIANTES DE LAS CARRERA DE MEDICINA, PSICOLOGÍA CLÍNICA, LABORATORIO CLÍNICO Y ENFERMERÍA DEL ÁREA DE SALUD HUMANA DE LA UNL, PARTICIPES EN LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO "PROSALUD FRONTERA SUR"

El/la señor/a, **Jhoselyn de los Ángeles Yaguana Collaguazo** en su calidad de ESTUDIANTE de la Carrera de Psicología Clínica y con cédula de identidad y/o ciudadanía Nro. **1105758013**, que en adelante y para los efectos jurídicos del presente instrumento se denominará "LA/EL ESTUDIANTE", de manera libre y voluntaria, y en el uso de sus capacidades, suscribe el presente Acuerdo de Confidencialidad al tenor de las siguientes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMERA.- ANTECEDENTES:

7. La Constitución de la República del Ecuador manda:

"Art. 66.- Se reconoce y garantizará a las personas: (...)

19. El derecho a la protección de datos de carácter personal, que incluye el acceso y la decisión sobre información y datos de este carácter, así como su correspondiente protección. La recolección, archivo, procesamiento, distribución o difusión de estos datos o información requerirán la autorización del titular o el mandato de la Ley (...)

Art. 362.- (...) Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes (...)"

8. La Ley Orgánica de Salud indica:

Art. 7.- Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos:

f) Tener una historia clínica única redactada en términos precisos, comprensibles y completos; así como la confidencialidad respecto de la información en ella contenida y a que se le entregue su epicrisis

9. La Ley Orgánica del Servicio Público prescribe:

Art. 22.- Deberes de las o los servidores públicos.- Son deberes de las y los servidores públicos: (...)

Custodiar y cuidar la documentación e información que, por razón de su empleo, cargo o comisión tenga bajo su responsabilidad e impedir o evitar su uso indebido, sustracción, ocultamiento o inutilización".

10. Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información Pública ordena:

"Art. 5.- Información Pública.- Se considera información pública, todo documento en cualquier formato, que se encuentre en poder de las instituciones públicas y de las personas jurídicas a las que se refiere esta Ley, contenidos, creados u obtenidos por ellas, que se encuentren bajo su responsabilidad o se hayan producido con recursos del Estado.

Art. 6.- Información Confidencial.- Se considera información confidencial aquella información pública personal, que no está sujeta al principio de publicidad y comprende aquella derivada de sus derechos personalísimos y fundamentales, especialmente aquellos señalados en los artículos 23 y 24 de la Constitución Política de la República.

El uso ilegal que se haga de la información personal o su divulgación, dará lugar a las acciones legales pertinentes.

No podrá invocarse reserva, cuando se trate de investigaciones que realicen las autoridades, públicas competentes, sobre violaciones a derechos de las personas que se encuentren establecidos en la Constitución Política de la República, en las declaraciones, pactos, convenios, instrumentos internacionales y el ordenamiento jurídico interno. Se exceptiona el procedimiento establecido en las indagaciones previas (...)."

11. El Código Integral Penal tipifica:

Artículo 178 "La persona que, sin contar con el consentimiento o la autorización legal, acceda, intercepte, examine, retenga, grabe, reproduzca, difunda o publique datos personales, mensajes de datos, voz, audio y vídeo, objetos postales, información contenida en soportes informáticos, comunicaciones privadas o reservadas de otra persona por cualquier medio, será sancionada con pena privativa de libertad de uno a tres años. (...)."

"Art. 179.- Revelación de secreto.- La persona que teniendo conocimiento por razón de su estado u oficio, empleo, profesión o arte, de un secreto cuya divulgación pueda causar daño a otra persona y lo revele, será sancionada con pena privativa de libertad de seis meses a un año".

"L'AVEL ESTUDIANTE", en razón de las actividades que desempeñe en las EODS de la Coordinación Zonal 7 Salud del Ministerio de Salud Pública, llegando a tener acceso a información confidencial, cuya divulgación puede afectar a usuarios, pacientes, proveedores, en general a los administrados, e inclusive a la propia entidad, por lo que resulta indispensable precautelar el manejo adecuado y reservado de tal información.

12. Las máximas autoridades de la Coordinación Zonal 7 y de la Universidad Nacional de Loja, de acuerdo a sus competencias han suscrito el Convenio de Cooperación Interinstitucional de fecha 01 de junio de 2020, cuyo objeto es: "(...) formalizar el compromiso y responsabilidades expresados para la ejecución del Proyecto "PROSALUD FRONTERA SUR", sobre el aporte en especies proporcionado por la UNL y la CZ7 SALUD bajo este convenio, el cual está incluido en el presupuesto como contraparte local para la ejecución del Proyecto. (...)"

En dicho convenio en el último inciso de la Cláusula Octava, se establece lo siguiente: "(...) 8.1 Eventualmente en el marco del presente convenio, existirá "información confidencial" que, a solicitud de uno, o todos sus firmantes, se mantendrá reservada y no podrá ser divulgada parcial o totalmente sin su previo consentimiento. La información será clasificada como confidencial por acuerdo mutuo de las partes. La UNL utilizará sus controles, protecciones y resguardos de contenidos con base en la normativa institucional vigente. La información confidencial será propiedad de su autor exclusivamente.

8.3 Las Partes acuerdan que toda información vinculada a la ejecución del Proyecto, y que sea transmitida o intercambiada entre las Partes, independientemente del medio por el cual sea transmitida o intercambiada, será considerada información confidencial y solo podrá ser utilizada para llevar a cabo las tareas previstas en el Proyecto. Las Partes, tratarán la información confidencial con el mismo cuidado con que tratan su propia información confidencial. (...)"

CLÁUSULA SEGUNDA.- OBJETO:

En virtud de las disposiciones legales invocadas en la cláusula anterior, "LA/EL PRACTICANTE," se compromete a guardar el debido sigilo y la reserva del caso respecto a la información estadística, técnica y de gestión inherente al proyecto, así como de la documentación que en razón de sus funciones maneja en el Ministerio de Salud Pública (CZ7S) como la Universidad Nacional de Loja, en la ejecución del Proyecto "PROSALUD FRONTERA SUR"; pues dicha información es propiedad exclusiva de los usuarios.

CLÁUSULA TERCERA.- OBLIGACIONES:

"LA/EL ESTUDIANTE" ha sido informado y acepta que en atención a la naturaleza de la información y a los riesgos que el mal uso y/o divulgación de la misma implican para el Ministerio de Salud Pública (CZ7S) como la Universidad Nacional de Loja en la ejecución del Proyecto "PROSALUD FRONTERA SUR", mantendrá el sigilo de toda la información a la que por razones de sus actividades tendrá acceso.

"LA/EL ESTUDIANTE" se obliga a abstenerse de usar, disponer, divulgar y/o publicar por cualquier medio, ya sea verbal o escrito, y en general, aprovecharse de la información y documentación que reposa en el Ministerio de Salud Pública (CZ7S) como la Universidad Nacional de Loja en la ejecución del Proyecto "PROSALUD FRONTERA SUR", o utilizarla para fines ajenos a los objetivos y necesidades de ambas instituciones.

CLÁUSULA CUARTA.- DECLARACIÓN:

"LA/EL ESTUDIANTE" declara conocer la información que se maneja en estas Carteras de Estado y expresa que utilizará dicha información únicamente para los fines para los cuales se le ha permitido acceso a la misma, debiendo mantener dichos datos de manera reservada, en virtud de la protección de que goza la misma, de conformidad con la legislación vigente.

"LA/EL ESTUDIANTE" declara, además, conocer la normativa que regula la confidencialidad de la documentación, en especial las previsiones de la Constitución de la República del Ecuador, de la Ley Orgánica de Salud, Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información Pública, de la Ley Orgánica del Servicio Público y del Código Orgánico Integral Penal.

CLÁUSULA QUINTA.- VIGENCIA:

Los compromisos establecidos en el presente Acuerdo de Confidencialidad se mantendrán vigentes hasta la culminación del presente proyecto.



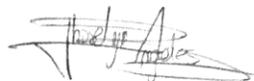
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA. Área de la Salud Humana
Telf: (593-7) 2571379 ext. 174 correo: prosalud@unl.edu.ec
Dir: Calle Manuel Ignacio Monteros
Loja-Ecuador

CLÁUSULA SEXTA.- ACEPTACIÓN:

"LA/EL PRACTICANTE" acepta el contenido de todas y cada una de las cláusulas del presente Acuerdo y en consecuencia se compromete a cumplirlas en toda su extensión, en fe de lo cual y para los fines legales correspondientes, lo firma en tres ejemplares del mismo tenor y efecto, en la ciudad de Loja, el **17 MARZO DE 2022.**



Ing. Jaime Santin
DIRECTOR DE RELACIONES DE
COOPERACION
DELEGADO DEL SR RECTOR PARA EL
PROYECTO
PROSALUD FRONTERA SUR



Jhoselyn de los A. Yaguana C.
1105758013
TESISTA DE LA CARRERA
DE PSICOLOGIA CLINICA DEL AREA
DE SALUD HUMANA DE LA UNL



Mgs. Karina Córdova
DIRECTORA DEL PROYECTO PROSALUD
FRONTERASUR

ProSalud
FRONTERA SUR

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA. Área de la Salud Humana
Telf:(593-7) 2571379 ext. 174 correo: prosalud@unl.edu.ec
Dir: Calle Manuel Ignacio Monteros
Loja-Ecuador

English Speak Up Center

Nosotros "English Speak Up Center"

CERTIFICAMOS que

La traducción del resumen de tesis titulada "ESTUDIO MULTITEMPORAL DE LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS AL TRASTORNO MIXTO ANSIOSO DEPRESIVO EN LOS CANTONES DE MACARÁ Y HUAQUILLAS, PERÍODO 2018-2021." documento adjunto solicitado por la señorita Jhoselyn de los Ángeles Yaguana Collaguazo con cédula de ciudadanía número 1105758013 ha sido realizada por el Centro Particular de Enseñanza de Idiomas "English Speak Up Center"

Esta es una traducción textual del documento adjunto. El traductor es competente y autorizado para realizar traducciones.

Loja, 15 de diciembre de 2022


Mg. Sc. Elizabeth Sánchez Burneo
DIRECTORA ACADÉMICA



ABSTRACT

Worldwide, the most common mental disorders are anxiety and depression, among the highest existing comorbidity that causes an incapacity to perform in the different areas of the biopsychosocial environment. Mixed depressive-anxiety syndrome disorder is also frequent in the world population and implies a high economic cost for health. The present research work aims to identify the prevalence and sociodemographic factors associated with this disorder in the border areas of the Southern Region of Ecuador in the cantons of Huaquillas and Macará, through a non-experimental design study of retrospective cross-sectional-mixed, between the years 2018 to 2021, through the Automated Daily Record of consultations and outpatient care (RDCAA) and the Platform for registration of health care (PRAS), granted by the Ministry of Public Health. We conducted the research employing a non-probabilistic sampling with 639 psychological and psychiatric consultations with mixed anxious-depressive syndrome disorder, where we obtained the following results: Macará canton 30.99%, Huaquillas canton: 69.01%. The adult population between 30 and 64 years of age is the most likely to suffer from this disorder. According to sociodemographic characteristics, it is more frequent in women (76.51%) and heterosexual people (71.03%), with mestizo ethnic self-identification. In addition, since these are border areas, we attended Peruvian, Venezuelan, Salvadoran, and Colombian people. These data allowed the formulation of a psychotherapeutic program for the mixed anxiety-depressive disorder.

Keywords: Anxiety, Depression, Prevalence, Migrants.





unl

Universidad
Nacional
de Loja

=

Facultad
de la Salud
Humana

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CONVOCATORIA:

Me permito convocar a los Miembros que conforman el Tribunal de Tesis, cuyo tema es **ESTUDIO MULTITEMPORAL DE LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS AL TRASTORNO MIXTO ANSIOSO DEPRESIVO EN LOS CANTONES DE MACARÁ Y HUAQUILLAS, PERIODO 2018-2021**, de autoría de la Srta. **JHOSELYN DE LOS ANGELES YAGUANA COLLAGUAZO** egresada de la Carrera de Psicología Clínica, para la sesión reservada de la mencionada Tesis, que tendrá lugar:

DIA: Viernes 25 de noviembre de 2022

HORA: 8h45

LUGAR: DIRECCIÓN DE LA CARRERA

Loja, 22 de noviembre de 2022

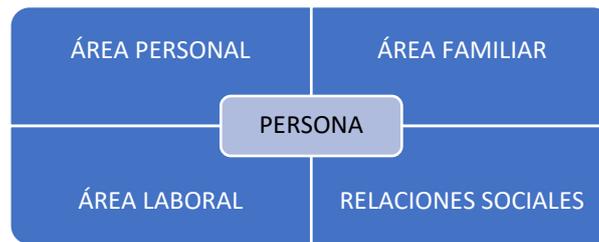
Atentamente,

Dra. Ana Catalina Puertas Azanza
PRESIDENTA DEL TRIBUNAL

Dra. Anabel Larriva Borrero
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Psic. Cl. Marco Vinicio Sánchez Salinas
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Srta. **JHOSELYN DE LOS ANGELES YAGUANA COLLAGUAZO.** _____
POSTULANTE
APA/tsc



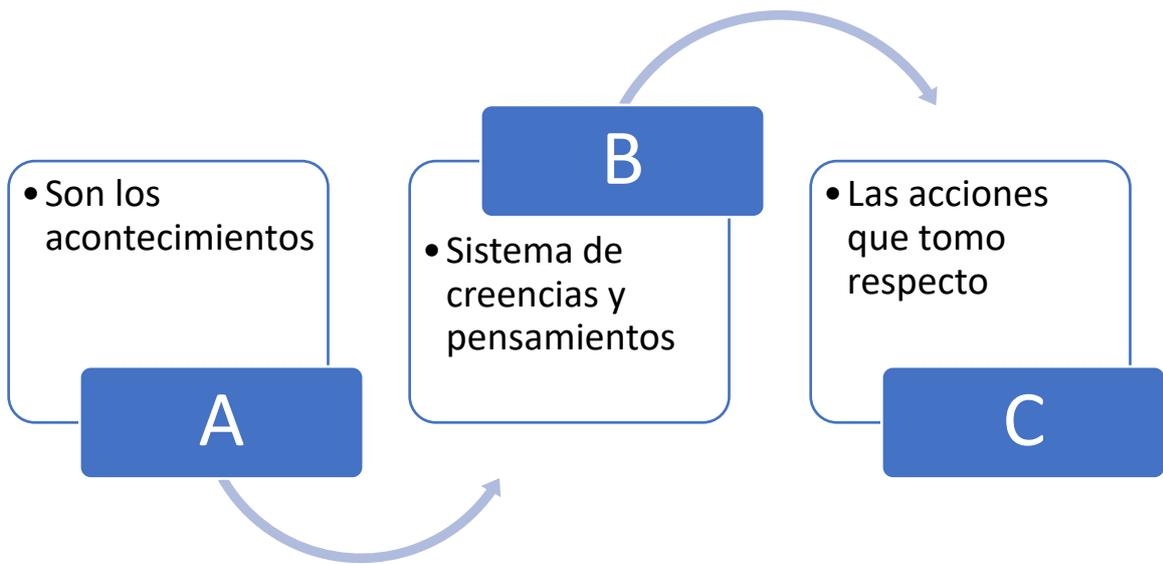
- ✓ La depresión y la ansiedad son enfermedades frecuentes, como muchas otras, y existen tratamientos eficaces con medicación y sin medicación según se requiera
- ✓ El paciente no tiene la culpa de lo que le pasa. Su enfermedad no es un castigo que se merece ni un signo de flaqueza o de debilidad de carácter
- ✓ Pueden aparecer ideas suicidas, que son un síntoma común de la propia depresión, si usted nota estas ideas puede ser necesaria una estrecha vigilancia por parte de la familia o los amigos. Háblelo abiertamente con su médico.
- ✓ No trate de obligarle a realizar actividades para las que no se siente capaz. En el transcurso de la mejoría experimentada durante el tratamiento, será capaz de hacerlas. No forzarle a la readaptación social, laboral o familiar hasta que comience mejorar su estado de ánimo.
- ✓ Es conveniente planificar actividades a corto plazo que tengan como finalidad la diversión o afianzar la autoconfianza.
- ✓ La identificación de problemas de la vida diaria y situaciones de estrés puede ayudarle a concentrarse en hechos puntuales para mejorar sus estrategias de afrontamiento.
- ✓ En muchas ocasiones las molestias físicas que experimenta el paciente, pueden tener relación con el estado de ánimo. Si persisten, ante la duda, consulte con su médico de familia.
- ✓ La actitud más aconsejable por parte de la familia es animarle a resistirse al pesimismo y la autocrítica negativa y a no actuar bajo ideas pesimistas. Conviene que el paciente en este estado no tome decisiones drásticas sobre su vida, como separación o divorcio, dejar el trabajo, etc.
- ✓ La salud mental de la familia y de los amigos también puede verse involucrada, no volque toda su atención al paciente, recuerde que usted también tiene su propia vida. Esto no significa que dejemos completamente al paciente sino, que nos invita a empatizar y ayudar cada vez que podamos y al mismo tiempo mantener nuestras actividades diarias.

Anexo 8: Hoja de la verdad (para familiares)

| HOJA DE LA VERDAD | |
|---|--------------------------------|
| <i>Lo que pienso que es la ansiedad y depresión</i> | <i>Lo que aprendí</i> |
| | |
| <i>Que puedo hacer/decir</i> | <i>Que no debo hacer/decir</i> |
| | |

Anexo 9: Hoja de la verdad (para paciente)

| HOJA DE LA VERDAD | |
|---|--------------------------------|
| <i>Lo que pienso que es la ansiedad y depresión</i> | <i>Lo que aprendí</i> |
| | |
| <i>¿Qué siento cuando estoy triste o ansioso?</i> | <i>¿Qué puedo hacer/decir?</i> |
| | |



| A | B | C |
|---|---|---|
| | | |

BENEFICIOS DE LA TERAPIA PSICOLÓGICA

- Brinda apoyo emocional
- Promueve el autoconocimiento
- Enseña herramientas para resolver conflictos
- Ayuda a tu autoestima
- Te guiará un profesional calificado
- Ayuda a gestionar el estrés
- Mejora relaciones interpersonales

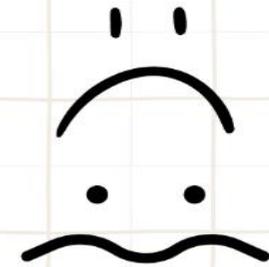
“ No te preocupes por los fracasos , preocúpate por las posibilidades que te pierdes cuando no lo intentas ” ”



¡ESTAMOS PARA APOYARTE!

RECUERDA QUE NO
HAY SALUD SIN
SALUD MENTAL

TRASTORNO MIXTO ANSIOSO DEPRESIVO



LO QUE DEBES SABER



¿QUÉ ES?

Este diagnóstico se otorga, cuando existen tanto síntomas de depresión como ansiedad pero ninguno de los dos es relevante como para diagnosticarse por separado



TRATAMIENTO

Dependiendo de cada caso el tratamiento se realizará por medio de la psicoterapia o a su vez con varios profesionales: psiquiatra, nutricionista, entre otros según las necesidades del paciente

Tratamiento farmacológico

Terapia cognitivo conductual

Psicoterapia

Técnicas para disminuir la ansiedad

Grupos de apoyo

Terapia familiar

Terapia ocupacional

Técnicas para la depresión

¿POR QUÉ RECIBIR UN TRATAMIENTO?

A través del tratamiento se busca que el paciente aprenda a afrontar y solucionar las diferentes situaciones internas y externas, para lograr su óptimo desarrollo y bienestar en todas las esferas de su vida

Inicios suaves

habilidad de comunicación

Cuando usted hable sobre un problema con su pareja, los tres primeros minutos son cruciales. Un **inicio suave** establece un tono positivo y ayuda a resolver el conflicto. Al iniciar una conversación con calma y respeto, es más probable que usted y su pareja se enfoquen en el problema, en vez de fijarse en quién tiene la culpa.

Deje la conversación para un momento de calma.

- Espere un momento en el que usted y su pareja estén solos, sin distracciones ni interrupciones.
- Asegúrese de que usted y su pareja se encuentren relajados y no estén cansados, hambrientos o estresados.

Utilice un lenguaje corporal y un tono de voz suaves.

- Adopte una actitud de trabajo en equipo y resolución de problemas, en vez de discutir o culpar.
- Hable con calma, sin levantar la voz.
- Evite el lenguaje corporal hiriente, como virar los ojos hacia arriba, fruncir el ceño o burlarse.

Utilice oraciones con "yo" para expresar lo que siente.

- Enfóquese en cómo le afecta el problema, en lugar de culpar a otros.
- Diga: "Siento [emoción] cuando [situación]".

Ejemplo

Oración sin "yo": "Estás muy aislado. Tenemos que hablar más".

Oración con "yo": "Me siento sola cuando no hablamos".

Describa el problema con claridad.

- Discuta sólo un problema a la vez.
- Sea específico. Las quejas generales como "la casa está desordenada" pueden ser malinterpretadas.

Sea respetuoso.

- Haga peticiones amables, en vez de exigencias.
- Agradezca a su pareja por haberlo escuchado y abordado un problema.

Ejemplo

"Podrías por favor..."

"Gracias por..."

"Me gustaría que..."

Anexo 13: Evaluación de autocuidado

Las actividades de **autocuidado** (o cuidado de uno mismo) son aquellas que realizamos para mantener la buena salud y mejorar el bienestar. Muchas de estas actividades pueden ser cosas que usted ya realiza como parte de su rutina normal.

En esta evaluación, considerará qué tan frecuentemente o qué tan bien realiza distintas actividades de autocuidado. El objetivo de esta evaluación es ayudarle a conocer sus necesidades de autocuidado al detectar los patrones e identificar las áreas de su vida que necesitan más atención.

No hay respuestas correctas o incorrectas en esta evaluación. Tal vez haya actividades en las que usted no esté interesado y otras actividades que no estén incluidas. Esta lista no es exhaustiva, pero sirve como punto de partida para pensar en sus necesidades de autocuidado.

| | | |
|----------|-----------------------------|---|
| 1 | Esto lo hago mal | Casi no hago esto o no lo hago para nada |
| 2 | Esto lo hago regular | Esto lo hago a veces |
| 3 | Esto lo hago bien | Esto lo hago frecuentemente |
| ★ | Me gustaría mejorar en esto | Me gustaría hacer esto con una mayor frecuencia |

1 2 3 ★

| 1 | 2 | 3 | ★ | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Autocuidado físico |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Comer alimentos saludables |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cuidar de mi higiene personal |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hacer ejercicio |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Usar ropa que me hace sentir bien consigo mismo |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Comer con regularidad |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Participar en actividades divertidas (p. ej. caminar, nadar, bailar, practicar deportes) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dormir lo suficiente |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Acudir a mis consultas médicas de prevención (p. ej. limpiezas dentales) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Descansar cuando estoy enfermo |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Autocuidado físico en general |

1 2 3 ★

Autocuidado psicológico / emocional

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Tomar tiempo libre del trabajo, la escuela u otras obligaciones

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Practicar pasatiempos

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Alejarse de las distracciones (p. ej. teléfono, email)

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Aprender cosas nuevas que no se relacionen con el trabajo o la escuela

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Expresar mis sentimientos de una manera sana (p. ej. platicando, creando una obrade arte, escribiendo en un diario)

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Reconocer mis propias fortalezas y mis logros

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Irme de vacaciones o en excursiones

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Hacer algo reconfortante (p. ej. ver mi película favorita, tomar un baño largo)

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Encontrar motivos para reírme

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Hablar sobre mis problemas

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Autocuidado psicológico / emocional en general

1 2 3 ★

Autocuidado social

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Pasar tiempo con personas que me agradan

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Llamar por teléfono o escribirle a amigos o parientes que vivan lejos

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Tener conversaciones estimulantes

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Conocer gente nueva

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Pasar tiempo a solas con mi pareja romántica

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Pedir ayuda a otros cuando la necesite

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Hacer actividades agradables con otras personas

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Tener un tiempo de intimidad con mi pareja romántica

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Mantenerme en contacto con viejos amigos

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Autocuidado social en general

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Autocuidado espiritual

Pasar tiempo en la naturaleza

Meditar

Rezar

Reconocer las cosas que dan significado a mi vida

Actuar de acuerdo con mis valores y mi moral

Dedicar tiempo para pensar y reflexionar

Participar en una causa que sea importante para mí

Apreciar las obras de arte (p. ej. música, cine, literatura)

Autocuidado espiritual en general

Autocuidado profesional

Mejorar mis habilidades profesionales

Decir "no" a las responsabilidades nuevas excesivas

Emprender proyectos interesantes o gratificantes

Aprender cosas nuevas que se relacionen con mi profesión

Dedicar tiempo para hablar y desarrollar relaciones con mis colegas

Tomar descansos durante el trabajo

Mantener un equilibrio entre mi vida profesional y personal

Tener un espacio de trabajo confortable que me permita ser exitoso

Abogar por un salario justo, beneficios y otras necesidades

Autocuidado profesional en general

Consejos para cuidar de uno mismo

Cuidar de uno mismo significa tomarse el tiempo para hacer las cosas que uno disfruta. Por lo general, el autocuidado (cuidar de uno mismo) implica realizar actividades que sean relajantes, divertidas o energizantes. Estas actividades pueden ser algo tan sencillo como leer un libro o tan grande como tomar unas vacaciones.

El autocuidado también significa cuidar de usted mismo. Esto significa comer sus comidas con regularidad, dormir lo suficiente, ocuparse de su higiene personal y cualquier otra cosa que mantenga la buena salud.

El autocuidado debe ser una prioridad. Siempre habrá otras cosas que hacer, pero no deje que interrumpan el tiempo que usted dedique al autocuidado. El autocuidado debe tener la misma importancia que sus demás responsabilidades.

Establezca objetivos de autocuidado específicos. Es difícil dar seguimiento a los objetivos vagos, tales como "dedicaré más tiempo a cuidar de mí mismo". En vez de ello, asegúrese de que sea algo específico, como "caminaré durante 30 minutos por las tardes después de comer".

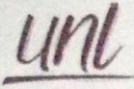
Haga del autocuidado un hábito. Así como comer una manzana no elimina los problemas de salud, una sola sesión de autocuidado no tendrá mucho efecto para reducir el estrés. Elija las actividades que usted pueda hacer con frecuencia y que continuará haciendo.

Ponga límites para proteger su autocuidado. Usted no necesita tener un motivo importante para decirle "no" a los demás—su autocuidado es motivo suficiente. Recuerde que sus necesidades son tan importantes como aquellas de los demás.

Unos pocos minutos de autocuidado son mejor que nada. Programe una alarma para tomar sus descansos con regularidad (aunque solamente sea para dar la vuelta a la cuadra) o para disfrutar de un refrigerio sin interrupciones. A menudo, los descansos le darán energía para trabajar de forma más eficiente cuando regrese.

Las actividades no saludables no cuentan como autocuidado. El uso de sustancias nocivas, la alimentación en exceso y otros comportamientos no saludables pueden ocultar temporalmente las emociones incómodas, pero a largo plazo causarán más problemas.

No se olvide del autocuidado, aún cuando usted se sienta bien. Esto le ayudará a mantener una rutina saludable. Además, ¡el autocuidado pudiera ser parte del motivo por el cual usted se siente bien!

| | | | |
|---|---|--|-----------------------------------|
|  |  | Universidad Nacional de Loja | Facultad de la Salud Humana |
| <u>CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA</u> | | | |
| <u>CERTIFICADO DE TRIBUNAL DE GRADO</u> | | | |
| Loja, 15 de diciembre de 2022 | | | |
| <p>En calidad del Tribunal calificador del Trabajo de Titulación de Grado titulado ESTUDIO MULTITEMPORAL DE LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS AL TRASTORNO MIXTO ANSIOSO DEPRESIVO EN LOS CANTONES DE MACARÁ Y HUAQUILLAS, PERIODO 2018- 2021, de la autoría de la Srta. JHOSELYN DE LOS ANGELES YAGUANA COLLAGUAZO portadora de la cédula de identidad Nro. 1105758013 previo a la obtención del título de PSICÓLOGA CLÍNICA, certificamos que se ha incorporado las observaciones realizadas por el miembro del Tribunal o por la Directora del Trabajo de Titulación, por tal motivo se procede a la aprobación y calificación del Trabajo de Titulación de Grado y la continuación de los trámites pertinentes para su publicación y Sustentación Pública.</p> | | | |
| APROBADO | | | |
|  _____ Dra. Ana Catalina Puertas Azanza PRESIDENTA DEL TRIBUNAL | | | |
|  _____ Dra. Anabel Larriva Borrero VOCAL PRINCIPAL | |  _____ Psic. Cf. Marco Vinicio Sánchez Salinas VOCAL PRINCIPAL | |
| <small>Calle Manuel Monteros Estrada Principal y Estrada 2001 - Loja - Ecuador 072-571379 Ext. 102</small> | | | |