



**UNIVERSIDAD
DEL AZUAY**

Facultad de Psicología

Carrera de Psicología Clínica

**Agorafobia en personas afectadas en su salud mental debido a la
pandemia por COVID-19 en el cantón Gualaceo**

Proyecto de graduación previo a la obtención del título de

Licenciado en Psicología Clínica.

Autores:

Rafael Nicolas Clavijo Morales

Tomás Valdivieso Vásquez

Director:

Jefferson Geovanny Elizalde Socola

Cuenca - Ecuador

Año 2024

Dedicatoria

Tomas Valdivieso Vásquez:

Este trabajo va dedicado de manera especial para mi abuelo Mario Hernan Valdivieso Montesinos, quien en vida fue un médico muy valioso, reconocido y formó parte del cuerpo de la salud. Sus enseñanzas han sido una fuente de inspiración para mí y me han impulsado a formarme y cumplir mis metas.

A mis padres, que me han apoyado tanto económica, emocional y moralmente; gracias a mis padres y sus enseñanzas he logrado aprender y comprender que lo más valioso en la vida es el estudio, el trabajo duro y la familia; ellos son quienes me han apoyado y a la vez me han brindado su ayuda para cumplir mis metas, sueños y pasiones hasta el momento, momento en el que estoy próximo a graduarme y convertirme en un excelente profesional de la República del Ecuador, acompañado con un sentido moral y ético intachable.

Finalmente quiero dedicar este trabajo de titulación a mis hermanos Ramón Agustín y Maricarmen Valdivieso, los cuales justo en este momento están sentados al lado mío mientras estoy escribiendo este texto. Pues ellos siempre se han esforzado en enseñarme, en cuidar de mí, y sobre todo en protegerme de ciertas adversidades que he afrontado; ellos son una parte muy valiosa y esencial no solo de este trabajo final, sino de toda mi carrera universitaria, e incluso de mi vida. Me queda corto el tiempo, pero espero algún día devolverles el favor.

Rafael Nicolas Clavijo Morales:

A mis queridos padres, Freddy y Silvia, por su amor incondicional y apoyo constante en cada paso de este viaje. Su sacrificio y aliento han sido la luz que me ha guiado en los momentos de incertidumbre.

A mis hermanos, Cristina y Daniel, por ser mis cómplices y mi fuente de inspiración. Cada risa compartida y cada desafío superado juntos han hecho de este camino algo aún más especial.

A mis abuelos, Teresa, Juan, Gladdys y Gonzálo, por enseñarme el valor del esfuerzo y la importancia de perseguir mis sueños. Su sabiduría y cariño han dejado una huella imborrable en mi corazón.

Este logro es también suyo. Gracias por ser mi motor y mi apoyo inquebrantable. Con todo mi amor, les dedico este trabajo de graduación.

Agradecimiento

Tomas Valdivieso Vásquez:

En primer lugar, quiero agradecer a mi profesor Fabricio Peralta, quien siempre estuvo dispuesto a compartir sus conocimientos conmigo, y me enseñó a profundizar y apasionarme más en el campo de la psicología clínica...

Me gustaría agradecer a mi padre, quien pese a las dificultades siempre ha estado ahí para mí, apoyándome incondicionalmente.

A mi tutor de tesis Jefferson Elizalde quiero expresarle mi más sincero agradecimiento por su guía y apoyo durante el desarrollo de mi tesis. Su dedicación y conocimiento han sido fundamentales en este proceso, y me siento afortunado de haber obtenido deslumbrante cátedra y aprendizaje por su causa.

Rafael Nicolas Clavijo Morales:

Con profunda gratitud, quiero agradecer a Dios por ser mi guía y fortaleza en cada paso de este camino. En los momentos de incertidumbre y desafío, su amor y misericordia me han sostenido y dado esperanza. Sin Su presencia, no habría logrado llegar hasta aquí.

A mis amados padres, no existen palabras suficientes para expresar mi agradecimiento por todo lo que han hecho por mí. Su amor incondicional, sus sacrificios silenciosos y su constante apoyo han sido la luz que me ha guiado. Gracias por creer en mí cuando a veces yo no lo hacía, y por enseñarme que, con esfuerzo y perseverancia, todo es posible.

A mis queridos hermanos, gracias por ser mis confidentes, mis mayores defensores y mis compañeros de vida. Su amor, consejos y, sobre todo, su compañía en los momentos difíciles, han sido un pilar fundamental en mi vida. Juntos hemos reído, llorado y celebrado, y no podría haber pedido mejores compañeros en este viaje.

A mis queridos abuelos, su sabiduría y cariño han sido una fuente inagotable de inspiración. Sus historias y enseñanzas me han mostrado el verdadero significado de la fortaleza y la integridad. Gracias por su amor y por ser un ejemplo a seguir.

A mis amigos, que han sido la familia que elegí, gracias por cada risa compartida, cada abrazo en momentos de tristeza y cada palabra de aliento. Su amistad ha sido un regalo invaluable, y sin su apoyo constante, este logro no habría sido posible. Ustedes han hecho de esta experiencia algo realmente especial y memorable.

A Nicki Minaj, cuya música y espíritu indomable han sido una fuente constante de motivación y empoderamiento. Su autenticidad, talento y resiliencia me han inspirado a creer en mis sueños y a superar cualquier obstáculo que se presente. Gracias por ser una luz brillante y por mostrarme que, con valentía y determinación, podemos lograr lo imposible.

Resumen.

El siguiente trabajo de tesis es un estudio correlacional que aborda la problemática del incremento de la agorafobia derivada de los efectos de la pandemia. El objetivo principal es determinar la relación entre la agorafobia y las afecciones psicológicas en la población adulta de Gualaceo durante el confinamiento. Los objetivos específicos incluyen evaluar las dificultades psicológicas sufridas por la población durante la pandemia, luego cuantificar la cantidad de personas que presentan síntomas de agorafobia y comparar estos datos con estudios previos y globales, y finalmente establecer una conexión entre la agorafobia y las afecciones psicológicas derivadas de la pandemia. La investigación empleó una metodología cuantitativa, no experimental, con un diseño transversal, utilizando encuestas y entrevistas estructuradas. Los resultados indicaron que el 1.115% de los participantes que sufrieron afecciones psicológicas en la pandemia presentaban agorafobia, mientras que el 50.27% reportó alguna afección psicológica derivada de la pandemia. Las conclusiones sugieren que el confinamiento, el aislamiento social y el temor al contagio contribuyeron significativamente al aumento de las afecciones psicológicas incluyendo la agorafobia que es nuestro eje central. Este estudio destaca la importancia de diseñar intervenciones terapéuticas específicas y programas de apoyo psicológico en el contexto postpandemia para mitigar los efectos adversos en la salud mental.

Palabras clave: Gualaceo, agorafobia, pandemia, salud mental, covid-19.

Abstract.

The following thesis work is a correlational study that addresses the problem of the increase in agoraphobia derived from the effects of the pandemic. The main objective is to determine the relationship between agoraphobia and psychological conditions in the adult population of Gualaceo during confinement. The specific objectives include evaluating the psychological difficulties suffered by the population during the pandemic, then quantifying the number of people presenting symptoms of agoraphobia and comparing this data with previous and global studies, and finally establishing a connection between agoraphobia and the resulting psychological conditions. of the pandemic. The research used a quantitative, non-experimental methodology, with a cross-sectional design, using surveys and structured interviews. The results indicated that 1.115% of the participants who suffered psychological conditions in the pandemic presented agoraphobia, while 50.27% reported some psychological condition derived from the pandemic. The conclusions suggest that confinement, social isolation and fear of contagion contributed significantly to the increase in psychological conditions, including agoraphobia, which is our central axis. This study highlights the importance of designing specific therapeutic interventions and psychological support programs in the post-pandemic context to mitigate adverse effects on mental health.

Keywords: Gualaceo, agoraphobia, pandemic, mental health, covid-19.

Tabla de contenidos

Sección	Pag
Introducción	1
1.1 Problemática	1
1.2 Preguntas de investigación	2
1.3 Hipótesis	3
1.4 Objetivos	4
Marco Teórico y Estado del Arte	5
Metodología	15
Resultados	18
Discusión	22
Conclusión	24
Referencias	27
Anexos	29

Índice de tablas

Tabla	Pag
Tabla 1: Análisis descriptivo de la variable edad	18
Tabla 2: Análisis descriptivo de la variable género, etnia y afecciones psicológicas	18
Tabla 3: Análisis descriptivo de TACA (trastornos de angustia con agorafobia)	19
Tabla 4: Tablas de contingencia y análisis Chi Cuadrado entre afección psicológica y TACA	20

Índice de gráficos

Figura	Pag
Figura 1 Gráfico de Globo: Estado Psicológico vs TACA	21

1. Introducción.

1.1. Problemática

La agorafobia se encuentra dentro de los trastornos de ansiedad y se caracteriza por miedo intenso a situaciones como: multitudes, espacios abiertos o transporte público, incluyendo síntomas como sudoración, palpitaciones, mareos y pensamientos catastróficos. (Carrera, R. 2024).

Durante la pandemia, se observó una reducción significativa en la salud mental y el bienestar. Limitando la vida diaria, afectando el área social, laboral y recreativa, para manejar este problema las personas muestran conductas de evitación y aislamiento. Puede surgir por experiencias traumáticas, predisposición genética o desequilibrios químicos. (Carrera, R. 2024).

En este mismo periodo de tiempo también se evidencio que los efectos de la pandemia no solo se limitaron a salud física, sino que también se manifestaron en forma de trastornos psicológicos y problemas sociales. Las investigaciones en este periodo han demostrado un aumento significativo de trastornos, como ansiedad, depresión y también la agorafobia. (OPS, 2022).

No hay estudios locales que comparen la agorafobia con la pandemia, por lo que el presente trabajo, busca determinar la prevalencia de agorafobia en los adultos del cantón Gualaceo, y relacionar la presencia de esta dificultad con la afectación percibida en la salud mental de los habitantes durante el periodo de confinamiento.

Preguntas de investigación

. ¿Existe relación entre agorafobia y afección psicológica a causa de la pandemia en el cantón Gualaceo?

. ¿Existe afección del estado psicológico por la pandemia en el cantón Gualaceo?

Descripción Global de los apartados del documento

En cuanto a la problemática se analiza cómo la pandemia afectó la salud mental, aumentando trastornos como la ansiedad, la depresión y, específicamente, la agorafobia. El documento destaca la falta de estudios locales sobre la relación entre la agorafobia y el confinamiento, lo que justifica el enfoque de esta investigación. El objetivo principal es determinar la relación entre la agorafobia y las afecciones psicológicas en la población de Gualaceo durante la pandemia. Los objetivos específicos incluyen evaluar las dificultades psicológicas derivadas de la pandemia, cuantificar la prevalencia de agorafobia en esta población, y establecer la conexión entre esta fobia y otras afecciones psicológicas. El presente marco teórico explora el concepto de agorafobia, sus criterios diagnósticos según el DSM-5 y el CIE-10, y su prevalencia tanto a nivel global como local. También se presenta un análisis del impacto de la pandemia en la salud mental y cómo factores como el aislamiento social y el miedo al contagio intensificaron los síntomas de agorafobia. La metodología empleada es de carácter cuantitativo no experimental con diseño transversal. Se utiliza un muestreo no probabilístico y se aplican encuestas y entrevistas estructuradas para recolectar datos de una muestra de 800 adultos del cantón Gualaceo. Los resultados muestran que el 1.115% de los participantes presentaron agorafobia, mientras que el 50.27% reportó afecciones psicológicas relacionadas con la pandemia. También se analizan factores como la edad, el género y la etnia, mostrando cómo estos influyeron en la prevalencia de agorafobia.

Finalmente se concluye que la pandemia tuvo un impacto significativo en la salud mental de los habitantes de Gualaceo, exacerbando los síntomas de agorafobia. El documento resalta la necesidad de intervenciones terapéuticas y programas de apoyo psicológico para mitigar los efectos negativos de la pandemia en la salud mental. Como recomendación de la tesis se considera ampliar los estudios a otras regiones y realizar investigaciones longitudinales para observar la evolución de la agorafobia y otras afecciones psicológicas en el contexto postpandemia.

Hipótesis

- Existe relación entre agorafobia y afectación psicológica en el periodo de pandemia en el cantón Gualaceo.

- Si existe una afectación del estado psicológico por la pandemia en el cantón Gualaceo.

2.1. Objetivo General

Determinar la relación entre agorafobia y afección psicológica a causa de la pandemia en el cantón Gualaceo.

2.2. Objetivos Específicos

1. **Evaluar la población que sufrió dificultades psicológicas durante la pandemia en el cantón Gualaceo:** Este objetivo se enfoca en identificar y analizar los factores que contribuyeron a las dificultades psicológicas durante la pandemia, incluyendo el impacto del confinamiento y las restricciones sociales.
2. **Determinar la prevalencia de agorafobia en el cantón Gualaceo:** Este objetivo busca cuantificar la cantidad de personas que presentan síntomas de agorafobia y comparar estos datos con estudios previos y globales.
3. **Relacionar la presencia de agorafobia con la muestra evaluada de población que sufrió dificultades psicológicas durante la pandemia en el cantón de Gualaceo:** Este objetivo se centra en establecer una conexión entre la agorafobia y las afecciones psicológicas derivadas de la pandemia.

3. Capítulo 1. Marco Teórico y Estado del Arte.

3.1. Definición y Clasificación de la Agorafobia

Definición de Agorafobia

La agorafobia es un trastorno de ansiedad caracterizado por un miedo intenso a situaciones donde escapar podría ser difícil o no se podría disponer de ayuda en caso de experimentar síntomas de pánico u otros síntomas incapacitantes o embarazosos. Según el DSM-5, los criterios diagnósticos para la agorafobia incluyen: (American Psychiatric Association, 2013).

1. Miedo o ansiedad intensa sobre dos o más de las siguientes situaciones:
 1. Uso del transporte público.
 2. Estar en espacios abiertos.
 3. Estar en sitios cerrados.
 4. Hacer cola o estar en medio de una multitud.
 5. Estar fuera de casa solo.
2. El individuo teme estas situaciones debido a la idea de que escapar podría ser difícil o no se podría disponer de ayuda si aparecen síntomas de pánico.
3. El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantean las situaciones agorafóbicas.
4. El miedo, la ansiedad o la evitación es continuo y dura típicamente seis o más meses.
5. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
6. Si existe otra afección médica, el miedo, la ansiedad o la evitación es claramente excesiva. (Carrera, R. 2024).

Clasificación de la Agorafobia en el CIE-10

El CIE-10 presenta a la agorafobia bajo el código "F40.0 Agorafobia" y detalla las siguientes pautas diagnósticas específicas:

1. Los síntomas psicológicos o vegetativos son manifestaciones primarias de ansiedad y no secundarias a otros síntomas.
2. La ansiedad se limita o predomina en al menos dos de las siguientes situaciones: multitudes, lugares públicos, viajar lejos de casa o viajar solo.
3. La evitación de la situación fóbica es o ha sido una característica destacada.

3.2. Prevalencia de la Agorafobia

Estadísticas Globales

A nivel mundial, se estima que entre el 1% y el 3% de la población padece de agorafobia. Estudios indican que este trastorno es más común en adolescentes y adultos jóvenes, con una edad promedio de inicio de 17 años. Un estudio realizado por IVANESALUD en 2022 destaca que seis de cada mil personas padecen agorafobia, lo que subraya la relevancia de este trastorno a nivel global. (Espinosa, 2022).

Diferencias de Género y Edad

Las tasas de prevalencia anual de agorafobia son similares entre hombres (0.8%) y mujeres (0.9%). Sin embargo, algunos estudios sugieren que las mujeres pueden ser ligeramente más propensas a desarrollar agorafobia en comparación con los hombres. Además, la agorafobia tiende a manifestarse típicamente durante la adolescencia y alrededor de los 30 años de edad, lo que indica una predisposición genética y posiblemente factores ambientales que influyen en su aparición temprana. (Balaram y Marwaha, 2023).

Prevalencia en Ecuador y Estudios Locales

En Ecuador, un estudio realizado por exalumnos de la Universidad del Azuay en 2019 sobre "La prevalencia de los trastornos fóbicos en la población rural de Cuenca" encontró que en una muestra de 984 personas, la prevalencia estimada de agorafobia fue del 0.9%, con una distribución por sexo de 0.81% en mujeres y 0.89% en hombres. Este estudio resalta la importancia de realizar investigaciones locales para comprender mejor la incidencia de la agorafobia en diferentes regiones del país. (Aguilera Muñoz, Guncay Morocho, Manzo Toapanta, 2019).

Impacto de la Pandemia en la Salud Mental.

Efectos Psicológicos Generales:

La pandemia de COVID-19 ha tenido un impacto devastador y profundo en la salud mental a nivel global. Ha desencadenado un alarmante aumento en la prevalencia de trastornos como la ansiedad, la depresión y la agorafobia, afectando a personas de todas las edades y contextos sociales. Factores como la incertidumbre constante sobre la salud pública, el miedo persistente al contagio, las pérdidas económicas y el prolongado aislamiento social han contribuido de manera significativa a este incremento preocupante. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la pandemia ha causado un aumento del 25% en la prevalencia de la ansiedad y la depresión a nivel mundial, subrayando la urgencia imperiosa de abordar estos problemas de salud mental con políticas y recursos efectivos que puedan mitigar estos impactos a largo plazo. (Salud Mental y COVID-19, 2023).

Estudios Específicos sobre Agorafobia y COVID-19.

Un estudio realizado por la OPS en 2022 evidencia un aumento significativo en la prevalencia de agorafobia causado a raíz de la pandemia de COVID-19. El artículo publicado en la librería nacional de medicina de los Estados Unidos (PubMedCentral) señala que el impacto psicológico del confinamiento llevó a muchas personas a reducir el contacto físico y social, lo que estimuló la aparición de la agorafobia y otras morbilidades asociadas en pacientes con COVID-19. (Regalado-Chamorro y PMC [PUBMED CENTRAL] 2021).

Factores Contribuyentes.

Varios factores han contribuido al incremento de la agorafobia durante la pandemia:

- **Aislamiento y Confinamiento Social:** Durante la pandemia, las estrictas medidas de confinamiento y la reducción drástica del contacto social han sido factores determinantes que han exacerbado significativamente los síntomas de la agorafobia. La ausencia de interacción social habitual y la incapacidad para participar en actividades cotidianas normales han incrementado considerablemente el miedo a salir de casa y a enfrentar situaciones sociales.

- **Miedo al Contagio:** El temor al contagio de COVID-19 ha generado una ansiedad generalizada entre la población, lo cual ha desencadenado o intensificado la agorafobia en muchas personas. Este miedo no se limita únicamente a la posibilidad de contraer el virus, sino que también incluye el temor a contagiar a seres queridos, especialmente a aquellos pertenecientes a grupos de alto riesgo, lo cual ha exacerbado aún más los síntomas de agorafobia.

- **Impacto Económico:** La pérdida de empleo y la reducción significativa de los ingresos familiares debido a la crisis económica derivada de la pandemia han sido factores

determinantes en el aumento de los niveles de estrés y ansiedad. Estos factores económicos adversos pueden desencadenar o agravar trastornos como la agorafobia, al generar una sensación de inseguridad y falta de control sobre el entorno.

• **Restricciones Sanitarias y Pérdida de Confianza Social:** Las restricciones impuestas para contener la propagación del virus, junto con la pérdida de confianza en la seguridad de las interacciones sociales, han llevado a muchas personas a desarrollar conductas de evitación y a experimentar un temor creciente hacia las situaciones sociales y públicas. Esta falta de confianza social ha exacerbado los síntomas de agorafobia al generar una percepción de amenaza constante en entornos que antes se consideraban seguros. (Anuch, 2022).

Estado del Arte.

Evolución Diagnóstica, Prevalencia y el Impacto de la Pandemia de COVID-19

La agorafobia es un trastorno de ansiedad caracterizado por el miedo o la ansiedad intensa ante situaciones en las que escapar podría ser difícil o embarazoso, o donde no sería posible recibir ayuda en caso de tener un ataque de pánico. Este trastorno ha sido objeto de evolución en su clasificación y diagnóstico a lo largo de los años, especialmente en manuales como el DSM-5 y la CIE-10. (Smith, J. 2020).

1. Evolución Diagnóstica: DSM-5 y CIE-10

La agorafobia fue inicialmente tratada como una complicación del trastorno de pánico en las primeras ediciones del DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales). Sin embargo, con la llegada del DSM-5, se comenzó a tratar como un diagnóstico independiente. En el CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades), el criterio para la agorafobia ha permanecido similar al del DSM-5, pero con diferencias en la categorización y descripción de los síntomas. Esta distinción independiente ha permitido una mayor precisión en el diagnóstico, pero sigue existiendo debate sobre las posibles comorbilidades con otros trastornos de ansiedad (García Y López, 2019).

A pesar de las definiciones claras en los manuales, existen vacíos en la investigación sobre la identificación precoz de la agorafobia en poblaciones específicas, como los adolescentes y los adultos mayores, donde los síntomas pueden presentarse de forma atípica. Esto plantea la necesidad de un enfoque más contextualizado en los criterios diagnósticos, adaptado a diferentes grupos etarios y culturales. (García Y López, 2019).

2. Prevalencia Global y Local

Los estudios sobre la prevalencia de la agorafobia han revelado diferencias significativas en su aparición en distintos países y regiones. De acuerdo con datos

proporcionados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la prevalencia de agorafobia en la población general oscila entre el 1% y el 2%. Sin embargo, estudios regionales en países como Estados Unidos y Reino Unido han encontrado tasas ligeramente más altas, lo que podría estar relacionado con factores culturales o metodologías de medición. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018).

En América Latina, la agorafobia ha sido menos estudiada. En países como México, la prevalencia ha sido estimada en alrededor del 0.5% en algunos estudios, mientras que en Argentina y Brasil, los datos aún son escasos y varían entre el 0.2% y el 1.1%, según estudios más recientes. Aquí emerge un importante vacío de conocimiento: la falta de investigaciones longitudinales y comparativas entre países de la región, lo que impide una evaluación precisa del impacto sociocultural en el desarrollo del trastorno. (Martínez Y Johnson, 2021)

3. El Impacto de la Pandemia de COVID-19

La pandemia de COVID-19 ha generado una crisis de salud mental sin precedentes, exacerbando las condiciones de ansiedad, incluidos los trastornos como la agorafobia. Durante los confinamientos, el temor al contagio, sumado a las restricciones de movilidad, ha conducido a un aumento en los síntomas de ansiedad relacionados con salir de casa o estar en espacios abiertos. Estudios internacionales, como los realizados en Italia y China, han reportado un incremento del 30% en los casos de agorafobia durante el 2020 y 2021, en comparación con años anteriores. (Rodríguez Y Chen, 2022).

Sin embargo, la falta de estudios locales en América Latina sobre el impacto directo de la pandemia en la aparición o exacerbación de la agorafobia es un área crítica que necesita atención. Si bien se han realizado investigaciones sobre el impacto general de la pandemia en la salud mental, aún no hay suficientes datos que expliquen cómo factores específicos de la

región, como el aislamiento prolongado o el acceso limitado a recursos de salud mental, han influido en el desarrollo del trastorno. (Rodríguez Y Chen, 2022).

4. Contraste de Estudios y Áreas de Oportunidad

Al analizar los diferentes estudios sobre la agorafobia, se observan discrepancias significativas en los datos de prevalencia. En regiones como Europa, donde existen sistemas de salud con fácil acceso a terapias psicológicas, las tasas de agorafobia diagnosticada son más bajas en comparación con regiones en vías de desarrollo, donde el acceso a estos servicios es limitado. Esto podría deberse a diferencias en los métodos de diagnóstico, así como al estigma asociado a los trastornos mentales en ciertas culturas. (Gómez Y Rivera, 2023).

Un área clave para futuras investigaciones es el impacto de la migración en el desarrollo de la agorafobia, especialmente en aquellos individuos que experimentan cambios drásticos en su entorno social y geográfico. La migración forzada, tanto interna como externa, ha sido identificada como un posible detonante de trastornos de ansiedad, pero se necesita mayor investigación para comprender cómo afecta específicamente a los migrantes en situaciones de vulnerabilidad. (Gómez Y Rivera, 2023).

El estado actual de las investigaciones sobre agorafobia ha avanzado significativamente, especialmente en cuanto a la comprensión diagnóstica y su relación con otros trastornos de ansiedad. Sin embargo, persisten importantes vacíos en la investigación, particularmente en el contexto de América Latina y en el impacto a largo plazo de la pandemia de COVID-19 en la aparición de nuevos casos. Asimismo, la falta de estudios longitudinales que sigan la evolución de este trastorno en poblaciones vulnerables sigue siendo un área de oportunidad para futuras investigaciones. Esto permitirá no solo mejorar el

diagnóstico, sino también diseñar estrategias de intervención más efectivas y adaptadas a las realidades locales. (Gómez Y Rivera, 2023).

Revisión de la Literatura

Estudios Internacionales

En un estudio más actualizado realizado por la revista NCBI Bookshelf, se menciona que según el DSM-5, alrededor del 17% de la población general sufre de agorafobia, siendo más comúnmente diagnosticada antes de los 35 años. El Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos estima que el 13% de las personas experimentarán agorafobia en algún momento de sus vidas, con una tasa anual de incidencia del 0.9%. (Balaram y Marwaha, 2023).

Estudios Locales en Ecuador

El estudio sobre "La prevalencia de los trastornos Fóbicos en la población rural de Cuenca" revela datos interesantes. En una población de 199,506 habitantes, se estimó que la prevalencia de agorafobia fue del 0.9%. Desglosando por sexo, se observó que afectaba al 0.81% de las mujeres y al 0.89% de los hombres. Estos hallazgos indican que la agorafobia es un trastorno significativo en la región, subrayando la importancia de realizar estudios adicionales para profundizar en su impacto y prevalencia. (Aguilera Muñoz, Guncay Morocho, Manzo Toapanta, 2019).

Como dato curioso en este mismo estudio se observa una tendencia similar en el aumento de los trastornos de ansiedad durante la pandemia. Estos estudios subrayan la importancia de considerar contextos regionales específicos al diseñar estrategias de intervención y políticas de salud mental. (Aguilera Muñoz, Guncay Morocho, Manzo Toapanta, 2019).

Contraste de Estudios y Datos

Al examinar exhaustivamente ambos estudios y contrastar los datos pertinentes, se revela una disminución leve pero significativa del 0.03% en la prevalencia de la agorafobia. Este análisis, que abarca un contexto global, implica la consideración meticulosa de un margen de error estadístico inherente a la recopilación y análisis de datos a gran escala. Es esencial recalcar que el diagnóstico de agorafobia se encuentra predominantemente entre individuos de 17 a 30 años, una franja etaria donde se evidencia una predisposición genética que potencialmente influye en su aparición precoz. (Barnhill, 2023).

Este factor genético subraya la necesidad urgente de investigaciones continuas para profundizar en los factores de riesgo y los mecanismos subyacentes que conducen al desarrollo de la agorafobia, especialmente en cohortes juveniles vulnerables. Aunque la disminución del 0.03% puede interpretarse como un indicio positivo, es imperativo mantener una vigilancia constante sobre estas tendencias. Esto no solo permitirá evaluar la efectividad de las estrategias actuales de intervención y tratamiento, sino también ajustarlas según sea necesario para abordar eficazmente el impacto debilitante de este trastorno en la calidad de vida de los afectados y sus familias. (Fernando, A. M. J, 2019).

Además, este análisis subraya la importancia de políticas de salud pública que no solo promuevan la conciencia sobre la agorafobia, sino que también faciliten el acceso equitativo a servicios de diagnóstico precoz y tratamiento efectivo. Al hacerlo, se puede esperar no solo una mejora en el bienestar individual, sino también una reducción significativa en el impacto socioeconómico de la agorafobia a escala global. (Fernando, A. M. J, 2019).

4. Capítulo 2. Metodología.

4.1. Tipo de Investigación

La presente investigación es de tipo cuantitativa no experimental, lo cual implica que se observan los fenómenos de las afecciones psicológicas y la prevalencia de agorafobia en una población específica sin manipular las variables. Este enfoque permite obtener datos precisos y objetivos sobre la incidencia de estos trastornos en el grupo estudiado. La elección de un diseño no experimental se basa en la necesidad de describir y analizar las características de estos fenómenos tal y como ocurren en el entorno natural, sin la intervención del investigador.

Además, el estudio se caracteriza por ser de secuencia transversal, lo que significa que la recolección de datos se realiza en un único momento temporal. Este método permite captar una "imagen" precisa y detallada de la situación actual, proporcionando una visión clara de la prevalencia y las características de las afecciones psicológicas y la agorafobia en el momento del estudio. Este tipo de diseño es particularmente útil para identificar patrones y relaciones entre variables en un punto específico en el tiempo, lo cual puede servir como base para investigaciones futuras o intervenciones clínicas.

4.2. Participantes

La población de estudio está compuesta por personas adultas que residen en el cantón Gualaceo. Se propone un muestreo no probabilístico por conveniencia para obtener una muestra aproximada de 800 personas que cumplan con los siguientes criterios:

- Haber tenido la percepción de sufrir afecciones psicológicas durante la pandemia.
- Presentar prevalencia de agorafobia.
- Ser mayor de 18 años.

Instrumentos de Recolección de Datos

- **Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI):** Desarrollada por David V. Sheehan y Yves Lecrubier, esta entrevista estructurada se utiliza para el diagnóstico de trastornos psiquiátricos mayores según los criterios del DSM-V y la CIE-10. La MINI ha sido extensamente validada y es reconocida por su fiabilidad mediante el método test-retest.

5. Procedimiento

1. **Primera Fase (2022):** Recolección de datos en una población de adultos del cantón Gualaceo. Se seleccionará una muestra de aproximadamente 800 participantes que cumplan con los criterios de inclusión mencionados.
2. **Segunda Fase:** Construcción de una base de datos focalizada que contenga las variables de la investigación. Esta fase incluye la elaboración del marco teórico mediante la búsqueda de información relevante.

3. **Tercera Fase:** Análisis de datos y construcción de figuras y tablas explicativas. Se utilizarán estadísticas descriptivas y pruebas de normalidad para analizar los datos recopilados.
4. **Cuarta Fase:** Elaboración del informe final, incluyendo discusión, conclusiones y recomendaciones basadas en los resultados obtenidos.

Análisis de Datos.

Para responder a los objetivos planteados, se realizarán los siguientes procedimientos estadísticos:

- **Estadísticos Descriptivos:** Se utilizarán frecuencias (f) y porcentajes (%) para datos categóricos, y media (M), desviación estándar (sd), mínimo y máximo para datos continuos.
- **Pruebas de Normalidad:** Para determinar si los datos presentan una distribución normal.
- **Comparación de Medias:** Para estudiar las diferencias entre grupos, utilizando pruebas paramétricas o no paramétricas dependiendo de la normalidad de los datos.

5.1. Capítulo 3. Resultados.

Tabla 1

Análisis descriptivo de la variable edad

	n	Media	DE	Mínimo	Máximo
Edad	897	39.92	16.54	18	90

La Tabla 1 muestra un análisis descriptivo de la variable "edad" en la muestra de 897 participantes. La media de edad es de $M=39.92$ años, con una desviación estándar de 16.54, lo que indica una variabilidad moderada en la edad de los participantes. La edad mínima registrada es de 18 años, mientras que la máxima es de 90 años.

Tabla 2

Análisis descriptivo de la variable género, etnia y si ha presentado alguna afección psicológica producto de la pandemia por COVID-19

Etnia	n	%
Indígena	36	4.01
Mestiza	835	93.08
Blanca	19	2.11
Otra	7	.78
Ausente	0	.0
Genero	n	%
Masculino	313	34.89
Femenino	583	64.99
Estado psicológico	n	%
Si	451	50.27
No	446	49.72

La Tabla 2 detalla la distribución de los participantes según su etnia, género, y si han presentado alguna afección psicológica producto de la pandemia por COVID-19. La mayoría de los participantes se identifican como mestizos (93.088%), seguidos de indígenas (4.013%),

blancos (2.118%), y otros grupos (0.780%). En cuanto al género, el 64.994% de los participantes son mujeres y el 34.894% son hombres. Además, se observa que un 50.279% de los participantes reportó haber presentado alguna afección psicológica debido a la pandemia, mientras que el 49.721% no lo hizo.

Tabla 3

Análisis descriptivo de TACA (trastornos de angustia con agorafobia).

TACA (Test de Ansiedad ante la Comunicación Oral en Adolescentes)	n	%
Trastorno de angustia sin agorafobia	101	11.260
Trastorno de angustia con agorafobia	10	1.115
Agorafobia actual sin historial de trastorno de angustia	3	.334
No tiene	783	87.291

En la Tabla 3, se analiza la prevalencia de trastornos relacionados con la agorafobia. El 87.291% de los participantes no presenta ningún trastorno de angustia o agorafobia. Sin embargo, el 11.260% de los participantes tiene un trastorno de angustia sin agorafobia, el 1.115% presenta trastorno de angustia con agorafobia, y el 0.334% tiene agorafobia sin un historial de trastorno de angustia.

Tabla 4

Tablas de contingencia y Análisis Chi Cuadrado x^2 entre afección del estado psicológico a causa de la pandemia por COVID-19 y trastorno de agorafobia

TACA (Test de Ansiedad ante la Comunicación Oral en Adolescentes)	Estado psicológico	
	Si	No
Trastorno de angustia sin agorafobia	71	30
Trastorno de angustia con agorafobia	6	4
Agorafobia actual sin historial de trastorno de angustia	0	3
No tiene	374	409

	Valor	gl	p
x^2	21.581	3	< .001
N	897		

Finalmente, la Tabla 4 presenta un análisis de contingencia y un test de Chi cuadrado (x^2) entre la afección del estado psicológico causada por la pandemia y la presencia de trastornos de agorafobia (TACA). Se encontró que existe una asociación significativa entre estas variables ($x^2=21.581$, $gl=3$, $p<.001$). Esto sugiere que la pandemia ha tenido un impacto significativo en el estado psicológico de los participantes, particularmente en relación con trastornos de agorafobia y trastornos de angustia.

Figura 1: Gráfico de Globo: Estado Psicológico vs TACA.

		Estado Psicológico	
		No	Si
TACA	Agorafobia actual sin historial de trastorno de angustia	3	
	No tiene	409	374
	Trastorno de angustia con agorafobia	4	6
	Trastorno de angustia sin agorafobia	30	71

6. Discusión

Los resultados de la investigación indican una asociación significativa entre la agorafobia y las afecciones psicológicas sufridas por la población del cantón Gualaceo durante la pandemia de COVID-19. En los resultados se demuestra que las personas que reportaron trastornos de angustia, con o sin agorafobia, presentaron afecciones psicológicas en mayor proporción en comparación con aquellas que no presentaban agorafobia ni angustia. Esto está en consonancia con estudios previos que evidencian un aumento del 25% en la prevalencia de la ansiedad y la depresión debido a los efectos psicológicos de la pandemia. (Aguilera Muñoz, Guncay Morocho, Manzo Toapanta, 2019). (Rodríguez Y Chen, 2022).

El confinamiento y el aislamiento social fueron factores clave que aumentaron la ansiedad relacionada con la salida de casa y el contacto social, lo cual está bien documentado en estudios internacionales. Los datos obtenidos confirman esta tendencia, donde un 50.27% de los participantes reportaron haber presentado alguna afección psicológica a causa de la pandemia, y un pequeño porcentaje (1.115%) desarrolló trastornos de angustia con agorafobia. Esto sugiere que el miedo al contagio y la reducción de la interacción social pueden haber desencadenado o intensificado los síntomas de agorafobia. (Gómez Y Rivera, 2023). (Anuch, 2022). (Regalado-Chamorro Y PMC 2021).

Al comparar la prevalencia de agorafobia en Gualaceo con los estudios internacionales, se observa que los niveles locales (1.115%) están en línea con las tasas reportadas en otros países durante la pandemia, como Italia y China, donde el incremento de casos fue del 30%. Estos datos sugieren que la pandemia no solo ha tenido un impacto global en la salud mental, sino que también ha afectado significativamente a comunidades rurales como Gualaceo. En contraste, la prevalencia de agorafobia en Ecuador (0.9%) parece ser

menor que en otros países desarrollados, lo que podría deberse a factores culturales y contextuales que requieren más investigación. (García Y Rojas, 2022).

6.1. Los resultados obtenidos destacan la importancia de abordar los trastornos de ansiedad, como la agorafobia, en los programas de salud mental, especialmente en el contexto postpandemia. Las políticas de salud pública deben considerar el impacto a largo plazo de la pandemia en la salud mental y desarrollar estrategias de intervención dirigidas a poblaciones vulnerables. Dado que el 50.27% de los participantes reportó afecciones psicológicas durante la pandemia, es crucial implementar programas de apoyo psicológico y tratamiento preventivo en la comunidad de Gualaceo. (Fernández Y Li, 2021).

A partir de los resultados en el presente estudio, se puede aceptar la primera hipótesis, que plantea la existencia de una relación entre la agorafobia y la afectación psicológica durante el periodo de pandemia en el cantón Gualaceo. Los datos evidencian que las restricciones impuestas y el confinamiento prolongado tuvieron un impacto significativo en la salud mental de los habitantes, aumentando los síntomas de agorafobia y contribuyendo a la aparición o intensificación de problemas psicológicos. Asimismo, se acepta la segunda hipótesis, confirmando que la pandemia provocó una afectación considerable en el estado psicológico de los residentes de Gualaceo, manifestada en niveles elevados de ansiedad, estrés y temor, lo cual refleja las graves consecuencias emocionales y mentales de la crisis sanitaria global en esta población.

7. Conclusión.

Este estudio ha permitido explorar la relación entre la agorafobia y las afecciones psicológicas causadas por la pandemia de COVID-19 en la población adulta del cantón Gualaceo. A partir de los resultados obtenidos, se concluye que si existe una considerable asociación significativa entre los trastornos de agorafobia y los problemas psicológicos derivados de la crisis sanitaria global. El confinamiento, el aislamiento social, y el temor al contagio emergen como factores clave que exacerbaron los niveles de ansiedad y favorecieron la aparición de la agorafobia en ciertos individuos.

En este sentido, el análisis de contingencia y las pruebas estadísticas revelaron que la pandemia tuvo un impacto considerable en la salud mental de los habitantes de Gualaceo, con un 50.27% de los participantes reportando afecciones psicológicas a raíz de la pandemia COVID-19, y de este resultado un porcentaje ha presentado síntomas relacionados con agorafobia. Estos resultados están alineados con estudios internacionales que han documentado el aumento de la agorafobia a nivel mundial durante la pandemia.

Recomendaciones.

Diseñar intervenciones terapéuticas específicas y programas de apoyo psicológico en el contexto postpandemia para mitigar los efectos adversos en la salud mental.

8. Limitaciones del trabajo:

Una de las principales limitaciones del presente estudio es el enfoque geográfico limitado, ya que solo se tomó en cuenta a los habitantes del cantón Gualaceo. Esto puede restringir la generalización de los resultados a otras poblaciones o contextos con diferentes características socioeconómicas, culturales y de acceso a servicios de salud mental. Además, la recolección de datos dependió principalmente de encuestas autoadministradas, lo cual podría haber introducido sesgos de respuesta, particularmente en cuanto a la autoevaluación de los síntomas psicológicos.

Otro aspecto a considerar es que, aunque se midió el impacto de la pandemia en la agorafobia, el estudio no consideró factores externos como antecedentes previos de problemas psicológicos, que podrían haber influido en el aumento de la sintomatología. También se podría profundizar en otras variables relacionadas con la salud mental, como la resiliencia o las redes de apoyo social, que no fueron abordadas de manera directa en este análisis.

8.1. Recomendaciones para futuros trabajos:

Para mejorar los resultados en estudios futuros, se sugiere ampliar la muestra a otros cantones y regiones, lo cual permitiría obtener una visión más global de la situación. Esto no solo enriquecería la representatividad de los datos, sino que también permitiría realizar comparaciones entre diferentes localidades y analizar cómo variables sociodemográficas influyen en la relación entre la pandemia y la agorafobia.

Además, sería beneficioso incluir entrevistas en profundidad o grupos focales para complementar los datos cuantitativos con perspectivas cualitativas más ricas sobre la experiencia psicológica de los afectados. Incorporar medidas longitudinales también permitiría observar la evolución de los síntomas de agorafobia y otros problemas psicológicos a lo largo del tiempo, especialmente en las etapas posteriores a la pandemia.

Sugerencias de líneas de investigación a futuro:

A partir de este trabajo, surgen varias líneas de investigación que pueden ser exploradas. Una posible dirección sería investigar la relación entre agorafobia y otros trastornos mentales que hayan podido incrementarse durante la pandemia, como la depresión o el trastorno de estrés postraumático. También sería relevante analizar cómo el uso de la tecnología y las redes sociales influyó en la salud mental durante el confinamiento, especialmente en el caso de quienes experimentaban agorafobia.

Finalmente; otro punto de interés sería examinar cómo intervenciones psicológicas específicas, como la terapia cognitivo-conductual, pueden ser adaptadas para tratar los casos de agorafobia exacerbados por la pandemia. Adicionalmente, se podría explorar la implementación de programas comunitarios de salud mental que prevengan el aislamiento social y refuercen la resiliencia en futuras crisis sanitarias.

9. REFERENCIAS

- Barnhill, J. W. (2023, 3 de agosto). Agorafobia. Manual MSD Versión Para Público General. <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/ansiedad-y-trastornos-relacionados-con-el-estr%C3%A9s/agorafobia>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022, 2 de marzo). La pandemia por COVID-19 provoca un aumento del 25% en la prevalencia de la ansiedad y la depresión en todo el mundo. OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/noticias/2-3-2022-pandemia-por-covid-19-provoca-aumento-25-prevalencia-ansiedad-depresion-todo>
- Carrera, R. (2024, 5 de marzo). Agorafobia: síntomas, criterios DSM 5 y prevalencia. Orientación Psicológica. <https://orientacionpsicologica.es/agorafobia-sintomas-causas-y-tratamiento/>
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5.ª ed.). Washington, DC: Autor.
- Espinosa, A. (2022, 17 de febrero). La agorafobia. IVANESALUD. <https://www.ivanosalud.com/la-agorafobia/#:~:text=Entre%20el%201%20y%203,y%20sobre%20los%2030%20años.>
- García, M., & López, R. (2019). La evolución de la agorafobia en los manuales de diagnóstico. *Revista de Psicología Clínica*, 25(3), 123-145.
- Fernando, A. M. J. (2019). Prevalencia de los trastornos fóbicos en la población rural de Cuenca. <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/9443>
- Salud mental y COVID-19. (2023, 14 de noviembre). OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/salud-mental-covid-19>
- Regalado-Chamorro, M. R., & Universidad Privada del Norte, Lima, Perú. (2021, noviembre). Agorafobia en tiempos de confinamiento: ¿miedo a perder el control? National Library Of Medicine. Recuperado el 21 de marzo de 2024, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8277411/>
- Fernández, A., & Li, P. (2021). Impacto del confinamiento en la ansiedad y el desarrollo de agorafobia: Un estudio internacional. *Revista de Salud Mental Global*, 12(4), 67-82.
- García, J., & Rojas, M. (2022). Prevalencia de agorafobia en áreas rurales durante la pandemia: Un estudio de caso en Gualaceo, Ecuador. *Revista de Psicología Latinoamericana*, 18(3), 90-105.
- Gómez, F., & Rivera, M. (2023). Agorafobia y su relación con la pandemia: Un análisis crítico de los vacíos en la investigación. *Revista Latinoamericana de Psicología Clínica*, 22(1), 112-130.

Rodríguez, P., & Chen, L. (2022). Impacto de la pandemia de COVID-19 en los trastornos de ansiedad: Un análisis global. *Revista Internacional de Psicología de la Salud*, 15(2), 45-60.

Martínez, A., & Johnson, T. (2021). Prevalencia de agorafobia: Un estudio comparativo internacional. *Revista Internacional de Epidemiología Psicológica*, 30(4), 250-270.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). Informe sobre los trastornos de ansiedad: Prevalencia y tratamiento. OMS.

10. Anexos

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)



1

MINI

MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW

Versión en Español 5.0.0
DSM-IV

EE.UU.: D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Harnett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
University of South Florida, Tampa

FRANCIA: Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L. I. Bonora, J. P. Lépine
Hôpital de la Salpêtrière, Paris

Versión en español:

L. Ferrando, J. Bobes, J. Gibert
Instituto IAP – Madrid – España

M. Soto, O. Soto
University of South Florida, Tampa
Asesores de traducción: L. Franco-Alfonso, L. Franco

© Copyright 1992, 1994, 1998, 1999 Sheehan DV & Lecrubier Y.

Todos los derechos están reservados. Ninguna parte de este documento puede ser reproducida o transmitida en forma alguna, ni por cualquier medio electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias y sistemas informáticos, sin previa autorización escrita de los autores. Investigadores y clínicos que trabajen en instituciones públicas o lugares no lucrativos (incluyendo universidades, hospitales no lucrativos e instituciones gubernamentales) pueden hacer copias del MINI para su uso personal.

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Nombre del entrevistador: _____ Fecha de la entrevista: _____	Número de protocolo: _____ Hora en que inició la entrevista: _____ Hora en que terminó la entrevista: _____ Duración total: _____
--	--

Módulos	Periodo explorado	Cumple los criterios	DSM-IV	CIE-10
A EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (EDM) EDM CON SINTOMAS MELANCOLICOS (opcional)	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	299.20-296.26 episodio único	F32.x
	Recidivante	<input type="checkbox"/>	296.30-296.36 recidivante	F33.x
	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 episodio único	F32.x
B TRASTORNO DE SINTOMAS MELANCOLICOS (opcional)	Actual (últimos 2 años)	<input type="checkbox"/>	296.30-296.36 recidivante	F33.x
C RIESGO DE SUICIDIO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.4	F34.1
	Riesgo: <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderado <input type="checkbox"/> alto	<input type="checkbox"/>		
D EPISODIO MANÍACO	Actual	<input type="checkbox"/>	296.00-296.06	F30.x-F31.9
	Pasado	<input type="checkbox"/>		
E EPISODIO HIPOMANIACO	Actual	<input type="checkbox"/>	296.80-296.89	F31.8-F31.9/F34.0
	Pasado	<input type="checkbox"/>	300.01/300.21	F40.01-F41.0
F TRASTORNO DE ANGUSTIA	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>		
	De por vida	<input type="checkbox"/>	300.22	F40.00
G AGORAFOBIA	Actual	<input type="checkbox"/>		
	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.23	F40.1
H Fobia social (Trastorno de ansiedad social)	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>		F40.1
I TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.3	F42.8
J ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (opcional)	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	309.81	F43.1
K DEPENDENCIA DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	303.9	F10.2x
	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	305.00	F10.1
L DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	304.00-90/305.20-90	F11.1-F19.1
	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	304.00-90/305.20-90	F11.1-F19.1
M TRASTORNOS PSICÓTICOS	De por vida	<input type="checkbox"/>	295.10-295.90/297.1	F20.xx-F29
	Actual	<input type="checkbox"/>	297.3/293.81/293.82	
	Actual	<input type="checkbox"/>	293.89/298.8/298.9	
TRASTORNO DEL ESTADO DEL ANIMO CON SINTOMAS PSICÓTICOS	Actual	<input type="checkbox"/>	296.24	F32.3/F33.3
N ANOREXIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
O BULIMIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2
	Actual	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
P ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVA/PURGATIVA	Actual	<input type="checkbox"/>		
Q TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	Actual (últimos 6 meses)	<input type="checkbox"/>	300.02	F41.1
R TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD (opcional)	De por vida	<input type="checkbox"/>	301.7	F60.2

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

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				
<i>Agorafobia actual</i>								
¿CODIFICÓ NO EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)								
Y								
CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">NO</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">TRASTORNO DE ANGUSTIA sin agorafobia ACTUAL</td> </tr> </table>					NO	SÍ	TRASTORNO DE ANGUSTIA sin agorafobia ACTUAL	
NO	SÍ							
TRASTORNO DE ANGUSTIA sin agorafobia ACTUAL								
¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)								
Y								
CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">NO</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">TRASTORNO DE ANGUSTIA con agorafobia ACTUAL</td> </tr> </table>					NO	SÍ	TRASTORNO DE ANGUSTIA con agorafobia 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)?								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">NO</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">AGORAFOBIA ACTUAL sin historial de trastorno de angustia</td> </tr> </table>					NO	SÍ	AGORAFOBIA ACTUAL sin historial de trastorno de angustia	
NO	SÍ							
AGORAFOBIA ACTUAL sin historial de trastorno de angustia								