



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**“PREVALENCIA DE ANSIEDAD GENERALIZADA Y SU RELACIÓN CON
FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS EN ADULTOS DEL CANTÓN NABON”
TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:
PSICÓLOGO/A CLÍNICO**

AUTORAS:

MARÍA JULIA PALOMEQUE Y MARÍA BELÉN MONSALVE

DIRECTOR:

MG. SEBASTIÁN HERRERA

CUENCA – ECUADOR

2022

DEDICATORIA I

La presente tesis es dedicada a mi madre por ser el pilar fundamental en mi vida, por todo el amor y dedicación que me ha brindado durante todos estos años, y el apoyo incondicional para poder cumplir todas mis metas, sin sus consejos y enseñanzas nunca hubiera podido llegar hasta esta etapa de mi vida.

María Belén Monsalve Carpio

DEDICATORIA II

La presente tesis es dedicada a mis abuelas, Olga Luisa y Julia Beatriz,

Que desde la luz, el cielo y Dios, guían cada paso que doy,

Consagro este logro a su memoria y a su amor,

Y sobre todo por haberme enseñado,

Que el amor va más allá de la muerte.

María Julia Palomeque Terán

AGRADECIMIENTO I

“Quiero sentir que lo estoy haciendo bien,

porque es con amor y ganas de crecer.

Por qué no busco pasar por encima de nadie.

Por qué un día, de niña me repetí que las personas

buenas si reciben cosas buenas y lo creo”.

Gracias a Dios por acompañarme y guiarme en

cada paso que doy agradezco por cada obstáculo

que se me ha presentado a lo largo de este

tiempo, porque gracias a ello me he convertido

en una mujer mucho más fuerte y sabia.

María Belén Monsalve Carpio

AGRADECIMIENTO II

Agradezco a mis padres, sin ellos nada de esto seria posible,
Pues siempre me apoyaron en las adversidades que he enfrentado,

Agradezco a mis hermanos Andrés, Oscar y Diana,

Por ser mi impulso a un constante crecimiento personal.

Agradezco a mis sobrinos, Jose y Sofía, por llenar de ilusión mi vida.

Pero sobre todo, agradezco a la Julia del pasado, Que lucho
por sus sueños, que ahora se hacen realidad.

Gracias totales.

María Julia Palomeque Terán

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la prevalencia del trastorno de Ansiedad Generalizada en los pobladores de la zona rural del Cantón Nabón y relacionarlo con los factores sociodemográficos, la población fue de 14.085 habitantes. Se obtuvo una muestra de 725 adultos. Para este propósito se utilizó la mini entrevista neuropsiquiátrica internacional (MINI) y una ficha sociodemográfica.

Se concluyó que el 7.9 % de los evaluados cumplieron los criterios clínicos para este trastorno, además se identificaron tres factores sociodemográficos que se relacionaban con el diagnóstico de Ansiedad Generalizada: ser de etnia indígena (p 0,025), tener un familiar con tratamiento de enfermedad mental (p 0,018), y haber sufrido discriminación (p 0,001).

Palabras claves: Trastornos Mentales, Ansiedad Generalizada, Etnia indígena.



ABSTRACT

The purpose of this project was to determine the prevalence of generalized anxiety disorder in the inhabitants of the rural area of Nabón and relate them to sociodemographic factors, the population was 14085 inhabitants. A sample of 725 adults was obtained. For this purpose, the mini-international neuropsychiatric interview and a sociodemographic record were used. It was concluded that 7.9% of those evaluated matched with the clinical criteria for this disorder. In addition, three sociodemographic factors were identified that were related to the diagnostic of generalized anxiety: belonging to the indigenous ethnic group, having a relative with mental illness treatment, and have suffered discrimination.

Key words: mental disorders, generalized anxiety, and indigenous ethnicity

Translated by



María Belén Monsalve

María Julia Palomeque

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) está agrupado con el estado psicológico, social y la salud del individuo, afectando de manera significativa en sus actividades diarias, por ello, esta condición perturba el estado general del individuo (Clínica Terapéutica de la academia nacional de medicina, 2012).

En el presente trabajo se abordará el tema de ansiedad generalizada en adultos del Cantón Nabón y sus zonas periféricas en la provincia del Azuay, pues la razón principal es que las zonas campestres han sido desplazadas en investigaciones de salud mental y muchos autores han estudiado y dado más apertura a las zonas urbanas. Por ello se ha planteado estudiar el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) en zonas agrarias (rurales), para saber qué incidencia presenta y cómo lo manejan sus pobladores (Camargo, Castañeda, & Segura, 2020).

Es de suma importancia abordar esta temática, pues contribuirá de manera significativa al estudio por la cual los pobladores del cantón Nabón tienen ansiedad generalizada y como esta influye de a la calidad de vida de los pobladores de acuerdo a su edad, sexo, educación, y trabajo.

INTRODUCCION

El trastorno de ansiedad generalizada consiste en la presencia de un estado de preocupación y nerviosismo excesivos en relación con diversas actividades o acontecimientos. El tiempo mínimo de este trastorno es de 6 meses o más (Barnhil, 2020).

La persona afectada está ansiosa y preocupada por diversos temas, actividades y situaciones, y no por un único tipo de asunto (Barnhil, 2020).

Los síntomas de la ansiedad generalizada son: preocupación o ansiedad persistentes y desproporcionados en relación con el impacto de los acontecimientos, pensar demasiado los planes y las soluciones a todos los peores resultados posibles, percibir situaciones y acontecimientos como amenazantes, dificultad para lidiar con situaciones de incertidumbre, temperamento indeciso a tomar la decisión equivocada, incapacidad para olvidar una preocupación, incapacidad para relajarse, sensación de nerviosismo y dificultad para concentrarse (Mayo Clinic, 2021).

El trastorno de ansiedad generalizada, presenta la más alta prevalencia en personas de entre 40-50 años. Es plausible que las preocupaciones excesivas aparezcan ya en la infancia o adolescencia, pero que no alcancen la categoría de trastorno hasta el comienzo de la vida adulta coincidiendo con acontecimientos vitales tales como la acumulación de responsabilidades, nacimiento de niños, dificultades laborales y problemas de salud (Gosselin & Laberge, 2003).

Este trastorno, está asociado con cierta afectación del estado mental, social y la salud en general del individuo, dolor corporal inespecífico, interfiriendo de esta manera en sus actividades diarias (Revista de la Facultad de Medicina México, 2013).

Las causas de un trastorno de ansiedad generalizada pueden tornarse complicadas, pues implica muchos factores, tanto biológicos, psicológicos y sociales. Por lo tanto, es importante

conocer el ambiente en el que el individuo se ha desarrollado, sus creencias y su estilo de vida.

Se puede asumir entonces que los mismos factores de riesgo que podrían existir en un área rural, no serían los mismos que amenazaron en la zona urbana (Centro Manuel Escudero, S.F).

TABLA DE CONTENIDO

CAPITULO I.....	16
1.1 CONCEPTUALIZACIÓN DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	16
1.1.1 Definición de preocupación	16
1.1.2 Definición de estrés.....	16
1.1.3 Definición de ansiedad.....	17
1.1.4 Definición de trastorno de ansiedad generalizada	17
1.2 EPIDEMIOLOGIA DE TRASTORNO DE LA ANSIEDAD GENERALIZADA.....	18
1.2.1 PREVALENCIA DE LA ANSIEDAD GENERALIZADA.....	18
1.2.1.1. Definición de prevalencia	18
1.2.1.1 Prevalencia de ansiedad generalizada a nivel internacional	19
1.2.1.2 Tasa de ansiedad generalizada a nivel internacional	19
1.2.1.3 Prevalencia de ansiedad generalizada a nivel nacional.....	19
1.2.1.4 Tasa de ansiedad generalizada a nivel internacional	19
1.3 MODELOS EXPLICATIVOS.....	20
1.3.1 Modelo de la aprehensión ansiosa de Barlow	20
1.3.2 Modelo de la Evitación cognitiva de Borkovec	21
1.3.3 Modelo de intolerancia a la incertidumbre de Dugas	22
1.3.4 Modelo de la preocupación perseverativa inducida por el estado de ánimo de Davey	23
1.3.2 DIAGNÓSTICO DEL TAG	23
1.3.5 Diagnóstico del DSM-5	24
1.4 COMORBILIDAD DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	25
1.4.1 Definición de comorbilidad	25
1.4.2 Desarrollo.....	25

	12
1.5 FACTORES PSICOSOCIALES y BIOLÓGICOS PRESENTES EN EL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA.....	26
1.5.1 ¿Qué son los factores psicosociales?	26
1.5.2 La familia.....	27
1.5.3 Trabajo.....	28
1.5.4 FACTORES BIOLÓGICOS.....	29
1.5.4.1 Respuestas ansiosas en expresiones motoras.....	29
1.5.4.2 Respuestas ansiosas en expresión autonómica.....	29
1.5.4.3 Respuestas ansiosas, frente a neurotransmisores.....	30
1.6 CONCLUSIONES	30
CAPITULO II.....	31
2.0 METODOLÓGIA.....	31
2.1 Objetivo de la investigación.....	31
2.1.1 Objetivo general.....	31
2.1.1 Objetivos específicos:	31
2.2.2.1 Instrumento.....	31
2.2.2.2 Ficha sociodemográfica:	32
Procedimiento.....	32
CAPITULO III.....	33
3.1 ANALISIS DE RESULTADOS.....	33
3.1.1 Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas.....	33
3.1.1.1 Análisis de resultados de manera general en los resultados sociodemográficos en las.....	33
3.1.1.2 ANALISIS DE RESULTADOS SOCIODEMOGRAFICOS EN EL TRASTORNO.....	48

	13
DE ANSIEDAD GENERALIZADA.....	48
CAPITULO IV.....	65
4.1 DISCUSIÓN.....	65
CAPITULO V.....	67
5.1 CONCLUSIONES.....	67
6 CAPITULO VI.....	68
6.1 RECOMENDACIONES.....	68
Bibliografía.....	69
ANEXOS.....	75
Anexo 2 Instrumento test mini entrevista neuropsiquiátrica internacional (MINI).....	78
Anexo 3 Ficha sociodemográfica.....	79

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. <i>Frecuencias de la Muestra por Género</i>	34
Figura 2. <i>Frecuencias de la Muestra por Instrucción</i>	35
Figura 3 <i>Frecuencias de la Muestra por Situación Laboral</i>	36
Figura 4 <i>Frecuencias de la Muestra por Edades</i>	37
Figura 5 <i>Frecuencias de la Muestra por Etnia</i>	38
Figura 6 <i>Frecuencias de la Muestra de Vive con</i>	39
Figura 7 <i>Frecuencias de muestra de estado civil</i>	40
Figura 8 <i>Frecuencias de la Muestra Vive con Pareja</i>	40
Figura 9 <i>Frecuencias de la Muestra Ejercicio Programado</i>	42
Figura 10 <i>Frecuencias de la muestra Familiar en Tratamiento de Salud Mental</i>	43

Figura 11 <i>Frecuencias de la Muestra Estado Psicológico Afectado por la Pandemia</i>	44
Figura 12 <i>Frecuencias de la Muestra Migración Familiar</i>	45
Figura 13 <i>Frecuencias de la Muestra han Sufrido Discriminación</i>	46
Figura 14 <i>Frecuencias de la Muestra Deuda Familiar</i>	47
Figura 15 <i>Frecuencias de la Muestra por Género</i>	49
Figura 16 <i>Frecuencias de la Muestra por Instrucción</i>	50
Figura 17 <i>Frecuencias de la Muestra por Situación Laboral</i>	51
Figura 18 <i>Frecuencias de la Muestra por Edad</i>	52
Figura 19 <i>Frecuencias de la Muestra Etnia</i>	53
Figura 20 <i>Frecuencias del Estado Civil</i>	54
Figura 21 <i>Frecuencias de Ejercicio Programado</i>	55
Figura 22. <i>Frecuencias de Ejercicio Programado</i>	56
Figura 23. <i>Frecuencias de Familias en Tratamiento de Salud Mental</i>	57
Figura 24. <i>Frecuencias de Estado Psicológico Afectado por la Pandemia</i>	58
Figura 25. <i>Frecuencias de Discriminación</i>	59
Figura 26. <i>Frecuencias de Deuda Familiar</i>	60
Figura 27. <i>Frecuencias de Disfunción Familiar</i>	61
Figura 28. <i>Frecuencias de Consumo Problemático de Alcohol</i>	62

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 <i>Datos del trastorno de ansiedad generalizada en el cantón Nabón, prevalencia Ansiedad Generalizada</i>	48
Tabla 2 <i>Relación entre ansiedad generalizada y factores sociodemográficos</i>	63

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 <i>Consentimiento informado</i>	75
Anexo 2 <i>Instrumento test mini entrevista neuropsiquiátrica internacional</i>	78
Anexo 3 <i>Ficha sociodemográfica</i>	79

CAPITULO I

1.1 CONCEPTUALIZACIÓN DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

1.1.1 Definición de preocupación

La definición de preocupación es sentir temor o inquietud por “alguien o algo” y “dedicar todo su foco atencional en eso (RAE, 2010).

La preocupación es la obsesión de pensamientos negativos, resultados inciertos o sucesos que podrían salir mal.

Según Luana Márques, profesora asistente de psiquiatría en la Escuela de Medicina de Harvard y presidenta de la Asociación Estadounidense de Ansiedad y Depresión (ADAA), explica que cuando existe una situación incierta o desagradable, la ansiedad nos lleva a solucionar un problema. La ansiedad es la forma que tiene nuestra mente de afrontar los problemas para proteger al individuo, sin embargo; la ansiedad patológica, es una serie de pensamientos e imágenes que contienen efectos negativos, relativamente incontrolables, e indican peligros futuros incontrolables.

1.1.2 Definición de estrés

El estrés es una respuesta fisiológica a un evento externo, para que comience el ciclo de estrés, debe haber un factor detonante. La ansiedad y el estrés son respuestas normales a la incertidumbre, situaciones desconocidas, cambios o crisis (Pattee, 2020).

El estrés es el resultado natural a una amenaza que hace que se libere adrenalina y cortisol a nivel del sistema límbico, de esta manera ayuda a activar a la mente y el cuerpo para enfrentar la amenaza (Pattee, 2020).

1.1.3 Definición de ansiedad

La ansiedad es la unión tanto de la preocupación, como del estrés. Tiene un elemento cognitivo (la preocupación) y una respuesta fisiológica (el estrés), lo que significa que experimentamos ansiedad tanto en nuestra mente como en nuestro cuerpo (Pattee, 2020).

La ansiedad es la respuesta a una ilusoria alarma, para poder reaccionar a los riesgos del ambiente (Reyes-Ticas A. , 2001).

1.1.4 Definición de trastorno de ansiedad generalizada

El trastorno de ansiedad generalizada es una preocupación excesiva. Incluye miedo a eventos adversos hipotéticos de muy baja o muy baja probabilidad, ansiedad por una asociación de estado emocional, persistencia más de medio día durante al menos 6 meses y dificultad de controlar las emociones y sentimientos sobre eventos o actividades como el trabajo o los resultados escolares. Se define entonces, en términos de intensidad, duración, frecuencia o malestar.

Estos factores descritos, no son proporcionales a la probabilidad real o al impacto del evento temido (López, 2005), pues los individuos que lo sufren, se vuelven impacientes en situaciones que son poco probables.

Según Rovella & González Rodríguez (2008), las personas con trastorno de ansiedad generalizada (TAG) presentan patrones amenazantes en la memoria a largo plazo, ya que, en estas estructuras cerebrales, se organiza y almacena la información. El TAG crea un conjunto de pensamientos relacionada con la amenaza, por lo que esta información se almacena en redes persistentes de memoria a largo plazo.

1.2 EPIDEMIOLOGIA DE TRASTORNO DE LA ANSIEDAD GENERALIZADA

Las prevalencias de los trastornos de ansiedad han incrementado a lo largo de los años. En diversas investigaciones epidemiológicas que se han realizado se ha evidenciado que los trastornos de ansiedad se ha convertido en la enfermedad más habitual que la depresión en adultos.

En el año 2015, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó una prevalencia mundial del 3.6%. Cada país ha informado una prevalencia completamente distinta, en un rango entre 2.4% y 25%, como es el caso de Italia y Nueva Zelanda respectivamente. Estos datos se determinan la prevalencia anual, que es el grado porcentual de personas identificadas con el TAG en los 12 meses previos a la realización de la encuesta.

Los trastornos de ansiedad son más visibles en mujeres, ya que tienen más posibilidades de ser diagnosticadas en un trastorno de ansiedad comenzando en la primera infancia. Sin embargo, es difícil determinar una edad fija para la aparición de los trastornos de ansiedad (Valdez, 2021).

1.2.1 PREVALENCIA DE LA ANSIEDAD GENERALIZADA

1.2.1.1. Definición de prevalencia

“La tasa de prevalencia se define como el número de casos existentes de una enfermedad u otro evento de salud dividido por el número de personas de una población en un período específico. Cada individuo es observado en una única oportunidad, cuando se constata su situación en cuanto al evento de interés” (Organización Panamericana de la Salud, 2018.).

En este caso, se pondrá en referencia, el número de casos de ansiedad generalizada, tanto de manera internacional, como los casos de España, y de manera nacional, como los estudios realizados en la ciudad de Guayaquil respectivamente (Ausín & Cisneros, 2018).

1.2.1.1 Prevalencia de ansiedad generalizada a nivel internacional

Para determinar la prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada en España, con ayuda de 312 psiquiatras representativos del total nacional seleccionados al azar recogieron datos demográficos, motivo de consulta y presencia de diagnóstico de TAG según la CIE-10 de los primeros 75 pacientes que acudían a consulta.

La prevalencia clínica del TAG en España, muestra, que cada uno de cada tres pacientes afectados de TAG consulta por un motivo distinto a su diagnóstico principal (Caballero, ET AL., 2009).

1.2.1.2 Tasa de ansiedad generalizada a nivel internacional

Se recogió información de 20.347 sujetos, con una prevalencia clínica de TAG del 13,7%.

El motivo de consulta psiquiátrica de los trastornos de ansiedad es de 18,2%. El 71,4% de los afectados de TAG consultaba por síntomas de ansiedad (Caballero, ET AL, 2009).

1.2.1.3 Prevalencia de ansiedad generalizada a nivel nacional

En un estudio realizado, en pacientes mayores de 17 años, atendidos por psiquiatría en el hospital Naval Guayaquil, Ecuador en el año 2020, se encontró resultados acerca de la prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada de llegar a la conclusión, de que cada cinco de diez personas lo experimentan durante toda su vida, siendo parte de los grupos de enfermedades concretas como afecciones oncológicas, cardiológicas y neurológicas; y en donde la edad promedio en que se inicia este cuadro clínico, es la proximidad a los 30 años de edad, similar en ambos géneros (Valdez, 2021).

1.2.1.4 Tasa de ansiedad generalizada a nivel internacional

- La mayor cantidad de pacientes fue del sexo femenino en un 55,80%, con edades que oscilaban de 18 a 93 años,

- De acuerdo al sexo, el género femenino presentó en su mayoría diagnósticos de fobias específicas en un 60% y en el sexo masculino un 66,7% para ansiedad generalizada.
- La prevalencia de los trastornos de ansiedades del 74% (Valdez, 2021).

1.3 MODELOS EXPLICATIVOS

Los modelos explicativos en ansiedad generalizada, exponen sus principios teóricos a este fenómeno.

Esta investigación se dividirá en cuatro modelos:

1. Modelo de la aprensión ansiosa de Barlow.
2. Modelo de la Evitación cognitiva de Borkovec.
3. Modelo de intolerancia a la incertidumbre de Dugas.
4. Modelo de la preocupación perseverativa inducida por el estado de ánimo de Davey.

1.3.1 Modelo de la aprehensión ansiosa de Barlow

El modelo de Barlow (1988) concibe que la aprehensión ansiosa está definida como un estado de ánimo orientado al futuro en el cual el individuo piensa sobre eventos negativos que acontecerá en su vida, se asocia con un estado de afecto negativo elevado y activación elevada crónica, una sensación de no poseer autocontrol y un foco atencional sobre estímulos que piensa que son una amenaza. El proceso estaría presente en todos los trastornos de ansiedad, pero su foco atencional variaría de cuadro en cuadro, dando así especificidad a cada patología.

A continuación, a consecuencia de lo anterior se desencadenará un estado de ánimo con un elevado afecto negativo caracterizado por una emoción difusa dominada por sensaciones de predictibilidad, incontrolabilidad, incapacidad y una activación del estado fisiológico. Como consecuencia, ocurrirá que el individuo ponga su foco atencional en sí mismo y realizará

autoevaluaciones, principalmente respecto a su fisiología, lo cual aumentará su activación (arousal) de manera crónica. Los elevados niveles de activación darán lugar a un estrechamiento atencional del individuo hacia sí mismo lo cual lo conduce a un estado de hipervigilancia (Velázquez et al. 2006).

Barlow (1988) señala que paralelamente se activa el esquema cognitivo aprensivo en el cual aumenta la percepción de amenaza en el individuo a la vez que disminuye su percepción de control, lo cual se refleja en su percepción de incapacidad de afrontamiento.

Finalmente, (Velázquez et al.2006) concluyó que el modelo señala la posibilidad de que ocurra la evitación de situaciones potencialmente evocadoras o del afecto. Desde este modelo la preocupación es considerada como patológica es concebida como una actividad incontrolable que surge tras la activación de un “esquema cognitivo de incapacidad” en el que inciden diversos factores como el estrechamiento de la atencional que interfiere con actividades importantes para la persona.

1.3.2 Modelo de la Evitación cognitiva de Borkovec

(Borkovec et al.,1983) menciona que la preocupación es una sucesión de pensamientos o actividad lingüística verbal e imágenes llenos de sentimientos negativos y relativamente incontrolables. El proceso de preocupación representa un intento de solución sobre las situaciones planteadas en nuestra mente lo cual tiene un resultado que es impredecible, aunque conlleva la posibilidad de una a más consecuencias negativas.

Según el MEP, las imágenes mentales catastróficas que se realiza mediante el proceso del individuo son reemplazadas por una actividad lingüística oral que le provoque menos angustia, y reduzca sus síntomas somáticos. Por tanto, la preocupación se refuerza cuando se trata de eliminar las imágenes aversivas y temerosas en la mente del sujeto.

Por otro lado, la preocupación se refuerza con creencias positivas, ya que en la mente del individuo no se producen acontecimientos negativos que refuerzan la preocupación, esto a su vez ayuda a la motivación en el rendimiento y se evita que se genere una predicción a futuros resultados negativos. Además, han planteado la hipótesis de que acontecimientos en las primeras etapas de la vida, tales como un trauma pasado y estilos de apego inseguros, pueden conducir al consecuente desarrollo de TAG, un estilo de apego inseguro puede ser la causa de problemas de ansiedad en la infancia y se incrementa en la edad adulta. Se ha planteado la hipótesis de que un apego inseguro ocasiona que los individuos perciban el mundo como un lugar peligroso y los individuos con TAG no tienen recursos suficientes para afrontar acontecimientos inciertos (Behar et al.2017).

1.3.3 Modelo de intolerancia a la incertidumbre de Dugas

Según (Dugas et al.,1998) y colaboradores, para las personas que tienden a desarrollar un trastorno de ansiedad generalizada la mayor amenaza es la incertidumbre. Para ellos es más problemático no saber cuándo se van a morir, que el hecho mismo de morirse preferirían que les aseguren que van a vivir hasta cierta edad antes que vivir con la duda.

(Dugas et al.,2005) señala que otro componente clave en el modelo es el pobre conocimiento del individuo hacia el problema que presenta, es definida como un conjunto de procesos metacognitivos que reflejan la baja consciencia y la poca abstracción de las situaciones que le ocurren a diario, así también como la baja capacidad que posee para solucionarlos (Dugas et al.,2005). Desde el modelo se señala que tales procesos metacognitivos incluyen los procesos de percepción, valoración y atribución que la persona tiene sobre el problema, así como las creencias sobre su propio control personal.

Dugas y colaboradores consideran que existen disparadores de la preocupación, que pueden ser situaciones, estados de ánimo o situaciones de la vida que pueden ser vistos como

amenazantes. Se plasman generalmente en pensamientos de la forma “¿Y si...?”. Se crean ideas distorsionadas de situaciones cambiantes de la vida y ven como circunstancias amenazantes con sucesos que probablemente no sean posibles (Dugas et al.,2004). Se acaba esta incertidumbre si se tiene un plan realizado para enfrentarse a esa situación. Para definirlo sucede que la preocupación se hace patológica porque pretenden resolver un sin número de situaciones amenazantes. El proceso ocurre con mayor probabilidad cuando se tiene creencias de que la preocupación es buena porque nos prepara para afrontar la amenaza, o que evita decepciones, o que nos ayuda a proteger a los que queremos (Higuera, 2016).

1.3.4 Modelo de la preocupación perseverativa inducida por el estado de ánimo de Davey

Davy (2016) destaca el papel de factores de sesgo personal como el perfeccionismo, la intolerancia a la incertidumbre y el exceso de responsabilidad, así como las creencias sobre la función o utilidad del cuidado.

La ansiedad patológica es un intento ineficaz de resolver problemas, afectando la confianza en sí mismos para resolverlos. La principal característica definitoria de la ansiedad patológica es la persistencia cognitiva disfuncional que estimula, la baja autoestima y la evaluación positiva de la ansiedad, ya que se considera un proceso de resolución de problemas. También se ha hecho hincapié en que esta estabilidad cognitiva no solo es característica de los trastornos de ansiedad (como el TAG) sino también de otros trastornos como la depresión

El modelo sugiere que la ansiedad persistente ocurre cuando la psique de una persona crea eventos negativos que pueden interferir con las metas personales y futuras.

1.3.2 DIAGNÓSTICO DEL TAG

Las principales pautas para el diagnóstico de ansiedad generalizada son las siguientes:

- Síntomas mentales: Preocupaciones, nerviosismo, dificultades de concentración.

- síntomas musculares: Inquietud, cefalea de tensión, temblores, incapacidad para relajarse.
- Síntomas físicos: Mareos, sudoración, taquicardia, sequedad de boca, molestias epigástricas.

Los síntomas de ansiedad deben de estar presente la mayor parte de los días (Reyes-Ticas J. A., 2001).

1.3.5 Diagnóstico del DSM-5

A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar). B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):

Nota: En los niños, solamente se requiere un ítem.

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
2. Fácilmente fatigado.
3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
4. Irritabilidad.
5. Tensión muscular.
6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).

D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

E. 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).

F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (DSM-5, 2014).

1.4 COMORBILIDAD DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

1.4.1 Definición de comorbilidad

Según la Organización mundial de la Salud (OMS), la comorbilidad es la ocurrencia simultánea de dos o más enfermedades en una misma persona, lo que se asemeja a la definición de Feinstein.

1.4.2 Desarrollo

Según la OMS (1948) menciona que es bastante habitual encontrar la comorbilidad entre los trastornos de ansiedad y otras enfermedades como la depresión mayor. Más allá de la carga que generan a pacientes y a sus familiares, los trastornos de ansiedad provocan disfunción y afectan la calidad de vida. A pesar de lo antedicho, aproximadamente el 40% de los pacientes con trastornos de ansiedad no reciben un tratamiento apropiado de acuerdo al grado de su enfermedad. La creación de recomendaciones fundamentadas para el abordaje de los pacientes con trastornos de ansiedad tiene por objetivo asistir a los médicos, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y enfermeros tanto en términos diagnósticos como terapéuticos.

En el momento de dar un diagnóstico es necesario considerar que los trastornos de ansiedad generalmente se caracterizan por miedo, evitación, ansiedad excesiva, y miedo y que

estos síntomas presentan un gran malestar clínicamente significativo. Ante una leve sospecha de un trastorno de ansiedad es necesario evaluar globalmente las características de los síntomas y realizar un riguroso diagnóstico diferencial para poder descartar un cuadro secundario a otros padecimientos médicos y psiquiátricos y detectar la existencia de comorbilidades asociadas (Barnhill, 2022).

La presunción de un trastorno de ansiedad aumenta por la presencia de antecedentes familiares o personales de trastornos de ansiedad o del estado de ánimo y de eventos estresantes. Asimismo, la soledad, el nivel educativo bajo, el entorno familiar adverso y las enfermedades somáticas crónicas aumentan el riesgo de ansiedad. Las comorbilidades más frecuentes observadas en pacientes con trastornos de ansiedad incluyen los trastornos por consumo de sustancias y del estado de ánimo como la depresión o la bipolaridad. En presencia de comorbilidades, la evolución clínica será más desfavorable, al igual que la respuesta al tratamiento. La evaluación inicial de los pacientes deberá ser integral, clínica y de laboratorio, e incluir el consumo de medicamentos y otras sustancias. La identificación de los trastornos de ansiedad específicos requerirá la aplicación de los criterios diagnósticos incluidos en el DSM-5 (Roemmers, 2016).

1.5 FACTORES PSICOSOCIALES y BIOLÓGICOS PRESENTES EN EL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA.

1.5.1 ¿Qué son los factores psicosociales?

Según la OMS (1948), los factores psicosociales “consisten en interacciones entre, por una parte, el trabajo, el medio ambiente y las condiciones de organización, y por la otra, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo, todo lo cual, a través de percepciones y experiencias, pueden influir en la salud, el rendimiento y la satisfacción en el trabajo.

1.5.2 La familia

La familia es considerada como uno de los más importantes sistemas que favorecen la salud mental y proveen un mejoramiento en la calidad de vida del sujeto. Sin embargo, es frecuente encontrar personas con un problema psicosocial donde se implica fundamentalmente a la familia (Hered, Tipo de familia y ansiedad y depresión, 2017).

La estructura familiar se somete ante un proceso dinámico que varía según la etapa del ciclo vital en que se encuentre o por la influencia de los acontecimientos estresantes que suceden a lo largo de la vida. Esta estructura puede corresponder a alguno de los siguientes tipos de familia: Familia extensa; familia nuclear; familia nuclear con parientes próximos; 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). Más que una estructura familiar es en cómo funciona el sistema familiar el que tendría alguna relación con la aparición de ansiedad en cada uno de los miembros de la familia. Cuando el funcionamiento familiar se altera debido a situaciones emergentes o a la presencia de un miembro identificado con el padecimiento, se requiere que el sistema familiar sea asistido, apoyado y capacitado para afrontar los requerimientos en el ámbito social, individual y grupal (Hered, 2017).

Por último, hay que tener en cuenta que las causas de la ansiedad, tanto como síntomas como trastornos; son multifactoriales. Los factores relacionados con la familia podrían actuar como factores causales en el caso de síntomas reactivos, pero como factores desencadenantes o mantenedores en el caso de los trastornos ansiosos (que presentan una gran predisposición

biológica). El impacto en cada familia puede ser diferente y estar asociado con otros factores psicosociales (Murga, 2017).

1.5.3 Trabajo

La psicología de la salud ocupacional y la medicina del trabajo han realizado múltiples estudios alrededor del mundo (Kawakami & Tsutsumi, 2010; Siegrist, 2008; Van Vegchelet ál, 2005) que el trabajo con altas exigencias de tipo cognitivo, psicológico y emocional, asociado a un escaso control sobre la tarea, bajo apoyo social de pares y jefes, y una deficiente calidad del liderazgo en profesionales que laboran en servicios humanos, está fuertemente asociado con factores de riesgo (Belkic, 2004; Hausseret al., 2010; Juárez, 2007; Smithet al., 2005; Steptoe, Hamer & Chida, 2007).

Varios factores pueden influir en las bajas destrezas de un individuo en sus relaciones interpersonales y de trabajo. Se produce un déficit en el sujeto produciendo una ansiedad crónica, lo cual lo imposibilita para poder continuar con su vida de manera normal.

Algunos de los factores que pueden desencadenar estos trastornos son los siguientes: (BBVA, 2019).

- **La violencia laboral:** se refiere a la violencia ejercida desde una posición de poder contra una persona o un grupo en un ámbito relacionado con el trabajo. En general existen dos tipos de violencia: la física y la psicológica.
- **El acoso laboral:** está estrechamente relacionado con un mal clima en la empresa y un comportamiento negativo entre compañeros de trabajo, incluidos los superiores o directivos.
- **El acoso sexual:** existen dos principales tipos: el quid pro quo o chantaje sexual y el producido por un ambiente hostil.

- **La inseguridad contractual:** se trata de una preocupación constante derivada de la inestabilidad del trabajo y de las condiciones cambiantes del mismo.

1.5.4 FACTORES BIOLÓGICOS

1.5.4.1 Respuestas ansiosas en expresiones motoras

El cuerpo cuando siente ansiedad, produce respuestas motoras, autonómicas y endócrinas. Pudiendo así, ser observables. La respuesta motora en la ansiedad puede ser de lucha o huida (Sierra, et al, 2003).

La respuesta motora de la ansiedad es: la lucha, huida y parálisis, que son aquellas que son las formas de expresión de la angustia, las otras son la autonómica y la endocrinológica, y podría mencionarse la inmunológica (Herlyn, 2011).

Las partes del cerebro, encargadas de esto son: el tálamo, y la amígdala (Herlyn, 2011).

1.5.4.2 Respuestas ansiosas en expresión autonómica

En las respuestas autonómicas, se produce un aumento de la frecuencia cardíaca, percepción del latido cardíaco, aumento de la frecuencia respiratoria, de la tensión arterial, dilatación pupilar o midriasis, mayor velocidad de los reflejos. Haciendo así que la persona reaccione con un estado de alerta o vigilancia, en guardia y lista para atacar o salir corriendo. Sin embargo, también se puede producir, reacciones, como bradicardia, o disminución del ritmo cardíaco (Herlyn, 2011).

Las partes del cerebro, encargados de esto son:

- Los núcleos del tronco encefálico y la amígdala para respuestas de activación simpática.
- Los núcleos bulbares, se encargan de la respuesta parasimpática

(Herlyn, 2011).

1.5.4.3 Respuestas ansiosas, frente a neurotransmisores

Se implica a la dopamina en los estados de ansiedad, pues los sistemas dopaminérgicos mesocortical y mesolímbico probablemente contribuyen a mantener la atención, la ideación, el control del pensamiento y la conducta social de apego, que se alteran fácilmente con el estrés o angustia.

Por otro lado, las catecolaminas, las neuronas colinérgicas del telencéfalo basal y del ponto mesencéfalo, a través de sus proyecciones directas a la corteza y de sus conexiones talámicas, desempeñan un importante papel en el funcionamiento del sistema reticular activador ascendente, que mantiene el tono general de alerta o de vigilia, de la misma manera, al ser afectadas estas, puede crearse un desbalance neuroquímico, causando ansiedad (Añel, et al.,

1.6 CONCLUSIONES

En el análisis del presente proyecto investigativo se identificó que el trastorno de ansiedad generalizada se encuentra latente en la sociedad actual, la falta de información acerca de la salud mental hace que se normalice ciertos síntomas presentes en el trastorno, lo cual perjudica para poder llevar una buena calidad de vida.

Se puede evidenciar que este trastorno, está asociado con cierta afectación del estado mental, social y la salud en general del individuo, interfiriendo de esta manera en sus actividades diarias. Por consiguiente, las distintas maneras en las que se experimentan ansiedad y de la manera en la que lo percibe, a menudo están influenciadas por posibles variables sociodemográficas como, por ejemplo: edad, sexo, educación, y trabajo

Finalmente, las causas de un trastorno de ansiedad generalizada pueden tornarse complicadas ya que implica muchos factores, tanto biológicos, psicológicos y sociales. Por lo

tanto, es importante conocer el ambiente en el que el individuo se ha desarrollado, factores estresantes, sus creencias y su estilo de vida. Se puede asumir entonces que los mismos factores de riesgo que podrían existir en un área rural, no serían los mismos que amenazaron en la zona urbana.

CAPITULO II

2.0 METODOLÓGIA

En el presente trabajo, se utilizará el enfoque cuantitativo, nuestra investigación es no experimental, descriptivo con alcance relacional, de corte transversal.

El universo está conformado por 14.085 habitantes, que equivale a 93.1% de su población en la zona rural, en la siguiente investigación se obtuvo una muestra polietápica de 725 adultos los cuales 238 son hombres y 487 mujeres.

2.1 Objetivo de la investigación

2.1.1 Objetivo general

Determinar la prevalencia de ansiedad generalizada y su relación con factores sociodemográficos en adultos del cantón Nabón.

2.1.1 Objetivos específicos:

- Evaluar la presencia de síntomas de Ansiedad Generalizada en adultos del cantón Nabón.
- Identificar factores sociodemográficos en los adultos del cantón Nabón.
- Relacionar la presencia de ansiedad generalizada con los factores sociodemográficos

2.2.2.1 Instrumento

La investigación presente utilizará los siguientes instrumentos: mini entrevista neuropsiquiátrica internacional (MINI) y la ficha sociodemográfica.

Se han realizado estudios de validez y de confiabilidad comparando la MINI con el SCID-

P para el DSM-III-R y el CIDI (una entrevista estructurada desarrollada por la Organización Mundial de la Salud. Los resultados de estos estudios demuestran que la MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta, pero puede ser administrada en un período de tiempo mucho más breve (promedio de $18,7 \pm 11,6$ minutos, media 15 minutos) y debe ser utilizada por clínicos tras una breve sesión de entrenamiento, mientras que entrevistadores no clínicos deben recibir un entrenamiento más intenso (Ferrando, Bobes, & Gilbert, 2000).

En la presente investigación se utilizará el módulo O (Ansiedad Generalizada)

2.2.2.2 Ficha sociodemográfica:

Instrumento nos permite la identificación de las variables demográficas como: género, edad, estado civil, instrucción, situación laboral actual, migración de un miembro del grupo primario, residencia, etc.

Procedimiento

La fecha de recolección de datos fue desde el 13 de marzo del 2021, hasta el 28 de noviembre del 2021, residentes en el cantón Nabón de la provincia del Azuay (Zhiña, Rañas, Cochapata, El Progreso, Morasloma y Nabón centro). Estos serán seleccionados de manera aleatoria con la posibilidad de evaluar pacientes quienes presentan o presentaron algún tipo de trastorno de salud mental, que en este caso será el trastorno de ansiedad generalizada en adultos y con ello poder aproximarnos a la realidad de la salud mental en el país.

CAPITULO III

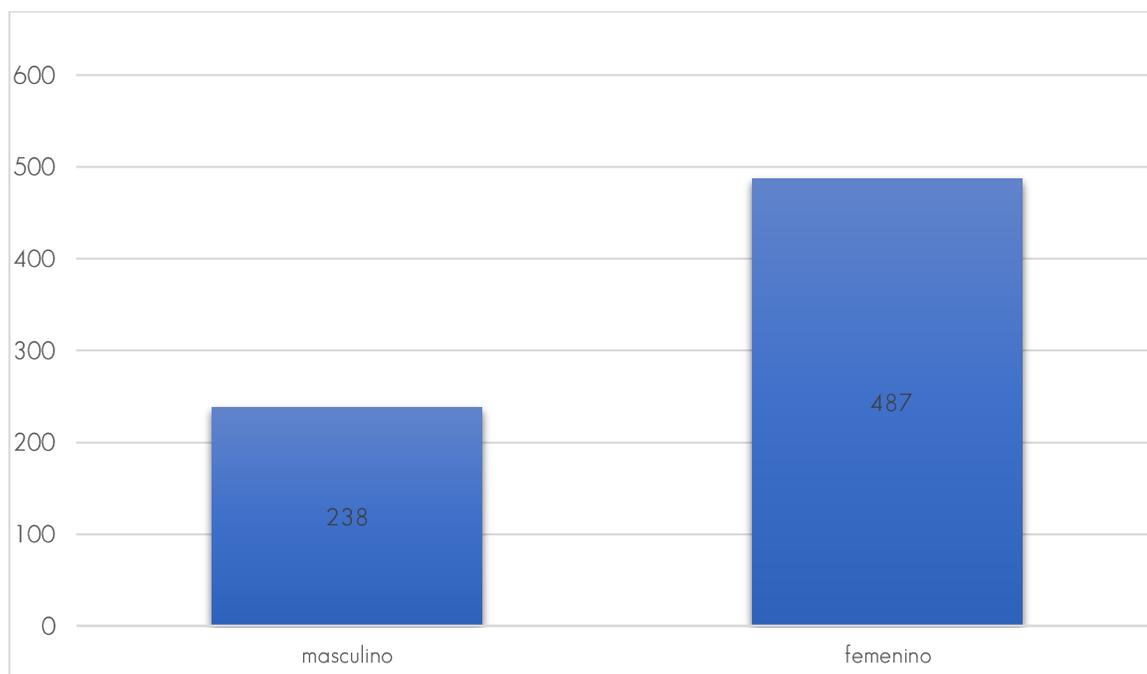
3.1 ANALISIS DE RESULTADOS

Se llevaron a cabo un total de 725, entrevistas de forma presencial con la implementación de las medidas de bioseguridad para evitar el contagio y/o la propagación del Covid-19; a adultos de rango de edad de 20 a 40, la mayoría de adultos de género femenino. Se contó con una muestra total de 725 participantes, posteriormente se aplicó el test mini entrevista neuropsiquiátrica internacional (MINI) modulo O en su versión original.

3.1.1 Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas

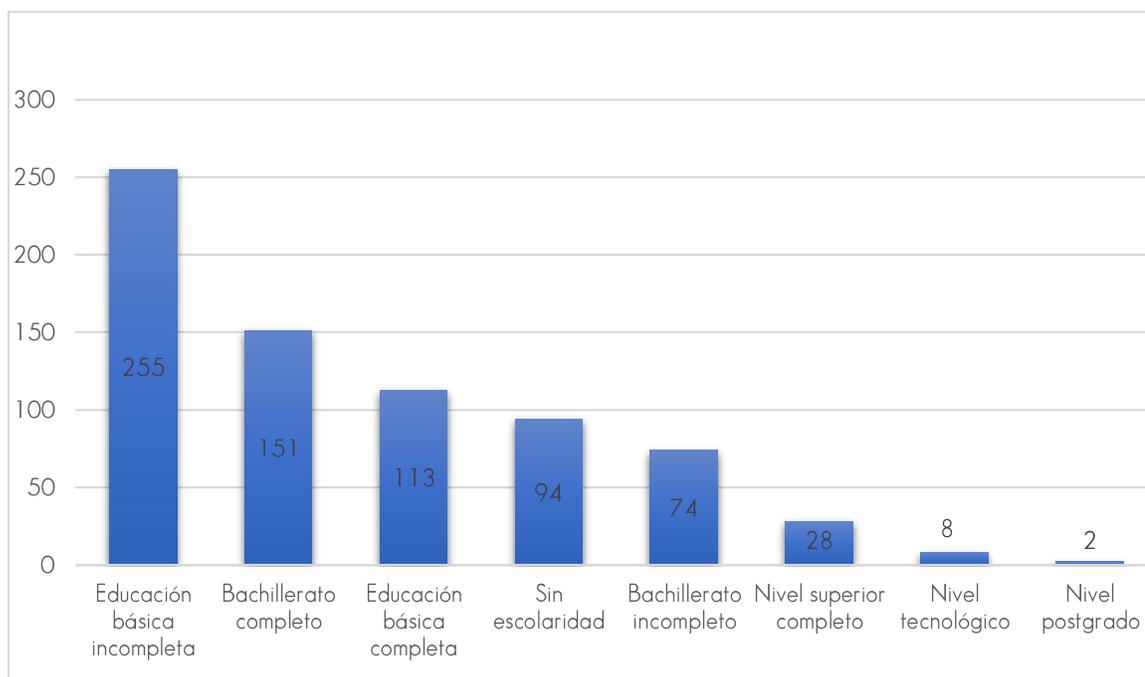
3.1.1.1 Análisis de resultados de manera general en los resultados sociodemográficos en las

Figura 1. *Frecuencias de la Muestra por Género*

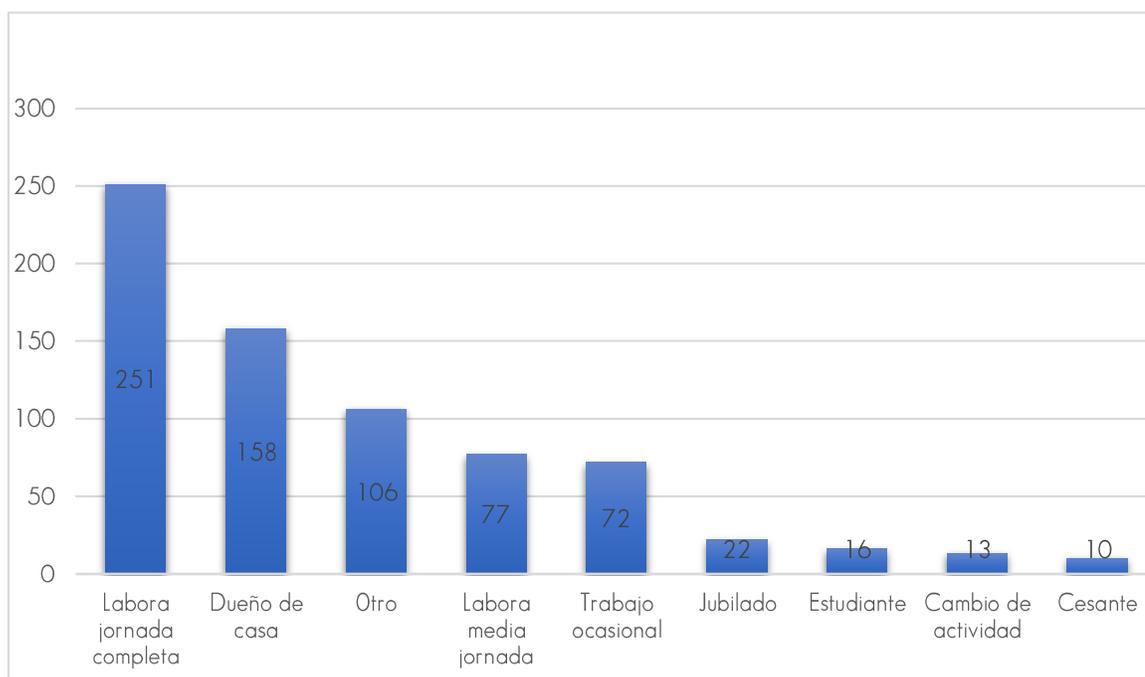


En la Figura 1, se puede observar que la población evaluada fue en su mayoría del sexo femenino con un 67.2% (n=487) frente al sexo masculino con un 33% (n=238)

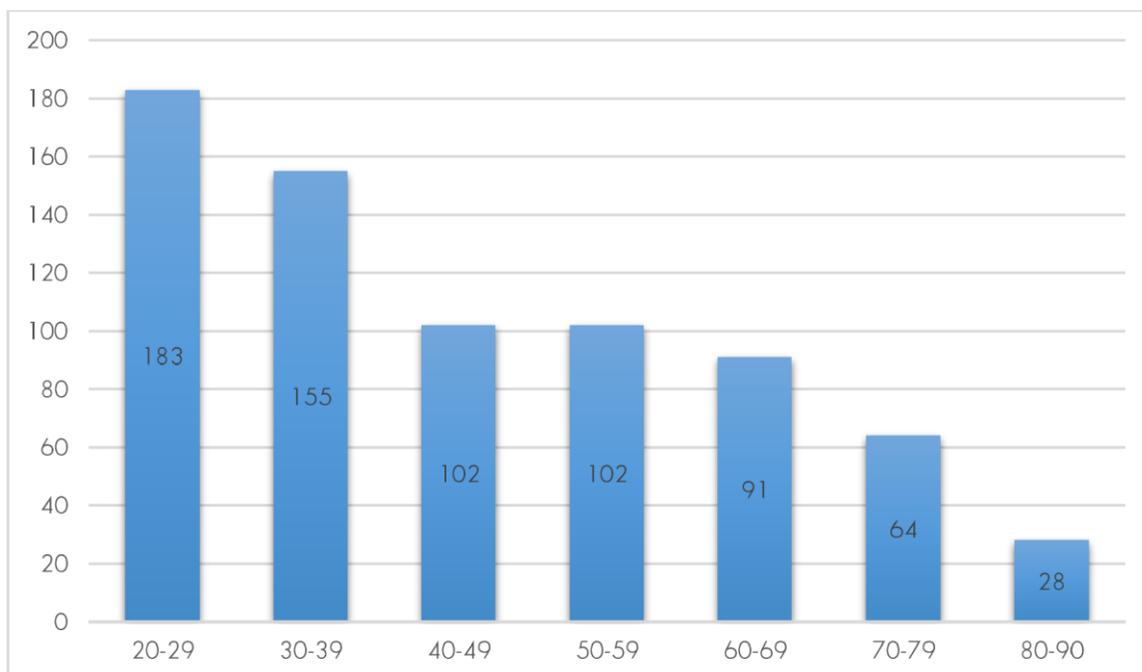
Figura 2. Frecuencias de la Muestra por Instrucción.



Como se aprecia en la figura 2 la mayoría de la población no han completado la educación básica evidenciando el 35.2% (n=255), el 21% han terminado el bachillerato, el 16% terminaron la educación básica, el 13% sin escolaridad, bachillerato incompleto con el 10%, nivel superior completo 3,9%, nivel tecnológico 1.1% y en el nivel post grado hay 2 personas con el 0,3%.

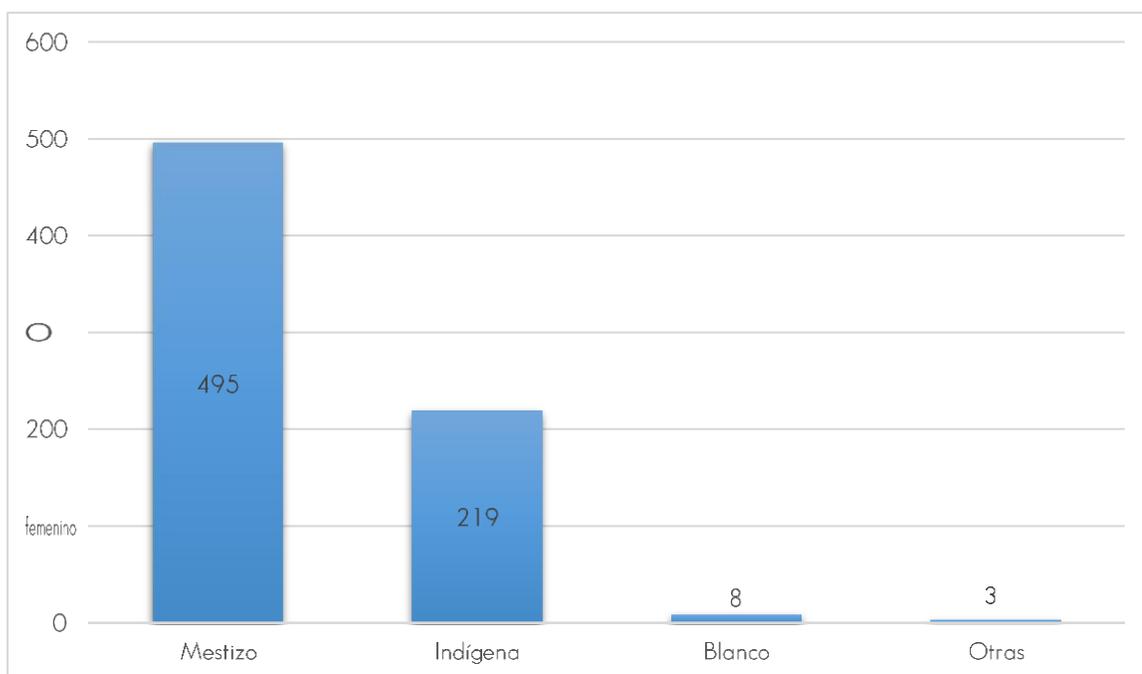
Figura 3 Frecuencias de la Muestra por Situación Laboral

Como se observa en la figura 3, la población evaluada con el 34,6% labora jornada completa, dueños de casa 21,8%, otro 14,6%, personas que laboran media jornada representan el 10,6%, en trabajo ocasional el 9,9%, con el 3% de población se encuentran jubilados, el 2,2%, representan estudiantes, 1,8% personas con cambio de actividad, y cesantes el 1,4%.

Figura 4 *Frecuencias de la Muestra por Edades*

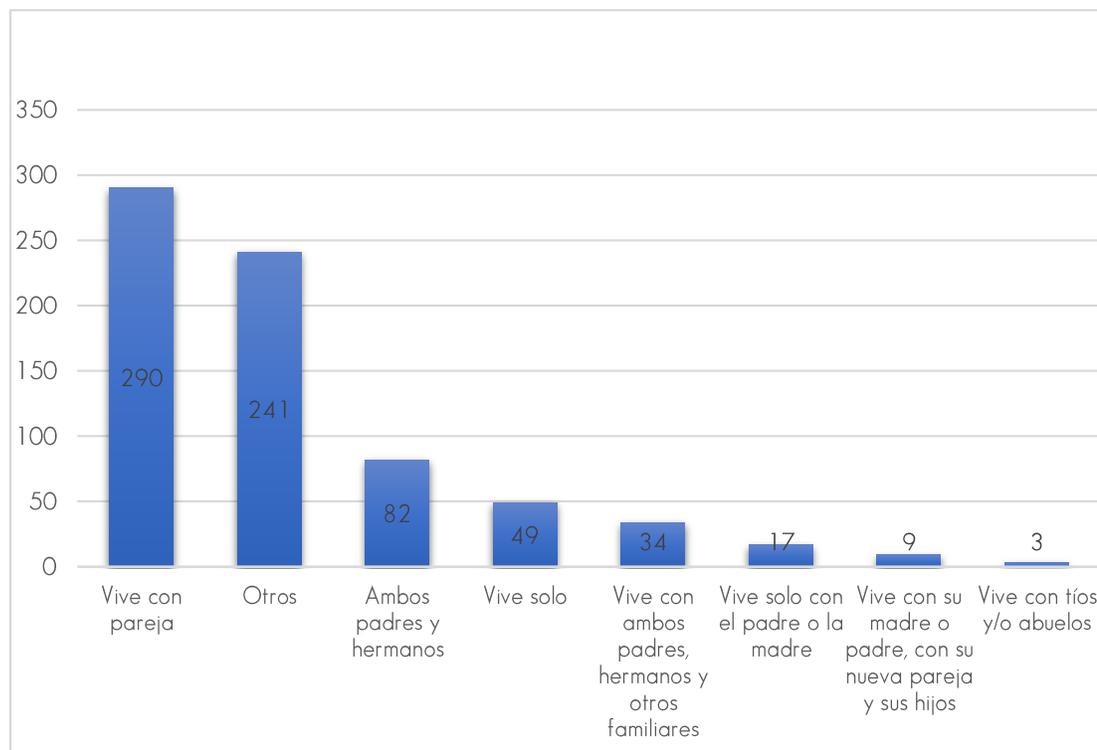
En la figura 4 se muestra que el 25. % tienen de 20-29 años, con 30-39 años está el 21%, de 40-49 años el 14.1%, de 50-59 14%, de 60-69 años hay el 12.6%, representando 31.9% personas de 70-79 y de 80-90 el 4%.

Figura 5 Frecuencias de la Muestra por Etnia

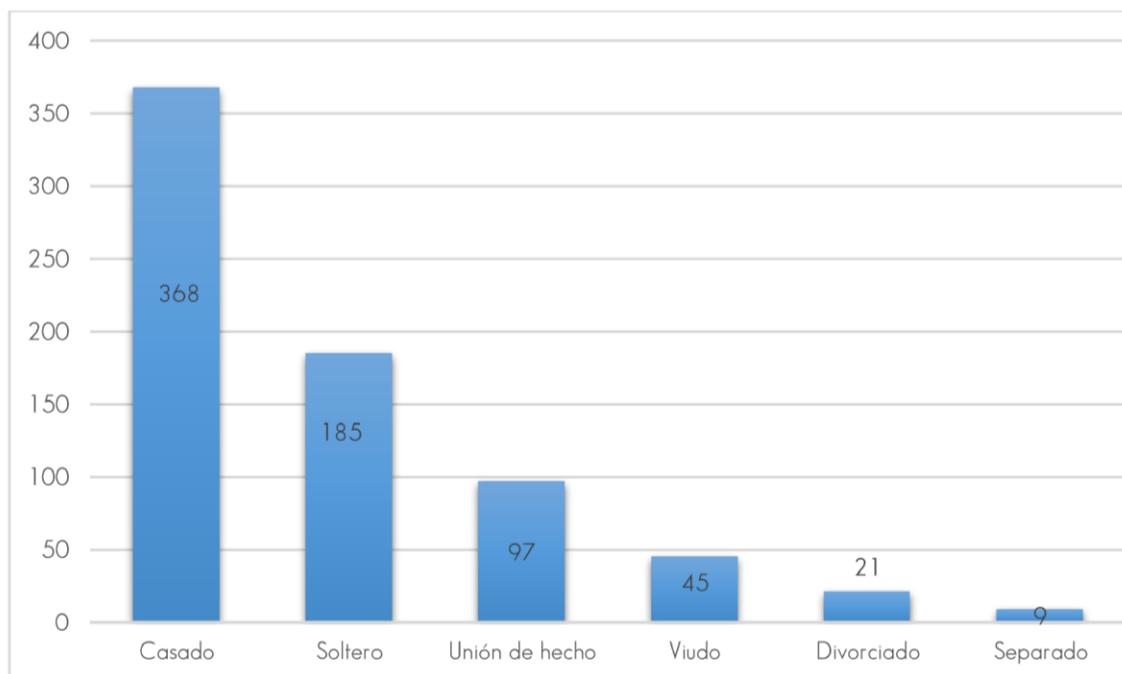


En la figura 5, se evidencia que de los 725 participantes, 495 con un porcentaje de 68.3% son mestizos, con etnia indígena 219 personas con un porcentaje de 30.2%, en blancos, hay 8 personas con un porcentaje de 1.1% y 0.4% de porcentaje otras.

Figura 6 Frecuencias de la Muestra de Vive con.

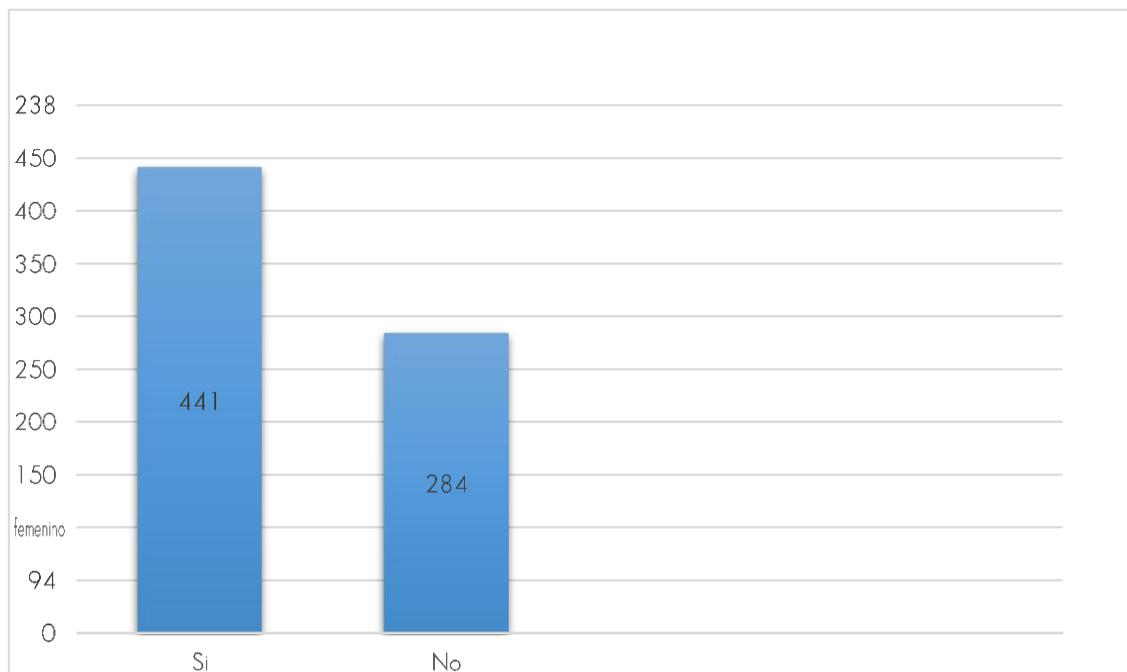


En la figura 6, se evidencia con un porcentaje de 40% la población evaluada viven con su pareja, el 33% viven con ambos padres y hermanos, el 11% viven solas, el 6.8%, viven con ambos padres, hermanos y otros familiares, el 5% de personas viven solo con el padre o la madre, el 2% viven con su madre o padre, con su nueva pareja y sus hijos el 1%, y por último el 1% vive con tíos y/o abuelos.

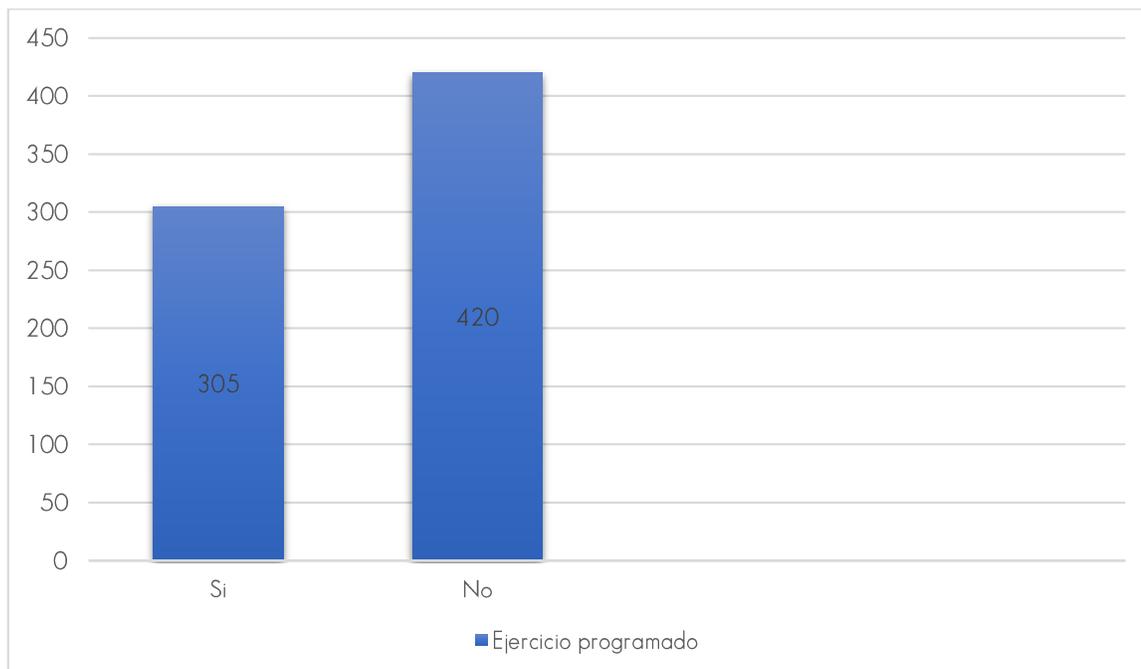
Figura 7 Frecuencias de muestra de estado civil

En la figura 7, se evidencia que el 51% de las personas evaluadas están casados, solteros el 26%, en unión libre el 13% de porcentaje, personas viudas 6%, divorciadas 3%, y separados hay representan el 1% .

Figura 8 Frecuencias de la Muestra Vive con Pareja

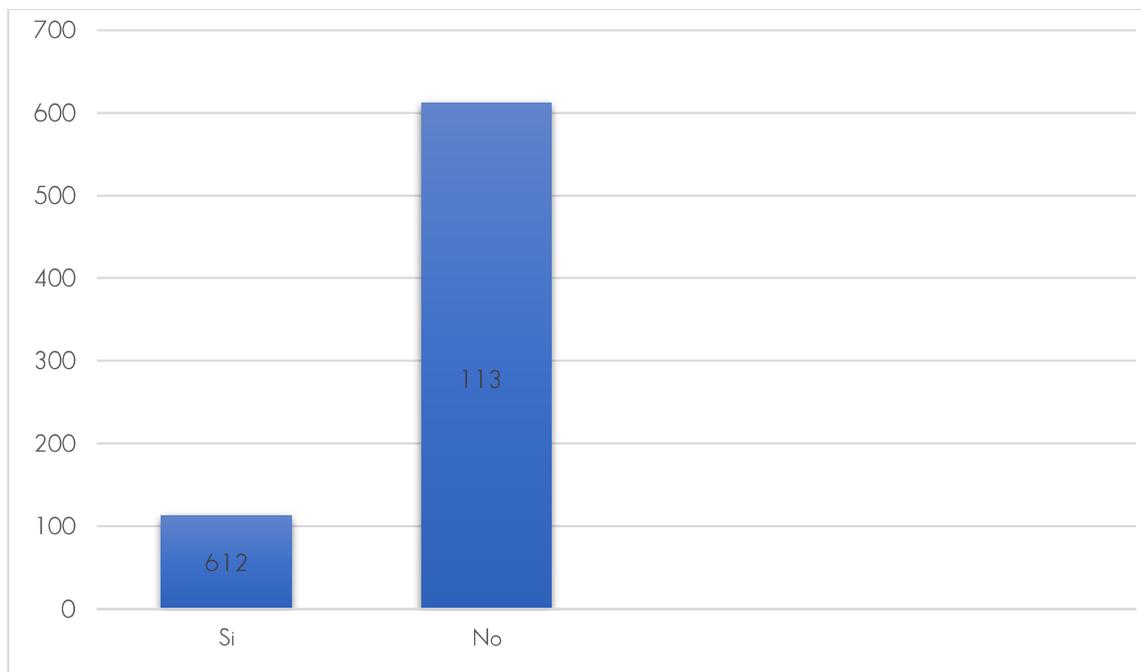


Como se aprecia en la figura 8 la mayor cantidad de la población vive con su pareja 61% (n=441), y el 39% (n=284) no.

Figura 9 Frecuencias de la Muestra Ejercicio Programado

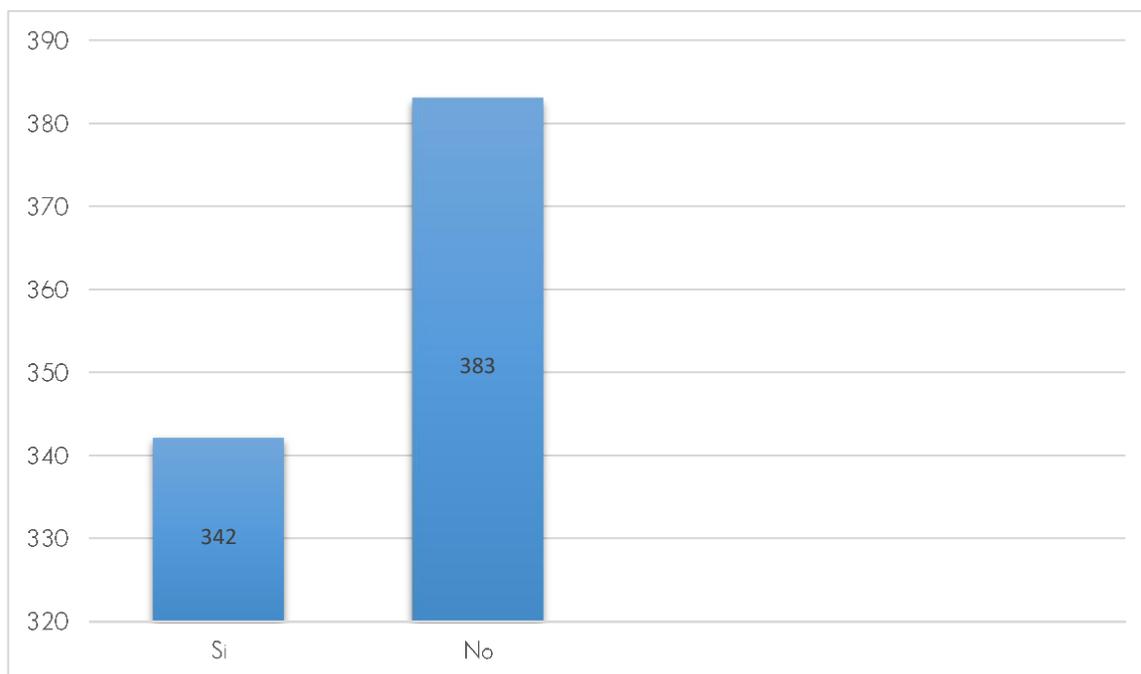
En la figura 9 se observa que el 58% de las personas evaluadas programan sus ejercicios, mientras que el 42% (n=420) no lo realizan.

Figura 10 *Frecuencias de la muestra Familiar en Tratamiento de Salud Mental*

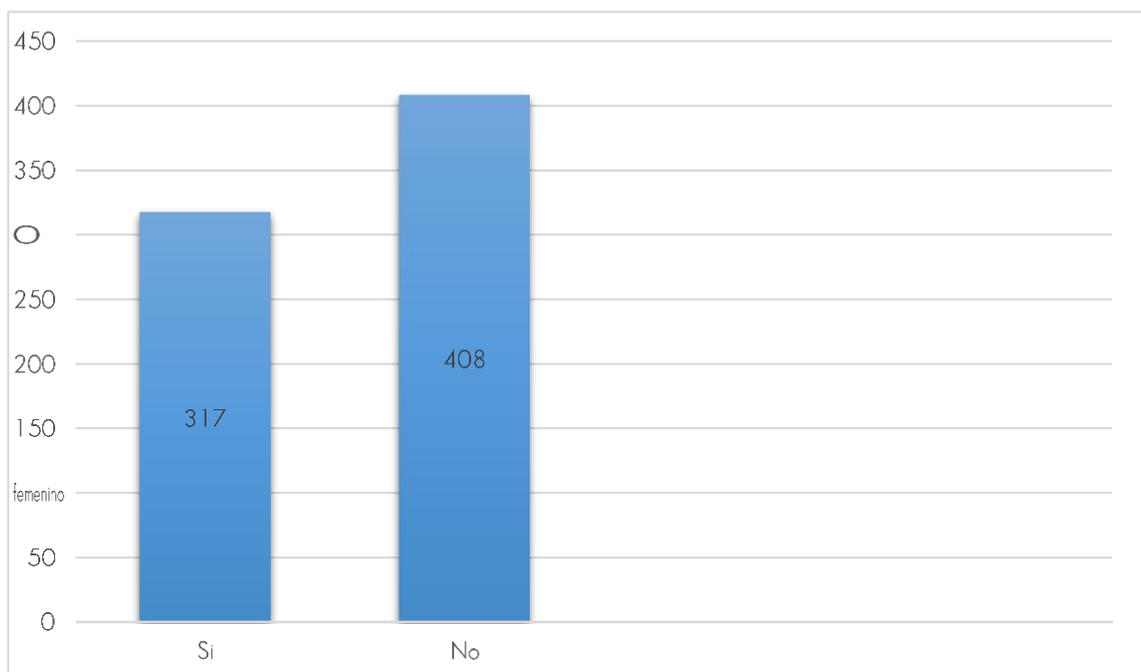


Como se indica en la figura 10, el 84% de personas respondieron afirmativamente y el 16% indicaron que no presentan ningún familiar con alguna enfermedad mental.

Figura 11 *Frecuencias de la Muestra Estado Psicológico Afectado por la Pandemia*

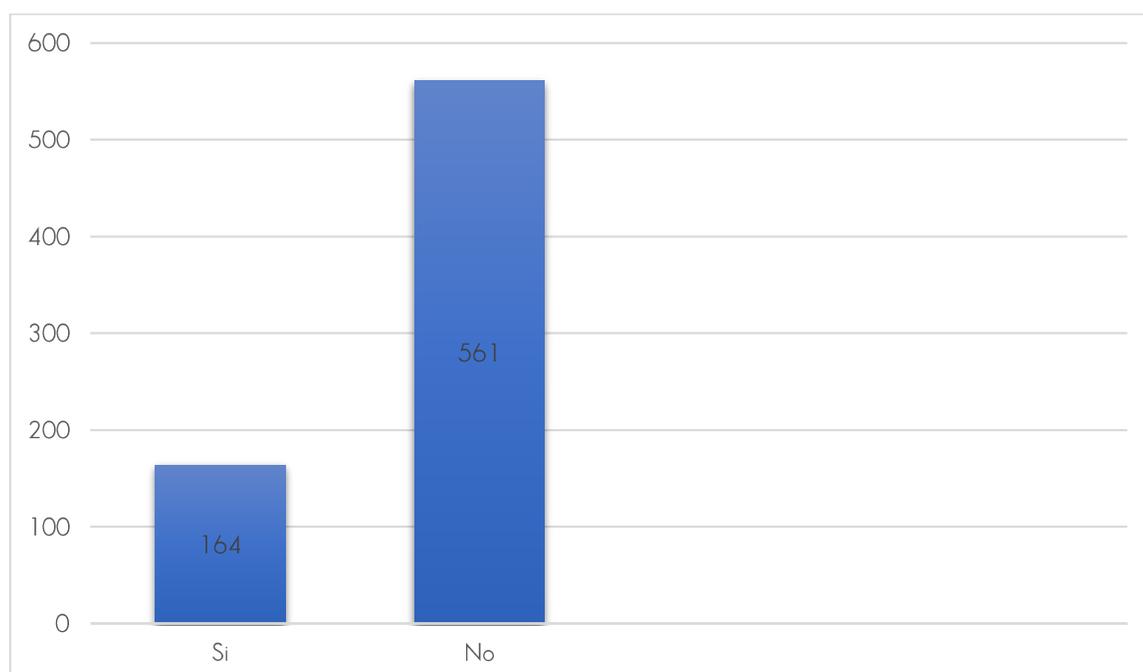


Como se indica en la figura 11 la mayoría de la población manifestaron no haber tenido alguna afección psicológica por la pandemia, mientras que las 342 personas restantes sí.

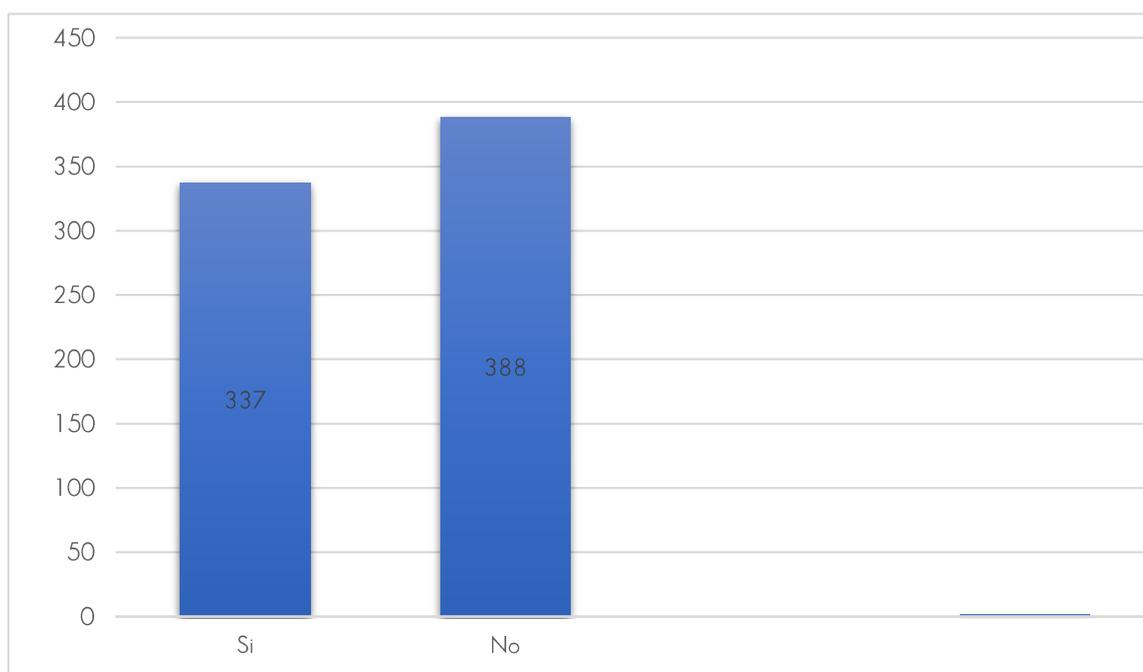
Figura 12 *Frecuencias de la Muestra Migración Familiar*

Como se observa en la figura 12, la población evaluada manifiesta que el 56% (n=408) no han atravesado por una situación de migración en su familia, mientras que la población restante con el 44% (n=317) si han atravesado por esta situación.

Figura 13 *Frecuencias de la Muestra han Sufrido Discriminación*



En la figura 13 se aprecia que el 77% de las personas evaluadas no han pasado por una situación de discriminación, mientras que el 23% restante sí.

Figura 14 *Frecuencias de la Muestra Deuda Familiar*

Como se expone en la figura 14, el 54% (n=388) de la población evaluada padecen de deudas familiares, mientras que el 46% (n=337) de personas restantes sí.

3.1.1.2 ANALISIS DE RESULTADOS SOCIODEMOGRAFICOS EN EL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

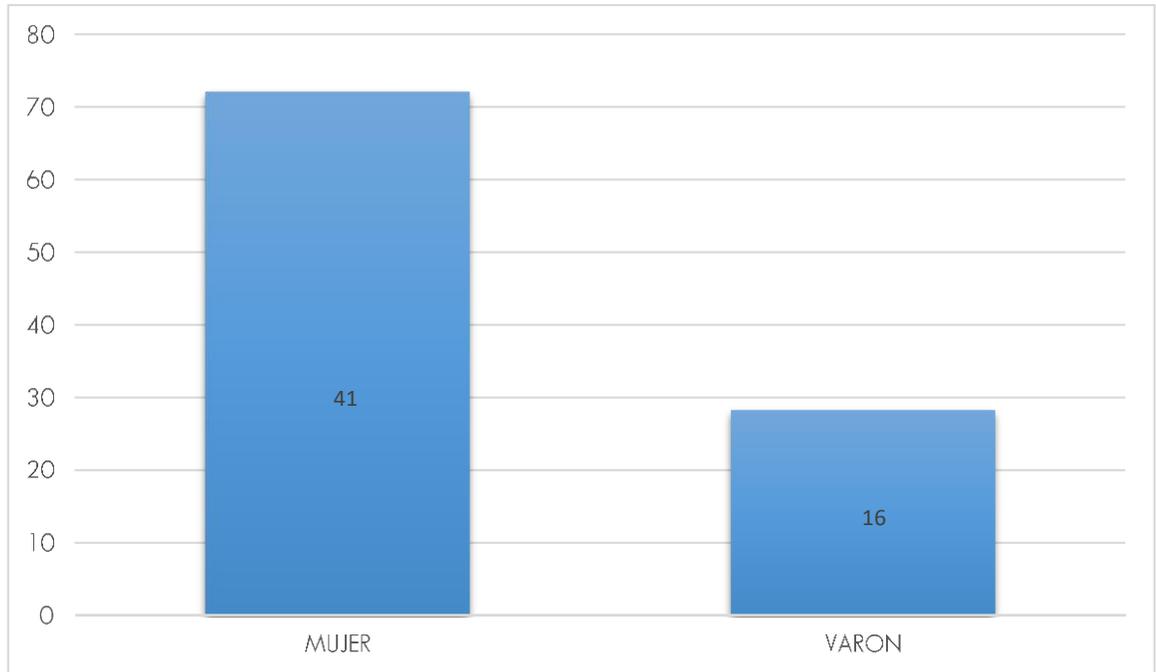
Se realizó la recolección de datos del trastorno de ansiedad generalizada en el cantón Nabón, en donde se llegó a los siguientes resultados:

Tabla 1 *Datos del trastorno de ansiedad generalizada en el cantón Nabón, prevalencia Ansiedad Generalizada*

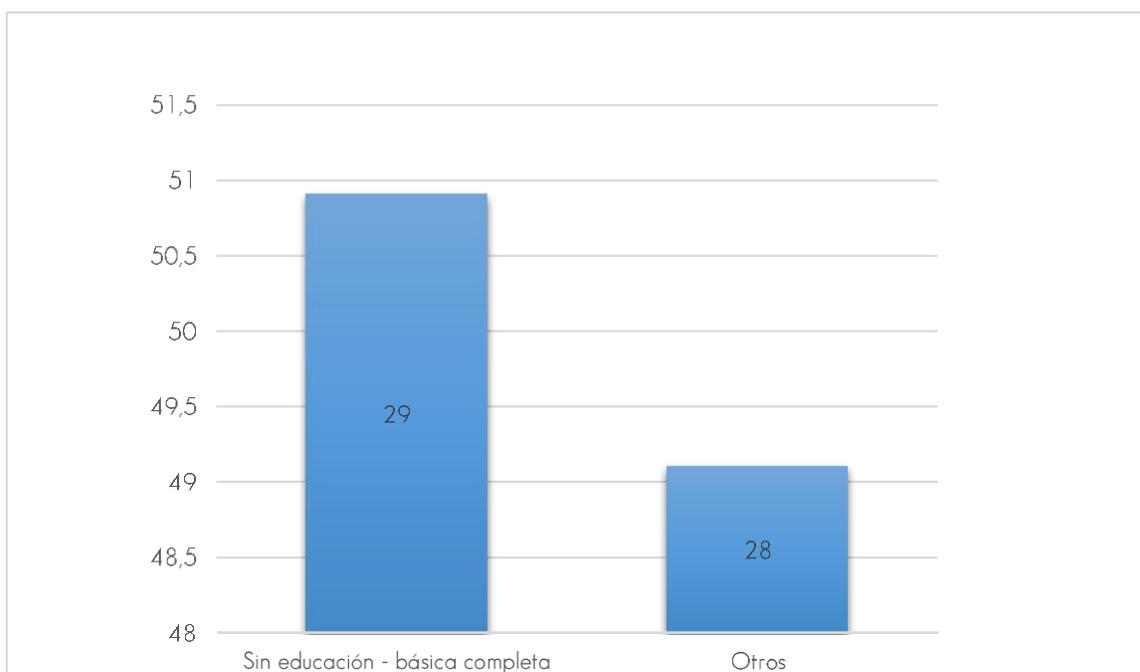
	Frecuencia	Porcentaje
Si	57	7.90
No	680	92.10
Total	725	100.00

De los 725 participantes, el 7.90% que corresponde a 57 participantes, tienen ansiedad generalizada, mientras que el 92.10% que corresponde a 680 participantes, no tienen ansiedad generalizada.

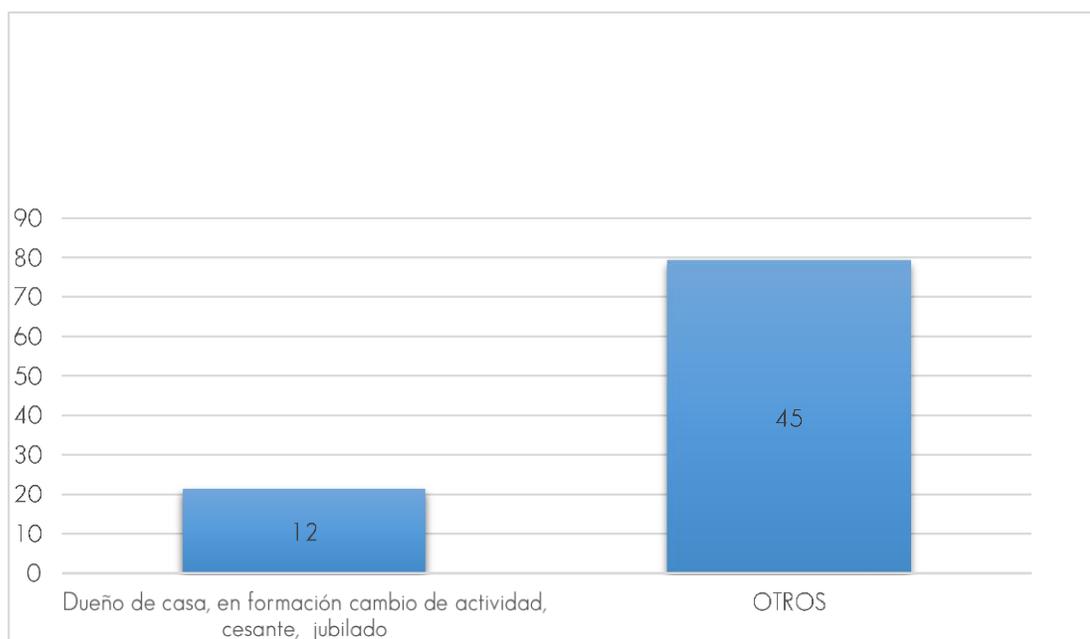
Figura 15 *Frecuencias de la Muestra por Género*



Como se puede ver en la figura 15, la población que padece con más frecuencia ansiedad generalizada es el sexo femenino con el 72% y, por otro lado, el sexo masculino con el 28%.

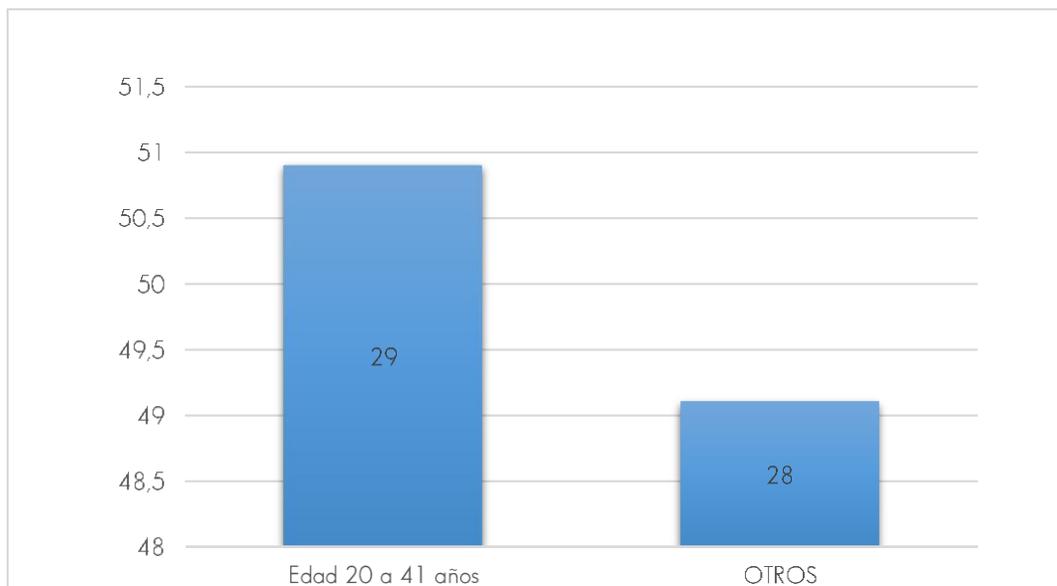
Figura 16 *Frecuencias de la Muestra por Instrucción*

Como se visualiza en la figura 16, el 51 % de las personas evaluadas no han terminado su educación básica, y el 49% presenta otro tipo de instrucción.

Figura 17 *Frecuencias de la Muestra por Situación Laboral*

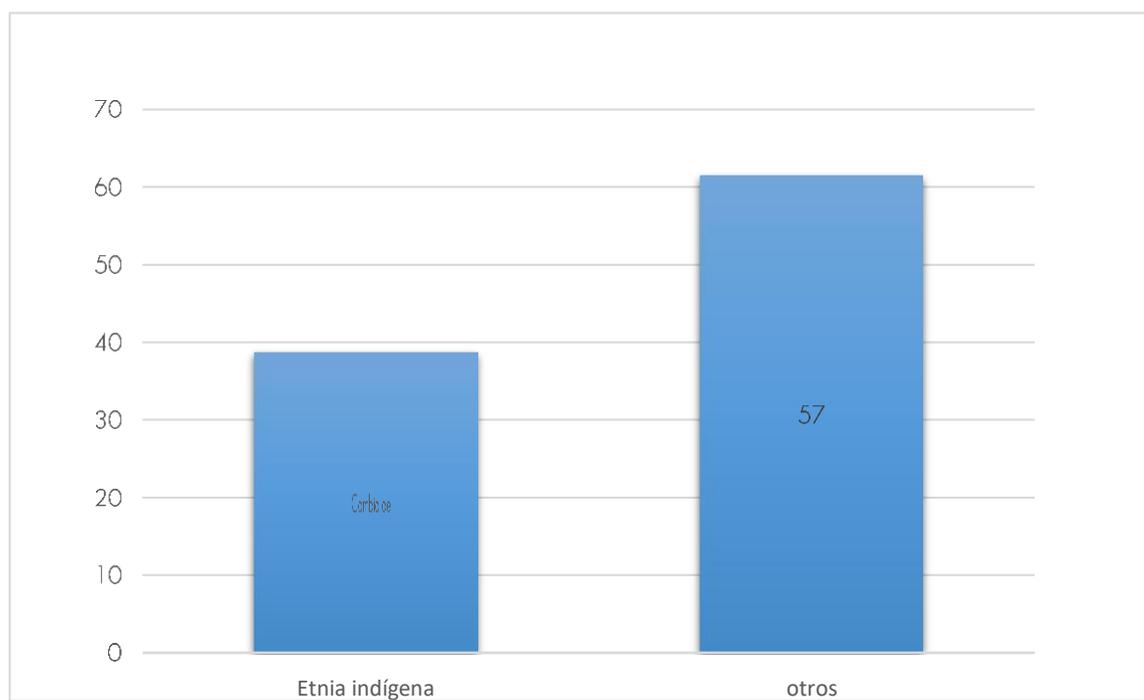
Como se indica en la figura 17, la población evaluada indica que el 21% (n=12) son dueños de casa, en formación cambio de actividad, cesante y jubilados, mientras que el 79% (n=45) manifiesta que otros.

Figura 18 *Frecuencias de la Muestra por Edad*

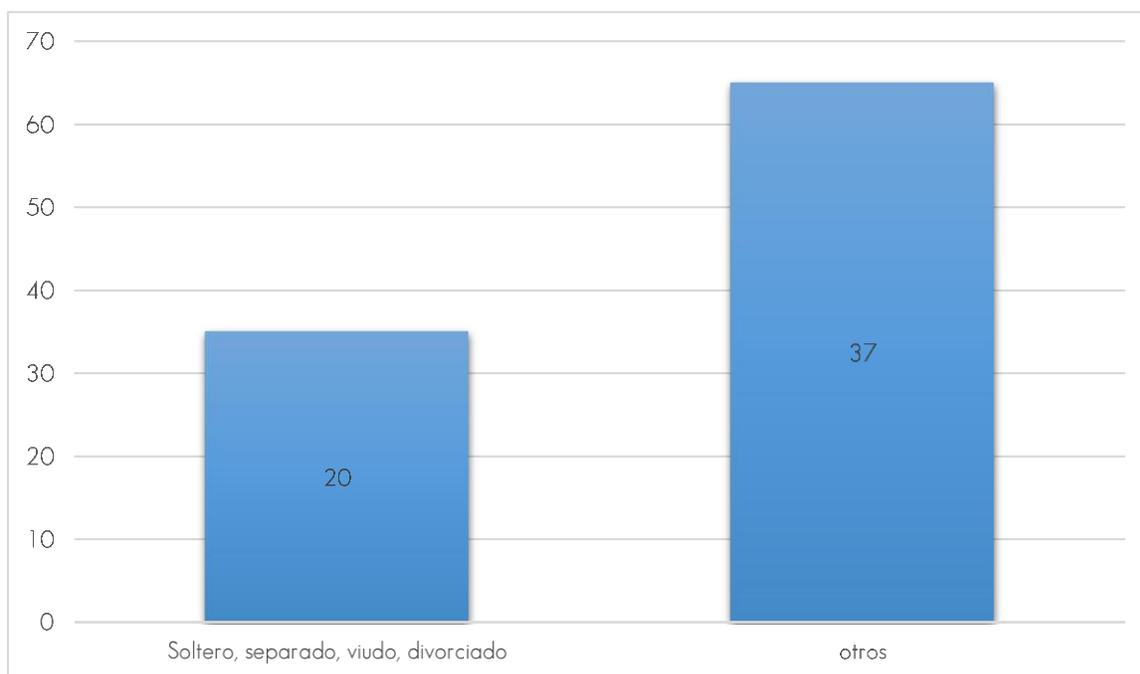


En la presente figura 18, se observa que las edades más frecuentes que padecen ansiedad generalizada son de 20 a 42 años con el 51%, mientras que con el 41% de la población restante son de otras edades.

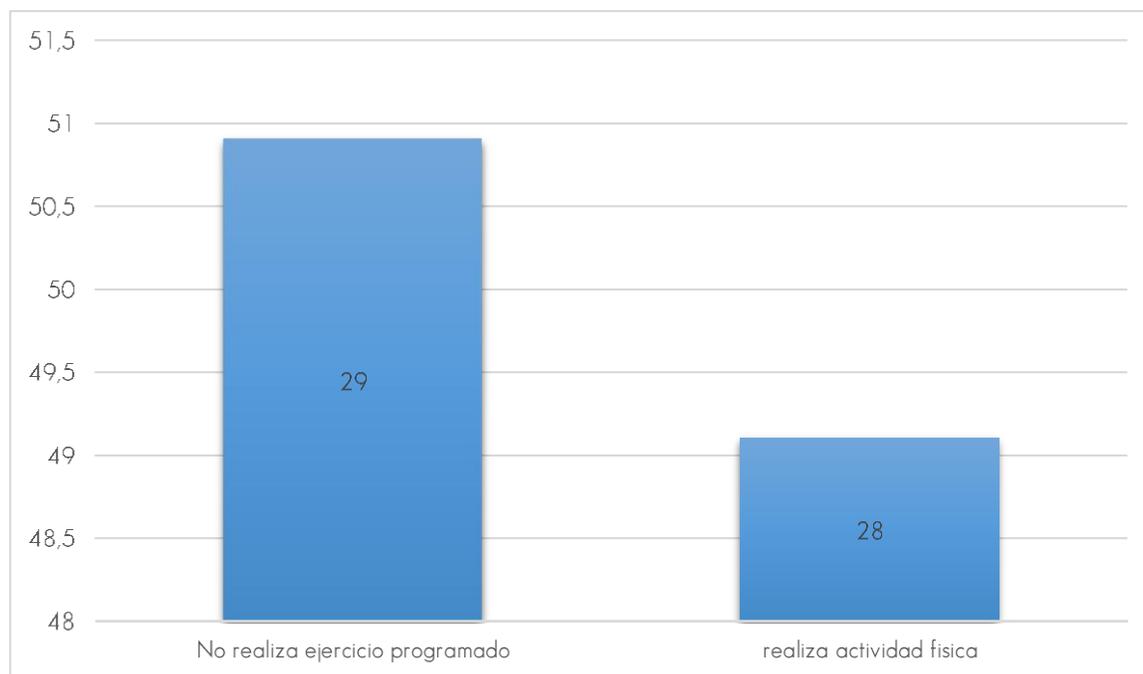
Figura 19 *Frecuencias de la Muestra Etnia*



En la presente figura 19, se muestra que el 39% de la población evaluada son de etnia indígena y el 61% se identifican con otras etnias.

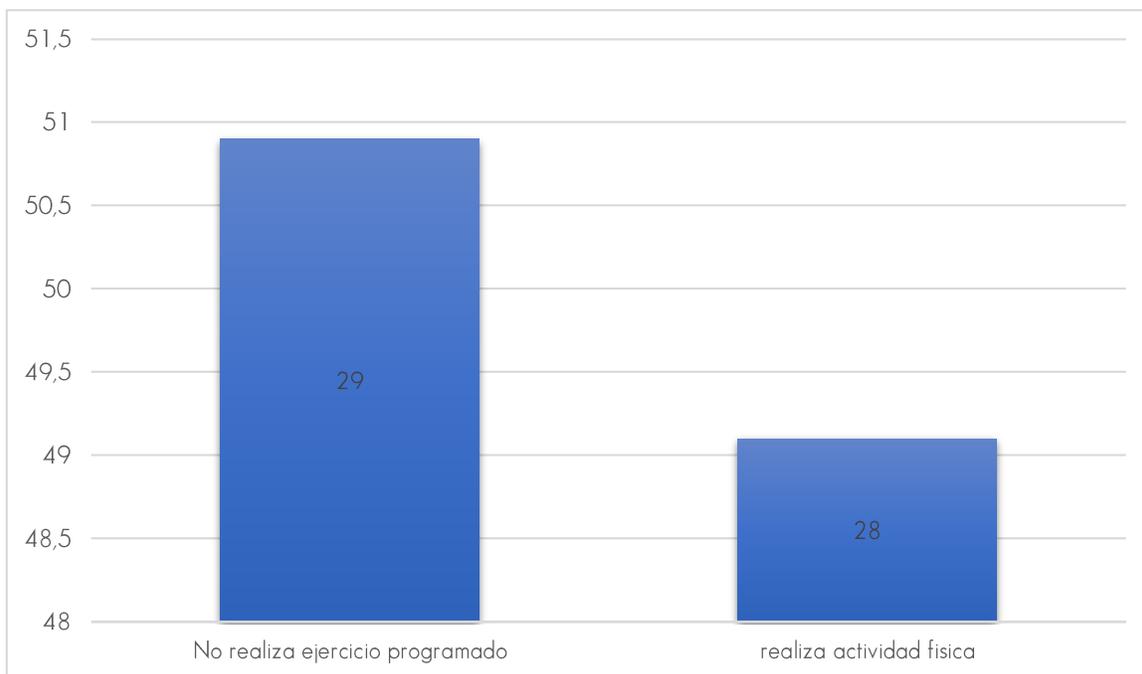
Figura 20 *Frecuencias del Estado Civil*

En la figura 20, se evidencia que el 35% de las personas evaluadas son solteros, separados, viudos, divorciados, mientras que el 65% tienen otro estado civil.

Figura 21 *Frecuencias de Ejercicio Programado*

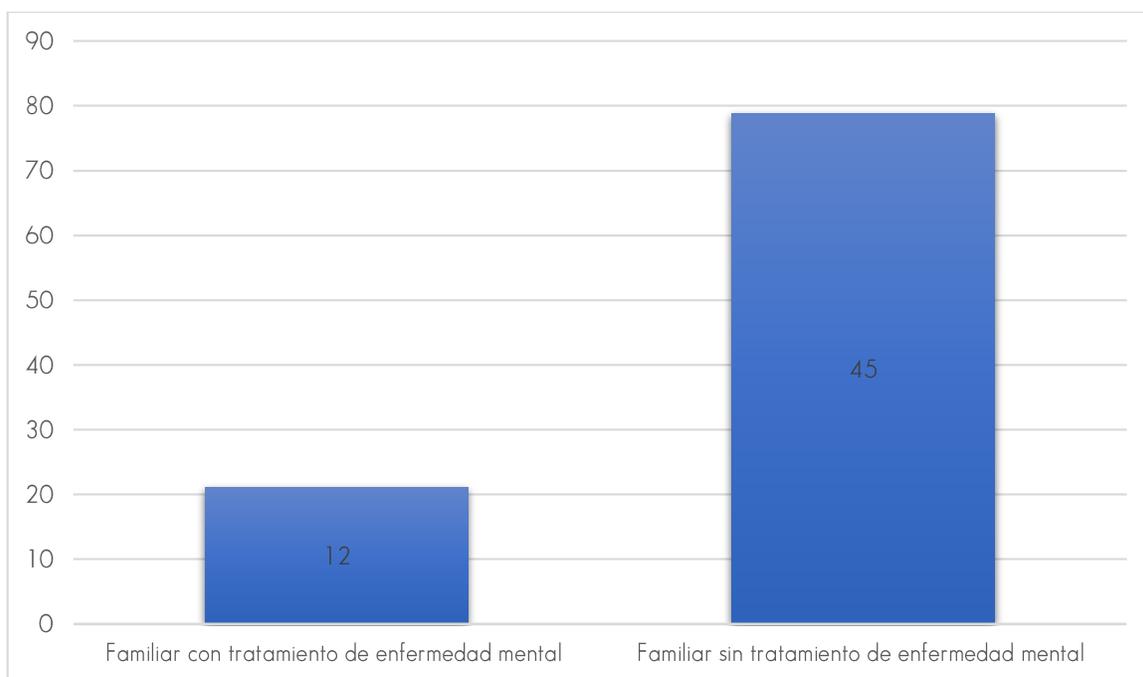
Se evidencia que el 51% de la población evaluada no tienen un ejercicio programado, mientras que el 49% de personas sí.

Figura 22. *Frecuencias de Ejercicio Programado*



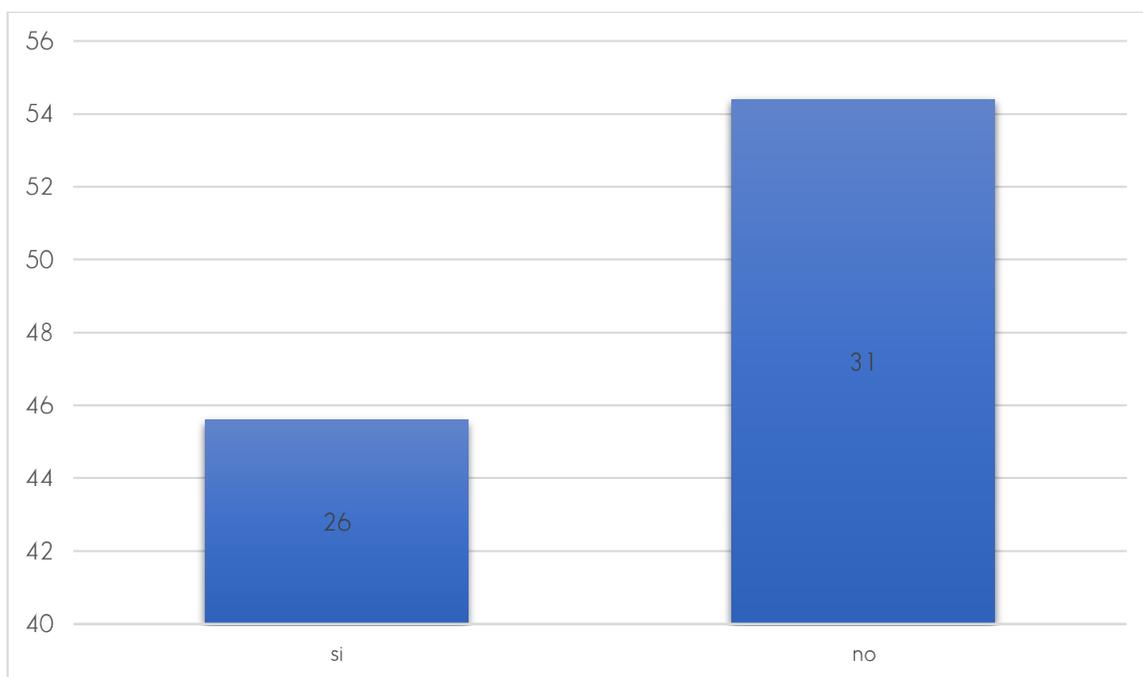
En la figura 22, se evidencia que el 51% de la población evaluada no tienen un ejercicio programado, mientras que el 49% de personas sí.

Figura 23. *Frecuencias de Familias en Tratamiento de Salud Mental*



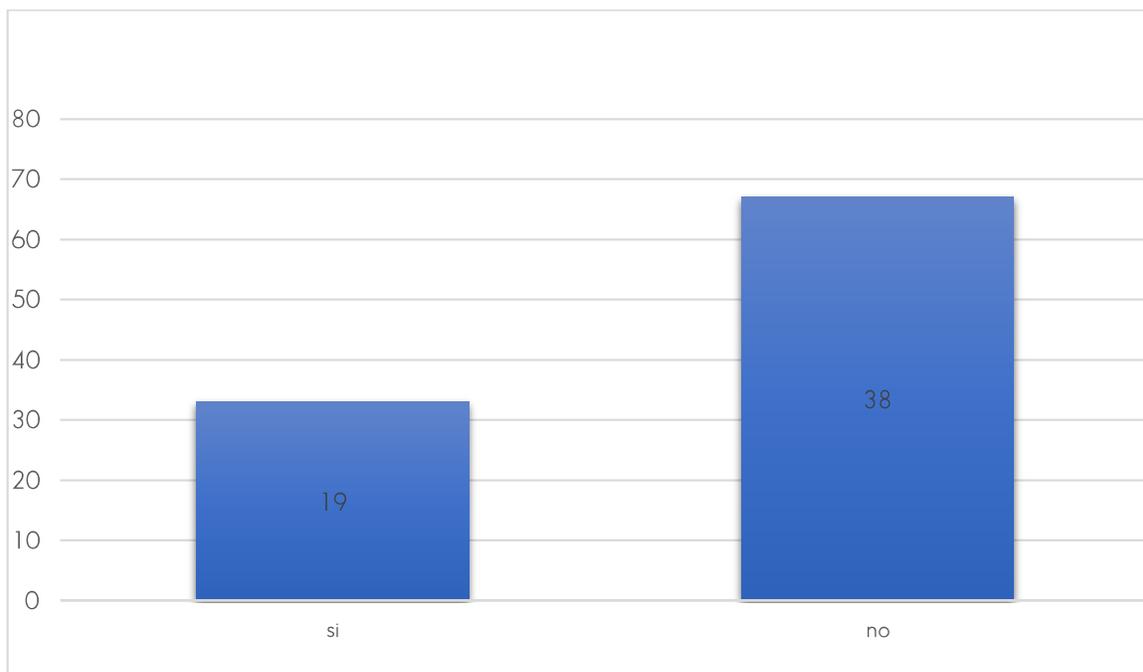
Como se aprecia en la figura 23, el 79% de las personas evaluadas manifiestan que tienen familiares que no han recibido tratamiento por una enfermedad mental, y el 21% de la población si han recibido.

Figura 24. *Frecuencias de Estado Psicológico Afectado por la Pandemia*



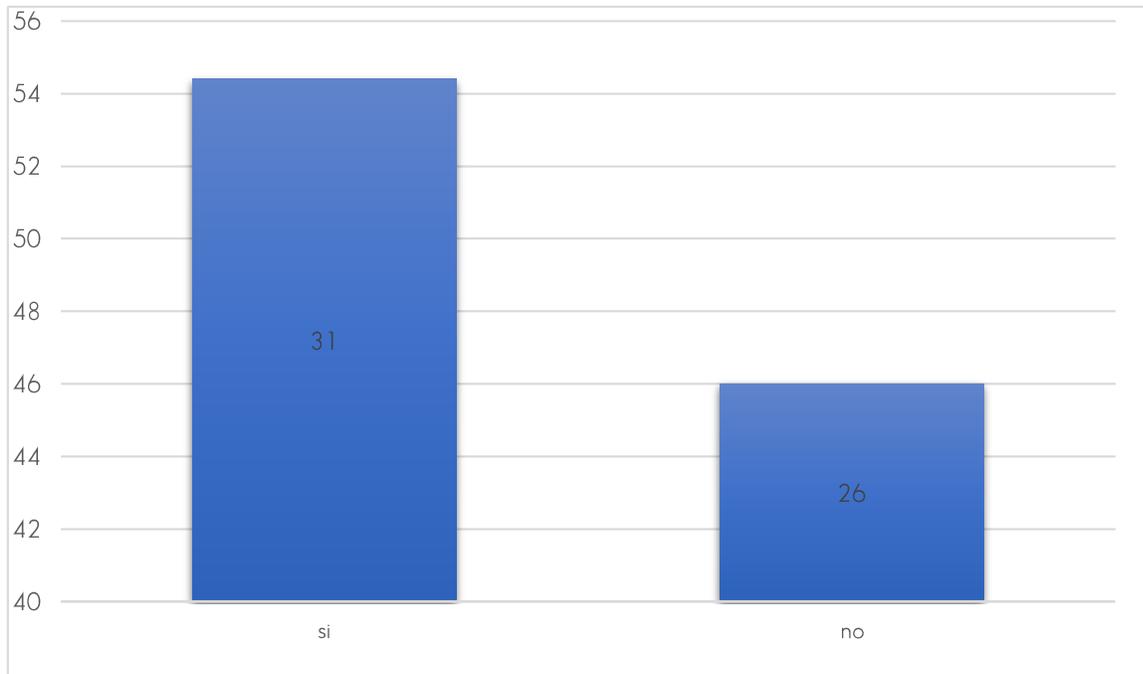
En la figura 24, se muestra que el 46% de la población evaluada han sido afectadas en su estado psicológico por la pandemia, y el 54% no.

Figura 25. *Frecuencias de Discriminación*



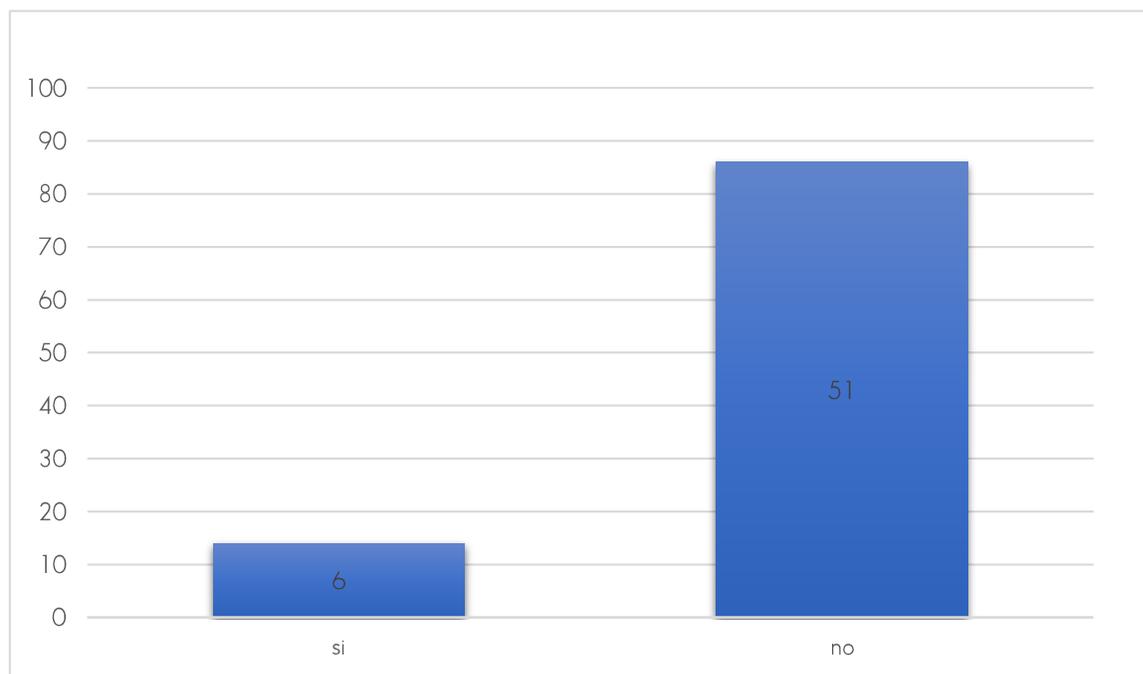
En la figura 25 se evidencia que el 33% de la población si han sufrido ansiedad y el 67% no.

Figura 26. *Frecuencias de Deuda Familiar*



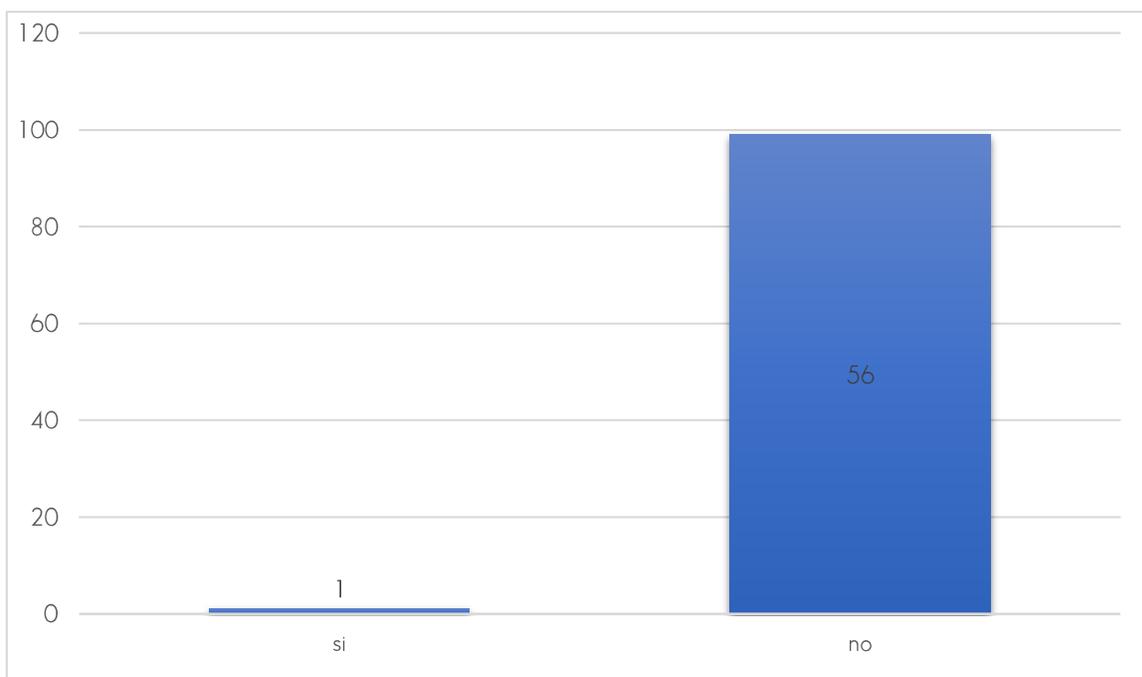
En el presente gráfico se muestra que la población evaluada con el 54% sufre más ansiedad generalizada con deudas familiares, mientras que el 46% de las personas restantes no tienen deudas.

Figura 27. Frecuencias de Disfunción Familiar



Como se evidencia en la figura 27 se observa que el 86% de las personas evaluadas tienen una disfunción familiar y el 14% no.

Figura 28. *Frecuencias de Consumo Problemático de Alcohol*



En la presente figura 28, se observa que el 99% de la población no presenta un consumo problemático de alcohol, mientras que el 1%.

Tabla 2 *Relación entre ansiedad generalizada y factores sociodemográficos*

Variable	TAG		Estadísticos				
	No IC 95%	%	Chi 2	p	OR		
Vivir solo	4	7,0	0,007	0,935	1,045	0,362	3,017
Soltero, separado, viudo, divorciado	20	35,1	0,016	0,899	0,964	0,547	1,699
Etnia indígena	22	38,6	2,065	0,151	1,503	0,860	2,627
Género mujer	41	71,9	0,635	0,426	1,276	0,700	2,324
Edad 20 a 41 años	29	50,9	0,186	0,666	1,126	0,656	1,935
Sin educación - básica completa	29	50,9	0,066	0,797	1,674	0,625	1,844
Dueño de casa, en formación cambio de actividad, cesante, jubilado	12	21,1	1,481	0,224	0,666	0,345	1,287
Migración	26	45,6	0,090	0,764	1,087	0,631	1,871
familiar	12	21,1	1,405	2,236	1,497	0,765	2,929
Familiar con tratamiento de enfermedad mental	31	54,4	1,553	0,213	1,411	0,820	2,428
Deuda familiar	19	33,3	4,056	0,044	1,603	1,009	3,223
Ha sufrido discriminación	29	50,9	1,263	0,261	0,734	0,427	1,261
No realiza ejercicio programado	31	54,4	1,292	0,256	1,369	0,795	2,356
Estado psicológico afectado por la pandemia	6	14,0	2,523	0,112	2,083	0,827	5,244
Disfuncionalidad familiar	1	1,8		0,561	1,308	0,163	10,507
Consumo problemático de alcohol (AUDIT 15 y más)*							

Se identificaron tres factores de riesgo para el trastorno de ansiedad generalizada: ser de etnia indígena, tener un familiar con tratamiento de enfermedad mental, y haber sufrido discriminación. En el primer caso el valor del chi cuadrado fue 4.994 (p 0,025), el OR fue 1,958(IC 1,076 – 3,562); el segundo factor presentó un valor del chi cuadrado de 5,568 (p 0,018), el OR de 2,210 (IC 1,127 – 4,334); en el tercer caso el valor del chi cuadrado de 11,408 (p 0,001), el OR de 2,747 (IC 1,497 – 5,039).

CAPITULO IV

4.1 DISCUSIÓN

Partiendo desde la perspectiva de que la salud mental es un factor importante dentro del contexto de las personas, ya que es fundamental, para que el ser humano, se desenvuelva de la mejor manera en todos los ámbitos de su vida, como los sociales y personales. Los trastornos de ansiedad son las perturbaciones psiquiátricas más frecuentes a lo largo de nuestras vidas, se caracterizan principalmente por el miedo excesivo a situaciones que no representan ningún peligro real (Martinez & Lopez, 2011).

En los siguientes apartados se describirá las interpretaciones generadas en relación con la información obtenida.

En lo que corresponde al trastorno de ansiedad generalizada, vemos que 57 adultos equivalentes al 7,9 % de la muestra seleccionada, tienen ansiedad.

En cuanto a los factores sociodemográficos, en el presente estudio se encontró una mayor prevalencia de ansiedad generalizada en el sexo femenino con el 72 %, educación básica incompleta en el 51 %, situación laboral de dueños de casa, en formación, cambio de

actividad, cesante o jubilado en el 21 %, grupo etario de 20 a 42 años en el 51 %, etnia indígena en el 39 %, estado civil solteros, separados, viudos y divorciados en el 35 %, personas que no realizan ejercicio programado en el 51 %, familiar sin tratamiento de enfermedad mental en el 79 %, con un estado psicológico afectado por la pandemia en el 54 %, migración familiar en el 46 %, han sufrido discriminación en el 33 %, deuda familiar en el 54 %, disfuncionalidad familiar en el 14 % y consumo problemático de alcohol en el 1 %.

El porcentaje de prevalencia de ansiedad generalizada se encontró dentro de los niveles descritos en la literatura mundial entre el 5 % a 12 %, en tanto que en comparación con el presente estudio se encontró diferencias en la distribución de la ansiedad generalizada por sexo, siendo similar en hombres y mujeres; relacionados a una mala calidad de vida y tendencia a baja calidad de vida (Cornejo & Pérez, 2008).

De igual manera, un estudio en Guayaquil en el año 2020, presentó porcentajes elevados de ansiedad generalizada en el 20,1 %, siendo similar a nuestro estudio al encontrar mayor distribución en el sexo femenino, en edades de 37 a 74 años, asociados a estrés en el hogar, violencia o conflicto intrafamiliar, pensamientos obsesivos depresivos y consumo de alcohol (Mosquera, 2021).

En Cuenca, en el año 2018, se realizó un estudio muy similar a la presente investigación, donde se encontró una prevalencia de ansiedad generalizada en el 5,4 %, presentando resultados similares en los factores sociodemográficos como mayor porcentaje en el sexo femenino, solteros, sin remuneración laboral, migración familiar, tipo de familia disfuncional, en edades de 41 a 65 años (Cardenas, 2019).

Otro estudio en Cuenca en el año 2019, presentó porcentajes elevados de ansiedad generalizada en el 20,7 %, siendo similar a nuestro estudio al encontrarse en mayor proporción en el sexo femenino, estado civil soltero, viudo, separado, divorciado, disfuncionalidad

familiar, sin remuneración laboral y migración familiar, presentando diferencias en el grupo etario, ya que la ansiedad generalizada fue más prevalente en edades de más de 65 años (Balseca y otros, 2019).

Al buscar asociación estadística significativa, se encontró relación entre el trastorno de ansiedad generalizada y los siguientes factores sociodemográficos, etnia indígena $p=0,025$, con un riesgo relativo de 1.9 veces más para desarrollar la patología, al igual que el antecedente de familiar con tratamiento de enfermedad mental $p=0,018$ y con un riesgo relativo de 2,2 veces más y por último el antecedente de haber sufrido discriminación $p=0,001$ y un riesgo relativo de 1.4 veces desarrollar ansiedad generalizada

CAPITULO V

5.1 CONCLUSIONES

Dentro del estudio se estableció que la prevalencia de Ansiedad Generalizada en el cantón Nabón, alcanzo el 7.9 % de adultos en la población en estudio.

Al identificar los factores de sociodemográficos en los adultos del cantón Nabón, se encontraron como más importantes el género mujer, la deuda familiar, el estado psicológico afectado por la pandemia, no poseer educación-básica completa, pertenecer al grupo etario de 20 a 41 años, no realizar ejercicio programado y al existir migración familiar

Al relacionar la ansiedad generalizada con los factores sociodemográficos, se encontró asociación estadística positiva para la etnia mestiza ($p=0.025$), con un riesgo relativo de presentar ansiedad generalizada en 1.9 veces más, al igual que haber presentado un familiar con tratamiento de enfermedad mental ($p=0.018$) y un riesgo relatico de desarrollar la patología en hasta 5.5 veces más. Por último, se encontró además asociación estadística

significativa el haber sufrido discriminación ($p=0,001$), con un riesgo relativo de desarrollar ansiedad generalizada hasta en 11.4 veces más.

Por lo que presentar pertenecer a la etnia indígena, poseer un familiar con tratamiento de enfermedad mental y haber sufrido discriminación constituyen factores de riesgo sociodemográficos para desarrollar Ansiedad Generalizada.

CAPITULO VI

6.1 RECOMENDACIONES

La ansiedad suele ser un problema tangible en los adultos, por lo que su detección temprana es de suma importancia, para de esta manera evitar consecuencias negativas a nivel de la familia y el hogar, a partir de la implementación de métodos de diagnóstico precoz en los distintos cantones.

Realizar y promover talleres para fomentar la relación entre adultos y familias para mejorar su relación y confianza de la misma.

Promover programas de intervención en manejo de ansiedad y estrés en los adultos afectados por el TAG, mediante la capacitación al personal sanitario del Ministerio de Salud Pública que labora en el cantón Nabón, al igual que implementar métodos de screening para tamizar la presencia de esta problemática.

Se debería plantear implementar futuras investigaciones en búsqueda de más factores de riesgo relacionados con el desarrollo de Ansiedad Generalizada y de esta manera, establecer medidas preventivas para prevenir su presencia.

Bibliografía

ADAA. (2022). *ANXIETY AND DEPRESSION* .

<https://adaa.org/sites/default/files/ADDA%20Conference%20Program%202022%20March%209.pdf>

Añel, A. Y. (2014). *scielo*. Mecanismos fisiológicos implicados en la ansiedad previa a

exámenes: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014001000012)

[30192014001000012](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014001000012)

Ausín, B., & Cisneros, G. E. (2018). *Prevalencia de los trastornos de ansiedad en las personas*

mayores de 65 años: una revisión sistemática. [https://www.elsevier.es/es-revista-](https://www.elsevier.es/es-revista-revistaespanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-prevalencia-trastornos-ansiedad-personasmayores-S0211139X18305833)

[revistaespanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-prevalencia-trastornos-ansiedad-](https://www.elsevier.es/es-revista-revistaespanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-prevalencia-trastornos-ansiedad-personasmayores-S0211139X18305833)

[personasmayores-S0211139X18305833](https://www.elsevier.es/es-revista-revistaespanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-prevalencia-trastornos-ansiedad-personasmayores-S0211139X18305833)

Balseca, A., Serrano, E., & Mora, M. (2019). Trastornos mentales, relacion con funcionalidad y

estructura familiar en parroquias rurales de Cuenca. *Revista Medica Ateneo*, 21(2):55-66.

Barnhil, J. W. (2020). *MANUAL MSD*. [https://www.msmanuals.com/es-ec/hogar/trastornos-de-la-](https://www.msmanuals.com/es-ec/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/ansiedad-y-trastornos-relacionados-con-el-estr%C3%A9s/trastorno-de-ansiedad-generalizada)

[salud-mental/ansiedad-y-trastornos-relacionados-con-el-estr%C3%A9s/trastorno-](https://www.msmanuals.com/es-ec/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/ansiedad-y-trastornos-relacionados-con-el-estr%C3%A9s/trastorno-de-ansiedad-generalizada)

[deansiedad-generalizada](https://www.msmanuals.com/es-ec/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/ansiedad-y-trastornos-relacionados-con-el-estr%C3%A9s/trastorno-de-ansiedad-generalizada)

Barnhill, J. W. (2022). Introducción a los trastornos de ansiedad. *Manual MSD Versión para el*

publico en general.

BBVA, F. (19 de Enero de 2019). *CLINIC BARCELONA Hospital Universitari*.

[clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/trastornos-de-la-conductaalimentaria/factores-](https://clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/trastornos-de-la-conductaalimentaria/factores-de-riesgo)

[de-riesgo](https://clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/trastornos-de-la-conductaalimentaria/factores-de-riesgo)

CABALLERO MARTINEZ, L., BOBES GARCIA, J., VILARDAGA, I., & REJAS. (2009).

Prevalencia clínica y motivo de consulta en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada atendidos en consultas ambulatorias de psiquiatría en España.

<https://medes.com/publication/51806>

Cardenas, M. (2019). Prevalencia de trastorno de ansiedad generalizada en la poblacion rural Cuenca 2018. *Tesis de graduacion*,

<https://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/9489/1/15124.pdf>.

Cornejo, w., & Pérez, B. (2008). Calidad de vida y trastorno de ansiedad generalizada. *Prospect. Univ.*, 05 (1): 51-60.

DSM-5. (2014). *GUIA DE CONSULTA DE LOS DIAGNOSTICOS DEL DSM 5*.

<https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consultamanual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>

Hered, R. M. (2017). Tipo de familia y ansiedad y depresión. *Scielo*, 25(2).

Hered, R. M. (2017). Tipo de familia y ansiedad y depresión. *Scielo*, 25(2).

Herlyn, S. (2011). *Bases biológicas de la ansiedad. Parte I*.

http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/616_psicofarmacologia/material/bases_biologicas_ansiedad1.pdf

Higuera, D. G. (2016). *Psicoterapeutas.com*. <http://www.psicoterapeutas.com/pacientes/gad.htm>

Keega, E. (2007). http://www.cienciared.com.ar/ra/usr/35/428/racp_xvi_n1pp49_55.pdf

López, A. B. (2005). *TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA* .

https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/54890350/Trastornos_de_ansiedad_generalizada._Arturo_Bados_Lopez.-with-cover-pagev2.pdf?Expires=1647550532&Signature=VsjSezqArrGDSQfS9ZgRLATXAGg2JleY7Pf

P1JnwMt6OwyS9zLL0pndVVoBXFmpoeiGBLSpMEE5lbLKLI4cjKK7erUQMK-N17Jd

Marcela Velázquez Díaz, M. P. (2006). MODELOS EXPLICATIVOS DEL TRASTORNO POR ANSIEDAD GENERALIZADA Y DE LA PREOCUPACIÓN PATOLOGICA. *Revista de Psicología GEPU*, 158-159.

Martinez, M., & Lopez, D. (2011). Trastornos de ansiedad. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 44(3): Jul-Sep: 101-107.

Mosquera, A. (2021). Prevalencia de trastornos de ansiedad en pacientes mayores de 17 años. *Tesis de graduacion*, <http://201.159.223.180/bitstream/3317/17496/1/T-UCSG-PRE-MED-1243.pdf>.

Murga, H. V. (2017). Tipo de familia y ansiedad y depresión. *Scielo*, 25(2).

Organización Panamericana de la Salud. (2018.). *Indicadores de salud*. Aspectos conceptuales y operativos.:

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49058/9789275320051_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y

Pattee, E. (2020). *NEW YORK TIMES*. <https://www.nytimes.com/es/2020/03/04/espanol/estilosde-vida/que-es-el-estres-ansiedad-preocupacion.html>

RAE. (2010). *REAL ACADEMIA ESPAÑOLA*. DICCIONARIO PANHISPANICO DE DUDAS: . <https://www.rae.es/dpd/preocupar>

Reyes-Ticas, A. (2001). *TRASTORNOS DE ANSIEDAD* . GUIA PRACTICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO:
<http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>

Reyes-Ticas, J. A. (2001). *TRASTORNOS DE ANSIEDAD, GUIA PRACTICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO*.

- Camargo , J., Castañeda , J., & Segura , D. (2020). *Sentido de vida, depresión y ansiedad en población rural de Cundinamarca, Colombia*. Obtenido de <https://www.redalyc.org/journal/280/28065077017/html/>
- Centro Manuel Escudero . (S.F). *ANSIEDAD: ORIGEN. CAUSAS. SINTOMAS Y TRATAMIENTOS*. Obtenido de <https://www.manuelescudero.com/texto-de-videospsicologia/cual-es-el-origen-de-la-ansiedad/>
- CIBERSAM. (2015). *FICHA TÉCNICA DEL INSTRUMENTO*. Obtenido de <https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?Id=15>
- Clínica Terapéutica de la academia nacional de medicina. (2012). *El trastorno de ansiedad generalizada*. Obtenido de El trastorno de ansiedad generalizada: <http://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v56n4/v56n4a9.pdf>
- Ferrando, L., Bobes, J., & Gilbert, J. (2000). *MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW*. Obtenido de https://salme.jalisco.gob.mx/sites/salme.jalisco.gob.mx/files/escala_1.1.1.pdf
- Ferreira Goulart, B., Miranda Parreira, B., José Haas, V., Riul da Silva, S., dos Santos Monteiro, J., & Gomes-Sponholz, F. (2017). *Trastornos mentales comunes y factores asociados: estudio de las mujeres en una zona rural*. Obtenido de <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/DZ4LVBDqHLDJP43hPQqzvhv/?lang=es>
- Gaviria, J. A. (2017). *Problemas y retos de la educacion rural colombiana* . Obtenido de Revista educación y ciudad : <https://revistas.idep.edu.co/index.php/educacion-y-ciudad/article/view/1647/1623>
- Martínez Mallen, M., & López Garza, D. (2011). *Trastornos de ansiedad*. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2011/nnp113d.pdf>

Mayo Clinic . (2021). *Trastorno de ansiedad generalizada*. Obtenido de Trastorno de ansiedad generalizada: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/generalized-anxietydisorder/symptoms-causes/syc-20360803>

Montaner, J. (2009). *MINI, una herramienta de gran utilidad psiquiátrica*. Obtenido de <https://www.consumer.es/salud/mini-una-herramienta-de-gran-utilidad-psiquiatrica.html>

Revista de la Facultad de Medicina (México). (2013). *El trastorno de ansiedad generalizada*. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422013000400009

Reyes, A. (S.F). *TRASTORNOS DE ANSIEDAD GUIA PRACTICA PARA DIAGNOSTICP Y TRATAMIENTO*. Obtenido de <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>

ANEXOS**Anexo 1** *Consentimiento informado*

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Salud mental en el Cantón Nabón”

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes de esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como colaboradores.

La presente investigación es conducida por el PHD. Yolanda Dávila Pontón profesora de la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay. La meta de este estudio es conocer cómo se encuentra la salud mental de la población.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá contestar una entrevista que le tomará aproximadamente 40 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por el Dra. Yolanda Dávila Pontón. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es conocer.

Me han indicado también que tendré que responderá a una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 40 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Yolanda Dávila directora de la investigación a al teléfono 0995888021.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

(en letras de imprenta)

Anexo 2 Instrumento test mini entrevista neuropsiquiátrica internacional

(MINI)

O1	a	¿Se ha sentido excesivamente preocupado o ansioso debido a varias cosas durante los últimos 6 meses?	→ NO	SÍ	1
	b	¿Se presentan estas preocupaciones casi todos los días?	→ NO	SÍ	2
		CODIFICAR SÍ, SI LA ANSIEDAD DEL PACIENTE ES RESTRINGIDA EXCLUSIVAMENTE, O MEJOR EXPLICADA POR CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE DISCUTIDOS.	NO	→ SÍ	3

O2 ¿Le resulta difícil controlar estas preocupaciones o interfieren para concentrarse en lo que hace? NO SÍ 4

O3 CODIFIQUE **NO** SI LOS SÍNTOMAS SE LIMITAN A RASGOS DE CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE EXPLORADOS.

En los últimos 6 meses cuando estaba ansioso, casi todo el tiempo:

- a ¿Se sentía inquieto, intranquilo o agitado? NO SÍ 5
- b ¿Se sentía tenso? NO SÍ 6
- c ¿Se sentía cansado, flojo o se agotaba fácilmente? NO SÍ 7
- d ¿Tenía dificultad para concentrarse, o notaba que la mente se le quedaba en blanco? NO SÍ 8
- e ¿Se sentía irritable? NO SÍ 9
- f ¿Tenía dificultad durmiendo (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche o demasiado temprano, o dormía en exceso)? NO SÍ 10

¿CODIFICÓ **SÍ** EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE O3?

NO SÍ

GENERALIZADA ACTUAL

**TRASTORNO
DE ANSIEDAD**

Anexo 3 Ficha sociodemográfica

INFORMACIÓN GENERAL

Ficha

Coloque con una marca visible para cada una de sus respuestas.

Nombre del entrevistador.....

Comuna

1. Etnia

1 Indígena 2 Mestiza 3 Blanca 4 Otra

2. Género

1 Masculino 2 Femenino

3. Edad: _____ años cumplidos

4. Años de estudio

- 1 Sin escolaridad
- 2 Educación básica incompleta (< 10 de años estudio)
- 3 Educación básica incompleta (10 o más de años estudio)
- 4 Bachillerato incompleto (< 3ro bachillerato)
- 5 Bachillerato completo (3ro de bachillerato aprobado)
- 6 Nivel tecnológico (años aprobados)
- 7 Nivel superior completo (años aprobados – completo)
- 8 Nivel postgrado

5. **¿Quiénes viven con usted?** Puede señalar todos los que están en la lista y poner otro si falta alguien.

- | |
|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Vive con ambos padres y hermanos |
| 2 <input type="checkbox"/> Vive con su esposo (a) pareja |
| 3 <input type="checkbox"/> Vive con ambos padres, hermanos y otros familiares (abuelos o tíos, etc.) |
| 4 <input type="checkbox"/> Vive sólo con el padre o la madre |
| 5 <input type="checkbox"/> Vive con su madre o padre y su nueva pareja y sus hijos |
| 6 <input type="checkbox"/> Vive solo |
| 7 <input type="checkbox"/> Vive con amigos (as) |
| 8 <input type="checkbox"/> Vive con tíos y/o abuelos |
| 9 <input type="checkbox"/> Otros, indicar con quién: |

7. **Estado civil actual:**

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

¿Vive con su pareja? Sí No

8. **¿Qué actividad desarrolla actualmente? Por favor elija la alternativa que represente mejor su situación laboral (con excepción de licencia médica y pre- y postnatal)**

- | | |
|---|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Laboralmente activo (jornada completa) | 6 <input type="checkbox"/> En formación/cambio de actividad |
| 2 <input type="checkbox"/> Laboralmente activo (media jornada) | 7 <input type="checkbox"/> Servicio militar |
| 3 <input type="checkbox"/> Laboralmente activo (ocasionalmente) | 8 <input type="checkbox"/> Cesante (estuvo trabajando) |
| 4 <input type="checkbox"/> Dueña de casa (sin actividad laboral) | 9 <input type="checkbox"/> Jubilado/a |
| 5 <input type="checkbox"/> Estudiante | 10 <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

9. **¿Tiene un familiar directo que ha migrado? En el caso que la respuesta sea Si, elija si esta es interna o externa**

- | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--|--|
| Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Migración interna <input type="checkbox"/> | Migración externa <input type="checkbox"/> |
|-----------------------------|-----------------------------|--|--|

10. Identifique quién migro y el tiempo:**9.1. ¿Quién migró?**

- 1 Padre
- 2 Madre
- 3 Ambos padres
- 6 Esposo (a) pareja
- 7 Hermanos
- 8 Abuelos o tíos
- 9 Otros (indicar quién):

9.2.- ¿Cuánto tiempo?

- 1 Menos de un año
- 2 1 a 5 años
- 3 6 a 10 años

Sí No

12. ¿Se ha sentido discriminado o excluido por otras personas?

Sí No

11.1 ¿Por qué causa o motivo usted se ha sentido discriminado o excluido?

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

12.- ¿Ha sentido que su estado psicológico se ha afectado por la pandemia?

Sí No