



**UNIVERSIDAD
DEL AZUAY**

FACULTAD DE MEDICINA

**Trabajo de titulación previo a la obtención de título de
Médico**

**“Prevalencia de agorafobia y sus factores asociados en el
cantón Gualaceo, 2022”**

**Autor (es): Jimmy Segovia
Ronnye Hoyos**

Directora: Yolanda Dávila Pontón PhD.

Cuenca - Ecuador

2023

Tabla de contenidos

Resumen	1
Abstract	2
Introducción	3
Materiales y métodos.....	7
Población y muestra:	7
Análisis de datos.....	7
Consideraciones éticas.....	8
Resultados.....	9
<i>Tabla 1. Descripción de las variables sociodemográficas de la población rural del cantón Gualaceo 2022</i>	9
<i>Tabla 2. Prevalencia del Trastorno de Agorafobia en la población rural del cantón Gualaceo 2022</i>	11
<i>Tabla 3. Frecuencia de Trastorno de Agorafobia y sus factores asociados en la población rural del cantón Gualaceo 2022</i>	11
<i>Tabla 4. Relación Trastorno de Agorafobia y sus factores asociados en la población rural del cantón Gualaceo 2022</i>	13
Discusión	15
Conclusiones	17
Bibliografía.....	22
Anexos	25
<i>Anexo 1. Ficha Sociodemográfica</i>	25
<i>Anexo 2. Consentimiento Informado</i>	28
<i>Anexo 3. MINI MENTAL</i>	29

Resumen

La agorafobia es un trastorno de ansiedad que se caracteriza por miedo excesivo, preocupación y evitación de situaciones concebidas como inseguras en las cuales no se pueda asegurar ayuda inmediata en caso de crisis de angustia o síntoma de pánico. El presente trabajo tuvo como objetivo identificar la prevalencia de agorafobia en el cantón Gualaceo y su asociación con factores sociodemográficos, se trata de un estudio cuantitativo de tipo transversal; y con un alcance analítico. El tamaño muestral es de 838 habitantes, 546 mujeres, 291 hombres y 1 persona con autoidentificación diferente. Los instrumentos utilizados fueron la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) y una ficha sociodemográfica en la que se indago: género, etnia, escolaridad, convivencia, discriminación, actividad laboral, afectación del estado psicológico durante la pandemia. **Resultados:** la prevalencia de agorafobia en la población estudiada, fue del 0,4% y se encuentra presente junto al trastorno de angustia en 1,2%, La agorafobia se asoció al género femenino (OR=2,18; p=0,023; IC=1,45-1,76), a discriminación (OR=2,91 p=0,001; IC=1,91-4,4) y a afección del estado psicológico (OR=2,45; p=0,001; IC=1,59-3,80).

Palabras clave: agorafobia; factores asociados; patologías mentales.

Abstract

Agoraphobia is an anxiety disorder characterized by excessive fear, worry and avoidance of situations perceived as unsafe in which immediate help cannot be assured in the event of a panic attack or panic symptom. The objective of this research is to describe the prevalence of agoraphobia in the different communities of the Gualaceo canton; for this, a sociodemographic form and the neuropsychiatric interview (MINI) section t were used. **Results:** the prevalence of agoraphobia in the studied population was 1.2%, it was identified that agoraphobia disorder was associated with gender (OR= 2.18; p= 0.023; CI=1.45-1.76), to discrimination (OR= 2;91 p= 0.001; CI=1.91-4.4), and psychological status (OR= 2.45; p= 0.001; CI=1.59-3.80). **Conclusion:** it was determined that agoraphobia disorder is associated with the female gender, living alone, feeling discriminated against and having an affected psychological state.

Keywords: agoraphobia, associated factors, mental disorders

Translate by:



Firmado electrónicamente por:
JIMMY PATRICIO
SEGOVIA MACHUCA

Jimmy Segovia

Revised by:

Yolanda Dávila Pontón PhD.

Thesis Director

Medicine Faculty Professor

Introducción

El término agorafobia proviene del griego "ágora" (plaza o mercado) y "fobia" (miedo), que significa miedo a los espacios abiertos (1). Se clasifica dentro de los trastornos de ansiedad y se define como miedo excesivo, preocupación y evitación de situaciones concebidas como inseguras en las cuales no se pueda asegurar ayuda inmediata en caso de crisis de angustia o síntoma de pánico. (2,3,4)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta un 4% de trastornos de ansiedad a nivel de la población general (3), a nivel mundial se reporta una prevalencia de 0,3% hasta un 1,5% de agorafobia (5,6), un metaanálisis encuentra la presencia de este trastorno entre 0,53% a 1% en Europa y Norteamérica (7), otro estudio en Estados Unidos identifica que el 5% de las personas padecen este trastorno alguna vez en su vida (8), en México se reportó una prevalencia de agorafobia de 2,6% (9), en la ciudad de Cuenca - Ecuador se estima una prevalencia de 0,9% (10). Esta patología es predominante en el sexo femenino (3, 11, 12), con una relación 2:1 mujeres a hombres, generalmente inicia en la adolescencia y se encuentra más presente en población joven (5); sin embargo, un estudio epidemiológico europeo informa de una prevalencia vital de 9,3% en personas mayores de 65 (7). En Francia encontró que la agorafobia era común, con estimaciones de prevalencia de un mes y de por vida de 10% y 17%. (13,14)

Es una patología de carácter crónico con una intensidad variable a lo largo del ciclo vital, se encuentra relacionada cercanamente con el trastorno de pánico, ya que se ha podido evidenciar que el 75% de las personas que sufren agorafobia también padecen trastorno de pánico (5). Los síntomas típicos de la agorafobia incluyen miedo a salir de casa solo, estar en una multitud o esperar en una fila, estar en espacios cerrados (cines, ascensores, tiendas), espacios abiertos (estacionamientos, puentes o centros comerciales), usar el transporte público (15).

Para que se desencadene un trastorno de ansiedad interaccionan factores sociales, psicológicos y biológicos. Entre los factores de riesgo están las personas con historia de abuso, pérdidas importantes o experiencias impactantes en la historia de la persona (5). Existen predictores de los trastornos del pánico que se pueden identificar en grupos ansiosos o temerosos, en los cuales se pueden encontrar síntomas concomitantes como hiperalertamiento e hipervigilancia que puede generar efectos somáticos como disminución en la respuesta del sistema inmune, aumento de la presión arterial, insuficiencia cardiaca. (1,16)

Para la etiopatogenia de la agorafobia se admiten condicionantes genéticos, neurobiológicos y psicológicos, inicia con crisis de pánico espontáneas, seguidas de ansiedad anticipatoria, conductas de evitación y por último la aparición de un trastorno de pánico (5). La agorafobia tiene un componente hereditario que afecta mayoritariamente al sexo femenino, además, a mayor carga genética y más temprana aparición, peor evolución (5). Se caracteriza por presentar síntomas físicos que no presentan justificación médica, en especial cuando se presentan con un ataque de pánico, como taquicardia, sensación de atragantamiento o dificultad para respirar, dolor u opresión en el pecho, mareo, desmayo, sudoración excesiva, escalofríos, malestar estomacal o diarrea, sensación de pérdida de control, miedo a la muerte (12,15).

Los criterios diagnósticos que nos presenta el DSM-V comprenden: A. Miedo o ansiedad intensa acerca de 2 o más situaciones (uso de transporte público, estar en espacios abiertos, espacios cerrados, hacer cola o estar en medio de una multitud, estar fuera de casa solo. B. El individuo teme o evita estas situaciones por la dificultad de escapar o indisponibilidad de ayuda ante síntomas de pánico u otros. C. Las situaciones casi siempre provocan miedo o ansiedad. D. Las situaciones se evitan activamente, requieren presencia de acompañante. E. El miedo es desproporcionado. F. Los síntomas duran 6 o más meses. G. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo, deterioro en áreas importantes del funcionamiento. (4)

Esta patología representa uno de los trastornos mentales más incapacitantes y

se trata de una fobia con un alto nivel de comorbilidad psiquiátrica, se evidencia que 9 de cada 10 personas diagnosticadas con agorafobia presentan procesos depresivos, la ansiedad social en 3 de cada 4 casos y la ideación suicida en 2 de cada 3 casos, también se encuentra relacionado con el consumo de tabaco y alcohol. (5,17,18) En torno a los trastornos afectivos se postula que la depresión es un factor de riesgo que favorece la aparición del trastorno de pánico, mientras que, para otros, la asociación es inversa; finalmente, otro grupo de investigadores afirman que ambas alteraciones son manifestaciones distintas de un trastorno común. Cuando existe esta comorbilidad, un 20% de los afectados realizan algún intento de suicidio. Por último, la comorbilidad pánico depresión se caracteriza por una mayor gravedad y resistencia al tratamiento en comparación con los pacientes que solo padecen trastorno de pánico (10).

Puede coexistir con patologías neurológicas como la presencia de mareos y cefalea, añadiendo también que la severidad de las crisis migrañosas puede estar relacionada con estos trastornos. Se puede identificar una mayor morbilidad de causa cardiovascular en personas con trastornos ansiosos, ya que se encuentra presente una mayor frecuencia de factores de riesgo cardiovascular como tabaquismo e hipertensión arterial. (5,16) En cuanto a los trastornos gastrointestinales se evidencia un aumento del riesgo de padecer colon irritable, también se encuentra en relación con patologías respiratorias obstructivas, enfermedades endocrinas tiroideas (5).

La agorafobia es una enfermedad que debe ser diagnosticada y tratada a tiempo, para evitar su impacto negativo en la salud mental de las personas, la psicoterapia desempeña un papel fundamental en el tratamiento de esta patología, acompañada de terapia farmacológica como segunda línea. (3,19). En la actualidad existen estudios que utilizan herramientas de realidad virtual para el tratamiento del trastorno de agorafobia con o sin trastorno de pánico (11); sin embargo, cabe destacar que se requieren campañas preventivas psicoeducativas con mayor vigilancia de psicopatologías en los establecimientos de salud (19).

En el contexto del COVID-19 en donde se ve afectada tanto la salud física como

emocional en grupos vulnerables como niños, adolescentes, mujeres y ancianos, es de suma importancia conocer las estrategias terapéuticas para enfrentar la agorafobia, que puede causar disminución de la calidad de vida y empeoramiento de las comorbilidades cardiovasculares, neurológicas y psiquiátricas. (1,19).

Debido a que la agorafobia conlleva una serie de limitaciones importantes para las personas que la sufren, afectando gravemente a su calidad de vida (17) y está relacionada con comorbilidades psiquiátricas, neurológicas y cardiológicas es relevante conocer la prevalencia de esta patología y sus factores asociados.

(5)

Materiales y métodos

Se realizó una investigación cuantitativa, de tipo transversal; y con un alcance analítico.

Población y muestra:

El universo estuvo conformado por la población del cantón Gualaceo, un total de 38.587 habitantes y la muestra fue de 838. La muestra fue polietápica, del total de la población se procedió a obtener una muestra aleatoria la que fue distribuida porcentualmente por conglomerados de acuerdo al número de habitantes de cada comuna; se estratificó de acuerdo a la edad en grupos de: 20 – 39 años, 40 – 59 años y de 60 y más años; a continuación, cada grupo de edad fue estratificado de acuerdo al sexo considerando para ello la distribución establecida por el INEC en el censo 2010.

Análisis de datos

Se usó el programa Fistera para el cálculo de la muestra, con un nivel de confianza del 95%, una precisión del 3% y una proporción esperada del 50%, el tamaño muestral es de 838 habitantes, 546 mujeres, 291 hombres y 1 persona con autoidentificación diferente del cantón Gualaceo.

Se aleatorizaron las viviendas del Cantón, para la ubicación de individuos en el área geográfica; cada vivienda constituyó una unidad de análisis en la cual se levantó la información, de acuerdo a los estratos edad y sexo. En caso de que la vivienda aleatorizada no contenga la unidad de análisis otorgada, se utilizó el criterio del vecino más cercano; es decir, se ubicó una unidad de análisis en la vivienda anterior, posterior, izquierda o derecha, en ese orden. Si una de las viviendas cercanas fue aleatorizada para otra unidad de análisis, se utilizó nuevamente el criterio del vecino cercano.

Para la recolección de datos se usó una ficha sociodemográfica que indagó: etnia, género, edad, años de estudio, convivencia, discriminación, actividad laboral y afectación del estado psicológico durante la pandemia (ver anexo 1).

El MINI es un instrumento que determina la presencia de 16 trastornos mentales con una especificidad y sensibilidad de 85% y valor predictivo positivo de 75%;

para algunos trastornos evalúa episodios actuales; para otros, episodios de por vida o ambos, por otro lado, está dividido en modelos identificados por letras, cada uno corresponde a una categoría. Al comienzo de cada módulo (con excepción de los trastornos psicóticos) se presenta en un recuadro gris, una o varias preguntas “filtro” correspondientes a los criterios principales del trastorno. Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnosticadas permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios (ver anexo 2).

La tabulación y análisis de datos se realizó en la hoja de datos de Microsoft Excel 2019; posteriormente, los datos fueron migrados al software estadístico SPSS versión 26, donde se realizó el procesamiento de resultados. La asociación se estableció con OR para prevalencias por iguales o menores a 5%, y Razón de Prevalencias, las que muestran una proporción superior al valor señalado.

La significación estadística se estableció con chi cuadrado y un valor p menor a 0,05, será considerado estadísticamente significativo. Se realizó análisis multivariado para cada trastorno utilizando regresión logística; al modelo ingresaron los factores con asociación estadísticamente significativa.

Consideraciones éticas

Para completar este estudio, los participantes debieron firmar voluntariamente un formulario de consentimiento, cuyo objetivo es proporcionar a los participantes en este estudio una explicación clara de la naturaleza del estudio y su papel como colaboradores en el mismo. La información recopilada es confidencial y no será utilizada para ningún otro propósito.

Resultados

Tabla 1. Descripción de las variables sociodemográficas de la población rural del cantón Gualaceo 2022

Variables	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)		
Género	Mujer	546	65,23	
	Hombre	291	34,7	
	Otro	1	0,1	
Etnia	Indígena	35	4,3	
	Mestizo	779	93	
	Blancos	17	2	
	Otro	7	0,8	
Instrucción	Sin escolaridad	35	4,2	
	Menos de 10 años de estudios	261	31,1	
	10 años de estudios	75	8,9	
	Más de 10 años de estudios	59	7	
	Bachillerato aprobado	227	27,1	
	Superior incompleto	69	8,2	
	Superior	98	11,7	
	Posgrado	14	1,7	
	Vive con	Vive solo	97	11,6
		Vive con ambos padres y/o hermanos	87	10,4
		Vive con padres hermanos y otros familiares	40	4,8
Vive solo con madre o padre		76	9,1	
Vive con pareja		293	25	
Vive con pareja e hijos		11	1,3	
Otros		234	27,9	
Estado civil		Viudo	39	4,7
		Soltero	296	35,3
	Unión de hecho	76	9,1	
	Separado de hecho	20	2,4	
	Divorciado	70	8,4	
	Casado	337	42,2	
Situación laboral	Estudiante			
	Labora Jornada completa	439	52,4	
	Sin actividad laboral	144	17,2	
	Trabajo ocasional	81	9,7	

	Labora media jornada	111	13,2
	Otros	47	5,6
	Jubilado	16	1,9
Estado psicológico afectado por la pandemia	Sí	426	50,8
	No	412	49,2

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Realizado por: Jimmy Segovia - Ronnye Hoyos

En la tabla 1 se describen las características de la población de estudio, la mayor parte de las personas encuestadas son del género femenino con un 65,2% (n=546) y el masculino corresponde al 34,7% (n=291). La autoidentificación étnica predominante fue la mestiza 93% (n=779). El 27% (n=227) de individuos completaron sus estudios de Bachiller y únicamente el 11,7% (n=98) dispone de una instrucción superior. De acuerdo con la variable 'vive con' se identifica que la mayor parte de los encuestados viven acompañados en contraste del 11.6% (n=97) que habita solo. El 50,8% (n=426) y el 48,4% (n=406) del total de la muestra sufrieron secuelas psicológicas posterior a la pandemia.

Tabla 2. Prevalencia del Trastorno de Agorafobia en la población rural del cantón Gualaceo 2022

Agorafobia		n	%
Agorafobia		3	0,4
Trastorno de angustia con agorafobia		10	1,2

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Realizado por: Jimmy Segovia - Ronnye Hoyos

En la tabla 2 que comprende la prevalencia del trastorno de agorafobia se identifica un 0,4% (n=3); sin embargo, durante el proceso de investigación se encontró a la agorafobia asociada al trastorno de angustia en un 1,2% (n=10), correspondiendo a lo identificado en la bibliografía sobre su comorbilidad con otros trastornos.

Tabla 3. Frecuencia de Trastorno de Agorafobia y sus factores asociados en la población rural del cantón Gualaceo 2022

Variables		Trastorno de agorafobia	Trastorno de angustia con agorafobia	Total N	Porcentaje %
Género	Masculino	1	2	3	23.08
	Femenino	2	8	10	76.92
Etnia	Mestiza	3	8	11	84.62
	Otras	0	2	2	15.38
Escolaridad	Algún tipo de escolaridad	3	8	11	84.62
	Sin escolaridad o más que superior completa	0	2	2	15.38
Convivencia	Vive con alguna	3	10	13	100.00

		<i>persona</i>				
		<i>Vive solo</i>	0	0	0	0.00
Discriminación	<i>Sí</i>	2	7	9	69.23	
	<i>No</i>	1	3	4	30.77	
Actividad laboral	<i>No trabaja o trabajo ocasional</i>	3	4	7	53.85	
	<i>Trabajo con horario</i>	0	6	6	46.15	
Afectación del estado psicológico	<i>Sí</i>	3	4	7	53.85	
	<i>No</i>	0	6	6	46.15	

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Realizado por: Jimmy Segovia - Ronnye Hoyos

La tabla 3 muestra la frecuencia entre agorafobia en función de las variables estudiadas. De acuerdo con la variable género: el grupo masculino presentó una prevalencia de 23,08% (n=3) en contraste con el femenino 76,92% (n=10) con una razón de 3:1 en mujeres: hombres. Para la autoidentificación étnica se dividió en dos grupos, etnia mestiza con una prevalencia de 84.62% (n=11) versus la categoría otros en donde se encuentran los identificados como blancos, indígenas y otros.

En cuanto a la escolaridad se los dividió en 2 grupos, el primero que corresponde a algún tipo de escolaridad con una prevalencia de 84.62% (n=11), en contraste con el segundo grupo que incluye personas sin escolaridad o escolaridad mayor a la superior completa. La variable convivencia se dividió en 2 con personas que viven en compañía y personas que viven solas, el primer grupo representó al 100% (n=13) de las personas con diagnóstico de agorafobia.

La actividad laboral se divide en personas con ninguna u ocasional actividad laboral 53.85% (n=7) y otro grupo que reportan actividad laboral con horario 46.15% (n=6). El 69.23% (n=9) de las personas con agorafobia refieren haber

sentido algún tipo de discriminación, comparado al 30.77% (n=4). Se identificó además, que las personas con agorafobia tuvieron afectación del estado psicológico post pandemia en un 53.85% (n=7).

Tabla 4. Relación Trastorno de Agorafobia y sus factores asociados en la población rural del cantón Gualaceo 2022

	P	OR	IC	
			Mínimo	Máximo
Género femenino	0,023	2,18	1,45-	1,76
Etnia	0,39	1,87	1,12	1,56
Escolaridad	0,67	0,89	0,59	1,35
Convivencia	0,09	2,11	1,24	3,62
Discriminación	0,001	2,91	1,91	4,4
Actividad laboral	0,81	1,06	0,67	1,67

Afectación psicológico	del	estado	0,001	2,45	1,59	3,8
---------------------------	-----	--------	-------	------	------	-----

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Realizado por: Jimmy Segovia - Ronnye Hoyos

En la tabla 4 se evidencia que el trastorno de agorafobia estuvo asociado al género femenino (OR= 2,18; p= 0,023; IC=1,45-1,76), a sufrir discriminación (OR= 2,91 p=0,001; IC=1,91-4,4), y a la afección del estado psicológico (OR= 2,45; p=0,001; IC=1,59-3,80).

Discusión

El objetivo de esta investigación es determinar la prevalencia de agorafobia y sus factores asociados como: género, etnia, escolaridad, convivencia, discriminación, actividad laboral, afectación del estado psicológico durante la pandemia.

Dentro de las personas con diagnóstico de agorafobia 84.62% se identificaban con etnia mestiza, todas vivía acompañadas 100%, tenían algún tipo de educación 84.62% y 53.85% no reportaba actividad laboral con horario; en este estudio no se encontró asociación estadísticamente significativa para estas variables y tampoco se han identificado estudios o literatura actual referente a la relación entre estas variables y agorafobia.

En esta investigación se identificó una prevalencia de agorafobia del 0.4%, concordante con las cifras a nivel mundial que reportan una prevalencia de 0,3% hasta un 1,5% (3, 6, 20, 25) y menor al 0,91% identificado en Cuenca (11). También se encontró que existe una mayor prevalencia de agorafobia en el sexo femenino 76.92%, concordante con varias investigaciones (3,12) que incluso refieren una relación 2:1 mujeres a hombres (5). La investigación de Vesna explica que las experiencias de la mujer en su primera infancia pueden hacerla más susceptible a sufrir agorafobia (21) y también Romero et al. exhibe que ser mujer se relaciona con padecer trastornos de fobias y angustia incluido el trastorno de agorafobia (22); sin embargo, en Cuenca los trastornos fóbicos en general fueron más prevalentes en hombres 8,9%, mujeres 8,1% de poblaciones rurales. (11)

En una época post pandemia, especialmente en situaciones de emergencias de salud, las personas pueden tener varios grados de malestar psicosocial (19) y en este caso reciente en dónde se tuvo un cambio brusco en el día a día de las personas es necesario evidenciar cómo esto afectó a la salud mental, en esta investigación se identificó una asociación entre agorafobia y afectación del estado psicológico post pandemia en un 53.85%, concluyente a lo identificado

por Guzmán en México en donde se identificó que la pandemia desempeñó un rol activo en los determinantes personales, familiares y psicosociales (26). En este sentido, en el trabajo de Lee et al en 2020 se evidencia que la prevalencia de esta patología en pacientes con trastornos emocionales fue de 4,4% (23). Así también Solmi et al. en Italia mostraron que la agorafobia se asoció a comorbilidades psicológicas (24) y que la agorafobia es atribuible a tener una historia de patologías psicológicas diagnosticadas o no (25). Por lo tanto, la afectación del estado emocional puede desencadenar en comorbilidades, como el alto riesgo de suicidio que estuvo presente en 1 de cada 3 personas diagnosticadas con agorafobia (11) y este aumenta si existe un trastorno depresivo concomitante (17); también puede asociarse a trastorno psicótico, abuso y dependencia de sustancias. (11).

En este estudio se encontró un 1,2% de trastorno de angustia con agorafobia, concordante con este estudio que identifica una relación directa entre agorafobia y trastornos de pánico (25), de la misma forma que se identificó una relación cercana entre ataques de pánico, ideación suicida, depresión, conductas adictivas y otras fobias (17); y una relación con depresión a pesar que no estaba relacionado con conductas adictivas e ideación suicida (18).

Del total de personas con trastorno de agorafobia 69.23% sintieron discriminación, similar a lo identificado en este estudio que también indica que puede relacionarse con la desigualdad y una fallida o simulada provisión de seguridad (21). No se encontraron investigaciones que evalúen la relación entre agorafobia y discriminación; sin embargo, en Nabón se realizó un estudio que identifica la relación entre el consumo de sustancias y la discriminación sin encontrarse relación entre estas variables. (27)

Conclusiones

La prevalencia de agorafobia en la población estudiada fue del 0,4% y se encontró asociada en personas diagnosticadas con trastorno de angustia en 1,2%. Se identificó que el trastorno por agorafobia se asoció a género convivencia, discriminación y afección del estado psicológico.

Este estudio tiene como limitación que no se puede determinar la veracidad de las respuestas debido a que la población no tiene una relación previa con el entrevistador. Otra limitación está en relación al seguimiento de esta patología en el tiempo.

Se recomienda realizar un estudio longitudinal con el objetivo de conocer las modificaciones de esta patología a lo largo de la vida de la población; también resulta relevante investigar la relación entre agorafobia e ideación suicida. Además, expandir esta investigación en diferentes lugares del país con el objetivo de obtener datos generalizables y espacios de formación para lograr un diagnóstico y tratamiento oportuno.

DEDICATORIA I

Este trabajo se lo dedico primeramente a Dios luego a mi familia que siempre me ha apoyado y ha estado acompañándome y dándome palabras de ánimo en todo este trayecto. Mis padres que fueron mi guía y mi apoyo y jamás me dejaron de alentar pese a lo duro que fue este camino. A mi hermana por ser mi por brindarme su amor incondicional que me ayudó a tener la estabilidad que necesitaba en mi vida y sobre todo agradecerle a Stefany y a mi preciosa hija porque sin ellas nunca lo hubiese logrado fueron mi pilar fundamental y estuvieron conmigo en cada paso, acompañándome y apoyándome cada día.

-Ronnye Hoyos

DEDICATORIA II

Este trabajo se lo dedico primero a Dios por haberme obsequiado una familia única, a mis padres Santiago e Ines que siempre han estado ahí para apoyarme incondicionalmente durante toda esta carrera de mucho sacrificio y perseverancia y a mi hermano Armando que nunca dejó de darme ánimos. A mi novia Elena que fue un pilar muy importante durante el año de internado por todo su apoyo, atención y comprensión. A todos mis familiares más cercanos que siempre me aconsejaron de lo importante que es terminar con esta carrera y apoyarme siempre que lo necesitaba.

- Jimmy Segovia.

AGRADECIMIENTO I

Primeramente, agradezco a Dios por todas las oportunidades y personas que puso en el trayecto de mi carrera; agradezco a mi familia completa porque todos de una u otra manera me ayudaron a llegar a este punto y agradezco a los docentes y tutores por compartir sus conocimientos.

- Ronnye Hoyos

AGRADECIMIENTO II

Agradezco de todo corazón a mis padres, mi hermano por siempre apoyarme en todas mis decisiones, por sus ánimos, la importancia de la perseverancia, el recordarme de lo importante y del sacrificio que conlleva a obtener lo que uno desea. Agradezco también a mi novia Elena por siempre preocuparse que esté bien, por su compañía en todo este proceso y por ser un pilar importante para poder concluir. Agradezco a mi compañero de tesis Ronnye Hoyos por su sacrificio y perseverancia para dar por terminado una etapa más de nuestras vidas.

- Jimmy Segovia

Bibliografía

1. Regalado M, Medina A, Rosario E. Agorafobia en tiempos de confinamiento: ¿miedo a perder el control? *Aten Primaria*. noviembre de 2021;53(9):102150.
2. Agorafobia en México y Francia: de miedos urbanos y vidas privatizadas | *Espacialidades* [Internet]. [citado 30 de septiembre de 2022]. Disponible en:
<http://espacialidades.cua.uam.mx/ojs/index.php/espacialidades/article/view/167>
3. Trastornos de ansiedad. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. 2023 [citado 20 noviembre 2023]. Disponible en:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>
4. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. American Psychiatric Association. [Internet]. 2013 [citado 20 noviembre 2023]. Disponible en:
<https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
5. Gómez A. Trastornos de ansiedad. Agorafobia y crisis de pánico. *Farm Prof*. 1 de noviembre de 2012 [citado 20 septiembre 2023];26(6):32-9. Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/Trastornos-de-ansiedad%3A-agorafobia-y-crisis-de-Ayala/7379cda7b5833b7119f54c3e6769c1804f2fda8>
6. Roest A, Vries Y, Lim C, Wittchen H, Stein D, Adamowski T. et al. WHO [Internet]. 2019 [citado 20 septiembre 2023]. A comparison of DSM-5 and DSM-IV agoraphobia in the World Mental Health Surveys. *Depression and anxiety*, 36(6), 499–510. <https://doi.org/10.1002/da.22885>
7. Ausín A, Castellanos M, Muñoz M. Análisis de Redes de síntomas del trastorno de agorafobia en personas mayores de 64 años. Universidad Complutense de Madrid. *Beha Psych* [Internet]. 2022 [citado 20 de noviembre de 2023]; 3(30): 843-863. Disponible en:
https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2022/12/15.Ausin_30-3Es.pdf
8. Noosha N, Zucker B, Reist C. ¿Qué son el trastorno de pánico y la agorafobia? MIRECC [Internet]. 2021 [citado 20 noviembre 2023]. Disponible en:
https://www.mirecc.va.gov/visn22/panic_and_agoraphobia_spanish.pdf
9. Rodríguez J, Kohn R, Aguilar S. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. OPS [internet]. 2009 [citado 20 noviembre 2023]. Disponible en:
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/740/9789275316320.pdf>
10. Aguilera J, Guncay T, Manzo V. Prevalencia de los trastornos fóbicos en la población rural de Cuenca. UDA [Internet] 2019 [citado 23 septiembre 2023]. Disponible en: <https://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/9443>

11. Cano de Lera L. Características de los procedimientos de realidad virtual en la agorafobia. julio de 2016 [citado 30 de septiembre de 2022]; Disponible en: <https://gredos.usal.es/handle/10366/130210>
12. Agorafobia - Trastornos psiquiátricos [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. [citado 30 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-ec/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastorno-de-ansiedad-y-trastornos-relacionados-con-el-estr%C3%A9s/agorafobia>
13. Faravelli C, Cosci F, Rotella F, Faravelli L, Catena Dell'osso M. Agoraphobia between panic and phobias: clinical epidemiology from the Sesto Fiorentino Study. *Compr Psychiatry*. junio de 2008;49(3):283-7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0010440X07001708?via%3Dihub>
14. Kendler KS, Karkowski LM, Prescott CA. Fears and phobias: reliability and heritability. *Psychol Med*. mayo de 1999;29(3):539-53. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10405076/>
15. Agorafobia. MayoClinic [Internet]. 2023 [citado 20 noviembre 2023]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/agoraphobia/symptoms-causes/syc-20355987>
16. Brito AFM, Luciano AC, Cabral S de B, Laranjeiras Neto MG, Bernik MA. Transtorno do pânico e agorafobia [Internet]. *Manole*; 2021 [citado 30 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://observatorio.fm.usp.br/handle/OPI/43504>
17. Castro WP, Concepción LD, Pérez YBÁ, Pitti CT, Ruiz MLV, Pérez JMB, et al. Comorbilidad en una muestra de pacientes con agorafobia. *Rev Iberoam Diagnóstico Eval Psicológica*. 2020;2(55):173-83. Disponible en: <https://www.aidep.org/sites/default/files/2020-04/RIDEP55-Art13.pdf>
18. Peñate W, Dorta-Concepción L, Álvarez-Pérez Y, Pitti CT, Villaverde ML, Bethencourt JM. Comorbilidad en una Muestra de Pacientes con Agorafobia: La Presencia de la Ideación Suicida. *Rev Iberoam Diagnóstico Eval Psicológica* [Internet]. 2020 [citado 30 de septiembre de 2022];2(55). Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/4596/459664449014/html/>
19. Buitrago-Ramírez F., Ciurana-Misol R., Fernández-Alonso M., Tizón-García J. Salud mental en epidemias: una perspectiva desde la Atención primaria de Salud española. *Aten Primaria*. 2020 [citado 20 noviembre 2023] ;52:93–113. doi:10.1016/j.aprim.2020.09.004. Disponible en <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-salud-mental-epidemias-una-perspectiva-S0212656720302833>
20. Preti A, Piras M, Cossu G, Pintus E, Pintus M, Kalcev G, et al. The Burden of Agoraphobia in Worsening Quality of Life in a Community Survey in Italy. *Psychiatry Investig*. abril de 2021;18(4):277-83. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8103017/>

21. Lukić V. From the Disordered Mind to the Socialized Lived Body: Agoraphobia Through the Lens of a Radical Feminist Phenomenology. Carleton University; 2019. Disponible en: <https://repository.library.carleton.ca/concern/etds/c534fp92p>
22. Romero Herrera EG. Ansiedad y miedo a contraer Covid-19 en pobladores de un asentamiento humano del distrito de Piura. Repos Inst - UCV [Internet]. 2023 [citado 05 de septiembre de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/112093>
23. Lee KE, Moon CS, An JH, Lee HC, Kim DE, Park S, et al. Prevalence of DSM-IV Major Psychiatric Disorders among North Korean Defectors in South Korea. *Psychiatry Investig.* junio de 2020;17(6):541-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7324740/>
24. Solmi M, Soardo L, Kaur S, Azis M, Cabras A, Corsi M, et al. Meta-analytic prevalence of comorbid mental disorders in individuals at clinical high risk of psychosis: the case for transdiagnostic assessment. *Mol Psychiatry.* junio de 2023;28(6):2291-300. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37296309/>
25. Preti A, Piras M, Cossu G, Pintus E, Pintus M, Kalcev G, et al. The Burden of Agoraphobia in Worsening Quality of Life in a Community Survey in Italy. *Psychiatry Investig.* abril de 2021;18(4):277-83. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33849246/>
26. Guzmán J, Vergara L, Guzmán J, Guzmán M, Guzmán S, Ramos L. Efectos del SarsCov2 sobre la salud mental. *Rev. Med.Cient.Jal.* [Internet]. 2022 [citado 20 noviembre 2023]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2022/sj223e.pdf>
27. Astudillo R, Reyes A. Prevalencia de abuso y dependencia del consumo de alcohol y factores asociados en adolescentes del Cantón Nabón, 2021. UDA [Internet] 2023 [citado 20 noviembre 2023]. Disponible en: <https://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/12968/1/18494.pdf>

Anexos

Anexo 1. Ficha Sociodemográfica

INFORMACIÓN GENERAL.

Número de ficha

Nombre del entrevistador.....

Parroquia

Comuna/ sector

1.- Etnia (Marque con un X lo que corresponde)

1 Indígena 2 Mestiza 3 Blanca 4 Otra

2.- Género (Marque con un X lo que corresponde)

1 Masculino 2 Femenino 3 Otros

3.- Edad: _____ años cumplidos (Solo números)

4.- Escolaridad (Marque con un X una sola opción)

- 1 Sin escolaridad
 2 Menos 10 de años estudio
 3 10 años de estudio
 4 Más de 10 de estudio
 5 Bachillerato (3ro de bachillerato aprobado)
 6 Superior incompleto
 7 Superior completo
 8 Nivel postgrado

5.- ¿Con quien vive usted? (Marque con un X una sola opción)

- 1 Vive solo
 2 Vive sólo con el padre y/o la madre
 3 Vive con padres y/o hermanos
 4 Vive con padres y/o hermanos y/o otros familiares (abuelos o tios, etc.)
 5 Vive con pareja
 6 Otros, indicar con quién:

6.- Estado civil actual: (Marque con un X lo que corresponde)

- | | |
|--|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Soltero/a | 4 <input type="checkbox"/> Separado/a (de hecho) |
| 2 <input type="checkbox"/> Unión libre | 5 <input type="checkbox"/> Divorciado/a (legalmente) |
| 3 <input type="checkbox"/> Casado/a | 6 <input type="checkbox"/> Viudo/a |

7.- ¿Qué actividad desarrolla actualmente? (Marque con un X lo que corresponde)

- | |
|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Trabaja jornada completa |
| 2 <input type="checkbox"/> Trabaja media jornada |
| 3 <input type="checkbox"/> Trabaja ocasionalmente |
| 4 <input type="checkbox"/> No trabaja |
| 5 <input type="checkbox"/> Jubilado/a |
| 6 <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

8.- ¿Alguien de su familia o a migrado? (Marque con un X lo que corresponde)

Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-----------------------------

En el caso que la respuesta sea Sí, elija si esta es interna o externa

Interna <input type="checkbox"/> (Dentro del Ecuador)	Externa <input type="checkbox"/> (Fuera del país)
---	---

9.- Identifique ¿Quién migró?

- | |
|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Padre |
| 2 <input type="checkbox"/> Madre |
| 3 <input type="checkbox"/> Ambos padres |
| 6 <input type="checkbox"/> Esposo (a) pareja |
| 7 <input type="checkbox"/> Hermanos |

10.- Algún miembro de la familia ha recibido tratamiento médico por alguna enfermedad mental

Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-----------------------------

11.- Endeudamiento**Tiene deuda la familia**Sí No **De todos los ingresos familiares, ¿Cuanto gasta en pagar la deuda?**

- 1 Menos de la Mitad
2 La mitad y más

12.- ¿Se ha sentido discriminado o excluido por otras personas?Sí No **¿Por qué causa o motivo usted se ha sentido discriminado o excluido?**

- 1 Etnia
2 Discapacidad
3 Urbano – rural
4 Religión
5 Otros Especifique:

13.- ¿Qué tiempo dedica a realizar ejercicio?

- 1 Inferior a 30 minutos al día (2 o 3 veces por semana cuando no es todos los días)
2 Igual o superior a 30 minutos al día (al menos por 5 días)
3 No realiza ejercicio

14.- Si realiza ejercicio ¿Cómo se pone su respiración mientras hace ejercicio?

- 1 Respira normal o aumenta poco y puede hablar 2 La respiración es rápida, o se dificulta o falta el aliento

15.- ¿Ha sentido que su estado psicológico se ha afectado por la pandemia?Sí No

Anexo 2. Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Salud mental en el Cantón Gualaceo”

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes de esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como colaboradores. La presente investigación es conducida por el PHD. Yolanda Dávila Pontón profesora de la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay. La meta de este estudio es conocer cómo se encuentra la salud mental de la población. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá contestar una entrevista que le tomara aproximadamente 40 minutos de su tiempo. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas. Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por el Dra. Yolanda Dávila Pontón. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es conocer. Me han indicado también que tendré que responderá a una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 40 minutos. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Yolanda Dávila directora de la investigación al teléfono 0995888021.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha (En letras de imprenta)

Anexo 3. MINI MENTAL

F. Agorafobia

F1	¿Se ha sentido particularmente incómodo o ansioso en lugares o situaciones donde podría tener una crisis o ataque, o síntomas de una crisis como los que acabamos de discutir, o situaciones donde no dispondría de ayuda o escapar pudiera resultar un tanto difícil: como estar en una multitud, permanecer en fila, estar solo fuera de casa, permanecer solo en casa, viajar en autobús, tren o automóvil?	NO	SÍ	19
----	--	----	----	----

SI F1 = NO, RODEE CON UN CÍRCULO NO en F2.

F2	¿Teme tanto estas situaciones que las evita, sufre en ellas o necesita estar acompañado para enfrentarlas?	NO	SÍ	20
----	--	----	----	----

Agorafobia actual

¿CODIFICÓ NO EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

NO	SÍ
----	----

TRASTORNO DE ANGUSTIA sin agorafobia ACTUAL

¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

NO	SÍ
----	----

TRASTORNO DE ANGUSTIA con agorafobia ACTUAL

¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ NO EN E5 (TRASTORNO DE ANGUSTIA DE POR VIDA)?

NO	SÍ
----	----

AGORAFOBIA ACTUAL sin historial de trastorno de angustia