



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Carrera de Psicología Clínica

**“PREVALENCIA DE TRASTORNOS FÓBICOS Y FACTORES
ASOCIADOS EN EL CANTÓN NABÓN, 2021”**

**Trabajo de graduación previo a la obtención del título de:
Psicólogo/a Clínico**

Autoras:

Jenniffer Patricia Argudo Idrovo

Estefanía del Cisne Vanegas Pulgarín

Director:

Psc. Clin. Yolanda Dávila PhD.

Cuenca – Ecuador

2022

Agradecimientos

Dedico este trabajo a mi padre por ser una inspiración para culminar mis estudios, a mi madre y abuelita por siempre estar a mi lado brindándome de su amor y ser un ejemplo de fortaleza, y a mi Dios por haber logrado culminar esta hermosa carrera, “ él siempre pone los sueños en tu corazón y él se encarga de realizarlos”.

Jenniffer Argudo I.

Dedico con todo mi corazón mi tesis a mis padres ya que han sido mi inspiración, apoyo y consejeros durante mi carrera para lograr cada objetivo y meta que me he propuesto, a mis hermanas, cuñados y sobrinos por sus palabras de aliento y su compañía en cada momento que los necesite, por último a mi pareja por su amor y apoyo incondicional durante mi última etapa de estudio.

Estefanía Vanegas P.

Agradecemos a nuestra directora de tesis Mst. Yolanda Dávila por brindarnos sus conocimientos y ayuda en el desarrollo de este trabajo, a la Universidad del Azuay por participar en nuestra formación y a darnos las facilidades y la oportunidad de formar parte de la realización de esta investigación en el cantón Nabón y sus comunidades.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Agradecimientos	2
Resumen	6
Abstract	7
Introducción	8
CAPITULO 1: Trastornos fóbicos	9
1.1 Definición de la sintomatología de trastornos fóbicos.....	9
1.2 Causas y consecuencias de los trastornos fóbicos.....	10
1.2.1 Vulnerabilidad genética	11
1.2.2 Vulnerabilidad psicológica generalizada o cognitiva	12
1.2.3 Vulnerabilidad psicológica específica	12
1.3 Tipos de trastornos fóbicos	15
CAPITULO 2: METODOLOGIA	17
CAPITULO 3: RESULTADOS	19
Tabla 1	19
Tabla 2	23
Tabla 3	23
Tabla 4	25
Tabla 5	25
DISCUSIÓN	26
CONCLUSIONES	30
RECOMENDACIONES	31
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33
ANEXOS	39
Anexo 1.....	39
Anexo 2.....	42
Anexo 3.....	44

Resumen

Los trastornos fóbicos se definen como miedo, pánico o terror a diversas situaciones que interfieren con el bienestar del ser humano provocando respuestas de ansiedad y evitación, acompañados de sentimientos de opresión, y síntomas físicos.

Objetivo: Establecer la prevalencia de los trastornos fóbicos y los factores asociados en la población del cantón Nabón. **Muestra y universo:** El universo estuvo conformado por

14.085 habitantes. La muestra fue polietápica de 725 personas. **Tipo de estudio:** Esta investigación fue de tipo transversal analítico. **Materiales:** Se aplicó la prueba MINI (Mini entrevista Neuropsiquiátrica Internacional) y una ficha sociodemográfica.

Resultados: La prevalencia de los trastornos fóbicos fue de 6,5% para fobia social y 7,6% para agorafobia. Las mujeres presentaron una mayor prevalencia de trastornos fóbicos que los varones; las variables sociodemográficas asociadas al trastorno fueron: pertenecer a una etnia indígena, haber sufrido discriminación y tener una familia con enfermedades mentales.

Palabras claves: ansiedad, fobia social, agorafobia, población rural.



Yolanda Dávila Ponton

Abstract

Phobic disorders are defined as fear, panic or terror of various situations that interfere with the well-being of the human being, causing anxiety and avoidance responses, accompanied by feelings of oppression and physical symptoms. **Objective:** To establish the prevalence of phobic disorders and the associated factors in the population of Nabón. **Sample and universe:** The universe was made up of 14,085 inhabitants. The sample was multi-stage and was constituted by 725 participants. **Type of study:** This research was analytical cross-sectional. **Materials:** The MINI test (Mini International Neuropsychiatric Interview) and a sociodemographic record were applied. **Results:** The prevalence of phobic disorders was of 6.5% for social phobia and 7.6% for agoraphobia. Women showed a higher prevalence of phobic disorders than men, the sociodemographic variables associated with the disorder were: belonging to an indigenous ethnic group, having suffered discrimination and having a family with mental illness.

Keywords: anxiety, social phobia, agoraphobia, rural population.

Est. Vanegas Pulgarín
Estefanía del Cisne

Est. Argudo Idrovo
Jenniffer Patricia



Introducción

La gran cantidad de fenómenos psicosociales y las diversas situaciones que enfrentan las personas para lograr sobrevivir, provocan respuestas de ansiedad y evitación, acompañados de sentimientos de opresión y síntomas físicos que interfieren en su bienestar e integridad (Fernández et al., 2012).

El temor es una respuesta normal en los humanos, esto da pie a hacer una separación conceptual entre lo que es el miedo en sí mismo y lo que es una fobia. El miedo por una parte es una reacción emocional, de tipo adaptativo que se pone en alerta ante peligros reales y ante amenazas inminentes, por otro lado, la fobia llega a ser un miedo desproporcionado y por tanto desadaptativo que se pone en marcha ante un peligro irreal (Grillo, 2019).

Los trastornos fóbicos han demostrado tener una prevalencia a nivel mundial, siendo los principales: la ansiedad social, que es frecuente en los países desarrollados en Estados Unidos del 5%-12%, en Europa de 2,3%, para la población mundial un 7%, llegando a ser el cuarto trastorno psiquiátrico más frecuente, asimismo, la agorafobia se presenta con una tasa de prevalencia de por vida del 1,1% a nivel mundial (Arias, 2016).

En el Ecuador y Latinoamérica existen muy pocos datos de la prevalencia de los trastornos de ansiedad en la infancia, incluyendo fobias específicas, no obstante se ha evidenciado la prevalencia de trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia en un 13%. En comparación con poblaciones parecidas a la ecuatoriana, se ha encontrado que el porcentaje de fobias específicas en niños de Puerto Rico es de 2.6% y en Chile de 6,5% (Torres, 2017).

Ahora bien, la ansiedad no es sólo un problema para el individuo, también es un problema significativo para la sociedad, dado el elevado gasto que estos trastornos generan tanto en lo que respecta a la frecuencia de uso de los servicios públicos de atención sanitaria y de salud mental así, como el gasto en psicofármacos o el derivado de la pérdida de productividad (Piqueras, 2005).

En Ecuador no existen investigaciones realizadas a la población rural ni datos relevantes acorde a este tema, por lo tanto, el objetivo principal de esta investigación a realizarse fue, identificar la prevalencia de los trastornos fóbicos en la población del cantón Nabón.

CAPITULO 1: Trastornos fóbicos

1.1 Definición de la sintomatología de trastornos fóbicos

La ansiedad es una reacción adaptativa y normal para situaciones en donde las personas se exponen a estrés y hace que la persona se motive a actuar cuando enfrenta una situación que percibe como peligrosa. La persona con ansiedad está atenta a los estímulos del ambiente, provocando en la misma, una anticipación de una preocupación futura que se relaciona con conductas de evitación y síntomas somáticos como la tensión muscular, misma que genera un empeoramiento progresivo (Flores, 2019).

Este temor es común en los humanos, tiene su origen en la percepción de una situación de peligro que empieza en la niñez ya que es una etapa en donde se es más susceptible a adquirir los miedos de los padres. La mayoría de estos miedos son normales, temporales ,y, al final ,superados, sin embargo, cuando la persona evita la situación, el temor incrementa y se desarrollan los trastornos fóbicos cuya palabra proviene del griego ‘phodos’ que significa miedo, pánico o terror a diversas situaciones, animales y cosas; que interfiere con el bienestar del ser humano (Guncay y Manzo, 2019).

Silva, (2015),ha podido evidenciar que la fobia, al ser una patología que repercute de manera significativa en varios ámbitos de la vida de la persona, se confunde la sintomatología física con un problema de origen orgánico debido a que va más allá del posible control voluntario ya que es consciente de que su miedo es incompresible. Cabe recalcar que cuando el sujeto ha padecido de síntomas fóbicos por un tiempo prolongado este puede desencadenar un cuadro de depresión secundaria lo que lo conlleva a buscar ayuda con distintos especialistas por un diagnóstico y una solución.

1.2 Causas y consecuencias de los trastornos fóbicos

La gravedad de los trastornos fóbicos aparecen o se complican a partir de un primer episodio poco importante de miedo, que les induce a pensar “puedo encontrarme mal”, pero lo que en realidad colabora a que la fobia se instaure son todas las acciones que hace el individuo para evitar el miedo, debido a que son : “Las soluciones ensayadas por las personas para evitar el miedo y desencadenar la reacciones somáticas (activación fisiológica), esto conduce a que estos síntomas se agraven, a tal punto que la persona realice una generalización de las percepciones y reacciones fóbicas frente a su realidad, constituyendo lo que se conoce como impotencia aprendida, según la psicología cognitiva esta es la condición de no poder controlar los acontecimientos. A partir de que se ha

constituido la impotencia aprendida, el paciente termina creyendo que no puede ejercer ninguna influencia sobre los acontecimientos (Velez , 2019).

De acuerdo a un estudio realizado en adolescentes en España se encontró que de acuerdo al género las mujeres presentan más síntomas físicos y cognitivos, y también más temor social, por otro lado, las conductas de evitación y escape de las situaciones sociales temidas, parece ser más propio de los varones (Safir, 2014).

Existen algunas causas que explican la presencia de fobias estas son:

1.2.1 Vulnerabilidad genética

Rivero, (2017) identifica que las fobias muestran un componente genético denominado inhibición conductual, considerado un factor de riesgo elevado en el desarrollo de las mismas. Razón por la cual los adolescentes y adultos conductualmente inhibidos se molestan fácilmente o temen a situaciones o cosas no familiares. Dentro de los factores personales están ciertos rasgos temperamentales como el neocriticismo, la introversión, la afectividad negativa, el estilo de afrontamiento, los mismos que al presentarse de manera mucho más sensible y cohibida se convierte en un factor mantenedor.

En los estudios de imagen cerebral se ha demostrado una mayor activación de la amígdala (estructura cerebral que controla las respuestas al miedo) y menor actividad en las regiones frontales de la corteza cerebral, bioquímicamente también se ha asociado a desequilibrio de sistemas de neurotransmisores como el serotoninérgico, el dopaminérgico y el gabaérgico (Duchi Guashambo, 2016).

Por otro lado, en una crisis de pánico espontáneo, interviene un mecanismo nervioso central de alarma, relacionado recientemente con los mecanismos de regulación respiratoria; siguiendo esta hipótesis, habría un mecanismo fisiológico para monitorizar el estado respiratorio, el cual interpretaría erróneamente una situación de asfixia, de forma que se produciría un distrés respiratorio agudo, generador a su vez, de hiperventilación, pánico y necesidad de huida. Esta falsa alarma de asfixia iría ligada a una hipersensibilidad de los quimiorreceptores medulares al dióxido de carbono (Gómez, 2012).

1.2.2 Vulnerabilidad psicológica generalizada o cognitiva

Tiene como fundamento la percepción que tiene la persona sobre una determinada situación estresante, valorando la impredecibilidad, incontrolabilidad y peligrosidad de esta, asentado en experiencias tempranas como, el estilo educativo recibido (sobrepotector y falta de cariño), los vínculos inseguros de apego o la vivencia de eventos traumáticos (muerte de una familiar, abuso físico, maltrato, etc) (Armfield, 2006).

Lindao y Herrera, (2015) estiman que los casos de personas que viven en familias disfuncionales, bien sea porque son hijos de padres migrantes o porque solo viven con uno de sus padres y desde muy pequeños han sido víctima de separaciones familiares, de violencia intrafamiliar o de otras circunstancias negativas, son propensos a tener un mayor riesgo de adquirir diversos tipos de fobias, inclusive las de tipo social.

1.2.3 Vulnerabilidad psicológica específica

Acotando a lo mencionado, dentro de los factores para la adquisición de fobias se ha encontrado que una de ellas es; la edad ya que puede aparecer por primera vez en la infancia alrededor de los 10 años pero de igual manera puede hacerse una excepción ya

que pueden presentarse en una etapa posterior de la vida; otro factor que interviene es el familiar puesto que el aprendizaje vicario que se da por medio de un familiar debido a la observación de la reacción fóbica e incluso el escuchar una experiencia negativa, puede dar como consecuencia un desencadenante de una fobia específica con respuestas negativas como el aislamiento social y comorbilidad con algunos trastornos tales como trastornos del estado ánimo, abuso de sustancias e ideación suicida (Scott y Litin, 2016).

Arraigado a esto, la dificultad de acceso y comunicación a los servicios de salud genera en los pobladores y en las diferentes comunidades una percepción distorsionada, junto a un desconocimiento de los mismos y las diferentes psicopatologías con las que evidencia una comorbilidad (González Díaz, 2015).

Otros factores de riesgo pueden ser los culturales, porque los padres transmiten esa cultura de miedo a sus hijos, por ejemplo, en el sector rural las madres son más sumisas que en el área urbana, debido a los bajos niveles académicos de la población femenina que viven en estas zonas de la geografía ecuatoriana, quienes además suelen embarazarse a tempranas edades y sienten un alto nivel de dependencia por sus esposos, lo que convierte a la figura masculina en más importante, motivo por el cual se la suele sobredimensionar y discriminar a las niñas, por ello puede haber casos en que las mujeres no se sientan satisfechas con el nacimiento de una fémina, lo que puede conducir a diversos trastornos por discriminación. A su vez se menciona que “los pacientes con fobia social se muestran inconformes e insatisfechos con muchos aspectos de su vida y aprecia que la calidad de la misma es baja, este trastorno funcional grave se puede detectar incluso en niños preadolescentes” (Lindao y Herrera, 2015).

Relacionado a esto los factores tanto ambientales, familiares, sociales y emocionales son considerados como eventos estresantes en el periodo de crecimiento y desarrollo de

los pobladores, ya que las pautas de crianza parental tienen un papel importante en el desarrollo evolutivo del niño, interviniendo tanto en problemas internalizantes (ansiedad, miedos no evolutivos) como externalizantes (conductas de oposición, agresividad, estrategias de afrontamiento, competencias sociales), que a lo largo del tiempo se convierten en factores mantenedores y de riesgo para el individuo, interfiriendo en su disposición para establecer relaciones empáticas con su entorno junto a un estancamiento en su área comunicativa (Franco, Pérez, y Pérez, 2014).

Según Arámbula, Íñiguez y Solís, (2012) mencionan que la cultura y crianza están relacionadas de una manera especialmente relevante en virtud de que: la cultura dicta las pautas o normas de crianza que los padres deben seguir para educar a los hijos. Como también el conjunto de conductas que los padres valoran como correctas y deseables para sus hijos, tanto para su desarrollo como para su integración social, esto mencionado es conocido conceptualmente como estrategias de socialización.

Los estilos de crianza son el principal determinante del comportamiento antisocial en el niño, adolescentes y jóvenes que deviene de la ausencia de pautas de crianza perceptibles, basadas en un mecanismo básico denominado condicionamiento de escape, respondiendo de manera aversiva con el fin de terminar comportamientos agresivos de sus allegados. Cabe recalcar que los padres autoritarios y permisivos no propician un despliegue adecuado de habilidades sociales mientras que un estilo de crianza basado en el afecto y en el control inductivo, favorece el desarrollo de conductas socialmente adecuadas (Franco, Pérez y Pérez, 2014).

En un estudio realizado a niños de entre 3 y 6 años en dos colegios de Madrid y Toledo a una población conformada por niños en edad preescolar y sus padres se encontró que los progenitores que aplican baja disciplina perciben más hiperactividad, mayores

problemas de atención y de sueño, mayor conducta agresiva y menores habilidades sociales en sus hijos; que aquellos que aplican alta disciplina (Franco , Pérez y Pérez, 2014).

1.3 Tipos de trastornos fóbicos

Respecto a los trastornos fóbicos más frecuentes de acuerdo a su edad: se ha evidenciado que las fobias específicas son el trastorno que se presenta más tempranamente en ambos sexos. La fobia social y la específica empiezan a mediados de la segunda década de la vida; por último la agorafobia, que se presenta a la mitad de la tercera década. En donde las mujeres son las que más buscan ayuda, aunque es importante hacer notar que sólo entre 10% y 30% del total de las personas afectadas por algún tipo de trastorno fóbico la solicitan (Caraveo, 2000).

Acotando con lo mencionada la fobia específica se caracteriza por un marcado y persistente temor a un objeto determinado o a una situación, lo que genera malestar significativo en la vida de las personas. De acuerdo con el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSMV), las fobias específicas pueden ser hacia animales, entornos naturales, sangre-inyección-herida, situacionales u otras. Se distingue porque el objeto o situación fóbica casi siempre genera miedo o ansiedad inmediata con respuestas de evitación o resistencia activamente de manera intensa. El miedo o la ansiedad son excesivos al peligro real que plantea el objeto o situación específica y al contexto sociocultural, es constante y dura 6 meses o más, y la alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (Bueno et al., 2019).

Por otro lado la fobia social muestra características de temor en situaciones sociales o a las actuaciones en público en donde piensan que es difícil controlarlo por temor a que

resulten incómodas y está más allá de su capacidad. Como efecto, el temor se interpone con la capacidad para ir al trabajo, asistir a la escuela o hacer cosas habituales. Las personas con este trastorno pueden preocuparse por éstas y otras cosas por semanas antes de que ocurran, demostrando un pobre contacto visual, tienden a síntomas como: sonrojarse, temblar o sudar en situaciones de evaluación social, y presentan dificultades severas para hablar ante el público. En ocasiones, terminan no yéndose a lugares o eventos donde creen que podrían tener que hacer algo que les avergüence (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2017).

Piqueras, (2005) menciona que existen estudios que no han encontrado diferencias significativas entre el grupo control de la investigación y los sujetos con fobia social en relación a su estado civil, como los de Furmark et al., (1999), y los de Weissman et al., (1996); pero también cita también otros estudios, como los de Davidson et al., (1993), Lépine et al., (1993), Schneier et al., (1992) y los de Wells et al., (1994), en donde se ha encontrado que un alto porcentaje los sujetos con fobia social eran solteros, separados o viudos.

Cabe recalcar que los factores de riesgo para éste trastorno son difíciles de identificar, aunque la separación temprana de los padres, antecedentes familiares del trastorno y una enfermedad psiquiátrica materna parecen ser elementos predisponentes (Staudt et al., 2006).

Las personas con este trastorno no tienen ansiedad en los contextos sociales, sino que más bien tienen ansiedad de rendimiento. En otras palabras, sienten síntomas físicos de ansiedad en situaciones como: cuando tienen que dar un discurso, participar en deportes, bailar o tocar un instrumento musical en el escenario. Sin tratamiento, este trastorno puede

durar muchos años o toda la vida y puede impedir que una persona alcance su máximo potencial (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2017).

Con respecto a la agorafobia se evidenció que es considerada la fobia más grave y la más incapacitante, pues afecta a múltiples dominios de la vida de la persona. Las clasificaciones psicopatológicas (American Psychiatric Association, APA, 2013; Organización Mundial de la Salud, OMS) incluyen a la agorafobia en los trastornos de ansiedad y la definen como el miedo a estar en lugares o situaciones de los cuales pueda ser difícil o embarazoso escapar o en los cuales pueda no disponer de ayuda en el caso de tener un ataque de pánico o síntomas similares. Como resultado de este miedo, la persona evita las situaciones temidas, o las soporta con gran ansiedad. Puede diagnosticarse con o sin ataques de pánico (Peñate et al., 2020).

CAPITULO 2: METODOLOGIA

Esta investigación fue cuantitativa, de tipo transversal analítico. El universo estuvo formado por todos los pobladores del Cantón Nabón que son 14.085 habitantes.

La muestra fue polietápica, formado por 725 personas, siendo estos 238 varones y 487 mujeres, entre 20 a 75 años y se consideraron cuatro estratos: 20-29, 40-59, de 60 a más que aceptaron participar en el estudio de la Universidad del Azuay.

Del total de esta población se procedió a obtener una muestra aleatoria que fue distribuida porcentualmente por conglomerados de acuerdo al número de habitantes de cada comuna; en cada grupo de edad se estratificó de acuerdo al sexo considerando para ello la distribución establecida por el INEC en el censo 2010. Para la ubicación de los individuos en el área geográfica se aleatorizó todas las viviendas del Cantón; se definió para cada una de las viviendas seleccionadas la unidad de análisis de la cual se levantó la información de acuerdo a los estratos edad y sexo. En caso de que la vivienda aleatorizada

no contuvo la unidad de análisis otorgada, se utilizó el criterio del vecino más cercano, es de decir, se ubicó una unidad de análisis en la vivienda anterior, posterior, izquierda o derecha, en ese orden. Si una de las viviendas cercanas que fue aleatorizada para otra unidad de análisis, cuando le correspondió, se utilizó nuevamente el criterio del vecino cercano.

Los instrumentos utilizados para esta investigación fueron una ficha sociodemográfica en la cual constaban las variables edad, sexo, etnia, estado civil, años de escolaridad, actividad laboral, discriminación, migración, endeudamientos, antecedentes de problemas de salud mental, problemas durante la pandemia y actividad física (*anexo 1*), junto a la entrevista neuropsiquiatría internacional breve MINI que tiene la utilidad de diagnosticar fobias; este test tiene una validez y confiabilidad aceptablemente alta con un coeficiente alfa de Cronbach=0,93 y una sensibilidad y especificidad buena de Kappa=0,53 (*anexo 2*).

Para poder realizar la obtención de información tanto de la ficha sociodemográfica como del módulo de fobias del MINI, los entrevistados firmaron el asentimiento informado, sus padres o representantes firmaron el consentimiento informado el mismo que dio a conocer aspectos éticos como la confidencialidad, confiabilidad y que los datos obtenidos no se utilizaron con ningún otro fin más que el de investigación (*anexo 3*).

Los datos obtenidos se analizaron con el programa SPSS 25, versión 21 y se realizaron tablas de frecuencias para las variables cualitativas y estadísticos descriptivos para las cuantitativas. Para la asociación se utilizó Odds Ratio o Razón de Prevalencias; la significancia estadística se estableció con Chi Cuadrado y un valor de p menor a 0,05 se asumió como significativo.

CAPITULO 3: RESULTADOS

Se realizó un estudio transversal con una muestra polietápica de 725 individuos residentes en las comunidades del Cantón Nabón.

Tabla 1

Descripción de las variables sociodemográficas en la población rural del cantón Nabón Cuenca, Ecuador 2021.

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Género n = 725 - 100%	Masculino	238	32,8
	Femenino	487	67,2
Etnia n = 725 - 100%	Mestizo	495	68,3
	Indígena	219	30,2
	Blanco	8	1,1
	Otras	3	0,4
Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Instrucción n = 725 - 100%	Educación básica incompleta	255	35,2
	Bachillerato completo	151	20,8
	Educación básica completa	113	15,6
	Sin escolaridad	94	13,0
	Bachillerato incompleto	74	10,2
	Nivel superior completo	28	3,9
	Nivel tecnológico	8	1,1
	Nivel postgrado	2	0,3
Vive con n = 725 - 100%	Vive con pareja	290	40,0
	Otros	241	33,2
	Ambos padres y hermanos	82	11,3

Vive solo	49	6,8
Vive con ambos padres, hermanos y otros familiares	34	4,7
Vive solo con el padre o la madre	17	2,3
Vive con su madre o padre, con su nueva pareja y sus hijos	9	1,2
Vive con tíos y/o abuelos	3	0,4

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Estado civil n = 725 - 100%	Casado	368	50,8
	Soltero	185	25,5
	Unión de hecho	97	13,4
	Viudo	45	6,2
	Divorciado	21	2,9
	Separado	9	1,2
Vive con pareja n = 725 - 100%	Si	441	60,8
	No	284	39,2
Situación laboral n = 725 - 100%	Labora jornada completa	251	34,6
	Dueño de casa	158	21,8
	Otro	106	14,6
	Labora media jornada	77	10,6
	Trabajo ocasional	72	9,9
	Jubilado	22	3,0
	Estudiante	16	2,2
	Cambio de actividad	13	1,8

	Cesante	10	1,4
Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Ejercicio Programado	Si	305	42,1
n = 725 - 100%	No	420	57,9
Familiar	Si	113	15,6
tratamiento	No	612	84,4
enfermedad			
mental			
n = 725 - 100%			
Estado Psicológico	Si	342	47,2
afectado pandemia	No	383	52,8
n = 725 – 100%			
Migración Familiar	Si	317	43,7
n = 725 – 100%	No	408	56,3
Ha sufrido	Si	164	22,6
discriminación	No	561	77,4
n = 725 – 100%			
Deuda familiar	Si	337	46,5
n = 725 – 100%	No	388	53,5
Tiempo ejercicio	Menos de 30' al día	30,3	94
n = 305 – 100%	Igual o superior a 30' al día	69,7	216
Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Intensidad ejercicio	Leve	34,7	103
n = 305 – 100%	Moderada	49,5	147
	Intensa	15,8	47

Quien migró n = 317 – 100%	Padre	6,3	
	Madre	1,9	
	Ambos padres	0,6	
	Abuelos	11,3	
	Otros	79,9	
Tipo de migración n = 317 – 100%	Interna	31,8	
	Externa	68,2	
Tiempo migración n = 317 – 100%	Menos de 1 año	16,5	
	De 1 a 5 años	23,3	
	De 6 y más	60,2	
Causa Discriminación n = 164 - 100%	Discapacidad	6,0	10
	Rural urbano	16,3	27
	Religión	5,4	9
	Otros	54,8	91
Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Porcentaje de ingresopara pago deuda n = 337 - 100%	Menos de la cuarta parte	14,4	49
	Cuarta parte	25,2	86
	Mitad	28,2	96
	Más de la mitad	20,2	69
	Todo	5,9	20
	Necesita más dinero	6,2	21

La tabla N. 1 La tabla N. 1 muestra la descripción de las variables sociodemográficas del estudio: género, etnia, instrucción, vive con, estado civil, vive con pareja, situación

laboral, ejercicio programado, familiar con tratamiento de enfermedad mental, estado psicológico afectado pandemia, migración familiar, ha sufrido discriminación y deuda familiar.

Tabla 2

Frecuencia de la prevalencia de Agorafobia en la población rural del cantón Nabón Cuenca, Ecuador 2021.

		Frecuencia	Porcentaje
Agorafobia	Si	55	7,6
	No	670	92,4
	Total	725	100,0

La tabla N. 2 muestra la prevalencia del trastorno de agorafobia la misma que fue de un 7,6% (55 personas) mientras que un 92,4% (670 personas) no presentaron el trastorno.

Tabla 3

Relaciones entre las variables sociodemográficas y la prevalencia de agorafobia en la población rural del cantón Nabón Cuenca, Ecuador 2021.

Variable	AGORAFOBIA		Estadísticos				
	No.		Chi 2	P	OR	IC 95%	
Vivir solo	3	5,5		1,000	0,783	0,235	2,603
Soltero, separado, viudo, divorciado	20	36,4	0,007	0,936	1,024	0,578	1,813
Etnia indígena	17	30,9	0,014	0,906	1,036	0,572	1,880
Género mujer	39	70,9	0,377	0,539	1,208	0,660	2,209
Edad 20 a 35 años	20	36,4	0,007	0,936	1,024	0,578	1,813

Sin educación - básica completa	27	49,1	0,220	0,883	1,042	0,601	1,806
Dueño de casa, en formación cambio de actividad, cesante, jubilado	18	32,7	0,660	0,417	1,275	0,708	2,297
Migración familiar	26	47,3	0,305	0,581	1,168	0,673	2,026
Familiar con tratamiento de enfermedad mental	11	20,0	0,810	0,348	1,392	0,696	2,785
Deuda familiar	28	50,9	0,469	0,494	1,212	0,699	2,100
Ha sufrido discriminación	20	36,4	6,422	0,011	2,087	1,169	3,726
No realiza ejercicio programado	30	54,5	0,280	0,597	0,862	0,496	1,497
Estado psicológico afectado por la pandemia	30	54,5	1,298	0,255	1,377	0,793	2,391
Disfuncionalidad familiar	5	12,2	1,233	0,277	1,741	0,647	4,690
Consumo problemático de alcohol (AUDIT 15 y más)	1	1,8		0,548	1,360	0,169	10,936

La tabla N. 3 nos muestra que la variable sociodemográfica asociada con la agorafobia fue: el haber sufrido discriminación con un Chi 2 de 6,422, (p=0,011) con un OR de 2,087 (IC 1,169 - 3,726).

Tabla 4

Frecuencia de la prevalencia de ansiedad social en la población rural del cantón Nabón Cuenca, Ecuador 2021.

		Frecuencia	Porcentaje
Trastorno de ansiedad social	Si	47	6,5
	No	678	93,5
	Total	725	100,0

La tabla N. 4 muestra la prevalencia del Trastorno de Ansiedad Social en la población de Nabón la misma que fue de 6,5% (47), el 93,5% de los entrevistados no presentaron el trastorno (678).

Tabla 5

Relaciones entre las variables sociodemográficas y la prevalencia de ansiedad social en la población rural del cantón Nabón Cuenca, Ecuador 2021.

Variable	TANS		Estadísticos				
	No.	%	Chi 2	p	OR	IC 95%	
Vivir solo	3	6,4		1,000	0,937	0,280	3,133
Soltero, separado, viudo, divorciado	17	36,2	0,002	0,964	1,014	0,548	1,877
Etnia indígena	21	4,7	4,994	0,025	1,958	1,076	3,562
Género mujer	35	74,5	1,213	0,271	1,458	0,743	2,864
Edad 20 a 45 años	30	63,8	1,338	0,247	1,434	0,776	2,650
Sin educación - básica completa	20	42,6	0,628	0,428	0,786	0,432	1,428

Dueño de casa, en formación cambio de actividad, cesante, jubilado	13	27,7	0,003	0,957	0,983	0,507	1,901
Migración familiar	20	42,6	0,028	0,867	0,950	0,523	1,728
Familiar con tratamiento de enfermedad mental	13	27,7	5,568	0,018	2,210	1,127	4,334
Deuda familiar	22	46,8	0,002	0,963	1,014	0,561	1,834
Ha sufrido discriminación	20	42,6	11,408	0,001	2,747	1,497	5,039
No realiza ejercicio programado	23	48,9	1,668	0,196	0,678	0,375	1,226
Estado psicológico afectado por la pandemia	23	48,9	0,063	0,802	1,079	0,597	1,948
Disfuncionalidad familiar	2	6,9		1,000	0,878	0,202	3,822
Consumo problemático de alcohol (AUDIT 15 y más)*							

La tabla N. 5 evidencia que las variables asociadas con la prevalencia ansiedad social fueron: el pertenecer a la etnia indígena, el tener un familiar con tratamiento con enfermedad mental y discriminación. En el primer caso el valor de Chi 2 fue 4,994 (p 0,025) con un OR de 1,958 (IC 1,076 – 3,562); con el segundo factor, el Chi 2 fue 5,568 (p 0,018) con un OR de 2,210 (IC 1,127- 4,334) y con el tercer factor, el Chi 2 fue 11,408 (p 0,001) con un OR de 2,747 (IC 1,497- 5,039).

DISCUSIÓN

La investigación tuvo como objetivo identificar la prevalencia de los trastornos fóbicos y sus factores asociados en la población del cantón Nabón, la muestra estuvo conformada por 725 personas, siendo estos 238 varones y 487 mujeres.

Esta investigación identificó que la frecuencia del trastorno de agorafobia fue del 7.6% (55 individuos) y de ansiedad social con un 6.5% (47 individuos). Resultados que son cercanos con otras investigaciones realizadas por Muñoz y Alpizar, (2016) quienes reportaron que en algunos países de Latinoamérica como Brasil y Colombia se evidencio una prevalencia de ansiedad social de un 7.9% y 4.07% respectivamente. Lo que mostraría que estos trastornos tienen una distribución parecida en la población latinoamericana.

En Estados Unidos la ansiedad social, en población adulta es del 5%-12%, en Europa de 2,3% y para la población mundial un 7%, llegando a ser el cuarto trastorno psiquiátrico más frecuente (Olivares et al., 2014).

La agorafobia se presenta con una tasa de prevalencia de por vida del 1,1% a nivel mundial (Arias, 2016).

En cuanto al género, nuestro estudio revela un mayor porcentaje de afección en las mujeres que en los hombres: siendo en la agorafobia un 70.9% (39 individuos) y ansiedad social un 74.5% (35 individuos). Demostrándose junto a otras investigaciones realizadas en España que la fobia social afecta alrededor del 9% de las mujeres y el 7% a los hombres durante cualquier periodo de 12 meses, esta proporción de afección a lo largo de la vida puede llegar a ser hasta del 13% (Ruiz, 2020); en otro estudio español con población adolescente Safir, (2014) encontró que el porcentaje de mujeres con ansiedad social (70%) fue superior al doble del porcentaje de varones (30%), esto comparado con nuestros resultados obtenidos demuestran una cercanía a los mismos . En relación a la agorafobia, Bados (2015), menciona que el régimen de afección es más común en las mujeres alrededor de un 65-70% que en los hombres, lo cual comparado con lo obtenido en nuestra investigación se muestra un resultado parecido

De acuerdo a Bau Díaz,(2016) explica que las mujeres presentan mayor vulnerabilidad a presentar trastorno fobicos debido la presencia de factores hormonales, estereotipos de roles sexuales, predisposición biológica, alto nivel de rasgos de ansiedad y gran disposición a admitir miedos.

Las variables sociodemográficas asociadas significativamente en este estudio para los dos tipos de fobias agorafobia y ansiedad social, fueron: el haber sufrido discriminación, en donde muestra una afección entre un 36.4% (20 individuos) para agorafobia y 42.6% (20 individuos) para ansiedad social en la zona rural. Esta asociacion se concive como resultado de los prejuicios y estigmas que tienen las personas y los grupos sociales de manera directa como indirectamente, que genera creencias irracionales que impide hacerlos ciudadanos libres, activos y partícipes en el desarrollo de sus habilidades ,al momento de acceder al trabajo, a los servicios de salud y educación.

Hay indicios de que la agorafobia es más frecuente en áreas urbanas que rurales por ello no muestra un porcentaje significativo y concordancia con nuestra investigación, ya que la agorafobia ha sido definida como una enfermedad de clase, porque impacta de forma diversa de acuerdo a la pertenencia socioeconómica de los sujetos en especial en zonas donde prima la globalización de la violencia, el crimen organizado y la economía neoliberal (Rios , 2018). Estas dificultades de la vida urbana, podrían explicar las altas tasas del trastorno de ansiedad social y agorafobia en comparativa con las dificultades de la vida rural (Rodriguez , Kohn, y Aguilar, (2009).

En relación a la ansiedad social las variables que denotan influencia son: el pertenecer a una etnia indígena con una tasa del 4,7% (21 personas), en una investigación realizada en una población de 902 indígenas de Bogotá se evidenció que los trastornos mentales ansiosos alcanzan un 6,7% en mujeres, llegando a tener una concordancia con

nuestra investigación. Según Restrepo, Rincón y Mendoza, (2016) la presencia de ansiedad social en personas que se reconocen como indígenas puede deberse a que presentan altas tasas de desplazamiento por violencia que se asocian con factores compatibles con la pérdida de rasgos culturales propios, lo que podría estar asociado a la identidad étnica.

Otra variable es el tener un familiar con tratamiento de enfermedad mental con una prevalencia del 27,7%(13 personas), esto se explicaría por la presencia de carga tanto objetiva como subjetiva de los problemas cotidianos y las crisis periódicas familiares ya que deben hacer frente a las responsabilidades de su cuidado, a la ruptura familiar, al estrés y las limitaciones del sistema que presta los servicios. En un estudio realizado a 53 adolescentes españoles se encontró que el 92,3% de los sujetos no presentaban antecedentes familiares con trastornos psicológicos por lo que no hay coincidencia con nuestros resultados obtenidos (Amorós, Olivares, Alcázar, y Olivares, 2011).

Es importante recalcar lo que sostiene Barlow, (2003) quién identificó que ciertas formas de desarrollar fobia social son: la vulnerabilidad biológica a la ansiedad y/o la tendencia a la inhibición social que puede heredarse al estar sometidas a estrés generando ataques de pánico inesperados en situaciones sociales y por último experimentar un trauma social real causando ansiedad por situaciones iguales (Gonzalez, 2020). Mostrando cierta compatibilidad con los factores encontrados en nuestro estudio de manera exhaustiva y explicativa para este tipo de trastorno.

Para finalizar, en cuanto a las variables que no estuvieron asociadas como factores de riesgo para presentar fobia social y agorafobia se encuentran las siguientes: vivir solo, soltero, separado, viudo y divorciado, edad de 20 a 35 años, sin educación – básica completa, dueño de casa, en formación cambio de actividad cesante, jubilado, migración,

familiar , deuda familiar ,falta de ejercicio programado, estado psicológico afectado por la pandemia ,disfuncionalidad familiar y consumo problemático de alcohol.

Se podría hipotetizar que en el cantón Nabón, existe una falta de educación sobre la salud mental y su importancia, además de tener inaccesibilidad a los servicios de salud ya que cada comunidad se encuentra a una gran distancia de los mismos. Esto también se debe a que la cultura es un factor que incide en la manera de concebir las cosas, esta determina el pensamiento y actuación de los individuos, en donde tiene mayor relevancia la salud física que la salud mental llegando a encapsularla como un tabú (Rodriguez, Ferrín y Durán, 2018).

El miedo aprendido de su grupo social y su interacción, generan normas y pautas difíciles de entender que se siguen reforzando a través de directrices dentro de su hogar por medio de los adultos a su alrededor (Restrepo, Rincón y Mendoza, 2016).

Esto podría explicar la vergüenza en los pobladores a expresar su punto de vista hacia ciertos problemas en las comunidades y consigo mismos, además, al momento de aplicar las encuestas muchos de ellos probablemente no entendieron con claridad las preguntas realizadas y no pidieron que se les repitiera lo mencionado.

CONCLUSIONES

Se realizó un estudio transversal con una muestra polietápica de 725 individuos residentes en las comunidades del Cantón Nabón de los cuales, 32,8% (238) correspondieron al sexo masculino y el 67,2% (487) al femenino.

La prevalencia de los trastornos fóbicos se estimó en el 6,5% para fobia social y 7,6% para agorafobia.

Los trastornos fóbicos se presentaron con mayor prevalencia en las mujeres que en los varones.

Los factores sociodemográficos asociados a los trastornos fueron: el pertenecer a una etnia indígena, haber sufrido discriminación y el tener una familia con enfermedades mentales.

RECOMENDACIONES

En el cantón Nabón es necesario que se implementen medidas de apoyo psicosocial en las comunidades orientadas según el sexo y tipo de trastorno diagnosticado en el caso de nuestro estudio, en los diferentes tipos de fobias.

Implementar charlas y talleres tanto vivenciales como de prevención en donde se promueva la formación de un vínculo y promociónen la importancia de la salud mental en los pobladores.

Se debería realizar un reforzamiento en técnicas de abordaje a estos padecimientos al personal de salud local, diversificando intervenciones psicológicas para que así se motive a los pacientes a desarrollar ciertas estrategias a nivel individual y familiar para fortalecer su red de apoyo afectivo.

Promoción de la salud mental por medio de actividades recreativas, lúdicas y de ocio que generen una psicoeducación, motivación y distracción con el fin de adquirir habilidades junto al manejo resiliente del estrés.

Es importante además que se promueva nuevas investigaciones que permitan extender el estudio a las áreas rurales utilizando más cuestionarios para tamizar a la población y para poder abordar sus necesidades.

Finalmente se recomienda a los centros de cada comunidad difundir los resultados obtenidos para generar alianzas con las diferentes autoridades para concientizar sobre la problemática y buscar formas de apoyo en conjunto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amorós, M., Olivares, A., Alcázar, A., & Olivares, P. (2011). Papel de la focalización de la atención en el tratamiento de la fobia social generalizada en adolescentes. *Anales de psicología*, 27(3),718-728. <https://www.redalyc.org/pdf/167/16720048017.pdf>
- Arámbula-Román C, Íñiguez M D, Solís-Cámara R Pedro. (2012). Estilos culturales y contraculturales: su relación con las expectativas y las prácticas disciplinarias y de crianza de universitarios Sistema Mexicano de Investigación en Psicología (SMIP) Cuarta Reunión Nacional de Investigación en Psicología. 21 y 22 de junio de 2012, 18-25. https://www.organicaeditores.mx/biblioteca/smip2012/contenido/resumenes/Procesos_psicosociales_clinica_y_salud/Carlos_Arambula_Roman_y_cols.pdf
- Arias, Y. (2016). Trastorno de ansiedad social (Fobia Social). *Revista Médica Sinergia*,1(4), 20-24. <file:///C:/Users/ESTEFANIA/Downloads/Dialnet-TrastornoDeAnsiedadSocialFobiaSocial-7070342.pdf>
- Armfield, J.M. (2006). Cognitive vulnerability: A model of the etiology of fear. *Clinical Psychology Review*, 26(6) ,746-768. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0272735806000511?via%3Dihub>.
- Bados, A. (2015).Agorafobia y Pánico. Universidad de Barcelona. <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/65642/1/Agorafobia%20y%20p%C3%A1nico.pdf>
- Bau Díaz, S. (27 de Diciembre de 2016). AMADAG. Obtenido de AMADAG: <https://amadag.com/fobia/>

- Bueno, L., Díaz, N., Restrepo, D., Solano, A. y Gantiva, C. (2019). Realidad virtual como tratamiento para la fobia específica a las arañas: una revisión sistemática. *Universidad de San Buenaventura*, 44(1),1-12. https://www.redalyc.org/journal/2972/2972_61356010/29_7261356010.pdf.
- Caraveo, J. (2000). Prevalencia de los trastornos de ansiedad fóbica en la población adulta de la ciudad de México. *medigraphic*,44(5), 1-10. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=22568>.
- Duchi Guashambo, G. (2016). Prevalencia de desórdenes emocionales relacionados con ansiedad en niños de la escuela Cazadores de los Ríos . Cuenca: Universidad de Cuenca. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/26002/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACI%c3%93N.pdf>.
- Fernández, O., Jiménez, B., Almiral, A., Molina, D. y Cruz, J. (2012). Manual para diagnóstico y tratamiento de trastornos ansiosos. *MediSur*,10(5), 466-479. <https://www.redalyc.org/pdf/1800/180024553019.pdf>
- Flores, M. C. (2019). Intervención de Terapia de Rechazo en Adultos Jóvenes de 21 a 25 años con Ansiedad Social. Universidad San Francisco de Quito. <https://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/8186/1/142116.pdf>.
- Franco, N., Pérez, M., y Pérez, M. (2014). Relación entre los estilos de crianza parental y el desarrollo de ansiedad y conductas disruptivas en niños de 3 a 6 años. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*,1(2), 149-156. <https://www.redalyc.org/pdf/4771/477147184006.pdf>
- Gómez, E. (2012). Trastornos de ansiedad agorafobia y crisis de pánico. *Farmacia salud*, 26 (6), 1-40. <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-trastornos-ansiedad-agorafobia-crisis-panico-X0213932412678054>.

- González Díaz, C. (2015). La comunicación en salud como premisa fundamental para la percepción de riesgo en las poblaciones. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*.
<http://www.revepidemiologia.sld.cu/index.php/hie/article/view/40/18>
- Gonzalez, M. (2020). Evaluación y diagnóstico de las características de la fobia social en la infancia, análisis de caso clínico. Machala: Universidad técnica de machala.
<http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/16060/1/ECFCS-2020-PSC-DE00017.pdf>
- Grillo,A.C.(2019).Fobia Específica. Universidad de la Laguna.
<https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/14599/Fobia%20Especifica%20Diagnostico%20y%20Evaluacion%20y%20Tratamiento%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Guncay, T. y Manzo, V. (2019). Prevalencia de trastornos fóbicos en la población rural de Cuenca. Universidad del Azuay.
<https://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/9443/1/15079.pdf>
- Instituto Nacional de la Salud Mental. (Enero de 2017). NID National Institute of Mental Health. Obtenido de NID National Institute of Mental Health: [https:// www.nimh.nih.gov/sites/default/files/documents/health/publications/espanol/trastorno-de-ansiedad-social-mas-alla-de-la-simple-timidez/sqf-16-4678.pdf](https://www.nimh.nih.gov/sites/default/files/documents/health/publications/espanol/trastorno-de-ansiedad-social-mas-alla-de-la-simple-timidez/sqf-16-4678.pdf)
- Lindao, K. y Herrera, J. (2015). Fobias sociales que influyen en el rendimiento académico de los estudiantes del séptimo año de la unidad educativa básica Francisco de Orellana. Guayaquil: Universidad de Guayaquil.
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/8100/1/TRABAJO%20FOBIA%20HERREIRA-LINDAO.pdf>.
- Muñoz Murillo,J.P y Alpízar Rodríguez,D.(2016).Prevalencia y comorbilidad del trastorno por ansiedad social.Revista Cúpula.30(1),40-47. <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v30n1/art04.pdf>.

- Olivares, J., Olivares, P., Alcázar, R., Montesinos, L. y Maciá, D. (2014). The contribution of the therapist's competence in the treatment of adolescents with generalized social phobia. *Psicothema*, 26(4),483-489. <https://www.redalyc.org/pdf/727/72732458008.pdf>
- Peñate, W., Dorta, L., Álvarez, Y., Pitti, C., Villaverde, M. y Bethencourt, J. (2020). Comorbilidad en una Muestra de Pacientes con Agorafobia: La Presencia de la Ideación Suicida. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*, 2(55), 1-12. <https://www.redalyc.org/journal/4596/459664449014/459664449014.pdf>.
- Piqueras,J.(2005). Análisis de la eficacia de la Intervención en Adolescentes con FobiaSocial en función de una nueva propuesta de subdivisión y operacionalización del subtipo generalizado.Universidad de Murcia. <https://www.tdx.cat/bitstream/handel /10803/11008/PiquerasRodriguez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Restrepo, C., Rincón, C. y Mendoza, Z. (2016). Salud mental,sufrimiento emocional,problemas y trastornos mentales de indigenas colombianos. *Revista colombiana de Psiquiatría*, 119-126. <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-salud-mental-sufrimiento-emocional-problemas-S0034745016300890>
- Rios , C. (2018). Agorafobia en México y Francia: de miedos urbanos y vidas privatizadas. *Revista espacialidades*, 8(1),39-51. <http://espacialidades.cua.uam.mx/ojs/index.php/espacialidades/article/view/167#:~:text=El%20espacio%20urbano%2C%20cada%20vez,%C3%BAtiles%20para%20el%20control%20social>
- Rivero, F. (2017). Fobias específicas a pequeños animales: un estudio con neuroimagen. Universidad de la Laguna. https://riull.u ll.es/xmlui/bitstream/handle /915/24513/365709_999748.pdf?sequence=1

- Rodriguez, L., Ferrín, L. y Durán, U. (2018). Demanda de atención psicológica en la población. *Caribeña de ciencias sociales*. <https://www.eumed.net/rev/caribe/2018/03/atencion-psicologica-ecuador.html>
- Rodriguez, J., Kohn, R. y Aguilar, S. (2009). Epidemiología de los trastornos mentales América Latina y el Caribe. Washington: Organización Panamericana de la Salud. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/740/9789275316320.pdf>.
- Ruiz, V. (2020). Prevalencia, etiología y comorbilidad con Ansiedad Social, Agorafobia y Ataques de pánico y su relación con un apego inseguro en la infancia. España: Universidad de Jaén. https://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/15961/1/Ruiz_Snchez_Violeta_TFG.pdf
- Safir, R. (2014). La fobia social un acercamiento psicológico desde el enfoque cognitivo conductual. Uruguay: Universidad de la República Uruguay. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/5369/1/SAFIR.pdf>
- Scott, C. y Litin, M. (2016). Fobias específicas. Mayo Clinic Family Health Book. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/specific-phobias/symptoms-causes/syc-20355156>.
- Silva, M. I. (2015). El vínculo dependiente como generador del síntoma fóbico desde la teoría psicoanalítica. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador. <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/9882/Disertaci%3b3n%20Marcela%20Almeida.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Staudt, M., Storti, M., Thomaé, V. y Barturén, S. (2006). Fobia Social: Una enfermedad discapacitante cada vez más frecuente. Revista de Posgrado de la VIª Cátedra de Medicina. https://med.unne.edu.ar/revistas/revista155/5_155.pdf

Torres, M.7 (2017). Factores percibidos en niños para la remisión de síntomas. Universidad San Francisco de Quito, Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades.
<http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/6918>.

Velez Colque, Claudia Lorena. (2019). PRESA DENTRO MI PROPIO CUERPO: CASO DE FOBIA SOCIAL. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UC BSP*, 17(2), 477-493. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612019000200012&lng=es&tlng=es.

ANEXOS

Anexo 1

• FICHA SOCIODEMOGRAFICA

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 ☐ otro

3.- Edad: _____ años cumplidos

4.- Años de estudio

1 ☐ Sin escolaridad

2 ☐ < 10 - educación básica incompleta

6 ☐ nivel tecnológico (años aprobados)

3 ☐ 10 - educación básica incompleta

7 ☐ nivel superior completo (años aprobados – completo)

4 ☐ < 3 bachillerato incompleto

8 ☐ nivel postgrado

5 ☐ 3 - bachillerato completo

5.- ¿Quiénes viven con usted? Pueden señalar todos los que están en la lista y poner en otros si falta alguien.

1 ☐ Vive con ambos padres y hermanos

2 ☐ Vive con su esposo (a) pareja

3 ☐ Vive con ambos padres, hermanos y otros familiares (abuelos o tíos, etc.)

4 ☐ Vive sólo con el padre o la madre

5 ☐ Vive con su madre o padre y su nueva pareja y sus hijos

6 ☐ Vive solo

7 ☐ Vive con amigos (as)

8 ☐ Vive con tíos y/o abuelos

9 ☐ Otros indicar con quienes.....

6.- Estado civil actual:

- | | |
|---|--|
| 1 ☐ soltero/a | 4 ☐ separado/a (de hecho) |
| 2 ☐ unión de hecho | 5 ☐ divorciado/a (legalmente) |
| 3 ☐ casado/a | 6 ☐ viudo/a |

¿Vive con su pareja? Si ☐ No ☐

7.- ¿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 ☐ laboralmente activo (jornada completa) | 6 ☐ en formación/cambio de actividad |
| 2 ☐ laboralmente activo (media jornada) | 7 ☐ servicio militar |
| 3 ☐ laboralmente activo (ocasionalmente) | 8 ☐ cesante (estuvo trabajando) |
| 4 ☐ dueña de casa (sin actividad laboral) | 9 ☐ jubilado/a |
| 5 ☐ estudiante | 10 ☐ otro: _____ |

8.- ¿Tiene un familiar directo que ha migrado?

En el caso que la respuesta sea Sí, elija si esta es interna o externa

Si ☐	No ☐	Migración interna ☐	Migración externa ☐
-----------------------------	-----------------------------	--	--

9.- Identifique quien migro y el tiempo

- | |
|---|
| 1 ☐ padre. |
| 2 ☐ madre |
| 3 ☐ ambos padres |
| 6 ☐ esposo (a) pareja |
| 7 ☐ hermanos |
| 8 ☐ abuelos o tios |
| 9 ☐ otros indicar quienes..... |

- | |
|---|
| 1 ☐ < de un año |
| 2 ☐ 1 a 5 años |
| 3 ☐ 6 a 10 años |
| 4 ☐ > de 10 años |

10.- Algún miembro de la familia ha recibido tratamiento medico por alguna enfermedad mental

Si ☐	No ☐
-----------------------------	-----------------------------

11.- Endeudamiento

Tiene deudas la familia en el caso que la respuesta sea Sí, elija cuantos miembros están endeudados

Si ☐ No ☐ Número de miembros

De todos los ingresos, cual es el porcentaje destinado a pagar la deuda

- 1 ☐ Cuarta parte
2 ☐ Mitad
3 ☐ Más de la mitad
4 ☐ Todo
5 ☐ Necesita más dinero
5 ☐ menos de la cuarta parte

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

Si ☐ No ☐

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

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

13.- Realiza actividad física o ejercicio programado

Si ☐ No ☐

¿Qué tiempo dedica a la actividad física o ejercicio?

- 1 ☐ Inferior a 30 minutos al día (2 o 3 veces por semana cuando no es todos los días)
2 ☐ Igual o Superior a 30 minutos al día

¿Cuál es la intensidad de la actividad física?

- 1 ☐ Leve
2 ☐ Moderado
3 ☐ Intensa

Anexo 2

• MINI ENTREVISTA NEUROPSIQUIATRICA INTERNACIONAL BREVE

E. AGORAFOBIA

(! SIGNIFICA: IR A LA CAJA DE DIAGNÓSTICO, CIRCULAR NO Y PASAR AL SIGUIENTE MÓDULO)

E1 ¿Se siente ansioso o incómodo en lugares o situaciones en las que es posible que no haya ayuda disponible?
o escapar podría ser difícil si tuvo un ataque de pánico o síntomas de pánico o vergonzosos, como: estar en una multitud o
hacer cola (cola),
estar en un espacio abierto o al cruzar un puente, estar en un
espacio cerrado,
cuando está solo fuera de casa, o solo en casa,
o viajando en autobús, tren o automóvil o usando transporte público?

! NO SI

SON 2 O MÁS DE LAS SITUACIONES ANTERIORES EN E1 CODIFICADO ¿81?

! NO SI

E2 ¿Estas situaciones casi siempre provocan miedo o ansiedad?

! NO SI

E3 ¿Temes tanto estas situaciones que las evitas, o las sufres, o necesitas un compañero para
enfrentarlas?

! NO SI

E4 ¿Es este miedo o ansiedad excesivo o desproporcionado con el peligro real de la situación?

! NO SI

E5 ¿Persistió esta evitación, miedo o ansiedad durante al menos 6 meses?

! NO SI

E6 ¿Estos síntomas causaron angustia significativa o problemas en el hogar, en el trabajo, socialmente,
en la escuela o de alguna otra manera importante?

! NO SI

ES E6 CODIFICADO ¿81?

NO SI

**AGORAFOBIA
ACTUAL**

F. TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL (Fobia social)

(! SIGNIFICA: IR A LA CAJA DE DIAGNÓSTICO, CIRCULAR NO Y PASAR AL SIGUIENTE MÓDULO)

F1	En el último mes, ¿tuvo miedo persistente y ansiedad significativa por ser observado, ser el centro de atención o ser humillado, avergonzado o rechazado? Esto incluye cosas como hablar en público, comer en público o con otros, escribir mientras alguien mira, actuar frente a otros o estar en situaciones sociales.	!	NO	SI
----	---	---	----	----

LOS EJEMPLOS DE TALES SITUACIONES SOCIALES INCLUYEN TÍPICAMENTE

- INICIAR O MANTENER UNA CONVERSACIÓN, PARTICIPAR
- EN PEQUEÑOS GRUPOS,
- FECHADO,
- HABLANDO CON PERSONAS DE AUTORIDAD,
- ASISTENTES A PARTES,
- HABLAR EN PÚBLICO,
- COMER FRENTE A OTROS, ACTUAR FRENTE A
- OTROS, ORINAR EN UN BAÑO PÚBLICO, ETC.

F2	¿Estas situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad?	!	NO	SI
F3	¿Les temes tanto a estas situaciones sociales que las evitas, o las sufres, o necesitas un compañero para afrontarlas?	!	NO	SI
F4	¿Es este miedo o ansiedad social excesivo o irrazonable en estas situaciones sociales?	!	NO	SI
F5	¿Persistió esta evasión social, miedo o ansiedad durante al menos 6 meses?	!	NO	SI
F6	¿Estos miedos sociales causaron una angustia significativa o interfirieron con su capacidad para funcionar en el trabajo, en la escuela o socialmente o en sus relaciones o de alguna otra manera importante?	!	NO	SI

ES F6 CODIFICADO ¿SI?

Y

ES " DESECHE LA CAUSA ORGÁNICA (O2 RESUMEN) " CODIFICADO ¿SI?

NOTA PARA EL CLÍNICO: POR FAVOR ESPECIFIQUE SI EL SUJETO ¹ LOS MIEDOS ESTÁN RESTRINGIDOS A HABLAR O ACTUAR EN PÚBLICO.

NO SI

**ANSIEDAD SOCIAL
TRASTORNO
(Fobia social)
ACTUAL**

RESTRINGIDO AL RENDIMIENTO

TRISTE SOLAMENTE ☐

Anexo 3

- **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 tomara 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 parecen 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 al teléfono 0995888021.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

(En letras de imprenta)