

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE MEDICINA



**Ansiedad en pacientes de 25 a 50 años, en Unidad de Salud San Antonio,
Soyapango San Salvador, período de Abril a Septiembre del 2022**

Presentado por:

TERESA BEATRIZ VEGA VIGIL

Para optar al grado de:

DOCTOR EN MEDICINA

Asesor:

Dr. Willy Vladimir Gonzales Ibarra

Ciudad universitaria "Dr. Fabio Castillo Figueroa", El Salvador, octubre del 2022

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD.

Rector:

Lic. Roger Armando Arias Alvarado.

Vicerrector académico:

Dr. Raúl Ernesto Azcunaga López.

Vicerrector administrativo:

Ing. Juan Rosa Quintanilla.

Secretaria general:

Msc. Francisco Antonio Alarcón Sandoval.

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE MEDICINA.

Decano:

Msc. Josefina Sibrian de Rodríguez.

Vicedecano:

Dr. Saúl Díaz Peña

Secretario:

Lic. Aura Marina Miranda de Arce.

Director de escuela:

Dr. Rafael Antonio Monterrosa Rogel.

DEDICATORIA

Agradezco a mi madre Marlene Vigil vda de Vega por tener plena confianza en mi capacidad de lograr culminar con esta etapa de mi vida, a mi padre que en el cielo se encuentra y saber estaría orgulloso de mí. A mi abuela materna por estar preparada a recibirme cada que llegaba de mis actividades académicas

A mi novio Pedro Valencia por apoyarme en todo momento, estar a mi lado en los momentos difíciles y no dejar de confiar en mi capacidad de seguir adelante. Aún cuando todo se tornaba desafiante.

A mis hermanos y tía que están siempre brindando sus palabras de aliento en momentos en los que les confío mi cansancio y desvelos en la carrera.

Teresa Beatriz Vega Vigil

RESUMEN

El síntoma ansiedad ha presentado mayor importancia científica en el siglo XXI, encontrándose en diversas etapas de la vida demostrando que prevalece como una reacción exagerada a los estresores cotidianos de una actualidad globalizada.

Es de gran importancia presentar mayor interés ante las diversas patologías en donde interviene este síntoma, siendo el de mayor prevalencia el malestar orgánico individual de cada persona en la consulta cotidiana presentado en el primer nivel de atención. Facilitando en el futuro una mejor detección y abordaje de este síntoma.

En la presente investigación de tipo descriptiva de corte transversal, abordaremos el perfil familiar y los niveles de ansiedad en la población de 25 a 50 años de los pacientes que consulta en Unidad de Salud San Antonio.

En la que se encontró que los pacientes que consultan con mayor frecuencia son mujeres, que la ansiedad moderada se encuentra en mayor prevalencia y que la comunicación familiar de esta población se encuentra deteriorada, así como una alta prevalencia con respecto a la disfuncionalidad familiar.

Algo a destacar del perfil familiar es que la minoría de los pacientes presentan una comunicación cuando menos estable; sin embargo, es aún menor la buena función familiar. Relacionando esta información con los niveles de ansiedad nos lleva al razonamiento que la ansiedad va de la mano con una mala función y comunicación familiar.

INTRODUCCIÓN

Ansiedad, reconocida hoy en día como un síntoma a nivel de salud mental, siempre se asoció históricamente con problemas de origen biológico, en países como el nuestro ha sido difícil romper las barreras culturales para dar a entender cualquier tema relacionado a la ansiedad.

En el presente trabajo se aborda a personas en el rango de 25 a 50 años, donde se encuentra mayor susceptibilidad a padecer este síntoma, además es un problema de salud pública ignorado por generaciones. Este trastorno como tal se puede agravar con el tiempo si no es tratado y plantearse posteriormente en leve moderada o severa. Desde el momento de su identificación al siglo XXI ha tomado mucho auge en distintas poblaciones desde intervenir en el inicio de la vida hasta problemas más complejos y se ha estacionado en personas con cargos importantes empresarios, médicos, estudiantes, así como personas de escasos recursos, dependerá de la educación la clase social y el puesto de trabajo de una persona (3) aun así desde la perspectiva fisiológica los trastornos de ansiedad son los más comunes, es parte normal de la vida, pero cuando impide a una persona funcionar en su día a día, resultan en un problema más serio, como un trastorno mental. (22)

Aproximadamente del 80 al 90 por ciento de las personas con una afección de salud mental experimentan el impacto negativo del estigma. En la población general la prevalencia a un año es de 1,5% (1,2% a 1,9%) y del 5% (3% a 5,9%) en vida. El sexo femenino es el más afectado, hasta en dos terceras partes de los casos. (14) Las creencias sociales, culturales, regionales, religiosas y familiares, al igual que las representaciones de los medios, pueden influir en el estigma relacionado con las afecciones de salud mental. Estas creencias usualmente se deben a una combinación de ignorancia y mala información, actitudes o prejuicios negativos y discriminación. (4) En Centro América la

ansiedad constituye una importante carga económica y social, tanto por su frecuencia, coexistencia y comorbilidad, como por la discapacidad que producen (22). La salud mental en El Salvador y en la mayoría de los países del mundo parece un sueño inalcanzable debido al enfoque biologicista dominante en la salud, aunque tanto la Organización Panamericana de la Salud como la Organización Mundial de la Salud sugieren a los miembros, la implementación de programas colectivos orientados a la promoción, prevención y conservación de la salud mental, (30) estos las ignoran y se pasan por alto los síntomas mentales y emocionales más importantes en nuestra población, sin embargo, muchos médicos de nuevas generaciones ya están abriendo un campo de investigación sobre entidades nosológicas como la ansiedad, esperando que a futuro se cuente con muchos datos a disposición para desarrollar mejor el conocimiento sobre la ansiedad y muchas otras psicopatologías más en nuestro pueblo.

Este problema interesa a toda la población, especialmente el paciente que es el mayor motivo de ser para esta investigación, poder ahondar en el problema, los factores sociofamiliares que afectan su entorno, y como se ve afectada su psique desde el punto de vista de estos; así también la mejor manera para tratar a los pacientes identificando síntomas en el proceso y su grado de afectación, recalcando los factores manifiestos, ya que en el nivel uno de atención en salud se infra diagnostican los casos, así se lograra desvelar más conocimiento sobre este fenómeno en la sociedad salvadoreña.

Con la investigación se busca enfatizar que la salud mental es un elemento de enorme interés y se buscara evidenciar la presencia de los diversos niveles de la ansiedad, así como entender cuál de todos los perfiles de las familias de nuestra sociedad en estudio presenta más influencia en el desarrollo de este trastorno.

Índice

RESUMEN	I
INTRODUCCIÓN	II
OBJETIVOS	1
Objetivo General	1
Objetivos específicos	1
MARCO TEÓRICO	2
NIVELES DE ANSIEDAD	2
Ansiedad leve	3
Ansiedad moderada	3
Ansiedad grave:	3
PERFIL FAMILIAR	3
Estructura familiar	4
Historia familiar	4
Sistema de creencias	5
Sistema de valores	5
Fortalezas y debilidades	5
Necesidades	5
Red de apoyo	5
HERRAMIENTAS DIAGNÓSTICAS	6
FACTORES ESTRESANTES PSICOSOCIALES QUE CONTRIBUYEN EN EL DESARROLLO Y EVOLUCION DE LA ANSIEDAD	7
Estrés académico	7
Violencia intrafamiliar	8
Mujeres y trabajo	8
Nivel socioeconómico	8
Nivel adquisitivo	9
Acceso a servicios de salud	9
Calidad de vida	10
DISEÑO METODOLÓGICO	11
Tipo de estudio:	11

Periodo de investigación	11
Universo y muestra	11
Variables en estudio	12
Operacionalización de variables	13
Fuentes de información.	15
Fuentes primarias	15
Fuentes secundarias	15
Técnicas de obtención de información.	15
Validación del instrumento	15
Procedimiento para la recolección de información.	16
Plan de análisis y procesamiento de datos.	16
Plan de tabulación análisis de datos de datos.	16
Principios éticos.	17
Criterios de inclusión	17
Criterios de exclusión	17
RESULTADOS	18
DISCUSIÓN	32
CONCLUSIONES	35
RECOMENDACIONES	37
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38
ANEXOS	42

OBJETIVOS.

Objetivo General.

Demostrar la presencia de ansiedad en pacientes de 25 a 50 años en Unidad de Salud San Antonio en el periodo de Abril- Septiembre 2022

Objetivos específicos

1. Describir los niveles de ansiedad en pacientes de 25 a 50 años de la población de estudio.
2. Identificar el perfil familiar en pacientes de 25 a 50 años de la población de estudio.

MARCO TEÓRICO

La problemática que se presenta a nivel nacional con respecto a diferentes aspectos de psiquiatría ha conllevado a mejorar los estudios y análisis de cada área, en lo que respecta a este trabajo se basara en Ansiedad, que se puede definir en un conjunto de procesos adaptativos, reacciones defensivas innatas de la supervivencia de las personas y a la vez es la reacción que produce la mayor cantidad de trastornos mentales, conductuales y psicofisiológicos.

Se puede mencionar que se considera que la ansiedad es una característica central en casi todos los trastornos psicopatológicos sobre todo cuando se consulta a diferentes autores y proponen considerar los trastornos de ansiedad en un continuo, donde los distintos tipos de ansiedad ya sean leves, moderados o severos, no serían más que manifestaciones de un mismo trastorno básico. Un factor importante que se debe tener en cuenta es el entorno, la sociedad del mundo globalizado y cambiante de la actualidad

La Ansiedad- estado, no es notoria de manera visible en la conducta, sino que se manifiesta por los cambios frecuentes en los aumentos de su estado de ansiedad.

(6) En la actualidad, es difícil mantener dichas diferencias, ya que dentro del concepto de ansiedad agrupamos tanto los síntomas psíquicos o cognitivos como los conductuales y físicos, las creencias positivas sobre la preocupación, la orientación negativa a los problemas y la evitación cognitiva si bien no son específicas del Trastorno de Ansiedad Generalizada pueden ser factores de riesgo causal para el desarrollo y mantenimiento del mismo todas ellas junto con la intolerancia a la incertidumbre están significativamente relacionadas con la preocupación patológica (21).

NIVELES DE ANSIEDAD

La ansiedad al poseer diferentes intensidades en su presentación para cada individuo ha sido clasificada según su magnitud en leve, moderada y severa,

inclusive el inventario de ansiedad de Beck está basado en un análisis exhaustivo de sus propiedades psicométricas de fiabilidad de consistencia interna, validez convergente y discriminante, validez factorial y validez de criterio en muestras de pacientes con trastornos psicológicos (29). A continuación, se define de manera general los niveles de ansiedad:

Ansiedad leve: Asociada a tensiones de la vida diaria. La persona se encuentra en situación de alerta y su campo de percepción aumenta. Este nivel de ansiedad puede propiciar el aprendizaje y la creatividad.

Ansiedad moderada: En la cual la persona se centra sólo en las preocupaciones inmediatas. Esto implica una disminución del campo de percepción. La persona bloquea determinadas áreas, pero puede reconducirse si se centra en ello.

Ansiedad grave: Hay una reducción significativa del campo perceptivo. La persona puede centrarse en detalles específicos, sin poder pensar nada más. La conducta se centra en aliviar la ansiedad. (11)

PERFIL FAMILIAR

El hogar es el lugar propicio donde cada miembro se desenvuelve de manera natural y lo que suceda en ella afecta a todos los miembros. Es así como, si las condiciones económicas no satisfacen todas las necesidades del hogar, se desencadenarán ciertas disfunciones en relación con las actividades que realicen ya que los recursos económicos influyen directa en indirectamente en los comportamientos sociales y la calidad de vida (10)

La Unidad de Atención Sociofamiliar se centra fundamentalmente en la familia y en el entorno social, ya que estos ámbitos determinan en gran medida el bienestar de la persona afectada y pueden influir positiva o negativamente en la

intervención. Uno de los objetivos principales de la Unidad de Atención Sociofamiliar consiste en conocer las necesidades de las familias.

Se parte del modelo sistémico para definir el concepto de familia como sistema abierto y en cambio, formado a su vez por subsistemas como el parental, conyugal, fraternal, etc. La función principal de la familia es aportar lo necesario para el adecuado desarrollo físico y emocional de sus miembros.

Cada familia tiene unas características y composición particulares que las hacen únicas, y por tanto el trabajo de la Unidad de Atención Sociofamiliar debe tener siempre presente esta cuestión.

La estructura familiar está sometida a un proceso dinámico que cambia según la etapa del ciclo vital en que se encuentre o por la influencia de los llamados acontecimientos vitales estresantes. Esta estructura puede corresponder a alguno de los siguientes tipos de familia: Familia extensa (más de dos generaciones en el mismo hogar); familia nuclear (padres y sus hijos); familia nuclear con parientes próximos (en la misma localidad); familia nuclear sin parientes próximos; familia nuclear numerosa; familia nuclear ampliada (con parientes o con agregados); familia monoparental (un solo cónyuge y sus hijos); familia reconstituida (formada por dos adultos en la que al menos uno de ellos, trae un hijo habido de una relación anterior); personas sin familia (persona que vive sola); equivalentes familiares (personas que conviven en un mismo hogar sin constituir un núcleo familiar tradicional) (8)

Algunos aspectos importantes que caracterizan a una familia y que se deben tener en cuenta son los siguientes:

Estructura familiar: entendida como conjunto de normas y reglas que operan en ese sistema, que definen cómo son sus relaciones. Estas reglas pueden estar explicitadas o no. (15)

Historia familiar: toda familia tiene un pasado y una experiencia vivida que influye y marca lo que son actualmente. Es importante conocer hechos relevantes como

nacimientos, muerte de algún familiar cercano, traslados de vivienda, etc. Si es posible es interesante también conocer parte de la historia de la pareja y /o de cada uno de los progenitores.

Sistema de creencias: hace referencia a los conceptos, las ideas o los mitos que tiene la familia. Si los miembros de la familia, en especial el padre y la madre son más deterministas, o constructivistas, o innatistas, afectará a la interpretación que hagan de la discapacidad, del alcance del diagnóstico y de las posibilidades de mejora.

Sistema de valores: se refiere a lo que es importante para ellas. En ocasiones la familia no es consciente del orden de valores que opera en su sistema familiar. Conocer bien estos valores puede ayudar al establecimiento de prioridades u objetivos.

Fortalezas y debilidades: todas las familias tienen fortalezas y debilidades. Debemos conocer cuáles son para potenciar unas y limitar otras. Hablamos de empoderar a las familias, de que amplíen sus capacidades, fomentar su autonomía y que este aprendizaje perdure en el tiempo sin necesidad del profesional.

Necesidades: trabajar con cada familia sobre cuáles son sus necesidades en ese momento, que puedan expresarlas y concretarlas. Es importante resaltar las necesidades de toda la familia y no sólo las de la persona con discapacidad.

Red de apoyo: conocer con quién cuentan, cuáles son las figuras importantes para ellos, en quiénes pueden confiar (amigos, vecinos, familia extensa). En general una buena red de apoyo permitirá a la familia un mayor grado de autonomía y una mayor calidad de vida. (15).

El trastorno de personalidad ansiosa implica, como creencias centrales patológicas sobre sí mismo y los otros, el sentimiento de estar en constante peligro por fuerzas desconocidas, y el sentimiento de que los otros sean fuentes de peligro o de protección. Como hipótesis general, los autores plantean

desregulaciones afectivas y fallas en el establecimiento de estrategias de afrontamiento y defensas para mitigar el natural desarrollo del miedo. (25)

HERRAMIENTAS DIAGNÓSTICAS

Los instrumentos que el médico general tiene a su disposición son amplios, debiendo ser usados según la necesidad del paciente y el ambiente que el especialista detecte en la consulta cotidiana. Dentro de los instrumentos más usados tenemos al: APGAR familiar, el Perfil sociofamiliar de Gijón. (2)

Con este instrumento los integrantes del equipo Atención Primaria en Salud pueden conseguir una primera aproximación para la identificación de aquellas familias con problemas de conflictos o disfunciones familiares. Se ha utilizado el APGAR familiar como instrumento de evaluación de la función familiar, en diferentes circunstancias tales como el embarazo, ansiedad, depresión del postparto, condiciones alérgicas, hipertensión arterial y en estudios de promoción de la salud y seguimiento de familias. (2)

En cuanto al perfil sociofamiliar de Gijón se establecieron tres categorías: buena situación social, riesgo y problema social. (1)

Esta escala de valoración sociofamiliar permite la detección de situaciones de riesgo o problemática social, siendo útil como un instrumento específico de medición de la situación social, para su incorporación en la práctica asistencial de los profesionales que trabajan en la atención social o sanitaria. Se trata de una escala hetero administrada de valoración de riesgo sociofamiliar que consta de 5 ítems.

Características de recolecta de datos: La escala consta de 5 ítems o variables (situación familiar, económica, vivienda, relaciones y apoyo social), con 5 posibles categorías en cada uno de ellos, estableciendo un gradiente desde la situación social ideal, o ausencia de problemática a la objetivación de alguna circunstancia o problema social, obteniéndose una puntuación global.

Recomendamos su utilización haciendo un registro independiente de cada una de las variables, ya que su principal utilidad no es definir un riesgo social sino detectar dimensiones deficientes. De hecho, se han desarrollado diferentes versiones que no incluyen puntuación. En cualquier caso, se considera que el punto de corte para la detección de riesgo social es 16 puntos. (13)

El Inventario de Ansiedad de Beck es un instrumento de autoinforme de 21 ítems diseñado para evaluar la gravedad de la sintomatología ansiosa. Cada ítem del BAI recoge un síntoma de ansiedad y para cada uno de ellos la persona debe valorar el grado en que se ha visto afectado por el mismo durante la última semana, utilizando para ello una escala tipo Likert de cuatro puntos que va desde 0 (Nada en absoluto) hasta 3 (Gravemente, casi no podía soportarlo). (26)

FACTORES ESTRESANTES PSICOSOCIALES QUE CONTRIBUYEN EN EL DESARROLLO Y EVOLUCION DE LA ANSIEDAD.

Estrés académico: En los últimos años, las investigaciones en salud mental han propiciado centrar la atención en los universitarios, pues los estudios tanto a nivel nacional como internacional señalan que las características de la etapa, junto con los desafíos que enfrentan los jóvenes en la universidad tales como el manejo de la autonomía, asumir responsabilidades académicas, responder a expectativas personales y familiares, pueden desencadenar la aparición de trastornos o sintomatología de salud mental. (5) La familia siempre sufre cambios paralelos a la sociedad, sus funciones sirven a dos objetivos uno interno que es la protección psicosocial de sus miembros y el externo a la adaptación de una cultura y su transmisión (27) A todo esto se suma el hecho de que muchos estudiantes de pregrado se encuentran en la etapa de adolescencia tardía, fase de cambios físicos, psicológicos, socioculturales y cognitivos que demandan del joven estrategias de afrontamiento, que le permitan consolidar su identidad, autonomía y éxito personal y social (7)

Violencia intrafamiliar: un evento recurrente que puede ser tomado en cuenta dentro del factor psicosocial es, *la violencia intrafamiliar, de pareja y sexual*; para este tipo de violencia, antes, no existía protección o actuación del Estado, debido a que se da en el fuero interno del hogar, actualmente la Ley consagra que las mujeres pueden denunciar los hechos violentos ocurridos dentro del hogar. (6) De momento, parece demostrado que los trastornos de conducta y los de eliminación ocurren con mayor frecuencia entre los varones más jóvenes, mientras que los trastornos emocionales (ansiedad) tienden a predominar entre las mujeres, especialmente durante la adolescencia. (19).

Mujeres y trabajo: Independientemente del nivel de formación académica, cada vez más mujeres con responsabilidades familiares y con hijos pequeños buscan trabajo fuera del hogar, algunas como estrategia para un mayor crecimiento y aprendizaje y otras para lograr subsistir. La interferencia trabajo-familia está asociada con altos niveles de depresión, hipertensión y pobre salud física en general. Igualmente, las interferencias trabajo-familia están vinculadas con desórdenes de ansiedad, humor y abusos de sustancias. (9)

Nivel socioeconómico: Los efectos del desempleo sobre la salud mental se estudian con estrategias diferentes, los resultados de los estudios son muy similares entre sí. Por ejemplo, un estudio conducido por Linn, Sandifer & Stein (1985) comparó muestras balanceadas de varones empleados y desempleados de Estados Unidos. En el estudio se llevaron a cabo comparaciones longitudinales en cuanto a diferentes dimensiones de la salud mental de las dos muestras (somatización, ansiedad, depresión, autoestima). Los resultados mostraron que la salud mental del grupo desempleado fue significativamente más baja que la del grupo que conservó su empleo. Específicamente, los investigadores encontraron que las muestras difirieron estadísticamente en cuanto a niveles de somatización, depresión y ansiedad. (16)

Nivel adquisitivo: Ninguna familia se ve exenta de crisis o dificultades que pueden impedir su desarrollo a lo largo de su ciclo vital, pero al mismo tiempo cuenta con recursos que pueden ayudarle a superar las adversidades, por lo tanto, se puede afirmar que existe también una “resiliencia familiar”. (12).

Esta expresión designa los procesos de superación y adaptación que tiene lugar en este sistema, como unidad funcional supervivencia y bienestar de la unidad familiar. Dentro de las interacciones en la familia, los hijos adolescentes son otro subsistema que puede verse doblemente vulnerado ante las crisis estresantes que pueda presentarse, puesto que en esta etapa se presenta un desarrollo vertiginoso que prepara para la maduración final del individuo. Con violencia y sin precedentes, las fuerzas se apoderan del adolescente para arrancarlo definitivamente de la infancia. Son raros los casos en que ese desarrollo no vaya acompañado de una angustia nueva e imprecisa. Los síntomas que ayudan a detectar los trastornos de ansiedad en los adolescentes son: inseguridad, temor, preocupación, pensamientos negativos y temor anticipado ante hechos que se viven como de «difícil tránsito». A veces se acompañan de síntomas somáticos: cardiovasculares, taquicardia, hipertensión arterial, sensaciones de falta de aire y dificultades respiratorias, gastrointestinales tales como dolores abdominales, cólicos, sequedad de boca, transpiración profusa, cefaleas y contracturas musculares.

Acceso a servicios de salud: Un modelo comunitario de salud mental se basa en principios básicos adoptados y adaptados por cada país para organizar la prestación de servicios. Entre sus ejes fundamentales están la descentralización, la inserción del componente de salud mental en la atención primaria de salud y en los hospitales generales, la existencia de una red de servicios, la participación social, la coordinación intersectorial, y el abordaje de derechos humanos. También supone la prestación de servicios de una manera apropiada culturalmente, así como la equidad y no discriminación por razones de género,

raza o etnia, orientación sexual, clase social u otras condiciones. En el plan mundial de salud mental, la Organización Mundial de la Salud ha definido la recuperación como “la aparición o reaparición de la esperanza, la aceptación de las capacidades y discapacidades propias, el despliegue de una vida activa, la autonomía personal, la identidad social, la asignación de un significado y una finalidad a la vida, y un sentido positivo de sí mismo. (18)

Calidad de vida: Las personas con niveles altos de ansiedad perciben los síntomas con mayor intensidad y así, presenten una mala calidad de vida. Esta población también es propensa a sobresaltarse por las sensaciones internas y las vuelven catastróficas, no porque su salud sea mala, sino que exista una asociación entre el comportamiento saludable y la discapacidad que puede ocasionar. La salud mental es el estado de bienestar en el que el individuo hace frente al estrés habitual de la vida familiar y comunitaria, como consecuencia de las capacidades de la persona, y que constituye parte fundamental de la salud pública. (20) Las evaluaciones más útiles de calidad de vida deben incluir tanto las estimaciones subjetivas como las objetivas de esta o diferenciarlas por lo menos. Ware y Sherbourne describieron ocho dominios funcionales de la calidad de vida asociada a la salud: funcionamiento físico, rol físico, dolor somático, salud general, vitalidad, rol emocional, salud mental y funcionamiento social. (29)

De ahí la importancia de asociar la ansiedad y la calidad de vida con la finalidad de ser consideradas en un futuro e intervenir oportunamente, para asegurar un decremento en los niveles de ansiedad y, por ende, mejorar la calidad de vida. (10)

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio:

El estudio se presentó de manera descriptiva de corte transversal, se llevó a cabo con dos variables y en un determinado periodo de tiempo finito.

Periodo de investigación:

Se llevo a cabo de abril a septiembre del año 2022

Universo y muestra:

El universo fue la población de 25-50 años que consultan en Unidad de Salud Comunitaria San Antonio, Soyapango. El tipo de muestreo que se utilizo fue no probabilístico de conveniencia, la ecuación de muestreo que se utilizó debido a la enorme cantidad de población que acude a consultar en el establecimiento de salud, fue la fórmula para muestreo de poblaciones infinitas estimando una porción poblacional.

$$n = \frac{Z^2 \times P \times Q}{E^2}$$

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2}$$

$$n = 384$$

E: error muestral especificado en proporción (Ej. 2% = 0.02, 5%= 0.05, etc.)

Z: valor crítico correspondiente a un determinado grado de confianza.

$Z = \pm 1.64$, si coeficiente de confianza es 68 % (1 δ)

$Z = \pm 1.96$, si coeficiente de confianza es 95 % (2 δ)

$Z = \pm 2.58$, si coeficiente de confianza es 99 % (3 δ)

P: proporción poblacional de ocurrencia de algo. Se puede estimar como $P=0.50$, lo que conlleva a $Q = 0.50$, asegurándose el máximo tamaño muestral. A mayor valor P menor tamaño muestral. Este valor depende de la variabilidad del fenómeno en la población

Variables en estudio:

Niveles de ansiedad en leve, moderada, o severa en pacientes de 25 a 50 años en Unidad de Salud San Antonio en el periodo de abril a septiembre 2022

Perfil sociofamiliar de los pacientes de 25 a 50 años en Unidad de Salud San Antonio en el periodo de abril a septiembre 2022

Operacionalización de variables

variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Valor	Instrumento
Niveles de Ansiedad	<p>Ansiedad leve asociada a tensiones de la vida diaria.</p> <p>Ansiedad moderada en la cual la persona se centra sólo en las preocupaciones inmediatas.</p> <p>Ansiedad severa Hay una reducción significativa del campo.</p>	<p>Presencia de diferentes síntomas tanto físicos como psíquicos para clasificarlo</p>	<p>Componente Conductual</p> <p>Componente psíquico</p>	<p>Miedo</p> <p>Irritabilidad</p> <p>Compulsiones</p> <p>Sudoración</p> <p>Palpitaciones</p> <p>Temblores</p>	<p>Leve</p> <p>Moderada</p> <p>severa</p>	<p>Cuestionario, basado en la Valoración de situación familiar de Gijón, Funcionalidad de la familia APGAR Familiar e Inventario de Ansiedad de Beck.</p>

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Valor	Instrumento
Perfil Sociofamiliar	Individuos de una sociedad que comparten alguna condición, opinión o tendencia.	Ámbitos que determinan en gran medida el bienestar de la persona afectada y pueden influir positiva o negativamente en la intervención.	Sexo Nivel educativo Estado civil Ocupación laboral	Femenino masculino Básica Media Superior Soltero Casado Acompañado Empleado Desempleado Profesional Ama de casa		Cuestionario, basado en la Valoración de situación familiar de Gijón, Funcionalidad de la familia APGAR Familiar e Inventario de Ansiedad de Beck.

Fuentes de información.

Fuentes primarias: Las fuentes primarias que se utilizaron para la investigación son los pacientes que consultan en la Unidad de Salud San Antonio Soyapango.

Fuentes secundarias: Bibliografía consultada por el investigador.

Técnicas de obtención de información.

La técnica que se usó para la obtención de información es la encuesta y como instrumento un cuestionario, que se realizó a partir del instrumento basado en el Inventario de Ansiedad de Beck, el cual sirvió junto a la valoración sociofamiliar de Gijón, el APGAR familiar y preguntas añadidas para la elaboración de un instrumento propio que se adaptó a las necesidades del estudio.

Validación del instrumento.

Para comprobar que nuestro instrumento elaborado a partir de instrumentos preexistentes tenga validez ocupamos un grupo de prueba de 50 personas a quienes se les aplicó por separado el Inventario de Ansiedad de Beck (evaluación de los niveles de ansiedad), la valoración sociofamiliar de Gijón (evaluación de comunicación familiar) y el APGAR familiar (evaluación de la funcionalidad familiar), con estos dos últimos instrumentos se pretendió perfilar familiarmente al paciente encuestado. Donde 35 de ellas tenían ansiedad entre leve y moderada, así como en la valoración de Gijón las mismas 35 personas tuvieron dinámicas familiares disfuncionales al obtener en promedio 4 puntos por respuesta 20 puntos por escala en total, los mismos 35 pacientes promediaron un APGAR familiar con muchas irregularidades en la dinámica familiar siendo “casi nunca” la respuesta ante las interrogantes sobre satisfacción familiar, respecto a los otros 15 pacientes manifestaron niveles de ansiedad severos con la misma dinámica sociofamiliar de los pacientes con ansiedad leve a moderada; posteriormente se pasó el instrumento preelaborado por nuestra parte, donde los

resultados fueron muy similares, los primeros 37 pacientes manifestaron ansiedad de leve a moderada quienes en el área de comunicación familiar manifestaron mucha insatisfacción y una funcionalidad familiar muy inestable y poco saludable obteniendo de 3 a 4 puntos por pregunta de 20 puntos por instrumento, los 13 restantes manifestaron niveles severos de ansiedad en conjunto con resultados de funcionalidad comunicación familiar muy similares en comparación con el grupo de 37 pacientes con ansiedad leve a moderada; por lo que el instrumento elaborado de los instrumentos antes mencionados proporciona resultados muy similares demostrando medir lo que los objetivos demandan; el instrumento resultante consta de 19 Ítems, evalúa el área de la comunicación familiar la cual consta desde la pregunta numero 1 a la pregunta número 5, la funcionalidad familiar se evaluada desde la pregunta 6 hasta la pregunta número 9 y ansiedad quedando las preguntas restantes desde la numero 10 a la numero 19.

Procedimiento para la recolección de información.

La investigación se llevó a cabo en los meses de Abril a Septiembre de 2022 se contó con la participación de la estudiante de octavo año de doctorado en medicina Teresa Beatriz Vega Vigil, se utilizó el instrumento creado por el equipo de tesis número 34, se recolectó la información para su posterior procesamiento.

Plan de análisis y procesamiento de datos.

Se ejecutó en el programa de Microsoft Excel 2010, en el que se procesaron los valores obtenidos durante la etapa de recolección de información para poder analizarlos y presentarlos convenientemente a través de gráficos y tablas de distribución.

Plan de tabulación análisis de datos de datos.

Se evaluaron las variables de perfil familiar, además las que se relacionaron directamente con la sintomatología se utilizó un instrumento basado en el Inventario de Ansiedad de Beck, Valoración sociofamiliar de Gijón y el APGAR

familiar; utilizando las facilidades del programa Microsoft Excel 2010 para el uso de las frecuencias absolutas y frecuencias porcentuales, del mismo modo tabular y graficar los datos en base a las variables anteriormente planteadas.

Principios éticos.

La investigación se realizó basándonos en un consentimiento informado elaborado a partir de la beneficencia, el respeto, la no maleficencia y la justicia. Por lo que se le mencionó al paciente el objeto de la investigación y si deseó formar parte de la población en estudio con la posterior firma de un consentimiento informado. Además, se le explico que tanto su identificación como datos proporcionados serían utilizados en plena confidencialidad.

Al mismo tiempo se refirió de manera adecuada a la respectiva especialidad a todo paciente que lo ameritó.

Criterios de inclusión.

Pacientes de 25 a 50 años que consultaron en Unidad de Salud San Antonio Soyapango.

Pacientes que desearon colaborar con la investigación.

Pacientes de ambos sexos.

Criterios de exclusión.

Pacientes menores de 25 años y mayores de 50 años que consultaron en Unidad de Salud, San Antonio Soyapango.

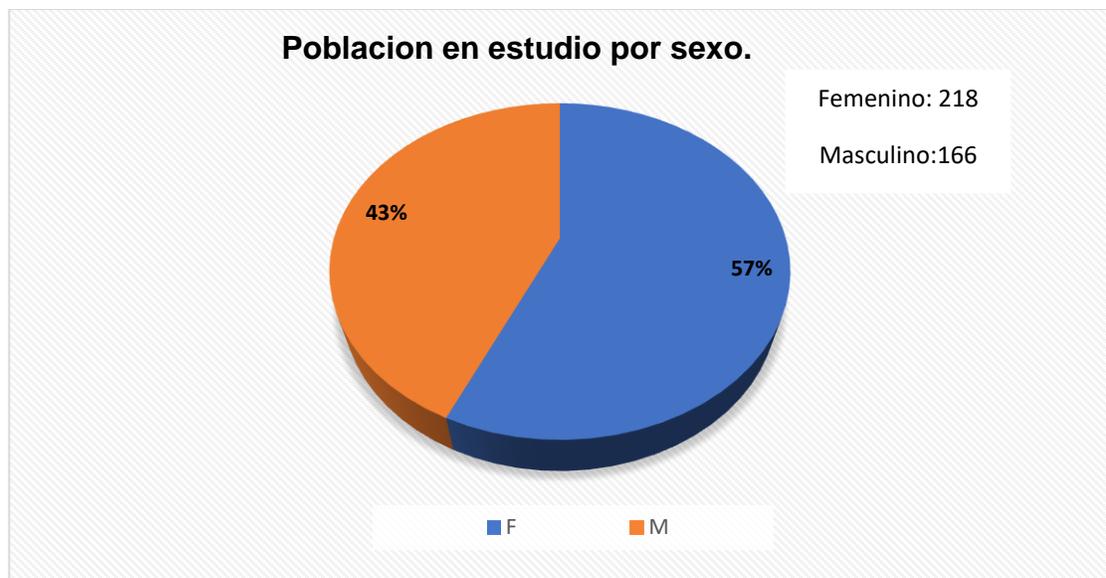
Personas que no desearon participar en el estudio.

RESULTADOS

Tabla 1. Pacientes distribuidos por sexo que consultaron en USCFE San Antonio

Sexo	Frecuencia	%
F	218	56.77%
M	166	43.23%
TOTAL	384	100%

Gráfico 1.1

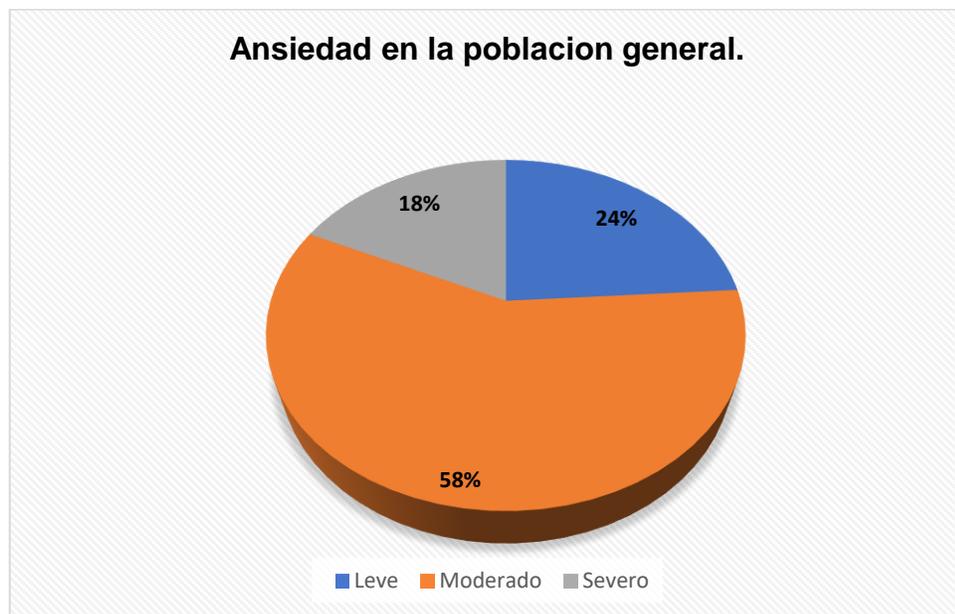


Fuente: Pacientes encuestados en Unidad de salud San Antonio.

Tabla 2. Ansiedad en pacientes que consultaron en USCFE San Antonio

Nivel de ansiedad	Frecuencia	%
Leve	92	24%
Moderado	223	58%
Severo	69	18%
Total	384	100%

Gráfico 1.2



Fuente: Pacientes encuestados en Unidad de salud San Antonio.

Tabla 3. Niveles de Ansiedad en Mujeres que consultaron en USCFE San Antonio

Niveles de ansiedad Mujeres	Frecuencia	%
Leve	64	29%
Moderado	100	46%
Severo	54	25%
Total	218	100%

Fuente: Cuestionario elaborado en base a la Escala de Ansiedad de Beck

Gráfico 1.3



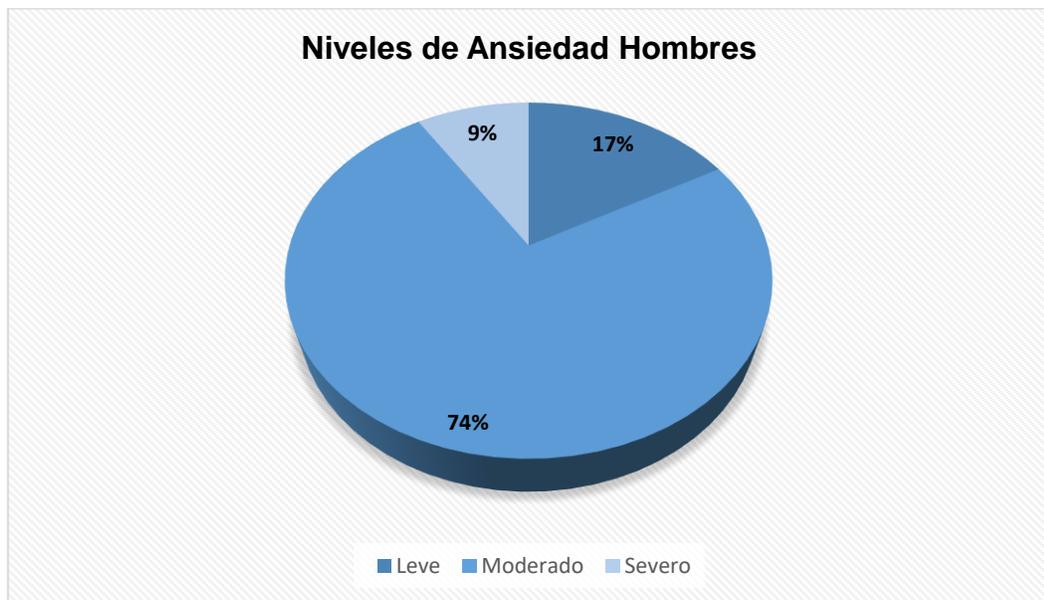
Fuente: Pacientes encuestadas en Unidad de salud San Antonio

Tabla 4. Niveles de Ansiedad en Hombres que consultaron en USCFE San Antonio

Niveles de ansiedad Hombres	Frecuencia	%
Leve	28	17%
Moderado	123	74%
Severo	15	9%
Total	166	100%

Fuente: Cuestionario elaborado en base a la Escala de Ansiedad de Beck

Gráfico 1.4



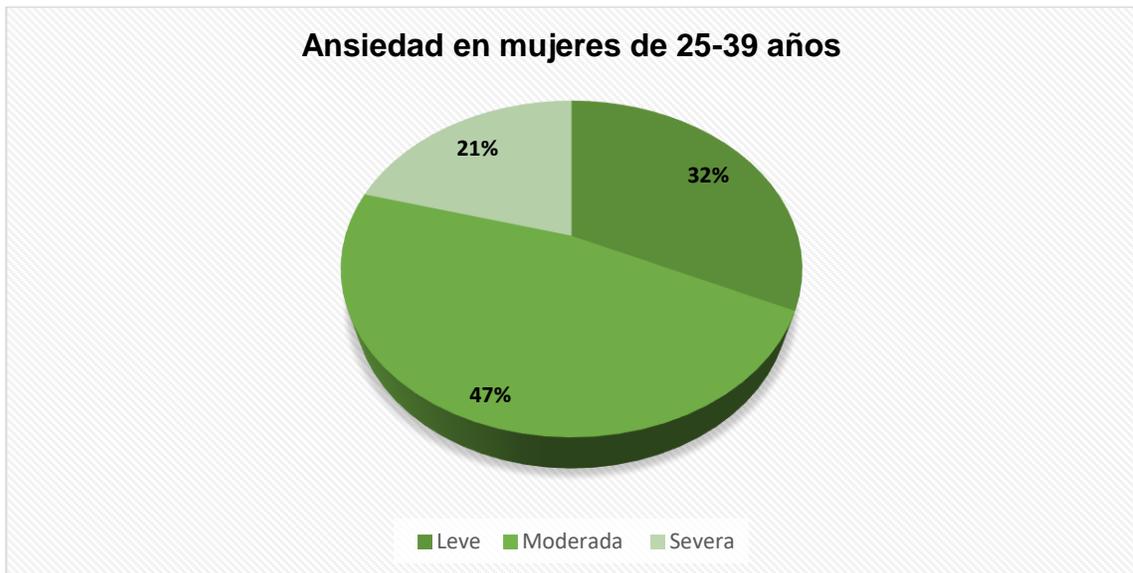
Fuente: Pacientes encuestados en Unidad de salud San Antonio.

Tabla 5. Ansiedad en mujeres de 25-39 años que consultaron en USCFE San Antonio.

Ansiedad en mujeres de 25 a 39 años	Frecuencia	%
Leve	48	32%
Moderada	71	47%
Severa	31	21%
Total	150	100%

Fuente: Cuestionario elaborado en base a la Escala de Ansiedad de Beck.

Gráfico 1.5



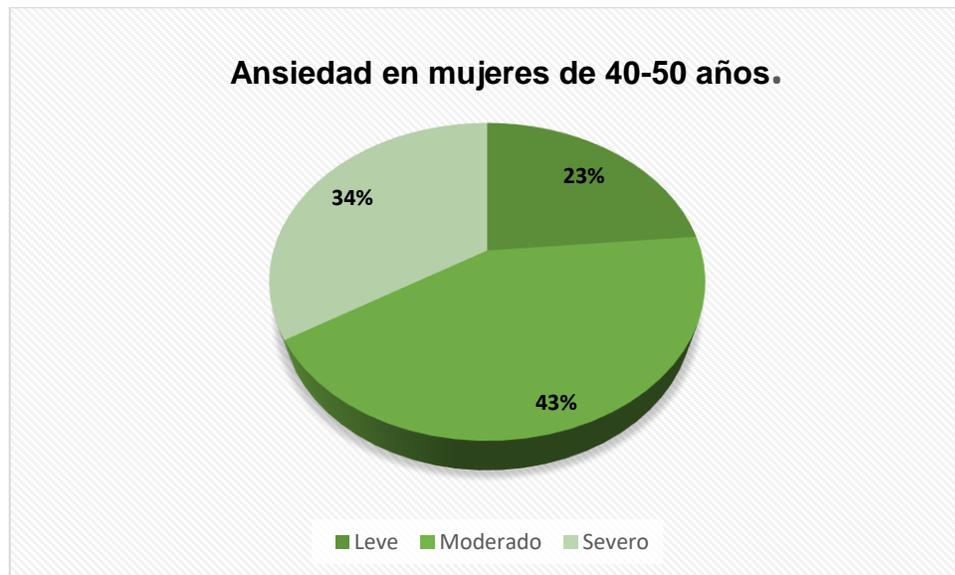
Fuente: Pacientes encuestados en Unidad de salud San Antonio.

Tabla 6. Ansiedad en mujeres de 40-50 años que consultaron en USCFE San Antonio.

Ansiedad en mujeres de 40-50 años	Frecuencia	%
Leve	16	24%
Moderado	29	43%
Severo	23	34%
Total	68	100%

Fuente: Cuestionario elaborado en base a la Escala de Ansiedad de Beck

Gráfico 1.6



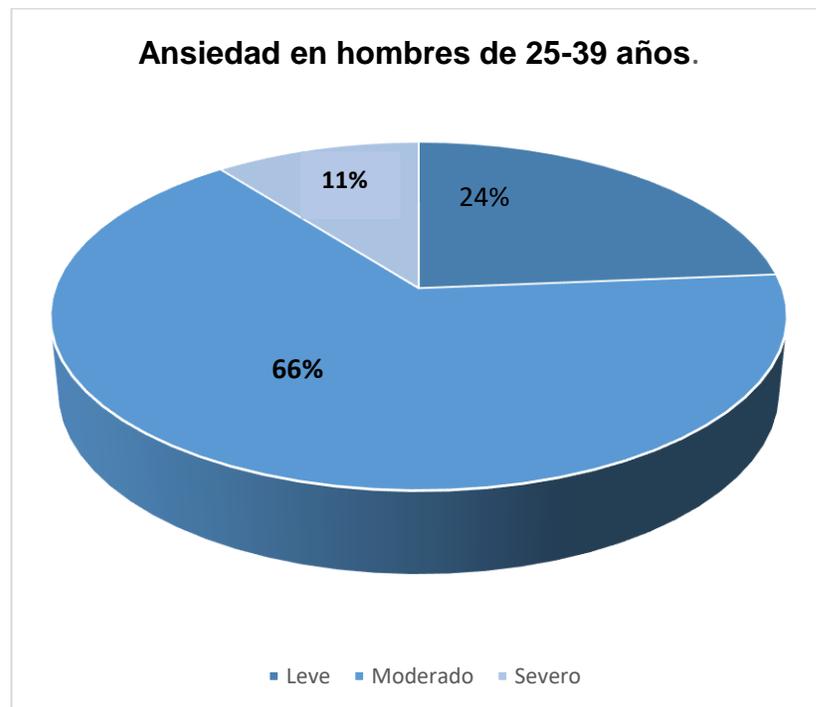
Fuente: Pacientes encuestados en Unidad de salud San Antonio.

Tabla 7. Ansiedad en hombres de 25-39 años que consultaron en USCFE San Antonio.

Ansiedad en hombres de 25-39 años	Frecuencia	%
Leve	27	24%
Moderado	75	66%
Severo	12	11%
Total	114	100%

Fuente: Cuestionario elaborado en base a la Escala de Ansiedad de Beck

Gráfico 1.7



Fuente: Pacientes encuestados en Unidad de salud San Antonio.

Tabla 8. Ansiedad en hombres de 40-50 años que consultaron en USCFE San Antonio.

Ansiedad en hombres de 40-50 años	Frecuencia	%
Leve	1	2%
Moderado	48	92%
Severo	3	6%
Total	52	100%

Fuente: Cuestionario elaborado en base a la Escala de Ansiedad de Beck

Gráfico 1.8



Fuente: Pacientes encuestados en Unidad de salud San Antonio.

Tabla 9. Dinámica de Comunicación familiar en mujeres que consultaron en USCFE San Antonio.

Comunicación familiar en mujeres	Frecuencia	%
Comunicación familiar aceptable	45	21%
Comunicación familiar en riesgo	113	52%
Problema de comunicación familiar establecido	60	28%
Total	218	100%

Fuente: Cuestionario elaborado a partir de la Valoración de situación familiar de Gijón.

Gráfico 1.9



Fuente: Pacientes encuestados en Unidad de salud San Antonio.

Tabla 10. Dinámica de comunicación familiar en hombres que consultaron en USCFE San Antonio.

Comunicación familiar en hombres	Frecuencia	%
Comunicación familiar aceptable	36	22%
Comunicación familiar en riesgo	111	67%
Problema de comunicación familiar establecido	19	11%
Total	166	100%

Fuente: Cuestionario elaborado a partir de la Valoración de situación familiar de Gijón.

Gráfico 1.10

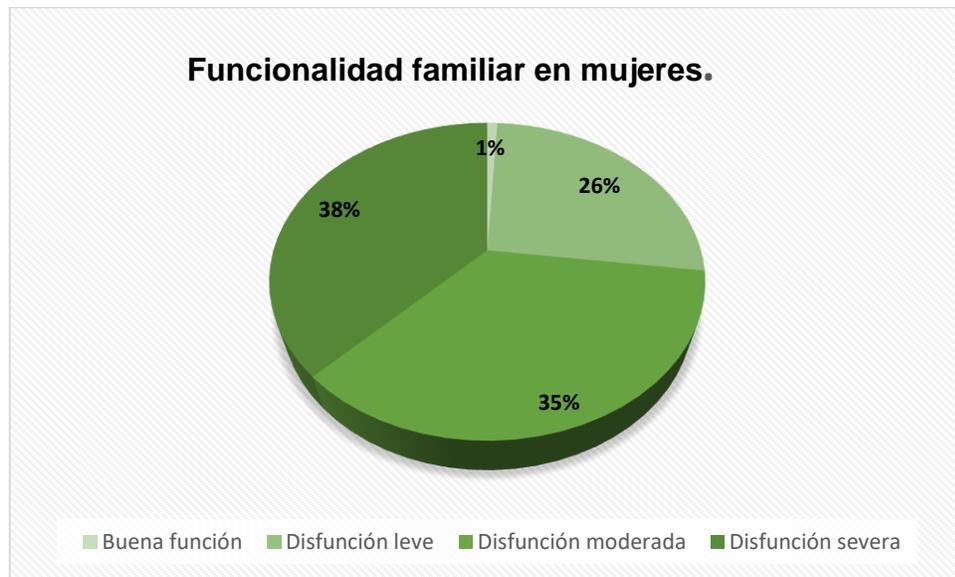


Fuente: Pacientes encuestados en Unidad de salud San Antonio.

Tabla 11. Funcionalidad familiar en mujeres que consultaron en USCFE San Antonio.

Funcionalidad familiar en mujeres	Frecuencia	%
Buena función	2	1%
Disfunción leve	57	26%
Disfunción moderada	77	35%
Disfunción severa	82	38%
Total	218	100%

Fuente: Cuestionario elaborado en base a Funcionalidad de la familia APGAR Familiar.



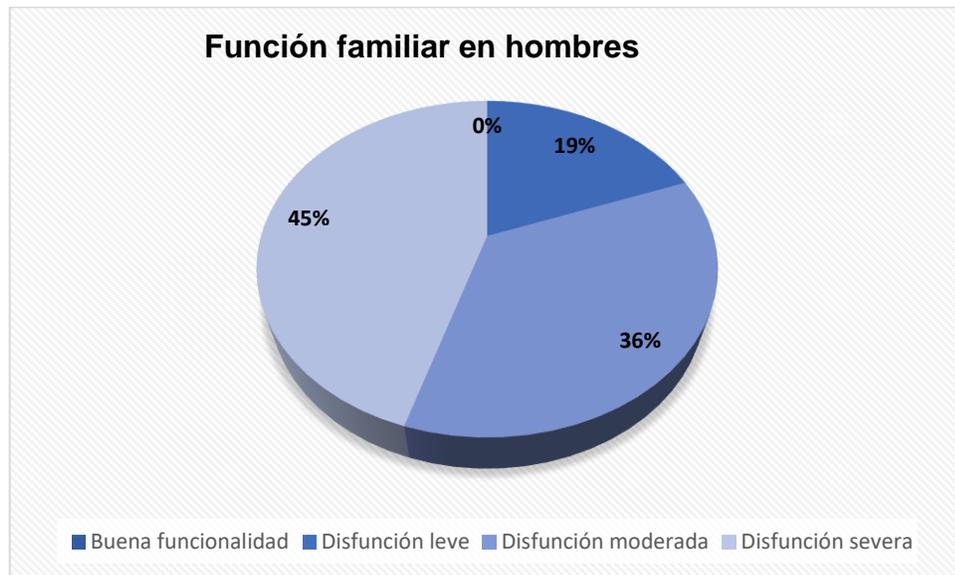
Fuente: Pacientes encuestados en Unidad de salud San Antonio.

Tabla 12. Funcionalidad familiar en hombres que consultaron en USCFE San Antonio.

Funcionalidad familiar hombres	Frecuencia	%
Buena funcionalidad	0	0%
Disfunción leve	32	19%
Disfunción moderada	59	36%
Disfunción severa	75	45%
Total	166	100%

Fuente: Cuestionario elaborado en base a Funcionalidad de la familia APGAR Familiar.

Gráfico 1.12



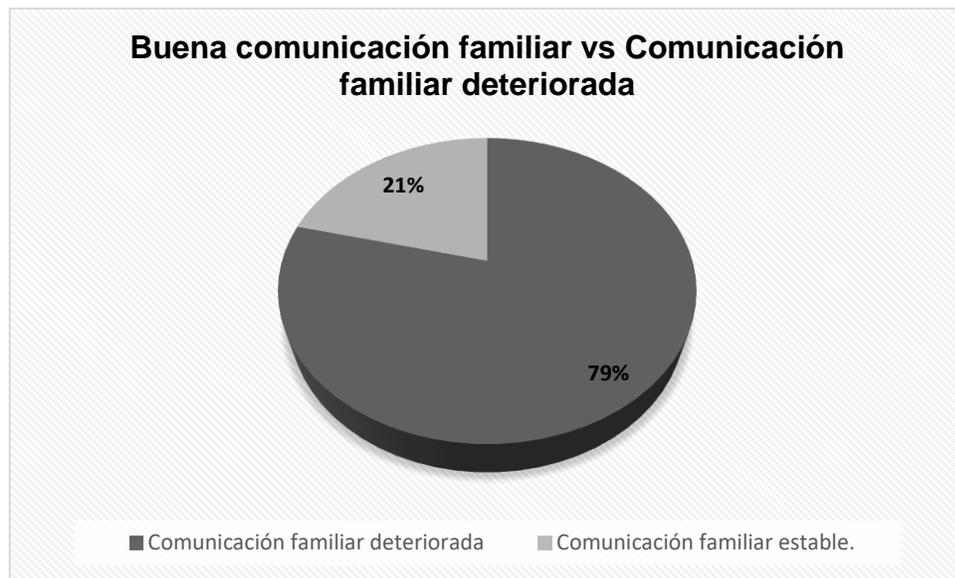
Fuente: Pacientes encuestados en Unidad de salud San Antonio.

Tabla 13. Buena comunicación familiar vrs comunicación deteriorada de las personas que consultaron en USCFE San Antonio.

Comunicación familiar deteriorada	Comunicación familiar estable.	Total
303	81	384
79%	21%	100%

Fuente: Cuestionario elaborado a partir de la Valoración de situación familiar de Gijón y Funcionalidad de la familia APGAR Familiar.

Gráfico 1.13



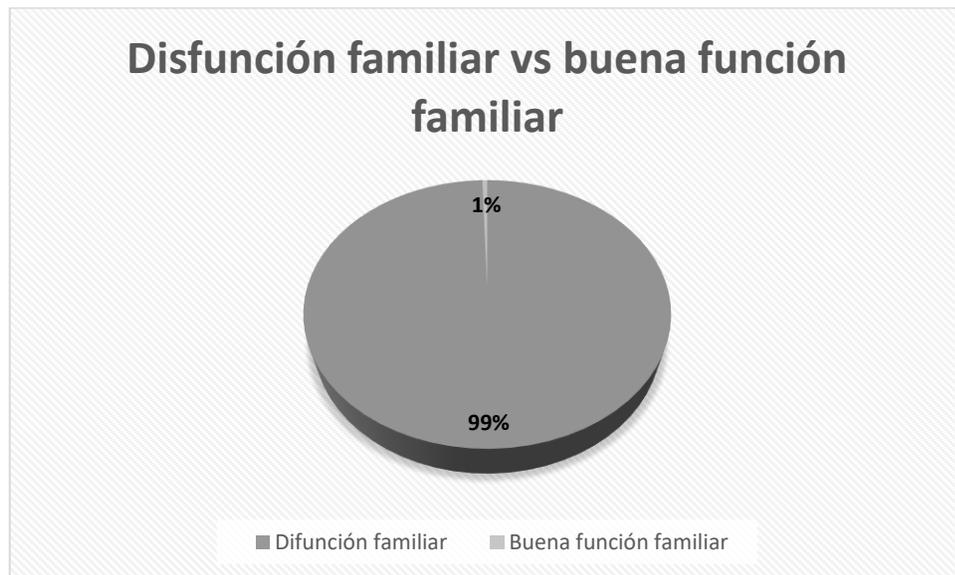
Fuente: Pacientes encuestados en Unidad de salud San Antonio.

Tabla 14. Disfunción familiar vrs Buena función familiar de las personas que consultaron en USCFE San Antonio.

Disfunción familiar	Buena función familiar	Total
382	2	384
99%	1%	100%

Fuente: Cuestionario elaborado a partir de la Valoración de situación familiar de Gijón y Funcionalidad de la familia APGAR Familiar.

Gráfico 1.14



Fuente: Pacientes encuestados en Unidad de salud San Antonio.

DISCUSIÓN

En el trabajo de los 384 participantes encuestados el 56% se represento el sexo femenino siendo la mayor poblacion que consulta en Unidad de salud San Antonio mientras que el 44% lo represento el sexo masculino.

El compartamiento de las variables en la poblacion mostraron que: en Unidad de Salud San Antonio con respecto al nivel de ansiedad el 24% del total de la poblacion padece ansiedad leve, el 58% moderada y el 18% severa. Siendo en las mujeres el 29% que padecen ansiedad leve , 46% moderada y 25% severa, y en los hombres el 17% ansiedad leve , el 74% moderado y el 9% severa.

Los niveles de ansiedad por grupos etarios por sexo en las mujeres se obtuvo que de 25 a 39 años la representacion del 32% fue leve, 47% moderada y 21% severa mientras que en los hombres el 24% fue leve, 66% moderado y 11% severa. En el rango de edad de 40 a 50 años de edad el 24% fue leve el 43% es moderada y el 34% es severa.

Mientras que en los hombres de 25 a 39 años de edad el 24% fue leve, el 66% moderada y el 11% fue severa, en el rando de 40 a 50 años 2% represento ansiedad leve, 92% moderada y 6% severa.

La comunicación familiar se pudo ver que en el sexo femenino fue aceptable con el 21%, pone en riesgo con 52% y el problema de comunicación se encuentro establecido con el 28%, con respecto al sexo masculino se pudo ver que el 22% fue aceptable, el 67% se coloco en riesgo y el 11% con respecto al problema de comunicación esta establecido.

La funcionalidad familiar en las mujeres encuestadas el 1% buena, 26% leve disfunción, 35% disfunción moderada y el 38% disfunción severa. En el caso de

los hombres representaron el 0% de buena funcionalidad familiar, 19% leve, 36% moderada y 45% severa.

Viendo una comparación de comunicación familiar versus funcionalidad familiar se ubicó el 79% deteriorada y el 21% estable. Así mismo cuando comparamos la disfunción familiar versus buena función familiar se observó disfunción con 99% y el 1% representó Buena función.

La población que más consultó es el sexo femenino mientras que el sexo masculino representó la minoría; más no la falta de estos a la consulta ya que los porcentajes refirieron similar acercamiento al establecimiento de salud.

Con respecto al síntoma de ansiedad en la población en total, se pudo observar que el nivel de ansiedad moderada es el prevalente; seguido de ansiedad leve y quedando en menor frecuencia ansiedad severa.

Por grupo de sexo se pudo ver que ansiedad moderada predominó en ambos sexos, mientras que se vio una ansiedad severa de menor aparición como síntoma en los pacientes consultados.

Los niveles de ansiedad por grupos etarios tomando desde la tercera hasta la quinta década de la vida, se vio predominancia de las formas leves y moderadas; a medida que la población avanza en edad, las formas moderadas siguen siendo prevalentes y se observó que aumentó la severidad de ansiedad tanto en hombres como en mujeres, ésta tomó un alza por sobre la ansiedad leve, además se destacó que la población no careció de sintomatología ansiosa.

La comunicación familiar prevaleció en riesgo tanto en hombres como en mujeres, seguido de mantener buena comunicación en la familia sin embargo está a la vista que, se encuentra establecido un problema de comunicación familiar en un porcentaje muy desalentador por parte de las familias que consultan en la unidad de salud, sobre todo en las mujeres donde queda a discreción ver que el porcentaje del problema de comunicación familiar

establecido se ve con mayor prevalencia por sobre una comunicación familiar aceptable.

Cuando se trató de funcionalidad en la familia se observó prevalencia en la disfuncionalidad severa , no obstante hay familias con disfuncion moderada y leve, lo mas crítico es que el porcentaje de representar una buena funcionalidad familiar es bajo o casi nulo.

Confrontamos el perfil familiar de los pacientes en estudio, se descubrió que la gran mayoría presentó una comunicación familiar deteriorada; lo que significa que presentaron un problema de comunicación establecido contra una pequeña cantidad que mantuvo una buena comunicación o cuando menos aceptable.

Cabe destacar que la situación en la funcionalidad familiar arrojó una importante ventaja numérica ya que casi todos los pacientes del estudio presentaron algun nivel de disfunción familiar ante la minoría que presentó una buena función familiar.

CONCLUSIONES.

En esta investigación se evidenció que, la mayoría de las consultas realizadas por los usuarios en estudio fueron hechas por el sexo femenino respecto al masculino el cual fue menos afluente pero siempre muy numeroso.

Se evaluó la ansiedad como síntoma y sus niveles presentes en la población, encontrando una dominancia en la aparición moderada, al dividir las poblaciones por sexo encontramos que; tanto las mujeres como los hombres sufren del síntoma en su moderada intensidad; indagando más se decidió dividir la población en dos grupos etarios los cuales se constituyeron desde los 25-39 años y desde los 40-50 años, descubriendo que en el sexo femenino hubo una importante disminución de la presencia moderada de la ansiedad en la quinta década de la vida, manteniéndose la tendencia a la ansiedad moderada en el grupo de 25-39 años; en cuanto a los hombres el fenómeno se comportó de manera similar ya que tanto en la quinta década de la vida como en las edades previas que se estudiaron, se encontró prevalencia de la forma moderada de la ansiedad.

Al revisar la comunicación familiar se encontró que la comunicación familiar en riesgo o con un problema establecido, dominan el ambiente social de la familia de las mujeres, mientras que; en el caso de los hombres se comparte la comunicación en riesgo, pero cuentan con un mayor número de miembros que afirmó tener una comunicación familiar aceptable respecto a las mujeres.

De acuerdo con la funcionalidad familiar se obtuvo una minoría muy importante de mujeres que afirman tener una buena funcionalidad familiar siendo la enorme mayoría de mujeres quienes se quejaron de algún nivel de disfuncionalidad resaltando la mayor prevalencia de la disfunción familiar severa y en segundo lugar la disfunción moderada. Respecto al sexo masculino, ellos no reportaron a ningún individuo que tuviese una buena función familiar además de tener igual

dominancia por parte de los que tuvieron una disfunción familiar severa seguida de moderada como en el caso de las mujeres.

Confrontando la comunicación familiar con la funcionalidad familiar se puede asegurar que ambas están comprometidas en la población en estudio ya que casi la totalidad de la población mostró algún grado de disfuncionalidad familiar y una mayoría bastante amplia, obtuvo resultado para una comunicación familiar deteriorada; con lo que podemos asegurar que tanto el tejido social y la dinámica saludable de la familia son desorganizados provocando que los niveles de ansiedad del individuo se vean comprometidos en algún grado de intensidad el cual dependerá de la adaptabilidad de cada persona.

RECOMENDACIONES.

- Generar una mayor inversión por parte de las autoridades de salud para poder abordar con estrategias de promoción en salud las dinámicas familiares deterioradas y poder prevenir la agudización del síntoma de la ansiedad; siendo los ECOSF muy importantes en este nuevo reto de salud.
- Tener en el primer nivel de atención un servicio pleno de psicología y trabajo social para poder abordar y tratar a tiempo estos problemas de salud, así como un personal de medicina general que tenga presente estos problemas a la hora de su consulta y no solo se mantenga enfocado en el paradigma biológico.
- Educar al personal de salud del primer nivel de atención para detectar, tratar, o referir a tiempo y así prevenir la continuidad del infra diagnóstico que enfrenta la ansiedad.
- Promover la psicoeducación en toda la población para ir venciendo mitos y creencias sobre el bienestar emocional y psicológico de la población ayudando a las personas a empoderarse desde temprana edad no solo en su salud biológica sino en su salud psicosocial.
- Educar a las familias que acuden al primer nivel de atención para que puedan reforzarse las áreas más débiles de su dinámica familiar para que a largo plazo la comunicación, la disfunción y los niveles de ansiedad vayan disminuyendo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Varela-Pinedo, Chávez-Jimeno. Perfil clínico, funcional y Sociofamiliar del adulto mayor de la comunidad en un distrito de Lima, Perú. 1st ed. Lima Perú: Scielo editores; 2015. Pág. 3
2. Suarez Cuba, Alcalá Espinoza. Apgar familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. 1st ed. Bolivia: Revista médica la Paz; 2014. Pág. 2.
3. Sarudiansky, Mercedes. Neurosis y ansiedad: antecedentes conceptuales de una categoría actual. 4ta ed. Argentina Buenos Aires: Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires;2012. Pág. 3.
4. Huizen J. El estigma de la salud mental en América Latina: Recursos y más [Internet]. Medicalnewstoday.com. 2021 [citado el 10 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/es/salud-mental-estigma-latinoamerica#en-america-latina>
5. Barrera-Herrera A, Neira-Cofre M, Raipan-Gómez P, Riquelme-Lobos P, Escobar B. Apoyo social percibido y factores sociodemográficos en relación con los síntomas de ansiedad, depresión y estrés en universitarios chilenos. 24ª edición. Revista de psicopatología y psicología clínica. Chile: © Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología; 2019. pág. 3.
6. Sánchez Justiniano I. Condicionantes psicosociales y socioeconómicos asociados a la salud mental de mujeres, en diferentes barrios de la ciudad de Medellín, 2018-2019. 1ra ed. Medellín Colombia: universidad de Antioquia; 2020. pág. 30
7. Arrieta Vergara, K, Díaz Cárdenas S, González Martínez F. Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados. 1ra ed. Cartagena: Universidad de Cartagena; 2014. pág. 2.

8. Vargas Murga H. Tipo de familia y ansiedad y depresión. 1ra ed. Lima Perú: Revisiones Médicas Hered; 2014. pág. 1.
9. Feldman L, Vivas E, Lugli Z, Zaragoza J, Gómez V. Relaciones trabajo-familia y salud en mujeres trabajadoras. 50ª edición. México DF: Salud Pública Mex; 2008. pág. 2.
10. Villanueva Kuong L, Ugarte Concha A. Niveles de ansiedad y la calidad de vida en estudiantes de una universidad privada de Arequipa. 1ra ed. Arequipa Perú: UNIFE; 2017. pág. 2.
11. Navarra S. Tipos trastornos ansiedad - navarra.es [Internet]. Navarra.es. 2021 [cited 25 April 2022]. Available from: http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Mi+enfermedad/Trastornos+de+ansiedad/Introduccion/Tipos+trastornos+ansiedad/
12. Ramírez-Osorio P, Hernández-Mendoza E. Resiliencia familiar, depresión y ansiedad en adolescentes en situación de pobreza. 1st ed. México D F México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala; 2012. pág. 2
13. Opimec P. Escala de valoración sociofamiliar de Gijón [Internet]. Comentarios de Atención a pacientes pluripatológicos: proceso asistencial integrado (PAI). [cited 18 May 2022]. Available from: <https://www.opimec.org/documentos/2997/atencion-a-pacientes-pluripatologicos-proceso-asistencial-integrado/6550/comentarios/>
14. Toro Greiffenstein, R., Yepes Roldan, L. and Palacio Acosta, C., 2010. Fundamentos de medicina Psiquiatria. 5th ed. Medellin, Colombia: CORPORACIÓN PARA INVESTIGACIONES BIOLÓGICAS La Ciencia al Servicio de la Vida, pp.243-244.
15. Ana Bedmar, Ana Navas, Arancha Herreros, Beatriz De Pedro, Cristina Senra, Esther Guillemot, Francesca Valero, Herminia Esquina, Valverde

Sánchez, Yolanda Infante. Modelo de Atención Sociofamiliar en Centros de Atención Temprana desde la perspectiva del Trabajo Social. 2017 ed. Madrid España: Plena Inclusión Madrid;2017. pág.4-5.

16. Fernanda Acosta-Rodríguez, Mabel Rivera-Martínez. Depresión y Ansiedad en una Muestra de Individuos Mexicanos Desempleados. 3er ed. México DF: Journal of Beauvoir, Health & Social Issues;2011. Pág.2.

17. Valpo H. La salud mental en América Latina | Hispa Valpo [Internet]. Blogs.valpo.edu. 2020 [citado el 11 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://blogs.valpo.edu/hispavalpo/2020/09/28/la-salud-mental-en-america-latina/>

18. Organización mundial de la salud, Organización panamericana de la salud. Plan de acción sobre salud mental 2015-2020. 66ª ed. Washington DC Estados Unidos: Comité regional de la OMS para las americas;2014. Pág. 9.

19. Carmen Bragado, Rosa Bersabé, Inés Carrasco. Factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes. 1st ed. Madrid España: Universidad Complutense de Madrid y Universidad de Málaga; 1999. Pág.2.

20. José Luis Villca Villegas, Roció Aracely Moreno Choque, Camila Alejandra, Gómez Verduguez, Álvaro André Vargas Aguilar. Influencia de la pandemia del COVID-19 en la salud mental de los trabajadores en salud. 1st ed. Bolivia: Universidad Mayor de San Simón; 2021. Pág.2.

21. Sergio Pagés. Trastorno de Ansiedad Generalizada. 1st ed. Argentina Buenos Aires: Revista Argentina de Clínica Psicológica;2007. Pág. 2.

22. Wendy Navas Orozco, María Jesús Vargas Baldares. Trastornos de ansiedad: Revisión dirigida para atención primaria. 1st ed. Costa Rica: Revista médica de costa rica y Centroamérica; 2012. Pág. 1.

23. Estado de Veracruz, M., 2017. GUÍA PARA LA ELABORACIÓN DE PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN. 1ra ed. Veracruz, México: Estado de Veracruz, México, pp.4-11.
24. Serpas Montoya, D., a Rodríguez Funes, D. and Zayas Zamora, D., 2001. Guía metodológica para la elaboración de protocolos de investigación en Salud. 1st ed. San Salvador: 28 de marzo del 2001, pp.9-51.
25. Gómez Penedo, J. and Roussos, A., 2011. Una perspectiva psicoanalítica sobre el trastorno de ansiedad generalizada. Raíces históricas y tendencias actuales. 1st ed. Argentina: septiembre 6 de 2011, p.208.
26. Sanz, J., Paz García-Vera, M. and Fortún, M., 2012. EL “INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK” (BAI): PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA EN PACIENTES CON TRASTORNOS PSICOLÓGICOS. 3rd ed. Universidad Complutense de Madrid (España): Behavioral Psychology, p.567.
27. Osorio, P. and Hernández-Mendoza, E., 2012. Resiliencia familiar, depresión y ansiedad en adolescentes en situación de pobreza. 1st ed. México, Distrito Federal. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, p.2.
28. López de la Parra, M., Mendieta Cabrera, D. and Muñoz Suarez, M., 2014. Calidad de vida y discapacidad en el trastorno de ansiedad generalizada. 37th ed. La Joya, Tlalpan, México DF: Salud Mental, p.2.
29. Sanz J. Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. 1st ed. Madrid España: ELSEVIER; 2013. p. 7.
30. Gutiérrez, J., 2011. Prevalencia de alteraciones afectivas: depresión y ansiedad en la población salvadoreña. 1st ed. San Salvador, El Salvador: Universidad Tecnológica de El Salvador, p.2.

ANEXOS.

ANEXO N°1. Consentimiento informado.



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

DOCTORADO EN MEDICINA

Consentimiento informado:

Yo _____ de: ____ años

De sexo: _____, con número de DUI: _____ y de ocupación: _____, en mi calidad de paciente y en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos en salud, declaro haber recibido y entendido la información brindada en forma respetuosa y con claridad por el Dr. _____ sobre el propósito de la investigación, además se me explica que la información que se brinde será de carácter confidencial y será utilizado únicamente con fines académicos.

Por lo tanto, en forma consciente y voluntaria, luego de haber escuchado la información y explicación de parte del médico, sin haber sido objeto de persuasión, ni manipulación por parte de él. Por lo que otorgo mi consentimiento.

Firma del Paciente

Dr.



ANEXO N°2 Cuestionario.

Universidad Nacional de El Salvador

Facultad de Medicina.

Indicación: El presente cuestionario es con el fin de recolectar información sobre la ansiedad en adultos de 25-50 años que consulta en UCSF San Antonio, Soyapango, 2022; por lo que se le solicita saber si está de acuerdo en responder el cuestionario y con ello su participación lo cual además de esta información se nutrirá de información clínica y administrativa del paciente.

Subraye la respuesta que le parezca más conveniente.

F: _____

Paciente que otorga su consentimiento para participar en el estudio.

Datos generales.

Sexo: _____ Edad: _____

Religión: protestante _____ católico: _____ Otra: _____ No creyente: _____

Escolaridad: _____ Estado civil: _____

Dirección: _____

Área geográfica: rural _____ urbano _____ Ocupación: _____

1. En base a su situación familiar seleccione el Ítem más conveniente:

- Vive con familia sin depender físicamente de ellos (1 pto)
- Vive con cónyuge de similar edad (2 pto)
- Vive con familia y/o cónyuge (3 pto)
- Vive solo y tiene hijos próximos (4 pto)
- Vive solo y carece de hijos o viven lejos (5 pto)

2. En base a su situación económica seleccione el ítem que más crea conveniente:
 - Mensualmente recibo Salario mínimo (1 pto)
 - Me encuentro Pensionado y recibo salario mínimo (2 pto)
 - No me encuentro pensionado (4 pto)
 - Por el momento no recibo ingresos (5 pto)

3. Con respecto a la vivienda en la que reside usted podría describirla como:
 - Adecuada a las necesidades familiares (1 pto)
 - Inadecuada y estrecha para mis necesidades (3 pto)
 - Deplorable y con poca higiene (5 pto)

4. Me relaciono con el entorno social de la siguiente manera, escoja el ÍTEM que corresponda:
 - Me relaciono socialmente solo con mi familia, vecinos y amigos (2pto)
 - Me relaciono solo con la familia o vecinos o amigos (3pto)
 - No sale de su vivienda, recibe visitas (4pto)
 - No se relaciona con nadie y no recibe visitas (5pto)

5. Actualmente me dedico a:
 - Trabajo y tengo estudios concluidos (1pto)
 - Trabajo y no tengo estudios concluidos (2pto)
 - Estudio y trabajo (3pto)
 - Solamente estudio (4pto)
 - No trabajo ni estudio (5pto)

6. Me encuentro conforme con la ayuda que recibo de mi familia en momentos oportunos:
 - Nunca (0 pto)
 - A veces (1 pto)
 - Frecuentemente (2 pto)
 - Siempre (3 pto)

7. Sobre mi familia afirmo lo siguiente:
 - Nunca hablamos y compartimos nuestros problemas (0 pto)
 - A veces hablamos y compartimos nuestros problemas (1 pto)
 - Frecuentemente hablamos y compartimos nuestros problemas (2 pto)
 - Siempre hablamos y compartimos nuestros problemas (3 pto)

8. Cuando yo deseo emprender nuevas actividades mi familia lo toma de la siguiente forma:
- Nunca recibo apoyo (0 pto)
 - A veces recibo apoyo (1 pto)
 - Frecuentemente recibo apoyo (2 pto)
 - Siempre recibo apoyo (3 pto)
9. La posición de mi familia con qué frecuencia es satisfactoria cuando expreso ira, tristeza o amor elija una opción:
- Nunca me satisface (0 pto)
 - A veces me satisface (1 pto)
 - Frecuentemente me satisface (2 pto)
 - Siempre me satisface (3 pto)
10. Suelo presentar Temblor de piernas y manos:
- Nunca (1 pto)
 - A veces (2 pto)
 - Frecuentemente (3 pto)
 - Siempre (4 pto)
11. Suelo presentar dolores de cabeza y mareos:
- Nunca (1 pto)
 - A veces (2 pto)
 - Frecuentemente (3 pto)
 - Siempre (4 pto)
12. Suelo presentar palpitaciones fuertes y rápidas:
- Nunca (1 pto)
 - A veces (2 pto)
 - Frecuentemente (3 pto)
 - Siempre (4 pto)
13. Suelo presentar Incapacidad para permanecer quieto:
- Nunca (1 pto)
 - A veces (2 pto)
 - Frecuentemente (3 pto)
 - Siempre (4 pto)

14. Suelo presentar sensación de falta de aire:

- Nunca (1 pto)
- A veces (2 pto)
- Frecuentemente (3 pto)
- Siempre (4 pto)

15. Suelo presentar problemas digestivos:

- Nunca (1 pto)
- A veces (2 pto)
- Frecuentemente (3 pto)
- Siempre (4 pto)

16. Suelo presentar sudoración excesiva:

- Nunca (1 pto)
- A veces (2 pto)
- Frecuentemente (3 pto)
- Siempre (4 pto)

17. Suelo presentar aparición de fríos o calores:

- Nunca (1 pto)
- A veces (2 pto)
- Frecuentemente (3 pto)
- Siempre (4 pto)

18. Suelo ser una persona incapaz de relajarse:

- Nunca (1 pto)
- A veces (2 pto)
- Frecuentemente (3 pto)
- Siempre (4 pto)

19. Suelo preocuparme por situaciones que probablemente no ocurran:

- Nunca (1 pto)
- A veces (2 pto)
- Frecuentemente (3 pto)
- Siempre (4 pto)

ANEXO N° 3. Valoración de situación familiar de Gijón

SITUACIÓN FAMILIAR	
Vive con la familia sin dependencia física/psíquica	1
Vive con cónyuge de similar edad	2
Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia	3
Vive solo y tiene hijos próximos	4
Vive solo y carece de hijos o viven alejados	5
SITUACIÓN ECONÓMICA	
Mas de 1.5 el salario mínimo	1
Desde 1.5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusive	2
Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva	3
LISMI-FAS-Pensión no contributiva	4
Sin ingresos o inferiores al apartado anterior ("4")	5
VIVIENDA	
Adecuada a necesidades	1
Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldaños, puertas estrechas, baños etc.)	2
Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (sin baño completo, calefacción etc.)	3
Ausencia de ascensor, teléfono	4
Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos)	5
RELACIONES SOCIALES	
Relaciones sociales	1
Relación social solo con familia y vecinos	2
Relación social solo con familia o vecinos	3
No sale del domicilio	4
No sale y no recibe visitas	5

APOYO DE LA RED SOCIAL	
Con apoyo familiar y vecina	1
Voluntariado social, ayuda comunitaria	2
No tiene apoyo	3
Pendiente del ingreso en residencia geriátrica	4
Tiene cuidados permanentes	5

ANEXO N° 4 Cuestionario para la funcionalidad de la familia APGAR Familiar.

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia ¿cuándo tengo algún problema y/o necesidad?					
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					
Me satisface como mi familia apoya mi deseo de emprender nuevas actividades					
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor					
Me satisface como compartimos en mi familia					
1. El tiempo para estar juntos					
2. Los espacios en la casa					
3. El dinero					
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?					
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos(as)					

ANEXO N° 5 INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK

	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1. Torpe o entumecido				
2. Acalorado				
3. Con temblor de piernas				
4. Incapaz de relajarse				
5. Con temor a que ocurra lo peor				
6. Mareado, o que se le va la cabeza				
7. Con latidos de corazón fuertes y acelerado				
8. Inestable				
9. Atemorizado o asustado				
10. Nervioso				
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
11. Con sensación de bloqueos				
12. Con temblores en las manos				
13. Inquieto, inseguro				
14. Con miedo a perder el control				
15. Con sensación de ahogo				
16. Con temor a morir				

17. Con miedo				
18. Con problemas digestivos				
19. Con desvanecimientos				
20. Con rubor facial				
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
21. Con sudores, fríos o calientes				

