

RESUMEN

Objetivo

Determinar la prevalencia del trastorno de ansiedad y factores asociados en los/las adolescentes de octavo, noveno y décimo de educación básica de los colegios de la parroquia El Vecino de la ciudad de Cuenca, 2011.

Material y métodos

Se realizó un estudio transversal, en un universo de 1958 estudiante de la parroquia El Vecino de la ciudad de Cuenca, y mediante el programa estadístico Epidat 3.1 se obtuvo una muestra de 500 estudiantes. Para determinar la prevalencia del trastorno de ansiedad y sus grados, lo realizamos mediante la aplicación de los test IDARE, FF-SIL y un formulario socio-demográfico. Los datos se obtuvieron por entrevista directa y se analizaron con el software Excel y SPSS.

Resultados

La prevalencia de ansiedad leve corresponde a un 12.6%, un 63.6 de ansiedad moderada y un 23.8% a ansiedad grave. Dichos valores se relacionaron estadísticamente las variables sexo femenino, edad, poseer una familia moderadamente funcional, provenir de padres casados que viven juntos, vivir en una zona urbana y tuvo asociación el factor migración con el trastorno de ansiedad grave.

Conclusión

La prevalencia de ansiedad grave fue del 23.8 % siendo 4 veces mayor a la prevalencia encontrada en estudios llevados a cabo en otros países de Sudamérica.

DeCS: TRASTORNOS DE ANSIEDAD-CLASIFICACIÓN; TRASTORNOS DE ANSIEDAD-EPIDEMIOLOGÍA; FACTORES ASOCIADOS; ESTUDIOS TRANSVERSALES-ESTADÍSTICA Y DATOS NUMÉRICOS; ESCALAS DE VALORACIÓN PSIQUIÁTRICA-ESTADÍSTICA Y DATOS NUMÉRICOS; DATOS DEMOGRÁFICOS; ADOLESCENTE; CUENCA-ECUADOR

ABSTRACT

Objetive

To determine the prevalence of anxiety disorder and associated factors in adolescents in eighth, ninth and tenth level of basic schools in the neighborhood El Vecino of the city of Cuenca, 2011.

Methodology

A transversal study was made with a universe of 1958 students of the neighborhood El Vecino of the city of Cuenca, and using the statistical program Epidat 3.1, a sample of 500 students. To determine the prevalence of anxiety disorder and that population we did it by applying the STAI test, FF-SIL and socio-demographic form. Data were collected through interviews and analyzed using Excel and SPSS software.

Results

The prevalence of mild anxiety corresponds to 12.6%, a moderate 63.6% anxiety that must be monitored and 23.8% of severe anxiety. This value was positively associated with female gender, with age, to have a moderately functional family of married parents living together, living in an urban area and migration factor was association with severe anxiety disorder.

Conclusion

The prevalence of severe anxiety was 23.8%, and then this value is four times best that the prevalence found in other studies.

DeCS: ANXIETY DISORDERS-CLASSIFICATION; ANXIETY DISORDERS-EPIDEMIOLOGY; RISK FACTORS; CROSS-SECTIONAL STUDIES-STATISTICS NUMERICAL DATA; PSYCHIATRIC STATUS RATING SCALES-STATISTICS NUMERICAL DATA; DEMOGRAPHIC DATA; ADOLESCENT; CUENCA-ECUADOR.



ÍNDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT.....	2
CAPÍTULO I.....	10
1.1 INTRODUCCIÓN	10
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.3 JUSTIFICACIÓN	13
CAPÍTULO II.....	14
2. MARCO TEÓRICO	14
2.1 Generalidades	14
2.2 Reseña histórica	14
2.3 Concepto	15
2.4 Síntomas.....	16
2.5 Etiología.....	16
2.6 Grados de ansiedad clínica	17
2.7 Complicaciones	17
2.8 Impacto de la ansiedad en el adolescente.....	21
2.9 Diagnóstico	21
2.10 Diagnóstico diferencial.....	22
2.11 Tratamiento.....	22
CAPITULO III.....	23
3. 1 OBJETIVOS	23
Objetivo general.....	23
Objetivos específicos	23
CAPITULO IV.....	24
DISEÑO METODOLÓGICO.....	24
4.1. Tipo de estudio	24
4.2 Operacionalización de variables.	25
4.3. Universo del estudio y muestra.....	26
4.4 Procedimientos para garantizar aspectos éticos	27
4.5 Procedimientos para la recolección de la información	27
4.6 Instrumentos a utilizar	28



4.7 Métodos y modelos de análisis de los datos.....	28
CAPÍTULO V.....	29
5. RESULTADOS. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO	29
5.1. DISCUSIÓN	40
5.2. CONCLUSIONES	44
5.3. RECOMENDACIONES	45
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	46
6. ANEXOS	52



Nosotras, Verónica Jessenia Caicedo Romero, Sandra Patricia Carchi Pugo y María Augusta Chuquimarca, reconocemos y aceptamos el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención del Título de Médica. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de nuestros derechos morales o patrimoniales como autoras.

Nosotras, Verónica Jessenia Caicedo Romero, Sandra Patricia Carchi Pugo y María Augusta Chuquimarca, certificamos que todas las ideas y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de las autoras.



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

**PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD Y FACTORES
ASOCIADOS EN ADOLESCENTES DE OCTAVO, NOVENO Y DÉCIMO DE
EDUCACIÓN BÁSICA EN LA PARROQUIA EL VECINO DE LA CIUDAD DE
CUENCA, 2011**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN
DE TÍTULO DE MÉDICA**

**AUTORAS: VERÓNICA JESSENIA CAICEDO ROMERO
SANDRA PATRICIA CARCHI PUGO
MARÍA AUGUSTA CHUQUIMARCA GUARTAMBEL**

DIRECTOR: DR. SAÚL PACURUCU CASTILLO

ASESORA: DRA. MARLENE ÁLVAREZ

**CUENCA –ECUADOR
2012**



DEDICATORIA

A mis maestros que han sido mi guía, mis queridas amigas y en especial a mis papas por su apoyo incondicional y por haber creído en mí.

Jessenia Caicedo R.



DEDICATORIA

Que llegara a donde estoy, también gracias a mi novio que siempre me ha apoyado y dado fuerzas para seguir.

Y a mis compañer@s y amig@s que siempre han estado.

Para enseñarme mis errores o festejar mis logros.

Patricia Carchi Pugo



DEDICATORIA

Agradezco a mis padres, amigos, profesores por el apoyo brindado, tanto en conocimientos y consejos en poder realizar este estudio.

Sin tener que olvidar lo más importante aquella sabiduría y amor que emana todos los días nuestro Padre universal...Gracias.

María Augusta Chuquimarca.

CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

La ansiedad se presenta en niños y adolescentes frecuentemente entre el 5% y el 18%, por la activación del sistema nervioso que van a producir síntomas. Según el DSM IV TR es la aparición temporal y aislada de miedo o malestar intenso, acompañada de palpitaciones, diaforesis, temblores, náuseas, mareos, miedo a perder el control, entre otros, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 min. Los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes se presenta de forma diferente a las de los adultos y varían dependiendo de la etapa del crecimiento, en la adolescencia van a presentar cambios significativos de orden físico, psíquico y social, que van a ocasionar inestabilidad emocional, pero cuando esta es exagerada y persistente existe el riesgo de depresión, intentos de suicidio y abuso de sustancias en la edad adulta, por lo cual el adecuado conocimiento de las manifestaciones clínicas de manera oportuna nos ayuda a evitar la evolución de dichos cuadros en la edad adulta.

La ansiedad tiene dos formas de ser medida, como rasgo de personalidad (A Rasgo) y como una respuesta emocional (A Estado), debido a que la ansiedad estado es fluctuante y transitoria se procedió a trabajar con la ansiedad Rasgo que nos muestra la tendencia a responder de cada estudiante.

Durante nuestra investigación pudimos observar el gran vacío que existe sobre el tema en nuestro país por lo cual decidimos realizar esta investigación. A nivel de Latino América encontramos que en Puerto Rico en niños entre 4 y 17 años el nivel de ansiedad es de un 2.9% en el 2004, en Brasil la prevalencia encontrada fue de 5.2% en niños entre los 7 y 14 años, en México la prevalencia encontrada en adolescentes de 12 a 17 años fue de 29.8%. En Buenos Aires la frecuencia es del 26,6% en adolescentes de 10 a 21 años.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La ansiedad es un estado emocional propio de quien desea, espera o teme un acontecimiento importante o grave. **(1)**, se produce por la activación del sistema nervioso por estímulos externos o como resultado de un trastorno endógeno, que van a producir síntomas periféricos derivados del sistema nervioso vegetativo (aumento del tono simpático) y del sistema endocrino (hormonas suprarrenales) **(2)**. Según el DSM IV TR la ansiedad es la Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intenso, acompañada de síntomas como palpitaciones, diaforesis, temblores, sensación de ahogo, opresión torácica náuseas, mareos, miedo a perder el control, parestesias, escalofríos o des-realizaciones, que se inician bruscamente y que alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 min. **(3)**

La ansiedad tiene dos formas de ser medida, como rasgo de personalidad y como una respuesta emocional. La ansiedad rasgo (A Rasgo) se entiende como una predisposición a percibir las circunstancias ambientales como amenazantes y por tanto una tendencia a responder, con frecuencia, con fuertes estados de Ansiedad. En cambio, la ansiedad estado (A Estado) es un concepto que se refiere a una situación en un momento dado siendo fluctuante y transitoria, caracterizada por una percepción subjetiva de sentimientos de aprensión y temor, y a una alta activación del Sistema Nervioso Autónomo. **(4)**

La magnitud de la ansiedad según la clínica de los pacientes se manifiesta en: *ansiedad leve*, aquella que no presenta síntomas y nos ayuda a tomar decisiones en un momento determinado, *ansiedad moderada*, aquella que presenta síntomas moderados como temblor, diaforesis, molestias intestinales y que pueden llegar a interferir con sus actividades diarias si dejan que la mismo los domine, *ansiedad grave o severa*, es aquella que por sus síntomas impide cumplir las actividades diarias, puede presentarse como crisis de pánico y requieren tratamiento de urgencia **(1)**.

Los trastornos de ansiedad en la población infantil y adolescente tienen formas de presentación diferentes a las de los adultos y varían dependiendo de la

etapa del crecimiento. El adecuado conocimiento de dichas particularidades permite al clínico orientar de manera certera el manejo y así evitar la continuación y empeoramiento de dichos cuadros en la edad adulta. **(5)**

Para poder identificar dicho trastorno debemos conocer que la adolescencia es el período del desarrollo humano comprendido entre la niñez y la edad adulta durante la cual se presentan los cambios más significativos en la vida de las personas, en el orden físico, psíquico y social, **(6)** El miedo a su vez constituye una emoción en el desarrollo normal entre los/las adolescentes y jóvenes, sin embargo, si estos persisten pueden interferir con el funcionamiento cotidiano dando origen a un distrés significativo y generar como entidades psicopatológicas definidas a los Trastornos de Ansiedad (TA) **(7)**.

Los adolescentes son vulnerables con frecuencia a todo tipo de estresores del ambiente que provocan inestabilidad emocional. Pero así como existen en el ambiente factores que aumentan la posibilidad de que el adolescente se involucre en problemas también hay factores que los protegen. **(8)**

Al buscar estudios de prevalencia de ansiedad en nuestro país pudimos observar el gran vacío que existe sobre el tema por lo cual hemos decidido realizar esta investigación, con el fin de aportar datos estadísticos del índice de ansiedad en adolescentes de octavo noveno y décimo de educación básica de los colegios en la parroquia El Vecino de la ciudad de Cuenca, 2011. A nivel de Latinoamérica encontramos un meta-análisis en Chile del 2009 que recopila estudios de prevalencia de algunos países como Puerto Rico donde en niños entre 4 y 17 años el nivel de ansiedad es de un 2.9% en el 2004, en Brasil la prevalencia encontrada fue de 5.2% en niños entre los 7 y 14 años, en México la prevalencia encontrada en adolescentes de 12 a 17 años fue de 29.8% **(9)** En un estudio sobre los trastornos de ansiedad en adolescentes, realizado por el Centro de Investigaciones Epidemiológicas de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires muestran una frecuencia de Trastornos de Ansiedad detectada del 26,6% en adolescentes de 10 a 21 años.**(10)**

1.3 JUSTIFICACIÓN

Los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes son un problema frecuente, se producen entre el 5% y el 18% en Latinoamérica. **(11)** Se asocian con morbilidad significativa y deterioro en su vida social y académica, cuando estos persisten hasta su vida adulta pueden llevar a depresión, intentos de suicidio, abuso de sustancias, y dificultad para relacionarse con los demás. Aparece a temprana edad en respuesta a exigencias o amenazas como una forma de adaptación. Suele ser transitoria y percibida como nerviosismo y desasosiego; ocasionalmente como terror y pánico, pero al hacerse persistente, intensa, autónoma, desproporcionada a los estímulos que la causan genera conductas evitativas o retraimiento, que impiden su normal desarrollo social. **(12)**

Debido a que en nuestro país a pesar de los muchos factores de riesgo a los que se encuentran expuestos nuestros adolescentes, como es el caso de la emigración que tiene una tasa elevada en especial a nivel del Austro **(13)**, no se han desarrollado estudios sobre este trastorno ni su relación con esta variable, por lo tanto intentamos aportar mediante este trabajo la prevalencia de ansiedad en los/las adolescentes de la parroquia El Vecino, la misma que quizá será una guía de los posibles casos que existen en nuestra ciudad y de esta manera quizá poder detectar estos casos a tiempo y los factores personales, familiares, así como de su entorno para de este modo evitar complicaciones en lo posterior..

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Generalidades: Antes de comenzar a definir lo que es la ansiedad y todo lo referente a la misma vamos a definir lo que es familia y la educación que reciben ya que estas influyen mucho en el desarrollo del carácter y actitudes de cada individuo en esta etapa de la vida.

En nuestro medio la familia representa el primer núcleo social que acoge al individuo e interviene en primera instancia en su inmersión en el contexto sociocultural, en la sociedad podemos encontrar distintos tipos de familia: **Familia Nuclear** (padre, madre e hijo); **Familia Mono-parental**. (Sólo un padre o madre e hijos); **Familia Mono-parental Extendida**. (Progenitor, hijos, otras personas). **(14)**

Otro eslabón que influye en la adolescencia es la educación que recibe, pues es diferente en cada país y va de acuerdo al nivel de enseñanza en que se encuentre. En nuestro país el sistema educativo se rige por principios de unidad, continuidad, secuencia, flexibilidad y permanencia; perspectiva de una orientación acorde con las necesidades del país **(15)** y se encuentra constituido según los niveles de enseñanza y grupos de edad en: **Prescolares:** (3 a 5 años); **Escolares** (6 a 11 años); **Ciclo básico** (12 a 14 años); **Ciclo diversificado** (15 a 17 años) **(16)**.

Una vez definidos los principales responsables de la formación de la conducta de un niño/a escolar procederemos a revisar el trastorno de ansiedad.

2.2 Reseña histórica: El aporte fundamental para definir la ansiedad y como diagnosticarla se da entre los años de 1973 y 1982 con Charles D. Spielberger, quien observa la necesidad de distinguir a la ansiedad como rasgo de personalidad relativamente estable y/o como un estado emocional transitorio. **(17)** Para lograr eso desarrollo junto a colaboradores el State-Trait Anxiety

Inventory, STAI, que es de aplicación para adolescentes y adultos. En 1989 Seisdedos, lo agrupó en dos escalas independientes, una para evaluar la Ansiedad Estado (A-E) y la otra para evaluar la Ansiedad Rasgo (A-R). La primera con 20 elementos con los que se pretende evaluar el nivel de ansiedad en un momento dado, y la segunda con otros 20 elementos valora como el sujeto se siente en general. Por todo lo mencionado el STAIC con su versión en español IDAREN es considerado como una prueba diagnóstica adecuada para evaluar ansiedad estado y ansiedad rasgo en niños y adolescentes por la comunidad clínica internacional. **(18)**

2.3 Concepto: actualmente la ansiedad se define como la activación del sistema nervioso por estímulos externos o como resultado de un trastorno endógeno de las estructuras o de la función cerebral, que van a producir síntomas periféricos derivados del sistema nervioso vegetativo (aumento del tono simpático) y del sistema endocrino (hormonas suprarrenales) **(19)** que llevan a que el ser humano dé desde una respuesta adaptativa hasta un trastorno incapacitante, esto varía de acuerdo a cada persona, según su predisposición biológica o psicológica, se muestra más vulnerable o susceptible a unos u otros síntomas. **(20)**.

Este trastorno puede presentarse en $\frac{1}{4}$ de la población en algún momento de su vida**(21)** , observándose con mayor frecuencia durante la niñez o la adolescencia **(22)**, es así que entre el 5% y el 18% de todos los niños y adolescentes sufren un trastorno de ansiedad **(11)**, esto se comprobó cuando al evaluar, según los criterios del DSM IV TR dan se encontró una prevalencia en adolescentes de 7 a 14 años, el 5.2% en Brasil, un 2.9% en una población de 4 a 17 años, en Puerto Rico, un 29.8% en México en adolescentes de 12 a 17 años **(9)**.

Los trastornos de ansiedad en la población infantil y adolescente tienen formas de presentación diferentes a las de los adultos y varían dependiendo de la etapa del crecimiento. El adecuado conocimiento de dichas particularidades permite al clínico orientar de manera certera el manejo y así evitar la

continuación y empeoramiento de dichos cuadros en la edad adulta. **(5)** El inicio cada vez más temprano de estos trastornos puede deteriorar los procesos del desarrollo personal y social del adolescente **(22)** es por eso que debemos observar si existen síntomas que nos puedan orientar a que se esté desarrollando o que ya esté establecido un cuadro de ansiedad.

2.4 Síntomas: es una sensación subjetiva de inquietud, aprensión, miedo, angustia, pensamientos confusos, pérdidas de memoria, pensamientos negativos, pérdida de confianza, deseo de huir, falta de autoestima, pesadillas o terrores nocturnos. A su vez la experiencia subjetiva, tiene dos componentes: las **sensaciones físicas** (por ejemplo, cefaleas náuseas, sudoración) y las **emociones** de nerviosismo y miedo. Cuando el trastorno de ansiedad, es grave, puede afectar al adolescente en su forma de pensar, capacidad para tomar decisiones, la percepción del entorno, el aprendizaje y la concentración. También se eleva la presión arterial, frecuencia cardíaca, vómitos, dolor de estómago, úlceras, diarrea, sensación de hormigueo, debilidad, falta de aire y manos temblorosas y diaforéticas.

2.5 Etiología: la ansiedad es de carácter multicausal pudiendo ser:

- a. Psicológica.** La ansiedad puede resultar del aumento de tensiones internas y externas y abrumar a las habilidades normales de afrontamiento o la capacidad para hacer frente a situaciones que normalmente podemos manejar, influyendo así en el comportamiento, espiritualidad y en su psicodinámica.
- b. Genética.** Estudios muestran que un 50% de los pacientes tienen al menos un familiar afectado con un trastorno de ansiedad. En estudios de gemelos se demuestra que existe contribución genética para el desarrollo de la ansiedad en diferentes grados.
- c. Biológica** Existe evidencia que apoya la participación de la noradrenalina, serotonina y GABA. En algunos casos parece haber un desequilibrio de los sistemas neuronales serotoninérgicos y noradrenérgicos.

d. Médica. Las enfermedades cardiovasculares, enfermedad pulmonar, ciertos tumores, trastornos endocrinos, las infecciones y las enfermedades neurológicas pueden causar trastornos de ansiedad que deben ser descartadas. **(23)**

2.6 Grados de ansiedad clínica: *ansiedad leve*, no presenta síntomas, nos ayuda a tomar decisiones en un momento determinado, *ansiedad moderada*, aquella que presenta síntomas moderados como temblor, diaforesis, molestias intestinales y que pueden llegar a interferir con sus actividades diarias si dejan que la mismo los domine, *ansiedad grave o severa*, es aquella que por sus síntomas impiden cumplir las actividades diarias, pueden presentarse como crisis de pánico y pueden requieren tratamiento de urgencia.**(1)**

2.7 Complicaciones: Todos los seres vivos estamos dotados de un sistema biológico que nos permite experimentar ansiedad o temor. La emoción del miedo puede funcionar como señal de alarma y como barrera contenedora para impedir que nos aventuremos en situaciones para las que todavía no hemos desarrollado las habilidades necesarias. Sentimientos tales como el miedo, la ansiedad, la tristeza ocurren de forma normal en algún momento del desarrollo. Las causas de las mismas, la forma en que se manifiestan y sus funciones adaptativas cambian conforme el crecimiento. En su forma mórbida o patológica constituye, en muchos casos, una forma extrema de presentación de los miedos o vivencias normales en la infancia y, por tanto, la forma en la que se presentan los trastornos de ansiedad o afectivos están determinados por el momento del desarrollo en el que aparecen. A continuación se presenta la clasificación del trastorno de ansiedad según el DSM IV TR. El trastorno de ansiedad específico es diagnosticado por el patrón y la calidad de los síntomas de la siguiente manera: **(23)**

1) Trastorno de ansiedad sin agorafobia:

A. Crisis de ansiedad (Aparición temporal y aislada de miedo de inicio brusco y alcanzan su máxima expresión a los 10 min) inesperada y recidivante. Que por lo menos algunos de los siguientes síntomas ha

durado un mes o más. Es una inquietud persistente a tener más crisis, preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias, cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis.

B. Ausencia de agorafobia (ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil, por lo que evitan estas situaciones y que no puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental como fobia social).

C. Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica, ni tener otro trastorno mental.

2) Trastorno de ansiedad con agorafobia: mismos criterios que el trastorno de ansiedad sin agorafobia solo que en el punto B hay presencia de agorafobia.

3) Agorafobia sin trastorno de ansiedad:

a) Aparición de agorafobia en relación con el temor de desarrollar síntomas similares a la ansiedad. Pero no cumplir con criterios de diagnóstico de ansiedad.

b) El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o enfermedad médica. Si el individuo presenta una enfermedad médica, el temor descrito en el Criterio A es claramente excesivo en comparación con el habitualmente asociado a la enfermedad médica **(3)**.

4) Fobias. La fobia es una inhabilidad de controlar el miedo irracional a algo que tiene poco o nada de peligro. El miedo conduce a evitar objetos o situaciones que pueden causar sentimientos extremos de terror, miedo y pánico, lo cual puede restringir considerablemente la vida de una persona.

(24)

1.1. Fobia específica: se centran en objetos o situaciones particulares la exposición al estímulo fóbico provoca casi ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis, por lo que evitan dichas situaciones que a la final

van a interferir con sus actividades normales. **Nota:** En los niños/as la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o abrazos y puede ser que no reconozcan su miedo excesivo. En menores de 18 años la duración de estos síntomas es de 6 meses como mínimo.

1.2.Fobia social: se cumplen los criterios de la fobia específica pero aplicable a situaciones sociales, además el miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental. Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor no se relaciona con estos procesos.
(3)

5) Trastorno de ansiedad generalizada: la ansiedad no se limita a las situaciones definidas. Pudiendo originarse por el rendimiento académico o deportivo, por cumplimiento de obligaciones o por las consecuencias de actos pasados. **(25)** Presenta los siguientes síntomas: Ansiedad y preocupación excesivas que se prolongan más de 6 meses. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación, asocian a 3 o más de los síntomas siguientes: inquietud o impaciencia, fatigabilidad fácil, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular, Alteraciones del sueño. Estos provocan malestar clínico significativo o deterioro de las actividades normales del individuo.

6) Trastorno de ansiedad por estrés agudo: una persona es expuesta a un acontecimiento traumático caracterizado por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás y a la persona que ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intenso que se manifiesta con síntomas disociativos. El acontecimiento traumático es re experimentado en al menos una de estas formas: pensamientos, sueños, episodios de flashback recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia, y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático. Esto conlleva a evitar estímulos que recuerden el trauma. Estas alteraciones duran un mínimo de 2 días y un máximo de 4

semanas, y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático.

- 7) **Trastorno de ansiedad por estrés postraumático:** se presenta con los mismos criterios del trastorno por estrés agudo pero estas alteraciones se prolongan más de 1 mes. Pudiendo ser de tipo **Agudo:** si los síntomas duran menos de 3 meses, **Crónico:** si duran más de 3 meses, de **inicio demorado:** entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.
- 8) **Trastorno obsesivo compulsivo:** **Obsesiones** (pensamientos, imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativo); **Compulsiones** (comportamientos o actos mentales de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión). Los/las adolescentes son incapaces de reconocer que sus actitudes son irracionales y excesivas. Este trastorno interfiere con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales o su vida social y no existe relación con otro tipo de trastorno mental, uso de sustancias o enfermedad médica.
- 9) **Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica:** las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico. A partir de la historia clínica, exploración física y/o pruebas de laboratorio demuestran que las alteraciones son consecuencia fisiológica de una enfermedad médica. No relacionadas con otro trastorno mental. Estas alteraciones provocan un malestar clínico, interfiriendo en la actividad del individuo.
- 10) **Trastorno de ansiedad inducido por sustancias:** la ansiedad de carácter prominente, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico. A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que los síntomas aparecen durante la intoxicación o abstinencia o en el primer mes

siguiente, el consumo del medicamento está relacionado etiológicamente con la alteración. Los síntomas no se atribuyen a un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias. La alteración provoca un malestar clínico, deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. **(3)**

11)Otros trastornos de ansiedad

- a) **Trastorno de ansiedad por separación:** se trata de una ansiedad excesiva o no adecuada a la edad del niño/a, relacionada con la separación del hogar o de figuras importantes, su persistencia es de 4 semanas como mínimo. **(20)**

2.8 Impacto de la ansiedad en el adolescente: durante la adolescencia la ansiedad se manifiesta como quejas físicas frecuentes y variadas para las que no se encuentra enfermedad causal, mucha preocupación o ansiedad excesiva, manifestada abiertamente por el adolescente, rendimientos inadecuados a pesar de que el chico hace esfuerzos, quejas de dificultades de concentración y atención, dificultad para enfrentarse a actividades propias de su edad y evitación de las mismas (actividades extraescolares), Aislamiento social y búsqueda de actividades lúdicas solitarias, uso/abuso de drogas, pesadillas persistentes, taques de rabia, actitudes de mal humor e irritabilidad crónicas, entre otras manifestaciones que son producidas por la preocupación, a veces desmedida, por la imagen física, ropa de marca, por la identificación a grupos de pertenencia social y cultural en la forma exterior de manifestarse, temor a ser rechazados por su problema de ansiedad que les produce más ansiedad todavía produciendo rechazo a recibir ayuda profesional y dejan así que ese trastorno avance y produzca complicaciones que puedan comprometer sus vidas. **(26)**

2.9 Diagnóstico: se debe de reconocer el inicio, curso y los síntomas de la ansiedad, así como el conocimiento de la misma en los adolescentes. Para evaluar la ansiedad se dispone de entrevistas psiquiátricas estructuradas, escalas clínicas de evaluación instrumentos auto-administrados y medidas

recogidas a partir de los padres. Para este trabajo se utilizan las escalas de evaluación clínica como: la escala de ansiedad de Hamilton en adultos, escala de ansiedad Rasgo, estado STAI o STAIC, o su versión al español IDARE para niños y adolescentes que es la que será utilizada.

2.10 Diagnóstico diferencial: se debe tener en cuenta que para el diagnóstico de un trastorno de ansiedad se descartar que el mismo no sea consecuencia secundaria a enfermedades, a drogas a situaciones de estrés reciente.

2.11 Tratamiento: un adolescente no está preparado psicológicamente para poder manejar el estado de ansiedad **(3)**, y como la relación entre el funcionamiento neurocognitivo y la ansiedad es bidireccional, los trastornos de ansiedad interfieren en dicho funcionamiento y, de manera inversa, determinando que el funcionamiento neurocognitivo puede incrementar patológicamente la ansiedad **(27)**. La psicoterapia cognitivo conductual y la fármaco-terapia han demostrado ser los tratamientos más efectivos en el tratamiento de la ansiedad. Cuando la conducta ansiógena es leve, se debe iniciar el tratamiento con psicoterapia y añadir fármacos en caso necesario. Si el cuadro clínico es más severo o invalida notoriamente el funcionamiento del adolescente, conviene iniciar terapia conjunta. **(28)**

La terapia cognitivo conductual que se basa en enseñar que los pensamientos causan sensaciones y afectan su comportamiento **(29)** utilizando técnicas de relajación, terapia de movimiento rítmico y reflejos primitivos, terapia del juego.**(30)**

Expertos han demostrado en una revisión sistemática que contiene 21 ECAs con 1805 participantes menores de 18 años, la eficacia de los tratamientos farmacológicos, incluyendo los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y antidepresivos tricíclicos para el trastorno de ansiedad. **(31).**



CAPITULO III

3.1 OBJETIVOS

Objetivo general:

Determinar la prevalencia del trastorno de ansiedad y factores asociados en los/las adolescentes de octavo, noveno y décimo de educación básica de los colegios de la parroquia El Vecino de la ciudad de Cuenca, 2011.

Objetivos específicos:

- Establecer un diagnóstico del trastorno de ansiedad de los adolescentes de octavo, noveno y décimo de educación básica de la parroquia El Vecino, Cuenca 2011. mediante el Test IDAREN.
- Relacionar la influencia de los factores asociados en el desarrollo del Trastorno de Ansiedad en los adolescentes de octavo, noveno y décimo de educación básica de la parroquia El Vecino, Cuenca 2011, mediante los test Socio-demográfico y el FF-SIL



CAPITULO IV

DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. Tipo de estudio: transversal, por medio del cual buscamos identificar los/las adolescentes de octavo, noveno y décimo de educación básica con trastorno de ansiedad de los colegios de la parroquia El Vecino de Cuenca. El cual se llevará a cabo mediante la aplicación del Test IDAREN (anexo 5).

4.2 Operacionalización de variables.

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Sexo	Características fenotípicas del ser humano	Fenotipo	Fenotipo	Masculino Femenino
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad	Tiempo en años	Años cumplidos según registro escolar o cédula de identidad	Numérica
Ciclo de básica	Nivel de estudios que se encuentra	Año de estudio que cursa	Registro escolar	Octavo Noveno Décimo
Residencia	Lugar en que se vive	Geográfico	Registro escolar de residencia	Urbano Rural
Estado civil de los padres	Situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra	Estado Civil	Registro escolar de residencia	Solteros Casados Divorciados Unión estable
Convivencia	Vida en común que alguien lleva ya sea con una o varias personas.	Convivencia	Registro escolar de residencia	Papá y mamá Solo con tu papá Solo con tu mamá Otros
Funcionalidad Familiar:	Mayor o menor posibilidad de adaptación, participación, crecimiento, afectividad y capacidad para resolver problemas dentro del hogar, considerados como determinantes en la interrelación familiar	Funcionalidad familiar.	FF-SIL	Si no
Emigración	Acción y efecto de pasar de un país a otro para establecerse en él.	Emigración de los padres	Registro escolar de residencia	Papá Mamá Ambos Ninguno
Ansiedad	Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de síntomas	Ansiedad	STAIC (IDAREN)	Positivo Negativo

4.3. Universo del estudio y muestra: El Universo estará constituido por todos los/las adolescentes (12 a los 16 años) de octavo, noveno y décimo de educación básica de la parroquia El Vecino de la ciudad de Cuenca que son 1958 estudiantes según estadísticas del Ministerio de Educación del Azuay, comprendiendo a los siguientes colegios: Carlos Arízaga Vega con 221 estudiantes (octavo 74, noveno 79, décimo 68), Luis Monsalve Pozo con 196 estudiantes (octavo 80, noveno 53, décimo 63), Manuel J. Calle con 1047 estudiantes (octavo 397, noveno 367, décimo 283) y República de Israel con 494 estudiantes (octavo 167, noveno 166, décimo 161). estudiantes (octavo 397, noveno 367, décimo 283) y República de Israel con 494 estudiantes (octavo 167, noveno 166, décimo 161).

Fórmula para calcular el tamaño de la muestra

$$n = \frac{N\sigma^2Z^2}{(N-1)e^2 + \sigma^2Z^2}$$

$$n = (1958 * 0.5^2 * 1.96^2) / ((1958 - 1) * 0.05^2 + (0.5^2 * 1.96^2))$$

Donde: n = el tamaño de la muestra, N = tamaño de la población, σ = Desviación estándar de la población que es un valor constante de 0,5. Z = Valor obtenido mediante niveles de confianza. Se toma 95% de confianza que equivale a 1,96. e = Límite aceptable de error muestral, valor que queda a criterio del encuestador.

$$n = 1880.4632 / 5.8529$$

$$n = 321.29$$

Tenemos entonces: un universo de 1958 estudiantes con la prevalencia del trastorno de ansiedad encontrada es del 5.2%, con un nivel de confianza del 95% (1.96); y, una precisión o error de inferencia de mínima del 2% y máxima del 5%, dándonos una muestra de 321 estudiantes escogidos aleatoriamente. Sin embargo para tener una muestra más significativa evaluaremos a 500 estudiantes.

- **Criterios de inclusión:** todos los/las adolescentes (de 12 a los 16 años) de octavo, noveno y décimo de educación básica de los colegios de la parroquia El Vecino de Cuenca que firmen el asentimiento informado y cuyos representantes firmen el consentimiento informado para someterse al Test IDAREN (**anexo 5**), que asistan a clases el día de aplicación del mismo.
- **Criterios de exclusión:** se excluirán de todos los/las estudiantes de octavo, noveno y décimo de educación básica menores de 12 años y mayores de 16 años de los colegios en la parroquia el Vecino de la ciudad de Cuenca. Y los estudiantes del Conservatorio José María Rodríguez que a pesar de pertenecer a la parroquia El Vecino no se rigen al sistema impuesto por el Ministerio de Educación, razón por la cual no cumple los parámetros de nuestra investigación.

4.4 Procedimientos para garantizar aspectos éticos

Para la ejecución del estudio se tendrá en consideración las normas bioéticas, se solicitará la aprobación del Comité de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas, la autorización de los rectores de los colegios, consentimiento de los representantes legales de los/las adolescentes y el asentimiento de los estudiantes. (**Anexos 1, 2 y 3**).

Para esto se realizará una reunión con los representantes legales de los/las adolescentes en la cual se ofrecerá información detallada sobre la aplicación de los Test, la información proporcionada será manejada con absoluta confidencialidad y no incluye riesgos, en caso de encontrar un trastorno de ansiedad se le dará a conocer a su representante legal.

4.5 Procedimientos para la recolección de la información

La recolección de datos lo realizará el equipo investigador en los colegios de la parroquia El Vecino de la ciudad de Cuenca en base a la aplicación del formulario socio-demográfico (anexo 4) y los formularios FF-SIL (anexo 6) y el Test IDAREN que es modificado del STAIC por A. Lorenzo en 1992 (anexo 5),



los cuales han sido validados previamente en países como Cuba, Colombia y Argentina, tendrán una duración de 20 minutos, y en los que constan las variables a ser estudiadas.

4.6 Instrumentos a utilizar: los datos a recolectar se realizarán mediante formularios como el FF-SIL para evaluar la funcionalidad familiar, un formulario socio-demográfico, donde consten sus datos personales y el Test de IDAREN para diagnosticar el Trastorno de Ansiedad, los cuales estarán previamente validados. En cada uno de ellos constarán las instrucciones para su realización.

4.7 Métodos y modelos de análisis de los datos

Para el levantamiento de la información utilizaremos el programa estadístico Epidat 3.1 que nos ayudará a obtener una muestra aleatorizada, posteriormente aplicaremos un formulario de recolección de datos previo consentimiento y asentimiento informado de los estudiantes y sus representantes. Los datos serán analizados utilizando el programa SPSS 15.00 versión Evaluación y Microsoft office

La recolección de datos se realizará mediante la utilización de tablas simples y de doble entrada, los cuadros presentarán valores de frecuencias y porcentajes. Las asociaciones entre variables se presentarán en tablas de contingencias, razón de prevalencia y valor de probabilidad de p a definirse, con un margen de confianza del 95%.

CAPÍTULO V

5. RESULTADOS. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

Tabla # 1: Características demográficas de 500 estudiantes de una población de 1958 adolescentes de octavo, noveno y décimo de educación básica de la parroquia el Vecino, Cuenca 2011

Factor asociado	N	%
Año que cursa		
Octavo	175	35.0
Noveno	160	32.0
Décimo	165	33.0
Sexo		
Masculino	252	50.4
Femenino	248	49.6
Estado civil de padres		
Solteros	69	13.8
Casados	292	58.4
Divorciados	51	10.2
unión estable	79	15.8
Viudo	9	1.8
Donde vives		
Urbano	410	82
Rural	90	18
Con quien vives		
mamá y papá	291	58.2
solo con tu papá	8	1.6
solo con tu mamá	144	28.8
Otros	57	11.4
Años cumplidos		
Menor de 14 años	228	45.6
14 años y más	272	54.4

Alguien de tu familia Emigró		
Papá	72	14.4
Mamá	11	2.2
Ambos	27	5.4
Ninguno	390	78
Valoración Ansiedad Estado		
Leve	41	8.2
Moderado	384	76.8
Grave	75	15
Valoración Ansiedad Rasgo		
Leve	63	12.6
Moderado	318	63.6
Grave	119	23.8
Valoración FF-SIL		
Funcional	103	20.6
moderadamente funcional	287	57.4
Disfuncional	105	21.0
severamente disfuncional	5	1.0

Tabla # 2

Prevalencia del trastorno de ansiedad y factores asociados en adolescentes de octavo, noveno y décimo de educación básica en relación al año que cursa y valoración ansiedad rasgo en la parroquia el vecino de la ciudad de Cuenca, 2011.

Año que cursa				
	con ansiedad grave	sin ansiedad grave	RP (IC 95%)	Valor p
octavo	47 (9.4%)	128 (25.6%)	1.21 (0.88-1.66)	0.14
noveno	40(8%)	120 (24%)	1.08 (0.77-1.49)	0.37
décimo	32 (6.4%)	133 (26.6%)	0.75 (0.52-1.07)	0.06
Total	119 (23.8)	381(76.2%)		

Realizado por: Las autoras

Fuente: Directa

Interpretación: de 500 estudiantes, el 76.2% de adolescentes de octavo, noveno y décimo de educación básica no presentan ansiedad grave, los cuales se divide en ansiedad moderada (63.6%) y ansiedad leve (12.6%). Del 23.8% de adolescentes con un trastorno de ansiedad grave, el 9.4% son de octavo, 8% de noveno y 6.4% de décimo. Encontrándose para octavo un valor estadístico de p 0.14, con razón de prevalencia de 1.21, IC 95% (0.88; 1.66); en noveno p 0.37, con razón de prevalencia de 1.07, IC 95% (0.77; 1.49); finalmente en décimo se encuentra p 0.06, con razón de prevalencia de 0.75, IC95% (0.52; 1.07); las razones de prevalencia y los índices de confianza de los tres niveles, señala que no existe asociación con la enfermedad, no es estadísticamente significativo.

Tabla # 3

Prevalencia del trastorno de ansiedad y factores asociados en adolescentes de octavo, noveno y décimo de educación básica en relación al sexo y valoración ansiedad rasgo en la parroquia el vecino de la ciudad de Cuenca, 2011.

Sexo				
	con ansiedad grave	sin ansiedad grave	RP (IC 95%)	Valor p
Femenino	77 (15.4%)	171 (34.2%)	1.86 (1.33-2.59)	0.0002
Masculino	42 (8.4%)	210 (42%)		
Total	119 (23.8)	381 (76.2%)		

Realizado por: Las autoras

Fuente: Directa.

Interpretación: De 500 estudiantes entre sexo masculino y femenino se observa el 23.8% presenta ansiedad grave, a partir del cual el 8.4% son hombres y el 15.4% mujeres; lo cual de acuerdo al valor estadístico de p 0.0002, es estadísticamente muy significativo, con razón de prevalencia de 1.84, IC 95% (1.33-2.59); con lo que podemos concluir que ser del sexo femenino es un factor relacionado con el trastorno de ansiedad.

Tabla #4

Prevalencia del trastorno de ansiedad y factores asociados en adolescentes de octavo, noveno y décimo de educación básica en relación a edad y valoración ansiedad rasgo en la parroquia El Vecino de la ciudad de Cuenca, 2011.

Años cumplidos				
	con ansiedad grave	sin ansiedad grave	RP (IC 95%)	Valor p
Menor de 14 años	50 (10%)	178 (35.6%)	1.4 (1.03-1.94)	0.02
De 14 años y mas	69 (13.8%)	203 (40.6%)		
Total	119 (23.8%)	381 (76.2%)		

Realizado por: Las autoras

Fuente: Directa

Interpretación: En la tabla 4 se observa que de 500 estudiantes con edades entre 12-16 años, el 76.2% no presentan ansiedad grave; el 23,8% corresponde a adolescentes con ansiedad grave, a partir de este porcentaje el 10% representa a adolescentes menores de 14 años, y el 13.8% son adolescentes de 14 años y más. Con un valor estadístico de p 0.02, con razón de prevalencia de 1.4, IC 95% (1.03;1.94); lo que demuestra que existe una asociación entre el factor edad y el trastorno de ansiedad siendo esto estadísticamente significativo.

Tabla # 5

Prevalencia del trastorno de ansiedad y factores asociados en adolescentes de octavo, noveno y décimo de educación básica en relación a residencia y valoración ansiedad rasgo en la parroquia el vecino de la ciudad de Cuenca, 2011.

Lugar de residencia				
	con ansiedad grave	sin ansiedad grave	RP (IC 95%)	Valor p
urbano	96 (19.2%)	314 (62.8%)	0.92 (0.62-1.36)	0.38
rural	23 (4.6%)	67 (13.4%)		
Total	119 (23.8%)	381 (76.2%)		

Realizado por: las autoras

Fuente: directa.

Interpretación: en una muestra de 500 estudiantes según el área de residencia podemos observar que el 82% de la población vive en zonas urbanas donde se calcula una ansiedad grave de 19.2% y del 18% de adolescentes que residen en zonas rurales, el 4.6% presenta ansiedad grave; además se encuentra un valor estadístico de p 0.38, con razón de prevalencia de 0.92, IC 95% (0.62; 1.36). No se encuentra asociación entre este factor de residencia y la enfermedad, el valor de p es mayor a 0.05 no es significativa la diferencia.

Tabla # 6

Prevalencia del trastorno de ansiedad y factores asociados en adolescentes de octavo, noveno y décimo de educación básica en relación al estado civil de los padres y valoración ansiedad rasgo en la parroquia el vecino de la ciudad de Cuenca, 2011.

Estado civil de padres				
	con ansiedad grave	sin ansiedad grave	RP (IC 95%)	Valor p
solteros	13 (2.6%)	56 (11.2%)	0.77 (0.46-1.28)	0.19
casados	67 (13.4%)	225 (45%)	0.92 (0.67-1.26)	0.33
divorciados	13 (2.6%)	38 (7.6%)	1.09 (0.60-1.98)	0.44
unión estable	24 (4.8%)	55 (11%)	1.35 (0.92-1.96)	0.09
viudo	2 (0.4%)	7 (1.4%)	1.93 (0.27-3.19)	0.67
	119 (23.8%)	381 (76.2%)		

Realizado por: las autoras

Fuente: directa.

Interpretación: los resultados que se observa en la tabla # 6 de una muestra de 500 estudiantes el 58.4% de adolescentes conviven en familias cuyos padres permanecen casados, el 15.8% de padres en unión libre, 13.8% solteros, 10.2% divorciados y el 1.8% permanece en viudez, en todos ellos es evidente el índice de ansiedad grave, en especial en los padres casados representa un 13.4%. Se puede observar que no existe relación entre el facto del estado civil de los padres con la ansiedad ya que no existe ningún valor estadístico de relevancia.

Tabla # 7

Prevalencia del trastorno de ansiedad y factores asociados en adolescentes de octavo, noveno y décimo de educación básica en relación a con quien vive y valoración ansiedad rasgo en la parroquia el vecino de la ciudad de Cuenca, 2011.

Con quien vives				
	con ansiedad grave	sin ansiedad grave	RP (IC 95%)	Valor p
mamá y papá	71 (14.2%)	220 (44%)	1.03 (0.87-1.22)	0.39
solo con tu papá	0	8 (1.6%)	0,5	No calcula
solo con tu mamá	27 (5.4%)	117 (23.4%)	1.74 (0.51-1.06)	0.05
Otras personas	21 (4.2%)	36 (7.2%)	1.87(1.13-3.07)	0.93
total	119 (23.8%)	381 (76.2%)		

Realizado por: las autoras

Fuente: directa.

Interpretación: de la muestra de 500 estudiantes, el 58.2% de adolescentes viven con sus padres, el 28,8% solo con su madre, el 11.4 % con otros familiares y el 1.6% con su padre, siendo evidente el porcentaje de ansiedad grave del 14,2% que conviven con sus dos padres, el 5.4% que viven solo con su madre y el 4.2% con otros. Se halla un valor estadístico de p 0.05, con razón de prevalencia de 1.74 (0.51-1.06) para aquellos que viven solo con su madre pero no existe clara relación entre el estado civil y la enfermedad.

Tabla # 8

Prevalencia del trastorno de ansiedad y factores asociados en adolescentes de octavo, noveno y décimo de educación básica en relación a funcionalidad familiar y valoración ansiedad rasgo en la parroquia el vecino de la ciudad de Cuenca, 2011.

Valoración FF-SIL				
	con ansiedad grave	sin ansiedad grave	RP (IC 95%)	Valor p
funcional	22 (4.4%)	81 (16.2%)	0.87(0.56-1.32)	0.3
moderadamente funcional	69 (13.8%)	218 (43.6%)	1.01(0.84-1.20)	0.48
disfuncional	25 (5%)	80 (16%)	1.01(0.67-1.49)	0.64
severamente disfuncional	3 (0.6%)	2 (0.4%)	4.80(0.81-28.4)	0.09
	119 (23.8%)	381 (76.2%)		

Realizado por: las autoras

Fuente: directa.

Interpretación: en una muestra de 500 estudiantes se observa la relación que existe entre el nivel de ansiedad y funcionalidad familiar, medido por un test específico FF-SIL, observándose un 20.6% que pertenece a una familia funcional; un 57.4% a una familia moderadamente funcional; un 21% pertenece familia disfuncional y de un 1.4% dentro de familias severamente disfuncional. Dentro de cada uno de las clasificaciones del tipo de familias existentes se halla un porcentaje dividido para cada el nivel de ansiedad grave en la familia funcional un 4.4% en la familia moderadamente funcional un 13.8%, en la familia disfuncional un 5%, finalmente dentro de la familia severamente disfuncional se detalla que 0.6% presenta un rasgo de ansiedad grave.

La razón de prevalencia con mayor valor es en la severamente disfuncional, pero el valor uno se encuentra en el intervalo de confianza, es decir no hay asociación con el trastorno, y el valor de p no es significativo.

Tabla # 9

Prevalencia del trastorno de ansiedad y factores asociados en adolescentes de octavo, noveno y décimo de educación básica en relación a funcionalidad familiar y estado civil de los padres en la parroquia el vecino de la ciudad de Cuenca, 2011.

Valoración FF-SIL	Estado civil de padres											
	Solteros	%	Casados	%	Divorciados	%	Unión estable	%	Viudo	%	Total	%
Funcional	16	3.2	54	10.8	12	2.4	18	3.6	3	0.6	103	20.6
Moderadamente funcional	37	7.4	172	34.4	35	7	39	7.8	4	0.8	287	57.4
Disfuncional	14	2.8	64	12.8	4	0.8	21	4.2	2	0.4	105	21
Severamente disfuncional	2	0.4	2	0.4	0	0	1	0.2	0	0	5	1
Total	69	13.8	292	58.4	51	10.2	79	15.8	9	1.8	500	100

Realizado por: las autoras

Fuente: directa.

Interpretación: En la tabla se observa la relación que existe entre funcionalidad familiar y el estado civil de los padres, medido por un test específico FF-SIL, como un factor asociado al rango de ansiedad, observándose un 13.8% que pertenece a solteros; un 58.4% a casados; un 10.2% pertenece al grupo de divorciados; 15.8% en unión estable y de un 1.8% dentro del grupo de viudo.

Dentro de cada uno de las clasificaciones del estado civil existente, se halla un porcentaje dividido para cada tipo de familias, en solteros el porcentaje mas elevado corresponde a un 7.4% con una familia moderadamente funcional y un 0.4% una familia severamente disfuncional; en casados encontramos el 34.4% de niños con familia moderadamente funcional y un 0.4% con familia severamente disfuncional; dentro de divorciados el 7% tiene una familia moderadamente funcional, un 0.8% en familia disfuncional; en el grupo de unión estable 7.8% tiene una familia moderadamente funcional y el 0.2% pertenece a familias severamente disfuncionales; finalmente en el grupo de cuyo pareja de los progenitores fallece se encuentra 0.8% corresponde a una familia moderadamente funcional y 0.4% a una familia disfuncional.

Tabla #10

Prevalencia del trastorno de ansiedad y factores asociados en adolescentes de octavo, noveno y décimo de educación básica en relación a la emigración y valoración ansiedad rasgo en la parroquia el vecino de la ciudad de Cuenca, 2011.

Alguien de tu familia Emigró				
	con ansiedad grave	sin ansiedad grave	RP (IC 95%)	Valor p
papá	13 (2.6%)	59 (11.8%)	0.71(0.40-1.2)	0.13
mamá	4 (0.8%)	7 (1.4%)	0.54(0.16-1.83)	0.25
ambos	12 (2.4%)	15 (3%)	1.96(1.24-2.09)	0.01
ninguno	90 (18%)	300 (60%)	0.96(0.85-1.07)	0.27
total	119 (23.8%)	381 (76.2%)		

Realizado por: las autoras

Fuente: directa.

Interpretación: La relación entre emigración de los padres y el rasgo de ansiedad en adolescentes, observándose un 14.4% indican que su padre salió del país; un 2.2% indican que su madre salió del país; 5.4% indican que sus padres están fuera del país, y un 78% ninguno emigro. Dentro de cada uno de las clasificaciones los miembros de la familia que emigran se halla un porcentaje dividido para el nivel de ansiedad grave: el 2.8% que el padre emigra; dentro del grupo madre emigro el 0.8%; en el grupo cuyos padres emigraron se detalla el 2.4%; finalmente del grupo cuyos padres no emigran el 18%. Se halla un valor estadístico en el cual los padres que emigran $p=0.01$, con razón de prevalencia: 1.96, IC 95% (1.24-2.09); lo que se consideran un factor de asociación al trastorno de ansiedad grave, cuya diferencia es significativo según su valor de p.

5.1. DISCUSIÓN:

En el presente estudio se determinó que existe un alto porcentaje de prevalencia en lo correspondiente a ansiedad leve y moderada con un 12.6% y un 63.6 % correspondientemente las mismas que atribuyen su características de no patológicas a estudios internacionales, que indican que la ansiedad es parte esencial del crecimiento del ser humano ya que esta nos permite tomar decisiones importantes y este presente todo el tiempo, pero cuando ésta se sale de control se torna patológica o denominada ansiedad grave que corresponde a un 23.8% de adolescentes estudiados, lo cual implica un riesgo para la integridad de la persona, según varios estudios llevados a cabo por los investigadores de la Universidad de Winnipeg en Manitoba, Canadá quienes indican que un trastorno de ansiedad pre-existente es un factor de riesgo para la salud física, psíquica del ser humano.

La ansiedad como tal se encuentra relacionada con múltiples factores los cuales se abordan en los siguiente ítems.

De acuerdo a un Meta-análisis llevado a cabo en Chile en el año 2009 se encuentra que existe ansiedad grave en diferentes edades, en Brasil la prevalencia encontrada fue de 5.2% en niños entre los 7 y 14 años, en nuestro estudio 69 (13.8%) de los 119 (23.8%) estudiantes que presentan ansiedad grave son mayores de catorce años, entre el factor edad y enfermedad existe una asociación de valor p de 0.02, con una razón de prevalencia:1.4, IC 95% (1.03 ; 1.94). En México la prevalencia hallada en adolescentes de 12 a 17 años fue de 29.8%, en un estudio realizado por el Centro de Investigaciones Epidemiológicas de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires muestran una frecuencia de Trastornos de Ansiedad detectada del 26.6% en adolescentes de 10 a 21 años. Entonces se determinar que el 13.8% de adolescentes mayores de catorce años de nuestra ciudad presentan ansiedad grave cuyos resultados se encuentran en los limites esperados de acuerdo a los estudios de prevalencia hallada en México y Buenos Aires.

Además en estos estudios se observa que el nivel de ansiedad encontrado en nuestra ciudad (23.6%) está al mismo nivel de la encontrada en países como México (29.8%), Argentina (26.6%) o Colombia (37.8%) con las cuales compartimos algunas características poblacionales que pueden ser la génesis de un trastornos de ansiedad pero no existen estudios que demuestren dicha relación a profundidad.

Los trastornos de ansiedad según un estudio llevado a cabo en Colombia demuestran que la ansiedad grave se manifiesta en un 21.8% de mujeres y el 16 % de hombres de un universo de 7000 personas (32) y en nuestro estudio los trastornos de ansiedad son más frecuentes en las mujeres (15.4%) que en los hombres (8.4%), con una clara asociación entre el género y el trastorno de ansiedad, con un valor estadístico muy significativo, de $p = 0.0002$, con razón de prevalencia de 1.86, IC 95% (1.33-2.59), esto se debe según algunos autores a que el género femenino tiene mayor predisposición genética, además de cambios hormonales durante el ciclo menstrual que las predisponen a sufrir un trastorno de ansiedad. Pero esto no es todo las mujeres a diferencia de los hombres presentan niveles superiores de ansiedad en las situaciones que implican evaluación y asunción de responsabilidad (por ejm. tener que hablar en público, hacer una entrevista o saberse observadas, etc.), en situaciones en que aparece algún estímulo de carácter fóbico (como viajar en avión o barco, miedo a diversos animales, miedo a estar entre multitudes, etc.) y en situaciones de la vida diaria o cotidiana relacionadas con el trabajo o estudio etc. (33)

El medio en el que vivimos influye de manera significativa en nuestro estado de ánimo, estudios demuestran que la vida en zonas urbanas aumenta la probabilidad de contraer trastornos de ansiedad en un 21% en comparación con los habitantes de las zonas rurales según un estudio llevado a cabo por el Time Healthland esto se debe al estilo de vida que se lleva en las grandes ciudades y al modernismo tecnológico al que se encuentran sometidas (34), otro estudio realizado en la provincia de Corriente en Argentina relaciona el trastorno de ansiedad, en adolescentes que viven en un área rural

correspondiendo a un 11%, (35) lo cual puede corresponder a la presencia de factores estresantes en las zonas rurales. En nuestro estudio el 81% de los adolescentes viven en zonas urbanas mientras que un 18% en zonas rurales, pero podemos indicar que existe mayor índice de ansiedad grave en la ciudad (19.2%) versus en el campo (4.6%). Cuyo valor estadístico de $p = 0.38$, con razón de prevalencia de 0.92, IC 95% (0.62-1.36), indicando que no es un factor asociado al trastorno de ansiedad, con un valor poco significativo.

Finalmente en nuestro estudio se halla que el 2.4% de adolescentes presenta ansiedad grave con padres que han emigrado, es decir 12 de los 119 adolescentes que presentan ansiedad grave tienen un factor asociado a los padres que emigran. Observándose que hay un factor de asociación entre el factor migración y el trastorno de ansiedad con valor estadístico significativo, $p = 0.01$, con razón de prevalencia: 1.96, IC 95% (1.24-2.09). De ahí la importancia que tiene el abordaje del tema ya que en nuestro país existe un 0.54 migrantes por cada mil habitantes de los cuales el 82% provienen del Austro ecuatoriano, lo que incrementa el riesgo de padecer un trastorno de ansiedad (16).

De acuerdo al estado civil de los padres es claro que los adolescentes de padres casados presentan un alto porcentaje de ansiedad grave con un 13.4% a esto se relaciona la funcionalidad de dicha familia donde también se puede observar que dicho porcentaje corresponde a familias disfuncionales por lo que se debe tomar en cuenta los factores que ocasionan dicha disfuncionalidad, podríamos considerar que la estructura familiar es un factor ya que el 14.2% de adolescentes que viven con sus padres presentan ansiedad grave. Pese a todo no existen estudios previos con los que se puede corroborar que el estado civil de los padres, la funcionalidad familiar, la estructura familiar influyan en el desarrollo de trastornos de ansiedad y tampoco encontramos significancia estadística ni relación entre sí.

Existen además de los factores mencionados factores que van a influir en el génesis o desarrollo del trastorno de ansiedad como es la práctica regular de actividad física que produce beneficios físicos y psicológicos en sus



practicantes, pero la dificultad para desarrollar estudios experimentales de causa-efecto, hace que los efectos del ejercicio sobre la salud física estén mejor establecidos que sobre el bienestar psicológico (Jiménez et al., 2008). Sin embargo, ello no es obstáculo para desarrollar investigaciones de tipo experimental que nos permitan determinar con mayor rigor cuales son las relaciones de la actividad física y los factores psicológicos de los practicantes (36).

5.2. CONCLUSIONES:

Existe una prevalencia de 13% de adolescentes de octavo noveno y décimo de educación básica, presentan ansiedad leve, un 64% moderada, 23% grave la cual distribuida con un 8% en 8vo, 9% noveno y 10% en decimo de básica.

Una prevalencia de ansiedad grave mayor en mujeres 15.4% que en varones 8.4%, mientras que casi no existe diferencia en relación entre ansiedad moderada 32.8% de hombres y 30.8% en mujeres.

Existe mayor prevalencia de ansiedad en adolescentes hijos de padres casados con familias moderadamente funcionales o disfuncionales, existiendo un índice de ansiedad de 37% de ansiedad moderada, y un 13% de ansiedad grave, en hijos de padres casados, de los cuales un 34% de niños provienen de una familia moderadamente funcional, y un 13% de una disfuncional.

No existe relación estadística en cuanto al lugar de residencia en que viven los adolescentes debido a que un 81% de nuestra muestra reside en zonas urbanas, siendo necesario posteriores estudios para demostrar su relación.

La relación estadística entre ansiedad y emigración no es equitativa ya que de todos los casos estudiados un 78% de ellos no tienen familiares migrantes pero en los el restante existe una relación estadística significativa que demuestra que la emigración influye en el trastorno de ansiedad.

Finalmente dentro de los factores que marcan asociación con el trastorno de ansiedad grave está aquellos adolescentes cuya edad es de 15 años, con una familia integrada por miembros que no son sus padres, además de ser la emigración de sus padres un factor asociado.

5.3. RECOMENDACIONES

Como se demuestra en los resultados de este estudio, se requiere la ayuda del personal médico y psicológico para tratar estos porcentajes altos tanto de ansiedad moderada como de ansiedad grave, el médico debe proporcionar la información adecuada y las opciones para tratar este trastorno, además de una buena explicación que las complicaciones en un futuro se desarrollaran progresivamente evitando un adecuado desempeño en el individuo.

La terapia debe ser dirigida a las ansiedades específicas de la persona y debe ser adaptada a su necesidades, como uno de los datos importantes, se demuestra que uno de los factores asociados a generar este trastorno de ansiedad, son aquellas familias de funcionalidad moderada y cuyo estado civil es la casada, lo que indica que la terapia no solamente sería para los/as adolescentes sino que también dirigida a los pilares fundamentales de la familia que son los padres.

Los centros educativos deberían trabajar conjuntamente con el equipo médico y psicológico, que demuestre una gran experiencia en detectar estos casos, con el fin de evitar que se quede en porcentajes, sino de ir con la tranquilidad de que se colabora para el mejoramiento del bienestar mental en los adolescentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dr. Urrutia E. Ansiedad diagnóstico y tratamiento [online]. publicado en Jun. 2010. Disponible en: <http://www.hospitalameijeiras.sld.cu/hha/mpm/documentos/PSIQUIATRIA/PA/ANSIEDAD.pdf>. Consultado Diciembre 23, 2011.
2. Águila Y. Comunicación en la Vida Cotidiana. Facultad de Psicología - UCLV Cuba [online]. publicado 2005. Disponible en: <http://www.psicologiaonline.com/articulos/2005/comunicacions.html>; Consultado Diciembre 23, 2010
3. López J. et al. DSM IV TR. Masson 2008.
4. Arcas S. et al. Procesos cognitivos en el trastorno de ansiedad generalizada, según el paradigma del procesamiento de la información. Rev electrónica de Psicología (seriada en línea) 2006 Abril;13(1). Disponible en: URL: http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol3num1/art_6.htm; Consultado Diciembre 23, 2010
5. Fernández M. Los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: Particularidades de su presentación clínica. Rev PSIMONART (seriada en línea) Colombia 2009; 2(1): p. 93-100. Disponible en: http://www.clinicamontserrat.com.co/psimonart/volumen2-1/08_Psimonart_03_trastornos_de_ansiedad.pdf; Consultado Enero 12, 2011
6. Araújo U. Construcción del juicio moral infantil y el ambiente escolar cooperativo, Educar [online]. Brasil 2000; (26): p. 152-153. Disponible en <http://www.raco.cat/index.php/educar/article/viewFile/20732/20572>; Consultado Diciembre 03, 2010
7. Cía A. Ansiedad en Grupos Especiales según Edad y Género. La Ansiedad y sus trastornos. En: Manual Diagnóstico y Terapéutico. Editores Roche S.Q. Buenos Aires 2002.p.345



8. Czernik G, Giménez N, Almirón M, Arroza O. Ansiedad Rasgo-Estado en una Escuela de Formación Profesional de la ciudad de Resistencia (Chaco). Departamento de Salud Mental, Medicina Legal y Salud Pública; [online]. Argentina 2006; (resumen): p.1-3. Disponible en: <http://www.unne.edu.ar/Web/cyt/cyt2006/03-Medicas/2006-M-067.pdf>; Consultado Enero 12, 2011
9. Flora de la Barra M. Epidemiología de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes: Estudios de prevalencia. Rev. chil. Neuropsiquiatra. [online]. Chile 2009 Diciembre; 47(4): p.303-331. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272009000400007 Consultado Enero 12, 2011
10. Serfaty E. et al. Trastornos de Ansiedad en Adolescentes. Centro de Investigaciones Epidemiológicas-Academia Nacional de Medicina; [online]. Buenos Aires 2001; Disponible en: www.epidemiologia.anm.edu.ar/.../publicaciones.../Trastornos_Ansiedad_adolescentes_2001.pdf Consultado Enero 12, 2011
11. James A, Soler A, Weatherall R. Terapia cognitivo-conductual para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. Biblioteca Cochrane Plus, (seriada en línea). Oxford 2008(4). Disponible en: <http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/show.php?db=reviews&mfn=2706&id=CD004690&lang=es&dblang=&lib=BCP> Consultado Diciembre 23, 2010
12. Hernández G. et al. Trastornos de ansiedad en pacientes hospitalizados en Medicina Interna. Rev. Med. Chile (seriada en línea). Chile 2005 Agosto; 133(8): p.895-902. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872005000800005&script=sci_arttext; Consultado Diciembre 23, 2010
13. Amorós M, Espada J, Méndez F. Trastorno de Ansiedad por separación en Hijos de padres divorciados. Rev. Psicothema, (seriada en línea). 2008; 20(3):p. 383-388. Disponible en:

<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2684733>; Consultado Mayo 23, 2011

14. Dávila Y. Características de la familia: una visión sistémica. 1ra edición. Cuenca: Ed. Universidad del Azuay; Abril 2005; p. 35-52.
15. UNESCO IBE. Principios generales de la educación. Rev. World Data On Education 6th edition (seriada en línea). Ecuador 2006 julio. Disponible en: http://www.oei.es/pdfs/Ecuador_datos2006.pdf; Consultado Mayo 23, 2011
16. SIISE – SINIÑEZ. Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador –SIISE. [online]. Disponible en <file:///F:/SIISE.htm>; Consultado Mayo 23, 2011
17. Ruiz.A. et al. Validación del inventario de ansiedad rasgo-estado para niños en adolescentes cubanos. Rev Psicología y salud (seriada en línea) Cuba 2003 Jul.-dic.; 13(2): p.203-214. Disponible en: <http://www.psicologiadelasalud.cl/prontus/articulos/site/asocfile/ASOCFILE120050401191827.pdf>; Consultado Mayo 23, 2011
18. Castrillon D, Borrero P. Validación del inventario de ansiedad estado - rasgo (STAIC) en niños escolarizados entre los 8 y 15 años. Act.Colom.Psicol (seriada en línea) Bogotá 2005 Mar.;8(1). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0123-91552005000100005&lng=en&nrm=iso. Consultado Diciembre 03, 2010.
19. Merchán N. Características de la ansiedad en los niños, provocada por el abandono de uno de los padres. (Tesis de graduación), Cuenca- Ecuador. Universidad de Cuenca, escuela de filosofía; 2008 p.21-26
20. Urbano E. Tratamiento ansiedad en los niños; centro de psicología Sabadell Psico área. Barcelona 2006. Disponible en http://www.psicoarea.org/ansiedad_ninos.htm acceso en 12.03.2010 Consultado Diciembre 03, 2010.

21. Serfaty E. et al. Trastornos de ansiedad en adolescentes. Buenos Aires 2005. Disponible en: www.epidemiologia.anm.edu.ar/pdf/publicaciones.pdf
22. Ipser J, Sander C, Dan J Stein. Farmacoterapia para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. Biblioteca Cochrane plus (seriado en línea) Oxford 2009; (3). Disponible en: <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD005170>; Consultado Diciembre 03, 2010
23. Ruiz. A. Trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. [online]. Madrid 2005 Oct. Disponible en: http://www.aepap.org/sites/default/files/ansiedad_0.pdf Consultado marzo 03, 2012
24. NAMI. Trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. [online]. Estados Unidos 2005 Jul. Disponible en: www.nami.org; Consultado Diciembre 03, 2010
25. Almudena. Trastornos de ansiedad infantil; [online]. Madrid 2010 Enero. Disponible en: <http://psicologamadrid.blogspot.com/2010/01/trastornos-de-ansiedad-infantil.html>; Consultado Diciembre 03, 2010
26. Pedreira. A. Psicopatología de la adolescencia. [online]. Londres marzo 24 de 2010. Disponible en: <http://www.mailxmail.com/curso-psicopatologia-adolescencia/ansiedad-adolescencia> Consultado Marzo 22, 2010.
27. Cascardo E, Resnik P. Trastorno de ansiedad generalizada, [online]. Argentina, 2005. Disponible en: www.centroima.com.ar. Consultado Diciembre 03, 2010
28. Pacheco B. et al. Trastorno de ansiedad por separación. Rev. Chil. Pediatr. [online]. Chile 2009 Abril; 80(2). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062009000200002&script=sci_arttext; Consultado Diciembre 03, 2010



- 29.** ADAA (Asociación de Trastornos de Ansiedad de América), [online]. Asociación de América 2010. Disponible en <http://www.adaa.org/living-with-anxiety/children> Consultado Diciembre 03, 2010
- 30.** Blix J. La Terapia de Juego en el Tratamiento del Niño con Estrés Postraumático. España, 2007. Disponible en: <http://www.terapiadejuego.es/webs/LA%20TERAPIA%20DE%20JUEGO%20EN%20EL%20TRATAMIENTO%20DEL%20ESTR%C9S%20POSTRAUM%C1TICO.pdf>; Consultado Diciembre 03, 2010
- 31.** Reinblatt S. et al. The pharmacological management of childhood anxiety disorders: a review Psychopharmacology (Berl). Rev Epub [online]. 2007 Enero. p.67-86. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17205317>; Consultado Diciembre 03, 2010
- 32.** Posada.j.et al. 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 Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca. Colombia 27-09-06. Disponible en: <http://hmontoyap@yahoo.com>
- 33.** Arena C. et. al. Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. Valencia, 2009. Escritos de Psicología, Vol. 3, nº 1, pp. 20-29. Consultado el 05/06/2012. Disponible en: http://www.escritosdepsicologia.es/descargas/revistas/vol3_1/escritospsicologia_v3_1_3mcarenas.pdf.
- 34.** Lotero J. Et. Al. Epidemiología de los trastornos de ansiedad y Depresión en adolescentes de una población rural. Corrientes, Argentina, Agosto 2008, Revista de Posgrado de I 4 a VIa Cátedra de Medicina. N° 184. consultado el 05/06/2012 disponible en: http://congreso.med.unne.edu.ar/revista/revista184/2_184.pdf



- 35.** Park.A. Stressed in the City: How Urban Life May Change Your Brain. Time healthland. EEUU. 22-06-2011. Disponible en: <http://healthland.time.com/2011/06/22/stressed-in-the-city-how-urban-life-may-change-your-brain/>
- 36.** Candel N. et. al. Relaciones entre la práctica de actividad física y el Autoconcepto, la ansiedad y la depresión en chicas adolescentes. Murcia, España, 2008. Cuadernos de psicología del deporte, vol. 8, núm. 1, pp. 61-77 consultado el 05/06/2012 disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/2270/227017555004.pdf>



6. ANEXOS

6.1 Anexo 1:



UNIVERSIDAD ESTATAL DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

CUENCA, Día.....Mes.... Año....

Sr. /a.....

Rector/a del colegio.....

Ciudad.

De nuestras consideraciones:

Nosotras, Jessenia Caicedo R., Patricia Carchi P., María Augusta Chuquimarca G. estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cuenca estamos por llevar a cabo una **“PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD Y FACTORES ASOCIADOS EN ADOLESCENTES DE OCTAVO, NOVENO Y DÉCIMO DE EDUCACIÓN BÁSICA EN LA PARROQUIA EL VECINO DE LA CIUDAD DE CUENCA, 2011”** para lo cual solicitamos se sirva autorizarnos realizar el mismo. Es necesario la participación de los estudiantes de octavo, noveno y décimo de educación básica, a quienes se les entregará un formulario que nos permitirá identificar a los/las adolescentes con trastorno de ansiedad.

La información obtenida de la investigación estará disponible en la biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cuenca

Seguro de que nuestra petición será favorablemente atendida, anticipamos nuestro agradecimiento por la molestia brindada.

Atentamente,

Jessenia Caicedo R. Patricia Carchi P. Ma. Augusta Chuquimarca G.

6.2 ANEXO 2



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

**Asentimiento Informado para Participantes de la Investigación
“PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD Y FACTORES
ASOCIADOS EN ADOLESCENTES DE OCTAVO, NOVENO Y DÉCIMO DE
EDUCACIÓN BÁSICA EN LA PARROQUIA EL VECINO DE LA CIUDAD DE
CUENCA, 2011”**

La presente investigación tiene como director al Dr. Saúl Pacurucu Castillo y es realizada por Verónica Jessenia Caicedo Romero, Sandra Patricia Carchi Pugo, María Augusta Chuquimarca Guartambel, estudiantes de quinto año de la Escuela de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca.

El objetivo de la presente investigación es determinar el trastorno de ansiedad en los/las adolescentes de octavo, noveno y décimo de educación básica de la parroquia El Vecino de la ciudad de Cuenca e identificar las posibles causas. La misma que servirá como trabajo de tesis previo a la obtención del título de Médico de la Universidad de Cuenca.

Posterior a la aprobación de su representante para que participe en este estudio, se le invita a participar en esta investigación, la cual consiste en responder preguntas en las que constan datos socio-demográficos, preguntas sobre el estado de ánimo y la funcionalidad de su familia. Esto le tomará aproximadamente 20 minutos en total.

La participación de este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recogerá será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Según los resultados de los test se procederán a recolectar y analizar la información, la misma que en caso de encontrar un trastorno de ansiedad se le comunicará a su representante legal mediante una reunión.



Durante la aplicación de los test puede hacer preguntas.

Entiendo que la investigación consiste en realizarme unas preguntas sobre mis datos personales y mis actitudes frente a algunas situaciones y sobre mi familia. Para que así se pueda colaborar con esta investigación

“Sé que puedo elegir participar en la investigación o no hacerlo. He leído esta información y la entiendo. Me han respondido las preguntas y sé que puedo hacer preguntas más tarde si las tengo. Acepto participar en la investigación”.

Nombre del/la adolescente: _____

Firma del/la adolescente: _____

Fecha: _____

Día/mes/año

Verónica Jessenia Caicedo Romero

Sandra Patricia Carchi Pugo

María Augusta Chuquimarca Guartambel

6.3 ANEXO 3



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

Consentimiento Informado para los Representantes de los Participantes de la Investigación

“PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD Y FACTORES ASOCIADOS EN ADOLESCENTES DE OCTAVO, NOVENO Y DÉCIMO DE EDUCACIÓN BÁSICA EN LA PARROQUIA EL VECINO DE LA CIUDAD DE CUENCA, 2011”

La presente investigación tiene como director al Dr. Saúl Pacurucu Castillo y es realizada por Verónica Jessenia Caicedo Romero, Sandra Patricia Carchi Pugo, María Augusta Chuquimarca Guartambel, estudiantes de quinto año de la Escuela de Medicina de la Facultad de Ciencias Medicas de la Universidad de Cuenca. El objetivo de la presente investigación es determinar el trastorno de ansiedad en los/las adolescentes de octavo, noveno y décimo de educación básica de la parroquia El Vecino de la ciudad de Cuenca e identificar las posibles causas. La misma que servirá como trabajo de tesis previo a la obtención del título de Médico de la Universidad de Cuenca.

Si usted accede que su representado/a participe en este estudio, se le pedirá a su representado/a responder preguntas de datos socio-demográficos, sobre el estado de ánimo y la funcionalidad de su familia. Esto tomará aproximadamente 20 minutos en total. La participación de este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recogerá será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Según los resultados de los test se procederán a recolectar y analizar la información, la misma que en caso de encontrar un trastorno de ansiedad se le comunicará personalmente a usted.



Yo _____ con C.C.: _____ acepto que mi
representado/a participe en esta investigación.

Reconozco que la información que mi representado/a provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el estudio en cualquier momento y que puedo decidir en que mi representado/a pueda o no contestar, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Me han indicado también que mi representado/a tendrá que responder cuestionarios y preguntas en una encuesta, lo cual tomará aproximadamente 20 minutos.

FIRMA: _____



6.4 ANEXO 4



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

**“PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD Y FACTORES
ASOCIADOS EN ADOLESCENTES DE OCTAVO, NOVENO Y DÉCIMO DE
EDUCACIÓN BÁSICA EN LA PARROQUIA EL VECINO DE LA CIUDAD DE
CUENCA, 2011”**

Formulario:

Llena los espacios con la información que se solicita.

1. Nombre y Apellido: _____

2. Nombre del colegio: _____

3. ¿En qué año de básica estás?:

3.1. octavo

3.2. noveno

3.3. décimo

4. Sexo:

4.1. masculino

4.2. Femenino

5. Años cumplidos:

6. Domicilio

6.1. Dentro de la ciudad (urbana)

6.2. Fuera de la ciudad (rural)

**7. Estado civil de tus padres:**

- 7.1. Solteros
- 7.2. Casados
- 7.3. Divorciados
- 7.4. Unión estable

8. ¿Con quién vives?

- 8.1. Papá y Mamá
- 8.2. solo con tu papá
- 8.3. solo con tu mamá
- 8.4. Con otros

9. ¿Alguien de tu familia salió del país?

- 9.1. Papá
- 9.2. Mamá
- 9.3. Ambos
- 9.4. Ninguno

10. ¿Tienes un trabajo remunerado? Si No

Fecha de aplicación: _____

Responsables: _____

GRACIAS POR TU COLABORACIÓN

6.5 ANEXO 5



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

**“PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD Y FACTORES
ASOCIADOS EN ADOLESCENTES DE OCTAVO, NOVENO Y DÉCIMO DE
EDUCACIÓN BÁSICA EN LA PARROQUIA EL VECINO DE LA CIUDAD DE
CUENCA, 2011”**

Inventario de Autoevaluación IDAREN

Instrucciones: Primera Parte: Encontrarás una frase usada para decir algo de ti mismo. Lee cada frase y señala la respuesta que diga CÓMO TE SIENTES AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No te detengas demasiado en cada frase y contesta señalando la respuesta que diga mejor cómo te encuentras AHORA.

	Nada	Algo	Mucho
1. Me siento calmado			
2. Me encuentro inquieto			
3. Me siento nervioso			
4. Me encuentro descansado			
5. Tengo miedo			
6. Estoy relajado			
7. Estoy preocupado			
8. Me encuentro satisfecho			
9. Me siento feliz			
10. Me siento seguro			
11. Me encuentro bien			
12. Me siento molesto			
13. Me siento agradablemente			
14. Me encuentro atemorizado			
15. Me encuentro confuso			
16. Me siento animoso			
17. Me siento angustiado			
18. Me encuentro alegre			
19. Me encuentro contrariado			
20. Me siento triste			



Vuelve la hoja y atiende al examinador para hacer la segunda parte.

Segunda Parte: Aquí encontrarás más frases para decir algo de ti mismo. Lee cada frase y señala la respuesta que diga **CÓMO TE SIENTES EN GENERAL**, no sólo en este momento. No hay repuestas malas ni buenas. No te detengas demasiado en cada frase y contesta señalando la respuesta que diga mejor como te encuentras **GENERALMENTE**.

	Nunca	Algo	mucho
1. Me preocupa cometer errores			
2. Siento ganas de llorar			
3. Me siento desgraciado			
4. Me cuesta tomar una decisión			
5. Me cuesta enfrentarme a mis problemas			
6. Me preocupo demasiado			
7. Me encuentro molesto			
8. Pensamientos sin importancia me vienen a la cabeza y me molestan			
9. Me preocupan las cosas de la escuela			
10. Me cuesta decidir en lo que tengo que hacer			
11. Noto que mi corazón late más rápido			
12. Aunque no lo digo, tengo miedo			
13. Me preocupo por las cosas que puedan ocurrir			
14. Me cuesta quedarme dormido por las noches			
15. Tengo sensaciones extrañas en el estómago			
16. Me preocupa lo que otros piensen de mí			
17. Me influyen tanto los problemas que no puedo olvidarlos durante un tiempo			
18. Tomo las cosas demasiado en serio			
19. Encuentro muchas dificultades en mi vida			
20. Me siento menos feliz que los demás chicos			

Responsables: _____

Fecha de aplicación: _____

6.6 ANEXO 6

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

**“PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD Y FACTORES
ASOCIADOS EN ADOLESCENTES DE OCTAVO, NOVENO Y DÉCIMO DE
EDUCACIÓN BÁSICA EN LA PARROQUIA EL VECINO DE LA CIUDAD DE
CUENCA, 2011”**

Test de funcionamiento familiar FF-SIL:

Señala con una (X) de acuerdo a la frecuencia que ocurre cada una de las siguientes situaciones en tu hogar.

	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
En mi casa predomina la armonía.					
En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades.					
Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes.					
Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan.					
Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.					
Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
Podemos conversar diversos temas sin temor.					
Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					