

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA
IBEROAMERICANA S.C**

**INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MEXICO
CLAVE DE INCORPORACIÓN 8901-25**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TESINA

**“IDENTIFICAR LA DEPRESIÓN Y ANSIEDAD DURANTE LA PANDEMIA DE
SARS COV-19 EN ALUMNOS DE 3 GRADO DE LA SECUNDARIA TÉCNICA N.
138 TEPEXOYUCA, MUNICIPIO DE OCOYOACAC”**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
PRESENTA:**

CATALINA ANAYLIN MONTES PEÑA

DIRECTOR DE TESINA:

LIC. JORGE NOE GAMEZ MORA

419568816

XALATLACO, ESTADO DE MÉXICO A 16 DE JULIO DE 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimiento

A mis padres: Gracias a ustedes que han sido siempre el motor que impulsa mis sueños y esperanzas, quienes estuvieron siempre a mi lado en los días más difíciles durante mis horas de estudio. Siempre han sido mis mejores guías de vida. Hoy cuando concluyo mis estudios, les dedico a ustedes este logro amados padres, como una meta más conquistada. Orgullosa de haberlos elegido como mis padres y que estén a mi lado en este momento tan importante.

Gracias por ser quienes son y por creer en m.

A los docentes: Sus palabras fueron sabias, sus conocimientos rigurosos y precisos, a ustedes mis profesores queridos, les debo mis conocimientos. Donde quiera que vaya, los llevaré conmigo en mí transitar profesional. Su semilla de conocimientos, germinó en el alma y el espíritu. Gracias por su paciencia, por compartir sus conocimientos de manera profesional e invaluable, por su dedicación perseverancia y tolerancia.

Presentación

El siguiente tema a investigar se refiere a identificar la Depresión y ansiedad durante la pandemia de Sars Cov-19 en alumnos de 3 grado de la secundaria Técnica N. 138 Tepexoyuca, Municipio De Ocoyoacac

Este trabajo se aborda lo que son cuatro capítulos, en el primero abordamos el trastorno depresivo, en el que se hablara de como este trastorno se caracteriza por depresión persistente o pérdida de interés en las actividades, lo que puede causar dificultades significativas en la vida cotidiana.

Se divide en diferentes tipos de depresión; trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, trastorno de depresión mayor, trastorno depresivo persistente(distimia), trastorno disforico premenstrual, trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento

En el segundo capítulo trata de como la ansiedad provoca preocupación y miedo intensos, excesivos y continuos ante situaciones cotidianas. Es posible que se produzca taquicardia, respiración agitada, sudoración y sensación de cansancio.

Se divide en; trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobia específica, trastorno de ansiedad social (fobia social), trastorno de pánico, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada.

En el tercer capítulo se tocara el tema de depresión y ansiedad en la adolescencia ,refiere como principal punto sobre la que es una etapa con valor y riqueza en sí misma, que brinda infinitas posibilidades para el aprendizaje y el desarrollo de fortalezas. Es una etapa desafiante, de muchos cambios e interrogantes para los adolescentes, pero también para sus padres y adultos cercanos.

Los temas que derivan de este capítulo son; la definición de adolescencia, teorías de la adolescencia como Piaget, Freud entre otros, cambios físicos y psicológicos tanto

en hombres como mujeres, factores psicosociales y el cómo es afectado el adolescente con depresión y ansiedad.

Por último, el cuarto capítulo se abordará que la depresión y ansiedad por pandemia (Sars Cov-2), que bien se sabe que fue causado en china en el año 2019 y es una enfermedad infecciosa, la mayoría de las personas infectadas por el virus experimentarán una enfermedad respiratoria de leve a moderada y se recuperarán sin requerir un tratamiento especial, que es pandemia, que es Sars Cov-2, las alteraciones del estado de ánimo durante la pandemia, trastornos de ánimo, síntomas de depresión y ansiedad durante pandemia y su prevención.

JUSTIFICACIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), registra en el año 2013 a la depresión como la enfermedad incapacitante número uno ya que ataca principalmente entre un 8% y 15% de la población general, de la cual menos de un tercio de ellos busca tratamiento médico. Algunas estadísticas indican que 1 de cada 3 personas pueden padecer depresión en algún momento de su vida.

Es necesario recalcar que existe probabilidad de sufrir depresión y ansiedad, aumentando así mismo a medida que avanza la edad. Sin embargo, esto puede aparecer más de una vez, provocando un importante debilitamiento del individuo, en la capacidad de desarrollarse, lo que da lugar a múltiples comportamientos deficientes que afectan tanto física como psicológicamente; el cual se verá reflejado en su comportamiento y acciones cotidianas.

Existirá gran pérdida de Interés en actividades diarias y la emoción de la tristeza estará presente lo que conlleva a que se desarrolle progresivamente pensamientos de delirios y psicosis, a tal punto que puede atentar contra su propia vida. Como grupo de alto riesgo para la depresión están los adolescentes, en general y atendiendo a este hecho de que a más edad mayor riesgo para el inicio de la depresión en jóvenes.

En el año 2019 se generó un virus (Sars cov-19) el cual provoco una pandemia, así mismo los países tuvieron que salvaguardar a sus habitantes eso implico estar encerrados si contacto con personas vulnerables o contagiados.

La Organización Mundial de la Salud pública que en el primer año de pandemia incremento la depresión y ansiedad a un 25% a nivel mundial

ÍNDICE

Presentación.....	3
Justificación.....	5
Capítulo I. Trastorno Depresivo	
1.1 Definición de depresión.....	8
1.2 Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.....	8
1.3 Trastorno de depresión mayor.....	10
1.4 Trastorno depresivo persistente (distimia).....	12
1.5 Trastorno disforico premenstrual.....	14
1.6 Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento.....	16
Capítulo II . Trastorno de Ansiedad	
2.1 Definición de ansiedad.....	19
2.2 Trastorno de ansiedad por separación.....	19
2.3 Mutismo selectivo.....	22
2.4 Fobia específica.....	25
2.5 Trastorno de ansiedad social (fobia social).....	28
2.6 Trastorno de pánico.....	30
2.7 Agorafobia.....	33
2.8 Trastorno de ansiedad generalizada.....	36
Capítulo III. Depresión y Ansiedad en la Adolescencia	
3.1 Definición de adolescencia.....	37
3.2 Teorías de la adolescencia.....	37
3.3 Cambios físicos.....	40
3.4 Cambios psíquicos.....	41
3.5 Factores psicosociales.....	42
3.6 ¿Cómo afecta la ansiedad y depresión durante la adolescencia?.....	45

Capítulo IV. depresión y ansiedad por pandemia (Sars Cov-2).

4.1 Diferencia entre pandemia, epidemia y endemia.....	47
4.2 ¿Qué es pandemia?.....	47
4.3 ¿Qué es Sars Cov-2?.....	48
4.4 Alteraciones del estado de ánimo durante la pandemia.....	50
4.5 Trastornos del estado de ánimo.....	51
4.6 Depresión y ansiedad durante la pandemia (síntomas).....	59
4.7 Prevención.....	61
Planteamiento del problema.....	62
Objetivo.....	63
Hipótesis.....	64
Recolección Y Análisis De Datos.....	65
Resultados.....	67
Conclusiones	73
Fuentes consultadas ...	

CAPITULO I.

TRASTORNO DEPRESIVO

1.1 Definición de depresión

Acerca de la depresión podemos definirla como un trastorno que altera el estado de ánimo, existen diferentes tipos de depresión, algunos de ellos son el trastorno de depresión mayor (incluye el episodio depresivo mayor), el trastorno depresivo persistente (distimia), el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamentos (DSM-V, 2014).

Uno de los rasgos común de todos estos trastornos es la presencia de un ánimo triste vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo. Lo que los diferencia es la duración, la presentación temporal o la supuesta etiología (DSM-V, 2014).

Dicho lo anterior la depresión es un estado de tristeza persistente, considerada una enfermedad que afecta semanas o meses.

1.2 Trastorno de Desregulación Disruptiva del Estado de Animo

En cuanto a este tipo de trastorno, uno de sus rasgos centrales es una irritabilidad crónica, grave y persistente. Con respecto a esta molestia grave, se divide en dos aspectos, en primer lugar, son los accesos de cólera frecuentes. Estos accesos ocurren normalmente en respuesta a la frustración y pueden ser verbales o conductuales, dentro de lo conductual entra la agresividad contra objetos, hacía uno mismo y así las demás personas que están a su alrededor. La segunda manifestación

de esta molestia grave consiste en un estado de ánimo persistente he irritable o enfadado, debe ser característico del niño, debe estar presente la mayor parte del día, casi diaria y debe de ser apreciable por otras personas del entorno. (DSM-V,2014).

Los siguientes puntos que se verán son alguno de los síntomas que se manifiesta en este tipo de trastorno depresivo:

- accesos de cólera graves y recurrentes que se manifiestan verbalmente cuya intensidad o duración son desproporcionadas a la situación o provocación.
- Los accesos de cólera no concuerdan con el grado de desarrollo.
- Los accesos de cólera se producen, en término medio, tres o más veces por semana
- El estado de ánimo entre los accesos de cólera es persistente irritable o irascible la mayor parte del día casi todos los días y es observable por parte de otras personas

Teniendo en cuanto los síntomas, el primer diagnóstico debe realizarse antes de los 6 años y después de los 18, dada que los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica o neurológica. (DSM-V, 2014).

El trastorno de desregularización disruptiva del estado de ánimo es frecuente entre los niños que acuden a las consultas de salud mental infantil, basándose en las tasas de irritabilidad grave persistente y crónica que es el rasgo principal del trastorno, la prevalencia global en los niños y los adolescentes en un periodo de entre 6 meses y 1 año, el cual existe probabilidad de un 25% lo padezca.

Sin embargo, se esperan tasas mayores en los hombres y niños en edad escolar que en las mujeres y en los adolescentes.

A si mismo existen factores de riesgo y pronostico el cual se divide en dos; los temperamentales que da característica donde los niños con irritabilidad crónica normalmente presentan un historial psiquiátrico complicado y esta se manifiesta

característicamente antes de que cumpla todos los criterios del trastorno, el segundo aborda la genética y fisiológica, en esta característica los niños que presentan irritabilidad crónica no episódica pueden diferenciarse de los niños con trastorno bipolar basándose en el riesgo familiar (DSM-V,2014)

Alguna de las consecuencias funcionales de la irritabilidad crónica, que parece en este trastorno se ve asociado a una alteración importante de la familia del niño y de las relaciones con los compañeros así de igual forma en el rendimiento académico.

Como consecuencia de su extremadamente baja tolerancia a la frustración, estos niños tienden a tener dificultades para progresar adecuadamente en el colegio, son incapaces de participar en las actividades que normalmente se realiza, si entorno familiar se altera gravemente a causa de sus crisis de irritabilidad y tiene problemas para hacer o conservar amistades (DSM-V,2014).

1.3 Trastorno de Depresión Mayor

Con respecto al trastorno de depresión mayor se caracteriza por mantener un estado de ánimo deprimido persistente o pérdida de interés en las actividades, lo que puede causar dificultades significativas en la vida cotidiana.

por consiguiente, para poder diagnosticar solo lo puede realizarse por personal adecuado y algunas de las características que se presentan son:

- estado de ánimo deprimido la mayor parte del día (en niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable).
- La disminución del interés o placer por todas las actividades la mayor parte del día.

- Gran pérdida de peso sin hacer dieta, aumento de peso o disminución y aumento del apetito casi todos los días.
- Insomnio o hipersomnia casi todos los días
- Agitación o retraso psicomotor casi todos los días
- Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
- Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada casi todos los días
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, tomar decisiones.
- Pensamientos de muerte recurrentes.

Los síntomas de los criterios del trastorno deberían aparecer casi todos los días de cada día para poderlos considerar, debería de haber animo deprimido la mayor parte del día (DSM-V,2014).

En concreto el trastorno depresivo mayor se asocia a una alta mortalidad y la mayor parte de esta se debe al suicidio, sin embargo, no es la única causa, por ejemplo, con las personas mayores con problemas de depresión en cuanto ingresan en residencias de ancianos tiene una probabilidad notablemente incrementada de fallecer en el primer año.

Los pacientes presentan con frecuencia llanto, irritabilidad, rumiación obsesiva, ansiedad, fobias, preocupación excesiva por la salud física y quejas de dolor. En los niños puede presentarse ansiedad por separación.

Por otro lado, este trastorno puede aparecer por primera vez a cualquier edad, pero la probabilidad en que se inicie se incrementa notablemente en la pubertad. (DSM-V, 2014).

Existen diferentes factores de riesgo y pronóstico el cual son los siguientes:+

Temperamentales: En él, el neurotismo es un factor de riesgo bien establecido para el comienzo de este trastorno, en el vuelve a los sujetos con más probabilidad a desarrollar episodios depresivos en respuesta los acontecimientos vitales estresantes.

Ambientales: Los acontecimientos adversos en la infancia especialmente cuando son múltiples experiencias de diversos tipos.

Al mismo tiempo es más característico y el que concentra la mayoría de síntomas. Cuando el paciente se muestra extremadamente apático y con inhibición psicomotriz, se habla también de melancolía; en los casos más graves conduce al estupor depresivo. En el que el paciente se encuentra inmóvil e incluso puede rechazar comer o beber.

Existe un subtipo en el que aparecen trastornos delirantes, es decir creencias firmemente sostenidas, pero sin fundamentos adecuados. Los delirios suelen ser de culpa o ruina (Martí, 2016).

1.4 Trastorno Depresivo Persistente (Distimia)

Acerca del trastorno depresivo persistente, también llamado distimia, una forma de depresión continua y a largo plazo (crónica). Es posible que pierdas interés en las actividades normales de la vida cotidiana, que te sientas desesperanzado, que te vuelvas improductivo y que tengas baja autoestima y una sensación general de ineptitud. Estos sentimientos duran años y pueden afectar en gran medida tus relaciones y tu desempeño en la escuela, en el trabajo y en las actividades diarias. (DSM-V,2014).

En cuanto al tener el trastorno depresivo persistente, es posible que te resulte difícil sentirte optimista incluso en ocasiones felices. Puede que te describan como pesimista o negativo, que crean que te quejas todo el tiempo o que eres incapaz de divertirte. Aunque el trastorno depresivo persistente no es tan grave como la depresión mayor, tu estado de ánimo deprimido actual puede ser leve, moderado o grave.

Debido a la naturaleza crónica del trastorno depresivo persistente, sobrellevar los síntomas de la depresión puede resultar difícil, pero una combinación de sesiones de terapia comunicativa (psicoterapia) y medicamentos puede ser eficaz para tratar esta afección.

En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor y el trastorno distímico del DSM-V. Las características diagnósticas que se presentan son las siguientes; (en niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año).

- Poco apetito o sobrealimentación
- Insomnio o hipersomnia
- Poca energía o fatiga
- Baja autoestima
- Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones
- Sentimientos de desesperanza

No obstante no se conoce la causa exacta del trastorno depresivo persistente. Al igual que la depresión mayor, puede involucrar más de una causa, tales como:

- Diferencias biológicas. Las personas con trastorno depresivo persistente pueden tener modificaciones físicas en el cerebro. La importancia de estas modificaciones sigue siendo incierta, pero es posible que finalmente ayuden a señalar las causas.
- Química del cerebro. Los neurotransmisores son sustancias químicas naturales del cerebro que probablemente desempeñen un papel en la depresión. Estudios recientes indican que los cambios en la función y el efecto de estos neurotransmisores y en la manera en que interactúan con los neurocircuitos encargados de mantener la estabilidad del estado de ánimo pueden jugar un papel fundamental en la depresión y su tratamiento.

- Rasgos heredados. El trastorno depresivo persistente parece ser más frecuente en personas cuyos familiares de sangre también tienen el trastorno. Los investigadores están intentando encontrar genes que puedan causar la depresión.
- Acontecimientos de la vida. Al igual que en la depresión mayor, los acontecimientos traumáticos, tales como la pérdida de un ser querido, los problemas económicos o un nivel alto de estrés pueden provocar trastorno depresivo persistente en algunas personas.

Por lo general, el trastorno depresivo persistente comienza temprano (en la niñez, la adolescencia o los primeros años de la adultez) y es crónico.

Ciertos factores parecen aumentar el riesgo de desarrollar o desencadenar el trastorno depresivo persistente, incluidos los siguientes: Tener un familiar de primer grado que padezca un trastorno depresivo mayor u otros trastornos depresivos. Atravesar situaciones traumáticas o estresantes, como la pérdida de un ser querido o problemas financieros. Tener rasgos de personalidad que implican negatividad, como baja autoestima y ser demasiado dependiente, autocrítico o pesimista. Tener antecedentes de otros trastornos de salud mental, como un trastorno de personalidad (DSM-5, 2014).

1.5 Trastorno Disfórico Premenstrual

El Trastorno disfórico premenstrual (TDPM), como otros trastornos, tiene consecuencias anímicas y psicológicas. Así mismo, los factores que lo desencadenan son múltiples e implican una interacción de variables; afecta a 3 a 8% de las mujeres, siendo para ellas incapacitante, con repercusiones familiares y laborales. (Ruiz, 2009).

La disforia premenstrual es una variante severa del Síndrome Premenstrual que afecta aproximadamente al 5% de las mujeres en edad fértil, sin diferencias socioeconómicas, geográficas, étnicas, culturales o temporales. (Bianchi, 2003)

Alguna de sus características diagnosticas son:

- cambios de humor
- irritabilidad intensa o enfado y aumento de los conflictos intrapersonales
- estado de ánimo intensamente deprimido, sentimiento de desesperanza o ideas de autoexpresión
- ansiedad, tensión y o sensación intensa de estar excitada o con los nervios de punta.

Desde una mirada psicológica o en términos psicodinámicos podríamos intentar entender la sintomatología premenstrual como una "sensación subjetiva de pérdida", esto es, como el aviso de la posible pérdida de acceder a la maternidad. (Agostini 2016]

Un hijo que no nace es un hijo que no vive y aun cuando a nivel consciente una mujer se diga que no es el momento para tener un hijo, que no se dan las condiciones, que no tiene una pareja estable o que su pareja está en conflicto, etc., las razones conscientes pierden peso para el sujeto inconsciente que en su pulsión de vida desea expresarse a través del cuerpo; un hijo es crear y el no concebirlo es negar la posibilidad de vida.

Por lo tanto, cada vez que el cuerpo de una mujer accede al período menstrual accede también a un duelo llevando un luto rojo y tal vez desde esa misma percepción tengan sentido los síntomas de tristeza, irritabilidad y ansiedad, elementos característicos de un duelo (Agostini . 2016).

Como es de suponer el tratamiento que se da a las pacientes suele estar totalmente relacionado con lo que el profesional de la salud tratante considere que es la causa.

Es así que los tratamientos dados a las pacientes varían entre farmacológicos, quirúrgicos, naturistas, nutricionales, psicoanalíticos, psicológicos, y una infinidad de combinaciones.

Los tratamientos están, obviamente, relacionados con lo que el profesional de la salud tratante considere que es la causa del cuadro, así si el profesional tratante toma como válido que es un trastorno hormonal, el tratamiento que hará estará dirigido a regular las hormonas, pudiendo usar anticonceptivos orales o incluso hacer una ooforectomía bilateral para evitar la actividad ovárica. (Jorge 2015).

1.6 Trastorno Depresivo Inducido por una Sustancia/Medicamento

En cuanto a este trastorno del estado de ánimo derivado directamente de los efectos de una sustancia química, ya sea un fármaco, un tóxico o una droga. A veces el cuadro depresivo no es simultáneo a la administración de la sustancia, sino que en ocasiones se desarrolla hasta un mes después del consumo sospechoso.

Similar a ello es el conocido como trastorno dual, la coexistencia de un trastorno por abuso de sustancias y otro trastorno mental. Dentro de estos, la depresión es de los más frecuentes. En ambos casos, la depresión está relacionada con la sustancia, ya sea por intoxicación o por abstinencia (DSM-5,2014).

Los síntomas son tan importantes que constituyen un trastorno diagnosticable según los criterios habituales. La mayor dificultad en el diagnóstico estriba en distinguir si se trata de un episodio depresivo primario al que se ha sumado el consumo de tóxicos, o si la depresión es consecuencia del consumo.

La edad de inicio (es infrecuente un primer episodio de depresión mayor en personas mayores de 45 años) y por supuesto los antecedentes personales (consumos, medicaciones, episodios previos depresivos) ayudan a diferenciar ambas situaciones. Alcohol, (fenciclidina [es una droga ilegal que normalmente se presenta como un polvo blanco que se puede disolver en alcohol o agua. PCP]), anfetaminas, opiáceos, algunos hipnóticos y ansiolíticos, el antiinflamatorio indometacina, algunos antihipertensivos, antipsicóticos y otros varios medicamentos pueden causar depresión como uno de los efectos indeseables.

Por otro lado, la abstinencia de alcohol, anfetaminas, cocaína y algunos ansiolíticos, también puede causar depresión. Los metales pesados, algunos gases y disolventes industriales y el monóxido de carbono también pueden causar estados depresivos por intoxicación.

Algunos de los criterios diagnósticos ;

- Alteración importante y persistente del estado de ánimo que predomina en el cuadro clínico y que se caracteriza por estado de ánimo deprimido, disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades.
- Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de (1) y (2):
 - Síntomas del Criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento.
 - La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del Criterio A.
- El trastorno no se explica mejor por un trastorno depresivo no inducido por una sustancia/medicamento. La evidencia de un trastorno depresivo independiente puede incluir lo siguiente: los síntomas fueron anteriores al inicio del uso de la sustancia/medicamento. Los síntomas persisten durante un período importante (aproximadamente un mes) después del cese de la abstinencia aguda o la intoxicación grave. Existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno depresivo independiente no inducido por sustancias/medicamentos.
- El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.
- El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Sólo se hará este diagnóstico en lugar de un diagnóstico de intoxicación por una sustancia o abstinencia de una sustancia cuando los síntomas del Criterio A predominen en el cuadro clínico y cuando sean suficientemente graves para justificar la atención clínica (DSM-5, 2014).

La mayor dificultad para el tratamiento farmacológico esta en la posibilidad de interacciones entre los fármacos prescritos y las sustancias de abuso que consume el paciente, entre los antidepresivos y los fármacos utilizados para el tratamiento del trastorno por uso de sustancias, y el posible uso abusivo de la medicación.

Es, por todo ello, muy importante que el tratamiento lo lleve a cabo una única unidad, ya sea la de atención a drogodependientes o la unidad de salud mental.

Aunque los ISRS (inhibidores selectivos de la receptación de serotonina) son los antidepresivos más empleados para el tratamiento de la depresión dual, los estudios y revisiones de ensayos demuestran que no son la mejor opción ya que no mejoran los síntomas depresivos como los no-ISRS. En los mismos estudios recientes se han mostrado más eficaces los ATC imipramina y desipramina para la depresión asociada al consumo de alcohol, cocaína y opiáceos.

En cualquier caso, los antidepresivos no modifican el consumo de sustancias, aunque hay un estudio aislado que asocia el tratamiento con venlafaxina con incremento del consumo de cannabis.

Algunos estudios sugieren que buprenorfina (fármaco opiáceo utilizado en el tratamiento del dolor agudo) sola o asociada a naltrexona (antagonista opiáceo con efecto anti-craving) tendría también efecto antidepresivo en la depresión dual. (tech mexico ,2022, school of psychology).

CAPITULO II.

TRASTORNO DE ANSIEDAD

2.1 Definición de Ansiedad.

En cuanto a los trastornos de ansiedad son los que comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas. El miedo es una respuesta emocional a una amenaza inminente, real o imaginaria, mientras que la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura. Los trastornos de ansiedad se diferencian del miedo o de la ansiedad normal propios del desarrollo por ser excesivos o persistir más allá de los periodos de desarrollo apropiados. (Revista Mal, 2003 y Trickett, 2009).

Se distinguen de la ansiedad o miedo transitorio a menudo inducido por el estrés por ser persistente (duración de 6 meses o más). Cada trastorno de ansiedad se diagnostica solo cuando los síntomas no son atribuidos a los efectos fisiológicos de una sustancia/medicamento. (OMS,2022).

2.2 Trastorno de Ansiedad por separación

En cuanto al trastorno de ansiedad es más frecuente en aquellos que tienen menos de 12 años, por lo que es un elemento importante a tener en cuenta. La frecuencia de este trastorno disminuye a medida que se va acercando a la adolescencia y la edad adulta.

La ansiedad por la separación es una expresión también de apego seguro, por lo que aquellos niños que presentan ansiedad cuando se tienen que separar de las

figuras de apego no se les ha de categorizar directamente con el TAS (trastorno de ansiedad social) (DSM-V,2014 y Fernández 2009).

En cuanto a otros trastornos, con la ansiedad por separación no es frecuente que aparezcan otros trastornos asociados, de la misma manera que es poco frecuente que aparezca la ansiedad por separación en la adolescencia.

Hay que mencionar, además que el rechazo a ir al colegio es una de las manifestaciones del trastorno, aunque no es condición necesaria para que sea diagnosticado de trastorno de ansiedad por separación. (DSM-V,2014 y Fernández 2009).

El Trastorno de Ansiedad por Separación se caracteriza por:

- El miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo por su separación de aquellas personas por las que siente apego; se manifiesta por al menos tres de las siguientes circunstancias:
 1. Malestar excesivo y recurrente cuando se vive una separación del hogar o de las figuras de mayor apego.
 2. Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las figuras de mayor apego o de que puedan sufrir un posible daño, como una enfermedad, desgracia o muerte.
 3. Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento fatal como perderse, ser raptado, tener un accidente, enfermar que cause la separación de una figura de gran apego.
 4. Resistencia o rechazo persistente a salir, lejos de casa, a la escuela, al trabajo o a otro lugar por miedo a la separación.
 5. Miedo excesivo y persistente o resistencia a estar solo o sin las figuras de mayor apego en casa o en otros lugares.
 6. Resistencia o rechazo persistente a dormir fuera de casa o a dormir sin estar cerca de una figura de gran apego.
 7. Pesadillas repetidas sobre el tema de la separación.

8. Quejas repetidas de síntomas físicos (dolor de cabeza, dolor de estómago, náuseas, vómitos) cuando se produce o se prevé la separación de las figuras de mayor apego.
- El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, dura al menos cuatro semanas en niños y adolescentes y típicamente seis o más meses en adultos.
 - La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, académico, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
 - La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental, como rechazo a irse de casa por resistencia excesiva al cambio en un trastorno del espectro del autismo; delirios o alucinaciones concernientes a la separación en trastornos psicóticos; rechazo a salir sin alguien de confianza en la agorafobia; preocupación por una salud enfermiza u otro daño que pueda suceder a los allegados u otros significativos en el trastorno de ansiedad generalizada; o preocupación por padecer una enfermedad en el trastorno de ansiedad por enfermedad (Rev chilena pediatría, 2009).

El Trastorno de Ansiedad por Separación (TAS) es uno de los trastornos de ansiedad más común en los niños. Los reportes de prevalencia en varios estudios van desde un 2,4% a 5,4%. La prevalencia de trastornos con sintomatología ansiosa es mucho mayor pudiendo llegar hasta al 50% en niños (DSM-V,2014).

En muestras epidemiológicas se ha observado que el TAS tiende a ser más frecuente en mujeres, aunque otros estudios no han demostrado diferencias por género, sí han encontrado que los niños reportan mayor número de síntomas ansiosos comparados con los adolescentes (DSM-V,2014).

La mayor frecuencia del TAS surge en la infancia media entre los 7 y 9 años de edad, aunque puede ser más temprano, incluso durante la etapa preescolar. Aunque

se conoce que la prevalencia del TAS disminuye con la edad, la ansiedad o conductas de evitación relacionadas a la separación, pueden persistir hasta la adultez (DSM-V,2014).

Los niños o adolescentes que presentan un TAS cuando sean adultos tendrán mayor predisposición a presentar trastornos de angustia con agorafobia.

En cuanto al tratamiento; Es conveniente al tratar a un niño con TAS integrar intervenciones psicosociales y farmacológicas. La psicoterapia cognitivo conductual y los farmacoterapia han demostrado ser los tratamientos más efectivos en el tratamiento de la ansiedad excesiva del TAS.

Cuando el TAS es leve, se debe iniciar el tratamiento con psicoterapia y añadir fármacos en caso necesario. Si el cuadro clínico es más severo, conviene iniciar terapia conjunta (Santacruz, et al; 2002).

2.3 Mutismo Selectivo.

Se caracteriza por una selectividad marcada y emocionalmente determinada al hablar, de tal manera que en algunas situaciones el niño demuestra competencia en el lenguaje, pero fracasa en otras situaciones . El trastorno se asocia habitualmente con características marcadas de la personalidad, que implican ansiedad social, aislamiento, sensibilidad o resistencia (Beate O,2017).

El Mutismo Selectivo se caracteriza por:

- Fracaso constante de hablar en situaciones sociales específicas en las que existe expectativa por hablar como en la escuela, a pesar de hacerlo en otras situaciones.
- La alteración interfiere en los logros educativos o laborales o en la comunicación social.
- La duración de la alteración es como mínimo de un mes (no limitada al primer mes de escuela).

- El fracaso de hablar no se puede atribuir a la falta de conocimiento o a la comodidad con el lenguaje hablado necesario en la situación social.
- La alteración no se explica mejor por un trastorno de la comunicación así como el trastorno de fluidez (tartamudeo) de inicio en la infancia y no se produce exclusivamente durante el curso de un trastorno del espectro del autismo, la esquizofrenia u otro trastorno psicótico (DSM-V, 2014 y Olivares R,2015).

Hasta la fecha, no se ha encontrado ninguna causa para el MS. Sin embargo, la comprensión de este trastorno ha cambiado a lo largo de los años, desde ser concebido como una acción voluntaria del niño, a una incapacidad para hablar en ciertas situaciones (DSM-V, 2014).

Hua, y Major, (2016). Al igual que en la mayoría de los trastornos psiquiátricos, se hipotetiza una interacción entre factores genéticos, temperamentales, del neurodesarrollo y ambientales, que son resumidos a continuación:

- Factores genéticos. El MS, la reticencia social y la ansiedad social tienden a ser hereditarios (Black y Uhde, 1995). Se encontró que una variación genética específica se asocia tanto al MS como al trastorno de ansiedad social (Stein, 2011).
- Temperamento: El rasgo de inhibición conductual (temor y evitar situaciones que no son familiares) generalmente se asocia a un mayor riesgo de presentar ansiedad posteriormente (Becker, 2007). Consistentemente con la asociación entre el trastorno de ansiedad social y el MS, también se ha observado una asociación entre el MS y la inhibición conductual (Gensthaler, 2016).
- Factores del neurodesarrollo: Los niños con MS tienen mayores tasas de trastornos del neurodesarrollo. Los más prevalentes son los trastornos del habla y del lenguaje, pero los trastornos de la eliminación y retrasos motores también son frecuentes. Existe una leve superposición con el trastorno del espectro del

autismo y la discapacidad intelectual, aunque la mayoría de los niños con MS tienen un CI en el rango promedio (Kristensen, y Cohan , 2006) .

- Factores ambientales. Los niños bilingües están sobrerrepresentados en el MS. Las transiciones, como por ejemplo, comenzar la escuela o conocer personas nuevas, son especialmente difíciles para estos niños y pueden desencadenar un MS. En contraste con los niños tímidos, que adquieren confianza después de un tiempo, los niños con MS continúan sin hablar y son retraídos.

La prevalencia en un medio psiquiátrico es de 0.54%. La edad media oscila entre dos y cuatro años. Generalmente los síntomas del mutismo selectivo se inician en una edad precoz, hacia los tres años y medio, pero se dan algunos casos al año y medio o dos.

Los niños suelen empezar antes que las niñas. En cambio, es más frecuente en niñas que en niños, y dado que ellas desarrollan antes el lenguaje este dato llama la atención.

Normalmente los síntomas aparecen en edad escolar, cuando el niño se enfrenta a personas desconocidas, si bien, es frecuente que con anterioridad ya se produjeran algunos síntomas, como por ejemplo no hablar con determinados miembros de la familia.(DSM-5, 2014).

2.4 Fobia Especifica

Con respecto a la fobia específica, es el miedo y la ansiedad a una situación o frente a un objeto en particular (véase tabla Algunas fobias frecuentes) a un nivel fuera de proporción respecto del riesgo o el peligro real.

La situación generalmente se evita cuando es posible, pero si ocurre la exposición, la ansiedad se desarrolla rápidamente. Y puede intensificarse hasta llegar a provocar una crisis de angustia. Las personas que tienen fobias específicas reconocen que su miedo es irracional y excesivo.

Los trastornos fóbicos específicos son miedos persistentes, irracionales e intensos (fobias) ante situaciones, circunstancias u objetos específicos. Los miedos provocan ansiedad y evitación. Se desconocen sus causas. Se diagnostican a partir de la anamnesis. El tratamiento fundamental es la terapia de exposición.

Una fobia específica es el miedo y la ansiedad a una situación o frente a un objeto en particular (véase tabla Algunas fobias frecuentes) a un nivel fuera de proporción respecto del riesgo o el peligro real.

La situación generalmente se evita cuando es posible, pero si ocurre la exposición, la ansiedad se desarrolla rápidamente. Y puede intensificarse hasta llegar a provocar una crisis de angustia. Las personas que tienen fobias específicas reconocen que su miedo es irracional y excesivo.

Las fobias específicas son los trastornos de ansiedad más frecuentes. Algunas de las más frecuentes son miedo a los animales (zoofobia), a las alturas (acrofobia) y a

las tormentas (astrafobia o brontofobia). Las fobias específicas afectan al 13% de las mujeres y al 4% de los varones en cualquier período de 12 meses.

Algunas provocan pocos inconvenientes, como cuando los residentes de una ciudad tienen miedo a las serpientes (ofidiofobia), a menos que se les pida que caminen por una zona en que haya serpientes. Sin embargo, otras fobias interfieren gravemente en el funcionamiento, como cuando las personas que deben trabajar en un piso superior de un rascacielos les temen a los espacios cerrados, (claustrofobia), como los ascensores. El miedo a la sangre (hemofobia), a las inyecciones (tripanofobia), a las agujas u otros objetos punzantes (belonefobia) o a las heridas (traumatofobia) aparecen en ciertos grados en un 5% de la población.

Las personas que tienen fobia a la sangre, a las agujas o a las heridas pueden llegar a desvanecerse realmente porque un reflejo vasovagal excesivo produce bradicardia e hipotensión ortostática, cosa que no sucede en las personas que tienen otras fobias o trastornos de ansiedad.

Los criterios diagnósticos para la Fobia Específica son los siguientes:

- A. Miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica (p. ej., volar, alturas, animales, administración de una inyección, ver sangre). Nota: En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizados o aferrarse.
- B. El objeto o la situación fóbica casi siempre provoca miedo o ansiedad inmediata.
- C. El objeto o la situación fóbica se evita o resiste activamente con miedo o ansiedad intensa.
- D. El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantea el objeto o situación específica y al contexto sociocultural.

E. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.

F. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

G. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el miedo, la ansiedad y la evitación de situaciones asociadas a síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes (como en la agorafobia), objetos o situaciones relacionados con obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático), dejar el hogar o separación de las figuras de apego (como en el trastorno de ansiedad por separación), o situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social).

Se debe de especificar si, Codificar basándose en el estímulo fóbico: Animal (p. ej., arañas, insectos, perros). Entorno natural (p. ej., alturas, tormentas, agua) Sangre-inyección-herida (p. ej., agujas, procedimientos médicos invasivos) Situacional (p. ej., avión, ascensor, sitios cerrados)

Otra (p. ej., situaciones que pueden derivar en ahogo o vómitos; en niños, p. ej., sonidos ruidosos o personajes disfrazados) (DSM-5, 2014)

La Fobia Específica aparece en un 5% de los niños y en un 16% de los adolescentes de 13-17 años. Las tasas de prevalencia disminuyen en las personas mayores, siendo aproximadamente un 3%.

Es más frecuente en mujeres, aunque las tasas varían en función de los distintos estímulos fóbicos. Concretamente, las fobias específicas a los animales, al entorno

natural y situacionales predominan en mujeres, mientras que la fobia específica a la sangre-inyección herida aparece de forma similar en ambos géneros.

2.5 Trastorno de Ansiedad Social (Fobia Social)

El trastorno de ansiedad social (también llamado fobia social) es un problema de salud mental. Es un temor intenso y persistente de ser observado y juzgado por otros. Este temor puede afectar el trabajo, la escuela y otras actividades cotidianas. Incluso puede dificultarle hacer y mantener amigos.

La Fobia Social o Ansiedad Social se caracteriza por:

- Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales como mantener una conversación, reunirse con personas extrañas, ser observado y actuar delante de otras personas dando una charla. (En los niños, la ansiedad se puede producir en las reuniones con individuos de su misma edad y no solamente en la interacción con los adultos).
- El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente es decir, que lo humillen o avergüencen; que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas.
- Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad. En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizados, aferrarse, encogerse o el fracaso de hablar en situaciones sociales.

- Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.
- El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.
- El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.
- El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- El miedo, la ansiedad o la evitación no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (una droga, un medicamento) ni a otra afección médica.
- El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro del autismo.
- Si existe otra afección médica como una enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración debida a quemaduras o lesiones, el miedo, la ansiedad o la evitación está claramente no relacionada o es excesiva.

Se debe de especificar si: Sólo actuación: Si el miedo se limita a hablar o actuar en público. Estos son los criterios para diagnosticar la Ansiedad Social según DSM V.

Para diagnosticar el Trastorno de Ansiedad Social, o Fobia Social, es importante que se haya llevado a cabo alguna entrevista estructurada o semiestructurada que nos permita conocer si se cumplen los criterios para la Ansiedad Social (DSM V).

También se acompañan de otros inventarios, como son las escalas de puntuación. Estas escalas son autoinformes que sirven para establecer un diagnóstico dimensional, y nos da mucha información sobre qué síntomas y qué gravedad presenta el niño o niña afectado de fobia social. (DSM-V, 2014).

2.6 Trastorno de Pánico

El trastorno de pánico se refiere a ataques de pánico inesperados y recurrentes. Un ataque de pánico es una oleada repentina de miedo intenso o malestar intenso que alcanza su máximo en cuestión de minutos, y durante ese tiempo se producen cuatro o más síntomas físicos y cognitivos de una lista de 13 síntomas

Algunos de los criterios para diagnosticar este trastorno son:

A. Ataques de pánico imprevistos recurrentes. Un ataque de pánico es la aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro (o más) de los síntomas siguientes(La aparición súbita se puede producir desde un estado de calma o desde un estado de ansiedad).

1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardíaca.
2. Sudoración.
3. Temblor o sacudidas.
4. Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.
5. Sensación de ahogo.
6. Dolor o molestias en el tórax.
7. Náuseas o malestar abdominal.
8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
9. Escalofríos o sensación de calor.
10. Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo).

11. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).
12. Miedo a perder el control o de “volverse loco”.
13. Miedo a morir.

Se pueden observar síntomas específicos de la cultura (p. ej., acúfenos, dolor de cuello, dolor de cabeza, gritos o llanto incontrolable). Estos síntomas no cuentan como uno de los cuatro síntomas requeridos.

B. Al menos a uno de los ataques le ha seguido al mes (o más) uno o los dos hechos siguientes:

1. Inquietud o preocupación continua acerca de otros ataques de pánico o de sus consecuencias (p. ej., pérdida de control, tener un ataque al corazón, “volverse loco”).
2. Un cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques (p. ej., comportamientos destinados a evitar los ataques de pánico, como evitación del ejercicio o de las situaciones no familiares).

d

C. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo, trastornos cardiopulmonares).

D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., los ataques de pánico no se producen únicamente en respuesta a situaciones sociales temidas, como en el trastorno de ansiedad social; en respuesta a objetos o situaciones fóbicas concretos, como en la fobia específica; en respuesta a obsesiones, como en el trastorno obsesivo-compulsivo; en respuesta a recuerdos de sucesos traumáticos, como en el trastorno de estrés posttraumático; o en respuesta a la separación de figuras de apego, como en el trastorno de ansiedad por separación).

El término recurrente significa literalmente más de una crisis de pánico inesperada. El término inesperado se refiere a un ataque de pánico para el que no hay señal obvia o desencadenante en el momento de la aparición -es decir, el ataque parece ocurrir a partir de la nada, como cuando el individuo se relaja, o aparece durante el sueño (ataque de pánico nocturno).

En contraste, los ataques de pánico esperados son aquellos para los cuales existe una señal obvia o un desencadenante, como una situación en la que normalmente aparecen los ataques de pánico. La determinación de si los ataques de pánico son esperados o inesperados debe hacerla el clínico, que realiza este juicio basándose en la combinación de un interrogatorio cuidadoso en cuanto a la secuencia de los eventos anteriores o previos al ataque y la propia opinión del individuo sobre si el ataque ha aparecido con una razón aparente o sin ella.

Pueden influir en la clasificación de los ataques de pánico, según sean inesperados o esperados, las interpretaciones culturales (consulte la sección "Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura" para este trastorno).

En Estados Unidos y en Europa, aproximadamente la mitad de los individuos con trastorno de pánico presenta ataques de pánico esperados y también inesperados. Por lo tanto, la presencia de ataques de pánico esperados no descarta el diagnóstico de trastorno de pánico. Para más detalles sobre los ataques esperados frente a los ataques de pánico inesperados, véase el texto sobre los ataques de pánico.

Los factores de riesgo se dividen en ;

- Temperamentales. La afectividad negativa (neuroticismo) (esto es, la predisposición a experimentar emociones negativas) y la sensibilidad a la ansiedad (esto es, la disposición a creer que los síntomas de ansiedad son perjudiciales) son factores de riesgo para la aparición de ataques de pánico y, de manera independiente, para preocuparse por los ataques de pánico, aunque se desconoce su implicación en el riesgo para el diagnóstico del trastorno de pánico. Una historia de "episodios de miedo" (esto es, ataques con síntomas

limitados que no cumplen todos los criterios durante una crisis de pánico) puede ser un factor de riesgo para los ataques de pánico y el trastorno de pánico posterior. Aunque la ansiedad por separación en la infancia, sobre todo cuando es grave, puede preceder al desarrollo posterior de un trastorno de pánico, no siempre es un factor de riesgo.

- Ambientales. La historia de experiencias infantiles de abusos sexuales y malos tratos físicos es más frecuente en el trastorno de pánico que en algunos otros trastornos de ansiedad. Fumar es un factor de riesgo para los ataques de pánico y el trastorno de pánico. La mayoría de las personas refiere factores de estrés identificables en los meses previos a su primer ataque de pánico (p. ej., factores estresantes interpersonales y factores de estrés relacionados con el bienestar físico, como experiencias negativas con drogas o fármacos, enfermedades o una muerte en la familia).
- Genéticos y fisiológicos. Se cree que hay múltiples genes que confieren vulnerabilidad para el trastorno de pánico. Sin embargo, siguen siendo desconocidos los genes exactos, los productos genéticos y las funciones relacionadas con las regiones genéticas. Los modelos actuales de sistemas neuronales para el trastorno de pánico resaltan el papel de la amígdala y de las estructuras relacionadas, que también están implicadas en otros trastornos de ansiedad. Hay un aumento del riesgo para el trastorno de pánico entre los hijos de los padres con ansiedad, depresión y trastornos bipolares. Algunas dificultades respiratorias, como el asma, se asocian con el trastorno de pánico en cuanto a antecedentes personales, familiares y de comorbilidad.

2.7 Agorafobia

En cuanto a la agorafobia es el miedo a los lugares y las situaciones que pueden ocasionar pánico, impotencia o vergüenza.

La agorafobia es un trastorno de la ansiedad que suele aparecer después de uno o más ataques de pánico. Los síntomas incluyen el miedo y la necesidad de evitar los

lugares y las situaciones que pueden causar sensación de pánico, encierro, impotencia o vergüenza.

El tratamiento incluye terapia conversacional y medicamentos.

A. Miedo o ansiedad intensa acerca de dos (o más) de las cinco situaciones siguientes:

1. Uso del transporte público (p. ej., automóviles, autobuses, trenes, barcos, aviones).
2. Estar en espacios abiertos (p. ej., zonas de estacionamiento, mercados, puentes).
3. Estar en sitios cerrados (p. ej., tiendas, teatros, cines).
4. Hacer cola o estar en medio de una multitud.
5. Estar fuera de casa solo.

B. El individuo teme o evita estas situaciones debido a la idea de que escapar podría ser difícil o podría no disponer de ayuda si aparecen síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes o embarazosos (p. ej., miedo a caerse en las personas de edad avanzada, miedo a la incontinencia).

C. Las situaciones agorafóbicas casi siempre provocan miedo o ansiedad.

D. Las situaciones agorafóbicas se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se resisten con miedo o ansiedad intensa.

E. El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantean las situaciones agorafóbicas y al contexto sociocultural.

F. El miedo, la ansiedad o la evitación es continuo, y dura típicamente seis o más meses.

G. El miedo, la ansiedad o la evitación causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

- H. Si existe otra afección médica (p. ej., enfermedad intestinal inflamatoria, enfermedad de Parkinson), el miedo, la ansiedad o la evitación es claramente excesiva.
- I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental; por ejemplo, los síntomas no se limitan a la fobia específica, tipo situacional; no implican únicamente situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social); y no están exclusivamente relacionados con las obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), defectos o imperfecciones percibidos en el aspecto físico (como en el trastorno dismórfico corporal), recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático) o miedo a la separación (como en el trastorno de ansiedad por separación).

Se diagnostica agorafobia independientemente de la presencia de trastorno de pánico. Si la presentación en un individuo cumple los criterios para el trastorno de pánico y agorafobia, se asignarán ambos diagnósticos.

La característica esencial de la agorafobia es un marcado o intenso miedo o ansiedad provocados por la exposición real o anticipatoria a una amplia gama de situaciones.

El diagnóstico requiere ser corroborado por los síntomas que se producen en al menos dos de las cinco situaciones siguientes: el uso de medios de transporte público, tales como automóviles, autobuses, trenes, barcos o aviones; encontrarse en espacios abiertos, tales como estacionamientos, plazas, puentes; estar en espacios cerrados, tales como tiendas, teatros, cines; estar de pie haciendo cola o encontrarse en una multitud, o estar fuera de casa solo.

2.8 Trastorno de Ansiedad Generalizada.

En cuanto a la ansiedad generalizada se caracteriza por estar con una ansiedad constante y aguda que interfiere en las actividades cotidianas de las personas, por consiguiente, algunos de los criterios son:

- Existe ansiedad y preocupación excesiva que permanecerá mas días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, varía dependiendo diversos sucesos o actividades (laboral o escolar).
- Se le dificulta a la persona poder controlar la preocupación.

Considerando la ansiedad y la preocupación se debe de asociar tres o más de los síntomas siguientes (en los niños solo se requiere un ítem):

- la inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta
- irritabilidad
- problemas de sueño
- facilidad para fatigarse
- tensión muscular
- dificultad para concentrarse

Además, las ansiedades generalizadas en los adultos, frecuentemente se preocupan cada día que pasa de circunstancias rutinarias de su vida cotidiana desde lo más mínimo a lo más grande. El inicio de este trastorno pocas veces ocurre antes de la adolescencia. Los niños y adolescentes se preocupan más por situaciones de la escuela mientras que los adultos por su familia (DSM-5, 2014)

CAPÍTULO III.

DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN LA ADOLESCENCIA

3.1 Definición de adolescencia

Por lo que se refiere la adolescencia es un periodo cronológico que se inicia con los procesos emocionales y físicos que llevan a una madurez psicosocial y sexual, y que termina con una etapa mal definida en la que el individuo logra su independencia y su productividad social. Este periodo comprende cambios en la conducta, forma de pensar, crecimiento físico y los patrones de relación, así como el interés por el cuerpo humano, nuevos papeles y una serie de conductas continuas de prueba. El adolescente normal es tan “turbulento” y muchas veces tan variable en su estado de ánimo y pensamientos que esta época se considera de gran dificultad para el adolescente y su familia. (OMS,2022).

3.2 Teorías de la adolescencia

- **Peter Bloss**

Como lo menciona Peter Bloss psicoanalista y pionero del enfoque sistemático en el estudio del desarrollo psicológico de niños y adolescentes. En su teoría sobre la adolescencia realiza dos aportaciones.

La división de la adolescencia en etapas;

- Pre-adolescencia.
- Adolescencia temprana: el chico/a vuelve a verse atraído por el progenitor del sexo contrario intentando tener relaciones de amistad íntima con personas de su mismo sexo.

- Adolescencia propiamente dicha: relaciones de amistad relegadas por las relaciones amorosas.
- Adolescencia tardía: consolidación de la identidad sexual del individuo como del yo.
- Post-adolescencia.

Proceso de individuación;

Para blos la desvinculación afectiva de los padres deja un vacío que justificaría un comportamiento regresivo del niño o adolescente.

- **Erik Erikson**

Erikson fue un psicoanalista estadounidense de origen alemán que desarrollo ocho etapas que supionen la evolución del ser humano desde que nacen hasta que se convierten en ancianos:

- Etapa prenatal- Confianza contra Desconfianza (inicia en la concepción hasta los 2 años)
- Infancia- Autonomía contra Vergüenza (desde 1-2 años a 3-4 años)
- Niñez- Iniciativa contra Culpa (de 3 a 5 años)
- Infancia intermedia- Laboriosidad contra Inferioridad (partir de los 6 a 12 años)
- Adolescencia- Identidad contra Confusión (de los 13 a 20 años)
- Etapa adulta temprana- Intimidad vs. Soledad (20 a 40 años)
- Aduldez- Generatividad frente al estancamiento (40 a 60 años)
- Vejez- Integridad del yo frente a la Desesperación (60 al fallecimiento)

Estas ocho etapas constan de dos polos tanto negativo como positivo el cual se ira enfrentando a través de la sociedad o de su entorno del individuo (Lozano V. 2015).

- **Freud y Anna Freud**

Acorde a lo que Freud menciona, la adolescencia es considerada una etapa secundaria sobre el desarrollo de la personalidad en donde se da solución al complejo de Edipo (Lozano V, 2015).

A continuación Anna Freud menciona dos tipos de mecanismos

- Intelectualización o racionalización: considerada un mecanismo de defensa en el que el ser humano enfrenta conflictos emocionales tanto buenos como malos ya sea interno o externo, este mecanismo es para ocultar a los demás motivos de algún comportamiento.
- Ascetismo: minimiza la ansiedad rechazando las tentaciones, renunciando a estar con sus compañeros, no participando en actividades de tiempo libre y rechazando relaciones sexuales.

- **Vygotsky**

Menciona que el adolescente su pensamiento evoluciona conforme al proceso de desarrollo sociocultural conforme a la época (Erasquin C.,2011).

- **Piaget**

Como menciona Piaget un adolescente se adentrará al mundo del adulto en donde será liberado un pensamiento infantil en el que acomodará su pensamiento conforme al mundo en el que va a vivir (Erasquin C.,2011).

3.3 Cambios físicos

En La adolescencia existente cambios intensos tanto físicos, psíquicos y sociales, en esta etapa de la vida existe una aceleración y desaceleración del crecimiento, cambios en el cuerpo y la maduración en los órganos reproductores y caracteres sexuales secundarios, siendo más precoz en las mujeres que en los varones (Allen y Waterman, 2022).

Algunos de los objetivos psicosociales dentro de la adolescencia son: adquirir la independencia asía los padres, tomar conciencia de su imagen corporal y aceptarla (autoestima), establecer relaciones con los amigos (parejas) y establecer la identidad sexual, vocacional, moral y del yo (Allen y Waterman .,2022).

Ahora veamos que la adolescencia es el periodo más sano de la vida hablando desde el punto de vista físico sin embargo es el más problemático dentro de lo psicosocial, por motivos de autoestima, inseguridades, social etc, (Allen y Waterman ,2022).

Cambios físicos de las mujeres en la adolescencia:

- Crecimiento de las mamas y ensanchamiento de caderas.
- Cambios en la vagina, el útero y los ovarios.
- Inicio de la menstruación y la fertilidad.
- Cambio en la forma pélvica, redistribución de la grasa corporal.
- Crecimiento de vello púbico y axilar.
- Aumento de estatura.
- Olor corporal fuerte, cambios en la piel y acné.

Cambios físicos de los hombres en la adolescencia:

- Desarrollo de la musculatura.
- Crecimiento de los testículos, y alargamiento del pene.
- Crecimiento del vello corporal (púbico, axilar, bigote, barba).
- Aparecen las primeras erecciones y la primera eyaculación.
- Empiezan las eyaculaciones nocturnas (poluciones).
- Crece en el cuello una protuberancia conocida como la manzana de Adán.
- Aumento de estatura.
- La voz cambia y se hace más gruesa.
- Aumento de sudoración, olor corporal fuerte y acné.

3.4 Cambios psíquicos

En tan tormentosa situación no es extraño que la percepción del mundo y las vivencias se vean influenciadas, apareciendo una serie de cambios en la esfera psíquica de singular importancia (Allen y Waterman ,2022).

Los más relevantes cambios serían los siguientes Como hemos visto antes, es difícil separar los aspectos internos y externos de la experiencia, existen ciertas áreas del desarrollo del adolescente que están vinculadas estrechamente al mismo seno del YO y lejos de las influencias y presiones de la sociedad circulante (Allen y Waterman ,2022).

A medida que el chico crece y sale del dominio del círculo familiar, una de sus mayores inquietudes es obtener una clara orientación de su YO en el mundo exterior, el adolescente pugna por resolver su identificación con sus dos padres y construir a partir de ésta, una identidad personal, la manera de construir su identidad personal influye en aspectos básicos de su conducta (Allen y Waterman.,2022).

Su pauta de autoafirmación, su tendencia sexual y su actitud hacia su propia forma de ser y la del mundo que lo rodea. La adolescencia es una etapa de interrogantes,

una fase en la que el joven condensa los valores que guiarán su orientación social la mayor parte de su vida. Es exactamente en esta etapa en que enfrenta el desafío de armonizar su visión de sí mismo con su visión del mundo (Allen y Waterman.,2022).

Cambios psicológicos:

- El o la adolescente puede volverse agresivo/a, rebelde, aislado/a e inestable.
- Experimentan cambios en los estados de ánimo, de repente sienten depresiones o rabia y luego felicidad.
- Crece la necesidad de sentirse admirado y valorado en los grupos a los cuales pertenecen.
- Empiezan a cuestionar las órdenes de sus padres, buscan libertad e independencia para escoger a sus amigos, amigas o pareja.
- Se sienten presionados a tomar decisiones con las que no están de acuerdo.
- Empiezan a sentir atracción erótico-afectiva por otras personas y a tener “amores platónicos”.

3.5 Factores Psicosociales

Por otra parte, a nivel de los factores psicosociales, Chu et al, (2018), considera que la atención médica, debe centrarse no solo en las enfermedades físicas, sino también en las narrativas psicosociales de los pacientes; de esta forma, estudios realizados han evidenciado 108 problemas psicosociales en pacientes bajo este enfoque.

Los factores psicosociales son influyentes durante esta pandemia ya que esto repercute a las personas, ya sea en trabajo, escuela e incluso familia, no solo se debe tener en cuenta las enfermedades físicas como bien se menciona, si no igual manera psicosocial.

De igual forma los factores psicosociales se convierten en determinantes de longevidad, siendo los estados emocionales positivos aspectos influyentes para los resultados de salud física. En el ámbito laboral, los factores psicosociales, se relacionan con la productividad del trabajador dicha influencia implica procesos psicológicos y psicosociales complejos de cuantificar que constituyen los factores humanos. (Cequea y Núñez, 2011)

Los factores psicosociales son clave para el bienestar del ser humano y su tiempo de vida, ya que dependerá de su forma y ritmo de vida. De igual manera esto influye en los procesos psicológicos como el estrés, ansiedad, depresión, etc.

Sweeney (2013); refiere que es una reacción no específica del organismo a cualquier cambio generado en este, debido a acontecimientos positivos o negativos. El estrés y los trastornos emocionales, afecta a las personas en sus diferentes etapas de vida.

El estrés nos afecta en cualquier etapa de la vida sin embargo para cada persona es diferente, existe diferentes motivos de estrés y niveles de estrés dependiendo la etapa de la vida en la que se encuentren, tanto puede ser por algún aspecto negativo o como positivo (Cequea y Núñez, 2011).

Por su parte Domínguez (2014), clasifican como fuentes de estrés, elementos ambientales, familiares y aspectos laborales e interpersonales; fuentes éstas, que, ante una pandemia, pueden combinarse mostrando explicaciones multicausales en un individuo o familia confinada. A nivel de los estudiantes, las reacciones estresantes más frecuentes son la somnolencia, la inquietud y aumento o reducción del consumo de alimentos.

De igual manera cada día interactuamos con el estrés, y nuestro comportamiento social cambia, enfatizando que el virus ha afectado a nivel psicológico, a quienes luchan por sobrevivir, a los que se quedan en casa durante la cuarentena, a los desfavorecidos de la economía, y a los que han perdido sus trabajos; bajo estas circunstancias, resulta evidente la presencia de factores estresantes para las familias. Las familias se han reinventado, por necesidad o no, considerando que una vida

familiar con buenas relaciones ayudará a disminuir posibles factores psicosociales (Kaufer ,2015).

Domínguez, (s/f) ha clasificado los elementos ambientales, familiares, laborales como fuentes de estrés, en el cual cada persona interactúa de manera diferente, tengamos en cuenta que el virus ha afectado a nivel psicológico a aquellas personas que enfrentan circunstancias difíciles como pérdidas de trabajo, pérdidas familiares, el hecho de mantenerse aislado.

No obstante, el aislamiento social ha obligado a repensar el comportamiento familiar, siendo necesario en esta situación de confinamiento, el apoyo familiar, tanto desde la perspectiva emocional, como a nivel económico.

En otras palabras, la pandemia del Covid-19, ha demostrado que un núcleo familiar sólido y estable es de vital importancia en la sociedad, no solo durante los buenos tiempos, sino también durante momentos difíciles (Gunes, 2020).

La pandemia nos ha demostrado cual importante son los lazos familiares estables el cual nos puede llevar a sobrevivir en la sociedad durante esta época de caos en cual existen pérdidas tanto familiares, como de trabajo, hogares etc.

Por consiguiente, otro factor psicosocial, importante es la ansiedad, la cual proviene de la percepción de eventos incontrolables, ante los cuales se sugiere realizar actividades controlables como cuidar la higiene, comer saludable, hacer ejercicios, bailar, leer libros, entre otros (Mukhtar, 2020).

No obstante, la ansiedad de igual manera es un factor que provoco la pandemia, esta situación se debe a situaciones que van fuera de las manos de las personas, como ya habíamos mencionado la pérdida de trabajo es una situación que va fuera de las manos de las personas el cual aparte de estrés provoca ansiedad por no poder hacer nada.

El aislamiento social provoca mucha ansiedad en muchos ciudadanos de diferentes países (Jain, 2020), destacando al autor que los más vulnerables son los que tienen

problemas de salud mental (depresión), y adultos mayores que viven en soledad y aislamiento; aludiendo que tienen pensamientos suicidas extremos.

A lo anterior, se suma la depresión, definida como un trastorno mental y emocional (J. Li et al, 2015). Surge de una interacción de factores biológico, psicológicos y sociales (Ellis, et al., 2017); y se constituye en un factor de riesgo en personas mayores (65 años y más), a quienes asumen la soledad como un factor psicosocial de riesgo permanente en ellos.

No obstante, los factores psicosociales, están presentes desde la individualidad del ser humano, siendo vulnerables en los ámbitos familiar, laboral y social. Sobrepasar las capacidades de las personas produciendo agotamiento, depresión o estrés laboral, representa riesgos psicosociales importantes que afectan la salud (Orozco et al, 2019).

Los factores psicosociales están en todo momento en cada persona en cada situación, sin embargo, en situaciones como depresión o estrés laboral provoca riesgos psicosociales que afectan tanto biológicamente como psicológicamente la salud de las personas.

3.6 ¿Cómo afecta la depresión y la ansiedad durante la adolescencia?

La adolescencia es una etapa en la que existen cambios físicos psicológicos el cual afectara de manera diferente a cada persona incluyendo el entorno familiar en el que se rodeen los jóvenes (MFMER, 2022).

La depresión en adolescentes es considerada un problema grave de salud mental el cual provoca sentimientos negativos y perdidas de interés en distintas actividades (MFMER, 2022).

Loa cambios en el comportamiento es una de las maneras para saber cómo afecta al joven la depresión y ansiedad por que debido a un cambio radical en sus vidas y actividades cotidianas sus comportamientos cambian, por ejemplo, el cansancio y pérdida de energía. Insomnio o dormir demasiado, los cambios en el apetito: falta de

apetito y pérdida de peso, o más antojos por ciertos alimentos y aumento de peso (MFMER, 2022).

El consumo de sustancias ilícitas o bebidas alcohólicas, agitación o desasosiego: por ejemplo, paso intranquilo, frotarse las manos o la imposibilidad de quedarse quieto, lentitud al razonar, hablar o realizar movimientos corporales, quejas frecuentes de dolores de cuerpo o cabeza que no tienen explicación y que pueden incluir visitas frecuentes al personal de enfermería escolar, aislamiento social, bajo rendimiento escolar o ausencias frecuentes de la escuela, menor atención a la higiene o al aspecto personales, arrebatos de ira, comportamiento problemático o arriesgado, u otros comportamientos para llamar la atención autolesiones: por ejemplo, cortarse o quemarse, armar un plan de suicidio o un intento de suicidio (MFMER, 2022).

CAPÍTULO IV.

DEPRESIÓN Y ANSIEDAD POR PANDEMIA (SARS COV-2)

4.1 Diferencia entre pandemia, epidemia y endemia

La pandemia es un brote epidémico que afecta a regiones geográficas extensas (por ejemplo, varios continentes) se cataloga como pandemia, por ejemplo, del VIH. A pesar de haber conseguido grandes avances en materia de prevención, test y tratamiento del VIH (con acceso constante a los antirretrovirales se vuelve una enfermedad crónica con la que se puede convivir de manera controlada hasta la vejez), otro ejemplo es el Sars Cov -2.

Una epidemia se produce cuando una enfermedad contagiosa se propaga rápidamente en una población determinada, afectando simultáneamente a un gran número de personas durante un periodo de tiempo concreto, un claro ejemplo de ello es el brote de ebola en África en el año 2014.

Las enfermedades endémicas son aquellas que persisten de una forma continuada o episódica en una zona determinada, un ejemplo de ello es el dengue.

4.2 ¿Qué es pandemia?

Con respecto a la pandemia la Organización Mundial de la Salud [OMS] se llama pandemia a la propagación mundial de una nueva enfermedad. Para que se llame pandemia es considerada cuando surge un nuevo virus que se propaga por el mundo y la mayoría de las personas no tienen inmunidad contra él por lo cual se esparce a todo el mundo, es común que los virus que han causado pandemias con anterioridad han provenido de virus gripales que infectan a los animales y así posteriormente a la humanidad en general (OMS, 2022).

Así mismo, una pandemia se propicia cuando un nuevo virus se propaga por el mundo y la mayoría de las personas no son inmunes a él, la mayoría de veces las pandemias surgen de un virus proveniente de animales (OMS, 2020).

Puede afectar a los adultos mayores y a personas que padecen enfermedades o algún trastorno, por el contrario, los más afectados suelen ser las personas jóvenes independientemente de si están sanas o si padecen una enfermedad crónica, es por eso que no se debe pasar desapercibida una simple gripe que parece ser estacional (OMS, 2020).

4.3 ¿Qué es Sars Cov-2?

Recordar el año 2019 en que la humanidad causo revuelo ante la propagación de un nuevo virus. La OMS (Organización Mundial de la Salud) a principios de enero de 2020 dio a conocer la noticia de la aparición de un nuevo tipo de coronavirus en México, el nombrado coronavirus (COVID-19) es transmisible de humano a humano.

Subrayando que; la actual pandemia de coronavirus (COVID-19) fue notificado por primera vez en Wuhan, China, el 31 de diciembre de 2019, posteriormente se empieza a propagar por los lugares más cercanos a china, el 27 de febrero de 2020 se da a conocer el primer caso del virus en ciudad de México, de tal manera que se empieza a suspender clases, trabajos etc., para evitar contagios.

La mayoría de las personas infectadas por el virus experimentarán una enfermedad respiratoria de leve a moderada y se recuperarán sin requerir un tratamiento especial.

Sin embargo, algunas enfermarán gravemente y requerirán atención médica. Las personas mayores y las que padecen enfermedades subyacentes, como enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedades respiratorias crónicas o cáncer, tienen más probabilidades de desarrollar una enfermedad grave. Cualquier persona, de cualquier edad, puede contraer la COVID-19 y enfermar gravemente o morir. (OMS 2021)

Cabe resaltar; La mejor manera de prevenir y ralentizar la transmisión es estar bien informado sobre la enfermedad y cómo se propaga el virus. Protéjase a sí mismo y a los demás de la infección manteniéndose a una distancia mínima de un metro de los demás, llevando una mascarilla bien ajustada y lavándose las manos o limpiándolas con un desinfectante de base alcohólica con frecuencia. Vacúnese cuando le toque y siga las orientaciones locales. (OMS 2021)

Además, se tiene conocimiento de que el virus puede propagarse desde la boca o nariz de una persona infectada en pequeñas partículas líquidas cuando tose, estornuda, habla, canta o respira. Estas partículas van desde gesticulas respiratorias más grandes hasta los aerosoles más pequeños. Es importante adoptar buenas prácticas respiratorias, por ejemplo, tosiendo en la parte interna del codo flexionado, y quedarse en casa y auto aislarse hasta recuperarse si se siente mal. (OMS ,2021)

En consecuencia, debido a esto el 26 de noviembre de 2021, la OMS clasifica una nueva variante B.1.1.529 de este virus el cual el organismo de las naciones unidas lo bautizan como ómicron, este virus es considerado altamente preocupante por el grupo consultivo técnico, que nos indica que este virus presenta mutaciones que podrían afectar a las características del virus (OPS, 2021), (OMS, 2021).

En otras palabras, debido a lo acontecido anteriormente sobre el virus, este empezó a mutar, creándose así una variante conocida como omicron hoy en día, el cual la OMS lo clasifica en noviembre de 2021 como variante B.1.1.529.

Por lo que la variante Ómicron aún no está claro si es más transmisible, es decir que, si se propaga con mayor facilidad de una persona a otro, el mayor número de personas que han sido detectadas con la variante han sido de la zona de Sudáfrica (OPS, 2021), (OMS, 2021).

De hecho, la variante omicron no se tiene claro el grado de transmisión de una persona a otra, sin embargo, existen personas infectadas el cual se sigue observando para obtener más información de la variante.

4.4 Alteraciones del estado de ánimo durante la pandemia

Los trastornos depresivos se caracterizan por alteraciones en el estado del ánimo que afectan de forma importante a la vida de los seres humanos. Tener sentimientos de tristeza, tener pensamientos negativos o problemas de sueño no significa siempre padecer depresión, aunque sea habitual comentar entre nuestros allegados que nos sentimos “deprimidos”. Para ser diagnosticados de este trastorno es necesario que la tristeza sea frecuente en todas nuestras áreas vitales. Por ejemplo, en el trabajo, con la familia, o cuando estamos en nuestro tiempo libre (Navea, 2020).

Otro de los síntomas fundamentales de este trastorno es la llamada “anhedonia”, que sería la pérdida de la capacidad de disfrutar de aquellas actividades que antes nos gustaban y nos hacían sentir bien. En los niños y adolescentes se relaciona más con cambios en el comportamiento, irritabilidad, pesadillas y bajo rendimiento académico. (Navea, 2020)

A todo esto, se unen también cambios estacionales que pueden influir negativamente en el estado de ánimo. El buen tiempo y el mayor número de horas de luz en primavera y verano suelen hacer que el estado de ánimo sea mejor. Por otra parte, el frío, las lluvias y la mayor oscuridad diurna provocan lo que se conoce como depresión invernal o Trastorno Afectivo Estacional (TAE) (Navea, 2020).

En un momento como el actual, en el que coexisten el miedo, la preocupación y la incertidumbre, junto con los cambios que hemos tenido que afrontar, es fundamental que cuidemos nuestra salud mental y busquemos aquellos factores que nos protegen de la ansiedad y de la depresión. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado recientemente que la pandemia está produciendo un aumento considerable de la demanda de servicios de salud mental (Navea, 2020).

El estado de ánimo en una persona influye en el desarrollo personal y social, el estar triste, tener pensamientos negativos o problemas de sueño no siempre significa que

estés mal, se muestra de manera recurrente en la vida diaria de una persona, un síntoma también importante es la anhedonia, pérdida de la capacidad de disfrutar actividades que antes les hacía sentir bien, también se unen cambios estacionales que influyen de manera negativa en el estado de ánimo (Navea, 2020).

4.5 Trastornos del estado de ánimo

Como trastornos del estado de ánimo (TEA) incluimos los trastornos que tienen como característica principal una alteración del estado del humor. Son síndromes que deberán ser diagnosticados cuando cumplen una serie de criterios, una vez descartadas las causas de origen orgánico y las producidas por sustancias. Se debe de recordar que un trastorno de comportamiento con expresión clínica, cualquiera que sea su causa, es una expresión en la persona de una alteración psicológica o biológica (educación para la salud,2021,4:15).

CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO:

- Depresión
- Trastornos de ansiedad
- Trastornos somatomorfos

En el DSM-IV-TR hay criterios para otros trastornos que, se han incorporado en un apéndice. Algunos de estos trastornos figuran con la designación de “no especificado”; como son el trastorno depresivo menor o el trastorno disfórico premenstrual (DSM-V,2014).

DEPRESIÓN:

Trastorno del estado de ánimo caracterizado por su síntoma clínico más característico que es la tristeza, junto a la anhedonia, aunque puede haber cuadros sin

ella, que se denominan depresiones enmascarada o inhibidas o cuadros más intensos con presencia de melancolía .La tristeza suele ir acompañada de otros síntomas como:

- La anhedonia
- Pérdida de la vitalidad
- Indecisión y dudas
- Insomnio o somnolencia excesiva
- Disminución de la libido
- Irritabilidad
- Aumento de la sensibilidad al dolor
- En ocasiones alucinaciones, y el estupor depresivo (estos más en relación con síntomas psicóticos).

Algunos de los Subtipos que podran encontrarse son los siguientes

- Trastorno depresivo mayor
- Trastorno distímico
- Trastorno bipolar I
- Trastorno bipolar II
- Trastorno ciclotímico
- Trastorno del estado de ánimo en relación con una enfermedad médica
- Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias(DSM-V,2014).

Los diferentes subtipos tienen sus características más específicas, como es:

Trastorno depresivo mayor:

Puesto que se caracteriza por un estado de ánimo deprimido o la pérdida de interés o de placer por las actividades habituales (CPA SOCIMEP,2022,16:21)).

Los síntomas están presentes cada día, excepto ideas de suicidio o los pensamientos de muerte que, sólo han de ser recurrentes ,se debe diferenciar de los

síntomas derivados de un duelo o si hay síntomas psicóticos en ausencia de síntomas del estado de ánimo (CPA SOCIMEP,2022,16:21)).

Trastorno distímico:

Es una forma crónica de depresión que dura por lo menos 2 años, durante los cuales la mayoría de los días el ánimo es deprimido la mayor parte del día y, por lo menos otros dos síntomas depresivos (DSM-V,2014).

Trastorno bipolar I:

Se caracteriza por la presencia de un episodio maníaco o de un episodio mixto maníaco-depresivo (CPA SOCIMEP,2022,16:21)).

Se puede subdividir:

- Según el tipo de episodio actual: maníaco, hipomaníaco, depresivo y mixto.
- Por la intensidad y grado de remisión: leve, moderado, grave sin psicosis, grave con rasgos psicóticos, remisión parcial o total
- Según la evolución reciente: se caracteriza por una sucesión rápida de ciclos.

Trastorno bipolar II:

Este trastorno presenta episodios hipomaníacos y episodios de depresión mayor. Los criterios sintomáticos par un episodio hipomaníaco son los mismos que los de un episodio maníaco, aunque en la hipomanía sólo se requiere una duración mínima de 4 días (DSM-V,2014).

Trastorno ciclotímico:

Equivalente bipolar del trastorno distímico, es un cuadro crónico y leve del estado de ánimo con numerosos episodios depresivos e hipomaníacos durante un mínimo de 2 años (CPA SOCIMEP,2022,16:21)).

TRASTORNOS DE ANSIEDAD:

La ansiedad consecuencia de un estado de activación del sistema nervioso producida por estímulos externos (Veleiro, 2020).

Los síntomas derivados de la estimulación del sistema nervioso vegetativo, produce síntomas somáticos de la ansiedad, y los síntomas derivados de la estimulación del sistema límbico y del córtex que se traduce en síntomas psíquicos de la ansiedad (Veleiro, 2020).

Así mismo se pueden presentar los siguientes síntomas:

- Taquicardia
- Sensación de ahogo/ opresión torácica
- Sensación de presión gástrica
- Nauseas
- Micción frecuente
- Tensión muscular
- Sequedad de boca
- Sudoración
- Mareos.

También aparece irritabilidad, desasosiego, agobio, deseo de escapar, dificultad para la concentración, deslegalización y despersonalización, movimientos repetitivos, insomnio.

Subtipos

- Trastorno de angustia
- Agorafobia
- Fobia específica
- Fobia social
- Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)

- Trastorno por estrés postraumático (TEPT)
- Trastorno por estrés agudo
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno de ansiedad por una enfermedad médica.
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias:

Trastorno de angustia:

Una crisis de angustia o de pánico, se caracteriza por sentimiento de miedo o de terror intenso que aparecen de repente, sin motivo aparente, en situaciones en las que no hay nada que temer y, se traduce en palpitaciones, dolor torácico, disnea o ahogo, mareo, temblor o agitación, sudoración y sensación de desfallecimiento (Veleiro, 2020).

Este trastorno se subdivide según la presencia de agorafobia o no.

2.- Agorafobia:

Presenta miedo a lugares donde el paciente cree que no puede escapar o recibir ayuda. Suele ser consecuencia del trastorno de angustia, aunque puede aparecer en ausencia del mismo (Veleiro, 2020).

Las personas que sufren de agorafobia evitan o lo procuran, situaciones que creen que les podría desencadenar una crisis de angustia (Veleiro, 2020).

3.- Fobia específica:

Se trata de un miedo excesivo e irracional a objetos o situaciones concretas que, casi siempre son producidas por el estímulo temido. El estímulo fóbico se evita (Veleiro, 2020).

4.- Fobia social:

Se caracteriza por el miedo a ser avergonzado o humillado por otros; se parece al cuadro anteriormente reseñado, los estímulos fóbicos se evitan y, si no se pueden evitar la persona siente mucha ansiedad (Veleiro, 2020).

Sí los estímulos fóbicos incluyen la mayoría de las situaciones sociales se habla de fobia social generalizada (Veleiro, 2020).

5.- Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC):

Lo definen la existencia de pensamientos o imágenes repetidos que resultan inoportunos (obsesiones), comportamientos repetitivos que la persona se siente obligada a llevar a cabo (compulsiones) o ambas (Veleiro, 2020).

La mayoría de las veces, las compulsiones se realizan para reducir la ansiedad asociada con el pensamiento obsesivo (Veleiro, 2020).

6.- Trastorno por estrés postraumático (TEPT):

Aparece tras un suceso traumático en el que la persona cree que está en peligro físico o que su vida está en peligro; puede ser secundario a estar presente en una situación violenta o que amenaza la vida de otra persona (Veleiro, 2020).

Los síntomas suelen producirse después del suceso traumático, aunque hay casos en los que los síntomas pueden aparecer meses o incluso años después (Veleiro, 2020).

Se diagnóstica cuando una persona reacciona al suceso con miedo y sufre por lo menos un síntoma por volver a experimentarlo, tres o más síntomas de evitación y dos o más síntomas de hiperexcitación que deben persistir al menos durante un mes y ser un impedimento para su actividad normal (Veleiro, 2020).

7.- Trastorno por estrés agudo:

Se produce como consecuencia de un factor estresante, no se diagnostica si los síntomas duran más de un mes (Veleiro, 2020).

8.- Trastorno de ansiedad generalizada:

Se trata de una preocupación excesiva y crónica que se produce la mayor parte de los días y que resulta difícil de controlar. Se suele traducir a nivel clínico por problemas de concentración, insomnio, tensión muscular, irritabilidad e inquietud física y causa angustia o alteración clínicamente significativas (Veleiro, 2020).

9.- Trastorno de ansiedad por una enfermedad médica.

10.- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias:

Si la causa de la ansiedad es la intoxicación por una sustancia, la abstinencia de ella o un fármaco (Veleiro, 2020).

TRASTORNOS SOMATOMORFOS:

Se caracterizan porque el cuadro clínico son los síntomas físicos compatibles con una enfermedad médica, pero no se justifican por ella (Veleiro, 2020).

Subtipos:

- Trastorno por somatización:
- Trastorno somatomorfo indiferenciado:
- Trastorno de conversión:
- Trastorno por dolor:
- Hipocondría:

- Trastorno dismórfico corporal:

1.- Trastorno por somatización:

Se expresa por múltiples síntomas médicos sin explicación en diversos sistemas orgánicos que se producen durante varios años y, no los pueden explicar enfermedades médicas (Veleiro, 2020).

- Habitualmente los síntomas son:
- Dolorosos
- Gastrointestinales
- sexuales y pseudoneurológicos.

Deben estar presentes síntomas de cada uno de los grupos, que produzcan dificultades funcionales o requieran tratamiento. Suele iniciarse antes de los 30 años de edad (Veleiro, 2020).

2.- Trastorno somatomorfo indiferenciado:

Se caracteriza por síntomas médicos sin explicación que no son tan generalizados ni duraderos como los trastornos por somatización (Veleiro, 2020).

3.- Trastorno de conversión:

Lo definen deficiencias de la musculatura estriada o deficiencias sensitivas sin explicación que sugieran la presencia de una enfermedad neurológica u otra enfermedad médica. Se acepta que un conflicto psicológico es el responsable de los síntomas (Veleiro, 2020).

4.- Trastorno por dolor:

Su característica principal es un dolor incapacitante o angustioso que es el centro de atención principal. Los factores psicológicos tienen una función importante en el inicio, el grado y el mantenimiento del dolor (Veleiro, 2020).

5.- Hipocondría:

Es una preocupación angustiosa e incapacitante debida a la creencia de padecer una enfermedad importante, en base a una falsa interpretación de unos síntomas físicos. Tras diferentes estudios y ser descartada la enfermedad, la preocupación continúa (Veleiro, 2020).

6.- Trastorno dismórfico corporal:

Se trata de una preocupación angustiosa e incapacitante por un defecto imaginario o leve de la apariencia física, sí este defecto se mantiene con intensidad delirante, también se podría tratar de trastorno delirante somático. En la clasificación de estos se encuentra la depresión, los trastornos de ansiedad y los somatomorfos. Estos tienen diferentes subtipos y los síntomas varían dependiendo de la intensidad del trastorno (Veleiro, 2020).

4.6 Depresión y ansiedad durante la pandemia (síntomas)

Con respecto a la pandemia que se ha sufrido en los años 2019 a 2021 a causa de la enfermedad Sars Cov-2 (Covid 19) se ha incrementado el diagnóstico de ansiedad y depresión. (Nicolini,2020).

Alguna de las patologías que se pudieron encontrar dentro de la pandemia, existe un aumento de niveles de estrés, ansiedad y depresión y en eso encontramos la interrupción del sueño que empieza a afectar debido que el sueño es una regulación de las emociones que tenemos (Universidad ESAN,2021,31:41).

Para que se llegara a la depresión durante la pandemia fueron pasando por fases que son:

Primera fase: crisis sanitaria y medidas restrictivas

Segunda fase: angustia que va aumentando

Tercera fase: enojo, desesperación, ira

Cuarta fase: cansancio de enojarse

Quinta fase: depresión

Como lo menciona (Quintana, 2021), durante la pandemia existió un alto nivel de ansiedad y depresión que angustiaba a la población. Los siguientes síntomas son aquellos que fueron detectado:

- Miedo a enfermarse y morir solo
- Cansados por la excesiva restricción
- Miedo a contagiar y ser contagiado
- Angustia por el futuro
- Angustia por la economía

La depresión nos lleva a la angustia, y se divide en diferentes tipos de angustia acorde a la pandemia:

- El miedo a contagiar a contagiarse a morir por la enfermedad.
- Miedo a perder el trabajo, a endeudarse a no poder sobrevivir sin la economía
- Estar en confinamiento si poder salir

Uno de los países con mayor número de reporte con problemas de salud mental es China que ha reportado un incremento de los síntomas depresivos en la población juvenil con un 22.6%, que es mayor que en otras investigaciones en escuelas primarias con un 17.2%, por causa de la pandemia la reducción de las actividades al aire libre y de la interacción social puede haberse asociado con un aumento de los síntomas depresivos en los niños. A si mismo se encontró que el 18.9% de los estudiantes tenían síntomas de ansiedad (Nicolini,2020)

4.7 Prevención

Por lo que se refiere a la prevención está definido como una anticipación a un hecho para evitar que suceda, Su origen es en término latín *praeventio*, el cual proviene de “*prae*”: previo, anterior, y “*eventio*” significa evento o suceso (Enciclopedia Concepto, 2013-2022).

Por lo que se refiere a la pandemia, para prevenir más infecciones se tomaron precauciones como el confinamiento, la restricción de salir y evitar contacto con las personas, sin embargo, esto ha incrementado los síntomas de depresión y ansiedad en la población (clínica Barcelona, 2020).

La nueva realidad del teletrabajo, el desempleo temporal, la enseñanza en casa y la falta de contacto físico con familiares, amigos y colegas requieren tiempo para asimilarlo, existe una adaptación a estos cambios de la vida y enfrentarnos al temor de contraer la enfermedad, puede resultar especialmente duro para las personas con trastornos de salud mental el cual les ocasiona mas ansiedad que lo usual (OMS, 2022).

Estos son algunas formas de disminuir o revertir los síntomas de depresión o ansiedad por motivos de la pandemia :

- Levántese y acuéstese todos los días a una hora similar.
- No descuide su higiene personal.
- Disminuir la exposición de noticias
- Consuma comidas saludables en horarios fijos.
- Mantenga contacto regular con las personas queridas por teléfono o internet.
- Haga ejercicio de forma habitual.
- Evitar el abuso de los videojuegos
- Establezca horarios para trabajar y para descansar.}
- Utilice con responsabilidad las redes sociales
- No discrimine
- Reserve tiempo para hacer cosas que le gusten

Planteamiento del problema

El comportamiento normal en los adolescentes se caracteriza por ascenso y descenso en el estado de ánimo, con periodos de alternancia entre el sentir que “el mundo es un lugar estupendo” y “la vida es una porquería”. Estos episodios pueden presentarse con periodos de duración variables de horas y días.

El estado depresivo es común en los adolescentes como consecuencia del proceso de maduración y el estrés, de los conflictos con los padres, por la lucha de su independencia, también puede ser una reacción a un proceso perturbador como la muerte de un amigo, novio (a) o familiar, el fracaso en la escuela, etc. También puede presentarse sin alguna causa aparente, puede ser por enfermedades psiquiátricas o por medicamentos. La depresión es un estado emocional caracterizado por tristeza, desánimo y pérdida de la autoestima que se presenta durante los años de adolescencia; este cambio se da como respuesta a muchos estímulos.

La disminución en el rendimiento escolar, las relaciones caóticas con familiares y amigos, el abuso de sustancias psicoactivas, cambios en los hábitos alimenticios, sentimientos de inutilidad, tristeza prolongada y obsesión con la muerte que pueda tomar la forma de pensamiento suicida; estos y muchos otros comportamientos negativos pueden ser signos y síntomas de depresión.

Actualmente este trastorno está presentándose en esta época de pandemia donde existe resguardo sin poder convivir normalmente. Por lo tanto, esta investigación pretende responder al siguiente interrogante:

¿cuantos adolescentes en la escuela secundaria técnica N°138” Himno Nacional” presentan síntomas o rasgos de trastorno depresivo o trastorno de ansiedad?

Objetivo

OBJETIVO GENERAL

- Identificar la prevalencia de depresión y ansiedad en adolescentes de 3 grado de secundaria de la escuela N°138 “himno nacional” de tepexoyuca en el municipio de ocoyoacac durante la pandemia de covid -19 del año 2021

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar la prevalencia de depresión y ansiedad de adolescentes de acuerdo con el género.
- Determinar la prevalencia de depresión y ansiedad de acuerdo con la percepción del rendimiento académico
- Determinar la prevalencia de depresión y ansiedad de acuerdo con el grado académico de la secundaria

Hipótesis

H.N; los alumnos de 3 año de secundaria no presentan síntomas de depresión durante la pandemia

H.M; los signos y síntomas de la depresión por la pandemia de covid son más visibles en los alumnos

H.A; los signos y síntomas de la depresión ocasionada por la pandemia de covid son poco visibles en los alumnos

H.G; Existe relación entre la depresión y ansiedad por el confinamiento de covid-19 y el bienestar psicológico en los alumnos de 3 año de secundaria de la escuela “himno nacional” de tepexoyuca , municipio de ocoyoacac.

H. E;

Existe diferencia significativa entre su bienestar psicológico según el género, el diagnóstico y la sintomatología de la enfermedad de covid 19 de familiares y amigos de alumnos de 3 grado de secundaria de la escuela “himno nacional” de tepexoyuca municipio de ocoyoacac.

Recolección y análisis de datos

IDENTIFICAR LA DEPRESIÓN DURANTE LA PANDEMIA DE COVID EN ALUMNOS DE 3 GRADO DE LA SECUNDARIA TÉCNICA N 138 HIMNO NACIONAL, DE TEPEXOYUCA OCOYOACAC 2021

La presente encuesta tiene como objetivo la identificación de datos para recolectar información de alumnos de 3 grado de la secundaria técnica N°138 “Himno Nacional” en Tepexoyuca ocoyoacac 2021. La información proporcionada solo será utilizada exclusivamente para fines académicos ,por lo que se hace la invitación a responder con la mayor sinceridad posible.

Nombre completo:

Sexo

- Hombre
- Mujer

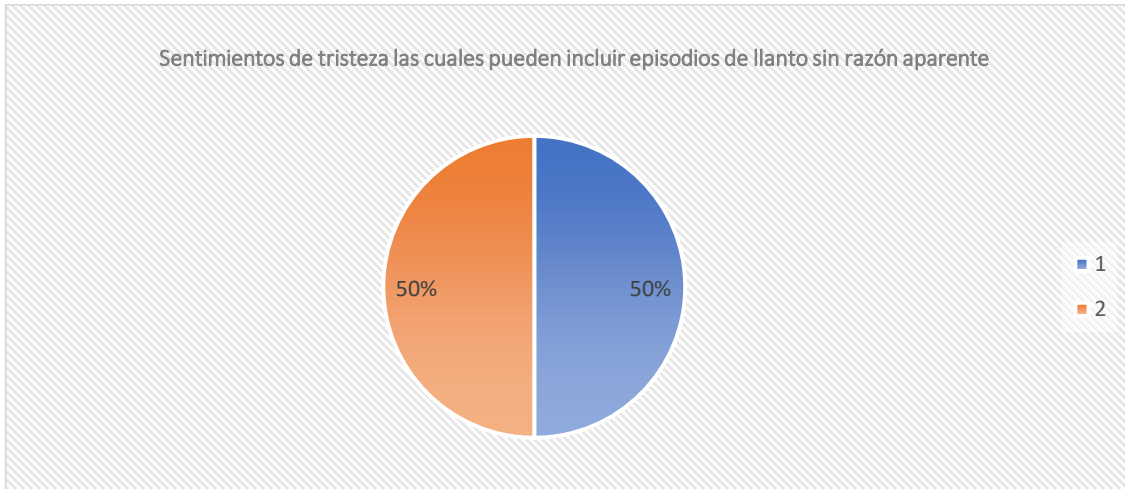
Edad:

Instrucciones: lee correctamente y subraya la respuesta que consideres correcta

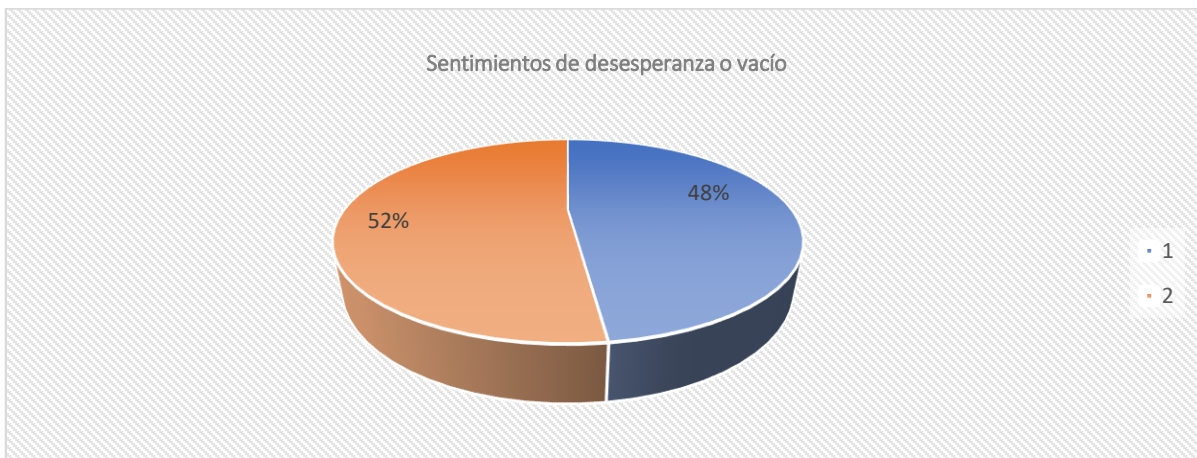
- 1- Sentimientos de tristeza las cuales pueden incluir episodios de llanto sin razón aparente
 - Si
 - No
- 2- Sentimientos de desesperanza o vacío
 - Si
 - No
- 3- Cansancio y pérdida de energía
 - Si
 - No
- 4- Excesiva necesidad de aprobación
 - Si
 - No
- 5- Aislamiento social
 - Si
 - No
- 6- Autolesión: por ejemplo ,cortes, quemaduras o perforaciones excesivas o tatuajes
 - Si

- No
- 7- Pensamientos suicidas o intento de suicidio
- Si
 - No
- 8- Autoestima baja: por ejemplo, inseguridad, no puedo ,no me gusta mi cuerpo etc.
- Si
 - No
- 9- Sensibilidad extrema al rechazo o al fracaso
- Si
 - No
- 10-Insomnio o dormir demasiado
- 0-2 horas
 - 4-6 horas
 - 6-8 horas
 - 9 – más horas

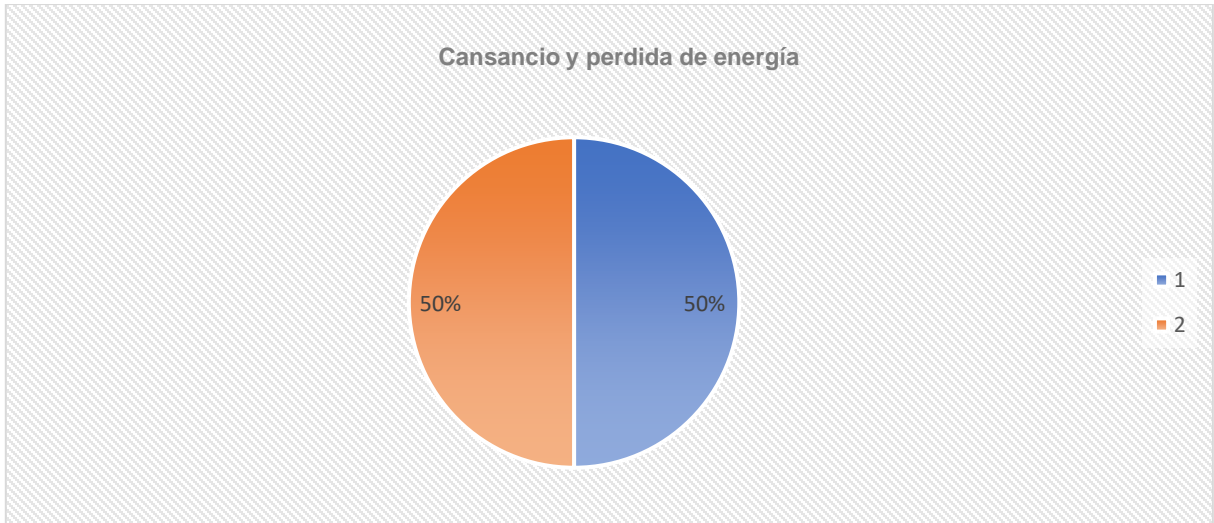
RESULTADOS



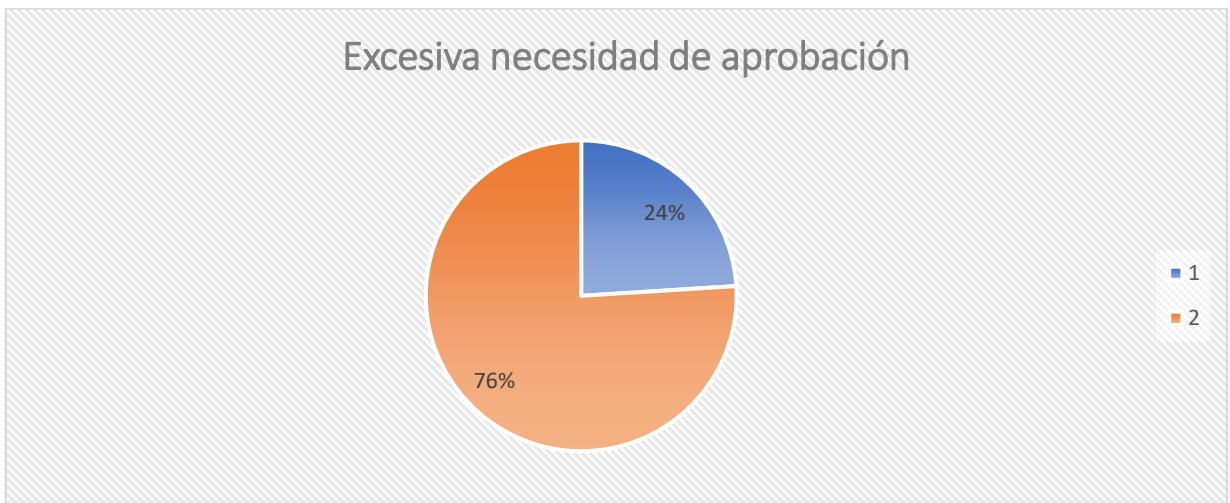
El 50% de los alumnos respondieron que si tienen sentimiento de tristeza y el otro 50% respondió que no tienen sentimiento de tristeza



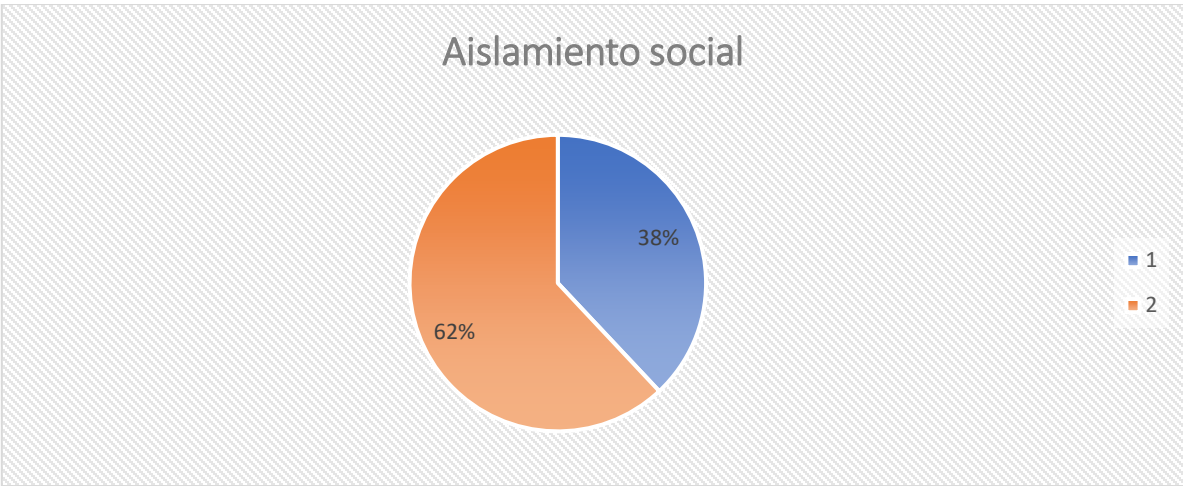
El 52% de los alumnos que respondieron que no tienen sentimiento de desesperanza o vacío mientras que el 48% respondió que si.



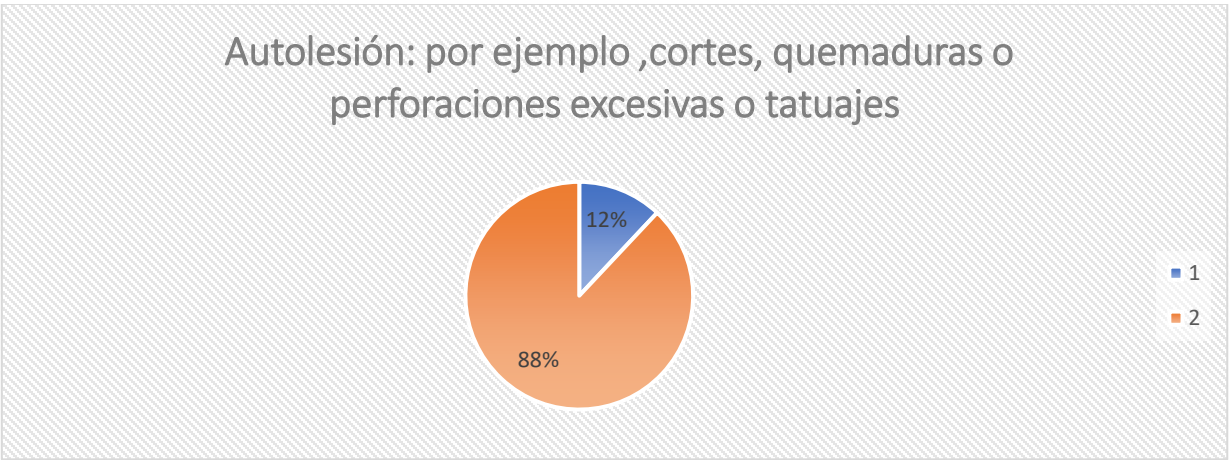
El 50% de alumnos sufren de cansancio y pérdida de energía mientras que el otro 50% de los alumnos no.



El 24% de los alumnos de la escuela secundaria técnica N° 138 tienen la necesidad de ser aprobados por las personas mientras que el 76% no necesita de la aprobación.

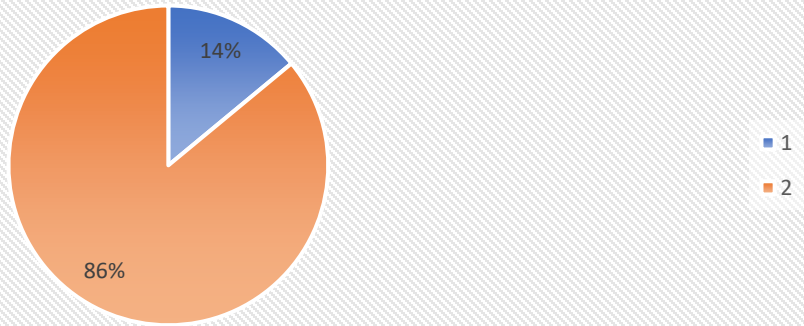


El 38% de los alumnos son se aíslan de los demás, mientras que el 62% son personas sociables



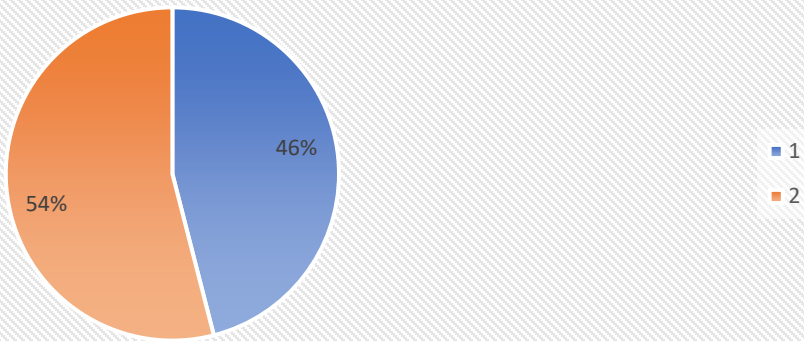
El 88% de los alumnos no se han autolesionad, mientras que el 12% si lo ha hecho

Pensamientos suicidas o intento de suicidio



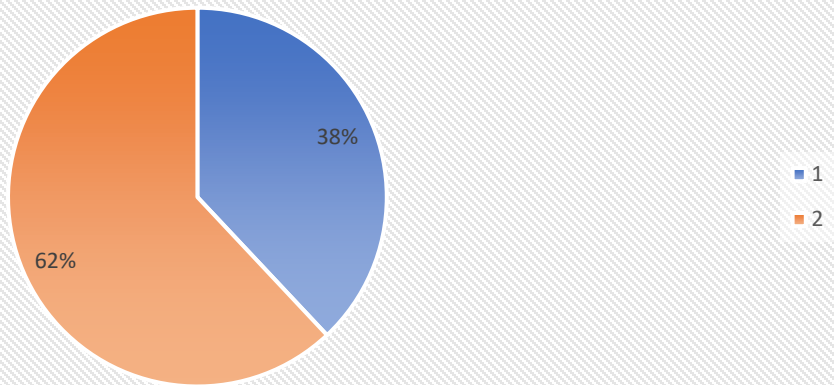
El 86% de los alumnos no presentan pensamientos suicidas mientras que el otro 14% tienen pensamientos suicidas

Autoestima baja: por ejemplo, inseguridad, no puedo, no me gusta mi cuerpo etc.



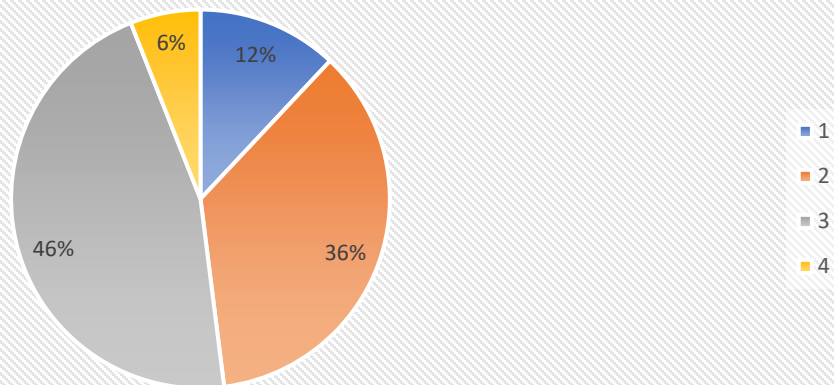
El 46% de los alumnos presentan una baja autoestima, mientras que el 54% esta normal

Sensibilidad extrema al rechazo o al fracaso



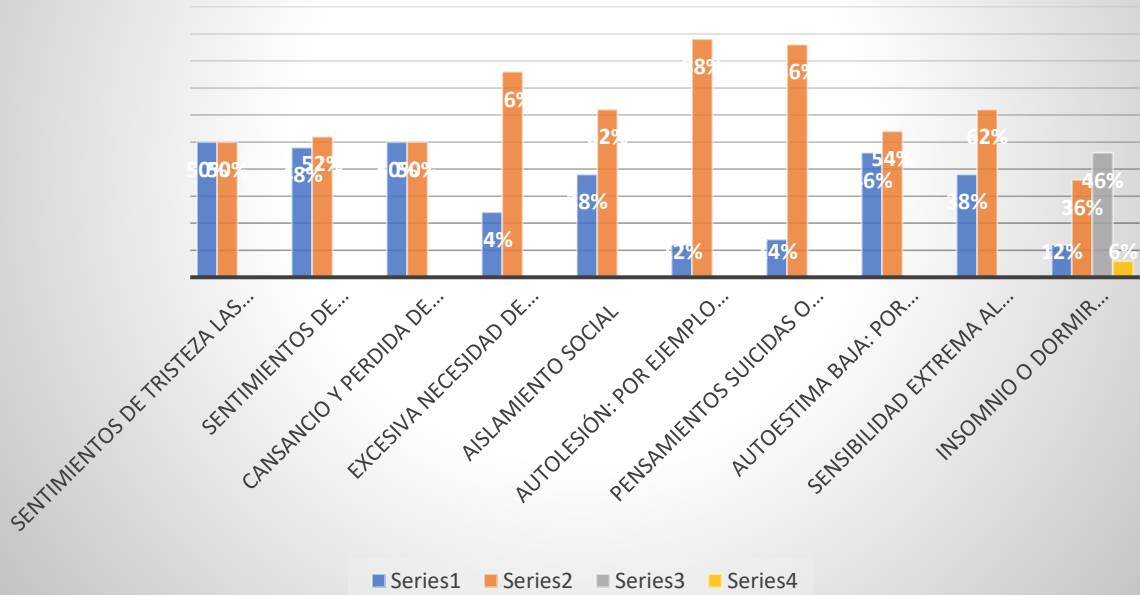
El 38% de los alumnos presentan sensibilidad al rechazo o al fracaso mientras que el 62% no.

Insomnio o dormir demasiado



El 46% de los alumnos duermen entre 6-8 hrs, el 36% duerme entre 4-6 hrs, el 12% duerme de 0-2 horas y el 6% duerme de 9 hrs a mas

identificar la depresion durante la pandemia de covid en alumnos de la secundaria tecnica N° 138 Himno Nacional, tepexoyuca ocoyoacac



CONCLUSIONES

El objetivo de esta tesina es identificar la depresión y ansiedad en tiempos de pandemia en adolescentes, clave para poder identificar como los jóvenes les afecta emocionalmente el encierro que se ha provocado a causa de dicho virus.

En general, se entiende por adolescencia que es una etapa que abarca desde los 11 a los 19 años, tomando todas las incertidumbres inesperadas del crecimiento emocional y social del ser humano.

La adolescencia puede tener cualquier duración, entre los 10 y los 19 años y la intensidad de cada uno de los procesos que en ella acontecen son variables en toda la etapa

Lo primero que sobresale al acercarse a la adolescencia es el relevante desconocimiento que sucede en casi todo su devenir y acontecer vital. La depresión es uno de los problemas que acontece en esta etapa de la vida y que requiere conocer su comportamiento y prevalencia para poder intervenir desde el punto de vista psicológico.

Como se ha revisado; sobre cómo ha surgido el virus (covid-19) como ha afectado al ser humano tanto de manera física como de manera psicológica.

El virus ha sido una enfermedad que se ha propagado a una gran velocidad de manera que ha afectado a todo el mundo tanto a niños, adolescentes y adultos mayores, el virus inició en wuhan, china el 31 de diciembre del año 2019, posteriormente se propaga el 27 de febrero del 2020 en la ciudad de México.

A causa de dicha pandemia ,las personas han tenido un cambio radical es sus vidas cotidianas, lo que ha provocado que sufran de depresión y ansiedad.

Es un trastorno que altera el estado de ánimo y existen diferentes tipos de depresión, algunos de ellos son el trastorno de depresión mayor (incluye el episodio

depresivo mayor), el trastorno depresivo persistente (distimia), el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamentos

La ansiedad es otro de los trastornos que se identificó durante la pandemia, son los que comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas.

El miedo es una respuesta emocional a una amenaza inminente, real o imaginaria, mientras que la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura.

Los trastornos de ansiedad se diferencian del miedo o de la ansiedad normal propios del desarrollo por ser excesivos o persistir más allá de los periodos de desarrollo apropiados

FUENTES CONSULTADAS.

García, y Cols. (2011). *El enfrentamiento y el conflicto: Factores que intervienen en la depresión. Acta de Investigación Psicológica*, 1(3), 415-428. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358933582004>

Asociación Americana de Psiquiatría, (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*, 5°. Arlington.

Nardi, Bernardo (2004). *La Depresión Adolescente. Psicoperspectivas*, 0717-7798. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=171017841006>.

Varela Macedo, Magdalena (2007). *Un estudio sobre depresión en Adolescentes. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - Avaliação Psicológica*, 1(23), 9-22. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459645446002>

Ortiz, Edgar Iván, y Herrera, Enrique, y De La Torre, Alejandro (2020). *Coronavirus (COVID 19) Infection in Pregnancy. ¿Médica*, 51(2), <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28364445003>

Bernardo Pacheco , Tamara Ventura W (2009) *Trastorno de Ansiedad por separación. Revista Chilena Pediatra*. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v80n2/art02.pdf>

Sierra, Juan Carlos; Ortega, Virgilio; Zubeidat (2003) *Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar* Revista Mal-estar <https://www.redalyc.org/pdf/271/27130102.pdf>

Trickett S. (2009). *Supera la ansiedad y la depresión*. Hiapano Europea https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=xpmFOiLu5_cC&oi=fnd&pg=PA7&dq=q

<ue+es+la+ansiedad&ots=XBnpo3Trx3&sig=GHpp2lDfqkg2O13cUFyHOMFosA#v=onepage&q=que%20es%20la%20ansiedad&f=false>

Fernández A. (2009). *Los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: particularidades de su presentación clínica*. 2(1) 93-101. <https://campus.autismodiario.com/wp-content/uploads/2016/12/Particularidades-de-trastornos-de-ansiedad-en-ni%C3%B1os-y-adolescentes.pdf>

Langarita L.; Gracia G,(2019). *Neuropsicología del trastorno de ansiedad generalizada: revisión sistemática*. (2): 59-67 <https://www.svnps.org/documentos/ansiedad-generalizada.pdf>

Reyes T, (2010). *Trastornos de ansiedad guía practica para diagnostico y tratamiento*. <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>

Tortella F. (2014). *Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5*. <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Dialnet-LosTrastornosDeAnsiedadEnElDSM5-4803018.pdf>

Rev Chil Pediatr (2009). *Trastorno de ansiedad por separación*. 80 (2): 109-119. https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0370-41062009000200002&script=sci_arttext

Santacruz, et al (2002): *Ansiedad generalizada, ansiedad por separación y fobia escolar: el predominio de la terapia cognitivo-conductual*.vol.10N°3.pp.503-521. https://www.researchgate.net/profile/Jose-Rodriguez-267/publication/264935461_Ansiedad_generalizada_ansiedad_por_separacion_y_fobia_escolar_El_predominio_de_la_terapia_cognitivo-conductual/links/53faeeb70cf27c365cf05635/Ansiedad-generalizada-ansiedad-por-separacion-y-fobia-escolar-El-predominio-de-la-terapia-cognitivo-conductual.pdf

Oerbeck B, Manassis (2018). *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesionales Afines* <https://iacapap.org/Resources/Persistent/c7fb715030f9a2b38d9cbc59201d5a1bbc4d7191/F.5-Mutismo-Selectivo-Spanish-2018.pdf>

CIE_10-Ansiedad. (2016). http://www.centromultiprofesional.com/wp-content/uploads/2016/08/CIE_10-Ansiedad.pdf

Olivares Rodríguez, (2006). *Tratamiento Multicomponente de un Caso de Mutismo Selectivo* *Terapia Psicológica*, vol. 24, núm. 2, pp. 211-219.
<https://www.redalyc.org/pdf/785/78524211.pdf>

Organización mundial de la salud. (2022). *Salud del adolescente*
https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1

J Valero, (2011). *Tema 10. La adolescencia y su significado evolutivo, principales teorías*
https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/19895/5/diapositivas_tema_10_la_aadolescencia_y_sus_signif.pdf

Psikipedia, (2021). 11.3. Teorías sobre la adolescencia.
<https://psikipedia.com/libro/desarrollo-1/1428-teorias-sobre-la-adolescencia>

Lozano V. (2015). *Teoría de teorías sobre la adolescencia*, núm. 40, pp. 11-36
Centro de Estudios Sociales Valparaíso, Chile
<https://www.redalyc.org/pdf/195/19531682002.pdf>

Erausquin C.(2011). *Adolescencia y escuelas:Interpelando a Vygotsky en elsiglo XXI: Unidades de análisisque entrelazan tramas yrecorridos, encuentros ydesencuentro* no. 11, p. 59-81.FAHCE.https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.4839/pr.4839.pdf

Urquijo S; González G. (2010). *Adolescencia y Teorías del Aprendizaje. Fundamentos*. Universidad Nacional de Mar del Plata (Mar del Plata).<https://www.aacademica.org/sebastian.urquijo/57.pdf>

Allen B; Waterman H.(2022). *Etapas de la adolescencia*. . American Academy of Pediatrics <https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/teen/Paginas/Stages-ofAdolescence.aspx#:~:text=Durante%20esta%20etapa%2C%20los%20ni%C3%B1os,los%20test%C3%ADculos%20en%20los%20varones.>

MFMER. (2022). *Depresión en adolescentes*. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/teen-depression/symptoms-causes/syc-20350985#:~:text=La%20depresi%C3%B3n%20en%20adolescentes%20es,problemas%20emocionales%2C%20funcionales%20y%20f%C3%ADsicos.>

UNICEF (2021). ¿Qué pasa por tu mente? https://www.unicef.org/es/salud-mental-en-mimente?qclid=Cj0KCQjw08aYBhDIARIsAA_gb0cmJBCrEmmvr9t2oLe0ODIU63-RkFCE9XcCYQi76P7rIMCSGY8sRGMaAqaLEALw_wcB

Alvites (2020). COVID-19 Pandemia que impacta en los estrados de ánimo, Coronavirus disease 2019- COVID-19, Cleofe Genoveva Alvites. <http://cienciamerica.uti.edu.ec/openjournal/index.php/uti/article/view/327/597>

Pontificia Universidad Católica de Chile(2020) ¿Epidemia, pandemia o endemia?.. <https://observatorio.medicina.uc.cl/epidemia-pandemia-o-endemia/>

Educación para la salud.(2 setiembre 2022). *Trastornos del estado de ánimo y neuropsiquiátricos*. {video}. <https://www.youtube.com/watch?v=pRxsO0lyYdQ>

Navea (2020). *¿Cómo podemos prevenir los trastornos del estado de ánimo?*, Ana Navea Martin profesora asociada de enfermería en salud mental. <https://theconversation.com/otono-y-pandemia-como-podemos-prevenir-los-trastornos-del-estado-del-animo-149338>

Nicklaus Children's Hospital.(2022). *Trastornos del estado de ánimo y de ansiedad*.
<https://www.nicklauschildrens.org/condiciones/trastornos-del-estado-de-animo-y-de-ansiedad#:~:text=Los%20trastornos%20del%20estado%20de%20%C3%A1nimo%20y%20de%20ansiedad%20abarcan, trastorno%20afectivo%20estacion al%20y%20otros.>

Velerio (2020). Salud mental en atención primaria, Maria Jose Veleiro Tenreiro.
<https://aprenderly.com/doc/3379882/trastornos-del-estado-de-animo>

CPA SOCIMEP.(2 septiembre 2022). *Trastornos Del Estado De Ánimo – Sociemdac*.{video}. <https://www.youtube.com/watch?v=PRJ9BYaq1S0>

IFSSA Web.(2 septiembre 2022). *Enfermería - Salud Mental - Trastornos del Ánimo*.{video}. <https://www.youtube.com/watch?v=J0kToyvkWjM>

Nicolini H.(2021). *Depresión y ansiedad en los tiempos de la pandemia de COVID-19*. Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2444-054X2020000500542

Universidad ESAN.(3 setiembre 2022). *El impacto de la pandemia en nuestra salud mental: depresión, ansiedad y estrés*.{video}.
<https://www.youtube.com/watch?v=JF1XU0hvu-o>

Clinica Barcelona, (2020). *Comportamientos para prevenir la ansiedad y la depresión durante la pandemia*.
<https://www.clinicbarcelona.org/noticias/comportamientos-para-prevenir-la-ansiedad-y-la-depresion-durante-la-pandemia>

Enciclopedia Concepto, (2022), *Prevención*. <https://concepto.de/prevencion/>

OMS. (2022), #SanosEnCasa – Salud mental,
https://www.who.int/es/campaigns/connecting-the-world-to-combat-coronavirus/healthyathome/healthyathome---mental-health?gclid=CjwKCAjw9suYBhBIEiwA7iMhNAAI0FulahQYCa_Z7n9Vr-Tup7TiJPqgKjglrv2mmAxnLk8fQGhIvRoCfuQQA vD_BwE

Clínica Universidad de Navarra, (3 de septiembre 2022). La depresión en adolescentes {video}. <https://www.youtube.com/watch?v=a9OwSyRDsbU>