

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA PERUANA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

“RAFAEL DONAYRE ROJAS”



TESIS

Para Optar el Título de Médico – Cirujano

**NIVEL DE ANSIEDAD SEGÚN LA ESCALA DE ZUNG EN LOS
PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE EMERGENCIA
DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO JULIO-SEPTIEMBRE
2013.**

AUTOR:

Bachiller en Medicina

Ricardo Gabriel García De la Cruz

ASESOR:

Dr. Mauro Raúl Argumedo Castillo

IQUITOS – PERÚ

2014

ÍNDICE DE CONTENIDO

INDICE DE CONTENIDO	01
ÍNDICE DE TABLAS	02
ÍNDICE DE GRÁFICOS	06
DEDICATORIA	08
AGRADECIMIENTOS	09
RESUMEN	10
CAPITULO I	
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
JUSTIFICACIÓN	14
OBJETIVOS	16
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO	18
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	53
CAPÍTULO III	
METODOLOGÍA	58
CAPÍTULO IV	
RESULTADOS	64
DISCUSIONES	87
CONCLUSIONES	91
RECOMENDACIONES	92
CAPÍTULO V	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	94
ANEXOS	102

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 01	Distribución de los pacientes por Rango de edad, en porcentaje, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013.
Tabla N° 02	Distribución de los pacientes por procedencia, en porcentaje, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013
Tabla N° 03	Distribución de los pacientes por sexo, en porcentaje, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013.
Tabla N° 04	Distribución de los pacientes por Grado de Instrucción, en porcentaje, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013.
Tabla N° 05	Distribución de los pacientes por Estado Civil, en porcentaje, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013
Tabla N° 06	Distribución de los pacientes por Ocupación, en porcentaje, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013.
Tabla N° 07	Distribución de los pacientes por Nivel socio-económico, en porcentaje, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013.
Tabla N° 08	Distribución de los pacientes por Motivo de Consulta, en porcentaje, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013
Tabla N° 09	Distribución de los pacientes por Comorbilidades, en porcentaje, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013
Tabla N° 10	Principales comorbilidades de los pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013.

Tabla N° 11	Distribución de los pacientes por Antecedentes Patológicos, en porcentaje, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013.
Tabla N° 12	Antecedentes Patológicos de los pacientes que consultan en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013.
Tabla N° 13	Distribución de los pacientes por preguntas de las escala de Zung, en porcentaje y numero, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013
Tabla N° 14	Distribución de los pacientes por Grados de Ansiedad, en porcentaje y número, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013.
Tabla N° 15	Distribución de los pacientes por rangos de edad, según Grados de Ansiedad, en porcentaje y número, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013
Tabla N° 16	Distribución de los pacientes por rangos de edad, según Grados de Ansiedad, en porcentaje y número, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013
Tabla N° 17	Distribución de los pacientes por Procedencia, según Grados de Ansiedad, en porcentaje y número, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013
Tabla N° 18	Distribución de los pacientes por Procedencia, según Grados de Ansiedad, en porcentaje y número, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013
Tabla N° 19	Distribución de los pacientes por sexo, según Grados de Ansiedad, en porcentaje y número, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013
Tabla N° 20	Distribución de los pacientes por sexo, según Grados de Ansiedad, en porcentaje y número, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013

Tabla N° 21	Distribución de los pacientes por Grado de Instrucción, según Grados de Ansiedad, en porcentaje y número, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013
Tabla N° 22	Distribución de los pacientes por Grado de Instrucción, según Grados de Ansiedad, en porcentaje y número, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013
Tabla N° 23	Distribución de los pacientes por Estado Civil, según Grados de Ansiedad, en porcentaje y número, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013
Tabla N° 24	Distribución de los pacientes por Estado Civil, según Grados de Ansiedad, en porcentaje y número, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013
Tabla N° 25	Distribución de los pacientes por Ocupación, según Grados de Ansiedad, en porcentaje y número, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013
Tabla N° 26	Distribución de los pacientes por Ocupación, según Grados de Ansiedad, en porcentaje y número, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013
Tabla N° 27	Distribución de los pacientes por Nivel de Pobreza, según Grados de Ansiedad, en porcentaje y número, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013
Tabla N° 28	Distribución de los pacientes por Nivel de Pobreza, según Grados de Ansiedad, en porcentaje y número, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013
Tabla N° 29	Distribución de los pacientes por Motivo de Consulta, según Grados de Ansiedad, en porcentaje y número, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013
Tabla N° 30	Distribución de los pacientes por Motivo de Consulta, según Grados de Ansiedad, en porcentaje y número, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013

Tabla N° 31	Distribución de los pacientes por Comorbilidades, según Grados de Ansiedad, en porcentaje y número, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013
Tabla N° 32	Distribución de los pacientes por Comorbilidades, según Grados de Ansiedad, en porcentaje y número, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013
Tabla N° 33	Distribución de los pacientes por Antecedentes Patológicos, según Grados de Ansiedad, en porcentaje y número, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013
Tabla N° 34	Distribución de los pacientes por Antecedentes Patológicos, según Grados de Ansiedad, en porcentaje y número, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 01	Distribución de los pacientes por Rango de edad, en porcentaje, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013.
Gráfico N° 02	Distribución de los pacientes por procedencia, en porcentaje, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013
Gráfico N° 03	Distribución de los pacientes por sexo, en porcentaje, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013.
Gráfico N° 04	Distribución de los pacientes por grado de Instrucción, en porcentaje, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013.
Gráfico N° 05	Distribución de los pacientes por Estado Civil, en porcentaje, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013
Gráfico N° 06	Distribución de los pacientes por Ocupación, en porcentaje, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013.
Gráfico N° 07	Distribución de los pacientes por Nivel socio-económico, en porcentaje, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013.
Gráfico N° 08	Distribución de los pacientes por Motivo de Consulta, en porcentaje, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013.
Gráfico N° 09	Distribución de los pacientes por Comorbilidades, en porcentaje, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013.
Gráfico N° 10	Distribución de los pacientes por Antecedentes Patológicos, en porcentaje, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013.

Gráfico Distribución de los pacientes por Grados de Ansiedad, en porcentaje, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013.

DEDICATORIA

*Confiar y dar todo de ti, para que lo que esperas se haga realidad a pesar de recibir muchas decepciones y desilusiones, y no poder ver lo que realmente te imaginabas, sino ver lo que no esperabas es triste, sin embargo aceptarlo porque es tuyo, porque es el fruto de lo que tu sembraste, aceptarlo porque en eso que formaste esta parte de ti, porque en eso que creaste se refleja tu alma, porque es lo que más quieres en la vida... a eso yo lo llamo **AMOR**; y es precisamente por eso que dedico este trabajo...*

A mis padres, Víctor y Consuelo,

Para quienes no tengo palabras para describir el profundo agradecimiento que siento por ellos, a ellos, por emplear su vida en ofrecerme siempre lo mejor; enseñarme a triunfar; levantarme cuando estaba derrotado y caído; darme fortaleza para no desfallecer, por darme la oportunidad de elegir mi camino y ayudarme a desarrollarlo, y nunca desanimarse en ayudarme, por ser las únicas personas que me aman y que yo amo de verdad.

A mi abuelita Arminda,

que siempre me admiró, preocupó por mí, cuando estaba enfermo o cuando tenía alguna otra necesidad, que siempre me brindo una mano amiga y de confianza, y por ser un soporte más en el camino de mi formación como médico

A DIOS,

que me hizo ver las cosas de un modo más humano y de servicio, que me convenció para orientar a los demás a seguirlo y hacerme crecer espiritualmente, a ÉL cuya influencia divina en mis padres y abuela hizo posible que sea ahora un hombre de bien y útil a la sociedad para mayor gloria suya y bien de los demás.

A mi hermana Gianina,

quien estuvo conmigo en los buenos y malos momentos, y quien supo soportarme mis malos ratos, esa preocupación, esa admiración, esa confianza, ese abrazo y ese favor que supo darme cuando más lo necesitaba.

AGRADECIMIENTO

*A mi asesor **Dr. MAURO RAÚL ARGUMEDO CASTILLO**, me nace del corazón agradecerle profundamente a quien se ganó mi respeto y mi admiración, por su dedicación a la enseñanza. De formarme como médico, principalmente a quien me enseñó a luchar y ser mejor cada día. A quien es ejemplo de sabiduría, por sus años de experiencia, y quien finalmente me apoyó de forma incondicional para la elaboración de este trabajo.*

*A mi Jurado de Tesis, **Dr. Julio Arévalo; Dr. Jesús Magallanes; Dr. Pedro Portocarrero**, por todas sus enseñanzas durante mis años de estudio y su invaluable apoyo en la realización de mi tesis.*

A mis maestros, quienes con sus consejos y enseñanzas me permitieron moldear mis sueños aplicados a lo tangible.

A mis queridos amigos con quienes estoy llegando a esta meta y quienes también fueron partícipes de este logro.

A todos aquellos que de una u otra forma contribuyeron al cumplimiento de este objetivo.

RESUMEN

Según estadísticas de la Dirección de Salud Mental del MINSA, los problemas centrales a nivel nacional son la ansiedad y la depresión, las mismas que se presentan en todos los sectores socioeconómicos con incidencia en Lima, Arequipa, Cusco, Loreto, La Libertad y el Callao. Los casos de trastorno ansioso diagnosticado el último semestre del 2013 suman 97 mil 604. Estas cifras revelan que la población peruana admite tener un problema en su estado emocional y deja de lado el estigma de ser un paciente con problemas de salud mental. Por tanto el propósito del presente estudio fue determinar el nivel de ansiedad según la escala de Zung en los pacientes que acuden a la consulta de emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013. El diseño usado fue de tipo Observacional, Descriptivo, de corte Transversal, Prospectivo y Correlacional, mediante el uso del test de Zung para Ansiedad, aplicado a un total de 150 pacientes de 13 a 65 años (seleccionado mediante muestreo probabilístico) que acudieron al servicio de emergencias del Hospital Regional de Loreto. Se determinó que 69 pacientes (46.0%) fueron del sexo masculino, mientras 81 pacientes (54.0%) del sexo femenino el cual fue más propenso a presentar ansiedad patológica. Según la edad los que fueron menores de 20 años representaron el 24.7% y fueron los que presentaron mayores niveles de ansiedad que el resto de la población de estudio. Dentro de los Principales Motivos de Consulta se observó que Cefalea representó el 28% y con respecto a las principales comorbilidades se encontró que la Hipertensión Arterial fue del 20%. El mayor porcentaje de la muestra presentó Ansiedad Marcada con un 46%, a su vez la asociación de la ansiedad patológica con la edad menor de 20 años, el sexo femenino, el Alto nivel educativo, el no tener pareja, el proceder de zona urbana, el motivo de consulta, el ser estudiante o profesional fue estadísticamente significativo.

CAPÍTULO I

I. TÍTULO:

NIVEL DE ANSIEDAD SEGÚN LA ESCALA DE ZUNG EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO JULIO – SEPTIEMBRE 2013.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La ansiedad es una respuesta adaptativa que forma parte de la existencia humana, siendo un término que alude a la combinación de distintas manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles necesariamente a peligros reales, que se manifiestan ya sea en forma de crisis o bien como un estado persistente y difuso.

La ansiedad se trata en principio de un estado de alerta que prepara al organismo para un gasto suplementario de energía mediante cambios psicofisiológicos. El consumo de ciertos tóxicos o fármacos son capaces de derivar en un síndrome ansioso. Los cambios fisiológicos asociados a la ansiedad son taquicardia, hiperventilación, temblor, sudoración, alteraciones vasomotoras, sensaciones de debilidad, entre otras somatizaciones (Capponi, 2000).

Es más frecuente en mujeres (2/1) por su mayor vulnerabilidad al estrés, explicado por cambios hormonales propios del ciclo reproductivo (menarquia, embarazo, menopausia), asociación genética con ciertos trastornos y con otros aspectos de índole sociocultural. En el adulto mayor existe la relación entre ansiedad y enfermedades orgánicas.

Los estudios epidemiológicos de prevalencia de trastornos mentales y del comportamiento realizados en Lima, la sierra y la selva, por el Instituto de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”, indican que la ansiedad y la depresión, constituyen los dos trastornos psiquiátricos más prevalentes en nuestro país **(2)(3)(4)**. Siendo la prevalencia de trastornos de ansiedad en la Selva peruana de un 18,3%.

La mayor parte de los problemas de manejo de estos trastornos derivan del establecimiento de pautas inapropiadas, no sólo por el fármaco elegido, sino por administrar dosis y tiempos insuficientes, y no tener en cuenta que la relación con el paciente es determinante del resultado. Según la OMS en América Latina y El Caribe, el 63% de personas con ansiedad no reciben tratamiento (5).

En el ámbito asistencial, se observa que las mujeres y los jóvenes se presentan como más ansiosos (Locker, Liddel & Shapiro, 1999) al igual que las personas con discapacidad psíquica quienes experimentarían más miedo al diagnóstico de su enfermedad o a los tratamientos por su falta de comprensión; por último, un tiempo de espera prolongado antes de la atención, un excesivo número de pacientes en la sala de espera y el tratamiento con prescripciones de larga duración sin evidencia de mejoría parecen aumentar el nivel de ansiedad (Bobes, Bousoño, González & Sáiz, 2001). Si la persona cree que un evento va a ser incómodo o doloroso, su ansiedad y percepción del desagradable o dolor aumenta (DiClementi, Deffenbaugh & Jackson, 2007).

En el Perú y en la región Loreto son necesarios los estudios poblacionales en los cuales se pueda encontrar la incidencia real de la ansiedad en los servicios de Emergencia, ya que se encuentra poca información. En nuestro medio aún no se utilizan instrumentos que permitan identificar esta ansiedad de manera regular un ejemplo es la Escala de ansiedad de Zung, instrumento que se usa en el presente trabajo. Cabe recalcar que el uso de estos test se deba probablemente por no ser rápidos, por no ser aplicables aun en nuestro medio o por el poco tiempo que el médico dispone para estudiar a cada uno de los pacientes en un Servicio de Emergencia.

III. JUSTIFICACIÓN

Es conocida la elevada prevalencia de los trastornos mentales en la población general y en los servicios de Atención Primaria y sus graves repercusiones sociales, económicas y sanitarias. Por ello existe la necesidad de mejorar el reconocimiento, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales en los diferentes servicios y niveles de atención hospitalaria. Sin embargo, aún persisten las actitudes de incompreensión y rechazo en todo lo concerniente a lo «psiquiátrico» por parte de los actores de salud. En parte esto se debe a la complejidad de los conceptos psiquiátricos y al estigma que todavía tienen muchas enfermedades y tratamientos. Sin embargo, actualmente disponemos de facilidades para el diagnóstico y el tratamiento de numerosos trastornos mentales, en particular las de ansiedad y depresión. Persisten muchos errores basados en: confusión con patología somática, desestimación del origen psíquico de síntomas, rechazo social, escaso conocimiento de la psiquiatría por la Atención Primaria y rechazo o desconfianza de los tratamientos.

Asimismo, dado que estas enfermedades se consideran diagnósticos de exclusión (6), existe una tendencia a descartar patologías orgánicas específicas antes de concluir que los signos y síntomas que presentan los consultantes tienen origen psíquico (7) lo que demanda una gran utilización de recursos humanos, tecnológicos y económicos que no resultan en soluciones de raíz (8), con grave repercusión en la vida cotidiana y con costo social (9).

Teniendo en cuenta que el médico de emergencia dispone de tiempo limitado en la consulta y la importancia del diagnóstico en la primera puerta de acceso como suele ser la del médico general (8), planteamos la utilización de la Escala de Zung diseñada para ayudar a reconocer mejor la ansiedad, resultando un elemento útil para la detección del mismo (10) ya que a menudo no son diagnosticados en las consultas clínicas habituales (11).

Si bien ningún test, escala o cuestionario debe considerarse determinante para el diagnóstico por sí mismo o sustituir una correcta evaluación clínica **(12)(13)**, la Escala de Zung, orienta al médico hacia una evaluación más selectiva **(9)**, resultando útil como guía de la entrevista en la detección de enfermedades mentales, como indicador de prevalencia, gravedad y evolución de las mismas **(11)**, logrando así una pronta derivación al especialista correspondiente a favor de paciente, y sobre todo optimizando el uso de recursos hospitalarios y por sobre todo mejorando la calidad de vida de los pacientes **(9)** dado que sólo el 15-20% de los pacientes con ansiedad patológica son vistos por el psiquiatra **(8)**.

La repercusión de la ansiedad en la salud y en la calidad de vida, asociada al costo económico y social, hacen necesaria una intervención adecuada y coordinada que aborde el problema desde la prevención, la detección precoz, la reinserción y el apoyo social al enfermo y sus familias **(13)** con el fin de reducir los niveles de ansiedad y los costos totales de los cuidados en salud **(14)**.

Siendo la ansiedad en un servicio de emergencia una situación relativamente poco estudiada, se desconoce la carga de esta patología, y con una alta posibilidad de ser identificada antes de la evaluación en emergencia, se identificará y estudiará las principales características de aquellos casos con ansiedad en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Loreto.

Por tal motivo me hago la siguiente pregunta:

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿CUAL ES EL NIVEL ANSIEDAD SEGÚN LA ESCALA DE ZUNG EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO DURANTE LOS MESES JULIO A SEPTIEMBRE 2013?

IV. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

1. Determinar el nivel de ansiedad según la Escala de Zung en los pacientes que acuden a la consulta de emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir las Características Demográficas (Sexo, Edad, Grado de Instrucción, Estado Civil, Ocupación, Procedencia, Nivel de pobreza según auto-percepción de capacidad de satisfacción de necesidades básicas con ingresos familiares) de los pacientes que consultan en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto.
2. Describir algunas Características Patológicas (Motivo de consulta, Comorbilidad y Antecedentes Patológicos) de los pacientes que consultan en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto.
3. Identificar si existe relación entre los Niveles de Ansiedad y algunas Características Demográficas como Sexo, Edad, Grado de Instrucción, Estado Civil, Ocupación, Procedencia, Nivel de pobreza según auto-percepción de capacidad de satisfacción de necesidades básicas con ingresos familiares.
4. Identificar si existe Asociación entre los Niveles Ansiedad y Características Patológicas (Motivo de consulta, Comorbilidad y Antecedentes Patológicos) de los pacientes que consultan en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto

CAPÍTULO II

V. MARCO TEÓRICO

V.1. BASES TEÓRICAS

A. ETIMOLOGÍA

La palabra ansiedad viene del latín *anxietas, anxietatis*, cualidad o estado del adjetivo latino *anxius* (angustiado, ansioso). Este adjetivo se relaciona con el verbo *angere* (estrechar, oprimir), de cuya raíz también nos vienen otras palabras de origen latino como *ansia, angina, angosto, angustia* y *congoja*. Parece que todo remonta a una raíz indoeuropea *-angh-* que significa estrecho o doloroso.

La ansiedad ha sido entendida de muchas formas diferentes dependiendo desde que ámbito se enfoque el concepto, tales como:

- ✓ Reacción emocional: ansiedad como emoción
- ✓ Rasgo de personalidad: Característica permanente del individuo
- ✓ Estado de personalidad: Cómo se siente la persona en un momento determinado.
- ✓ Respuesta o patrón de respuesta
- ✓ Síntoma
- ✓ Síndrome

El problema radica en la ambigüedad terminológica, para lo cual se emplearon diferentes términos para referirse a la Ansiedad como por ejemplo: angustia, miedo, estrés, temor, tensión amenaza. El primer autor que asienta este término es Freud. Utiliza el término “*Angust*”, en inglés (*anxiety*) y eso traducido al español puede ser Ansiedad o Angustia.
(15)

B. SISTEMAS DE ANSIEDAD (15)

Los diferentes autores están tendiendo definir ansiedad porque hay un triple sistema de respuestas para definir la ansiedad (fisiológica, motor y cognitivo). Los autores quieren

incluir en su definición de ansiedad lo que provoca la ansiedad, se intenta crear definiciones que unan todo esto.

Según esto hay una serie de elementos que deberíamos tener en cuenta para la definición de ansiedad:

- ✚ Situación potencialmente ansiógena
- ✚ Experiencia subjetiva del individuo (cognitivo)
- ✚ Cambios fisiológicos
- ✚ Cambios en el comportamiento expresivo

B.1.- SISTEMA COGNITIVO DEL ESTADO DE ANSIEDAD

Se refieren a pensamientos, ideas o imágenes de carácter subjetivo, así como a su influencia sobre las funciones superiores.

- ❖ Preocupación
- ❖ Miedo o temor
- ❖ Inseguridad: Persona con alta ansiedad, tiene pensamientos negativos.
- ❖ Aprensión: Respuestas de miedo pero en términos físicos
- ❖ Pensamientos negativos: Inferioridad, incapacidad
- ❖ Anticipación de peligro o Amenaza
- ❖ Dificultad para concentrarse
- ❖ Dificultad para tomar decisiones
- ❖ Sensación general de desorganización o pérdida de control sobre el ambiente, acompañada por dificultad para pensar con claridad.

B.2.- SISTEMA FISIOLÓGICO DEL ESTADO DE ANSIEDAD

Son consecuencia de la actividad de los diferentes sistemas orgánicos del cuerpo humano:

- Síntomas cardiovasculares: palpitaciones, pulso rápido, tensión arterial elevada, accesos de calor...
- Síntomas respiratorios: sensación de sofoco, ahogo, respiración rápida y superficial, opresión torácica.
- Síntomas gastrointestinales: vómitos, náuseas, diarrea, aerofagia, molestias digestivas.
- Síntomas genitourinarios: micciones frecuentes, enuresis, eyaculación precoz, frigidez, impotencia.
- Síntomas neuromusculares: tensión muscular, temblores hormigueo, dolor de cabeza tensional, fatiga excesiva.
- Síntomas neurovegetativos: sequedad de boca, sudoración excesiva, mareo y lipotimia.

B.3.- SISTEMAS MOTORES DEL ESTADO DE ANSIEDAD

Se refieren a comportamientos observables consecuencia de la actividad subjetiva y fisiológica:

- ✓ Hiperactividad
- ✓ Paralización motora
- ✓ Movimientos repetitivos
- ✓ Movimientos torpes y desorganizados
- ✓ Tartamudeo y otras dificultades de expresión verbal
- ✓ Conductas de evitación.

C. DEFINICIONES

C.1. DEFINICIÓN DE ANSIEDAD

(Tobal, 1990)

Es una respuesta emocional o patrón de respuestas (triple sistema de respuestas) que engloba aspectos cognitivos dis-placenteros, de tensión y aprensión; aspectos

fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. La respuesta de ansiedad puede ser evocada tanto por estímulos externos o situacionales como por estímulos internos al sujeto (respuestas anticipatorias), tales como pensamientos, ideas, imágenes, etc., que son percibidos por el individuo como peligrosos o amenazantes.

Lang (2002)

Es una respuesta emocional que da el sujeto ante situaciones que percibe o interpreta como amenazas o peligros.

Kiriadou y Sutcliffe (1987)

Es una respuesta del individuo con efectos negativos (tales como cólera, ansiedad, depresión) acompañada de cambios fisiológicos potencialmente patógenos (descargas hormonales, incremento de la tasa cardíaca, etc.).

Beck (1985)

Se refiere que es la percepción del individuo a nivel incorrecto, estando basada en falsas premisas.

Lazarus (1976)

La ansiedad es un fenómeno que se da en todas las personas y que, bajo condiciones normales, mejora el rendimiento y la adaptación al medio social, laboral, o académico. Tiene la importante función de movilizarlos frente a situaciones amenazantes o preocupantes, de forma que hagamos lo necesario para evitar el riesgo, neutralizarlo, asumirlo o afrontarlo adecuadamente.

C.2. DEFINICIÓN DE SÍNDROME ANSIOSO (16)

Este síndrome se caracteriza por manifestaciones afectivas, con afectación global de las necesidades, sin alteración notable de las senso-percepciones.

La ansiedad excesiva es la característica fundamental que puede tener manifestaciones subjetivas, como el temor que siente la persona y no puede explicar, un estado de desasosiego e intranquilidad, así como el miedo a una enfermedad grave o morir, y las objetivas dadas por los síntomas neurovegetativos como palpitaciones, taquicardias, opresión torácica, disnea, anorexia, náuseas, vómitos, diarreas, palidez, frialdad e hiperhidrosis palmar entre otras.

Este síndrome puede ser expresión de trastornos situacionales por ejemplo la mujer que asiste a la consulta de emergencia angustiada, ansiosa, irritable, disfórica y refiere insomnio vespertino, cuya sintomatología aparece luego de la separación.

Este síndrome puede manifestarse en dos niveles de profundidad: el neurótico donde los síntomas son atenuados y el psicótico en que son más floridos e intensos. En el nivel neurótico el síndrome depresivo se acompaña de estado de ánimo abatido, anorexia, insomnio, ideas de auto-reproche, ansiedad, hipobulia, y forma parte de cuadros situacionales; mientras que en el nivel psicótico la tristeza es ,as profunda y existe enlentecimiento del pensamiento y de la actividad motora, además pueden presentarse alucinaciones y delirios. Es expresión de psicosis afectivas y maniacodepresivas.

C.3. DEFINICIÓN DE ESTRÉS (17)

Dentro de la ansiedad patológica se distingue entre ansiedad exógena (estrés) y ansiedad endógena. El estrés es una reacción fisiológica del organismo en el que entran en juego diversos mecanismos de defensa para afrontar una situación que se percibe como amenazante o de demanda incrementada.

Cuando esta respuesta natural se da en exceso se produce una sobrecarga de tensión que repercute en el organismo humano y provoca la aparición de enfermedades y anomalías patológicas que impiden el normal desarrollo y funcionamiento del cuerpo humano.

Mientras que la ansiedad va a ser una emoción, el estrés es un proceso adaptativo que genera emociones pero en sí mismo no es una emoción. La ansiedad se desencadena ante situaciones específicas, mientras que el estrés se desencadena ante cualquier cambio que cambie las rutinas cotidianas. La emoción posee unos efectos subjetivos o sentimientos específicos de la misma, mientras que el estrés no. El estrés se desarrolla desde una perspectiva ambientalista y sobre el supuesto de especificidad situacional, mientras que la ansiedad surge del ámbito intra-psíquico, de determinantes internos y estables. (Fernández Abascar, 1997)

El estrés crónico está relacionado con los trastornos de ansiedad, que cuando se presenta en forma excesiva o crónica constituye una enfermedad.

DIFERENCIAS ENTRE ANSIEDAD ENDÓGENA Y ANSIEDAD EXÓGENA

	Ansiedad endógena	Ansiedad exógena
Desencadenante	No	Si
Historia familiar	Si	No
Presencia de crisis	Si	No (continua)
Tipo de síntomas	Somáticos	Psíquicos
Relación mujer /hombre	2-3/1	1/1
Edad de comienzo	Precoz	Cualquiera
Búsqueda de ayuda médica	Si	Escasa
Respuesta a fármacos	Alprazolam, ADT	Benzodiacepinas

ISRS, IMAO		
Respuesta a psicoterapia	Mala	Buena
Precipitación por estimulantes Si (cafeína, yohimbina, β -estimulantes, lactato...)		No

ADT: antidepresivos tricíclicos; ISRS: Inhibidores selectivos de recaptación de serotonina, IMAO: inhibidores de la monoaminoxidasa.

C.4. DEFINICIÓN DE ATAQUE DE PÁNICO (18)

Según el DSM-IV un ataque de pánico comprende:

Período discontinuo de miedo o incomodidad, sin un objeto determinado que lo genere en los cuales varios síntomas se desarrollan abruptamente y alcanza su pico más alto en 10 minutos. Los ataques de pánico q no se tratan pueden causar fobias. Se puede acompañar de 4 o más de los siguientes síntomas,

1. Palpitaciones o taquicardia
2. Sudoración
3. Temblores o sacudidas
4. Sensación de ahogo
5. Sensación de atragantamiento
6. Opresión o malestar torácico
7. Náuseas o molestias abdominales
8. Inestabilidad, mareo o sensación de desmayo
9. Desrealización o despersonalización
10. Miedo a volverse loco o descontrolarse
11. Miedo a morir

12. Parestesias (hormigueos o entumecimientos)

13. Escalofríos o sofocaciones

Como podemos apreciar los síntomas fisiológicos prevalecen durante la crisis de pánico, y la sensación de miedo o terror intenso domina el cuadro. Este predominio de los síntomas fisiológicos lleva al paciente a suponer que sus síntomas son más de índole física, por lo que es habitual que concurra a un servicio de emergencia, visite a un cardiólogo o a un médico general, con lo que inicia un largo peregrinar por diferentes especialistas, hasta contactarse con un profesional que le proporcione el diagnóstico adecuado.

C.5.- DEFINICIÓN DE TRASTORNO DE PÁNICO (19)

Puede suceder que la persona experimenta alguna vez en su vida un ataque de pánico y nunca más vuelve a repetirse, pero en ocasiones se configura un Trastorno de Pánico.

Para que exista un trastorno de pánico es necesaria la presencia de ataques de pánico recurrente e inesperado, y al menos una de las crisis ha sido seguida durante un mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:

- Inquietud persistente ante la posibilidad de tener una crisis
- Preocupación por las consecuencias o implicancias de la crisis
- Cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis.

Se estima que 1 de cada 10 personas tiene una crisis de pánico aislada a lo largo de su vida, sin que la misma vuelva a repetirse. Diferentes estudios epidemiológicos indican que la prevalencia del trastorno de pánico en la población general oscila entre el 2 y el 5 %.

D.- ETIOLOGÍA DE LA ANSIEDAD. ENFOQUES TEÓRICOS

No existe una causa única que pueda explicar todas las distintas facetas de los trastornos ansiosos. Cada autor, dependiendo de su punto de vista trata de darle una explicación a este problema desde distintos enfoques. El estado actual de la etiología de la ansiedad habla en favor de una génesis multifactorial del problema.

Las teorías o enfoques más importantes que tratan de explicar este problema son las siguientes:

D.1. TEORÍAS PSICOLÓGICAS

Estas tratan de explicar los síntomas en base a conflictos intra-psíquicos que no tienen una base biológica definida.

D.1.1. Teoría Psicodinámica.

El creador es Freud. Tratan de explicar los síntomas en base a un conflicto inconsciente que surge entre impulsos inaceptables que emergen del individuo y que son rechazados por el súper ego generando tensión entre ambas esferas lo que da como resultado los síntomas ansiosos. Para poder manejar estos síntomas el ego recurre a mecanismos de defensa automáticos como la negación, la sublimación, la intelectualización, la formación reactiva y el aislamiento afectivo entre otros. De acuerdo a esta teoría al disminuir la intensidad del conflicto mediante técnicas de psicoterapia, los síntomas desaparecen (20).

D.1.2. Teorías Conductistas.

El conductismo se basa en que todas las conductas son aprendidas y en algún momento de la vida se asocian a estímulos favorables o desfavorables adoptando así una connotación que va a mantenerse posteriormente. Según esta teoría, la ansiedad es el resultado de un proceso condicionado de modo que los sujetos que la padecen han

aprendido erróneamente a asociar estímulos en un principio neutros, con acontecimientos vividos como traumáticos y por tanto amenazantes, de manera que cada vez que se produce contacto con dichos estímulos se desencadena la angustia asociada a la amenaza. La teoría del aprendizaje social dice que se puede desarrollar ansiedad no solo a través de la experiencia o información directa de acontecimientos traumáticos, sino a través del aprendizaje observacional de las personas significativas al entorno (20).

D.1.3. Teorías Cognitivistas.

Considera la ansiedad como resultado de "cogniciones" patológicas. Se puede decir que el individuo "etiqueta" mentalmente la situación y la afronta con un estilo y conducta determinados. Por ejemplo, cualquiera de nosotros podemos tener una sensación física molesta en un momento determinado, si bien la mayoría de nosotros no concedemos ningún significado a esta experiencia. No obstante existen personas que interpretan ello como una señal de alarma y una amenaza para su salud física o psíquica lo cual provoca una respuesta neurofisiológica desencadenando así la ansiedad (20)

D.1.4. Teorías del defecto del desarrollo psicológico

Normalmente el niño al ir creciendo se va acostumbrado a manejar los problemas que se le presentan en la vida en una forma adecuada. Cuando existe una madre sobreprotectora o una figura paterna de iguales características, el niño aprende a que le resuelvan los problemas sin tener que hacer mayor esfuerzo. Cuando la vida lo afronta al hecho de tener que decidir por sí mismo, no sabe qué hacer, se le produce inseguridad y aparecen los síntomas de la ansiedad. Al permitirle al individuo manejar las situaciones conflictivas va logrando un mayor control de sí mismo y los síntomas empiezan a desaparecer.

D.2 TEORÍAS BIOLÓGICAS

Estas tratan de explicar la ansiedad en alteraciones bioquímicas que ocurren a nivel de los neurotransmisores y los receptores a nivel del sistema nervioso central algunas de las cuales tienen su origen en predisposiciones genéticas.

D.2.1. Teoría del mosaico genético

Estas teorías se han esbozado a partir de las observaciones de que en algunas familias se presentan varios miembros que tienen trastornos ansiosos. No se ha podido aislar ningún gen responsable de esta alteración y se asume que existe una etiología poli genética que va a determinar una predisposición a desarrollar síntomas ansiosos en presencia de conflictos surgidos durante la vida. Así como otras personas tienden a deprimirse éstas tienden a angustiarse ante estímulos en que a otras personas no les produciría ninguna alteración.

D.2.2. Teoría del déficit gabaérgico

Esta establece que en algunos individuos existe un déficit funcional del neurotransmisor GABA que es de tipo inhibitorio y que ayuda a contrarrestar la acción de los neurotransmisores de tipo excitatorio como la dopamina (DA), norepinefrina (NE) y serotonina (SE). Se ha mencionado que puede existir un nivel normal de GABA pero que el receptor a esta sustancia se hace resistente de tal manera que no se produce la acción fisiológica esperada. El GABA se encuentra difundido en todo el cerebro de tal manera que las manifestaciones de su deficiencia son pleomórficas. Esta teoría se ve favorecida por el hecho de que las benzodiazepinas, que son medicamentos útiles en el manejo de la ansiedad, actúan elevando la disponibilidad del GABA (20).

D.2.3. Teoría de la actividad noradrenérgica excesiva

Esta teoría establece que existe un exceso de actividad noradrenérgica especialmente a nivel del locus ceruleus que es la que genera la reacción de ansiedad. Estudios hechos con electrodos implantados en esta región revelan que existe un aumento de la actividad

normal de esta región cuando el paciente está experimentando síntomas ansiosos. Cuando utilizamos medicamentos que disminuyen esta excesiva actividad el paciente experimenta mejoría (20).

D.2.4. Causas biológicas ocasionadas por algunas sustancias

Existen algunas sustancias que pueden ocasionar síntomas que simulan un cuadro ansioso y que están directamente relacionadas con el tipo y la dosis de alguna sustancia que actúa como un estimulante del sistema nervioso central. Entre éstas cabe destacar: los productos antiasmáticos a base de teofilina y otras aminas simpaticomiméticas, los productos para adelgazar, la hormona tiroidea y los corticoesteroides. Si no se logra suspender o disminuir la dosis de los mismos, los síntomas tenderán a persistir.

En consumo crónico de sustancias psicodélicas como la marihuana y la cocaína, pueden asociarse a estados ansiosos que son imposibles de diferenciar de un trastorno ansioso

D.2.5. Disfunción del sistema límbico

El sistema límbico es una unidad funcional centro-encefálica que se compone de varias estructuras como el hipotálamo, el hipocampo, el giro del cíngulo y sus interconexiones. Desde el punto de vista evolutivo es una de las partes más antiguas del cerebro y en los animales inferiores está íntimamente relacionado con el sentido del olfato. El primero que realizó estudios sobre este tema fue Papez en 1937, quien consideró que estas estructuras constituían un circuito neuronal. Por sus relaciones con la corteza cerebral, la sensación de angustia se hace consciente y por sus relaciones con el tálamo, se producen las alteraciones en el sistema neurovegetativo que van a ocasionar muchas de las manifestaciones periféricas de la ansiedad. El hipotálamo está relacionado con cambios endocrinos, del sistema motor, baja temperatura corporal, trastornos del sueño, cambios en el peso y el apetito, cambios menstruales y disfunciones sexuales.

En la actualidad se considera que el sistema límbico está relacionado tanto con la génesis de los estados afectivos como con la supresión de los estímulos que son irrelevantes.

Mediante electrodos implantados profundamente en estas estructuras, se ha visto que los síntomas ansiosos se relacionan con un aumento de la actividad eléctrica a este nivel. Este aumento de actividad podría estar relacionado con un aumento de la norepinefrina.

En algunos epilépticos del lóbulo temporal que está muy relacionado con el sistema límbico, se presentan trastornos del comportamiento, sensación de intensa ansiedad, episodios oniroides (estados de ensoñación), sentimientos de despersonalización y cambios perceptivos en los sentidos del olfato, la vista, el oído y el gusto. Estas manifestaciones se presentan durante la descarga eléctrica y ceden cuando ésta pasa. En los estados inter-críticos, la personalidad puede ser perfectamente normal.

B.2.6. Teoría metabólica panicogénica del lactato

Cohen y White (1950) fueron los primeros en advertir que los pacientes con astenia neurocirculatoria, una condición relacionada estrechamente con la ansiedad, producían niveles plasmáticos de lactato más altos que los controles cuando realizaban ejercicio. Esta observación motivó a Pitts y Mc-Clune (1967) a administrar infusiones endovenosas de lactato sódico a los pacientes con un trastorno de “ansiedad” y como resultado, obtuvieron una crisis de angustia en la mayoría de estos pacientes durante la infusión. Este fenómeno ha sido replicado en numerosas ocasiones y actualmente se acepta plenamente que la infusión durante 20 minutos de 10 ml/kg de lactato sódico 0,5 molar provocará una crisis de angustia en la mayoría de pacientes con un trastorno de angustia pero no en los sujetos control normales. Todavía no se entiende muy bien el mecanismo (Liebowitz y col., 1985a) por el que ocurre este hecho. Como explicación se postulan un estado de activación (*a r o u s a l*) inespecífico que desencadenaría cognitivamente una crisis de angustia; la inducción de una alcalosis metabólica; la hipocalcemia; una alteración del cociente NAD-NADH y una hipercapnia intra-cerebral transitoria. De todas ellas, la hipercapnia intra-cerebral transitoria ha merecido un interés y una validación considerables en estudios recientes (20).

B.2.7. Teoría de la hipersensibilidad al dióxido de carbono

La hiperventilación controlada y la alcalosis respiratoria no producen crisis de angustia de forma rutinaria en los pacientes con un trastorno de angustia. Sorprendentemente, si a estos pacientes se les hace respirar aire con un 5% de dióxido de carbono presentan crisis de angustia con una frecuencia parecida a las inducidas por la infusión de lactato sódico (Gorman y col., 1984). Este fenómeno puede ser explicado parcialmente gracias a los hallazgos de Svensson y sus colaboradores, quienes mostraron cómo se producía un aumento dosis-dependiente de la descarga del locus ceruleus en las ratas a las que se hacía respirar CO₂ añadido al aire inspirado (Elam y col., 1981). Una explicación alternativa sería que los pacientes con crisis de angustia tuvieran quimiorreceptores tronculares hipersensibles al CO₂ en la médula espinal.

Se ha formulado la teoría de las crisis de angustia por “falsa alarma de asfixia” (Klein DF, 1993). Según esta teoría, los pacientes con un trastorno de angustia son hipersensibles al CO₂ debido a una extrema sensibilidad del sistema de alarma de asfixia del tronco cerebral. Esta situación sería la opuesta a la hiposensibilidad del sistema de alarma de asfixia en los casos de la enfermedad de Ondina, en la cual, los individuos afectados pueden asfixiarse mientras duermen. Klein, DF (1993) postula que esta teoría explicaría, por ejemplo, la tendencia a la presentación de los ataques de crisis de angustia durante los estados de alta concentración de CO₂ como en el sueño profundo no-REM, en el período premenstrual o, a veces, en la relajación, pero no durante el parto, situación por otra parte caracterizada por una hiperventilación extrema y cogniciones potencialmente catastrofistas (20).

D.3. TEORÍAS SOCIALES

Estas establecen que se genera un conflicto entre el individuo y el medio que lo rodea. Al no poder afrontar adecuadamente las demandas del medio se generan tensiones que van a ocasionar la aparición de los síntomas de la ansiedad.

D.3.1. Teoría de la aglomeración social

Considera que cuando aumenta la densidad de población en una región, el individuo necesita realizar mayores esfuerzos para poder cumplir efectivamente con las demandas que se le imponen. Se dificulta más el poder llegar a tiempo al trabajo, el poder ajustarse a un presupuesto cada vez más estrecho, adaptarse a un ámbito social cada vez más pequeño, al aumento de los fenómenos sociales como la delincuencia y la drogadicción, etc. Este concepto está relacionado con el espacio vital que tiene el ser humano y que al igual que los animales, entre más estrecho, más tensión genera y se tiende a estar más agresivo (20).

E.- TIPOS DE ANSIEDAD SEGÚN SPIELBERG: ANSIEDAD ESTADO Y ANSIEDAD RASGO

En los estudios de Spielberger et al. (1970) la ansiedad se conceptualiza de 2 formas como un estado emocional transitorio que varía en intensidad y fluctúa con el tiempo (ansiedad-estado) y como una disposición personal que aparece relativamente estable en el tiempo (ansiedad-rasgo). Es decir existe una ansiedad vinculada a la personalidad: ansiedad-rasgo, y otra ansiedad relacionada con una amenaza física anticipatoria como por ejemplo el contexto quirúrgico: ansiedad-estado. Existen varios cuestionarios como el STAI (SPIELBERGER STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY) que evalúan la ansiedad -rasgo y la ansiedad -estado.

La Ansiedad Estado (A/E) se conceptualiza entonces como una condición emocional transitoria caracterizada por tensión, aprensión e hiperactivación del Sistema Nervioso Autónomo. Puede variar en intensidad y fluctuar a lo largo del tiempo.

La Ansiedad Rasgo (A/R) se caracteriza por una propensión ansiosa de forma estable debido a la tendencia por parte del sujeto a percibir las situaciones cotidianas como amenazadoras, provocando así un aumento del grado de ansiedad.

F.- NIVELES DE ANSIEDAD

El estado de ansiedad puede clasificarse por niveles o grados de intensidad leve, moderada, grave y de pánico. Cada una de ellas presenta manifestaciones diferentes que varían de intensidad y tienen una incidencia sobre las respuestas de la persona en sus diferentes dimensiones (fisiológicas, cognitivo y comportamental) (21)

Según **MARTINES Y CERNA** (1990) clasifica la ansiedad en tres niveles:

F.1.- ANSIEDAD LEVE

La persona esta alerta, ve, oye domina la situación más que antes de producirse este estado; es decir, funcionan más las capacidades de percepción, observación debido a que existe más energía dedicada a la situación causante de ansiedad. Este nivel de ansiedad también se denomina ansiedad benigna o tipo ligero de ansiedad

Reacción fisiológica: Puede presentar respiración entrecortada, ocasional frecuencia cardiaca y tensión ligeramente elevada, síntomas gástricos leves, tic facial, temblor de labios. (22)(23)

F.2.- ANSIEDAD MODERADA

El campo perceptual de la persona que experimenta este nivel de ansiedad se ha limitado un poco. Ve, oye y domina la situación, menos que la ansiedad leve. Experimenta limitaciones para percibir lo que está sucediendo a su alrededor pero puede observar si otra persona le dirige la atención hacia cualquier sitio periférico.

Reacción fisiológica: Puede presentarse respiración entrecortada frecuente, aumento de la frecuencia cardiaca, tensión arterial elevada, boca seca, estomago revuelto, anorexia, diarrea o estreñimiento, temblor corporal, expresión facial de miedo, músculos tensos, inquietud, respuestas de sobresalto exageradas, incapacidad de relajarse, dificultad para dormir. (24)(25)

F.3.- ANSIEDAD GRAVE

En este nivel de ansiedad, el campo perceptual se ha reducido notoriamente, por esta razón la persona no observa lo que ocurre a su alrededor, es incapaz de hacerlo aunque otra persona dirija su atención hacia la situación. La atención se concentra en uno o en muchos detalles dispersos y se puede distorsionar lo observado. Además, hay gran dificultad para aprender, la visión periférica está disminuido y el individuo tiene problemas para establecer una secuencia lógica entre el grupo ideal.

Reacción fisiológica: Puede presentar respiración entrecortada, sensación de ahogo o sofoco, hipotensión arterial, movimientos involuntarios, puede temblar todo el cuerpo, expresión facial de terror **(26)(27)**.

G.- TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y CLASIFICACION

Existen unos criterios universales para determinar si el comportamiento de una persona cabe diagnosticarlo como un trastorno de ansiedad. Estos criterios están recogidos en las dos clasificaciones de trastornos mentales (o psicopatológicos) más importantes:

- DSM-IV- TR (Asociación de Psiquiatras Americanos, APA).
- CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, OMS).

La Organización Mundial de la Salud en su décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) publicada en 1992, incluye los trastornos de ansiedad dentro del capítulo titulado “ Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos” (epígrafes F40-F48). Por su parte, la Asociación Americana de Psiquiatría, en su versión DSM-IV, les dedica el capítulo titulado “Trastornos de ansiedad”. El paralelismo entre ambas clasificaciones diagnosticas puede apreciarse en la siguiente tabla.

CLASIFICACIÓN DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD
SEGÚN EL DSM-IV-TR Y LA CIE-10: EQUIVALENCIAS

DSM-IV-TR (1994)	CIE-1 (1992)
Trastornos de ansiedad	Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos
F40.00 Agorafobia sin historia de trastorno de angustia	F40 Trastorno de ansiedad fóbica
F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia	F40.0 Agorafobia
F40.1 Fobia social	.00 Sin trastorno de pánico
F40.2 Fobia especifica	.01 Con trastorno de pánico
	F40.1 Fobia social
	F40.2 Fobias especificas (aisladas)
	F40.8 Otros trastornos de ansiedad fóbica
	F40.9 Trastorno de ansiedad fóbica sin especificación
F41.0 Trastorno de angustia sin agorafobia	F41 Otros trastorno de ansiedad
F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada	F41.0 Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica)
F41.9 Trastorno de ansiedad no especificado	F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada
	F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo
	F41.3 Otro trastorno mixto de ansiedad
	F41.8 Otros trastornos de ansiedad especificados
	F41.9 Otros trastornos de ansiedad sin

	especificación.
F42.8 Trastorno obsesivo-compulsivo	F42 Trastorno obsesivo-compulsivo
F43.0 Trastorno por estrés agudo	F43 Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación
F43.1 Trastorno por estrés postraumático	F43.0 Reacción a estrés agudo
	F43.1 Trastorno de estrés postraumático
	F43.2 Trastorno de adaptación
	F43.8 Otras reacciones a estrés grave
	F43.9 Reacciones a estrés grave sin especificación
F06.4 Trastorno de ansiedad debido a.... (indicar enfermedad médica)	F44 Trastornos disociativos (de conversión)
	F45 Trastornos somatomorfos
	F42 Otros trastornos neuróticos

H.- ESCALAS DE ANSIEDAD

Existen diferentes pruebas para medir la existencia, el grado y el tipo de ansiedad.

Para evaluar la ansiedad en todo paciente que acude a consulta médica existen diversas escalas tales como STAI (STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY QUESTIONNAIRE), Escala Visual Análoga de Ansiedad, las escalas de ansiedad de Taylor (INVENTARIO DE SITUACIONES Y RESPUESTAS DE ANSIEDAD – ISRA), Escala de Valoración de Ansiedad de Hamilton (HAS), Inventario de Ansiedad de Beck, Pauta de Entrevista para los Trastornos de Ansiedad (ADIS – IV), Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg, Escala de Autoevaluación de Zung.

La prueba de STAI, basada en la escala de Spielberger (SPIELBERGER STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY o STAI), evalúa la ansiedad vinculada a la

personalidad del paciente (ansiedad-rasgo) y la ansiedad relacionada con el contexto quirúrgico (ansiedad-estado), pero es demasiado compleja para utilizarla rutinariamente y se reserva para la investigación.

Seguidamente se presentará información acerca de la escala de Autoevaluación de Zung, por ser este el que se utilizará para el presente estudio.

H.1. ESCALA DE AUTOEALUACIÓN DE ZUNG (EAA)

DESCRIPCIÓN GENERAL

Esta escala de evaluación de la ansiedad de ZUNG (EAA) comprende un cuestionario de 20 informes o relatos, cada uno referido a manifestaciones características de ansiedad, como síntomas o signos. El conjunto abarca una amplia variedad de síntomas o signos. El conjunto abarca una amplia variedad de síntomas de ansiedad como expresión de trastornos emocionales.

Las palabras utilizadas en el cuestionario de la escala han sido escogidas para hacerlas más accesibles a la mayoría de las personas, empleando su propio lenguaje. En algunos casos, las personas pueden hacer preguntas relacionadas con el criterio a que se debe sujetar el procedimiento de marcar determinada información. Las preguntas generalmente indican el deseo de cooperación con el profesional de la salud (médico, psicólogo) y deben ser respondidas de tal manera que induzcan a la persona a dar las respuestas más acordes a su realidad personal.

En el formato del cuestionario hay 4 columnas en blanco encabezadas por “Nunca casi nunca”, “A veces”, “Con bastante frecuencia” y “Siempre o casi siempre”.

Se le da a la persona la lista de frases y se le pide que coloque una marca en el recuadro que considere más aplicable a su caso, de acuerdo a como se ha sentido la última semana.

Los ítems tienen dirección positiva o negativa, por ejemplo, la primera frase “Me siento más intranquilo y nervioso que de costumbre” tiene un sentido positivo, mientras que la frase “Me siento tranquilo y me es fácil estar quieto”, tiene un sentido negativo, pues describe la sensación opuesta a la que tienen la mayoría de las personas ansiosas, que es intranquilidad y dificultad para estar quieto.

Los ítems que evalúan una dirección positiva son:

- Me siento más nervioso(a) y ansioso (a) que de costumbre (Item 1)
- Me siento con temor sin razón (Item 2)
- Despierto con facilidad o siento pánico (Item 3)
- Me siento como si fuera a reventar y partirme en pedazos (Item 4)
- Me tiemblan los brazos y las piernas (Item 6)
- Me mortifican dolores de cabeza, cuello o cintura (Item 7)
- Me siento débil y me canso fácilmente (Item 8)
- Puedo sentir que me late muy rápido el corazón (Item 10)
- Sufro de mareos (Item 11)
- Sufro de desmayos o siento que me voy a desmayar (Item 12)
- Se me adormecen o hinchan los dedos de las manos y pies (Item 14)
- Sufro de molestias estomacales o indigestión (Item 15)
- Orino con mucha frecuencia (Item 16)
- Siento bochornos (Item 18)
- Tengo pesadillas (Item 20)

Los ítems que evalúan una dirección negativa son:

- Siento que todo está bien y que nada malo puede sucederme (Item 05)
- Me siento tranquilo(a) y puedo permanecer en calma fácilmente (Item 09)
- Puedo inspirar y expirar fácilmente (Item 13)
- Generalmente mis manos están secas y calientes (Item 17)
- Me quedo dormido(a) con facilidad y descanso bien durante la noche (Item 19)

En el siguiente tabla se presenta un resumen de los ítems y la dirección que asumen.

Dirección de los ítems de la EAA:

Dirección Positiva	Dirección Negativa
1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 18 y 20	5, 9, 13, 17 y 19
15 ítems	05 ítems

Además en el formato de la Escala de ansiedad de Zung se usa un número par y no impar de respuestas posibles para que la persona no pueda marcar la columna central para dar la impresión de que pertenece al término medio.

Los resultados obtenidos de varios estudios han demostrado que en casi todos los trastornos psiquiátricos hay un cierto grado de ansiedad concomitante.

Personas con diferentes diagnósticos primarios tales como enfermedad coronaria, lumbago o depresión, con frecuencia conllevan al diagnóstico adicional de ansiedad, lo cual significa que un diagnóstico primario que no sea el de ansiedad no elimina la concomitancia de sintomatología ansiosa que requiere el tratamiento de esta condición agregada. Ejemplo: enfermedad coronaria y ansiedad, depresión y ansiedad, entre otros.

Los ítems están concebidos en términos que se asimilan al lenguaje común de las personas ansiosas. No obstante, su significado se identifica con la terminología médica convencional que define los síntomas de ansiedad. Los síntomas de trastornos ansiosos que comprende la Escala se presentan en la siguiente tabla.

TRASTORNOS ANSIOSOS QUE MIDE LA ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN DE ZUNG

Afectivos	Somáticos
Desintegración mental	Temblores
Aprehensión	Dolores y molestias corporales
Ansiedad	Tendencias a la fatiga y debilidad
Miedo	Palpitaciones
Intanquilidad	Mareos
	Desmayos
	Transpiración
	Parestias
	Nauseas y vomitos
	Frecuencia urinaria
	Bochornos
	Insomnio
	Pesadillas

El valor de cada respuesta por ítem de la escala de Zung se puede observar en el **Anexo 3**. Posteriormente se anota el valor individual de cada ítem en el margen derecho de la tabla, sumándose dichos valores para obtener un total, el cual es convertido en un “índice de ansiedad” en base a la siguiente ecuación:

$$\frac{\text{Total}}{\text{Promedio máximo de 80}} \times 100 = \text{Índice de ansiedad}$$

La escala es estructurada en tal forma que un índice bajo indica la inexistencia de ansiedad y un índice elevado, ansiedad clínicamente significativa.

El índice de la Escala orienta sobre “cuál es el grado de ansiedad de la persona”, en términos de una definición operacional, expresada en porcentajes. En el **Anexo 4** se pueden apreciar los índices obtenidos según niveles.

Mediante la combinación de los resultados obtenidos en numerosos estudios, el índice de la EAA ha sido interpretado tal y como se puede apreciar en la siguiente tabla.

Índice Escala de Ansiedad de Zung

Impresión de Equivalencia Clínica

Índice EAA	Equivalencia Clínica
Menos de 45	Dentro de límites normales. No hay ansiedad presente.
45 – 59	Presencia de ansiedad mínima.
60 – 74	Presencia de ansiedad marcada o severa.
75 a más	Presencia de ansiedad en grado máximo.

Validez y confiabilidad

Zung en 1965 valida las escalas, tanto de la Autoevaluación de la Ansiedad como de la Autoevaluación de la Depresión, aplicándolas en primer lugar a un grupo de pacientes de consultorios externos en el Duke Psychiatry Hospital con diagnóstico de depresión, ansiedad y otros desórdenes de la personalidad.

Los diagnósticos fueron establecidos separadamente por otros clínicos obteniendo puntuaciones con escalas psicométricas estándar antes de la aplicación de ambas escalas.

En todos los pacientes se encontró una alta correlación entre las puntuaciones obtenidas y las recogidas con otras pruebas, se encontró asimismo diferencias significativas en relación con la edad, nivel educacional e ingresos económicos.

En 1968 se realizó la validación transcultural aplicando las escalas en Japón, Inglaterra, Checoslovaquia, Australia, Alemania y Suiza. Las autoevaluaciones en dichos países eran comparables, encontrando que existen diferencias entre un grupo de pacientes con diagnóstico de ansiedad aparente y pacientes ansiosos.

Zung afirma que la ansiedad es relativamente independiente de los factores de edad, educación y situación social, a la vez que plantea las siguientes conclusiones:

- ✓ Generalmente los pacientes hospitalizados están más deprimidos que los pacientes externos por lo que sus índices son mayores.
- ✓ Los pacientes pueden tener varios diagnósticos, al mismo tiempo pueden presentar ansiedad y depresión simultáneamente. Por lo tanto un diagnóstico inicial de ansiedad no elimina la posibilidad de que esté deprimido.
- ✓ Los índices de las personas normales tienden a ser mayores en los de más edad y en los más jóvenes, pero en su promedio siempre es menor de 50.

Validez y Confiabilidad en Perú

En nuestro país, Astocondor (2001), como parte de su tesis titulada “Estudio Exploratorio sobre ansiedad y depresión en un grupo de pobladores de comunidades nativas Aguarunas”, realizó la adaptación y validez de la escala de autoevaluación de la ansiedad de Zung y de la Escala de Autoevaluación de la Depresión de Zung en una muestra de 100 pobladores de ambos sexos de 14 a 30 años, de siete comunidades nativas aguarunas del departamento de Amazonas.

V.2. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

En Iquitos, el Director del Centro de Rehabilitación del Enfermo Mental de Iquitos (CREMI) informa que en octubre del 2009 obtuvieron información básica sobre ansiedad en 500 adolescentes de la zona baja de Belén (colegios y campañas de Salud) utilizando el test de Zung para ansiedad, encontrando un promedio de 70 casos de ansiedad. (28)

En el hospital Essalud en consultorio de Psiquiatría de Enero a Agosto del 2009 se atendieron 51 casos de trastornos de ansiedad en sus diferentes manifestaciones y en el hospital Regional de Loreto, en los consultorios de Psicología de Enero a Agosto del 2009 se atendieron un promedio de 100 casos de trastornos de ansiedad. (29)

López Peña, Luis. Iquitos – Perú 2012. “ANSIEDAD PREOPERATORIA EN PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO”. Realizó un estudio de tipo Observacional, Descriptivo, de corte Transversal, Prospectivo y Correlacional que incluyó 102 pacientes programados para cirugía en los Departamentos de Cirugía y Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Loreto durante Enero a Febrero del año 2012, en donde encontró la existencia de Ansiedad pre quirúrgica en un 28,43%, con mayor predominancia de ansiedad preoperatoria en las del sexo femenino (96,6%), En el grupo etáreo de 15 a 30 años (51,7%), los de grado de instrucción secundaria (62,1%), de estado civil conviviente (55,2%), de procedencia urbana (65,5%) y de ocupación el hogar (65,5%). Con respecto a las características quirúrgicas, se encontró más frecuencia de ansiedad preoperatoria en los que no habían tenido experiencia previa de cirugía con un 55,2%, con clasificación Goldman II un 55,2%, los que habían tenido como diagnóstico previo Gestación con indicación de cesárea un 31,0%, los que se sometieron a cirugía mayor con 86,2%, y a los que se le realizo anestesia raquídea con un 79,3%. (69)

Rengifo Mozombite, Alexander. Iquitos – Perú 2000. “NIVEL DE INFORMACIÓN Y SU RELACIÓN CON EL GRADO DE ANSIEDAD DEL PACIENTE PRE-QUIRÚRGICO IQUITOS 2000”. Realizó un estudio de tipo descriptivo Correlacional de los pacientes pre-quirúrgicos inmediatos de los hospitales del Ministerio de Salud y Es Salud durante el año 2000. Evaluó a los pacientes mediante el uso dos instrumentos (Escala de Zung para ansiedad y un cuestionario previamente validados) encontrando que 91,3% de la población mostró deficiente información pre-operatoria. Asimismo detectó que el 89% de la población estudiada tenía información escasa referente a la importancia de la deambulación temprana entre otros. El 72% de la población evaluada presentó ansiedad marcada y el 28% ansiedad leve. De determinó que existe asociación significativa entre el grado de ansiedad y el nivel de información pre-operatoria. (70).

Vía Alvarado, Juan. Buenos Aires – Argentina 2010. “ANSIEDAD EN LA CONSULTA DE GUARDIA”. Realizó su estudio en el Servicio de Guardia del Instituto Médico Platense SRL sito en calle 51 número 315 de la Ciudad de La Plata, Provincia de Buenos Aires, Argentina desde Noviembre del año 2009 a Marzo del 2010, evaluó a 120 pacientes (entre 18 – 65 años) que se presentaron de forma espontánea en el Servicio de Emergencias, de los cuales 100 fueron incluidos. Se obtuvo 11 escalas positivas para caso probable de ansiedad (11%), con la particularidad de que 6 de ellas (54.54%) correspondían al grupo de los hombres y 5 (45.45%) al de las mujeres, valores que fueron hallados en un rango etáreo entre 27-44 años. Dentro de las características generales, la comorbilidad clínica más frecuente fue la Hipertensión Arterial en el 10% de los casos, la resección del apéndice (apendicectomía) fue el antecedente quirúrgico más frecuente con el mismo porcentaje de pacientes, el motivo de consulta más importante fue el dolor abdominal con el 15% y el 37% de los encuestados eran empleados. (30)

Vilchis – Águila I, et al México. 2010. “FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES ADULTOS EN LA SALA DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL GENERAL NO GUBERNAMENTAL Y DETECCIÓN POR EL

MÉDICO DE URGENCIAS” Realizó su estudio en el Servicio de Urgencias del Hospital Ángeles del Pedregal en la ciudad de México el 2010 utilizando la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión. Se evaluaron 96 pacientes (entre 18 – 81 años) de los cuales se determinó que 32 (34,8%) presentaron ansiedad; con una mayor prevalencia del sexo femenino 65.6% (63) frente a un 34,4%(33) del sexo masculino en un rango etario predominante de entre 18-27 años (33,3%). Se determinó además que en la media predominó el estado civil soltero 55.2% (53) y la ocupación empleados 31,2% (30). Por lo que se refiere a la escolaridad predominó la licenciatura 54,2% (52). **(31)**

Pallas Cots, Blanca. España. 2007. “ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA DEMANDA DE URGENCIAS DEL CENTRO DE SALUD DE CASSETAS EN ZARAGOZA” durante el año 2006. Se evaluaron 360 pacientes siendo el 51,1% (184) mujeres frente a un 48,9%(176) del sexo masculino. El 3,05% de pacientes presentó ansiedad al momento de la consulta de urgencias, siendo la faringitis 17,22% el motivo de consulta más frecuente. La media de edad más frecuente se situó entre 20 – 24 años en un 9,05%. **(32)**

Barro Lugo, S. España. 2004. “DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN LOS INMIGRANTES NO REGULARIZADOS”. Evaluó una muestra de 27 pacientes (63% varones y 37% mujeres) con una edad media de 32,89 años. El 51,9% de los pacientes presentó ansiedad y el 40,7%, depresión. Ansiedad y depresión son más frecuentes en mujeres (70 y 50%) que en varones (41,2 y 35,3%). El motivo de consulta más frecuente fue dolor de dolor de garganta **(33)**.

Vargas Ortega, D. España. 2003. “CRISIS DE ANSIEDAD EN INMIGRANTES, UN NUEVO RETO PARA EL MÉDICO DE URGENCIAS” En su estudio evaluaron 320 pacientes desde junio 2002 hasta febrero 2003 en la Unidad de Urgencias Hospital de Poniente. Hospital de Primer Nivel de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. El Ejido. Almería. El 71,3% fueron varones, el resto (29,7%) mujeres. La edad media fue de $27,4 \pm 10$ años. El motivo de consulta más frecuente fue dolor torácico, palpitaciones y sensación disneica en un 71%. **(34)**

Mella Mejía, Cesar, et al. Santo Domingo. 1989. “ANSIEDAD EN EL PACIENTE DE CONSULTA EXTERNA” evaluó 758 pacientes de la consulta externa de hospitales públicos y clínicas privadas (Hospital Dr. Luis E. Aybar; Dr. Francisco E. Moscoso Puello; Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia y Maternidad San Lorenzo de Los Mina. Las clínicas Dr. Gómez Patiño, Dr. Abreu, Instituto de Maternidad San Rafael y Dr. Abel González) en la ciudad de Santo Domingo, mediante la aplicación de la escala de W.K.Zung. De la muestra, 546 (72%) eran mujeres y 212 eran hombres. De los 447 (59%) pacientes que presentan nivel de ansiedad patológico, 94 (21%) son hombres y 353 (79%) son mujeres. El 23,7%(79) de hombres y 76,2%(254) de mujeres presentaron Ansiedad Mínima. El 12,7%(13) de hombres y 87,2%(89) de mujeres presentaron Ansiedad Marcada o Severa y el 1,5%(2) de los hombres y 83,3%(10) de las mujeres presentaron Ansiedad Grado Máximo. Las mujeres están más afectadas que los hombres en una proporción de 3 a 1. En cuanto al rango de edad se observó que el grupo más representado es el de 15 a 24años, con 283 (37%). De éstos, 69 son hombres (24%) y 214 son mujeres (75.6%). (54)

Álvarez Vacas, Bernardo. Quito – Ecuador. 2003. “PRESENCIA DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS EN PACIENTES QUE ACUDEN A SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA PRIMARIA DE UN CONSULTORIO PRIVADO DE LA CIUDAD DE QUITO” evaluó una muestra de 50 pacientes de entre 30 y 45 años, siendo las edades más frecuentes 30, 39, 40 y 45. El 18%(9) de sexo masculino y el 82%(41) pertenecieron al sexo femenino siendo esta última la de mayor predominio. En la muestra el 60%(30) no tenía Ansiedad, el 16%(8) tenía ansiedad leve, el 18%(9) ansiedad moderada y el 6%(3) ansiedad severa. En total había 20 personas con ansiedad (40%) y 30 personas sin ansiedad (60%). Según género, en el sexo masculino la muestra estuvo conformada por 9 hombres, de los cuales 8 no presentaron ansiedad y solo 1(11.1%) presento ansiedad. Con respecto al sexo femenino de las 41 mujeres, 19(46,3%) presentaron ansiedad y 22 mujeres no. Con respecto al estado civil se observó que el 20%(10) de la muestra fueron solteros de los cuales solo 40%(4) presentaron ansiedad. El 74%(37) del total fueron casados presentado solo el 35,1%(13) ansiedad patológica, y el 6%(3) de toda la muestra fueron divorciados observándose que el 100%(3) presentó ansiedad. En lo que respecta a algún tipo de

actividad laboral de la muestra, se determinó que el 84%(42) presento algún tipo de actividad laboral, de los cuales el 40,5%(17) se observó ansiedad; y el 16%(8) de la muestra no presentó ningún tipo de actividad laboral siendo solo el 60%(3) de este grupo que presento ansiedad. (55)

Hernández Santillán, Gina. Perú. 2012. “TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA DEL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA – 1 ÚCUPE. CHICLAYO MARZO 20012” evaluó a 65 personas de entre 17 y 88 años con una edad media de 52,58 años D.E 19,22; Del total de la muestra 67,7%(44) fueron mujeres y 32,3%(21) varones. Se observó que las mujeres presentaron un mayor porcentaje de trastornos de ansiedad (56,9%) frente a un 12,3% del sexo masculino. El grupo etario mayormente comprometido fue de mayores de 50 años en un 36,9%. La ansiedad fue más frecuente en personas casadas en un 38,5%. (56).

Rodríguez Angarita, Carlos. Colombia. 1997 “PREVALENCIA DE SINTOMAS DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN LOS PACIENTES DE CONSULTA NO PSIQUIÁTRICA” Realizó su estudio en el Hospital Samper Mendoza en la ciudad de Bogotá – Colombia durante los meses de octubre a noviembre de 1995. Se evaluó a 1316 pacientes a quienes se le aplicó una encuesta abreviada de 9 preguntas para ansiedad y 9 para depresión (Test de Goldberg, 1988). El rango de edad fue de 18 a 83 años, siendo mayoritario el grupo de 30 a 39 años (35,5%). La diferencia por sexo fue mayor para las mujeres (83,4%) con una distribución por sexo muestra que por cada cinco mujeres que consultaron lo hizo un hombre. El 99,8% de la muestra corresponde a personas que proceden de la zona urbana de la ciudad. El 64,3% de las personas encuestadas presentó relación conyugal vigente (convivientes). El 85% de la muestra presento Nivel de Escolaridad Básica (Primaria y Secundaria). Prevalencia global de síntomas ansiosos 45,3% y depresivos 72,6%. Personas con conflicto familiar mostraron la más alta prevalencia de síntomas ansiosos 67,7%. (57).

Castaño Castrillón, Jaime. Colombia. 2006. “ESTUDIO COMPARATIVO DEL NIVEL DE ANSIEDAD, PERSONALIDAD TIPO A Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES HIPERTENSOS Y NO HIPERTENSOS”. En su estudio evaluó un total de 224 pacientes, cuyo 71.9% eran mujeres y 28.1% hombres, predomina el estrato 3 y la condición de casados (44,64%). La mayoría de la población de hipertensos se desempeñó como amas de casa (60,71%), a diferencia de sólo la quinta parte de la población de no hipertensos. No existe asociación significativa entre la personalidad tipo A o auto-estresora y la hipertensión arterial ($p= 0.855$) ($P= 0.144$), pero la ansiedad si posee una fuerte asociación con la génesis y progresión de la hipertensión arterial. La edad no está asociada al nivel de ansiedad, aunque si a la personalidad tipo A. No se encontraron diferencias según género para la ansiedad, pero sí con la personalidad tipo A ($p=0.040$), los hombres presentan con mayor frecuencia este patrón de comportamiento auto-estresante, que además tiende a asociarse con el tipo de ocupación, aunque los hallazgos no alcanzan a ser significativos. (58).

Restrepo, Carlos y cols. Colombia 1999. “SINDROME DE ANSIEDAD: PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS EN LA POBLACIÓN COLOMBIANA”. Evaluó una muestra de 21.988 personas entre 16 y 60 años para quienes se le aplicó la escala de Zung para ansiedad. El 58.5% fueron mujeres y 41.5% fueron hombres. El 81.5% de la población no presentó ansiedad, el 17.2 por ciento presentó ansiedad leve, el 1% ansiedad moderada y el 0.3% ansiedad severa. Con el análisis bivariado se encontraron variables asociadas que posteriormente fueron incluidas en un modelo de regresión logística encontrándose mayor asociación ($p<0.001$) del síndrome ansioso con las siguientes variables: síndrome depresivo severo OR = 27.8 (IC 95 por ciento 21.5-35.8), intentos de suicidio en el último año OR = 1.8 (1.3-2.6), percepción del estado de salud como malo OR = 2.6 (2.1-3.2), el sexo femenino OR = 1.5 (1.3-1.6), e ingresos económicos insuficientes (estrato medio y bajo) OR = 1.7 (1.3-2.4) estaban asociados con ansiedad. (59).

Posada-Villa, José A. y cols. Colombia 2003. “TRASTORNOS DE ANSIEDAD SEGÚN DISTRIBUCIÓN POR EDAD, GÉNERO, VARIACIONES POR REGIONES, EDAD DE APARICIÓN, USO DE SERVICIOS, ESTADO CIVIL Y FUNCIONAMIENTO/DISCAPACIDAD SEGÚN EL ESTUDIO NACIONAL DE SALUD MENTAL – COLOMBIA”. Realizaron un estudio tipo probabilístico, multietápico, estratificado, en población urbana no institucionalizada de 60 municipios representativos del país colombiano, en una muestra de 4544 personas entre 18-65 años de edad del cual solo el 19,3% reportó haber tenido alguna vez en la vida un trastorno de ansiedad. Estos son más frecuentes en mujeres (21,8%). La edad de inicio de estos trastornos fluctúa entre los 7 años en el trastorno de fobia específica y los 28 años para el trastorno de estrés post traumático. Con relación a los trastornos de ansiedad solo el 1,9% de la población que lo sufre acude al psiquiatra para tratamiento y en contraste el 5,6% de estos acude al médico general. Es significativo que el 3,9% prefiere acudir a tratamientos de medicina alternativa. **(60).**

Pérez Blasco, Josefa y Serra Desfilis, Emilia. España 1997. “INFLUENCIA DEL ROL TRADICIONAL FEMENINO EN LA SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA EN UNA MUESTRA DE MUJERES ADULTAS” En este trabajo presentamos los resultados de un estudio cuyo objetivo es analizar la influencia que distintos aspectos del rol tradicional femenino, tales como la ocupación laboral ama de casa, la feminidad y la tradicionalidad en las creencias en torno al rol de la mujer, tienen en la sintomatología ansiosa manifestada en mujeres adultas. La muestra la constituyen 401 mujeres de edades comprendidas entre 25 y 45 años a quienes se evaluó a través de los instrumentos Cuestionario de Atributos Personales (PAQ) de Spence y Helmrich (1978), la Escala de creencias sobre el rol de la mujer (Pérez-Blasco y Serra,1994) y la Escala autoaplicada para la evaluación de la ansiedad de Zung (1971). Los resultados obtenidos indican, coincidiendo con investigaciones precedentes, que las mujeres con puntuaciones altas en feminidad manifiestan niveles más altos de ansiedad, del mismo modo, aparece una relación estrecha entre poseer unas creencias tradicionales acerca del rol femenino y las puntuaciones más elevadas en ansiedad. En cuanto a la ocupación, no se han encontrado diferencias significativas entre las mujeres que trabajan fuera de casa y las amas de casa. **(61)**

Ricardo, C y cols. Colombia 2012. “PREVALENCIA DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y ANSIOSA EN ESTUDIANTES DE 14 A 18 AÑOS DE UN COLEGIO PRIVADO DE MEDELLÍN”. En su estudio evaluó una muestra de 152 adolescentes cuyo promedio de edad fue de $15,4 \pm 0,9$ años. Se les aplicó una encuesta sociodemográfica, y las escalas de BAI (inventario de ansiedad de Beck) y BDI-II (inventario de depresión de Beck-II) para detectar la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva. La prevalencia de síntomas ansiosos fue de 25% y de síntomas depresivos de 25,7%. De los 38(25%) estudiantes que tuvieron puntajes positivos en el BAI, 26(68,4%) presentaron puntajes positivos en el BDI y de los 39(25,6%) alumnos que tuvieron puntajes positivos para BDI en 26(66,7%) se hallaron puntajes positivos para el BAI. (62)

Rivas Acuña, Valentina y cols. México 2011. “PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2”. Se evaluó una muestra de 100 pacientes cuya edad promedio fue de 56,15 años de los cuales el 55% perteneció al sexo femenino y 45% al masculino. El 60% de la muestra perteneció al grupo de casados, los 21% divorciados, 8% viudos y 2% solteros. El 47% se desempeñó como amas de casa, el 28% fueron desempleados y el 25% contaron con un empleo. En relación al nivel de ansiedad y depresión el sexo masculino sobresale con un estado de ansiedad alto de 54,5% y 50,9% en el sexo femenino. En relación para determinar el nivel de depresión el 47,3% padecen de depresión media en el sexo femenino y 40,9% depresión media en los hombres. (63)

Patilla Vila, Celia. Perú 2011. “ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y SITUACIONES GENERADORAS DE ESTRÉS EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 CON ADHERENCIA Y SIN ADHERENCIA AL TRATAMIENTO”. Realizó un estudio tipo descriptivo-comparativo y un muestreo probabilístico de tipo intencional en una muestra constituida por 55 pacientes de ambos sexos con edades comprendidas entre 43 y 87 años, con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 atendidos en consulta externa del área de endocrinología en el Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú. Los

resultados revelan la existencia de diferencias significativas entre la ansiedad estado, ansiedad rasgo, depresión y situaciones generadoras de estrés en pacientes diabéticos con adherencia al tratamiento y sin adherencia al tratamiento. Concluyéndose que los pacientes sin adherencia muestran una mayor probabilidad de presentar ansiedad, depresión y una mayor percepción de situaciones generadoras de estrés en comparación con los pacientes con adherencia al tratamiento. (64).

Espinosa Leal, Fabiola. México 2006. “ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ASMÁTICOS ADULTOS EN COMPARACIÓN CON SUJETOS SANOS”. Evaluó una muestra de 120 pacientes divididos en 2 grupos (60 pacientes asmáticos y 60 pacientes sanos) con una edad media de 34 años en el grupo 1 y de 31 años en el grupo 2. Los resultados de la escala HDA en el grupo 1 mostraron que 30% de los pacientes presentó ansiedad y 8% depresión. En el grupo 2 el 18% presentó ansiedad y el 3% depresión. Existió mayor ansiedad y depresión en pacientes asmáticos al compararlos con personas sanas con $p < 0,05$ y correlación entre depresión y gravedad del asma con $r = 0,288$. (65)

Bula-Diaz, Myriam. Colombia 2013. “Depresión, Ansiedad e Ira Presentes en un Grupo de Personas de la Ciudad de Medellín- Colombia, diagnosticadas con Síndrome de Intestino Irritable”. Se evaluó una muestra de 30 adultos que sufren de Síndrome de Intestino Irritable (SII) sin ninguna alteración cognitiva significativa. Se encontró una mayor prevalencia en mujeres (83,3%, $n = 25$), con edades de mayor predominio entre 19 y 26 años (43,43%, $n = 13$), en nivel de pregrado (43,33%, $n = 13$) y mayor incidencia de personas solteras (33,3%, $n = 17$). La depresión estado tuvo un nivel de presencia leve (50%, $n = 15$) y la depresión rasgo evidenció presencia leve (40%, $n = 12$). Y ausencia (46,66%, $n = 14$). Con respecto a la ansiedad el factor estado puntuó ausencia en el 73,3% ($n = 22$) y presencia leve en un 26,6% ($n = 8$). Y en el factor rasgo el total de la muestra ($n = 30$, 100%) puntuó en la escala de ausencia. Por último en la emoción de la Ira mostró ausencia en relación al estado (93,3%, $n = 28$) y en el Rasgo presencia leve (60%, $n = 18$). (66)

Romero Torres, José. México 2009. “PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PERSONAS CON VIH/+. OTRAS ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS”. En su estudio evaluó una muestra de 80 pacientes divididos en dos grupos, un grupo de 40 pacientes considerados con VIH/SIDA y el otro grupo control de 40 pacientes que tienen algún padecimiento infeccioso sin VIH/SIDA, desde el mes de octubre del 2001 hasta el mes de abril del 2002. Se observó que la prevalencia entre el grupo con VIH/SIDA y la ansiedad según la Escala de Ansiedad de Hamilton fue de 90% del grupo con VIH/SIDA (N=36 de 40) y 87,5% del grupo control comparativo. **(67)**

Adalberto Campo, Jairo. Cartagena-Colombia 2006. “PREVALENCIA DE SINTOMAS DE ANSIEDAD EN PACIENTES CON CEFALEA PRIMARIA”. Se evaluó un grupo formado por 223 pacientes, con edad promedio de 37.0 años (DE 13.0), 82.5% mujeres, la escolaridad promedio fue 8.5 años, 63.2% casados y en su mayoría empleados y amas de casa (79.8%); el 56.1% presentaba migraña, el 43.5% cefalea tipo tensional y el 0.4% cefalea en salvas. Las puntuaciones en la escala para ansiedad fueron en promedio de 52.9 (DE 8.8). El 62.8% de los evaluados presentaba ansiedad con importancia clínica. La prevalencia y las puntuaciones para ansiedad fueron mayores en mujeres que en hombres e independientes de la edad, el nivel educativo, el estado marital y el tipo de cefalea. **(68).**

VI. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE				
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	INDICADORES
ANSIEDAD CONSULTA DE EMERGENCIA	Condición emocional transitoria que puede variar en intensidad y fluctuar a lo largo del tiempo, en el contexto de la consulta de emergencia, considerada por el paciente como una amenaza física anticipatoria y caracterizada por tensión, aprensión e hiperactivación del Sistema Nervioso Autónomo	Se definirá por la condición emocional transitoria valorada a través de la Escala de Zung en el momento del estudio.	CUALITATIVA ORDINAL	<input type="checkbox"/> Límites normales <input type="checkbox"/> Ansiedad mínima o moderada. <input type="checkbox"/> Ansiedad marcada o severa. <input type="checkbox"/> Ansiedad intensa.

VARIABLES INDEPENDIENTES				
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	INDICADORES
SEXO	Condición por la que se diferencian los machos y las hembras en la mayoría de las especies de animales y vegetales superiores.	Determinado por la morfología de los genitales externos y se definirá como masculino y femenino	CUALITATIVA NOMINAL	MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/>
EDAD	Tiempo de una persona ha vivido, a contar desde que nació.	Número de años cumplidos del paciente desde su nacimiento hasta el momento del estudio.	CUANTITATIVA CONTINUA	AÑOS

GRADO DE INSTRUCCIÓN	Nivel educacional recibido por parte del paciente.	Grado de escolaridad referido como el último grado cursado y aprobado por el paciente en el momento de la recolección de datos.	CUALITATIV A ORDINAL	ANALFABETO () Si el paciente no tiene ningún grado de instrucción, y no sabe leer ni escribir. BAJO () Si el paciente sabe leer y/o tiene primaria completa o incompleta. MEDIO () Si el paciente tiene secundaria incompleta o completa. SUPERIOR () Si el paciente tiene instrucción superior o universitaria.
ESTADO CIVIL	Condición jurídico-política de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles.	Estado jurídico político al momento del estudio: soltero(a), casado(a), divorciado(a), viudo(a).	CUALITATIV A NOMINAL	SOLTERO(A) () CONVIVIENTE () CASADO(A) () DIVORCIADO(A) () VIUDO(A) ()
OCUPACIÓN	Trabajo o cuidado que impide emplear el tiempo en otra cosa. Empleo, oficio o dignidad.	Definido según si tiene su propio negocio, profesional, obrero y desempleado	CUALITATIV A NOMINAL	HOGAR () ESTUDIANTE() PROFESIONAL () OBrero () OTROS () DESEMPLEADO ()
PROCEDENCIA	Origen, principio de donde nace o se deriva algo. Lugar origen de los pacientes.	Expresado en Urbano y Rural según la declaración del sujeto investigado	CUALITATIVA NOMINAL	URBANO () RURAL ()

<p>NIVEL DE POBREZA (según auto- percepción de capacidad de satisfacción de necesidades básicas con ingresos familiares)</p>	<p>Evaluación subjetiva, en función a percibir si los ingresos familiares permiten la cobertura de las necesidades básicas de la persona, tales como alimentación, vivienda, salud, educación, vestido (necesidades básicas) y otras necesidades no básicas como la distracción, pasatiempos, educación diferenciada</p>	<p>Respuestas subjetivas de las personas entrevistadas con respecto a si sus ingresos cubren las necesidades básicas y otras no básicas.</p>	<p>CUALITATIVA NOMINAL</p>	<p>POBRE EXTREMO() Si los ingresos familiares no alcanzan ni para las necesidades básicas de alimentación</p> <p>POBRE () Si los ingresos cubren las necesidades básicas de alimentación, pero no permiten cubrir otras necesidades básicas como vestido y vivienda.</p> <p>NO POBRE () Si los ingresos pueden cubrir todas sus necesidades básicas y otras no básicas como diversión y esparcimiento</p>
<p>MOTIVO DE CONSULTA</p>	<p>Causa por la que se solicita la ayuda de un especialista para conocer las formas de solucionar los problemas terapéuticos de un paciente o sobre la planificación y aplicación de programas de asistencia sanitaria.</p>	<p>Definido por lo que expresa el sujeto al momento del estudio.</p>	<p>CUALITATIVA NOMINAL</p>	

COMORBILIDAD	Coexistencia de dos o más patologías médicas o procesos patológicos no relacionados.	Definido por las enfermedades actuales que padece el sujeto con/sin tratamiento manifestado al momento del estudio.	CUALITATIVA NOMINAL	
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS	Resumen global de la salud general de la persona hasta la fecha, incluyendo las lesiones antiguas, alergias, intervenciones quirúrgicas, inmunizaciones, hospitalizaciones, así como la historia obstétrica y psiquiátrica.	Definido por las intervenciones quirúrgicas previas, alergias, hospitalizaciones previas (motivo), familiares con algún problema psiquiátrico con/sin tratamiento y enfermedades/lesiones antiguas ya resueltas que hasta el momento del estudio no estén vigentes o el sujeto no las padezca.	CUALITATIVA NOMINAL	

CAPÍTULO III

VII. METODOLOGÍA

A. TIPO DE ESTUDIO:

El presente trabajo es un estudio de tipo Observacional, Descriptivo, de corte Transversal, Prospectivo y Correlacional.

B. DISEÑO DEL ESTUDIO

Descriptivo: Porque distribuirá el Nivel de Ansiedad según las características demográficas y factores patológicos de los pacientes.

Transversal. Porque evaluará las variables independientes y la variable dependiente en un solo momento o período de tiempo en que ocurrió el estudio.

Prospectivo: Porque la variable dependiente (Ansiedad en la consulta de emergencia) será estudiada en los pacientes durante el período de tiempo que se realizará el presente estudio.

Correlacional. Porque se determinará la relación entre la variable dependiente (Ansiedad en la consulta de emergencia) y las variables independientes (Características Demográficas y Factores Patológicos).

C. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población. Conformada por un total de 8550 pacientes de 13 a 65 años que acudieron al servicio de emergencias del Hospital Regional de Loreto desde Julio a Setiembre del año 2013.

Muestra. Conformada por un total de 150 pacientes de 13 a 65 años que acuden al servicio de emergencias del hospital Regional de Loreto desde Julio a Setiembre del año 2013.

Tamaño de muestra

El tamaño de muestra se determinó a través de la formula estadística de tamaño muestral para proporciones, tomando a la frecuencia de ansiedad en pacientes de Emergencias como 50% al no encontrar referenciadas confiables y bien definidas, el error de estimación de 5% y nivel de significancia de 0,05.

$$n = n_0 / (1 + n_0/N) \quad (\text{Fórmula 1})$$

$$n_0 = \frac{Z_{\alpha}^2(p \cdot q)}{e^2} \quad (\text{Fórmula 2})$$

n = Tamaño de la muestra.

n₀= Tamaño de muestra aproximado.

Z = Valor z correspondiente al nivel de significancia de 0,05 = 1.96 (95% confianza).

p = 50% = 0.50 (prevalencia de estigma).

q = 1 – p = 0.50.

e = error de estimación = 5% = 0.05.

Ver si n₀ / N es < 0.05 ó >0.05. El tamaño de la muestra será reajustado si se obtiene ≥ 0.05 con la Formula 1.

$$n = \frac{(1.96)^2 \times (0.05 \times 0.05) / (0.05)^2}{(1 + (1.96)^2 \times (0.05 \times 0.05) / (0.05)^2) / 8550}$$

$$n = 140 \pm 10$$

La población constó de 8550 pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Loreto desde el mes de Julio hasta el mes de Setiembre. Aplicando la formula, y considerando a N=8550, se obtiene una muestra de 140 pacientes, y se toma 10 casos más, para evitar pérdidas.

Selección de la Muestra:

Para la selección de los individuos se utilizó un muestreo probabilístico, teniendo en cuenta la cantidad de pacientes atendidos en emergencias del Hospital Regional de Loreto desde el mes de Julio hasta el mes de Setiembre del 2013. Para el caso se utilizara un software estadístico (IBM SPSS Statistics versión 20 para Windows) para elegir aleatoriamente a los pacientes que acuden a emergencias desde el 15 de Julio al 15 de Septiembre del año 2013 y que cumplieran con los criterios de inclusión.

D. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se consideraron como criterios de inclusión los siguientes:

- ❶ Pacientes de ambos sexos que consultaron de forma espontánea y continua al Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Setiembre del 2013.
- ❷ Edad mayor o igual a 13 años y menor o igual de 65 años.

E. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se consideraron como criterios de exclusión los siguientes:

- ❸ Pacientes que rechazaran participar en el estudio.

- ⓪ Edad menor de 13 años o mayor de 65 años.
- ⓪ Individuos con diagnóstico de enfermedades psiquiátricas con o sin tratamiento medicamentoso o psicoterapéutico.
- ⓪ Pacientes tratados con drogas capaces de producir síntomas psíquicos o físicos compatibles con ansiedad (incluidas hierbas medicinales, bebidas energizantes y café) o con drogas capaces de reducir síntomas ansiosos.
- ⓪ Pacientes que hayan abandonado recientemente drogas capaces de reproducir la sintomatología ansiosa.
- ⓪ Existencia de enfermedades tiroideas, cardíacas o pulmonares que simulen ansiedad.
- ⓪ Pacientes que no puedan expresarse verbalmente.
- ⓪ Individuos que concurrían con orden de internación o que resultaban internados después de la evaluación inicial.

F. PROCEDIMIENTOS, FUENTE, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se gestionará el permiso de la Dirección del Hospital Regional de Loreto, así como a la Jefatura de Emergencia del mencionado nosocomio dándose a conocer el propósito de la investigación y el responsable de la misma. Una vez obtenido el permiso respectivo se procederá con la ejecución del estudio en las instalaciones de Emergencia de dicho nosocomio. Al momento de captar al sujeto de estudio, se procederá con la explicación al participante del propósito de la investigación, una vez resultas las dudas e interrogantes, el paciente incluido en el estudio firmará el consentimiento informado respectivo (Anexo 06). Se recolectará información de los pacientes que cumplan los criterios de inclusión a través del llenado de la ficha de recolección de datos elaborada, y de la ficha con la ESCALA de ZUNG (Anexo 01)

FUENTE DE DATOS

Los datos serán recolectados de los mismos pacientes y/o familiares (si fuese necesario), cumpliendo los criterios de inclusión establecidos, que acudan y sean atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto desde el 15 de Julio hasta el 15 de Setiembre del 2013.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Toda la información será registrada en una ficha de recolección de datos diseñada para tal efecto, que serán llenadas por el investigador. También se utilizara un test o cuestionario denominado “Escala de Zung” para evaluar el nivel ansiedad.

G. PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS

Para el desarrollo del presente trabajo de investigación con el fin de mantener la confidencialidad, el responsable de la investigación es el único autorizado a tener conocimiento del paciente, estando impedido bajo juramento, de la divulgación de los datos obtenidos y el resultado del mismo a terceros y situaciones y/o eventos no relacionados a la investigación. Además por ser un estudio observacional no se atentará contra ningún artículo de los derechos humanos.

VIII. ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

El procesamiento de datos se realizará en computador de procesador Dual Core con 2 GB de memoria RAM y sistema operativo Windows 7 Professional. La información obtenida será vaciada en un paquete estadístico IBM SPSS Statistics versión 20 para Windows. En dicho programa se realizará el análisis descriptivo (tablas de frecuencias en valores absolutos y relativos y gráficos), asimismo se utilizara pruebas estadísticas (chi cuadrado o Fisher según sea el caso) para identificar las asociaciones entre variables.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

GRÁFICO 01

Distribución de los pacientes por Rango de edad, en porcentaje, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013.

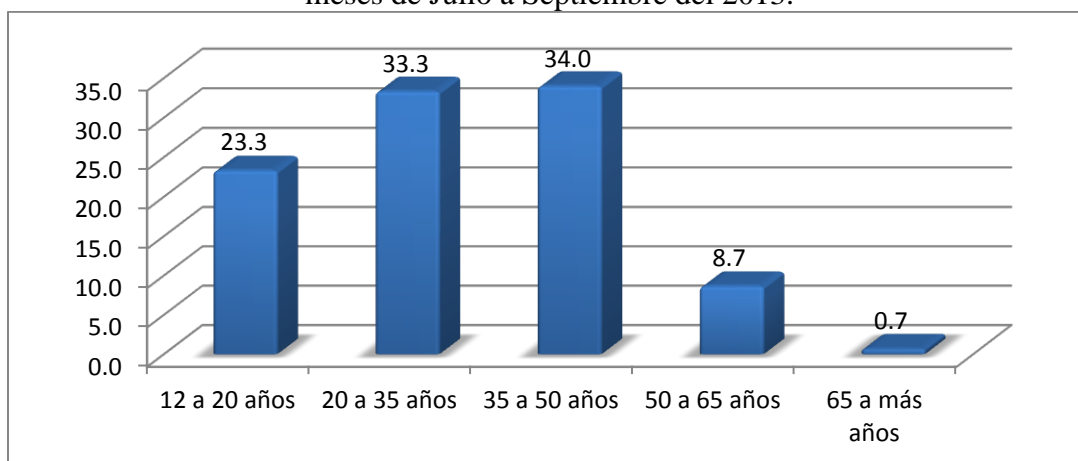


TABLA 01

Distribución de los pacientes por Rango de edad, en porcentaje, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013.

Edad e Rangos	nº	%
12 a 20 años	35	23,3
20 a 35 años	50	33,3
35 a 50 años	51	34,0
50 a 65 años	13	8,7
65 a más años	1	0,7
Total general	150	100,0

En el gráfico 01 se aprecia la distribución de la edad, por grupo etario, de los 150 participantes tuvieron una media de 31.9 años, con una desviación estándar de 12.3, con un valor mínimo de 13 años y un valor máximo de 65 años, el 25% de nuestro grupo de estudio tuvo 21 años y el 50% menos de 32 años.

GRÁFICO 02

Distribución de los pacientes por procedencia, en porcentaje, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013.

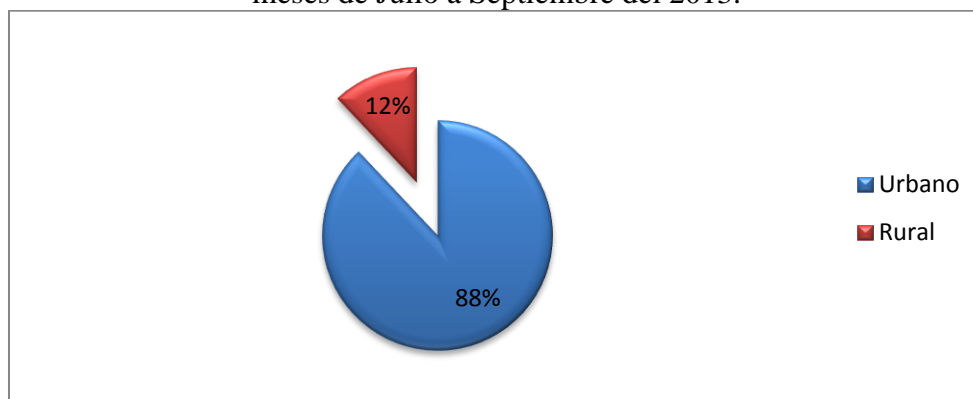


TABLA 02

Procedencia	n°	%
Urbano	132	88,0
Rural	18	12,0
Total general	150	100,0

En el gráfico 02 se observa que el 88% de los participantes fueron de zona urbana.

GRÁFICO 03

Distribución de los pacientes por sexo, en porcentaje, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013.

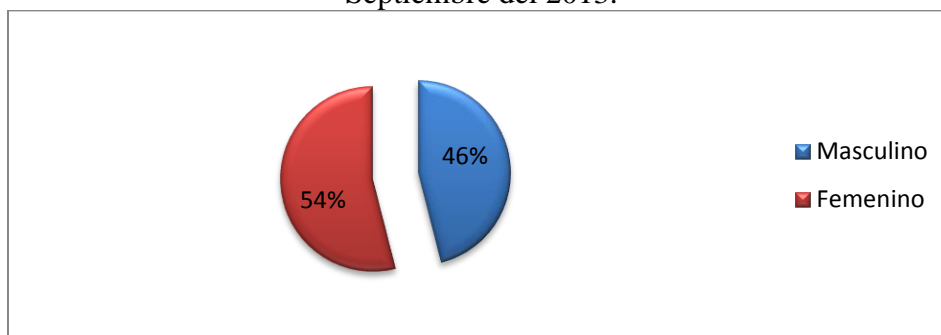


TABLA 03

Sexo	n°	%
Masculino	69	46,0
Femenino	81	54,0
Total general	150	100,0

En lo que respecta al sexo, obtuvimos una muestra homogénea, teniendo un 54% de mujeres incluidas en nuestro estudio.

GRÁFICO 04

Distribución de los pacientes por grado de Instrucción, en porcentaje, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013.

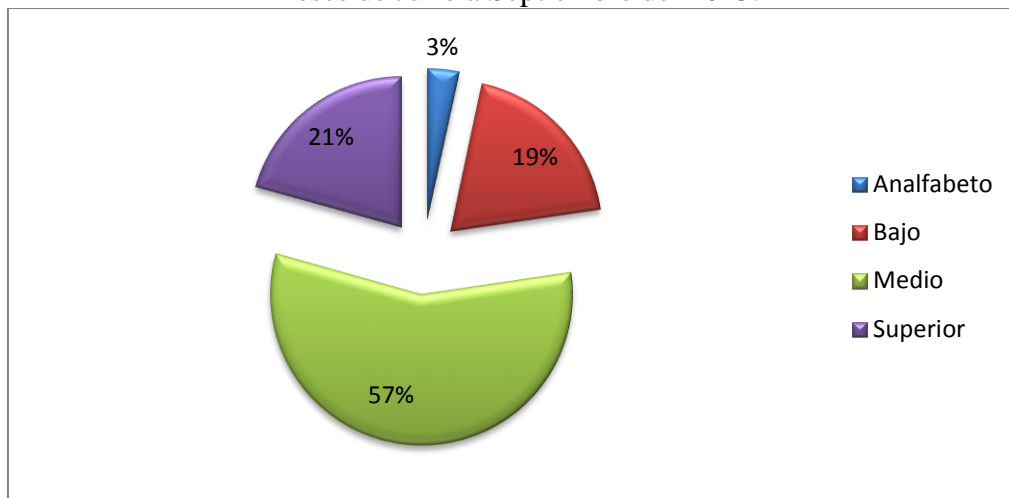


TABLA 04

Distribución de los pacientes por Grado de Instrucción, en porcentaje, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013.

Grado de Instrucción	n°	%
Analfabeto	5	3,3
Bajo	29	19,3
Medio	85	56,7
Superior	31	20,7
Total general	150	100,0

En el gráfico 4 y la tabla 04 se observa que dentro de nuestra muestra más del 70% de nuestros participantes tuvieron un grado de educación medio o superior.

GRÁFICO 05

Distribución de los pacientes por Estado Civil, en porcentaje, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013.

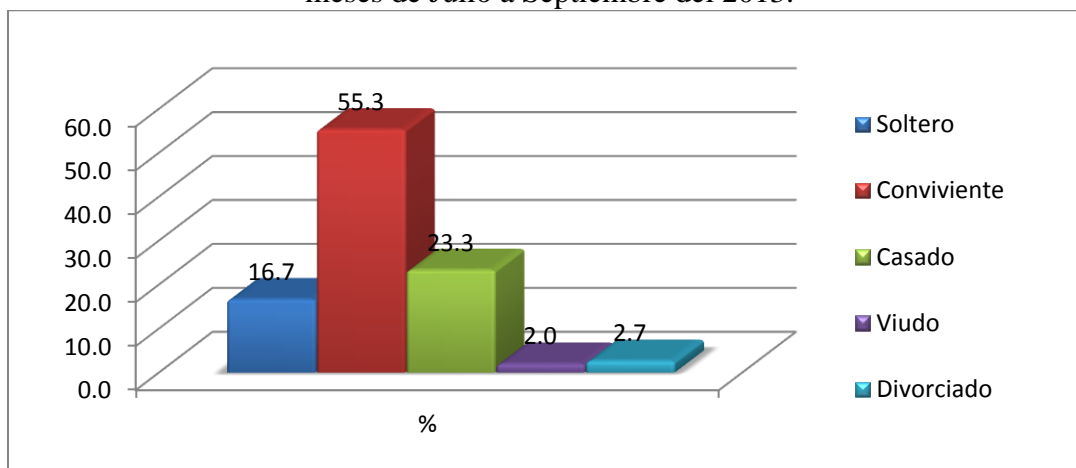


TABLA 05

Distribución de los pacientes por Estado Civil, en porcentaje, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013.

Estado civil	n°	%
Soltero	25	16,7
Conviviente	83	55,3
Casado	35	23,3
Viudo	3	2,0
Divorciado	4	2,7
Total general	150	100,0

Más de la Mitad de los participantes tiene como estado civil conviviente, tal como se observa en el grafico 05 y la tabla 05

GRÁFICO 06

Distribución de los pacientes por Ocupación, en porcentaje, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013.

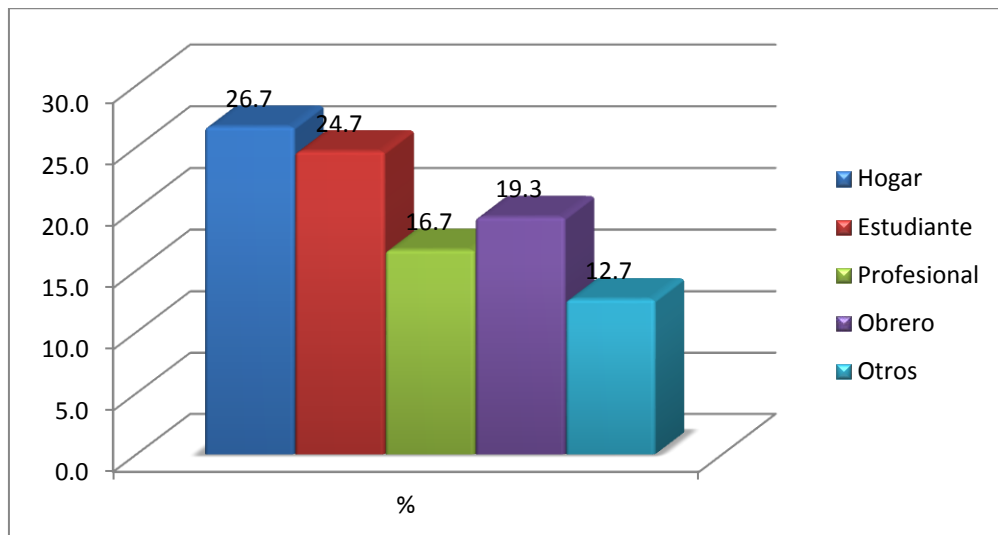


TABLA 06

Distribución de los pacientes por Ocupación, en porcentaje, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013.

Ocupación	n°	%
Hogar	40	26,7
Estudiante	37	24,7
Profesional	25	16,7
Obrero	29	19,3
Otros	19	12,7
Total general	150	100,0

En nuestro estudio el 26.7% de nuestros participantes, manifestó ser ama de casa, el resto cuenta con una labor fuera del hogar.

GRÁFICO 07

Distribución de los pacientes por Nivel socio-económico, en porcentaje, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013.

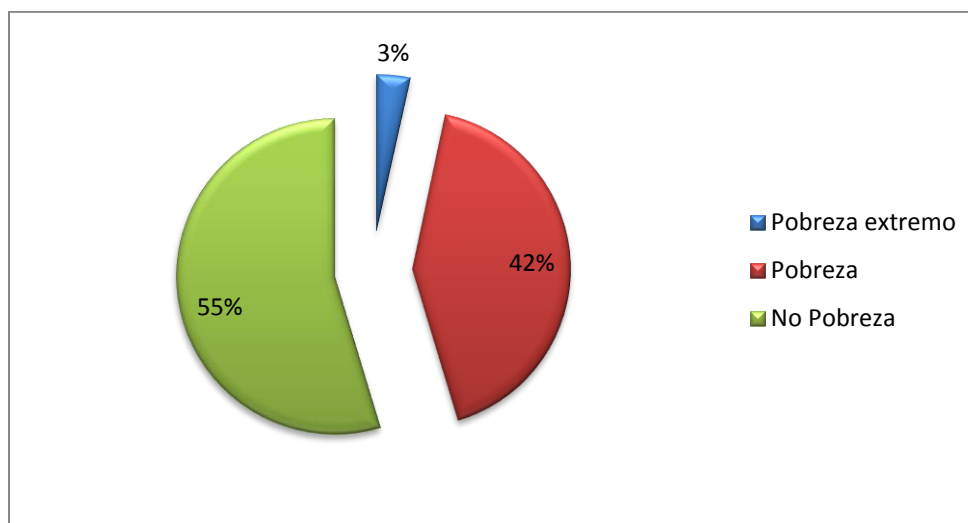


TABLA 07

Distribución de los pacientes por Nivel socio-económico, en porcentaje, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013.

Nivel socio-económico	n°	%
Pobreza extremo	5	3,3
Pobreza	63	42,0
No Pobreza	82	54,7
Total general	150	100,0

La distribución con respecto al estado socio-económico, según la percepción de los propios participantes, fue similar en el grupo de pobreza y no pobreza

GRÁFICO 08

Distribución de los pacientes por Motivo de Consulta, en porcentaje, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013.

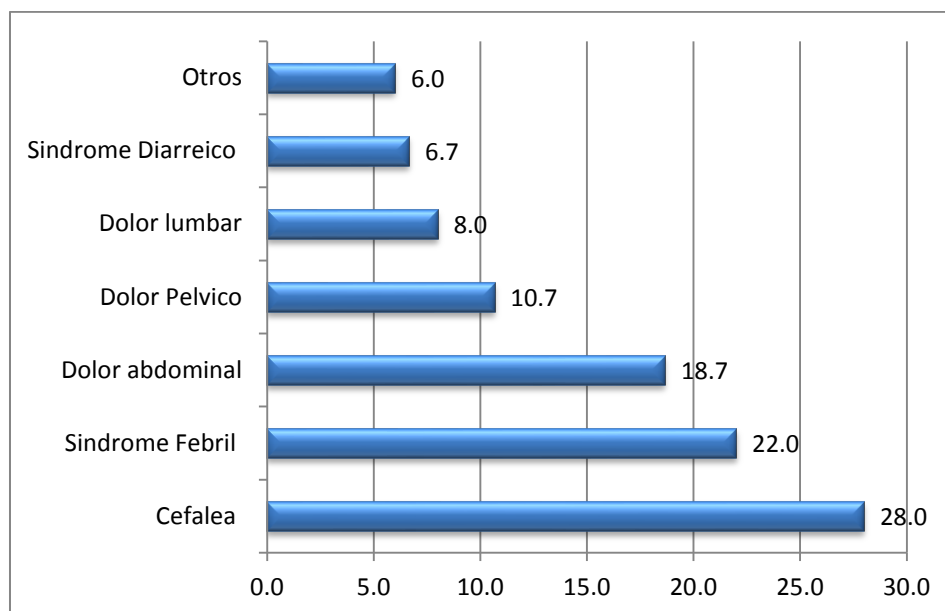


TABLA 08

Distribución de los pacientes por Motivo de Consulta, en porcentaje, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013.

Motivo de Consulta	n°	%
Cefalea	42	28,0
Síndrome Febril	33	22,0
Dolor abdominal	28	18,7
Dolor Pélvico	16	10,7
Dolor lumbar	12	8,0
Síndrome Diarreico	10	6,7
Otros	9	6,0
Total general	150	100,0

La gran mayoría de los participantes un 50% aproximadamente consultaron al servicio de emergencia, por cefalea o un síndrome febril

GRÁFICO 09

Distribución de los pacientes por Comorbilidades, en porcentaje, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013.

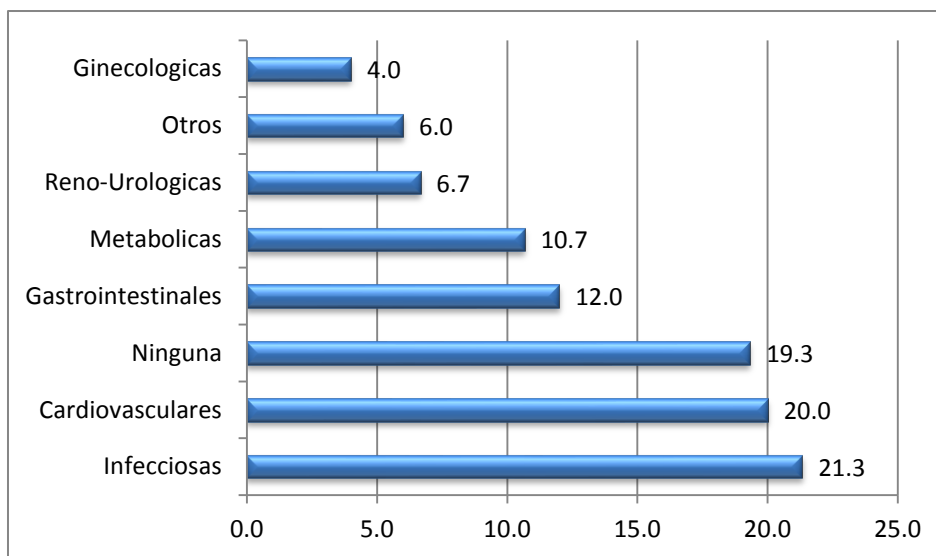


TABLA 09

Distribución de los pacientes por Comorbilidades, en porcentaje, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013.

Comorbilidades	n°	%
Infecciosas	32	21,3
Cardiovasculares	30	20,0
Ninguna	29	19,3
Gastrointestinales	18	12,0
Metabólicas	16	10,7
Reno-Urológicas	10	6,7
Otros	9	6,0
Ginecológicas	6	4,0
Total general	150	100,0

Las comorbilidades más frecuentes fueran del grupo de las enfermedades infecciosas y cardiovasculares, con un 41%. En la tabla 7 se detalla las comorbilidades infecciosas.

TABLA 10.

Principales comorbilidades de los pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013.

Comorbilidades Principales	Nº	%
NINGUNA	28	
CARDIOVASCULARES		
Hipertensión arterial	30	
METABOLICAS		
Diabetes mellitus tipo 2	19	12.6
Dislipidemia	3	2.0
INFECCIOSAS		
Infección tracto urinario	15	10.0
Infección por VIH	3	2.0
Dengue	2	1.3
Malaria vivax	1	0.7
Resfrío común	1	0.7
Tiña pedis	1	0.7
Tuberculosis pulmonar	1	0.7
Celulitis	2	1.3
Sinusitis	2	1.3
Otitis media aguda	1	0.7
GASTROENTEROLOGICAS		
Litiasis vesicular	10	6.7
Gastritis crónica	6	4.0
Gastritis aguda	1	0.7
Úlcera gástrica	1	0.7
RENO-UROLOGICOS		
Litiasis renal	9	6.0
Pielonefritis	1	0.7
GINECOLOGICOS		
Síndrome ovario poliquístico	3	2.0
Síndrome premenstrual	2	1.3
Enfermedad pélvica inflamatoria	1	0.7
OTROS		
Asma bronquial	2	1.3
Artritis reumatoidea	1	0.7
Catarata	1	0.7
Epilepsia	1	0.7
Hernia disco intervertebral	1	0.7
Hipertrofia prostática benigna	1	0.7

GRÁFICO 10

Distribución de los pacientes por Antecedentes Patológicos, en porcentaje, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013.

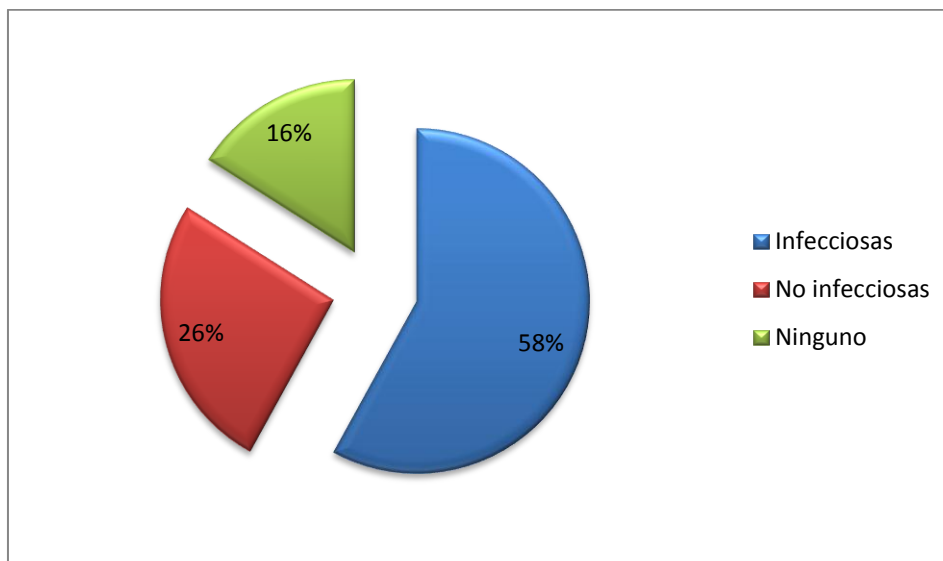


TABLA 11

Distribución de los pacientes por Antecedentes Patológicos, en porcentaje, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013.

Antecedentes Patológicos	nº	%
Infecciosas	87	58,0
No infecciosas	39	26,0
Ninguno	24	16,0
Total general	150	100,0

Con referente a los antecedentes Patológicos, observamos que las patologías infecciosas fueron las más frecuentes (tabla 11), siendo la ITU, las más frecuente en el grupo de pacientes en estudio (Tabla 12)

TABLA 12.

Antecedentes Patológicos de los pacientes que consultan en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013.

Antecedentes Patológicos	n	%
NINGUNA	24	16
INFECCIOSAS		
Infección tracto urinario	38	25.3
Dengue	13	8.7
Tuberculosis pulmonar	9	6.0
Enfermedad pélvica inflamatoria	7	4.7
Malaria	6	4.0
Leptospirosis	3	2.0
Celulitis	2	1.3
Neumonía de la comunidad	2	1.3
Abceso región pélvica	1	0.7
Faringoamigdalitis	1	0.7
Hepatitis viral B	1	0.7
Leshmaniasis	1	0.7
Linfogranuloma venéreo	1	0.7
Parasitosis intestinal	1	0.7
Otitis media aguda	1	0.7
NO INFECCIOSO		
Colecistectomía	14	9.3
Dislipidemia	10	6.7
Apendicectomía	3	2.0
Pancreatitis aguda	2	1.3
Preeclampsia	2	1.3
Litiasis renal	2	1.3
Ofidismo	1	0.7
Deposiciones líquidas	1	0.7
Fibroma uterino	1	0.7
Cáncer gástrico	1	0.7
Convulsión febril	1	0.7
Traumatismo Encefalocraneano	1	0.7

TABLA 13.

Distribución de los pacientes por preguntas de las escala de Zung, en porcentaje y numero, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013.

Escala de Zung	Nunca o casi Nunca		A veces		Con bastante Frecuencia		Siempre o casi siempre	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
1 Me siento más nervioso(a) y ansioso (a) que de costumbre	46	31	31	21	73	49	0	0
2 Me siento con temor sin razón	59	39	15	10	76	51	0	0
3 Despierto con facilidad o siento pánico	59	39	15	10	71	47	5	3
4 Me siento como si fuera a reventar y partirme en pedazos	144	96	0	0	3	2	3	2
5 Siento que todo está bien y que nada malo puede sucederme	3	2	49	33	85	57	13	9
6 Me tiemblan los brazos y las piernas	0	0	144	96	3	2	3	2
7 Me mortifican dolores de cabeza, cuello o cintura	0	0	145	97	2	1	3	2
8 Me siento débil y me canso fácilmente	0	0	59	39	88	59	3	2
9 Me siento tranquilo(a) y puedo permanecer en calma fácilmente	0	0	7	5	142	95	1	1
10 Puedo sentir que me late muy rápido el corazón	1	1	72	48	73	49	4	3
11 Sufro de mareos	13	9	61	41	73	49	3	2
12 Sufro de desmayos o siento que me voy a desmayar	139	93	4	3	4	3	3	2
13 Puedo inspirar y expirar fácilmente	73	49	3	2	12	8	62	41
14 Se me adormecen o hinchan los dedos de las manos y pies	3	2	91	61	56	37	0	0
15 Sufro de molestias estomacales o indigestión	68	45	25	17	54	36	3	2
16 Orino con mucha frecuencia	0	0	13	9	137	91	0	0
17 Fácilmente mis manos están secas y calientes	117	78	13	9	20	13	0	0
18 Siento bochornos	59	39	0	0	89	59	2	1
19 Me quedo dormido(a) con facilidad y descanso bien durante la noche	72	48	16	11	0	0	62	41
20 Tengo pesadillas	70	47	71	47	8	5	1	1

GRÁFICO 11

Distribución de los pacientes por Grados de Ansiedad, en porcentaje, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013.

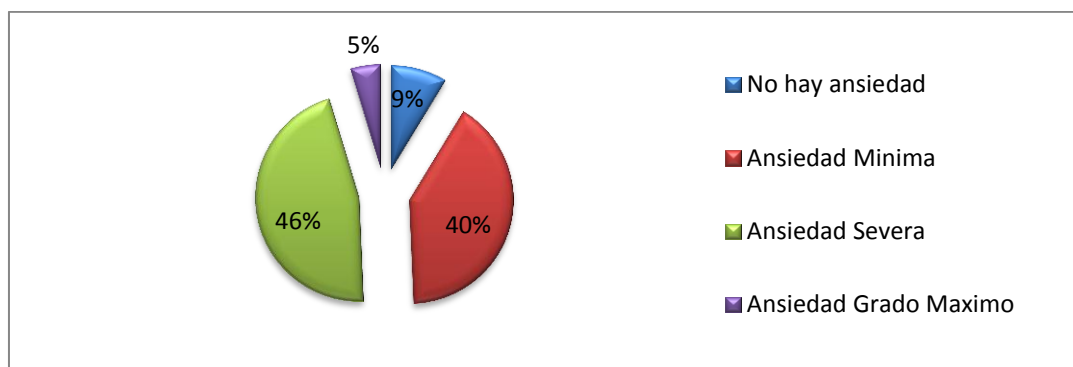


TABLA 14.

Distribución de los pacientes por Grados de Ansiedad, en porcentaje y número, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013.

Grados de Ansiedad	n°	%
No hay ansiedad	13	8,7
Ansiedad Mínima	61	40,7
Ansiedad Severa	69	46,0
Ansiedad Grado Máximo	7	4,7
Total general	150	100,0

Aproximadamente el 50% de los participante tuvo ansiedad patológica en el servicio de emergencias (ansiedad severa/ansiedad grado máximo) de los cuales 46% se encontró teniendo ansiedad severa

TABLA 15.

Distribución de los pacientes por rangos de edad, según Grados de Ansiedad, en porcentaje y número, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013.

Edad Rangos	No hay ansiedad		Ansiedad Leve		Ansiedad Moderada		Ansiedad Severa		Total general	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
12 a 20 años	4	2,7	5	3,3	26	17,3	0	0,0	35	23,3
20 a 35 años	1	0,7	21	14,0	24	16,0	4	2,7	50	33,3
35 a 50 años	3	2,0	28	18,7	19	12,7	1	0,7	51	34,0
50 a 65 años	5	3,3	6	4,0	0	0,0	2	1,3	13	8,7
65 a más años	0	0,0	1	0,7	0	0,0	0	0,0	1	0,7
Total general	13	8,7	61	40,7	69	46,0	7	4,7	150	100,0

chi2(12) = 46.5356 Pr = 0.000

TABLA 16.

Distribución de los pacientes por rangos de edad, según Grados de Ansiedad, en porcentaje y número, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013

Edad Rangos	Normal		Ansiedad Patológica		Total general	
	nº	%	nº	%	nº	%
12 a 20 años	9	6,0	26	17,3	35	23,3
20 a 35 años	22	14,7	28	18,7	50	33,3
35 a 50 años	31	20,7	20	13,3	51	34,0
50 a 65 años	11	7,3	2	1,3	13	8,7
65 a más años	1	0,7	0	0,0	1	0,7
Total general	74	49,3	76	50,7	150	100,0

chi2(4) = 18.5571 Pr = 0.001

Al Comparar los niveles de ansiedad en los diferentes grupos de edad, se observó que existe una asociación entre la ansiedad patológica en los menores de 20 años, si bien todos los grupos de edad tienen participantes con ansiedad patológica, esto se hace más propenso en los menores de 20 años (tabla 15 y 16)

TABLA 17.

Distribución de los pacientes por Procedencia, según Grados de Ansiedad, en porcentaje y número, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013

Procedencia	No hay ansiedad		Ansiedad Leve		Ansiedad Moderada		Ansiedad Severa		Total general	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Urbano	11	7,3	49	32,7	65	43,3	7	4,7	132	88,0
Rural	2	1,3	12	8,0	4	2,7	0	0,0	18	12,0
Total general	13	8,7	61	40,7	69	46,0	7	4,7	150	100,0

chi2(3) = 7.0098 Pr = 0.072

TABLA 18.

Distribución de los pacientes por Procedencia, según Grados de Ansiedad, en porcentaje y número, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013

Procedencia	Normal		Ansiedad Patológica		Total general	
	nº	%	nº	%	nº	%
Urbano	60	40,0	72	48,0	132	88,0
Rural	14	9,3	4	2,7	18	12,0
Total general	74	49,3	76	50,7	150	100,0

chi2(1) = 6.6210 Pr = 0.010

Los diferentes grados de ansiedad, tienen una distribución similar en los grupos que provienen de zona rural y urbana, al momento de agrupar los niveles de ansiedad en patológico y normal, encontramos que los de la zona urbana tienen mayor asociación con niveles de ansiedad patológica (Tabla 18).

TABLA 19.

Distribución de los pacientes por sexo, según Grados de Ansiedad, en porcentaje y número, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013

sexo	No hay ansiedad		Ansiedad Leve		Ansiedad Moderada		Ansiedad Severa		Total general	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Masculino	9	6,0	30	20,0	27	18,0	3	2,0	69	46,0
Femenino	4	2,7	31	20,7	42	28,0	4	2,7	81	54,0
Total general	13	8,7	61	40,7	69	46,0	7	4,7	150	100,0

chi2(3) = 4.4114 Pr = 0.220

TABLA 20.

Distribución de los pacientes por sexo, según Grados de Ansiedad, en porcentaje y número, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013

sexo	Normal		Ansiedad Patológica		Total general	
	nº	%	nº	%	nº	%
Masculino	39	26,0	72	30,0	69	46,0
Femenino	35	23,3	4	46,0	81	54,0
Total general	74	49,3	76	50,7	150	100,0

chi2(1) = 2.6415 Pr = 0.104

Con respecto al sexo, la distribución de los niveles de ansiedad fue casi uniforme en el servicio de emergencia, con un ligero predominio de ansiedad patológica en el sexo femenino, que no es estadísticamente representativa.

TABLA 21.

Distribución de los pacientes por Grado de Instrucción, según Grados de Ansiedad, en porcentaje y número, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013

Grado de Instrucción	No hay ansiedad		Ansiedad Leve		Ansiedad Moderada		Ansiedad Severa		Total general	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Analfabeto	0	0,0	4	2,7	1	0,7	0	0,0	5	3,3
Bajo	4	2,7	7	4,7	18	12,0	0	0,0	29	19,3
Medio	9	6,0	44	29,3	27	18,0	5	3,3	85	56,7
Superior	0	0,0	6	4,0	23	15,3	2	1,3	31	20,7
Total general	13	8,7	61	40,7	69	46,0	7	4,7	150	100,0
chi2(9) = 27.7800 Pr = 0.001										

TABLA 22.

Distribución de los pacientes por Grado de Instrucción, según Grados de Ansiedad, en porcentaje y número, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013

Grado de Instrucción	Normal		Ansiedad Patológica		Total general	
	nº	%	nº	%	nº	%
Analfabeto	4	2,7	1	0,7	5	3,3
Bajo	11	7,3	18	12,0	29	19,3
Medio	53	35,3	32	21,3	85	56,7
Superior	6	4,0	25	16,7	31	20,7
Total general	74	49,3	76	50,7	150	100,0
chi2(3) = 20.3000 Pr = 0.000						

Al comparar los diferentes niveles de ansiedad, con el grado de instrucción, se observa que los que tienen grado de instrucción medio y analfabeto, tienen niveles de ansiedad normal, a diferencia de los demás grupos que son más propensos a presentar niveles de ansiedad patológica en el servicio de emergencia.

TABLA 23.

Distribución de los pacientes por Estado Civil, según Grados de Ansiedad, en porcentaje y numero, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013

Estado Civil	No hay ansiedad		Ansiedad Leve		Ansiedad Moderada		Ansiedad Severa		Total general	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Soltero	3	2,0	3	2,0	19	12,7	0	0,0	25	16,7
Conviviente	7	4,7	39	26,0	32	21,3	5	3,3	83	55,3
Casado	3	2,0	15	10,0	16	10,7	1	0,7	35	23,3
Viudo	0	0,0	0	0,0	2	1,3	1	0,7	3	2,0
Divorciado	0	0,0	4	2,7	0	0,0	0	0,0	4	2,7
Total general	13	8,7	61	40,7	69	46,0	7	4,7	150	100,0

chi2(12) = 26.7445 Pr = 0.008

TABLA 24.

Distribución de los pacientes por Estado Civil, según Grados de Ansiedad, en porcentaje y numero, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013

Estado Civil	Normal		Ansiedad Patológica		Total general	
	nº	%	nº	%	nº	%
Soltero	6	4,0	19	12,7	25	16,7
Conviviente	46	30,7	37	24,7	83	55,3
Casado	18	12,0	17	11,3	35	23,3
Viudo	0	0,0	3	2,0	3	2,0
Divorciado	4	2,7	0	0,0	4	2,7
Total general	74	49,3	76	50,7	150	100,0

chi2(4) = 14.7404 Pr = 0.005

Al analizar los niveles de ansiedad en los diferentes estados civiles, encontramos que los grupos catalogados como solteros y viudos tienen mayor porcentaje de ansiedad patológica, que los demás grupos.

TABLA 25.

Distribución de los pacientes por Ocupación, según Grados de Ansiedad, en porcentaje y número, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013

Ocupación	No hay ansiedad		Ansiedad Leve		Ansiedad Moderada		Ansiedad Severa		Total general	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Hogar	4	2,7	25	16,7	10	6,7	1	0,7	40	26,7
Estudiante	3	2,0	4	2,7	30	20,0	0	0,0	37	24,7
Profesional	0	0,0	5	3,3	17	11,3	3	2,0	25	16,7
Obrero	3	2,0	13	8,7	11	7,3	2	1,3	29	19,3
Otros	3	2,0	14	9,3	1	0,7	1	0,7	19	12,7
Total general	13	8,7	61	40,7	69	46,0	7	4,7	150	100,0

chi2(12) = 53.0724 Pr = 0.000

TABLA 26.

Distribución de los pacientes por Ocupación, según Grados de Ansiedad, en porcentaje y número, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013

Ocupación	Normal		Ansiedad Patológica		Total general	
	nº	%	nº	%	nº	%
Hogar	29	19,3	11	7,3	40	26,7
Estudiante	7	4,7	30	20,0	37	24,7
Profesional	5	3,3	20	13,3	25	16,7
Obrero	16	10,7	13	8,7	29	19,3
Otros	17	11,3	2	1,3	19	12,7
Total general	74	49,3	76	50,7	150	100,0

chi2(4) = 43.5308 Pr = 0.000

Al revisar la distribución de la ansiedad, según la ocupación de los participantes, se encontró que aquellos que eran estudiantes y profesionales, tenían mayores niveles de ansiedad, que los demás grupos, manifestada como ansiedad patológica.

TABLA 27.

Distribución de los pacientes por Nivel de Pobreza, según Grados de Ansiedad, en porcentaje y número, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013

Nivel de Pobreza	No hay ansiedad		Ansiedad Leve		Ansiedad Moderada		Ansiedad Severa		Total general	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Pobreza extremo	0	0,0	3	2,0	2	1,3	0	0,0	5	3,3
Pobreza	10	6,7	32	21,3	21	14,0	0	0,0	63	42,0
No Pobreza	3	2,0	26	17,3	46	30,7	7	4,7	82	54,7
Total general	13	8,7	61	40,7	69	46,0	7	4,7	150	100,0

chi2(6) = 20.1073 Pr = 0.003

TABLA 28.

Distribución de los pacientes por Nivel de Pobreza, según Grados de Ansiedad, en porcentaje y número, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013

Nivel de Pobreza	Normal		Ansiedad Patológica		Total general	
	nº	%	nº	%	nº	%
Pobreza extremo	3	2,0	2	1,3	5	3,3
Pobreza	42	28,0	21	14,0	63	42,0
No Pobreza	29	19,3	53	35,3	82	54,7
Total general	74	49,3	76	50,7	150	100,0

chi2(2) = 14.2002 Pr = 0.001

Con respecto a los niveles de pobreza se observó que los catalogados como no pobres tenían mayores niveles de ansiedad, que aquellos catalogados en los grupos de pobres, o de pobreza extrema. Esto resulto ser estadísticamente significativo.

TABLA 29

Distribución de los pacientes por Motivo de Consulta, según Grados de Ansiedad, en porcentaje y numero, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013

Motivo de Consulta	No hay ansiedad		Ansiedad Leve		Ansiedad Moderada		Ansiedad Severa		Total general	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Cefalea	2	1,3	21	14,0	18	12,0	1	0,7	42	28,0
Síndrome Febril	1	0,7	14	9,3	18	12,0	0	0,0	33	22,0
Dolor abdominal	2	1,3	8	5,3	15	10,0	3	2,0	28	18,7
Dolor Pélvico	1	0,7	5	3,3	9	6,0	1	0,7	16	10,7
Dolor lumbar	4	2,7	2	1,3	4	2,7	2	1,3	12	8,0
Síndrome Diarreico	2	1,3	6	4,0	2	1,3	0	0,0	10	6,7
Otros	1	0,7	5	3,3	3	2,0	0	0,0	9	6,0
Total general	13	8,7	61	40,7	69	46,0	7	4,7	150	100,0

chi2(18) = 29.9010 Pr = 0.038

TABLA 30

Distribución de los pacientes por Motivo de Consulta, según Grados de Ansiedad, en porcentaje y numero, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013

Motivo de Consulta	Normal		Ansiedad Patológica		Total general	
	nº	%	nº	%	nº	%
Cefalea	23	15,3	19	12,7	42	28,0
Síndrome Febril	15	10,0	18	12,0	33	22,0
Dolor abdominal	10	6,7	18	12,0	28	18,7
Dolor Pélvico	6	4,0	10	6,7	16	10,7
Dolor lumbar	6	4,0	6	4,0	12	8,0
Síndrome Diarreico	8	5,3	2	1,3	10	6,7
Otros	6	4,0	3	2,0	9	6,0
Total general	74	49,3	76	50,7	150	100,0

chi2(6) = 8.5142 Pr = 0.203

Cuando comparamos los niveles de ansiedad en los diferentes grupos que acudieron a la emergencia por motivo de consulta y encontramos, que todos los grupos presentaron personas con ansiedad patológica, como aquellos que acudieron por síndrome febril, dolor lumbar, dolor abdominal o dolor pélvico, a diferencia de los que acudieron por cefalea y síndrome diarreico, los cuales tuvieron menos niveles de ansiedad, esto resulto estadísticamente significativo.

TABLA 31

Distribución de los pacientes por Comorbilidades, según Grados de Ansiedad, en porcentaje y número, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013

Comorbilidades	No hay ansiedad		Ansiedad Leve		Ansiedad Moderada		Ansiedad Severa		Total general	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Infeciosas	2	1,3	19	12,7	8	5,3	1	0,7	30	20,0
Cardiovasculares	3	2,0	5	3,3	8	5,3	0	0,0	16	10,7
Ninguna	3	2,0	13	8,7	14	9,3	2	1,3	32	21,3
Gastrointestinales	1	0,7	8	5,3	9	6,0	0	0,0	18	12,0
Metabólicas	1	0,7	4	2,7	4	2,7	1	0,7	10	6,7
Reno-Urológicas	0	0,0	2	1,3	4	2,7	0	0,0	6	4,0
Otros	1	0,7	3	2,0	4	2,7	1	0,7	9	6,0
Ginecológicas	2	1,3	7	4,7	18	12,0	2	1,3	29	19,3
Total general	13	8,7	61	40,7	69	46,0	7	4,7	150	100,0

chi2(21) = 18.0238 Pr = 0.647

TABLA 32.

Distribución de los pacientes por Comorbilidades, según Grados de Ansiedad, en porcentaje y número, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013

Comorbilidades	Normal		Ansiedad Patológica		Total general	
	nº	%	nº	%	nº	%
Infeciosas	21	14,0	9	6,0	30	20,0
Cardiovasculares	8	5,3	8	5,3	16	10,7
Ninguna	16	10,7	16	10,7	32	21,3
Gastrointestinales	9	6,0	9	6,0	18	12,0
Metabólicas	5	3,3	5	3,3	10	6,7
Reno-Urológicas	2	1,3	4	2,7	6	4,0
Otros	4	2,7	5	3,3	9	6,0
Ginecológicas	9	6,0	20	13,3	29	19,3
Total general	74	49,3	76	50,7	150	100,0

chi2(7) = 9.7253 Pr = 0.205

Con respecto a las comorbilidades, no se observó diferencia entre los diferentes grupos, incluso entre aquellos que no tenían comorbilidades, la distribución fue 50% entre aquellos que tenían ansiedad patológica y normalidad.

TABLA 33.

Distribución de los pacientes por Antecedentes Patológicos, según Grados de Ansiedad, en porcentaje y número, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013

Antecedentes Patológicos	No hay ansiedad		Ansiedad Leve		Ansiedad Moderada		Ansiedad Severa		Total general	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Infeciosas	7	4,7	35	23,3	42	28,0	3	2,0	87	58,0
No infecciosas	4	2,7	19	12,7	13	8,7	3	2,0	39	26,0
Ninguno	2	1,3	7	4,7	14	9,3	1	0,7	24	16,0
Total general	13	8,7	61	40,7	69	46,0	7	4,7	150	100,0
chi2(6) = 4.8683 Pr = 0.561										

TABLA 34.

Distribución de los pacientes por Antecedentes Patológicos, según Grados de Ansiedad, en porcentaje y número, de pacientes que consultaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a Septiembre del 2013

Antecedentes Patológicos	Normal		Ansiedad Patológica		Total general	
	nº	%	nº	%	nº	%
Infeciosas	42	28,0	45	30,0	87	58,0
No infecciosas	23	15,3	16	10,7	39	26,0
Ninguno	9	6,0	15	10,0	24	16,0
Total general	74	49,3	76	50,7	150	100,0
chi2(2) = 2.8337 Pr = 0.242						

Con respecto a las Antecedentes Patológicos, no se observó diferencia entre los diferentes grupos, incluso entre aquellos que no tenían comorbilidades, la distribución fue 50% entre aquellos que tenían ansiedad patológica y normalidad.

DISCUSION

En nuestro estudio se enrolaron 150 participantes en el servicio de emergencia del Hospital regional de Loreto, de los cuales el 91.3% presentó algún grado de ansiedad al momento del estudio, pero ansiedad patológica solo el 51% lo presentó y solo el 8.7% no presentó niveles de ansiedad. Nuestros resultados no difieren de un estudio similar en sala de emergencias que reportó 59% de sus encuestados presentó ansiedad patológica⁽³⁰⁾, siendo las mujeres el grupo más afectado con 79%, en nuestro estudio el 46% de mujeres presentó algún grado de ansiedad patológica⁽⁵⁴⁾, aunque otros estudios que reportan una prevalencia de ansiedad patológica en los servicios de emergencia que pueden variar del 35 al 11%, probablemente por el método usado para determinar ansiedad (diferentes escalas), características de la población, o calidad de satisfacción del servicio pueden afectar el porcentaje de niveles de ansiedad^(30, 31). Se observó también que el nivel de ansiedad severa fue la más frecuente con 69%, seguida de la ansiedad mínima con un 61%, que coincide con un estudio similar.⁽⁵⁴⁾ En nuestro estudio se encontró que la ansiedad patológica en las mujeres fue más alta que en los varones, esto fue observado también en los servicios de consulta externa en la ciudad de Chiclayo y en otros estudios de ansiedad⁽⁵⁶⁾, pero esta observación no fue estadísticamente significativa para nuestro estudio ($p = 0.104$).

Con respecto a la edad, en nuestro estudio se encontró que los participantes menores de 20 años tuvieron más porcentaje de ansiedad patológica la cual fue catalogada como severa, que aquellos mayores de 20 años, ($p = 0.041$), pero esto varía de estudio a estudio, ya que se han reportado rangos de edad muy variados, que van desde los 18 hasta los mayores de 50 años^(33 - 36), pero la gran mayoría reporta al grupo de adolescentes y adulto jóvenes como lo que tiene más alto porcentaje de ansiedad patológica^(31,32,54,60) y esto puede estar condicionado por las características de cada población en estudio, al menos en nuestra realidad, la población menor de 20 años tiene más nivel de ansiedad patológica que los mayores de 20 años en la sala de emergencias de nuestro Hospital, siendo estadísticamente significativo, el cual debe ser considerado como una preocupación por los actores de salud. Esto probablemente sea explicado por qué la pubertad es una etapa muy inestable y por eso los trastornos de ansiedad aparecen con

más frecuencia. el adolescente empieza a ser cobrado por la familia y la sociedad a asumir responsabilidades de la vida adulta y eso genera miedos en el joven. Influyen varios factores para que se desarrolle este trastorno que muchas veces se suele confundir con un estado pasajero. Además el servicio de emergencia, es un ambiente en el cual, el joven tal vez por primera vez va a entrar en contacto con el sistema de salud causándole ansiedad.

El grado de instrucción también ha sido evaluado en nuestro estudio, y se ha observado que los participantes con grado de instrucción superior tienen tendencia hacia la ansiedad patológica, y que los participantes analfabetos tenían un nivel de ansiedad menor, es decir que aquellos participantes que tenían un grado de instrucción alto, tienen tendencia a la ansiedad patológica que aquellos que tienen un grado de instrucción menor, el informe del Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”, el cual fue realizado en la selva, menciona que la pobreza y baja instrucción, tiene una relación directa con los trastornos psiquiátricos, en estudios similares se ha reportado el mayor porcentaje en los pacientes con nivel de escolaridad básica (Primaria y Secundaria) ⁽⁵⁷⁾, pero en un estudio mexicano similar, reporto datos similares a nuestro estudio, que aquellos con grado de instrucción superior tuvieron más porcentaje de ansiedad ⁽³¹⁾. Para nuestro estudio esta observación fue estadísticamente significativa con una $p < 0.01$., la explicación probable de este hecho sea el conocimiento de los probables diagnósticos que el servicio de emergencia pueda dar a los usuarios, y lo que esto implica, actualmente la información está a la mano de quien la necesite, en general los que tienen mayor grado de instrucción son los que tienen mayor información y conocimiento de los probables diagnósticos, los cuales generan ansiedad en el usuario.

En nuestro estudio el 55.3% estuvo representado por participantes con estado civil de conviviente, que son los que tuvieron niveles de ansiedad catalogados como mínimos, a diferencia de los solteros y divorciados los cuales tuvieron niveles de ansiedad patológica, esto nos hace sospechar que aquellos que no tienen pareja, están más propensos a presentar mayores niveles de ansiedad. Se diferenció en dos grupos, los cuales tienen y no tienen pareja estable, y se encontró una diferencia estadística significativa en los niveles de ansiedad de ambos grupos ($p = 0.0016$), en los cuales los que

no tienen pareja son más propensos a presentar niveles de ansiedad patológica, se ha descrito ampliamente que el estado civil es un predictor muy potente para el desarrollo de trastornos mentales tales como la depresión y la ansiedad ⁽⁴⁴⁾

Con respecto a la ocupación, el ser ama de casa represento el 26.7% de nuestra población, seguido con un 24.7% ser estudiantes, pero cuando se aplicó el test de ZUNG, se encontró los más altos niveles de ansiedad patológica en los estudiantes y el los profesionales, este resultado discrepa con otro estudio que menciona que los niveles de ansiedad son mayores en las personas desempleadas, aunque otros estudios no encuentran diferencias entre ambos grupos. ⁽⁴²⁻⁴³⁾Es preocupante encontrar que los estudiantes tienen tendencia a la ansiedad patológica (p 0.000) en la sala de emergencia, es algo que merece ser estudiado más detenidamente. Los estudiantes y profesionales están sometidos constantemente a evaluaciones, es por eso que la presencia de una enfermedad puede ser perjudicial para el estado laboral de los profesionales, generando ansiedad, en el caso de los estudiantes podría estar relacionado con el primer contacto con un servicio de emergencia.

El 88% de nuestra muestra procedía de la zona urbana, con respecto a los niveles de ansiedad se observó que los de la zona rural tenían un nivel de ansiedad mínimo, comparado con los de la zona urbana que alcanza un nivel de ansiedad patológica, esto resulto estadísticamente significativo (p 0.010), se ha descrito ampliamente que el lugar de procedencia es determinante para la no aparición de cuadros ansiosos ⁽⁴⁶⁾, probablemente condicionados por el ambiente en que viven, los niveles de estrés en la ciudad son mayores en la ciudad que en el campo, esto podría constituir la causa de tal diferencia.

Dentro de nuestro análisis decidimos incluir la auto percepción de pobreza por parte del participante en la cuales el 54.% se declaró como no pobre, y el resto como pobre, este punto es interesante porque aquellos que se declararon como no pobre, tuvieron más grado de ansiedad que aquellos que se declararon pobres, el cual fue estadísticamente significativo (p<0.01).. Este dato hay que tomarlo cuidadosamente, ya que este dato, fue tomado de manera subjetiva, y el participante pudo haber generado un sesgo de

percepción ante la pregunta. En nuestro estudio no fue conveniente relacionar los niveles de ansiedad con el nivel de pobreza encontrados porque los datos obtenidos con respecto a esta variable son muy subjetivos.

Los principales motivos por el cual los participantes acudieron al servicio de emergencia, se encuentran, cefalea (28%), síndrome febril (22%), dolor abdominal (18.7%) y dolor pélvico (10.7%), los cuales son los más representativos, en nuestro estudio encontramos que aquellos que acuden por cefalea y síndrome diarreico, tienen menos ansiedad, que el resto de los grupos que acuden por otras causas al servicio de emergencia ($p = 0.038$). En otros estudios han reportado diferentes motivos por el cual los pacientes acuden a los diferentes servicios de emergencia como son el dolor abdominal, dolor de garganta, dolor torácico, palpitaciones y disnea ^(30,33,34). Pero esto varía mucho, y es dependiente de la realidad de donde se hace el estudio, y de las características de la población, y no se ha reportado que exista una asociación fuerte entre algún síntoma, con la aparición de la ansiedad patológica.

Las comorbilidades más frecuentes fueron la hipertensión arterial en un 20%, la cual concuerda en frecuencia con un estudio argentino que reporto el 10% ⁽³⁰⁾, seguida por la diabetes mellitus en una 12.6%, existen muchos estudios que han relacionado la ansiedad con estas comorbilidades, y se ha demostrado que la ansiedad si posee una fuerte asociación con la génesis y progresión de la hipertensión arterial ⁽⁵⁸⁾, con respecto a la diabetes mellitus, el nivel de ansiedad y depresión, el sexo masculino sobresale con un estado de ansiedad alto ⁽⁶³⁾ y se logró demostrar que los pacientes sin adherencia muestran una mayor probabilidad de presentar ansiedad, depresión y una mayor percepción de situaciones generadoras de estrés en comparación con los pacientes con adherencia al tratamiento ⁽⁶⁴⁾. En nuestro estudio se encontró diferencia estadística entre aquellos que no tienen comorbilidades, y aquellos que si las tienen, estos últimos son más propensos a mayores niveles de ansiedad, esta observación ha sido estadísticamente significativa ($p = 0.035$).

Según las patologías Infecciosas se observó que la Infección del tracto urinario es la más frecuente y representó el 10%, infección por VIH representa el 2%. Con respecto a los

pacientes con VIH/SIDA, se evidencio que este era un grupo propenso a presentar mayores niveles de ansiedad ⁽⁶⁷⁾, en nuestro estudio no se observó este comportamiento.

CONCLUSIONES

- El nivel de ansiedad es alta llegando a más del 51% de participantes comparado con otros estudios similares.
- En nuestro grupo de estudio, el motivo de consulta resultó ser determinante y estadísticamente significativo para presentar niveles de ansiedad patológicos, dentro de ellos los participantes que acudían por cefalea y por síndrome diarreico presentaron menores niveles de ansiedad.
- Tal como se reporta en la literatura el sexo femenino, es el más propenso a presentar ansiedad patológica en el grupo en estudio.
- El grupo etario mayormente afectado fueron aquellos menores de 20 años obtuvo niveles de ansiedad patológica más altos que el resto de la población en estudio.
- Se demostró que el alto nivel educativo está relacionado con altos niveles de ansiedad patológica en el grupo en estudio.
- El hecho de estar soltero o viudo, está asociado con niveles mayores de ansiedad, con respecto a aquellos que cuentan con una pareja.
- El hecho de vivir en zona rural, se ha relacionado con menores niveles de ansiedad patológica en el grupo en estudio.
- La auto percepción de pobreza fue baja entre los participantes, lo cual podría haber hecho que no exista relación con los niveles de ansiedad patológica en el grupo en estudio. No se tomó en cuenta esta relación porque la información recogida fue muy subjetiva y sesgada para los propósitos del estudio.
- La presencia de comorbilidades, frente a uno que no tiene comorbilidades, está relacionado con mayores niveles de ansiedad patológica.
- Los antecedentes patológicos no demostraron ser un determinante para la presencia de ansiedad patológica en el grupo en estudio.

RECOMENDACIONES

- Evaluar en futuros estudios, los factores de riesgo asociados para desarrollar ansiedad patológica, para poder tomar acciones y disminuir esta patología en los usuarios del servicio de emergencia.
- Lograr determinar al mismo tiempo, los niveles de estrés y depresión, en este tipo de pacientes, debido a que estudios anteriores han demostrado la interrelación de estas patologías en la génesis de trastorno ansioso.
- Evaluar de forma objetiva el nivel de pobreza, para poder determinar la real relación con la ansiedad patológica.
- Evaluar estrategias sanitarias, destinadas a brindar ambientes no generadores de ansiedad.
- Extrapolar el estudio a hogares, especialmente a grupos de adolescentes, para determinar la prevalencia y factores asociados para la génesis de ansiedad patológica, y poder en el futuro hacer una adecuada intervención a nivel familiar.
- Ampliar este estudio a otros servicios, en los cuales se pueda determinarse y tomar acciones para brindar una atención integra a los usuarios.
- Diferenciar pacientes de urgencias médicas y emergencias médicas y realizar el estudio en ambos grupos y conocer para conocer la real dimensión de ansiedad tanto en urgencia como en emergencia médicas.

CAPÍTULO V

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1). Gándara Martín, JJ. Manejo de depresión y ansiedad en atención primaria. *Aten Primaria*. 1997; 20:389-94. - vol.20 núm. 7
- (2). Estudio Epidemiológico de Salud Mental-Lima Metropolitana (INSM 2002)
- (3). Estudio Epidemiológico de Salud Mental-Sierra Peruana (INSM 2003)
- (4). Estudio Epidemiológico de Salud Mental-Selva Peruana (INSM 2004)
- (5). WHO. World Mental Health Consortium. *JAMA*, June 2nd 2004
- (6). Alarcón RD. Trastornos ansiosos. En: *Introducción a la Psiquiatría*, Suárez Richards M, cap.11, pág. 259, 3ª edición, Editorial Polemos, Argentina, 2006.
- (7). Fricchione G. Generalized Anxiety Disorder. *New England Journal of Medicine*. 2004; 351: 675-682
- (8). Chinchilla Moreno A. Los trastornos de ansiedad en la consulta primaria. *Salud mental*. Año II, Número 1, 2002.
- (9). Reus V. Trastornos mentales. En: *Principios de Medicina Interna de Harrison*, Kasper D, Braunwald E, Fauci A, et al, cap. 371, pág. 2806, 16ª edición, Editorial Mc Graw-Hill Interamericana, México, 2007.
- (10). Martínez Bernardos A, Baylín Larios A, Ortíz Jiménez MF. ¿Podemos detectar trastornos mentales en atención primaria? Utilidad y concordancia de dos elementos diagnósticos. *Atención primaria*. 1999; 23: 285-288.
- (11). Montón C, Pérez Echeverría MI, Campos R, et al. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Atención primaria*. 1993; 12(6): 345-349.
- (12). Montero Monterroso JL, Pérula de Torres LA, Larrea Barroso MJ. Mareo y su relación con la ansiedad y la depresión en un servicio de urgencias de atención primaria. *Atención primaria*. 2006; 38: 200-205.
- (13). Fernández Alonso MC, Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, et al. Programa de prevención en salud mental en atención primaria. *Atención primaria*. 2007; 39 (Suplemento 3): 88-108.
- (14). Katon WJ. Panic Disorder. *New England Journal of Medicine*. 2006; 354: 2360-2367.

- (15). www.elergonomista.com/psicologia/ansiedad.htm
- (16). Agüera Ortiz L. Cervilla Ballesteros J (2006) “Trastornos de Ansiedad” Cap. 24. Pp551-574. En Agüera Ortiz L., Cervilla Ballesteros J. Martín Carrasco M. Psiquiatría Geriátrica. 2da Edición. Masson, Madrid.
- (17). www.wikipedia.org/w/index.php?title=Estrés&oldid=66660381
- (18). American Psychiatric Association. (1995). “DSM – IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales”. Barcelona: Masson.
- (19). Trastorno de Pánico. Koppmann, Alejandro. Clínica Psiquiátrica. Universidad de Chile.
www.escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/neurologia/cuadernos/cuadernos_92/pub_04_92.html.
- (20). HALES, Roberto E. MD; YUDOFKY, Stuart C. MD; TALBOTT, John A. "Tratado de Psiquiatría". Segunda edición. Editorial Ancora S.A. Cap. 14. "Trastornos de ansiedad" pág. 523. Año 1996. Versión Online.
- (21). DARLEY J. Glucksberg y et al. Psicología. 4ta Ed. Edit. Prentice Hall – Hispanoamérica. México 1990.
- (22). MARTINEZ G. Esneda; CERNA G., Julia. (1990). “Valoración del Estado de Salud”. Edit. OPS-OMS. Washington. EE.UU. America. Pp15-18.
- (23). COOK J, Sue y LEE RN (1993). “Enfermería Psiquiátrica”. 2da Edición. Ed. Interamericana. España. Pp323.
- (24). S/A “El aborto y la salud mental de la mujer”. Estudios revisados por el Gobierno de los Estados Unidos. Ansiedad y Aborto.
- (25). Op. cit (23).pp 320
- (26). Op. cit (24).pp 19
- (27). Op. cit (23).pp 320
- (28). MERCADO ARCE, Karina., PEZO AMIAS, Yany., PUELL PACHECO, Sabina Selva. “Trastornos de Ansiedad tipo Pánico”. Monografía. Facultad de Enfermería. Instituto de Formación Técnica en Salud.
- (29). MINSA 2009. Centro de Rehabilitación del Enfermo Mental de Iquitos – CREMI. Información Estadística Documentada.

- (30). VIA ALVARADO, Juan Manuel. "Ansiedad en la Consulta de Guardia". Universidad de la Plata. Carrera de especialización en Medicina Interna. Servicio de Guardia del Instituto Médico Platense SRL. 2010.
- (31). VILCHIS-AGUILA, IA, SECÍN-DIEP, R, LÓPEZ-ÁVILA, A, CÓRDOVA-PLUMA,VH. "Frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes adultos en la sala de urgencias de un hospital general no gubernamental y detección por el médico de urgencias". Med. Int. Mex. 2010;26(1):5-10.
- (32). PALLÁS COTS, Blanca M. "Estudio descriptivo de la demanda de urgencias del centro de salud de casetas en Zaragoza" Diplomado en Sanidad. Junio de 2007.
- (33). S. BARRO Lugo, M. SAUS Arús, A. BARRO Lugo y M. Fons Martí. "Depresión y ansiedad en inmigrantes no regularizados" PAMEM. Cartas de Investigación: Aten Primaria 2004; 34(9).
- (34). D. A. Vargas Ortega, et al. "CRISIS DE ANSIEDAD EN INMIGRANTES, UN NUEVO RETO PARA EL MÉDICO DE URGENCIAS". UNIDAD DE URGENCIAS. A.I.G. CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS. HOSPITAL DE PONIENTE. EL EJIDO. ALMERÍA. Emergencias 2004;16:62-65.
- (35). BAUER KP, Dom PM, RAMIREZ AM, O'Flaherty JE. Preoperative intravenous midazolam: benefits beyond anxiolysis. J Clin Anesth 2004;16:177-183.
- (36). VALENZUELA-MILLÁN Jaquelyn, BARRERA-SERRANO José R., ORNELAS-AGUIRRE José. Ansiedad preoperatoria en procedimientos anestésicos. Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad Obregón, Sonora, México. Cir Cir 2010;78:151-156. Cirugía y Cirujanos. Volumen 78, No. 2, Marzo-Abril 2010.
- (37). Agüera LF, Reneses B, Muñoz PE. Enfermedad mental en atención primaria. Madrid: FLAS, 1996
- (38). García Boró S, Vara González LA, Otero Puime A. Identificación y cuantificación de los trastornos psiquiátricos en atención primaria. Aten Primaria 1985; 2 (4): 213-218.
- (39). Grupo de Trabajo para el Diseño de un Sistema de Información para la Atención Primaria. Diseño de un sistema de información para la atención primaria. Aten Primaria 1996; 17 (7): 449-456

- (40). Martínez Álvarez JM, Marijuán Arcocha M, Retolaza Balsategui A, Duque Valencia A, Cascán Martín JM. Estudio de morbilidad psiquiátrica en la población atendida en el centro de salud de Basauri. *Aten Primaria* 1993; 11 (3): 127-132.
- (41). KIYOHARA Leandro, KAYANO Liliana, OLIVEIRA Lorena, YAMAMOTO Marina, INAGAKI Marco, OGAWA Nelson, GONZALES PoloEduardo, MANDELBAUM Rosana, OKUBO Sílvio, Thaís WATANUKI and Joaquim VIEIRA. Surgery information reduces anxiety in the pre-operative period. *Rev. Hosp. Clín. Fac. Med. S. Paulo.* 59(2):51-56, 2004
- (42). RUIZ-LÓPEZ E., J. MUÑOZ-CUEVAS, Y. OLIVERO-VÁSQUEZ, MISLAS-SAUCILLO. Ansiedad preoperatoria en el Hospital General de México. *Rev Med Hosp Gen Mes* 2000; 63 (4): 231-236
- (43). MARCOLINO José A., SUZUKI Fernando., ALLI Luis A., GOZZANI Judymara L., MATHIAS LIGIA, Andrade da Silva — Medida da Ansiedade e da Depressão em Pacientes no Pré-Operatório. Estudio Comparativo. *Rev. Bras. Anesthesiol.* 2007; 57: 2: 157-166.
- (44). VEGA ALONSO, AT; LARRAÑAGA PADILLA, M; ZURRIAGA LLORÉNS, O; GIL COSTA, M; URTIAGA, M; CALABUIG PÉREZ, J. “Trastornos de ansiedad. Variabilidad y condicionantes de la actitud terapéutica de los médicos de atención primaria” *Aten Primaria.* 1999; 24:569-78. - vol.24 núm. 10.
- (45). ALFIDI, R. “Informed consent: a study of patient reaction”. *JAMA* 1971; 216: 1325-9.
- (46). YATACO VELA, Aurelio J. Reacciones ansioso-depresivas frente a la intervención quirúrgica en el Hospital Regional de Loreto. 1999.
- (47). Instituto Nacional de Estadística e Informática. Principales resultados de la Encuesta Nacional de Hogares sobre Condiciones de Vida y Pobreza (ENAHO) - IV Trimestre 2001. Lima; 2002. Disponible en: [http:// www.inei.go.pe](http://www.inei.go.pe).
- (48). Araya R, Rojas G, Fritsch R, Acuña J, Lewis G. Common mental disorders in Santiago, Chile. *Br J Psychiatry* 2001; 178:228-233.
- (49). Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental 2002. Informe General. *Anales de Salud Mental* 2002; XVIII (1-2): 1-197.

- (50). Banks SM, Kerns RD. Explaining high rates of depression in chronic pain: a diathesis-stress framework. *Psychol Bull* 1996;119:95-110.
- (51). Cornwall A, Doncleri DC. The effect of experimental induced anxiety on the experience of pressure pain. *Pain* 1988;35:105-113.
- (52). Katon W. The impact of major depression on chronic medical illness. *Gen Hosp Psychiatry* 1996.
- (53). SEVILLANO-GARCÍA, R. MANSO-CALDERÓN, P. CACABELOS-PÉREZ. "Comorbilidad en la migraña: depresión, ansiedad, estrés y trastornos del sueño". *REV NEUROL* 2007; 45 (7): 400-405.
- (54). MELLA MEJÍAS, Cesar; GARCÍA ÁLVAREZ, Rafael. "Ansiedad en el paciente de consulta externa". www.bibliodar.mppeu.gob.ve Disponible en <http://www.bibliodar.mppeu.gob.ve/?q=search/node/ansiedad&page=1>. Consultado el 11 de Junio del 2013.
- (55). ÁLVAREZ VACAS, Bernardo Francisco. "Presencia de Ansiedad, Depresión y Trastornos Psicosomáticos en pacientes que acuden a servicio de atención médica primaria de un consultorio privado de la ciudad de Quito". Universidad de las Américas. www.bibliodar.mppeu.gob.ve.
- (56). HERNANDEZ-SANTILLÁN, Gina Asunta. "Trastornos de Ansiedad en consulta externa de Medicina del Centro de Atención Primaria – I Úcupe. Chiclayo. Marzo 2012". *Rev. Cuerpo méd. HNAAA* 6(1) 2013. (sitio de internet). Disponible en... consultado el 20 de Junio del 2013.
- (57). RODRIGUEZ ANGARITA, Carlos E., PUERTA BAPTISTE, Germán. **"PREVALENCIA DE SINTOMAS DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN LOS PACIENTES DE CONSULTA NO PSIQUIÁTRICA"** *Revista Colombiana de Psiquiatría* Vol. XXVI, N°4, 1997. www.bibliodar.mppeu.gob.ve. Disponible en:... Consultado el 14 de Julio del 2013.
- (58). CASTAÑO CASTRILLÓN, José J. y cols. **"ESTUDIO COMPARATIVO DEL NIVEL DE ANSIEDAD, PERSONALIDAD TIPO A Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES HIPERTENSOS Y NO HIPERTENSOS"**. www.bibliodar.mppeu.gob.ve. Disponible en:... Consultado el 14 de Julio del 2013.

- (59). RESTREPO, Carlos; MICHAAN, Leon; BARRERA, Carlos; CELIS, Edgar. **“SINDROME DE ANSIEDAD: PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS EN LA POBLACIÓN COLOMBIANA”**. Univ. med; 40(4):141-149, 1999. tab, graf. Id: 346869. <http://bases.bireme.br> Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=346869&indexSearch=ID>. Consultado el 17 de Julio del 2013.
- (60). POSADA, J. y cols. **“TRASTORNOS DE ANSIEDAD SEGÚN DISTRIBUCIÓN POR EDAD, GÉNERO, VARIACIONES POR REGIONES, EDAD DE APARICIÓN, USO DE SERVICIOS, ESTADO CIVIL Y FUNCIONAMIENTO/DISCAPACIDAD SEGÚN EL ESTUDIO NACIONAL DE SALUD MENTAL – COLOMBIA”**. NOVA. PUBLICACIÓN CENTÍFICA. ISSN. 1794 – 2470. Vol.4 N°6. Junio-Diciembre 2006: 1-114. www.bibliodar.mppeu.gob.ve. Disponible en:... Consultado 15 de Julio del 2013.
- (61). PÉREZ, J; SERRA, E. **“INFLUENCIA DEL ROL TRADICIONAL FEMENINO EN LA SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA EN UNA MUESTRA DE MUJERES ADULTAS”**. Anales de Psicología. 1997, vol. 13, n° 2, 155-161. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia. Murcia (España). ISSN: 0212-9728. www.bibliodar.mppeu.gob.ve Disponible en:... Consultado el 27 de Junio del 2013.
- (62). RICARDO, C. et al. **“PREVALENCIA DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y ANSIOSA EN ESTUDIANTES DE 14 A 18 AÑOS DE UN COLEGIO PRIVADO DE MEDELLÍN”**. Revista Colombiana de Psiquiatría. Vol. 41. N°3. 2012. Versión Online. www.bibliodar.mppeu.gob.ve Disponible en:... Consultado el 18 de Junio del 2013.
- (63). RIVAS, V. y cols. **“PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2”**. Artículo original. Salud en Tabasco. Vol. 17. N° 1y2. Enero-Abril. Mayo-Agosto. 2011. pp 30-35. Versión online.(pagina web). Disponible en:... Consultado el 12 de Junio del 2013.

- (64). PATILLA, C. **“ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y SITUACIONES GENERADORAS DE ESTRÉS EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 CON ADHERENCIA Y SIN ADHERENCIA AL TRATAMIENTO”**. Versión Online. Página web. Disponible en:... Citado el 27 de Julio del 2013.
- (65). ESPINOSA, F. et al. **“ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ASMÁTICOS ADULTOS EN COMPARACIÓN CON SUJETOS SANOS”**. Revista Alergia México 2006 Vol.53. Num.6. Noviembre-Diciembre 2006. Versión online. Disponible en: www.revistasmedicas.com.mx. Consultado el 11 de Junio del 2013.
- (66). BULA, M. y cols. **“DEPRESIÓN, ANSIEDAD E IRA PRESENTES EN UN GRUPO DE PERSONAS DE LA CIUDAD DE MEDELLÍN- COLOMBIA, DIAGNOSTICADAS CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE”**. Versión online. Página web. Disponible en:... Consultado el 13 de Julio del 2013.
- (67). ROMERO, J. **“PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PERSONAS CON VIH/+. OTRAS ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS”**. Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría. 2009; 42 (1-4): Ene-Dic. 25-3. Versión online. www.revistasmedicas.com.mx. Disponible en:... Consultado 17 de Junio del 2013.
- (68). ADALBERTO, J. **“PREVALENCIA DE SINTOMAS DE ANSIEDAD EN PACIENTES CON CEFALEA PRIMARIA”**. Acta Neurol. Colomb. Vol. 22 No. 4 Diciembre 2006. Versión online. Página web. Disponible en:.. Consultado el 20 de junio del 2006.
- (69). López Peña L. **“ANSIEDAD PREOPERATORIA EN PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO”**. (Tesis). Iquitos – Perú. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. Facultad de Medicina Humana. 2012.
- (70). Rengifo Mozombite A.; Lozano Mariño G.; Guerrero Castillo M. **“NIVEL DE INFORMACIÓN Y SU RELACIÓN CON EL GRADO DE ANSIEDAD DEL PACIENTE PRE-QUIRÚRGICO IQUITOS 2000”**. (Tesis). Iquitos – Perú. Universidad Nacional de Amazonía Peruana. Facultad de Enfermería. 2000.

ANEXOS

ANEXO 01
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

A. DATOS GENERALES DEL PACIENTE

1. **APELLIDOS Y NOMBRES:**

.....

2. **DNI:**.....

3. **DIRECCIÓN:**.....

4. **PROCEDENCIA:** URBANO RURAL

B. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

5. **EDAD:**

6. **SEXO:** Masculino Femenino

7. **GRADO DE INSTRUCCIÓN:**

Analfabeto Bajo Medio Superior

8. **ESTADO CIVIL:**

Soltero Conviviente Casado(a)
Divorciado Viudo

9. **OCUPACIÓN:**

Hogar Estudiante Profesional
Obrero Desempleado Otros

10. **NIVEL DE POBREZA** (según auto-percepción de capacidad de satisfacción de necesidades básicas con ingresos familiares)

Pobre Extremo Pobre No Pobre

C. CARACTERÍSTICAS PATOLÓGICOS

11. MOTIVO DE CONSULTA:

CIE 10:.....

12. COMORBILIDAD:

CIE 10:.....

.....

CIE 10:.....

.....

CIE 10:.....

13. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

.....

CIE 10:.....

.....

CIE 10:.....

.....

CIE 10:.....

ANEXO 2
CUESTIONARIO DE ANSIEDAD DE LA ESCALA WILLIAM ZUNG

Instrucciones

Marque con una X en el espacio correspondiente según como usted se haya sentido durante la última semana.

N°	Ítems	Nunca o casi nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre
1	Me siento más nervioso(a) y ansioso (a) que de costumbre				
2	Me siento con temor sin razón				
3	Despierto con facilidad o siento pánico				
4	Me siento como si fuera a reventar y partirme en pedazos				
5	Siento que todo está bien y que nada malo puede sucederme				
6	Me tiemblan los brazos y las piernas				
7	Me mortifican dolores de cabeza, cuello o Cintura				
8	Me siento débil y me canso fácilmente				
9	Me siento tranquilo(a) y puedo permanecer en calma fácilmente				
10	Puedo sentir que me late muy rápido el corazón				
11	Sufro de mareos				
12	Sufro de desmayos o siento que me voy a desmayar				
13	Puedo inspirar y expirar fácilmente				
14	Se me adormecen o hinchan los dedos de las manos y pies				
15	Sufro de molestias estomacales o indigestión				
16	Orino con mucha frecuencia				
17	Generalmente mis manos están secas y calientes				
18	Siento bochornos				
19	Me quedo dormido(a) con facilidad y descanso bien durante la noche				
20	Tengo pesadillas				

ANEXO 3

Calificación de Escala de Evaluación de Ansiedad de ZUNG

Ítems	Nunca o casi nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre
1	1	2	3	4
2	1	2	3	4
3	1	2	3	4
4	1	2	3	4
5	4	3	2	1
6	1	2	3	4
7	1	2	3	4
8	1	2	3	4
9	4	3	2	1
10	1	2	3	4
11	1	2	3	4
12	1	2	3	4
13	4	3	2	1
14	1	2	3	4
15	1	2	3	4
16	1	2	3	4
17	4	3	2	1
18	1	2	3	4
19	4	3	2	1
20	1	2	3	4

ANEXO 4

INDICES DE LA EAA SEGÚN NIVELES

DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES. NO HAY ANSIEDAD PRESENTE

Total	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35
Índice	25	26	28	29	30	31	33	34	35	36	38	39	40	41	43	44
EAA																

PRESENCIA DE ANSIEDAD MINIMA

Total	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47
Índice	45	46	48	49	50	51	53	54	55	56	58	59
EAA												

PRESENCIA DE ANSIEDAD MARCADA O SEVERA

Total	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59
Índice	60	61	63	64	65	66	68	69	70	71	73	74
EAA												

PRESENCIA DE ANSIEDAD GRADO MAXIMO

Total	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75
Índice	75	76	78	79	80	81	83	84	85	86	88	89	90	91	92	94
EAA																

Total	76	77	78	79	80
Índice	95	96	98	99	100
EAA					

ANEXO 5
SINTOMAS AFECTIVOS Y SOMATICOS DE LA ANSIEDAD

Síntomas de ansiedad	Frases de la escala
AFECTIVOS	
Intranquilidad	1. Me siento más nervioso(a) y ansioso (a) que de costumbre.
Temor	2. Me siento con temor sin razón.
Angustia	3. Despierto con facilidad o siento pánico.
Desintegración mental	4. Me siento como si fuera reventar y partirme en pedazos.
Aprensión	5. Siento que todo está bien y que nada malo puede sucederme.
SOMÁTICOS	
Temblores	6. Me tiemblan los brazos y las piernas.
Molestias y dolores musculares	7. Me mortifican dolores de cabeza, cuello o cintura.
Fatigabilidad, debilidad	8. Me siento débil y me canso fácilmente.
Inquietud	9. Me siento tranquilo y puedo permanecer en calma fácilmente.
Palpitaciones	10. Puedo sentir que me late muy rápido el corazón.
Vértigo	11. Sufro de Mareos.
Desmayos	12. Sufro de desmayos o siento que me voy a desmayar.
Disnea	13. Puedo inspirar y espirar fácilmente.
Parestesias	14. Se me adormecen o hinchan las manos y pies.
Náuseas y vómitos	15. Sufro de molestias estomacales o indigestión.
Micción frecuente	16. Orino con mucha frecuencia.
Sudoración	17. Generalmente mis manos están secas y calientes.
Rubor facial	18. Siento bochornos
Insomnio	19. Me quedo dormido(a) con facilidad y descanso bien durante la noche.
Pesadillas	20. Tengo pesadillas.

ANEXO 6

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

Yo,.....con
DNI.....,

He escuchado con atención la información proporcionada por el investigador, he tenido oportunidad de efectuar preguntas sobre el estudio, he recibido respuestas satisfactorias. He recibido suficiente información en relación con el estudio, he hablado con el Investigador:

Entiendo que la participación es voluntaria.

Entiendo que puedo no aceptar formar parte el estudio:

- Cuando lo desee.
- Sin que tenga que dar explicaciones.
- Sin que ello afecte a mis cuidados médicos.

También he sido informado de forma clara, precisa y suficiente de los siguientes extremos que afectan a los datos personales que se contienen en este consentimiento y en la ficha o expediente que se abra para la investigación:

- Estos datos serán tratados y custodiados con respeto a mi intimidad y a la vigente normativa de protección de datos.
- Sobre estos datos me asisten los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que podré ejercitar mediante solicitud ante el investigador responsable en la dirección de contacto que me hizo entrega.

Doy mi consentimiento sólo para la extracción necesaria de información en la investigación de la que se me ha informado y para que sean utilizadas exclusivamente en ella, sin posibilidad de compartir o ceder éstas, en todo o en parte, a ningún otro investigador, grupo o centro distinto del responsable de esta investigación o para cualquier otro fin.

Declaro que he leído y conozco el contenido del presente documento, comprendo los compromisos que asumo y los acepto expresamente. Y, por ello, firmo este consentimiento informado de forma voluntaria para manifestar MI DESEO DE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN sobre “NIVEL DE ANSIEDAD SEGÚN LA ESCALA DE ZUNG EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO JULIO - SEPTIEMBRE 2013”, hasta que decida lo contrario. Al firmar este consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos. Recibiré una copia de este consentimiento para guardarlo y poder consultarlo en el futuro.

Firma del Paciente

DNI:

Firma del Investigador

Bach. Med. Ricardo G. García De la Cruz
DNI: 42218864