PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

1 TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

Comparación de dosis, número y familias de fármacos utilizados en pacientes con diagnósticos de patologías afectivas, mayores de 18 años, atendidos en consulta externa del Hospital Vozandes Quito en los períodos: marzo del 2019 a marzo del 2020 y abril del 2020 a abril del 2021.

2 LUGAR:

Ciudad de Quito, Hospital Vozandes Quito, periodos: marzo del 2019 a marzo del 2020 y abril del 2020 a abril del 2021, a través de la búsqueda y recolección de datos de las historias clínicas del sistema electrónico GEMA de la institución, previamente autorizado por el departamento de subdirección de educación médica de la institución.

3 AUTORES:

Doctora Paola Karina Tulcanaz Montesdoca, médica egresada de Medicina Familiar y Comunitaria de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Código postal; 170403

CI:0401640891

Teléfono: 0983288178

Doctor Víctor Javier Ordoñez Garrido, médico egresado de Medicina Familiar y Comunitaria de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Código postal; 170404

Director y Analista Metodológico; Doctor Edgar Vinicio León Segovia.

4 LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

4.1 Dominio

Desarrollo sostenible e integral.

Bajo esta forma se organizará el conocimiento, investigación, formación y vinculación con la sociedad. También contribuyen al fortalecimiento de la trayectoria académica de la institución.

4.2 Línea de investigación

Vida digna y salud integral.

La medicina familiar es la especialidad médica que tiene impacto social, pues sus líneas de investigación institucionales abarcan las enfermedades más frecuentes de la sociedad ecuatoriana, además de que refuerzan la producción científica de la universidad con responsabilidad social, para contribuir a la creación de un mundo más humano, justo y sustentable.

5RESUMEN:

El presente trabajo de investigación pretende realizar una comparación entre el tratamiento farmacológico que recibían los pacientes con patologías afectivas antes y después de experimentar el confinamiento social obligatorio y prolongado, instaurado en el Ecuador el 17 de marzo del 2020 por la pandemia del SARS- CoV- 2 mediante el decreto presidencial N° 1017.

Se trata de un estudio retrospectivo en el que se analizan dos grupos de pacientes en dos periodos de tiempo distintos, el primer grupo comprende el periodo de tiempo del 01 de marzo del 2019 hasta el 16 de marzo del 2020 correspondiente al grupo control y el segundo grupo en el periodo del 27 de abril inmediatamente posterior al fin del confinamiento, hasta el 02 de abril del 2021 (los pacientes entre los 2 grupos son diferentes), se tomará como muestra por conveniencia al universo de pacientes diagnosticados dentro del gran espectro de patologías afectivas (trastornos depresivos y trastornos ansiosos). Se tiene como objetivo comparar una diferencia estadísticamente

significativa entre el número de fármacos usados por estos dos grupos de pacientes, incremento de las dosis de los mismos y el mayor uso de determinadas familias de psicofármacos prescritos en estos dos grupos de pacientes.

La edad en la que se enfoca el estudio comprende la población adulta, mayor de 18 años ya que son estas edades donde se encuentra la mayor concentración de la población económicamente activa y o estudiantil, considerados factores de riesgos para presentar estas patologías. Estas personas presentan mayor prevalencia de trastornos ansioso-depresivos por estar expuestas a otras cargas o estresores como son; ser el sustento del hogar, sobrecarga laboral y académica, desempleo, despidos, separación conyugal y o familiar y jubilación en sus respectivos sistemas familiares y sociales.

Los estudios disponibles hasta el momento indican que el nivel socioeconómico bajo y el desempleo son factores estresores y desencadenantes de patologías afectivas.

Se medirán las variables: tratamiento farmacológico, familias de psicofármacos, edad, número de fármacos, dosis de fármacos, sexo. En cuanto a lo que tiene que ver con el confinamiento, el estudio permitirá analizar el efecto de un confinamiento social obligatorio y total de una duración superior a los 30 días en el que hubo restricciones de movilidad, despidos, suspensión de clases, suspensión de actividades al aire libre, usos de espacios públicos, etc. También se contará con la aprobación de las autoridades del hospital Vozandes para la revisión y análisis de las historias clínicas.

Los resultados al final de esta investigación permitieron confirmar que no existen diferencias significativas en cuanto al tratamiento empleado previo al confinamiento social obligatorio prolongado, como después de este, en la consulta externa del hospital Vozandes.

La relación en cuanto a sexos en trastornos del estado de ánimo es más alta en mujeres que hombres; en una relación 3:1 que padecieron este tipo de trastornos.

El post-confinamiento generó un incremento de trastornos de ansiedad, debido a que los trastornos depresivos se redujeron porcentualmente. De todas maneras, se concuerda con otras investigaciones en considerar al confinamiento prologado como un estresor de importancia para la salud mental.

Sobre los tipos de tratamiento, se encontró un incremento en cuanto al uso del tratamiento farmacológico en trastornos post-confinamiento en enfermedades depresivas. En referencia al uso de tratamientos farmacológicos acompañados de tratamientos psicológicos, se observa una reducción en su uso; esto posiblemente responde a las condiciones de distanciamiento social, que han limitado el recurrir a tratamientos combinados, lo que trae como consecuencia un enfoque más farmacológico para trastornos de ansiedad y depresión.

6INTRODUCCIÓN

En diciembre de 2019 se reportó un brote de casos de un cuadro respiratorio inusual en la ciudad Wuhan, China, llamando la atención y preocupando a la comunidad científica internacional. El patógeno fue nombrado SARS-Cov-2, (por sus siglas en inglés). El 30 de enero de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la Covid-19 como una "Emergencia de Salud Pública de Interés Internacional", luego de un rápido esparcimiento por Asia y Europa, fue declarada pandemia mundial el 11 de marzo de 2020 (Camacho, et. al, 2020).

Para lograr la mitigación de la pandemia, la OMS ha recomendado, entre diversas acciones, que los países decreten el aislamiento social y cuarentena para sus ciudadanos para reducir la exposición y la transmisión del virus. Lamentablemente, las nuevas directrices obligatorias contra la movilidad y la participación en actividades al aire libre interrumpen inevitablemente las actividades rutinarias diarias de decenas de millones de personas. En consecuencia, las estancias prolongadas en el hogar pueden provocar como efecto adverso; miedo, pánico, ansiedad y depresión, deteriorando la salud mental de las personas. Precisamente, en el campo de la psicopatología se ha manifestado que estos estados, incrementa la probabilidad de presentar problemas mentales y exacerbaciones de las enfermedades preexistentes, tanto en el corto como el largo plazo (Camacho, et. al, 2020).

Un estudio reciente de Ríos y Palacios sugiere, a través de análisis descriptivos, que en adultos paraguayos de todas las edades hay alta prevalencia de síntomas ansiosos y depresivos a raíz de la crisis sanitaria y sus medidas asociadas.

Por lo tanto, aunque las cuarentenas son una medida segura y prioritaria, puede tener consecuencias adversas no deseadas para la salud mental (Ahumada, 2020).

Se formula la hipótesis de que las personas, luego de haberse expuesto a un estresor como lo es el confinamiento social obligatorio prolongado, tendrán más dificultades para mantener un tratamiento adecuado, con el consecuente uso de dosis más altas de psicofármacos, cambios en el uso de los mismos o incluso la necesidad de tratamiento intrahospitalario. Aunque existe información sobre el impacto psicológico del público en general durante el pico epidémico de Covid-19, se necesita una comprensión oportuna del estado de la salud mental de los países iberoamericanos como Ecuador, ya que existe una falta de información sobre estas regiones. Los procesos diagnósticos de los trastornos del estado de ánimo más utilizados (CIE 10, DSM-V), tanto en la clínica como en la investigación, son los de la clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados (CIE) (Ahumada, 2020).

Tener esta información será de gran importancia, ya que, a la luz de los argumentos anteriores, este estudio pretende determinar los posibles cambios en los tratamientos aplicados en nuestra población, luego de la exposición a este estresor, así como su capacidad para producir incrementos o disminuciones en las dosis de los tratamientos farmacológicos para patologías ansiosas y/o depresivas (episodio depresivo, trastorno depresivo recurrente, trastornos fóbicos de ansiedad, otros trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo, reacción al estrés grave y trastornos de adaptación).

7MARCO TEÓRICO

7.1Definición del problema

El estudio y desarrollo en cuanto a los trastornos relativos a la salud emocional y mental, se ha dado en una relación no equitativa, siendo de mayor interés lo relacionado

con la parte intelectiva, dejando relegado por mucho tiempo el interés por el estado anímico de las personas, y los trastornos relacionados con este (Luque & Berrios, 2011). Así, durante el siglo XIX los progresos en referencia a los trastornos afectivos fueron poco significativos. (Uribe-Restrepo et al., 2014).

De esta manera, el término de trastornos afectivos aparece en el siglo XX como resultado de la evolución y convergencia de varios términos y nociones, relacionados con conceptos como "emoción, pasión, sentimiento, ánimo, afecto, distimia, ciclotimia o disforia" (Luque & Berrios, 2011, p. 342); términos que hacen referencia a una serie de experiencias y vivencias de orden subjetivo.

Las dificultades del abordaje de este tipo de trastornos, radica, efectivamente, en su manifestación subjetiva, y su relación con el estado anímico, que en un rango de normalidad se considera cambiante, sin incurrir en lo que se puede considerar patológico. En consecuencia, y es inclusive hasta la actualidad frecuente que se crea que estos trastornos pueden superarse mediante consejos, voluntad propia y una serie de distracciones que puedan mejorar el estado puntual de ánimo de las personas, siendo uno de los problemas principales para su abordaje y la razón de que exista aún altos rangos de subdiagnóstico (Berenzon & Juárez, 2005).

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), a nivel mundial se estima que alrededor de 450 millones de personas padecen este tipo de trastornos. Así también, se estima que en el año 2020 la cifra porcentual de personas con este tipo de trastornos alcanzaría un 14,7%, estableciéndose como una de las diez principales causas de discapacidad a nivel mundial (Hernández et al., 2014).

Actualmente, los trastornos afectivos están clasificados en dos grandes grupos: trastornos de estado de ánimo (TEA) y trastornos ansiosos (TA). Los TEA, se subclasifican en: estado de ánimo deprimido (depresión) y estados de ánimo expansivo

(manías). Por su parte, los trastornos ansiosos se subclasifican en: trastornos de ansiedad generalizada (TAG), trastorno obsesivo compulsivo (TOC), fobias, trastornos de angustia y trastornos de estrés postraumático (Buitrago et al., 2020).

Aquellos pacientes que padecen trastornos mentales en los que la principal manifestación está relacionada con la alteración de su humor (afectividad) según nos refiramos a la nomenclatura CIE 10, serán considerados anormales, en función del contexto en que aparezca, de su duración, de su intensidad y del grado de interferencia en la conducta y en la vida cotidiana de la persona. En mayor o menor grado suelen estar también presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o somático (Leon, 2013).

Las causas de los trastornos del humor (afectivos) son fruto de la interacción compleja de factores biológicos, psicológicos y sociales. Los llamados fármacos antidepresivos se consumen cada vez más y se hallan año tras año entre los más prescritos por el sistemas nacionales de cada país, lo que representa un volumen de negocio muy considerable con gran repercusión económica para la poderosa industria que los produce (Leon, 2013).

En las últimas décadas se ha difundido la idea de considerar la "depresión" como una "enfermedad en expansión progresión" sin incidir suficientemente en que esta progresión es debida a causas psicosociales como el envejecimiento de la población, el incremento de factores de riesgo (como la situación actual de pandemia, la pobreza, las migraciones, la falta de soporte familiar y social), el aumento del abuso de sustancias psicoactivas, la soledad capitalista o la ruptura de redes sociales de apoyo (Leon, 2013).

En este contexto de incremento epidemiológico de este tipo de trastornos del estado de ánimo, surge un agente estresor que pude significar un incremento tanto en la prevalencia de la enfermedad, como agudizar los síntomas en quienes ya la padecen. De esta posibilidad, surge la pregunta de investigación en torno al manejo clínico de la

enfermedad: ¿Existen variaciones significativas en las dosis, número y familias de los fármacos utilizados en el tratamiento de patologías afectivas de la consulta externa del hospital Vozandes Quito en pacientes mayores de 18 años entre los períodos marzo 2019 a marzo 2020 y abril 2020 a abril 2021?

7.2Depresión:

La depresión es un trastorno de orden mental que se manifiesta de forma característica por la presencia de síntomas como tristeza profunda y pérdida del interés en aspectos generales. A esto se suman otras vivencias emocionales, afecciones a nivel cognitivo, somatización y manifestación de síntomas físicos y comportamentales (Pérez-Padilla et al., 2017). De acuerdo a la Organización Panamericana de Salud (OPS), la depresión genera una pérdida de la capacidad de disfrutar, y reducción de la energía; así también, el trastorno, está en función de la gravedad de sus síntomas, por lo que se clasifica como leve, moderada o severa (OPS, 2017). Cuando el estado depresivo es leve, pero se presenta de forma continua o recurrente, se lo conoce como distimia, si bien, es un trastorno depresivo, que se relaciona con otros episodios de mayor gravedad en cuanto a su sintomatología, se la considera de menor riesgo.

Resulta de interés en la actualidad el estudio de la depresión, considerando que aún no existen acuerdos en torno a los tratamientos destinados, se mantiene un debate vigente sobre su efectividad, así como por su complejidad, ya que se acepta que es un trastorno multicausal, en donde inciden factores biopsicosociales (Berenzon et al., 2013).

A más de ser un trastorno de alta prevalencia a nivel mundial, la depresión es también una problemática de salud vigente, teniendo en cuenta que aproximadamente el

60% de personas que la padecen, no reciben ayuda por parte de los servicios de salud (E. Pérez et al., 2017).

Los indicadores de prevalencia oscilan entre el 4 y el 12% a nivel mundial, alcanzando picos más altos en países como Estados Unidos en donde alcanza hasta el 16% de la población. Es más frecuente en el sexo femenino, existiendo una media de prevalencia entre el 2 y 3% para el sexo masculino, frente al 8% en el caso de mujeres (Orozco & Vargas, 2012).

En México, las investigaciones sugieren que la depresión oscila entre un 4,5% de la población, siendo más prevalente en mujeres (5,8%) (Belló et al., 2005). La prevalencia más alta en mujeres es confirmada por las investigaciones; sin embargo, esta diferencia disminuye sobre todo cuando se aproxima la adultez mayor, ya que se ha observado una disminución del trastorno depresivo en mujeres a partir de los 55 años de edad, lo que podría significar un aporte a las explicaciones biológicas que causan la depresión (Cova, 2008). De igual manera, en esta misma línea, investigaciones como la de Benjet et al. (2004), refieren que la diferencia de la depresión en mujeres en relación a hombres, es más alta en entornos urbanos, debido a que se observó mayor prevalencia de depresión en hombres en los contextos rurales. De donde se comprende que esta diferenciación podría estar explicada no solamente por aspectos biológicos sino también a correspondientes psico-sociales.

En el contexto de países como Colombia, las investigaciones muestran que el trastorno oscila entre el 8 y 10% de la población (Gómez-Restrepo et al., 2004).

Si bien, los problemas depresivos son frecuentes en personas adultas, las evidencias indican que estos episodios son en realidad recurrentes durante la vida de las personas. La investigación de Benjet et al., (2004), realizada en México, sugiere que al menos el 2% de la población ha padecido de trastornos depresivos en la infancia, de los cuales gran

parte no ha recibido tratamiento, manifestándose a lo largo de la vida, un promedio de siete episodios depresivos. Por su parte, investigaciones como las de Martínez et al., (2007), evidencian que la depresión puede ser altamente frecuente en la adultez mayor, sobre todo en estados de hospitalización, en donde se registra una prevalencia de hasta el 50% de la población. Otras poblaciones de riesgo para alta prevalencia de depresión, son las de estudiantes universitarios. La investigación de Miranda et al., (2012), reporta un 36% de depresión en casos de estudiantes de medicina; cifras que concuerdan con lo reportado por Burca y Carrasco (2015), quienes registran un 36,27% de depresión en población universitaria de la ciudad de Cuenca, Ecuador.

En cuanto a la etiología del trastorno depresivo, existe todavía una discusión que discurre entre dos modelos que son abordados desde la psiquiatría y la psicología. La primera (psiquiatría), indaga en las causas biológicas de la depresión, mientras que desde la psicología aborda la problemática desde una postura psico-social. Si bien ambas perspectivas han generado un aporte a la comprensión de la depresión, actualmente se observa una tendencia a unificar ambas posturas, con objeto de tener una percepción más completa del origen de la enfermedad. (González, 2005; (Ezquiaga Terrazas et al., 2011); Srivastava et al., 2020).

En este sentido, se diferencian tres principales causas de la depresión: psicosociales, genéticos-hereditarios y biológicos de orden neuronal.

Por su parte, Pérez et al. (2017), afirma que el origen de la depresión puede ser: genético, fisiológico u hormonal, o ser provocado por las condiciones de estrés (es decir, los factores psico-sociales) en un específico momento de la vida de la persona. Los primeros resultados sobre investigación de la depresión enfocaron a las aminas biogenéticas (serotonina, norepinefrina y dopamina), que son el fundamento para el mecanismo de acción de antidepresivos que se utilizan aún hasta la actualidad.

Otras investigaciones reportan asociación entre los altos niveles de estrés (distrés), y la aparición de depresión, como consecuencia de alteración en el funcionamiento del sistema nervioso central a causa de deterioro a nivel neuronal.

El estudio biológico de la depresión es el más conocido y en el que se fundamentan los tratamientos farmacológicos. Se conoce que la depresión está dada en parte por factores hereditarios, existiendo en común una alteración en el sistema neurotransmisor que provoca disminución en la serotonina, noradrenalina, dopamina y sus metabolitos; además se ha determinado que existe alteración en el hipotálamo hipofisiario adrenal (HHA) (Quito, 2018).

Las investigaciones muestran disminución en la sensibilidad de múltiples receptores: adrenérgicos beta, postsinápticos y los 5-hidroxitriptamina tipo 2 (Trejo & Trejo, 2020). Particularmente estos últimos muestran relación con los altos índices de suicidio (Bassi et al., 2018).

Si bien, el abordaje biológico, neurológico y genético de la depresión cobra relevancia en una época actual, que tiende hacia un nuevo positivismo, no se puede descartar el abordaje psico-social del origen depresivo. En este sentido, investigaciones como la de Grippaldi (2021), retoman el abordaje psicosocial desde el estudio de las narrativas de la depresión dada por los mismos pacientes que la padecen. El estudio de estas narrativas sugiere que existen al menos cuatro causales que son comunes en los pacientes: narrativas de la infancia, narrativas traumáticas, narrativas acumulativas y narrativas del pasado inmediato. Estas concuerdan en acontecimientos que fueron clave, y que surgen en el desarrollo de la persona, de forma persistente al punto de afectar su estado emocional hasta llevarlos a la vivencia de la enfermedad. En palabras del autor:

“Estas formas de articulación temporal de las biografías constituyen modos adquiridos socialmente de contar sobre aspectos significativos de nuestras vidas que

tienen repercusiones en las identidades y en los modos de significar los padecimientos" (p. 264). Así, la depresión se vincula no solamente con una realidad biológica, sino que, a su vez, ésta realidad se ve reforzada en la autopercepción y en las formas individuales de llevar la subjetividad de cada persona, y cómo ésta incide en la fisiología del organismo. En este sentido, se comprende que estas narrativas "(…) comparten la apelación a una clave externa de la etiología de la depresión (…)", ya que las personas consideran que no son responsables de su padecimiento, sino que el mismo es un factor ajeno que no pueden controlar.

En el mismo ámbito social, cabe señalar algunas investigaciones que sugieren que las relaciones sociales deficientes pueden estar asociadas a eventos depresivos. Fancourt y Tymoskuz (2019) (citados por Balea, 2019), refieren que las personas que asistieron a eventos culturales tienen un 32% menos de riesgo de desarrollar depresión, y 48% menor riesgo para quienes asistieron más de una vez. Estos datos orientan a considerar el valor de las relaciones sociales en el desarrollo de la enfermedad depresiva, suponiendo que el aislamiento, la deficiencia en la capacidad social, y factores relacionados con éstos, implican altos riesgo de desarrollar depresión.

La depresión, es el trastorno mental en torno al cual se manifiesta con mayor claridad el debate existente entre la psiquiatría (médica) y la psicología. Así, estas dos ramas de conocimiento se han enzarzado en una especialmente enconada disputa a la hora de establecer las causas de la depresión y, en consecuencia, también a la hora de señalar sus posibles tratamientos. (González, 2005) Así, desde la psiquiatría se ha priorizado lo que podríamos definir como modelos que priorizan la etiología biológica. Estos se han centrado fundamentalmente en cuestiones como su carácter parcialmente genético/hereditario o sus manifestaciones biológicas-

neuronales, fundamentalmente la disminución en la producción y secreción de serotonina, como causa de la depresión.

Frente a este modelo y fundamentándose originalmente en la idea de "malestar cultural" propuesta por Sigmund Freud (2017 [1930]), según la cual los seres humanos viven en un conflicto permanente entre sus pulsiones biológicas individuales y las restricciones impuestas por la cultura, corriente, amparada fundamentalmente desde la psicología, centra el origen de la depresión en causas contextuales y ambientales que la ocasionan. Aunque cada vez son más los trabajos y estudios que desde hace ya algunos años han tendido a resaltar la complementariedad de ambos enfoques e, incluso, a promover su unificación (González, 2005) (Ezquiaga Terrazas et al., 2011) (Srivastava et al., 2020).

Al referir los factores psicosociales, algunos autores recalcan el hecho de que, de forma frecuente, los primeros episodios depresivos se manifiestan después de algún evento estresante o especialmente traumático en la vida de los afectados, y que estos, a su vez, terminan por generar variaciones a largo plazo que pueden suponer cambios estructurales en el funcionamiento de diferentes áreas de su cerebro. De igual manera, se ha comprobado que el desarrollo de las depresiones mayores está fuertemente vinculado a en torno a 200 genes que pueden condicionar el padecimiento o no de las mismas. Sobre los factores neuro-biológicos, en la actualidad es conocido que los trastornos depresivos aparecen asociados a variaciones severas en los niveles de algunos neurotransmisores, hormonas y citocinas, que, a su vez, provocan alteraciones en el funcionamiento del sistema nervioso central, el sistema endocrino y el sistema inmunológico. (Pérez-Padilla et al., 2017).

Dentro de los criterios diagnósticos para depresión una de las escalas más utilizadas en la actualidad son la del DSM-V y la escala de Hamilton.

7.3Tratamiento.

En la década de los cincuenta se hizo uso de iproniazida para síntomas de tuberculosis, se observó que este medicamento tenía la capacidad de restaurar el apetito y sensación de bienestar en los pacientes, por lo que su uso fue trasladado a la depresión. Paralelamente, el uso de opiáceos era el único tratamiento utilizado para la depresión, sin embargo, al ser altamente adictivos, no satisfacían las necesidades de tratamiento. Posteriormente, el primer medicamento antidepresivo tricíclico fue propuesto por Roland Kuhn, en base a sus experimentos con imipramina, que años después dieron lugar a la aparición de los medicamentos inhibidores selectivos de reabsorción de serotonina. Estos medicamentos están fundamentados en las falencias bioquímicas detectadas en el cerebro a nivel de los neurotransmisores; si bien, los medicamentos desarrollados muestran eficacia en la neurotransmisión, en su uso se observa que no tienen la capacidad de responder activamente a un progreso en la enfermedad sino semanas (o meses) después de su uso, situación que todavía resulta un misterio en el tratamiento antidepresivo. Actualmente, el tratamiento de la depresión desde el abordaje farmacológico, se considera únicamente para los casos moderados y severos. Los fármacos más utilizados y aceptados concuerdan en que actúan sobre el sistema monoaminérgico, con objeto de regular los sistemas de neurotransmisores (R. Pérez, 2017).

Sin embargo, existen alrededor de treinta agentes farmacodinámicos, que alcanzan similares niveles de eficacia, radicando su diferencia en los efectos secundarios, así como su uso combinado y en otras enfermedades psiquiátricas (Heerlein, 2002).

El tratamiento farmacológico es más frecuente en casos de depresión mayor, siendo éstos la primera elección de tratamiento, a pesar de que la eficacia es aún limitada, considerando que un tercio de los pacientes no tiene respuesta positiva.

La clasificación actual de los antidepresivos (tabla 1), incluye:

- Regulador positivo alostérico de los receptores GABA-A.
- Antagonistas de los receptores D2, 5-HT2 y alfa 2 noradrenérgicos.
- Agonistas parciales de los receptores D2 y 5-HT 1A y antagonista de los receptores 5-HT2A.
- Inhibidores de la recaptación de la serotonina y la noradrenalina y antagonista de los receptores 5-HT2.

Todos de los cuales presentan un amplio desfase en su acción terapéutica, extendiéndose entre 2 a 4 semanas. Si bien los medicamentos tricíclicos representaron durante mucho tiempo el principal tratamiento farmacológico antidepresivo, los intentos por mejorar los medicamentos considerando los efectos secundarios (sobre todo a nivel vascular) que supone el uso de tricíclicos, esta tendencia se mantuvo hasta la aparición de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, específicamente con la fluvoxamina, la cual aparece en Europa y paralelamente en Estados Unidos la fluoxetina, que muestran un menor rango de efectos colaterales de su uso, sin embargo, la eficacia no muestra diferencia significativa con otros (Heerlein, 2002).

Tabla 1. Grupos farmacológicos más utilizados

Grupo	Mecanismo de acción antidepresivo	Fármacos	Efectos clínicos	Efectos adversos comunes
ISRS	Inhibición de SERT	Fluoxetina, sertralina, fluvoxamina, paroxetina, citalopram, escitalopram	Antidepresivo, ansiolítico	Náusea, diarrea, boca seca, disfunción sexual, ansiedad inicial
IRSN	Inhibición de SERT y NAT	Venlafaxina, desvenlafaxina, duloxetina, milnacipran	Antidepresivo, ansiolítico	Cefalea, insomnio, náusea, diarrea, hiporexia, disfunción sexual, aumento de tensión arterial
IRND	Inhibición de NAT y DAT	Bupropión (anfebutamona)	Antidepresivo, ansiolítico	Boca seca, constipación, náusea, hiporexia, insomnio, cefalea, ansiedad, aumento de tensión arterial
ISRN	Inhibición de NAT	Reboxetina, atomoxetina	Antidepresivo, ansiolítico	Hiporexia, insomnio, mareo, ansiedad, boca seca, constipación, náusea, disfunción sexual
AMT	Agonismo MT_1/MT_2	Agomelatina	Antidepresivo, ansiolítico	Náusea, mareo, somnolencia, cefalea
$A\alpha_2$	Antagonismo α-2	Mirtazapina	Antidepresivo, ansiolítico	Aumento de apetito, boca seca, constipación, sedación, mareo, hipotensión
AIRS	Inhibición de SERT y antagonismo $5HT_{2A/2C}$	Trazodona	Antidepresivo, ansiolítico, hipnótico	Náusea, edema, visión borrosa, boca seca, constipación, mareo, sedación, hipotensión
ATC	Inhibición de SERT y NAT	Amitriptilina, imipramina, desipramina	Antidepresivo, ansiolítico	Visión borrosa, constipación, aumento de apetito, boca seca, náusea, diarrea, fatiga, sedación, disfunción sexual, aumento de tensión arterial
MM	Inhibición de SERT, agonista $5\text{-}HT_{1A/1B/1D}$, antagonista $5\text{-}HT_7$	Vortioxetina	Antidepresivo, procognitivo, ansiolítico	Náusea, cefalea, mareo, boca seca

Fuente: Pérez, (2017)

7.4Salud mental y pandemia por Covid-19

La salud mental, comprendida como un constructo formado por múltiples dimensiones, puede ser comprendida como la capacidad de la persona para afrontar las diferentes situaciones que le permiten su realización personal. Muñoz, describe a la salud mental como la integración de al menos cinco componentes: actitudes hacia ti mismo, crecimiento y autoactualización, integración, autonomía, percepción de la realidad y dominio del entorno. Indicadores que a la vez permiten a las personas no solamente llevar una vida efectiva, sino que constituyen también herramientas para afrontar determinadas situaciones.

Si bien, las personas están preparadas para afrontar la realidad cotidiana, comprendida como una situación de normalidad, eventos que rompen el esquema

convencional de la forma de vida de las sociedades, generan alto impacto a nivel de su salud física, mental, emocional y psico-social. Ribot et al., (2020), afirma que "una epidemia de gran magnitud implica una perturbación psicosocial que puede exceder la capacidad de manejo de la población afectada." (p.5); por lo que, si bien es cierto que todavía no se pueden dimensionar los efectos definitivos de la pandemia, ya que la misma no ha sido controlada en su totalidad, sí se pronostica un cambio en cuanto a la epidemiología de los trastornos de salud mental.

Se prevé, de acuerdo a las características de la pandemia (aislamiento, cuarentena, distanciamiento social), que las reacciones más frecuentes de la población a esta pandemia en relación a su salud mental, están vinculadas con la ansiedad, preocupación y miedo al contagio. La pandemia actual posee características particulares: es la primera pandemia en la historia de la humanidad que tiene un alcance global, existe exceso de información en medios virtuales, constante exposición a noticias que potencian los sentimientos de negatividad, distorsión de la información real de mano de las denominadas con el anglicismo "fake news"; en conjunto además con otros factores como la inequidad social, altos márgenes de pobreza, limitado acceso a servicios de salud, que son característicos de la mayor parte de grupos poblacionales en latinoamérica (Geller y Abi, 2020).

Las experiencias previas sucedidas en este nuevo siglo, con el Sars-CoV en 2003, y el Mers-Cov, en 2012, mostraron que el 35% y 40% de los infectados respectivamente, requirieron atención psicológica o psiquiátrica a causa de las consecuencias en su salud mental. Estos datos permiten proyectar un episodio posiblemente más complejo, en proporción con la pandemia actual que se presentó de forma más grave y con efectos mucho más complejos que las referidas (Ramírez et al., 2020). Investigaciones exploratorias en China, indican que los efectos de Covid-19 en la población se

caracterizan por un significativo incremento en trastornos de ansiedad, reportándose un 28,8% de prevalencia de este trastorno a niveles moderados y severos, siendo el más prevalente, seguido de depresión con un 16,5% (Wang et al., 2020).

El incremento en trastornos como la ansiedad, puede verse explicado por las características de la enfermedad, considerando que sus síntomas concuerdan con enfermedades altamente comunes como la influenza. En este sentido, la población tiende a incrementar su miedo frente a cualquier manifestación común como estornudos, tos, malestar en la vía aérea, u otros síntomas similares; esto en conjunto con el aislamiento y demás medidas asumidas frente a la pandemia, predisponen a un incremento significativo del trastorno de ansiedad.

Las investigaciones en la población que labora en el área de salud determinaron (también en China), que el 0,9% padeció ansiedad severa, el 2,7% moderada y el 21,3% leve (Cao et al., 2020). En la misma línea, una investigación realizada en Paraguay determinó que el 41,3% de trabajadores de la salud sufrió ansiedad, mientras que el 32,2% se vio afectado por depresión (Samaniego et al., 2020).

En general, las investigaciones reafirman que frente a cualquier situación de emergencia y en relación al nivel de impacto que tiene la misma, los problemas de salud mental son comunes. En el caso de Covid-19, se observa que se han registrado curvas crecientes en la epidemiología de ansiedad, depresión y reacción al estrés, presentes no solamente en pacientes contagiados sino en la población en general (David et al., 2020).

7.5Trastornos de ansiedad

Generalidades

El trastorno de ansiedad es una enfermedad psiquiátrica que se ha incrementado en frecuencia y paralelamente a la depresión, una de las principales causas de incapacidad.

Se ha determinado que su prevalencia es más alta en mujeres que hombres, siendo una relación proporcional de dos a tres veces mayor (Arenas & Puigcerver, 2009).

El concepto de ansiedad gira en torno a tres componentes: hipervigilancia (de procedencia fisiológica), miedo (afectivo) y sensación de indefensión (cognitivo). Estas sensaciones generan una manifestación común relacionada con funciones psicológicas/fisiológicas normales que disponen a la persona a riesgos futuros; sin embargo, en el trastorno de ansiedad esta sensación es prolongada y recurrente (Caballo & Mateos, 2000).

El criterio diagnóstico del DSM-V, considera que la ansiedad como trastorno difiere de otros que podrían ser estar asociadas por comorbilidad como: pánico, fobias, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos de la alimentación, hipocondrías. Además, la manifestación debe suceder fuera de efectos de psicofármacos u relativos, no acontece durante un período de pérdidas afectivas, o trastornos.

Hernández et al., (2005), refiere que la ansiedad es una vivencia universal y que surge como respuesta a potenciales amenazas en el entorno, con objeto de motivar la búsqueda de adaptación. La sensación de la ansiedad no patológica es transitoria, y desaparece cuando la percepción de riesgo disminuye. El trastorno se manifiesta cuando este sentimiento es persistente y genera reacciones evasivas, que pueden identificarse en manifestaciones sociales y emocionales de la persona.

La prevalencia de ansiedad es discutida aún, ya que se estima que está subdiagnosticada y suele ser confundida con lapsos emocionales o características de la personalidad (Montelongo et al., 2005).

Esta tendencia de subdiagnóstico y asociación del trastorno de ansiedad con debilidad de carácter, provoca también que el hablar de la enfermedad resulte complejo

para el médico. De acuerdo a Reyes (2018), muchos casos de ansiedad son identificados en la consulta médica por los efectos somáticos del trastorno psiquiátrico.

Etiología

Existe concordancia en la actualidad que los trastornos de ansiedad están relacionados con factores biológicos, psicodinámicos, sociales, traumáticos y problemas de aprendizaje.

Desde el enfoque biológico, se ha observado que en gran parte de los trastornos depresivos existe alteración a nivel de los sistemas sinápticos complejos, afectando neuroreceptores como noradrenalina, serotonina, dopamina (Escobar, 2015).

Desde el factor genético, se ha determinado que en casos específicos como pánico y fobia social, existe mayor riesgo de padecer la misma enfermedad cuando ha estado presente en parientes de primer grado (Reyes, 2018).

En referencia a los factores psicosociales, los mismos son altamente relevantes en el tratamiento de la ansiedad, ya que generan situaciones que desencadenan cuadros ansiosos y se asocian también con factores de riesgo que incrementan la probabilidad de aparición de trastornos. En este sentido, es preciso valorar factores como: situación socio-económica, sistemas de vida, actividades económicas que ejercen, aspectos familiares, pérdidas, amenazas, seguridad laboral, y factores externos denominados “precipitantes”, como en el caso de la pandemia por Covid-19.

Tratamiento

Hasta la actualidad existe una prevalencia de considerar a la ansiedad como un trastorno que se puede abordar desde la psicoterapia, específicamente desde las observaciones de los resultados positivos observados mediante terapias cognitivos conductuales. Sin embargo, es cada vez más común encontrar en la literatura referencias

sobre la eficacia de los fármacos en trastornos de ansiedad, mismos que son utilizados cuando la primera opción (psicoterapia) no brinda resultados favorables (Arias & Melendo, 2015).

Inicialmente los medicamentos más usados fueron los ansiolíticos, basados en benzodiacepinas (BZD). En la actualidad, se conoce que los medicamentos que han mostrado mayor eficacia en el tratamiento son: inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), antidepresivos tricíclicos (ATC), benzodiacepinas e inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) (Escobar, 2015, p. 186).

De este grupo de medicamentos, se opta preferentemente por los ISRS, considerando que presentan menor riesgo de provocar efectos secundarios; sin embargo, tratamientos en base a IMAO pueden resultar menos costosos, por lo que son también utilizados. El tratamiento farmacológico se utiliza para regular los síntomas de la ansiedad, y generalmente se prescriben en situaciones emergentes, que pueden generar altos cuadros de ansiedad, afectando la estabilidad física y emocional de los pacientes (Gold, 2006).

El tratamiento del trastorno debe ser abordado en dos diferentes modalidades: a corto y largo plazo. El primero tiene por objeto la disminución de la frecuencia e intensidad de la crisis, el control de ansiedad anticipatoria y de las conductas evitativas agorafóbicas. Generalmente estos objetivos pueden conseguirse mediante terapia cognitivo conductual, que han mostrado efectividad, así también, se han visto acompañados en algunos casos de medicación como ISRS, ATC y benzodiazepinas, entre los más utilizados, en función de la respuesta del paciente y las particularidades del caso. En todo caso los reportes concuerdan que el tratamiento combinado es más efectivo. El tratamiento a corto plazo se destina a los primeros tres meses. Posteriormente, el tratamiento a largo plazo busca que el paciente pueda mantener bajo control los síntomas

y disminuir el riesgo de recaídas. En este sentido, los reportes sugieren que la psicoterapia por sí sola es suficiente, y que el tratamiento combinado no muestra resultados significativos que se diferencien del psicoterapéutico (Orozco et al., 2012).

Las investigaciones muestran que los medicamentos de recaptación de serotonina han incrementado su representatividad en su uso, considerando que generalmente poseen menos efectos secundarios. El uso de estos medicamentos en cuanto a su dosificación tiene diferentes rangos de acuerdo a los efectos deseados (corto y largo plazo), así como la complejidad específica de cada caso y la respuesta de los pacientes. Las dosis encontradas en la investigación realizada se acomodan dentro de los rangos mínimos y máximos recomendados por mg/día, según refiere Saiz & Montes, (2005):

Rango de dosis diaria de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

Fluoxetina	20-40 mg/día
Fluoxamina	50-300 mg/día
Sertralina	50-200 mg/día
Citalopram	20-60 mg/día
Escitalopram	10-20 mg/día

Fuente: Saiz y Montes (2005)

Si bien, estos rangos son los recomendados, los mismos se habrán de ajustar a la combinación de medicamentos que se hace uso, siendo recomendable que las dosis se reduzcan de acuerdo con la combinación con otros medicamentos.

8JUSTIFICACIÓN:

Una de las aristas más importantes dentro de la salud integral familiar, es la salud mental, la cual depende de un balance e interacción de las esferas biológica, psíquica y social de las personas, en este ámbito las patologías más comunes son las del espectro afectivo. La compleja coyuntura del momento está dada por la pandemia COVID 19,

pudiéndose observar un incremento de las atenciones médicas psiquiátricas en las emergencias y también en los ingresos hospitalarios, es por eso que este estudio cree conveniente profundizar los diversos efectos que puede tener el confinamiento y la pandemia en un grupo vulnerable como lo son las personas con diagnósticos de patologías afectivas.

Estas patologías tienen una prevalencia significativamente alta. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), a nivel mundial se estima que alrededor de 450 millones de personas padecen este tipo de trastornos. Así también, se estima que en el año 2020 la cifra porcentual de personas con este tipo de trastornos alcanzaría un 14,7%, estableciéndose como una de las diez principales causas de discapacidad a nivel mundial, en 2017 la OMS indicó que enfermedades como la depresión son la principal causa de discapacidad (Hernández et al., 2014). La especial proximidad y conocimiento entre el profesional de la medicina de atención primaria, así como la continuidad en la atención en diferentes momentos de la vida, ofrecen una situación privilegiada para, en muchos casos, contener y acompañar en la búsqueda del sentido vital profundo de la alteración del estado de ánimo que mueve al paciente a ir a la consulta.

Por otro lado, los trastornos de depresión graves están relacionados con eventos como el suicidio, por lo que es importante su diagnóstico y su estrecha vigilancia en estos pacientes y sus familias.

La bibliografía internacional en general nos dice que, la pérdida de ingresos como resultado de la cuarentena suele asociarse con sentimientos de ira, ansiedad, síntomas depresivos y estrés postraumático, sobre todo en aquellos con ingresos familiares más bajos. Estas personas con ingresos familiares más bajos, y también quienes presentan previamente trastornos mentales, pueden requerir niveles de apoyo socio-sanitarios

adicionales, por tal motivo hemos decidido esclarecer a través de este estudio la relación de la cuarentena y/o aislamiento con el curso de las patologías afectivas.

El confinamiento que se dio como consecuencia del Covid-19, generó también efectos que todavía se están dimensionando, pero existen evidencias sobre una serie de problemas socio-culturales y en materia de salud pública, que incrementan el riesgo de padecimiento de trastornos de orden anímico, tales como el incremento de casos de violencia intrafamiliar (Montero et al., 2020), problemas que derivan del ámbito laboral como consecuencia del cierre de múltiples empresas, así como las exigencias de una nueva dinámica laboral por el mismo hecho del confinamiento y la progresiva reducción de personal (de acuerdo a la web Derechos Humanos Ecuador, tras los primeros siete meses de confinamiento se registraron un total de 173.000 personas que habían perdido su trabajo por despido intempestivo) (Derechos Humanos Ecuador, 2020), así como el mismo confinamiento que significó un cambio drástico en los roles habituales, la falta de espacios de socialización, la desvinculación de los hábitos, la reducción de los espacios para socialización, entre otros, son factores que inciden significativamente en el estado de ánimo, siendo factores de riesgo que pueden desencadenar en el incremento de la prevalencia de los trastornos (Xiang et al., 2020).

9PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Existen variaciones significativas en las dosis, número y familias de los fármacos utilizados en el tratamiento de patologías afectivas de la consulta externa del hospital Vozandes Quito en pacientes mayores de 18 años entre los períodos marzo 2019 a marzo 2020 y abril 2020 a abril 2021?

10OBJETIVOS:

10.1General:

Determinar si existen cambios significativos en las dosis, familias y número de fármacos antes y después de la exposición al confinamiento social obligatorio de los pacientes con trastornos afectivos.

10.2Específicos:

Conocer los cambios de los esquemas terapéuticos recibidos por los pacientes antes y después del confinamiento.

Analizar las dosis terapéuticas de los medicamentos en los pacientes con patologías afectivas, antes y después de la exposición al confinamiento.

Identificar los tipos de esquemas terapéuticos que son más susceptibles de cambio en el transcurso del tratamiento.

11HIPÓTESIS:

La exposición al confinamiento social obligatorio implicó incrementos significativos en las dosis, número y uso de otras familias de fármacos en el tratamiento de pacientes mayores de 18 años de edad, con diagnósticos de patologías afectivas de consulta externa del hospital Vozandes Quito.

12METODOLOGÍA:

12.1Operacionalización de Variables

VARIABLE	CONCEPTO	ESCALA	INDICADOR	FUENTE
Tratamiento farmacológico	Es la terapia médica basada en principios activos cuya finalidad es la curación (sanar) o	Psicofármacos 1) Ansiolíticos 2) Antidepresivos 3) Antipsicóticos	Dosificación (gramaje)	Historias clínicas

	el alivio (paliación) de las enfermedades o sín tomas.	4) Otros (estabilizadores del ánimo, vitaminas, naturales, etc).		
Dosis (cuantitativa ordinal)	Cantidad de principio activo de un medicamento, es una medida de exposición	Gramaje/escalar	Relación gr/frecuencia del fármaco.	Historias clínicas
Esquema terapéutico	Plan de tratamiento específico destinado a un paciente en relación a la condición determinada mediante diagnóstico.	Nominal	Farmacológico. Psicoterapéutico Mixto	Historias clínicas
Sexo	Condición biológica de nacimiento que determina todos los aspectos biológicos como el reproductivo y que define a hombres y mujeres.	Nominal	Masculino Femenino	Historias clínicas
Edad (cuantitativa – discreta)	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Edad: mayores de 18 años.	Clasificación de la edad cronológica. Adolescente tardío: 18 a 19 años Adulto joven: 20 - 34 años Adulto medio: 35-49 años Adulto maduro: 50-64 años Anciano joven: de 65 – 75 años Anciano intermedio: de 76 – 85 años Anciano avanzado: de 85 años	Historias clínicas (Fecha de nacimiento que consta en la base de datos).

12.2Muestra:

Se realizó un muestreo por conveniencia en función del alcance de los datos obtenidos de la casa de salud, considerando que existen pacientes que no asisten (o asistieron) de forma regular a las consultas, por lo que presentan un historial médico incompleto, así como también pacientes que no continuaron con el tratamiento tras las

medidas de confinamiento. En este sentido, la muestra se conformó con todos los datos de quienes se tuvo acceso para concretar el análisis, siendo una muestra de 419 pacientes; 259 pacientes en pre-confinamiento y 160 pacientes post-confinamiento, con trastornos ansioso-depresivos, mayores de 18 años y de ambos sexos, atendidos en el Hospital Vozandes Quito en el servicio de consulta externa quienes presentaron exposición en cuanto a la suspensión actividades como educación, productividad y relaciones interpersonales.

12.3Criterios de Inclusión:

Pacientes con diagnósticos de F32.0, F32.1, F32.2, F32.3, F32,8, F32.9, F33.0, F33.1, F33.2, F33.3, F33.4, F33.8, F33.9, F40.0, F40.1, F40.2, F40,8, F40.9, F41.0, F41.1, F41.2, F41.3, F41.8, F41.9, F42.8, F42.9, F43.0, F43.1 y F43.2

Pacientes de sexo masculino y femenino

Pacientes mayores de 18 años de edad.

Pacientes de nacionalidad ecuatoriana.

Pacientes que fueron atendidos en el periodo de tiempo 01 de marzo del 2019 hasta el 16 de marzo del 2020 y 27 de abril inmediatamente posterior al fin del confinamiento, hasta el 02 de abril del 2021.

12.4Criterios de exclusión:

Pacientes embarazadas y en periodo puerperal.

Pacientes depresivos dentro de un cuadro bipolar.

Pacientes femeninas entre 45 y 55 años. Se consideró excluir este grupo, teniendo en cuenta que los trastornos hormonales propios de esta edad en el género femenino pueden ser un factor que incrementa la prevalencia o agudizan el

trastorno depresivo, (el periodo de climaterio y menopausia es un factor de sesgo por su similitud con patologías afectivas) por lo que se excluyó este grupo al considerar que podría incidir en los resultados obtenidos (sesgo de selección) (Vásquez-Awad et al., 2018).

12.5Tipo de estudio:

Para la confirmación de nuestra hipótesis se realizará un estudio descriptivo retrospectivo de cohortes levantado de las historias clínicas del sistema electrónico GEMA del Hospital Vozandes Quito para de esta manera obtener los datos de la variable tratamiento farmacológico antes y después del confinamiento social obligatorio total y prolongado por la pandemia.

Los datos recolectados serán ingresados en el programa IBM SPSS STADISTICS para la tabulación de variables y el cruce de las mismas.

13ASPECTOS BIOÉTICOS:

Para la realización de este estudio tomamos en cuenta el informe Belmont pues nuestro trabajo de investigación es en seres humanos. Al ser un estudio descriptivo los 2 principios bioéticos más importantes son; el respeto a las personas (La información confidencial de cada paciente se la mantendrá y solo se publicarán los datos a través de números, edades y códigos evitando el uso de nombres o cualquier otro dato explícito), la beneficencia (contribuir con un estudio en nuestra población y para nuestra población). La información que se va a levantar se fundamenta en la revisión de historias clínicas, las cuales se constituyen en un documento médico-legal por lo que para esto contamos con la aprobación del departamento de docencia del Hospital Vozandes Quito. Nuestro estudio tiene la

ventaja de que al ser retrospectivo no habrá la necesidad de realizar o solicitar consentimiento informado para la participación.

En referencia a las variables de sexo, si bien existe evidencia de que la prevalencia de trastornos del estado anímico son más altos en el sexo femenino, no se ha excluido este grupo por cuanto no se enfoca precisamente la prevalencia del trastorno sino el efecto de la pandemia sobre el mismo; por otro lado, se ha considerado excluir el grupo de mujeres en edades entre 45 – 55 años de edad, ya que este período particularmente muestra un incremento en la prevalencia e intensidad de los trastornos depresivos y ansiosos por los cambios hormonales que suceden en esta edad; factor que se consideró podría afectar los resultados de la investigación ya que efectivamente se enfoca en el presente estudio un factor de cambio externo (el confinamiento) (Vásquez-Awad et al., 2018).

14ASPECTOS BIOESTADÍSTICOS:

Se realizó una investigación descriptiva, retrospectiva y de enfoque cuantitativo, ya que se analizaron los datos entre el período 1 de marzo de 2019 hasta el 2 de abril de 2021; comprendiendo dos sub-períodos, uno pre y otro post confinamiento. Con esta información se buscó describir la epidemiología en función de factores como edad, sexo, familias de fármacos, número de fármacos y dosis empleadas en los pacientes.

El proceso de investigación se llevó a cabo en relación a las variables descritas en la operacionalización de variables. Se realizó la medición de las medidas de tendencia central (media, moda, mediana,) para variables como la edad y de dispersión (desviación estándar) para datos escalares.

Las pruebas estadísticas para determinar si existe una corelación significativa pre y post confinamiento en el número de fármacos destinados al tratamiento, así como

también el gramaje utilizado, se llevará a cabo mediante comparación de medias (Anova) en el caso de los grupos heterogéneos y para grupos homogéneos (Prueba T de Student).

14.1Limitaciones del estudio

Se consideran factores específicos que incide en los resultados de la investigación:

- El manejo de cada uno de los trastornos está en función de los hábitos de prescripción que maneja cada médico. A su vez, dichos hábitos están en función de la disponibilidad de medicamentos, su propia experiencia con el manejo de los mismos, así como también el factor económico que puede ser representativo al momento de prescribir.
- Se considera también limitante el hecho de que el confinamiento obliga al paciente a mantenerse distanciado de la asistencia médica habitual, de donde se dificulta el diagnóstico y seguimiento del trastorno.

15ASPECTOS ADMINISTRATIVOS:

15.1 **Recursos necesarios**

Este proyecto tiene como autores a la Dra. Karina Tulcanaz y el Dr. Víctor Ordóñez quienes apoyados por el Dr. Edgar León, como director metodológico de este trabajo. En cuanto al lugar de recolección de la muestra contamos con la apertura y permiso de la Dra. Katherine Rosero subdirectora de educación médica del Hospital Vozandes Quito. La recolección y tabulación de los datos están también a cargo de los autores del presente, para la recolección de los datos sobre los esquemas farmacológicos utilizados acudiremos al sistema de historia clínica electrónica GEMA. En cuanto al sistema ocupado para el

procesamiento de los mismos se lo realizará por medio del software para análisis estadístico SPSS.

16RESULTADOS:

Luego de consultar las historias clínicas del sistema GEMA del Hospital Vozandes, se recopiló en una base de datos de Excel las variables de interés, correspondientes a los periodos de tiempo ya señalados.

16.1Edades

Tabla 1 edades

Estadísticos de tendencia central y dispersión	
Media	51,68
Desviación estándar	21,768
N	419

Fuente: Base de datos HVQSA
Autores: Tulcanaz y Ordóñez, (2021)

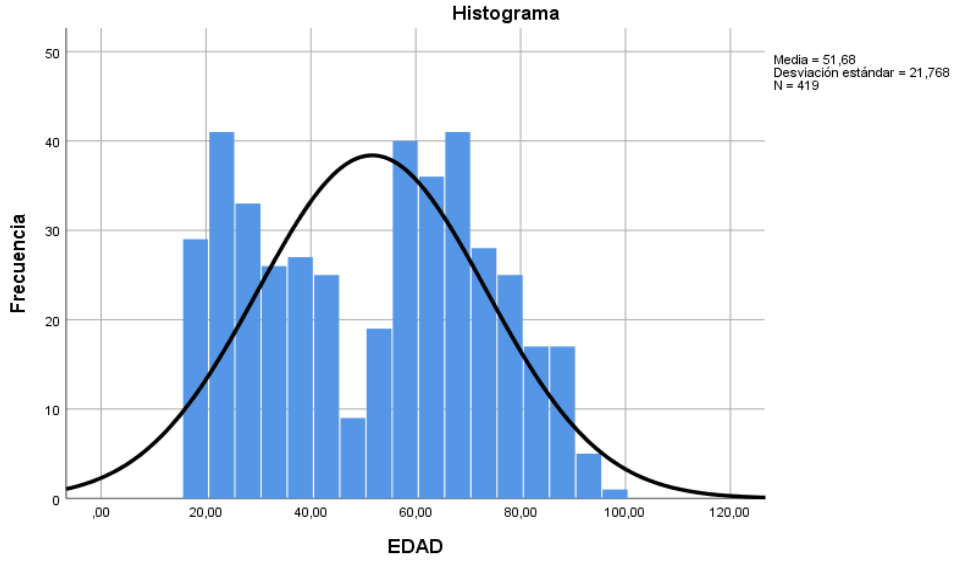


Gráfico 1. Histograma de edades
Fuente: Base de datos HVQSA
Autores: Tulcanaz y Ordóñez, (2021)

Los datos obtenidos indican que la media de edad de los pacientes que participaron de ésta investigación fue de 51,68 años, con una desviación estándar de 21,77, lo que sugiere que el rango de pacientes fue amplio. Además, se observa una acumulación también representativa de población en los grupos de edades entre los 20-30 años y de 60 a 75 años, mostrando que el alcance epidemiológico es significativo entre las edades de adultos jóvenes y de adultos mayores.

Tabla 2 edades pre-confinamiento

EDADES PRECONFINAMIENTO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	18-30 años	69	26,6	26,6	26,6
	31-45 años	54	20,8	20,8	47,5
	46-64 años	53	20,5	20,5	68,0
	65 o más años	83	32,0	32,0	100,0
	Total	259	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos HVQSA
Autores: Tulcanaz y Ordóñez, (2021)

Las evidencias en torno a estos hallazgos sugieren que los grupos etarios de mayor edad sufrieron más tanto los efectos físicos de la pandemia, como se evidenció durante el progreso de la enfermedad, como los efectos psicológicos, considerando que la mortalidad en adultos mayores era más alta que en otros grupos poblacionales (González et al., 2021).

Tabla 3 edades post-confinamiento

EDADES POSTCONFINAMIENTO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	18-30 años	32	20,0	20,0	20,0
	31-45 años	26	16,3	16,3	36,3
	46-64 años	41	25,6	25,6	61,9
	65 o más años	61	38,1	38,1	100,0
	Total	160	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos HVQSA
Autores: Tulcanaz y Ordóñez, (2021)

Tanto en el pre como en el post-confinamiento, se observa que las edades más representativas fueron de las del grupo etario de adultos mayores.

Sexos de la muestra

En referencia al sexo, los estudios epidemiológicos en torno a los trastornos afectivos determinan que éstos son más frecuentes en el sexo femenino, sobre todo en trastornos de ansiedad y depresión (Ramos, 2014). En el caso de esta investigación, se analizan dos grupos poblacionales: pre y post confinamiento, por lo que es necesario tener en cuenta el porcentaje en cada uno de estos grupos.

Tabla 4 Sexo de la muestra pre y post confinamiento

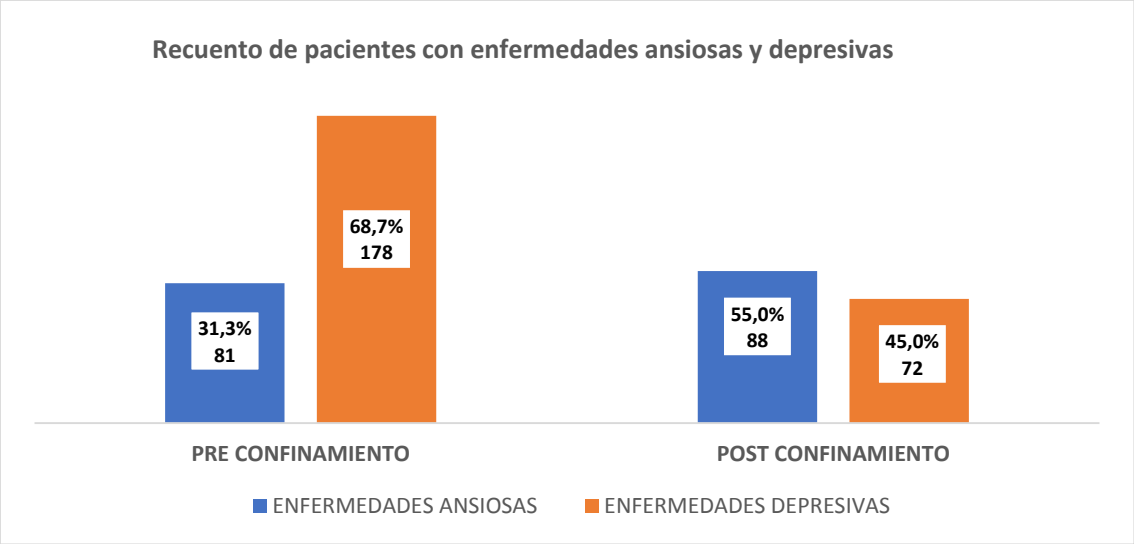
		PRECONFINAMIENTO		POST CONFINAMIENTO		TOTAL	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Válido	MASCULINO	58	22,4	47	29,4	105	25,06%
	FEMENINO	201	77,6	113	70,6	314	74,94%
	Total	259	100,0	160	100,0	419	100%

Fuente: Base de datos HVQSA
Autores: Tulcanaz y Ordóñez, (2021)

En indicadores porcentuales, el sexo femenino es tres veces superior al sexo masculino (25,06% frente al 74,94%).

En cuanto al tipo de patología afectiva, diagnosticada en la consulta externa tanto en el preconfinamiento como en el postconfinamiento, se aprecia que este estado obligatorio y prolongado de permanencia intradomiciliaria provocó un incremento porcentual de los casos de patologías del espectro ansioso con un 55% pues previo al confinamiento el porcentaje de patologías del espectro ansioso fue del 31,3% (Gráfico 2).

Gráfico 2 Pacientes con enfermedades ansiosas y depresivas



Fuente: Base de datos HVQSA

Autores: Tulcanaz y Ordóñez, (2021)

Tabla 5 Trastornos pre-confinamiento

GRUPO 1 – PRECONFINAMIENTO			
Cod. CIE	Desc CIE	*N°*	*%*
F32	EPISODIO DEPRESIVO	113	43,63%
F33	TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE	65	25,10%
F40	TRASTORNOS FOBICOS DE ANSIEDAD	2	0,77%
F41	OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD	60	23,17%
F42	TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	18	6,95%
F43	REACCION AL ESTRES GRAVE Y TRASTORNOS DE ADAPTACION	1	0,39%
Total general		259	100%

Fuente: Base de datos HVQSA
Autores: Tulcanaz y Ordóñez, (2021)

Los datos muestran un incremento de la ansiedad tras el confinamiento, lo cual concuerda con los datos encontrados en las investigaciones citadas en el apartado teórico,

en donde se manifiesta que, en los estudios realizados hasta la actualidad, se encontró un incremento en el trastorno de ansiedad, considerando que las características de la pandemia refuerzan este tipo de trastornos.

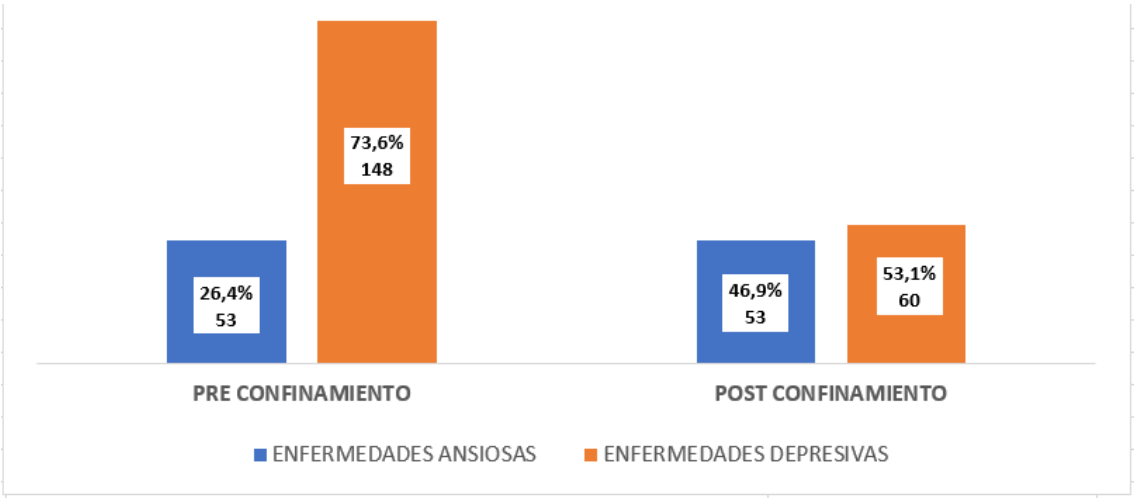
Tabla 6 Trastornos post-confinamiento

GRUPO 2 - POSTCONFINAMIENTO			
Cod. CIE	Desc CIE	*N°*	*%*
F32	EPISODIO DEPRESIVO	60	37,50%
F33	TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE	12	7,50%
F40	TRASTORNOS FOBICOS DE ANSIEDAD	1	0,63%
F41	OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD	81	50,63%
F42	TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	6	3,75%
Total general		160	100%

Fuente: Base de datos HVQSA
Autores: Tulcanaz y Ordóñez, (2021)

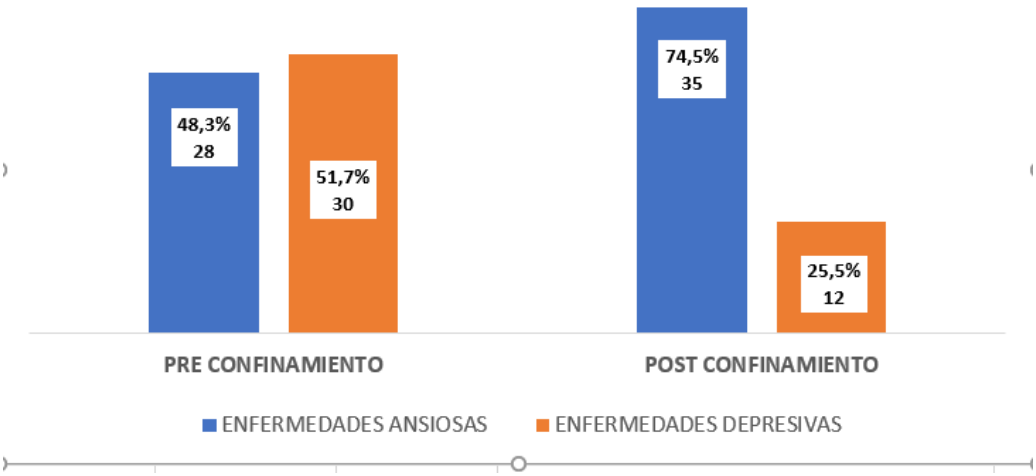
Haciendo este mismo análisis ahora por sexos, también existe un incremento de patologías del espectro ansioso en el postconfinamiento tanto en hombres como en mujeres, sin embargo, el incremento porcentual en lo hombres es más pronunciado.

Gráfico 3 Pacientes con enfermedades ansiosas y depresivas sexo femenino



Fuente: Base de datos HVQSA
Autores: Tulcanaz y Ordóñez, (2021)

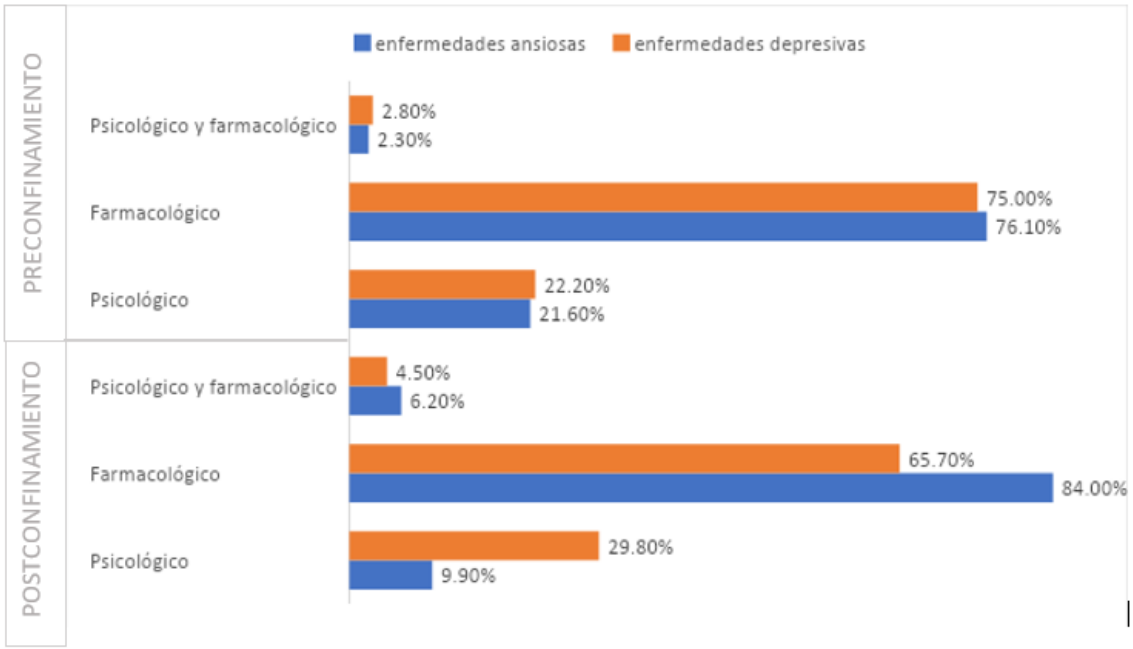
Gráfico 4 Pacientes con enfermedades ansiosas y depresivas género masculino



Fuente: Base de datos HVQSA
Autores: Tulcanaz y Ordóñez, (2021)

En referencia al tipo de tratamiento recibido se aprecia que en el post-confinamiento, el tratamiento farmacológico se incrementó para tratar patologías del espectro ansioso en detrimento de las terapias psicológicas. Para las patologías del espectro depresivo no hay cambios pre y post-confinamiento. (grafico 5)

Gráfico 5



Fuente: Base de datos HVQSA
Autores: Tulcanaz y Ordóñez, (2021)

Tabla7 Tipos de tratamiento en pre y post-confinamiento

Tabla TIPOS DE TRATAMIENTO *PRE Y POST CONFINAMIENTO

		PRE-CONFINAMIENTO	POST-CONFINAMIENTO	Total
TIPOS DE TRATAMIENTOS	Psicoterapia	61	36	97
		23,6%	22,5%	23,2%
	Fármaco/s	185	118	303
		71,4%	73,8%	72,3%
	Psicoterapia y farmacológico	13	6	19
		5,0%	3,8%	4,5%
Total		259	160	419
		100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Base de datos HVQSA
Autores: Tulcanaz y Ordóñez, (2021)

Se debe tener en cuenta que los tratamientos utilizados están también condicionados por el limitado acceso a seguimientos presenciales, como parte de las medidas preventivas de contagio, factor que pudo haber condicionado el acceso a determinados tratamientos. (López et al., 2018).

En referencia al tipo de fármacos utilizados, el grupo pre-confinamiento, se observa que el más frecuente fue escitalopram (17,8%), seguido de mirtazapina (12,7%), fluoxetina (11,6%), sertralina (6,6%). Se observa que los medicamentos en mayor frecuencia pertenecen al grupo de recaptación de la serotonina, con excepción de mirtazapina (inhibidores alpha). En el caso de las benzodiazepinas, las mismas fueron utilizadas, pero en un porcentaje reducido, ubicándose éstas en el grupo de menores al 4%.

Tabla 8 Fármacos más utilizados pre-confinamiento

PRE-CONFINAMIENTO	Frecuencia	Porcentaje
Escitalopram	46	17,8%
Mirtazapina	33	12,7%
Fluoxetina	30	11,6%
Sertralina	17	6,6%
Clonazepam	9	3,5%
Amitriptilina	8	3,1%
Pregabalina	7	2,7%
Total	259	100,0%

Fuente: Base de datos HVQSA
Autores: Tulcanaz y Ordóñez, (2021)

En cuanto al grupo post-confinamiento, se observa que el fármaco más utilizado fue también escitalopram (12,5%), seguido de mirtazapina (11,9%), fluoxetina (10,0%), amitriptilina (9,4%), sertralina (7,5%) y pregabalina (6,9%). Se observa, de igual manera que los fármacos inhibidores de la serotonina son los más utilizados para los casos de trastornos mentales. Si bien, la bibliografía refiere que los tratamientos de depresión no muestran resultados significativos en cuanto a eficacia, alcanzando resultados similares, es también cierto que los efectos secundarios varían entre unos y otros. Así, se evidencia que los tratamientos utilizados si bien responden a las necesidades de los pacientes y a las recomendaciones farmacológicas, no son actualmente las mejores opciones, considerando que los inhibidores de la serotonina se apegan a una teoría de la enfermedad depresiva que no abarca todos los casos. Por otro lado, es también cierto que, de acuerdo a cada paciente, se observarán diferentes tipos de reacciones a los medicamentos, por lo que muchas de las veces estará la decisión acomodada a la respuesta del paciente al tipo de tratamiento.

Tabla 9 Fármacos más utilizados post-confinamiento

POST-CONFINAMIENTO	Frecuencia	Porcentaje
Escitalopram	20	12,5%
Mirtazapina	19	11,9%
Fluoxetina	16	10,0%
Amitriptilina	15	9,4%
Sertralina	12	7,5%
Pregabalina	11	6,9%
Quetiapina	6	3,8
Zopiclona	3	1,9
Total	160	100,0

Fuente: Base de datos HVQSA
Autores: Tulcanaz y Ordóñez, (2021)

Dosis de fármacos más utilizadas

Tabla 10 Dosis de fármacos más utilizados pre y post confinamiento

		PROMEDIO DE FÁRMACOS EN MG (QD)		
		Grupo1 mg	Grupo 2 mg	DIFERENCIA/ mg
Válido	Escitalopram	9,11	14,54	5,43
	Fluoxetina	20	20	0
	Mirtazapina	15.93	16,18	0,25
	Amitriptilina	16,6	17,03	0,43

Fuente: Base de datos hospitalaria
Autores: Ordóñez y Tulcanaz, (2021)
NOTA: Grupo 1: preconfinamiento; Grupo 2: postconfinamiento.

De las dosificaciones registradas, se obtuvo un promedio de los fármacos más frecuentes en su uso. Los resultados muestran que el promedio de uso de escitalopram incrementó en 5,43 MG QD, en los pacientes post-confinamiento, en relación a los pacientes del preconfinamiento. Se encontró también incremento en el promedio de uso de mirtazapina y amitriptilina; sin embargo, en ambos casos la media que se incrementó fue inferior a 0,5 MG (0,25 y 043 MG, respectivamente). Otra de las observaciones en estos medicamentos radica en que previo confinamiento, su uso se realizaba generalmente de forma individual, alcanzando dosis más altas, mientras que en el post-confinamiento fueron utilizados en combinación con otros medicamentos, por lo que se redujo las dosis de su prescripción. La dosificación no excede las recomendaciones encontradas en la bibliografía para los medicamentos usados con mayor frecuencia; sin embargo, se observa que ha existido un incremento en cuanto a la polifarmacia.

Pruebas estadísticas

- *T de student*

Aprovechado la homogeneidad de 39 pacientes que se atendieron tanto en el pre como en el post-confinamiento, se decidió correr la prueba T de student con respecto a la variable número de fármacos, obteniéndose una p= 0.09597.

```
data:  npapreconfinamiento and npapostconfinamiento
t = -1.7071, df = 38, p-value = 0.09597
```

Con un intervalo de confianza de 95% y al observar que p es mayor a 0,05 se rechaza la hipótesis alternativa (H1) y se acoge la hipótesis nula (H0) que indica que no hay diferencias estadísticamente significativas entre el pre y post-confinamiento.

- *ANOVA*

Como el anterior resultado de T de student se la obtuvo en base a un grupo pequeño de 39 pacientes, se decide correr el test de anova para comparar el grupo del preconfinamiento constituido por 259 pacientes contra el grupo del postconfinamiento de 160 pacientes, para la misma variable de número de fármacos. El resultado fue similar con una p de 0,46 que también es mayor a 0,05 indicando que no hay estadística significativa entre los dos grupos.

```
> anova <- aov(Datos$grupo1 ~ Datos$grupo2)
> summary(anova)
                Df Sum Sq Mean Sq F value Pr(>F)
Datos$postconfinamiento2  0.463
```

Para la variable dosis de fármacos (miligramos/día) también se corrió el test de anova obteniéndose una p de 0,96 por lo que no se rechaza la h0, (no Existen diferencias estadísticamente significativas entre los 2 grupos).

- anova <- aov(Datos$X1apreconfinamiento ~ Datos$X1postconfinamiento)

> summary(anova)

Df Sum Sq Mean Sq F value Pr(>F)

Datos$X1postconfinamiento 0.963

17CONCLUSIONES

La investigación permitió confirmar que no existen diferencias significativas en cuanto al tratamiento empleado previo al confinamiento social obligatorio prolongado, como después de este, en la consulta externa del hospital Vozandes.

Tanto el gramaje (mg/día), como el número de fármacos empleados en los 2 grupos es similar y no hubo la necesidad de aumentarlos significativamente a pesar del periodo especial por el que vivió la sociedad ecuatoriana entre el 17 de marzo de 2020 hasta el 26 de abril del mismo año (anova mayor a 0,05)

El tipo de familia de fármacos utilizados en el pre y post-confinamiento es básicamente el mismo, no hubo una utilización marcada de tratamientos más complejos, como lo son las benzodiacepinas, anticonvulsivantes o ansiolítico atípicos.

Se observó que el post-confinamiento generó un cambio en cuanto a las características epidemiológicas de los trastornos de los estados de ánimo; existiendo un incremento de trastornos de ansiedad en el post confinamiento. Mientras que la consulta por trastornos depresivos se redujo porcentualmente, en el caso de los trastornos ansiosos se incrementó alcanzando casi a duplicarse en su porcentaje (una diferencia de 27,66 puntos porcentuales). Los datos concuerdan con lo expuesto por otras investigaciones, mismas que explican que el confinamiento, junto con el miedo del contagio y otros factores socio-económicos que convergieron en la pandemia, generaron incremento en el

trastorno de ansiedad en mayor proporción a otros trastornos. De todas maneras, se concuerda con otras investigaciones en que es aún temprano para hablar de un efecto post-pandemia.

Sobre los tipos de tratamiento, se encontró un incremento en cuanto al uso del tratamiento farmacológico en trastornos post-confinamiento en enfermedades ansiosas.

En referencia al uso de tratamientos farmacológicos acompañados de tratamientos psicológicos, se observa una reducción en su uso; esto posiblemente responde a las condiciones de distanciamiento social, que han limitado el recurrir a tratamientos combinados, lo que trae como consecuencia un enfoque más farmacológico para trastornos de ansiedad y depresión.

En referencia a los fármacos, el más utilizado fue escitalopram y mirtazapina, en el pre como en el post-confinamiento, ambos medicamentos con mecanismo de acción basado en la recaptación de la serotonina.

18RECOMENDACIONES

Desde el punto de vista de la Medicina Familiar y Comunitaria, es necesario dar seguimiento a los casos pre y post confinamiento, hacer lo posible por no perder la continuidad en cada caso, considerando que la situación genera alteraciones a nivel afectivo que pueden complicar el esquema de tratamiento.

Para ello sugerimos un plan según los grupos etarios vulnerables encontrados, para adolescentes y adultos jóvenes recomendaríamos que aprovechando cualquier contacto o acceso que tengan con el sistema de salud en general se genere un puente que les permita acceder a la mayor cantidad de información que sea posible aprovechando las nuevas tecnologías telemáticas de hoy en día; para el género femenino recomendaríamos a las autoridades responsables de las cuarentenas y confinamientos que estas medidas duren el menor tiempo posible pues se ha visto en otros estudios que el confinamiento es un factor de riesgo para que empeoren problemas como la violencia de género o los femicidios; para adultos mayores; la creación de cuerpos de vinculación y de acompañamiento telefónicos o de brigadas domiciliarias multidiciplinarias (médicos, enfermeras, terapistas físicos, psicólogos) si no hubiere acceso telefónico los cuales, fomenten el aseguramiento de sus necesidades básicas, orientación basada en la evidencia, ayudar a evitar acudir al centro de salud u hospital si no es imprescindible. Tanto para pacientes que vivan en sus propios domicilios o en residencias geriátricas.

Es recomendable tener en cuenta que la atención en salud abarca no solamente el rol del paciente sino la relación con su entorno inmediato, es decir, sus aspectos familiares, círculo de relaciones y sociales, que generalmente son los más próximos al paciente. Es importante sobre todo en atención de trastornos del estado de ánimo procurar que el enfoque del tratamiento atienda estas dimensiones de la persona, tanto su salud física y mental, como su salud socio-afectiva; razón por lo que la atención de este tipo de

trastornos aborda ciclos de corto plazo (destinados a reducir los síntomas y procurar un mejor manejo socio-afectivo) y de largo plazo, que permiten reducir la probabilidad de recaída y garantizar la continuidad de los sistemas que permiten la estabilidad del paciente, en donde se incluyen sus relaciones familiares y socio-afectivas.

Incentivar las terapias psicológicas telemáticas, para el grupo de personas que tienen preferencia a estas Si bien, tras una etapa de vacunación en progreso, se considera que paulatinamente se podrán retomar los espacios de asistencia presencial, de manera que se pueda brindar un tratamiento completo desde lo clínico.

Es recomendable dar seguimiento a los trastornos de ansiedad y depresión en esta época de pandemia, ya que los mismos no han sido aún dimensionados en sus efectos, teniendo en cuenta que la pandemia aún no ha sido superada, y que las proyecciones estiman que los efectos reales en la salud mental se podrán dimensionar en años posteriores; sin embargo, actualmente es preciso que se tomen en cuenta los datos que se obtendrán de las investigaciones, ya que son fundamentales para comprender de mejor manera a futuro el nivel de afección que se generó en la salud mental de la población.

Investigar el seguimiento y progreso de los pacientes en el postconfinamiento; sin embargo, y teniendo en cuenta que la pandemia por Covid-19 está aún latente, es necesario que los pacientes que se anexaron al tratamiento lleven un seguimiento. El impacto de la pandemia a nivel emocional va más allá de la salud física de la persona y abarca todo el sistema y entorno familiar, social, laboral, que lo rodea.

18AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradecemos a Dios y a nuestros padres, por darnos ese apoyo y fortaleza que nos permitieron cumplir nuestros sueños.

Agradecemos en segundo lugar al doctor Edgar León Segovia por siempre creer en nosotros y ser esa sabia guía durante este proceso investigativo.

También nuestro agradecimiento al Hospital Vozandes Quito principalmente en la persona de la doctora Katherine Rosero, quienes nos proporcionaron esa apertura magnifica para la realización de este trabajo.

Agradecemos a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador por habernos formado de la mejor manera posible durante estos años como posgradistas, con la mayor excelencia y calidad.

19BIBLIOGRAFÍA

Adams, M. J., Howard, D. M., Luciano, M., Clarke, T. K., Davies, G., Hill, W. D., Smith, D., Deary, I. J., Porteous, D. J., & McIntosh, A. M. (2020). Genetic stratification of depression by neuroticism: Revisiting a diagnostic tradition. *Psychological Medicine*, *50*(15), 2526–2535. https://doi.org/10.1017/S0033291719002629

Balea Fernandez, F. J. (2019). Depresión mayor y demencia: utilidad de los biomarcadores. *IV Congreso Nacional de Psicología : Libro de Capítulos : 21-24 de Julio de 2019, Vitoria-Gasteiz/ Consejo General de La Psicología de España (4º. 2019. Vitoria-Gasteiz) ... [et Al.] p. 62-66*. https://accedacris.ulpgc.es/handle/10553/105950#.YWkbWryYi6E.mendeley

Bassi, S., Costa, L., Lesik, L., Faccioli, J. L., Finkelssztein, C., & Cajal, A. (2018). Interaction between polymorphisms in SLC6A4 and BDNF on major depressive disorder in a sample of the argentinean population. *Rev. Hosp. Ital. B. Aires (2004)*, 5–10. https://www1.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_attachs/47/documentos/50294_5-10-HI1-1-Bassi-C.pdf

Belló, M., Puentes, E., Medina, M., & Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública de México*, *47*(1), 4–11. https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/4683/4531

Benjet, C., Borges, G., Medina, M., Bautista, C., & Zambrano, J. (2004). La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Rev. Salud Pública de México*, *46*(5), 417–424. http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v46n5/a06v46n5.pdf

Berenzon, S., Asunción, M., Robles, R., & Elena Medina-Mora, M. (2013). Depresión:

estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Rev. Salud Pública de México*, *55*(1), 74–80.

Berenzon, S., & Juárez, F. (2005). Mental health services to poor patients with affective disorders in Mexico City. *Revista de Saude Publica*, *39*(4), 619–626. https://doi.org/10.1590/s0034-89102005000400016

Buitrago, F., Ciurana, R., Fernández, C., Luis, J., García, T., & Mental, D. S. (2020). Atención Primaria Salud mental en epidemias : una perspectiva desde la Atención Primaria de Salud españa. *Atención Primaria*, *52*, 93–113. https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.09.004

Burca, N., & Carrasco, P. (2015). Prevalencia de depresión y factores asociados en estudiantes universitarios en la ciudad de Cuenca-Ecuador. *Rev. Universidad Católica de Cuenca*, *11*(4), 1–17. http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/4996/1/11434.pdf

Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J., & Zheng, J. (2020). The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Research*, *287*, 112934. https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2020.112934

Chiba, H., Oe, M., & Uchimura, N. (2015). Patients with posttraumatic stress disorder with comorbid major depressive disorder require a higher dose of psychotropic drugs. *Kurume Medical Journal*, *62*(1–2), 23–28. https://doi.org/10.2739/kurumemedj.MS65010

Cordero Andrey, S., Trías Jaime, F., & Revisión, A. DE. (2009). *Neurobiología de la depresión*.

Cova, F. (2008). An Evolutional Perspective on Gender Differences when in Presence of Depressive Disorders. *Rev. Psicología Universidad de Concepción Chile*, *5*(12),

1–10.

Cruzblanca, H., Coronel, P. L., Aguilar, J. C., & Castro, E. (2016). Neurobiología de la depresión mayor y de su tratamiento farmacológico. *Actualización Por Temas Salud Mental*, *47*(1), 47–58. https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.067

David, J., Huarcaya-Victoria, J., & Almenara Irigoyen, G. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, *37*(2), 327–334. https://doi.org/10.17843/RPMESP.2020.372.5419

Estramiana, J. L. Á., Luque, A. G., & Gallo, I. S. (2010). Causas sociales de la depresión: Una revisión crítica del modelo atributivo de la depresión. *Revista Internacional de Sociologia*, *68*(2), 333–348. https://doi.org/10.3989/ris.2008.06.08

Ezquiaga Terrazas, E., García López, A., Díaz de Neira, M., & García Barquero, M. J. (2011). "Depresión": Imprecisión diagnóstica y terapéutica. Importantes consecuencias en la práctica clínica. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, *31*(3), 457–475. https://doi.org/10.4321/s0211-57352011000300005

Geller, J. L., & Abi Zeid Daou, M. (2020). Special Report : Patients With SMI in the Age of COVID-19—What Psychiatrists Need to Know . *Psychiatric News*, *55*(8). https://doi.org/10.1176/APPI.PN.2020.4B39

Gómez-Restrepo, C., Bohórquez, A., Pinto Masis, D., Gil Laverde, J. F. A., Sepúlveda, M. R., & Díaz-Granados, N. (2004). Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población Colombiana. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*, *16*(6), 378–386. https://doi.org/10.1590/S1020-49892004001200003

González, C. E., Agüero-Grande, J. A., Mazatán-Ochoa, C. I., & Guerrero-Castañeda, R. F. (2021). Cuidado de la salud mental en adultos mayores en la transición pandemia Covid-19, nueva normalida. *Cogitare Enfermagem*, *26*, 78463. https://doi.org/10.5380/CE.V26I0.78463

González, J. (2005). La depresión: dos enfoques complementarios: Una síntesis introductoria y Entre la necesidad y el negocio - Dialnet. *Rev. Fundamentos*, *34*(2), 1–24. https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=304341

Grippaldi, E. (2021). Etiologías legas en culturas terapéuticas. Narrativas biográficas del comienzo de la depresión en usuarios de servicios de salud mental. *Argumentos. Revista de Critica Social*, *0*(23), 240–271. https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/argumentos/article/view/6499

Heerlein, A. (2002). Tratamientos farmacológicos antidepresivos. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, *40*, 21–45. https://doi.org/10.4067/S0717-92272002000500003

Hernández, C., García, A., Leal, E., Peralta, V., & Durán, J. (2014). Práctica clínico-quirúrgica. *Rev. Inst. Mex. Seguro Soc.* , *52*(5), 574–579.

Iruela, L., Picazo, J., & Peláez, C. (2009). Tratamiento farmacológico de la depresión en niños y adolescentes. *Inf Ter Sist Nac Salud*, *33*(2), 35–38.

López, K., Acevedo Giles, O., & Hernández Hernández, M. Á. (2018). Tratamiento integral en pacientes deprimidos o con ansiedad que padecen diabetes mellitus tipo 2. *Atención Familiar*, *25*(3). https://doi.org/10.22201/FACMED.14058871P.2018.3.65306

Luque, R., & Berrios, G. E. (2011). Historia de los trastornos afectivos. *Rev. Colomb. Psiquiat*, *40*(5), 130–146.

Mann, S. L., & Contrada, R. J. (2020). Biological causal beliefs and depression stigma: the moderating effects of first- and second-hand experience with depression.

Journal of Mental Health, 1–9. https://doi.org/10.1080/09638237.2020.1755018

Martínez, J., Martínez, V., Esquivel, C., & Velasco, V. (2007). Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. *Prevalencia de Depresión y Factores de Riesgo En Adulto Mayor Hospitalizado*, *45*(1), 21–28. https://www.redalyc.org/pdf/4577/457745525004.pdf

Masi, G., & Brovedani, P. (2011). The hippocampus, neurotrophic factors and depression: Possible implications for the pharmacotherapy of depression. *CNS Drugs*, *25*(11), 913–931. https://doi.org/10.2165/11595900-000000000-00000

Miranda, C. A., Gutierrez, J. C., Bernal, F., & Escobar, C. A. (2012). Prevalencia de depresion en estudiantes de medicina de la Universidad del Valle. *Rev. Colomb. Psiquiatr*, *7*(11), 251–260.

Mirowsky, J., & Ross, C. (2005). Education, learned effectiveness and health. *London Review of Education*, *3*, 205–220. https://doi.org/10.1080/14748460500372366

Moreno Fernández, R. D. (2019). Estrés y depresión. El papel del receptor lpa1 para el ácido lisofosfatídico. *Rev. Universidad de Málaga*, *12*(4), 1–34. https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=256342&info=resumen&idioma=SPA

Moreno, R., Pedraza, M. del C., & Estivill, G. (2019). *Estrés y depresión. El papel del receptor LPA1 para el ácido lisofosfatídico*. Uma Editorial. https://riuma.uma.es/xmlui/handle/10630/18620

Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes Estimaciones sanitarias mundiales*.

Orozco, W. N., & Vargas, M. J. (2012). Abordaje de la depresión: intervención en Crisis. *Revista Cúpula*, *26*(2), 19–35.

Pérez-Padilla, E. A., Cervantes-Ramírez, V. M., Hijuelos-García, N. A., Pineda-Cortes,

J. C., & Salgado-Burgos, H. (2017a). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor. *REVISTA BIOMÉDICA*, *28*(2), 73–98. https://doi.org/10.32776/revbiomed.v28i2.557

Pérez-Padilla, E. A., Cervantes-Ramírez, V. M., Hijuelos-García, N. A., Pineda-Cortes, J. C., & Salgado-Burgos, H. (2017b). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor. *REVISTA BIOMÉDICA*, *28*(2), 89–115. https://doi.org/10.32776/revbiomed.v28i2.557

Pérez, E., Cervantes, V., Hijuelos, N., Pineda, J., & Salgado, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor. *Rev. Biomed.*, *28*(12), 89–115.

Pérez, R. (2017). Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones. *Rev. Fac. Med. Mex.* , *60*(5), 32–46. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422017000500007

Quito, D. (2018). Etiología y diagnóstico clínico de la depresión en adolescentes. *Rev. UTMACH*, *22*(4), 1–26.

Ramírez, J., Castro, D., Lerma, C., Yela, F., & Escobar, F. (2020). Consecuencias de la pandemia de la COVID-19 en la salud mental asociadas al aislamiento social. *Rev. Colombiana de Anestesiología*, *6*(12), 1–8. https://www.researchgate.net/profile/Franklin-Escobar-Cordoba/publication/344157547_Consecuencias_de_la_pandemia_de_la_COVID-19_en_la_salud_mental_asociadas_al_aislamiento_social/links/5f5678fb92851c250b9ce744/Consecuencias-de-la-pandemia-de-la-COVID-19-en-la-salud-mental-asociadas-al-aislamiento-social.pdf

Ramos, L. (2014). ¿Por qué hablar de género y salud mental? *Salud Mental*, *37*(4), 275–281. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-

33252014000400001&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Ribot Reyes, V. de la C., Chang Paredes, N., González Castillo, A. L., Ribot Reyes, V. de la C., Chang Paredes, N., & González Castillo, A. L. (2020). Efectos de la COVID-19 en la salud mental de la población. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, *19*, 1–11. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2020000400008&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Samaniego, A., Urzúa, A., Buenahora, M., & Vera-Villarroel, P. (2020). Symptomatology associated with mental health disorders in health workers in Paraguay: COVID-19 effect. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, *54*(1), e1298–e1298. https://doi.org/10.30849/RIPIJP.V54I1.1298

Shittu, R., Baba, I., Ganiyu, O., Abdulraheem, O., Louis, O., & Abdullateef, S. (2013). Social Determinants of Depression: Social Cohesion, Negative Life Events, and Depression Among People Living with HIV/AIDS in Nigeria, West Africa. *International Journal of MCH and AIDS (IJMA)*, *2*(2), 174–181. https://doi.org/10.21106/ijma.22

Silva, H. (2012). *Hernán Silva Ibarra · Placebo Y Psiquiatría: Una Perspectiva Actual (Paperback Book) [Spanish edition] (2012)* (1st ed., Vol. 13). Editorial Académica Española. https://imusic.de/books/9783848470174/hernan-silva-ibarra-2012-placebo-y-psiquiatria-una-perspectiva-actual-paperback-book

Srivastava, S., Menon, V., Kayal, S., Hari, M., & Dubashi, B. (2020). Level of Anxiety and Depression and Its Clinical and Sociodemographic Determinants among the Parents of Children with Cancer Undergoing Chemotherapy. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, *11*(4), 530–537. https://doi.org/10.1055/s-0040-1713581

Suarez Monsalve, L. F., Guerrero Clavijo, M. A., & Bedoya Olaya, A. D. (2021). Ajuste razonable del modelo de terapia cognitiva de Aaron Beck en una muestra piloto de personas sordas señantes, una sistematización de experiencia. *Revista de Psicoterapia*, *32*(118), 217–236. https://doi.org/10.33898/rdp.v32i118.464

Sullivan, P. F., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2000). Genetic epidemiology of major depression: Review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, *157*(10), 1552–1562. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.10.1552

Taylor, M., Bhagwagar, Z., Cowen, P., & Sharp, T. (2003). GABA and mood disorders. *Psychological Medicine*, *33*, 387–393. https://doi.org/10.1017/S0033291702006876

Trejo, B., & Trejo, J. (2020). Review of the etiology of the depression. *Rev. Psiquiatria*, *7*(22), 1–7. https://psiquiatria.com/trabajos/usr_7498864069168.pdf

Uribe-Restrepo, J. M., Gómez-Restrepo, C., & García, M. A. (2014). *Trastornos afectivos: trastornos depresivos Definición*.

Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health 2020, Vol. 17, Page 1729*, *17*(5), 1729. https://doi.org/10.3390/IJERPH17051729

Weiner, B. (1980). A Cognitive (Attribution)-Emotion-Action Model of Motivated Behavior: An Analysis of Judgments of Help-Giving. *Journal of Personality and Social Psychology*, *39*, 186–200. https://doi.org/10.1037/0022-3514.39.2.186