



FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

FACTORES RELACIONADOS A ANSIEDAD EN PACIENTES ADULTOS
ATENDIDOS EN UN CENTRO DE SALUD DE LIMA-PERÚ, 2024

Línea de investigación:

Salud mental

Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Autor

Tupa Soto, Diego Andre

Asesor

Huarag Reyes, Raúl Abel

ORCID: 0000-0001-5062-5680

Jurado

Alvizuri Escobedo, Jose Maria

Sandoval Diaz, Wilder Adolfo

Patiño Soto, Gladys Leandra

Lima - Perú

2025



FACTORES RELACIONADOS A ANSIEDAD EN PACIENTES ADULTOS ATENDIDOS EN UN CENTRO DE SALUD DE LIMA-PERÚ, 2024

INFORME DE ORIGINALIDAD

23%

INDICE DE SIMILITUD

22%

FUENTES DE INTERNET

5%

PUBLICACIONES

6%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	12%
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	2%
3	Submitted to Universidad Nacional Federico Villarreal Trabajo del estudiante	1%
4	pesquisa.bvsalud.org Fuente de Internet	1%
5	Submitted to CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA Trabajo del estudiante	1%
6	repositorio.upao.edu.pe Fuente de Internet	<1%
7	repositorio.upsjb.edu.pe Fuente de Internet	<1%
8	www.coursehero.com	



FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

FACTORES RELACIONADOS A ANSIEDAD EN PACIENTES ADULTOS ATENDIDOS

EN UN CENTRO DE SALUD DE LIMA-PERÚ, 2024

Línea de investigación:

Salud mental

Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Autor:

Tupa Soto, Diego Andre

Asesor:

Huarag Reyes, Raúl Abel

ORCID: 0000-0001-5062-5680

Jurado:

Alvizuri Escobedo, Jose Maria

Sandoval Diaz, Wilder Adolfo

Patiño Soto, Gladys Leandra

Lima – Perú

2025

ÍNDICE

Resumen	6
Abstract	7
I. INTRODUCCIÓN.....	8
1.1. Descripción y formulación del problema.....	8
1.1.1. Descripción del problema	8
1.1.2. Formulación del problema	11
1.2. Antecedentes.....	11
1.2.1. Internacionales	11
1.2.2. Nacionales.....	12
1.3. Objetivos.....	13
1.3.1. Objetivo General	13
1.3.2. Objetivos Específicos.....	13
1.4. Justificación.....	13
1.5. Hipótesis	14
II. MARCO TEÓRICO.....	16
2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación.....	16
III. MÉTODO	20
3.1. Tipo de investigación	20
3.2. Ámbito temporal y espacial	20
3.3. Variables.....	20
3.4. Población y muestra	20
3.5. Instrumentos	22
3.6. Procedimientos.....	23
3.7. Análisis de datos.....	23

3.8. Consideraciones éticas	23
IV. RESULTADOS.....	25
V. DISCUSION DE RESULTADOS	39
VI. CONCLUSIONES.....	43
VII. RECOMENDACIONES	44
VIII. REFERENCIAS	45
IX. ANEXOS	49
ANEXO A: MATRIZ DE CONSISTENCIA	49
ANEXO B: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	50
ANEXO C: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	52

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución del nivel de ansiedad según la edad	25
Tabla 2. Estimación de riesgo de Ansiedad en el grupo de mayores de 45 años.....	26
Tabla 3. Distribución del nivel de ansiedad según el sexo	27
Tabla 4. Estimación de riesgo de Ansiedad en el grupo de sexo femenino	28
Tabla 5. Distribución del nivel de ansiedad según la ocupación	28
Tabla 6. Distribución del nivel de ansiedad según el nivel educativo	29
Tabla 7. Distribución del nivel de ansiedad según el antecedente familiar de ansiedad	31
Tabla 8. Distribución del nivel de ansiedad según la presencia de diabetes mellitus tipo 2...	32
Tabla 9. Distribución del nivel de ansiedad según la presencia de hipertensión arterial.....	33
Tabla 10. Distribución del nivel de ansiedad según la actividad física	34
Tabla 11. Distribución del nivel de ansiedad según el tabaquismo	35
Tabla 12. Distribución del nivel de ansiedad según el consumo de alcohol.....	37

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Distribución del nivel de ansiedad según la edad.....	26
Figura 2. Distribución del nivel de ansiedad según el sexo.....	27
Figura 3. Distribución del nivel de ansiedad según la ocupación.....	29
Figura 4. Distribución del nivel de ansiedad según el nivel educativo.....	30
Figura 5. Distribución del nivel de ansiedad según el antecedente familiar.....	31
Figura 6. Distribución del nivel de ansiedad según la presencia de diabetes mellitus tipo 2.	33
Figura 7. Distribución del nivel de ansiedad según la presencia de hipertensión arterial	34
Figura 8. Distribución del nivel de ansiedad según la actividad física.....	35
Figura 9. Distribución del nivel de ansiedad según el tabaquismo.....	36
Figura 10. Distribución del nivel de ansiedad según el consumo de alcohol	37

Resumen

Objetivo: Determinar los factores relacionados con la ansiedad en pacientes adultos atendidos en un centro de salud de Lima-Perú, 2024. **Método:** Estudio cuantitativo, analítico, de casos y controles y transversal. La muestra incluyó 142 pacientes (71 casos y 71 controles), seleccionados por conveniencia. Se empleó un cuestionario compuesto por preguntas y la Escala de Ansiedad de Lima (EAL-20) para recopilar datos sociodemográficos, patológicos y de estilo de vida. Los análisis se realizaron con SPSS v.26®. **Resultados:** Se encontró asociación significativa entre la edad y la ansiedad ($p=0.000$); los mayores de 45 años tienen 81.1% menos riesgo de ansiedad (OR: 0.189, IC 95%: 0.092–0.386). También se halló asociación con el sexo ($p=0.000$); las mujeres tienen 5.602 veces más riesgo de ansiedad que los hombres (OR: 5.602, IC 95%: 2.687–11.677).. Factores como el nivel educativo, antecedentes familiares de ansiedad, diabetes tipo 2, hipertensión, tabaquismo, consumo de alcohol y actividad física no mostraron asociación significativa. **Conclusiones:** La ansiedad se relacionó principalmente con factores sociodemográficos como la edad y el sexo, mientras que los factores patológicos y de estilo de vida no mostraron relevancia estadística.

Palabras clave: salud mental, factores de riesgo, bienestar psicológico.

Abstract

Objective: To determine the factors related to anxiety in adult patients attending a health center in Lima, Peru, in 2024. **Method:** A quantitative, analytical, case-control, and cross-sectional study. The sample included 142 patients (71 cases and 71 controls), selected by convenience sampling. A questionnaire consisting of structured questions and the Lima Anxiety Scale (EAL-20) was used to collect sociodemographic, pathological, and lifestyle data. Data analysis was performed using SPSS v.26®. **Results:** A significant association was found between age and anxiety ($p=0.000$); individuals over 45 years old had an 81.1% lower risk of anxiety (OR: 0.189, 95% CI: 0.092–0.386). A significant association was also found with sex ($p=0.000$); women had a 5.602 times higher risk of anxiety compared to men (OR: 5.602, 95% CI: 2.687–11.677). Factors such as educational level, family history of anxiety, type 2 diabetes, hypertension, smoking, alcohol consumption, and physical activity showed no significant association. **Conclusions:** Anxiety was mainly related to sociodemographic factors such as age and sex, while pathological and lifestyle factors showed no statistical relevance.

Keywords: mental health, Risk factors, Psychological well-being

I. INTRODUCCIÓN

La ansiedad es un problema de salud mental frecuente en la población adulta, que puede afectar su bienestar y calidad de vida. Diversos factores, tanto sociodemográficos como clínicos y conductuales, pueden estar relacionados con su aparición. Identificar estos factores permitirá fortalecer estrategias de detección y manejo oportuno en pacientes atendidos en centros de salud.

1.1. Descripción y formulación del problema

1.1.1. Descripción del problema

Los trastornos mentales representan, en la actualidad, uno de los principales desafíos para la salud pública a nivel mundial, dado su creciente prevalencia y las graves implicancias que conllevan tanto a nivel individual como colectivo. Desde una perspectiva clínica, estos trastornos no solo afectan el bienestar psicosocial de las personas, sino que también constituyen una fuente considerable de carga económica y sanitaria para los sistemas de salud. En este sentido, los trastornos mentales se asocian a un notable impacto negativo en la calidad de vida de los individuos afectados, pudiendo generar grados variados de discapacidad que interfieren en su capacidad para llevar a cabo actividades cotidianas, laborales y sociales (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020).

El impacto de estas condiciones es multifactorial. A nivel individual, los pacientes con trastornos mentales pueden experimentar dificultades en su funcionalidad personal, emocional y cognitiva, lo que afecta directamente su autonomía y bienestar general (Murray y López, 2017).

A nivel social, se observa una repercusión significativa en los entornos familiares, laborales y comunitarios, lo que agrava la marginalización y el estigma asociados a estos trastornos (Patel et al., 2018). Además, el impacto económico que generan es considerable, ya que los costos asociados al tratamiento, la pérdida de productividad y los cuidados prolongados

representan un desafío para los recursos financieros tanto de los individuos como de las instituciones (Kessler et al., 2019).

Según reportes de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), cinco de las diez causas por discapacidad se asocian a trastornos psiquiátricos. Asimismo, se describen como trastornos mentales más comunes el trastorno de ansiedad, del estado de ánimo y somatizaciones, los cuales también, tienden a presentarse hasta en un 50% en la práctica clínica del primer nivel de atención, siendo el más frecuente el trastorno de ansiedad.

La ansiedad es una emoción natural del ser humano, presente desde tiempos ancestrales como un mecanismo de defensa ante amenazas potenciales. Esta reacción permite al cuerpo prepararse para enfrentar o evitar situaciones peligrosas al activar el sistema nervioso autónomo (Barlow, 2018). Sin embargo, cuando esta respuesta es desproporcionada o surge ante situaciones que no representan un peligro real, se convierte en un trastorno de ansiedad (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2022).

Los trastornos de ansiedad se caracterizan por un miedo o preocupación persistente e irracional que afecta las actividades diarias del individuo. A diferencia de la ansiedad normal, que es temporal y adecuada a la situación, los trastornos de ansiedad generan un estado crónico de malestar (Craske et al., 2017).

El desarrollo de los trastornos de ansiedad se debe a múltiples factores, incluyendo aspectos genéticos, biológicos, psicológicos y ambientales. Investigaciones recientes han identificado cambios en los circuitos cerebrales que regulan el miedo y el estrés, particularmente en estructuras como la amígdala y la corteza prefrontal (Shin y Liberzon, 2019). También se ha demostrado que experiencias traumáticas o estresantes, junto con una predisposición genética, aumentan el riesgo de padecer estos trastornos (Hofmann et al., 2019).

Antes de la pandemia de COVID-19, se estimaba que alrededor del 4% de la población mundial padecía de trastornos de ansiedad de manera anual. Sin embargo, durante la pandemia,

se registró un incremento del 25% en la prevalencia de estos trastornos, lo cual se atribuye a diversos factores como el confinamiento, la incertidumbre sobre el futuro, el miedo al contagio y los problemas económicos.

A nivel global, la OMS estima que alrededor de 260 millones de personas en el mundo presentan este trastorno, siendo una de las principales causas de discapacidad global. Estos factores contribuyeron de manera significativa al aumento de la carga psicológica a nivel mundial (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022).

A nivel latinoamericano, la frecuencia de los trastornos de ansiedad varía considerablemente, oscilando entre el 3.8% y el 30%, dependiendo de la región y el método utilizado en los estudios. Sin embargo, es importante considerar un posible sesgo en estos datos, debido a la limitada cantidad de estudios disponibles, especialmente en países de bajo desarrollo, donde la realización de investigaciones sobre este tema es menos común (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2021).

En nuestro país, durante el año 2022, se identificó que la ansiedad fue el trastorno mental más prevalente, afectando al 29% de la población, seguida de la depresión, que alcanzó un 18%. Se observó que la población adulta fue la más impactada, con un 36% de prevalencia, mientras que los jóvenes registraron un 22%. Entre las repercusiones más graves en estos pacientes se destacan los pensamientos e intentos de suicidio, así como la discapacidad resultante, que puede llegar a ser incapacitante en su totalidad (Ministerio de Salud [MINSU], 2023).

Por lo expuesto, es fundamental desarrollar una investigación centrada en la población adulta, con el fin de identificar los factores relacionados a los síntomas de ansiedad. Esto permitirá generar estrategias efectivas para su detección temprana y reducir su impacto psicosocial. Al conocer estos determinantes, se podrán implementar intervenciones que favorezcan un diagnóstico oportuno y se promuevan acciones preventivas en salud mental, lo

cual contribuirá a mejorar la calidad de vida de los afectados y a disminuir las repercusiones sociales y económicas del trastorno.

1.1.2. Formulación del problema

¿Cuáles son los factores relacionados a ansiedad en pacientes adultos atendidos en un Centro de Salud de Lima-Perú, 2024?

1.2. Antecedentes

1.2.1. Internacionales

Zhang et al. (2024), en China, realizaron un estudio observacional de corte transversal. El estudio se llevó con 340 pacientes, de los cuales el 39.12% presentó ansiedad. Se encontró que factores como el estado civil, religión, consumo de tabaco y alcohol, ingresos familiares, tipo patológico raro y el nivel de dolor presentaron diferencias significativas entre los grupos de pacientes ansiosos y no ansiosos. En el análisis de regresión logística, se identificaron como factores protectores los ingresos familiares altos y haber completado el tratamiento ($p < 0.05$). Este estudio sugiere la necesidad de prestar mayor atención al manejo del dolor y mejorar la resiliencia mental en estos pacientes para reducir la ansiedad.

Trujillo et al. (2021), en un estudio correlacional de corte transversal realizado en México, analizaron a un total de 501 participantes mediante una encuesta en línea durante octubre de 2020. Los hallazgos revelaron que ser mujer ($OR = 2.37$) y encontrarse en situación de desempleo ($OR = 2.62$) se asociaron significativamente con una mayor predisposición a padecer ansiedad severa. Este estudio destaca la vulnerabilidad diferencial según el género y la situación laboral, subrayando la importancia de estos factores en el desarrollo de problemas de índole emocional.

Chen et al. (2020) en China, realizaron un estudio transversal el cual incluyó a 4,827 participantes de 31 provincias. Los resultados mostraron que la prevalencia de trastorno de ansiedad generalizado (GAD) fue del 22.6%, con la mayor prevalencia en Hubei (35.4%).

Factores como la preocupación por la salud propia o de familiares se asociaron con una mayor probabilidad de GAD (OR = 3.40). Otros factores de riesgo incluyeron la preocupación por la obtención de información clara (OR = 1.65) y la preocupación por el pronóstico del COVID-19 (OR = 2.41). Por otro lado, niveles altos de resiliencia se asociaron con una menor probabilidad de desarrollar GAD (OR = 0.59).

1.2.2. Nacionales

Diez Canseco (2023), en un estudio observacional y retrospectivo con 144 participantes (72 casos y 72 controles), encontró que la edad (34 % entre 30-59 años) fue significativa, mientras que el sexo femenino (36,8 %) y el estado civil "soltero" (36,1 %) no lo fueron. El nivel educativo superior (OR=3.333) y antecedentes de violencia ($p=0.045$; OR=2.283) mostraron asociación significativa, al igual que los antecedentes familiares psiquiátricos, que incrementaron el riesgo 3.520 veces. Aunque las comorbilidades psiquiátricas no resultaron relevantes, la depresión y el trastorno de pánico fueron las más reportadas. Entre los factores modificables, un peso normal (OR=0.344) y el sobrepeso/obesidad (OR=2.749) fueron estadísticamente significativos, mientras que el consumo de sustancias (11,1 %) no mostró relevancia.

Serrano (2023), en un estudio observacional y analítico con 160 participantes (80 casos y 80 controles) utilizando las encuestas PHQ9 y EAL-20, encontró asociaciones significativas con ansiedad y depresión. La ocupación (OR=2,3 y 2,6) y el estado civil (OR=3,06 y 2,74) destacaron entre los factores socio-demográficos. En lo clínico, la obesidad (OR=2,9 y 4,3), DM2 (OR=5,6 y 7,3), hipertensión no controlada (OR=2,9 y 5,1), consumo de alcohol (OR=3,8 y 6), tabaco (OR=3,08 y 5,51) y polifarmacia (OR=5,3 y 9,8) se relacionaron con ambos trastornos.

Cotaquispe (2021), en un estudio analítico con 94 adolescentes de 12 a 17 años utilizando la Escala de Ansiedad Estado-Rasgo, identificó que la ansiedad estado afectó al 33.0

% y la ansiedad rasgo al 22.3 %. Los factores asociados con mayor riesgo de ansiedad estado fueron la adolescencia tardía ($p=0.023$; $RP=1.37$), el sexo femenino ($p=0.021$; $RP=1.39$) y un bajo nivel educativo materno ($p=0.039$; $RP=1.41$).

Barzola (2021), en un estudio descriptivo, transversal y prospectivo con 136 participantes, utilizó las escalas de Zung para tamizaje de ansiedad y depresión. Se reportó que el 72,1 % eran mujeres y el 27,9 % hombres, siendo el rango de edad predominante de 18 a 40 años. Las prevalencias de depresión y ansiedad fueron del 86,0 % y 71,3 %, respectivamente, con mayor incidencia en mujeres y en el grupo etario mencionado. El nivel leve fue el más frecuente tanto para la ansiedad como para la depresión.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

- Determinar los factores relacionados a ansiedad en pacientes adultos atendidos en un Centro de Salud de Lima-Perú, 2024

1.3.2. Objetivos Específicos

- Identificar los factores sociodemográficos relacionados a ansiedad en pacientes adultos atendidos en un Centro de Salud de Lima-Perú, 2024

- Identificar los factores patológicos relacionados a ansiedad en pacientes adultos atendidos en un Centro de Salud de Lima-Perú, 2024

- Identificar los factores de estilos de vida relacionados a ansiedad en pacientes adultos atendidos en un Centro de Salud de Lima-Perú, 2024

1.4. Justificación

La ansiedad forma parte natural de la vida y suele manifestarse ante desafíos cotidianos como problemas económicos, familiares o de salud, siendo generalmente manejable. No obstante, quienes padecen trastorno de ansiedad generalizada (TAG) experimentan niveles

excesivos de estrés, incluso sin motivos claros, y de manera prolongada, lo que afecta significativamente su calidad de vida (Diez Canseco, 2023).

Este trastorno, altamente prevalente en atención primaria, conlleva una marcada comorbilidad, discapacidad y un notable impacto negativo en la calidad de vida (Diez Canseco, 2023).

La OMS ha reconocido el impacto significativo que los determinantes sociales ejercen sobre la salud mental, lo que motivó la creación de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud en 2005, con el objetivo de promover un enfoque biopsicosocial para abordar estos retos. Sin embargo, este esfuerzo ha resultado insuficiente, ya que cerca de un tercio de los países carece de políticas nacionales de salud mental, y persisten notorias desigualdades en el financiamiento entre naciones de ingresos altos y bajos (Serrano, 2023).

Los resultados serán de utilidad para el primer nivel de atención, ya que el personal de salud de estos centros tomará en cuenta los factores que se encontraran en el estudio con el fin de poder brindarles una atención correcta e integral, un diagnóstico oportuno e iniciar con el tratamiento médico y psicológico para ser continuado por el manejo del especialista

1.5. Hipótesis

1.5.1. Hipótesis General

- H1: Los factores planteados en el estudio están relacionados a la ansiedad en pacientes adultos atendidos en un Centro de Salud de Lima-Perú, 2024.
- H0: Los factores planteados en el estudio no están relacionados a la ansiedad en pacientes adultos atendidos en un Centro de Salud de Lima-Perú, 2024.

1.5.2. Hipótesis Específicas

- Existen factores sociodemográficos relacionados a ansiedad en pacientes adultos atendidos en un Centro de Salud de Lima-Perú, 2024

- Existen factores patológicos relacionados a ansiedad en pacientes adultos atendidos en un Centro de Salud de Lima-Perú, 2024

- Existen factores de estilos de vida relacionados a ansiedad en pacientes adultos atendidos en un Centro de Salud de Lima-Perú, 2024

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación

2.1.1. *Ansiedad*

La ansiedad es definida por la Organización Mundial de la Salud (2021) como "la anticipación de una amenaza futura acompañada por la sensación de tensión y preocupación". Este estado puede provocar síntomas físicos y mentales, como inquietud, nerviosismo y dificultad para concentrarse, y cuando es persistente, puede interferir significativamente en la vida cotidiana. De manera similar, se describe el trastorno de ansiedad generalizada como una preocupación excesiva que es difícil de controlar, afectando el funcionamiento diario de la persona (APA, 2022).

La ansiedad, ampliamente investigada en el ámbito de la salud mental, destaca por su carácter polivalente y ambigüedad conceptual. Desde una perspectiva etimológica, el término se origina del latín *anxietas*, derivado de la raíz indoeuropea *angh*, de la cual también provienen las palabras "ango" y "angustia" (Sarudiansky, 2013).

2.1.1.1. Epidemiología. El trastorno de ansiedad generalizada es uno de los trastornos mentales más prevalentes a nivel mundial, presente en todas las edades. Es más común en países desarrollados como Estados Unidos y Europa, donde su diagnóstico supera al de los trastornos del ánimo en adultos y es el más frecuente en personas mayores. En 2019, la prevalencia global fue del 1,8 %, aumentando al 3,7 % a lo largo de la vida, aunque en naciones desarrolladas puede alcanzar el 5 %. Además, afecta a mujeres casi el doble que a hombres, en una proporción de 1.9 a 1 (Serrano,2023).

2.1.1.2. **Clínica.** Síntomas típicos (Bados, 2005)

- Problemas de concentración: Dificultad para enfocarse o despejar la mente.
- Irritabilidad: Tendencia a irritarse con facilidad debido a la tensión constante.
- Tensión muscular: Molestias frecuentes en la zona cervical y espalda.

- Alteraciones del sueño: Problemas para conciliar o mantener el sueño, lo que impide un descanso reparador.

- Inquietud motora: Dificultad para permanecer inmóvil o tranquilo.

- Fatigabilidad: Agotamiento físico y emocional causado por preocupaciones constantes, percibidas como amenazas futuras, que drenan su energía.

2.1.1.3. Diagnóstico. El diagnóstico es clínico y sigue los criterios del DSM-5. Se define por una ansiedad excesiva y preocupación persistente sobre diversas actividades o eventos, difícil de controlar, y presente la mayor parte del tiempo durante más de 6 meses. Además, debe acompañarse de al menos tres síntomas como nerviosismo, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular o trastornos del sueño, entre otros (Serrano, 2023).

2.1.1.4. Clasificación. De acuerdo con Alcántara et al. (2020), y según el DMS-V, el trastorno ansioso se clasifica de la siguiente manera:

A. Ansiedad por separación: Suele presentarse en niños entre los 9 meses y los 2 años y medio como parte del desarrollo normal. Se manifiesta como miedo ante la ausencia de figuras de apego, siendo una respuesta adaptativa, pero puede transformarse en ansiedad cuando la amenaza es difusa.

B. Mutismo selectivo: Incapacidad persistente para hablar en ciertos contextos sociales, como en la escuela, a pesar de poder comunicarse en otros entornos. Este comportamiento debe durar al menos un mes y no estar limitado al inicio del ciclo escolar.

C. Fobia específica: Miedo intenso a un objeto o situación en particular, como alturas, volar, ciertos animales o procedimientos médicos.

D. Ansiedad social (fobia social): Se caracteriza por un miedo abrumador en situaciones sociales donde la persona teme ser juzgada o evaluada, como hablar en público, interactuar con desconocidos o realizar actividades frente a otros.

E. Trastorno de pánico: Episodios repentinos de miedo extremo que alcanzan su pico en minutos, acompañados de síntomas físicos y emocionales. Estos ataques son impredecibles y recurrentes, generando cambios en la conducta del día a día.

F. Agorafobia: Temor excesivo a situaciones como viajar en transporte público, estar en espacios abiertos o lugares concurridos, lo que lleva a evitarlas frecuentemente. Puede ocurrir sola o en conjunto con trastorno de pánico (Alcántara et al., 2020).

G. Ansiedad generalizada: Preocupación constante y desproporcionada durante más de seis meses sobre diferentes aspectos de la vida, como el trabajo o la escuela, y que se acompaña de síntomas como insomnio, fatiga o tensión muscular, que limitan la vida diaria.

H. Ansiedad inducida por sustancias/medicamentos: Se presenta como resultado del consumo de sustancias o medicamentos, predominando los episodios de ansiedad o pánico en la sintomatología.

I. Ansiedad por afección médica: Surge a raíz de una enfermedad física que provoca síntomas predominantes de ansiedad o ataques de pánico.

J. Otro trastorno de ansiedad especificado: Incluye casos donde los síntomas de ansiedad causan malestar o limitaciones funcionales, pero no cumplen todos los criterios de un trastorno específico.

K. Trastorno de ansiedad no especificado: Se aplica en situaciones donde no se puede determinar un diagnóstico más específico debido a falta de información, como ocurre en algunos casos de urgencia médica.

2.1.1.5. Manejo. El manejo de la ansiedad incluye diversas estrategias que dependen de la gravedad de los síntomas y las características del paciente. Generalmente, se utilizan enfoques psicológicos, medicamentos y técnicas de autocuidado para mejorar el bienestar mental.

a. Terapia Cognitivo-Conductual (TCC): La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) señala que la TCC es una de las terapias más efectivas. Este enfoque ayuda a las personas a reconocer y modificar patrones de pensamiento que contribuyen a la ansiedad, al mismo tiempo que se desarrollan habilidades para enfrentar mejor situaciones de estrés.

b. Medicamentos: En casos donde la ansiedad es más severa, la American Psychiatric Association (APA,2022) sugiere el uso de antidepresivos como los ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina) y ansiolíticos. Estos medicamentos son efectivos para reducir los síntomas físicos y emocionales de la ansiedad, mejorando la calidad de vida.

c. Autocuidado y Técnicas de Relajación: También recomienda la práctica regular de técnicas como la meditación, el mindfulness y ejercicios de respiración. Estas actividades son útiles para reducir el estrés y la tensión, promoviendo un estado mental más calmado. (OMS,2021)

d. Apoyo Social y Grupos de Apoyo: La International Society for Mental Health Online (2020) destaca la importancia del apoyo social. Participar en grupos de apoyo permite a las personas compartir experiencias y aprender de otras personas que también enfrentan problemas de ansiedad, lo que puede ser muy beneficioso para el manejo de la condición.

III. MÉTODO

3.1. Tipo de investigación

Estudio de enfoque cuantitativo, de diseño observacional, tipo analítico, casos y controles y de corte transversal.

3.2. Ámbito temporal y espacial

Se realizó en un Centro de Salud de categoría I-3 del distrito de Cercado de Lima, durante los meses de octubre a diciembre del 2024.

3.3. Variables

3.3.1. Variable dependiente

Ansiedad

3.3.2. Variables independientes

Edad, sexo, ocupación, nivel educativo, antecedente familiar de ansiedad, diabetes tipo 2, hipertensión arterial, actividad física, tabaquismo, consumo de alcohol.

3.4. Población y muestra

3.4.1. Población

Pacientes adultos que se atendieron en el Centro de Salud I-3, durante los meses de octubre a diciembre del 2024.

3.4.2. Muestra

El tamaño de muestra se calculó utilizando el programa estadístico EPITAT, con la variable "consumo de tabaco" del estudio de Serrano (2023). Según los datos, la proporción de casos expuestos fue del 14,99 %, mientras que en los controles fue del 5,4 %. Se estimó un odds ratio esperado de 3,089 con un nivel de confianza del 95 % y una relación de 1 control por cada caso. El cálculo determinó que se requerían 71 casos y 71 controles para obtener una precisión relativa del 80 %.

[20] Tamaños de muestra. Odds ratio:

Datos:

Proporción de casos expuestos:	14,990%
Proporción de controles expuestos:	5,400%
Odds ratio esperada:	3,089
Número de controles por caso:	1
Nivel de confianza:	95,0%

Resultados:

Precisión relativa (%)	Tamaño de la muestra	
	Casos	Controles
80,000	71	71

Técnicas de Muestreo

Muestreo no probabilístico, por conveniencia

Definición de caso y control

Caso: Pacientes evaluados mediante la Escala de Ansiedad de Lima (EAL) y diagnosticados con trastorno de ansiedad moderado a severo.

Control: Pacientes evaluados con la Escala de Ansiedad de Lima (EAL) y que no presentan trastorno de ansiedad moderado a severo (es decir, sin ansiedad o con ansiedad leve).

Criterios de inclusión

Casos

- Pacientes mayores de 18 años evaluados mediante la Escala de Ansiedad de Lima (EAL), resultando con el diagnóstico de trastorno de ansiedad moderado a severo
- Pacientes que acudan al Centro de Salud entre octubre y diciembre de 2024.
- Pacientes que firmen el consentimiento informado y cuenten con historia clínica completa y legible.

Controles

- Pacientes mayores de 18 años evaluados mediante la Escala de Ansiedad de Lima (EAL), no resultando con el diagnóstico de trastorno de ansiedad moderado a severo (es decir, sin ansiedad o ansiedad leve)
- Pacientes que acudan al Centro de Salud entre octubre y diciembre de 2024.
- Pacientes que firmen el consentimiento informado y cuenten con historia clínica completa y legible.

Criterios de exclusión

- Pacientes con trastornos psiquiátricos graves (psicosis, trastorno bipolar).
- Pacientes incapaces de completar la EAL.
- Pacientes con historias clínicas incompletas o condiciones médicas críticas.

3.5. Instrumentos

Técnica: Encuesta, el instrumento de recolección de datos fue diseñado con el objetivo de evaluar los factores asociados a la ansiedad. Este instrumento permitió obtener información detallada sobre las características sociodemográficas, antecedentes patológicos y estilos de vida de los participantes, además de evaluar la presencia de síntomas de ansiedad mediante la Escala de Ansiedad de Lima (EAL-20), un instrumento validado para la población peruana.

El instrumento está compuesto por tres partes principales:

- **Factores Sociodemográficos:** Preguntas relacionadas con la edad, el sexo, la ocupación y el nivel educativo.
- **Factores Patológicos:** Indaga sobre antecedentes familiares de ansiedad y enfermedades como diabetes tipo 2 e hipertensión arterial.
- **Factores de Estilo de Vida:** Se evalúan hábitos como la actividad física, el tabaquismo y el consumo de alcohol.

Finalmente, el diagnóstico de ansiedad será determinado a través de la Escala de Ansiedad de Lima (EAL-20), una herramienta confiable para medir los niveles de ansiedad en la población objetivo, garantizando que los resultados sean representativos y válidos para el contexto local.

Para esta escala, el punto de corte es de 10 puntos, lo cual representa un equilibrio entre sensibilidad y especificidad en la identificación de ansiedad moderada o mayor, según la Escala de Impresión Clínica Global de Severidad (CGI-S). (Lozano y Vega, 2018). Este punto de corte sugiere que:

- **Puntuaciones menores a 10** indicarían ansiedad leve o mínima.
- **Puntuaciones iguales o mayores a 10** indicarían ansiedad moderada o más severa.

Este valor de corte se basa en un análisis de curva ROC para optimizar la capacidad de la escala para identificar niveles clínicos significativos de ansiedad.

3.6. Procedimientos

Se gestionaron los permisos necesarios para la realización del estudio y el acceso a las historias clínicas para la recolección de datos. Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se recopilaron los datos, que luego fueron registrados en Excel de Microsoft Office 365® para su posterior análisis estadístico en SPSS versión 26®.

3.7. Análisis de Datos

Los datos recopilados fueron registrados en IBM SPSS Statistics versión 26® y Excel de Microsoft Office 365®. Se elaboraron tablas de frecuencias, se aplicaron pruebas de chi cuadrado y se calcularon odds ratio (OR), considerando el valor p y el intervalo de confianza al 95 % (IC 95 %) para determinar la significancia estadística.

3.8. Consideraciones éticas

El estudio contó con consentimiento informado, dado que implicó contacto directo con los pacientes y la recolección de datos de historias clínicas. Se garantizó en todo momento la confidencialidad y el anonimato absoluto de la información, siguiendo las directrices de la Declaración de Helsinki

IV. RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados del estudio. Este análisis busca explorar los factores de riesgo asociados a la ansiedad en pacientes adultos de un centro de salud de Lima, Perú 2024. Se incluyó un total de 142 pacientes, evaluados mediante instrumentos validados (Escala de Ansiedad de Lima (EAL-20)).

4.1. Factores sociodemográficos

Tabla 1

Distribución del nivel de ansiedad según la edad

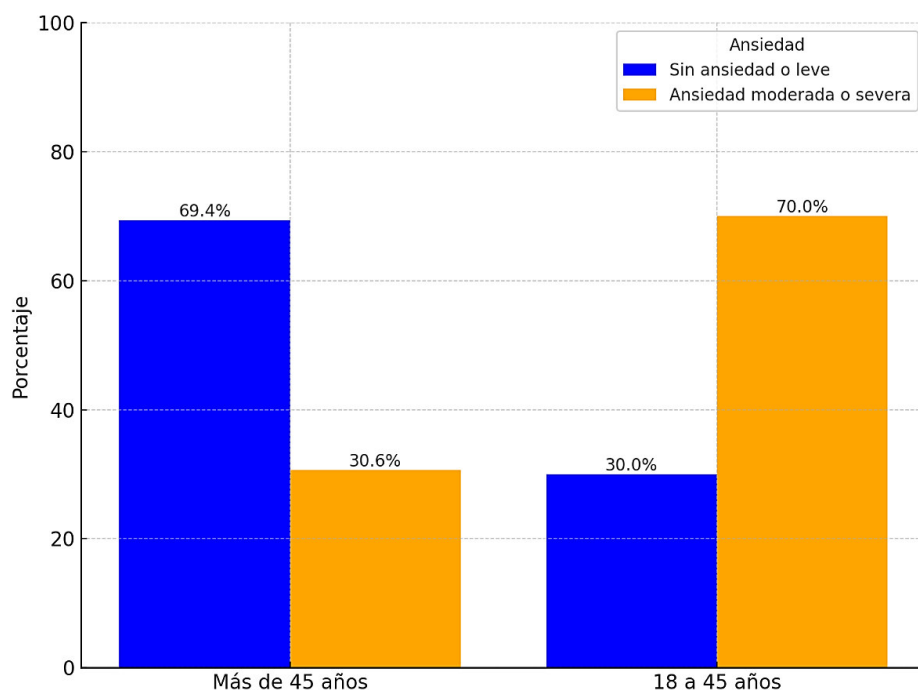
		ANSIEDAD		Total
		<i>Ansiedad moderada o severa</i>	<i>Sin ansiedad o ansiedad leve</i>	
EDAD	<i>Más de 45 años</i>	22	50	72
	%	30,6%	69,4%	100,0%
	<i>18 a 45 años</i>	49	21	70
	%	70,0%	30,0%	100,0%
	<i>Total</i>	71	71	142
	%	50,0%	50,0%	100,0%

$\chi^2= 22.089$ $p=.000$

Nota. La tabla muestra la clasificación de ansiedad según la edad de los pacientes, observándose que en el grupo de mayores de 45 años, el 69.4% no tiene ansiedad o presenta ansiedad leve, mientras que el 30.6% presenta ansiedad moderada o severa. Por otro lado, en el grupo de 18 a 45 años, el 30% no tiene ansiedad o presenta ansiedad leve, y el 70% presenta ansiedad moderada o severa. Se observa una asociación estadísticamente significativa entre la edad y el nivel de ansiedad ($\chi^2=22.089$, $p=0.000$).

Figura 1

Distribución del nivel de ansiedad según la edad



Nota. En la figura, se observa que en el grupo de más de 45 años, el 69.4% no tiene ansiedad o presenta ansiedad leve mientras que en el grupo de 18 a 45 años, el 70% presenta ansiedad moderada o severa.

Tabla 2

Estimación de riesgo de Ansiedad en el grupo de mayores de 45 años

	ESTIMACION DE RIESGO		
	Valor	Intervalo de confianza de 95%	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para edad (Más de 45 años/18 a 45 años)	,189	,092	,386
Número de casos validos	142		

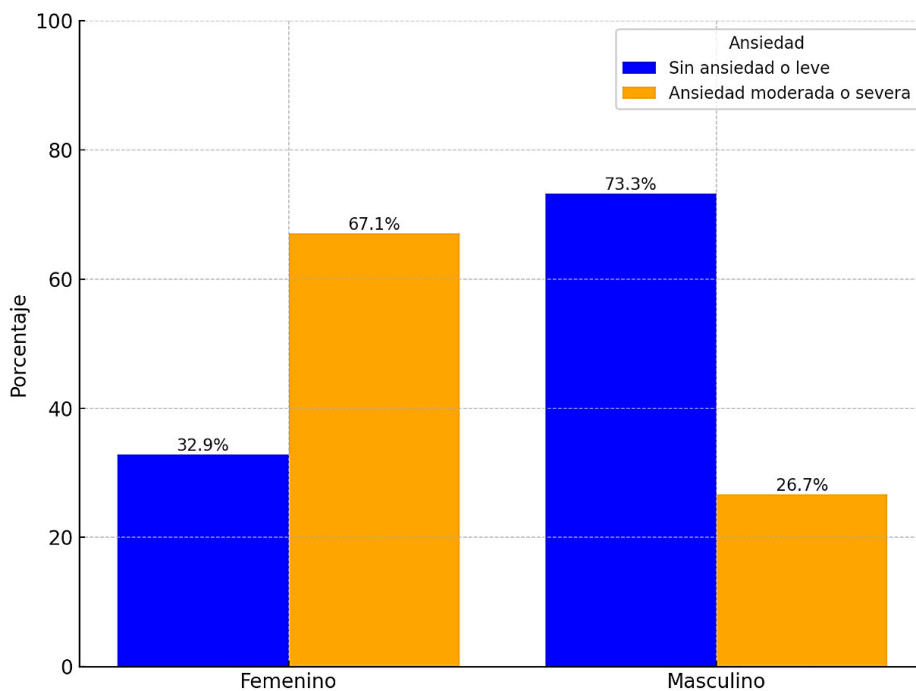
Nota. Del total de personas del estudio (142; 100%); se estima que el grupo mayores de 45 presenta OR: 0.189 (IC 95%: 0.092–0.386). Es decir, los participantes pertenecientes a este grupo etario presentan 81.1% menos de riesgo de presentar ansiedad que aquellas de 18 a 45 años.

Tabla 3*Distribución del nivel de ansiedad según el sexo*

		ANSIEDAD		Total
		<i>Ansiedad moderada o severa</i>	<i>Sin ansiedad o ansiedad leve</i>	
SEXO	<i>Femenino</i>	55 % 67,1%	27 32,9%	82 100,0%
	<i>Masculino</i>	16 % 26,7%	44 73,3%	60 100,0%
<i>Total</i>		71 % 50,0%	71 50,0%	142 100,0%

$\chi^2= 22.628$ $p=.000$

Nota. La tabla muestra la distribución del nivel de ansiedad según el sexo. En el grupo femenino, el 32.9% no presenta ansiedad o padece ansiedad leve, y el 67.1%, ansiedad moderada o severa. En el grupo masculino, el 73.3% no presenta ansiedad o padece ansiedad leve, mientras que el 26.7% ansiedad moderada o severa. Existe una asociación estadísticamente significativa entre el sexo y el nivel de ansiedad ($\chi^2=22.628$, $p=0.000$).

Figura 2*Distribución del nivel de ansiedad según el sexo*

Nota. En la figura, se observa que en el grupo del sexo femenino, el 67.1% presenta ansiedad moderada o severa, mientras que en el grupo del sexo masculino, el 73.3% padece de ansiedad leve o no presenta ansiedad.

Tabla 4

Estimación de riesgo de Ansiedad en el grupo de sexo femenino

	ESTIMACION DE RIESGO		
	<i>Valor</i>	<i>Intervalo de confianza de 95%</i>	
		<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>
Razón de ventajas para edad (Femenino/ Masculino)	5,602	2,687	11,677
Número de casos validos	142		

Nota. Del total de personas del estudio (142; 100%); se estima que el sexo femenino presenta OR: 5.602 (IC 95%: 2.687–11.677). Es decir, las mujeres presentan 5.602 veces mayor riesgo de presentar ansiedad que los hombres.

Tabla 5

Distribución del nivel de ansiedad según la ocupación

	ANSIEDAD			<i>Total</i>
		<i>Ansiedad moderada o severa</i>	<i>Sin ansiedad o ansiedad leve</i>	
<i>Desempleado</i> %	44	51	95	
	46,3%	53,7%	100,0%	
<i>Empleado</i> %	27	20	47	
	57,4%	42,6%	100,0%	
<i>Total</i> %	71	71	142	
	50,0%	50,0%	100,0%	

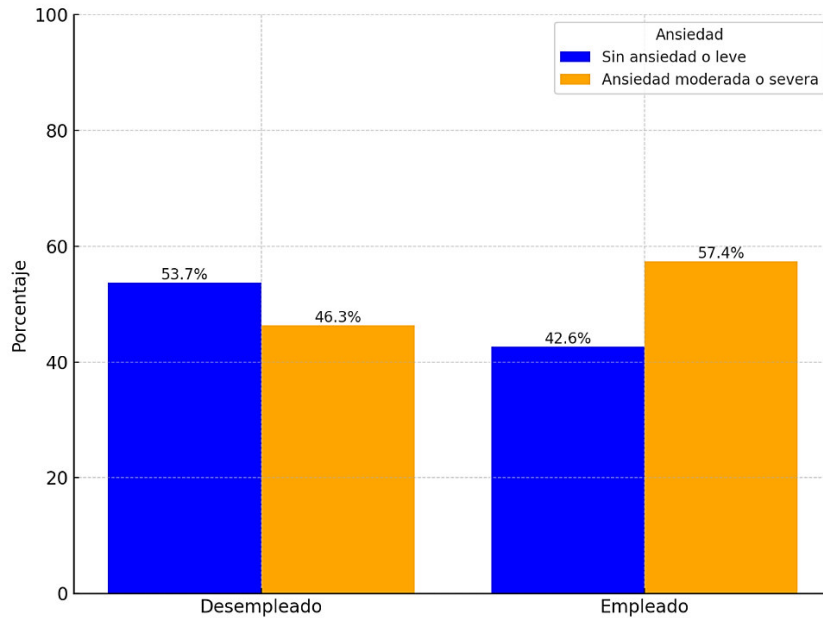
$\chi^2= 1.558$ $p=.212$

Nota. La tabla muestra la distribución del nivel de ansiedad según la ocupación. En el grupo de desempleados, el 53.7% no presenta ansiedad o padece ansiedad leve, y el 46.3% presenta ansiedad moderada o severa. En el grupo de empleados, el 42.6% no presenta ansiedad o padece ansiedad leve, mientras que el 57.4% presenta ansiedad moderada o severa. No existe una

asociación estadísticamente significativa entre la ocupación y el nivel de ansiedad ($\chi^2=1.558$, $p=0.212$).

Figura 3

Distribución del nivel de ansiedad según la ocupación



Nota. En la figura, se observa que en el grupo de desempleados, el 53.7% padece de ansiedad leve o no presenta ansiedad, mientras que en el grupo de empleados, el 57.4% presenta ansiedad moderada o severa.

Tabla 6

Distribución del nivel de ansiedad según el nivel educativo

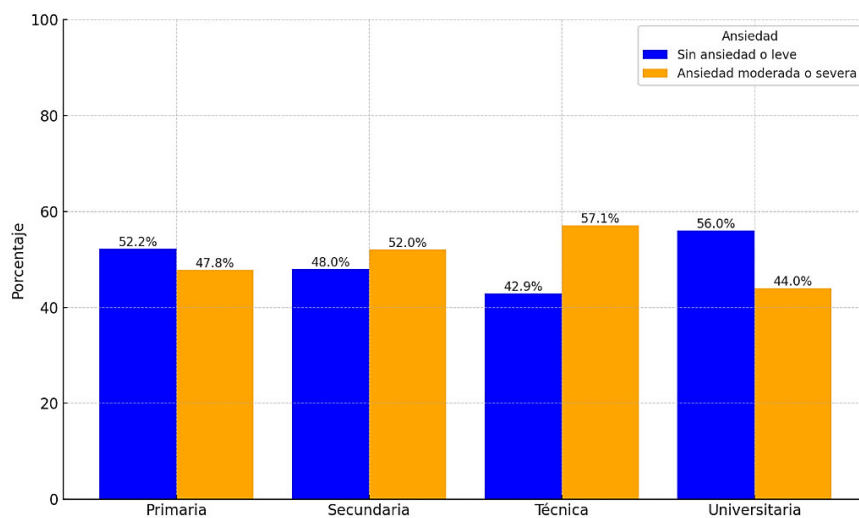
		ANSIEDAD		Total
		<i>Ansiedad moderada o severa</i>	<i>Sin ansiedad o ansiedad leve</i>	
NIVEL EDUCATIVO	Primaria %	22 47,8%	24 52,2%	46 100,0%
	Secundaria %	26 52,0%	24 48,0%	50 100,0%
	Técnica %	12 57,1%	9 42,9%	21 100,0%
	Universitaria %	11 44,0%	14 56,0%	25 100,0%
Total %		71 50,0%	71 50,0%	142 100,0%

$\chi^2= .956$ $p=.812$

Nota. La tabla muestra la distribución del nivel de ansiedad según el nivel educativo. En el grupo con educación primaria, el 52.2% no presenta ansiedad o padece ansiedad leve, y el 47.8% presenta ansiedad moderada o severa. En el nivel secundario, el 48.0% no presenta ansiedad o padece ansiedad leve, mientras que el 52.0% presenta ansiedad moderada o severa. En el nivel técnico, el 42.9% no presenta ansiedad o padece ansiedad leve, y el 57.1% presenta ansiedad moderada o severa. Finalmente, en el nivel universitario, el 56.0% no presenta ansiedad o padece ansiedad leve y el 44.0% presenta ansiedad moderada o severa. No existe una asociación estadísticamente significativa entre el nivel educativo y el nivel de ansiedad ($\chi^2=.956$, $p=0.812$).

Figura 4

Distribución del nivel de ansiedad según el nivel educativo



Nota. En la figura, se observa en el grupo de educación primaria y universitaria mayor frecuencia de ansiedad leve/ausencia de ansiedad (52.2% y 56.0% respectivamente), mientras que en el grupo de educación secundaria y técnica, se evidencia mayor frecuencia de ansiedad moderada o severa (52.0% y 57.1% respectivamente).

4.2. Factores patológicos

Tabla 7

Distribución del nivel de ansiedad según el antecedente familiar de ansiedad

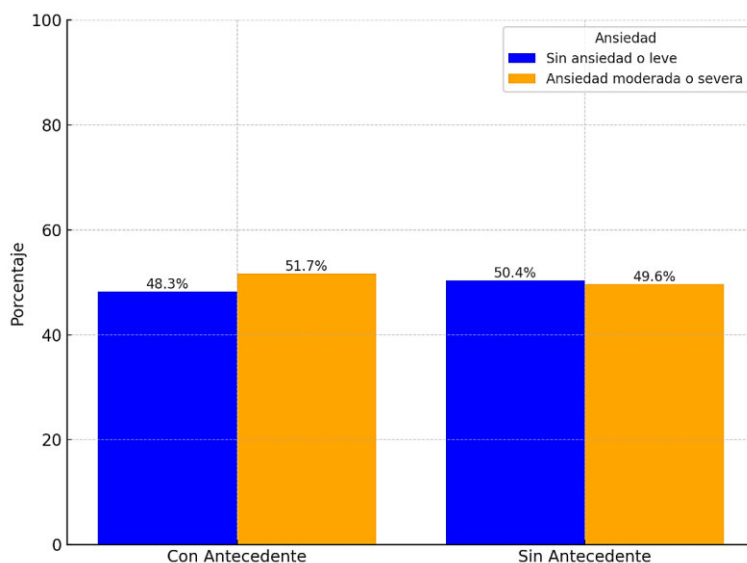
				ANSIEDAD		Total
				<i>Ansiedad moderada o severa</i>	<i>Sin ansiedad o ansiedad leve</i>	
ANTECEDENTE FAMILIAR DE ANSIEDAD	<i>Si</i>	%	15 51,7%	14 48,3%	29 100,0%	
	<i>No</i>	%	56 49,6%	57 50,4%	113 100,0%	
<i>Total</i>		%	71 50,0%	71 50,0%	142 100,0%	

$\chi^2= 0.043$ $p=.835$

Nota. La tabla muestra la distribución del nivel de ansiedad según el antecedente familiar. En quienes tienen antecedentes familiares de ansiedad, el 48.3% no presenta ansiedad o padece de ansiedad leve, y el 51.7% padece de ansiedad moderada o severa. En quienes no tienen antecedentes familiares, el 50.4% no presenta ansiedad o padece de ansiedad leve, mientras que el 49.6% padece de ansiedad moderada o severa. No existe una asociación estadísticamente significativa entre los antecedentes familiares de ansiedad y el nivel de ansiedad ($\chi^2=0.043$, $p=0.835$).

Figura 5

Distribución del nivel de ansiedad según el antecedente familiar



Nota. En la figura, se observa que en el grupo con antecedente, el 51.7% padece ansiedad moderada o severa, mientras que en el grupo sin antecedente, el 50.4% padece ansiedad leve o no presenta ansiedad.

Tabla 8

Distribución del nivel de ansiedad según la presencia de diabetes mellitus tipo 2

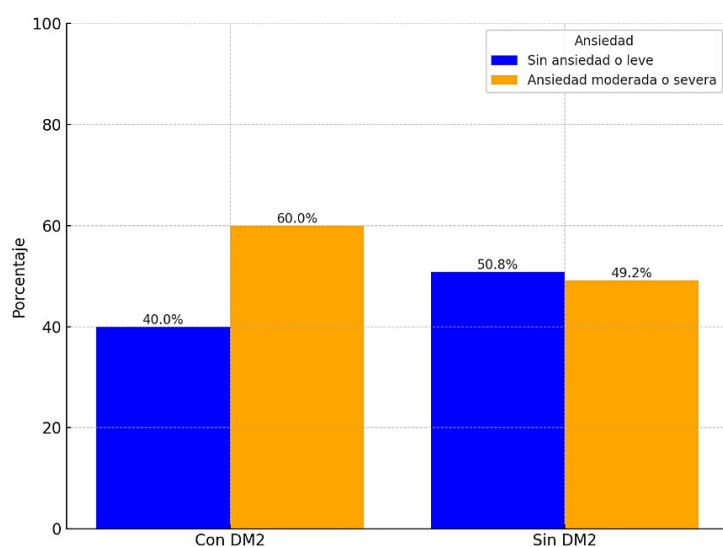
		ANSIEDAD		<i>Total</i>
		<i>Ansiedad moderada o severa</i>	<i>Sin ansiedad o ansiedad leve</i>	
DIABETES MELLITUS TIPO 2	<i>Si</i>	6 60,0%	4 40,0%	10 100,0%
	<i>No</i>	65 49,2%	67 50,8%	132 100,0%
<i>Total</i>		71 50,0%	71 50,0%	142 100,0%

$\chi^2 = .430$ $p = .512$

Nota. La tabla muestra la distribución del nivel de ansiedad según presencia de diabetes mellitus tipo 2. En quienes tienen este antecedente personal, el 60.0% padece de ansiedad moderada o severa mientras que el 40.0% no presenta ansiedad o padece de ansiedad leve. En quienes no tienen este antecedente personal, el 50.8% no presenta ansiedad o padece de ansiedad leve, mientras que el 49.2% padece de ansiedad moderada o severa. No existe una asociación estadísticamente significativa entre la diabetes mellitus tipo 2 y el nivel de ansiedad ($\chi^2 = .430$, $p = 0.512$).

Figura 6

Distribución del nivel de ansiedad según la presencia de diabetes mellitus tipo 2



Nota. En la figura, se observa que en el grupo con diabetes mellitus tipo 2, el 60.0% padece ansiedad moderada o severa, mientras que en el grupo sin diabetes mellitus tipo 2, el 50.8% padece ansiedad leve o no presenta ansiedad.

Tabla 9

Distribución del nivel de ansiedad según la presencia de hipertensión arterial

		ANSIEDAD		Total
		<i>Ansiedad moderada o severa</i>	<i>Sin ansiedad o ansiedad leve</i>	
HIPERTENSION ARTERIAL	<i>Si</i>	8 34,8%	15 65,2%	23 100,0%
	<i>No</i>	63 52,9%	56 47,1%	119 100,0%
<i>Total</i>		71 50,0%	71 50,0%	142 100,0%

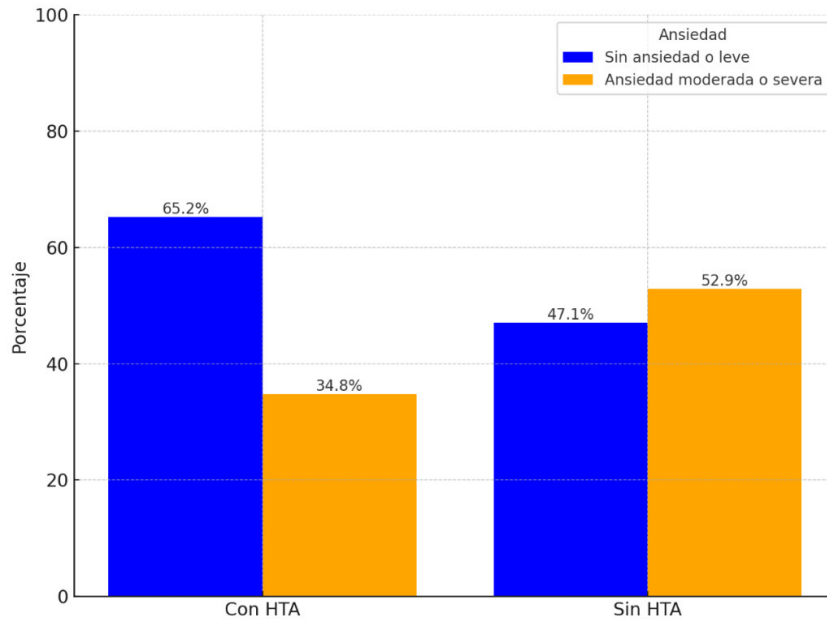
$\chi^2= 2.542$ $p=.111$

Nota. La tabla muestra la distribución del nivel de ansiedad según presencia de hipertensión arterial. En quienes tienen este antecedente personal, el 65.2% no presenta ansiedad o padece de ansiedad leve, mientras que el 34,8% padece de ansiedad moderada o severa. En quienes no tienen este antecedente personal, el 52.9% padece de ansiedad moderada o severa, mientras que el 47.1% no presenta ansiedad o padece de ansiedad leve. No existe una asociación

estadísticamente significativa entre la hipertensión arterial y el nivel de ansiedad ($\chi^2=2.542$, $p=0.111$).

Figura 7

Distribución del nivel de ansiedad según la presencia de hipertensión arterial



Nota. En la figura, se observa que en el grupo con hipertensión arterial, el 65.2% padece ansiedad leve o no presenta ansiedad, mientras que en el grupo sin hipertensión arterial, el 52.9% padece ansiedad moderada o severa.

4.3. Factores de Estilo de vida

Tabla 10

Distribución del nivel de ansiedad según la actividad física

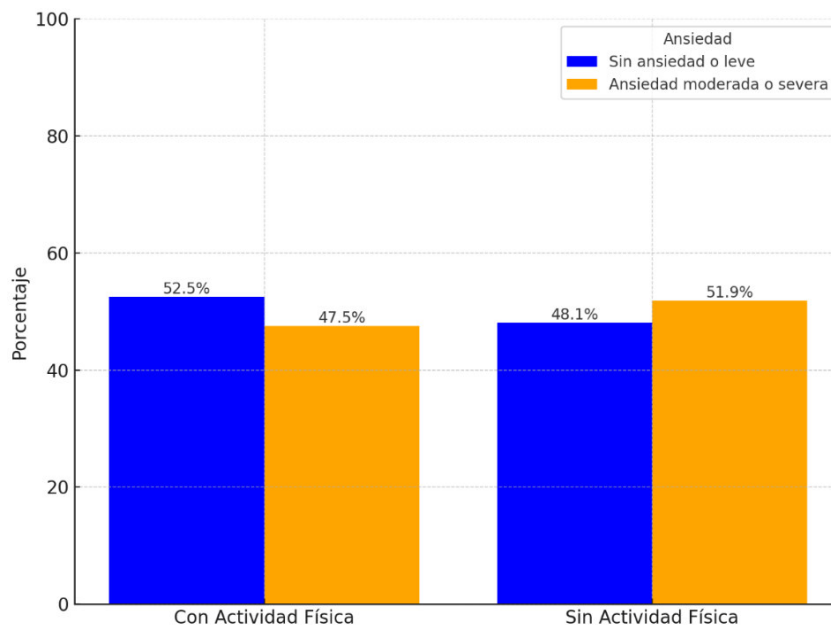
		ANSIEDAD		<i>Total</i>
		<i>Ansiedad moderada o severa</i>	<i>Sin ansiedad o ansiedad leve</i>	
ACTIVIDAD FISICA	<i>Si</i>	29 47,5%	32 52,5%	61 100,0%
	<i>No</i>	42 51,9%	39 48,1%	81 100,0%
<i>Total</i>		71 50,0%	71 50,0%	142 100,0%

$\chi^2= .259$ $p=.611$

Nota. La tabla muestra la distribución del nivel de ansiedad según la actividad física. En quienes realizan actividad física, el 52,5% no presenta ansiedad o padece de ansiedad leve, mientras que el 47,5% padece de ansiedad moderada o severa. En quienes no realizan actividad física, el 51,9% padece de ansiedad moderada o severa, mientras que el 48,1% no presenta ansiedad o padece de ansiedad leve. No existe una asociación estadísticamente significativa entre la actividad física y el nivel de ansiedad ($\chi^2=0.259$, $p=0.611$).

Figura 8

Distribución del nivel de ansiedad según la actividad física



Nota. En la figura, se observa que en el grupo con actividad física, el 52.5% padece ansiedad leve o no presenta ansiedad, mientras que en el grupo sin actividad física, el 51.9% padece ansiedad moderada o severa.

Tabla 11

Distribución del nivel de ansiedad según el tabaquismo

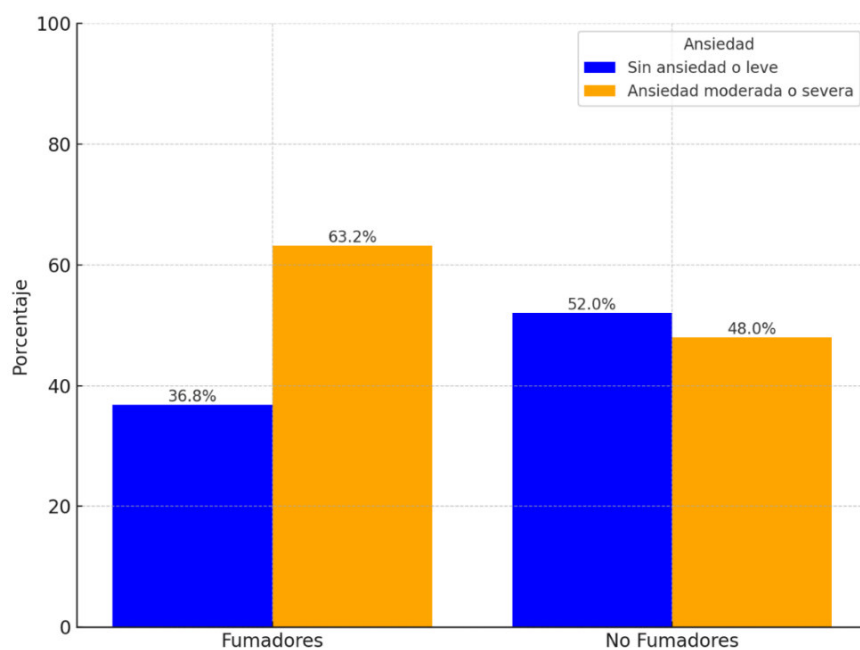
		ANSIEDAD		
		<i>Ansiedad moderada o severa</i>	<i>Sin ansiedad o ansiedad leve</i>	<i>Total</i>
TABAQUISMO	<i>Si</i>	12 63,2%	7 36,8%	19 100,0%
	<i>No</i>	59 48,0%	64 52,0%	123 100,0%
<i>Total</i>		71 50,0%	71 50,0%	142 100,0%

$\chi^2= 1.519$ $p=.218$

Nota. La tabla muestra la distribución del nivel de ansiedad según el tabaquismo. Entre quienes son fumadores, el 63,2% padece de ansiedad moderada o severa, mientras que el 36,8% no presenta ansiedad o padece de ansiedad leve. En quienes no, el 52,0% no presenta ansiedad o padece de ansiedad leve, mientras que el 48,0% padece de ansiedad moderada o severa. No existe una asociación estadísticamente significativa entre el tabaquismo y el nivel de ansiedad ($\chi^2=1.519$, $p=0.218$).

Figura 9

Distribución del nivel de ansiedad según el tabaquismo



Nota. En la figura, se observa que en el grupo de fumadores, el 63.2% padece ansiedad moderada o severa, mientras que en el grupo de no fumadores, el 52.0% padece ansiedad leve o no presenta ansiedad.

Tabla 12

Distribución del nivel de ansiedad según el consumo de alcohol

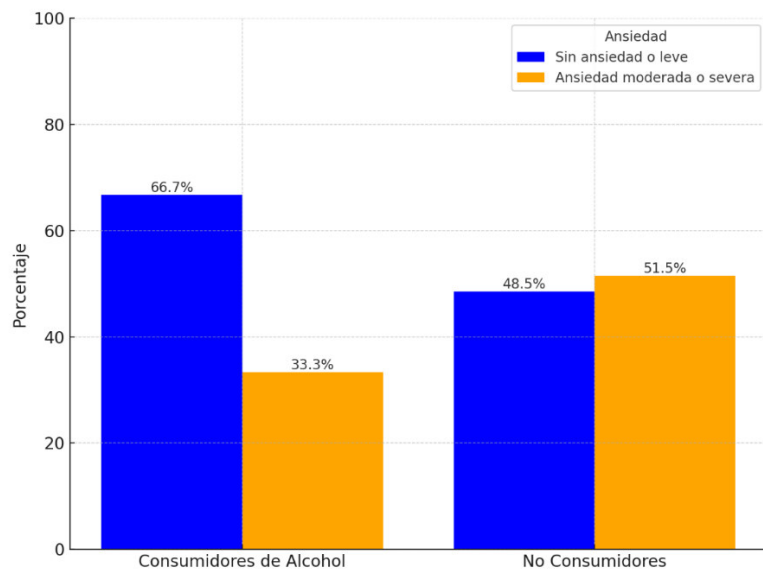
		ANSIEDAD		<i>Total</i>
		<i>Ansiedad moderada o severa</i>	<i>Sin ansiedad o ansiedad leve</i>	
CONSUMO DE ALCOHOL	<i>Si</i>	4 33,3%	8 66,7%	12 100,0%
	<i>No</i>	67 51,5%	63 48,5%	130 100,0%
<i>Total</i>		71 50,0%	71 50,0%	142 100,0%

$\chi^2= 1.456$ $p=.228$

Nota. La tabla muestra la distribución del nivel de ansiedad según el consumo de alcohol. Entre quienes consumen alcohol de forma regular, el 66,7% no presenta ansiedad o padece de ansiedad leve, mientras que el 33,3% padece de ansiedad moderada o severa. En quienes no, el 51,5% padece de ansiedad moderada o severa, mientras que el 48,5% no presenta ansiedad o padece de ansiedad leve. No existe una asociación estadísticamente significativa entre el tabaquismo y el nivel de ansiedad ($\chi^2=1.456$, $p=0.228$).

Figura 10

Distribución del nivel de ansiedad según el consumo de alcohol



Nota. En la figura, se observa que en el grupo de consumidores de alcohol, el 66.7% padece ansiedad leve o no presenta ansiedad, mientras que en el grupo de no consumidores, el 51.5% padece ansiedad moderada o severa.

V. DISCUSION DE RESULTADOS

El presente estudio abordó los factores relacionados con la ansiedad en pacientes adultos atendidos en un centro de salud de Lima, Perú, en el 2024. Los resultados obtenidos son discutidos en comparación con antecedentes nacionales e internacionales, analizando similitudes, diferencias y posibles explicaciones contextuales.

Con respecto a factores sociodemográficos, la edad resultó ser un factor relevante en este estudio, se evidencia como factor protector a los mayores de 45 años con OR: 0.189 (IC 95%: 0.092–0.386) y de esta forma, un mayor porcentaje de ansiedad moderada o severa en el grupo de 18 a 45 años (70%). Este hallazgo concuerda con el estudio de Barzola (2021), quien encontró que el rango de edad de 18-40 años presentaba mayor frecuencia de ansiedad durante la pandemia. Asimismo, Cotaquispe (2021) reportó que la adolescencia tardía estaba asociada significativamente con la ansiedad, lo que resalta la vulnerabilidad de los jóvenes en etapas de transición y mayores demandas sociales. En contraste, Diez Canseco (2023) identificó que el grupo de 30-59 años fue más prevalente en ansiedad generalizada, lo que podría atribuirse a factores de responsabilidad laboral y familiar. Esto sugiere que las demandas y expectativas asociadas a diferentes etapas de la vida pueden influir en los niveles de ansiedad, siendo necesario un enfoque adaptado según el rango etario.

Con respecto al sexo, el presente estudio demostró que el 67.1% de las mujeres presentaron ansiedad moderada o severa, mientras que en los hombres fue del 26.7% ($p=0.000$; OR: 5.602 (IC 95%: 2.687–11.677)). Esto es consistente con Trujillo et al. (2021), quienes reportaron que las mujeres tienen mayor probabilidad de sufrir ansiedad severa (OR=2.37). Del mismo modo, Barzola (2021) encontró que las mujeres constituían el 72.1% de los casos de ansiedad durante la pandemia. Estas diferencias podrían explicarse por factores hormonales, roles de género y una mayor tendencia de las mujeres a buscar ayuda o reportar síntomas psicológicos.

El nivel educativo no mostró una asociación significativa con la ansiedad en este estudio ($p=0.812$). Sin embargo, Diez Canseco (2023) reportó que un mayor nivel educativo (grado superior) se asoció con mayor probabilidad de ansiedad ($OR=3.333$). Esta discrepancia podría estar influenciada por diferencias en las muestras poblacionales y el contexto sociocultural, destacando la importancia de evaluar el impacto de las oportunidades laborales y la estabilidad económica asociadas al nivel educativo. Por otro lado, la ocupación tampoco demostró asociación alguna. No obstante, Trujillo et al. (2021) evidenció que encontrarse en situación de desempleo era un determinante para la ansiedad ($OR = 2.62$), argumentando que el desempleo genera inseguridad económica, lo que puede resultar en estrés crónico debido a la incertidumbre sobre la satisfacción de necesidades básicas como vivienda, alimentación y acceso a servicios de salud, y así, este estrés prolongado puede desencadenar síntomas de ansiedad al mantener activado el sistema de respuesta al estrés del cuerpo.

Con respecto a factores patológicos, el antecedente familiar de ansiedad no fue significativo en este estudio ($p=0.835$), a pesar de que Diez Canseco (2023) reportó que los antecedentes psiquiátricos familiares incrementan significativamente la probabilidad de ansiedad ($OR=3.520$). Esta diferencia podría explicarse por una menor frecuencia de antecedentes familiares en la muestra o por sesgos en el reporte de estos antecedentes. Además, la influencia del contexto familiar en el desarrollo de ansiedad podría variar según factores culturales y de acceso a soporte emocional.

Con relación a enfermedades crónicas, la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y la hipertensión arterial (HTA) no mostraron asociaciones significativas con la ansiedad ($p=0.512$ y $p=0.111$, respectivamente). Esto difiere de lo reportado por Serrano (2023), quien encontró que la DM2 y la HTA no controlada eran factores significativos asociados a la ansiedad ($OR=5.6$ y 2.9 , respectivamente). La ausencia de asociación en este estudio podría deberse a

una menor prevalencia de estas condiciones en la muestra o a diferencias en el manejo clínico de estas enfermedades.

Con respecto a factores de estilo de vida, la actividad física no se asoció significativamente con la ansiedad en este estudio ($p=0.611$). Este resultado contrasta con la literatura que sugiere un efecto protector de la actividad física sobre la salud mental, como lo reportado por Barzola (2021), donde estilos de vida saludables contribuyeron a reducir la ansiedad durante la pandemia. Una posible explicación es que la intensidad o frecuencia de la actividad física no fue detallada en este análisis, lo que podría haber influido en los resultados. El consumo de tabaco y alcohol tampoco mostraron asociaciones significativas con la ansiedad ($p=0.218$ y $p=0.228$, respectivamente). Sin embargo, Serrano (2023) encontró que el consumo de tabaco ($OR=3.08$) y alcohol ($OR=3.8$) incrementaban significativamente el riesgo de ansiedad. Estas discrepancias podrían deberse a diferencias en los patrones de consumo entre las muestras o a subestimaciones en los datos autorreportados en este estudio.

El impacto de este estudio radica en su contribución al entendimiento de los factores asociados a la ansiedad en pacientes adultos, ofreciendo información valiosa para la implementación de estrategias de prevención y manejo en el primer nivel de atención. Los hallazgos resaltan la necesidad de focalizar intervenciones en grupos vulnerables como las mujeres y los adultos jóvenes, además de promover estilos de vida saludables, como la actividad física, para mitigar la carga de ansiedad en la población. Esto tiene implicancias directas en el diseño de políticas de salud pública y programas educativos enfocados en la mejora del bienestar mental comunitario.

Las limitaciones de este estudio incluyen el diseño transversal, que impide establecer relaciones causales entre los factores analizados y la ansiedad; el tamaño muestral, que podría haber limitado la detección de asociaciones más sutiles; y el uso de instrumentos autorreportados, que pueden estar influenciados por sesgos de recuerdo o deseabilidad social.

Además, no se evaluaron factores importantes como el apoyo social, la calidad del sueño o experiencias traumáticas, los cuales podrían tener un impacto significativo en los niveles de ansiedad. Estas limitaciones sugieren la necesidad de estudios futuros con enfoques longitudinales y una mayor diversidad de variables para profundizar en la comprensión de este trastorno.

VI. CONCLUSIONES

- Existen factores relacionados a ansiedad en pacientes adultos atendidos en un centro de salud de Lima – Perú,2024.
- Presentar una edad mayor de 45 años, fue el principal factor protector sociodemográfico encontrado, con relación a la ansiedad.
- Pertenecer al sexo femenino, fue el principal factor de riesgo sociodemográfico encontrado, con relación a la ansiedad.
- No se evidenció factores de riesgo patológicos relacionados a ansiedad en pacientes adultos atendidos en un centro de salud de Lima – Perú,2024.
- No se evidenció factores de riesgo de estilo de vida relacionados a ansiedad en pacientes adultos atendidos en un centro de salud de Lima – Perú,2024.

VII. RECOMENDACIONES

- Diseñar intervenciones específicas en el primer nivel de atención para prevenir y manejar la ansiedad, enfocándose en grupos vulnerables como mujeres y adultos jóvenes.
- Realizar campañas educativas que fomenten la detección temprana de ansiedad y promuevan hábitos de vida saludables como herramienta preventiva.
- Establecer programas de atención integral que incluyan soporte emocional y psicológico para pacientes con enfermedades crónicas como diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial, dado su potencial impacto en la ansiedad.
- Promover estrategias para que la actividad física sea utilizada como un recurso terapéutico controlado, asegurándose de que sea adecuada en intensidad y frecuencia para reducir los niveles de ansiedad.
- Desarrollar estrategias para reducir el estigma asociado a los trastornos de ansiedad, incentivando a las personas a buscar ayuda profesional de manera oportuna.
- Realizar estudios longitudinales que permitan analizar la evolución de los factores asociados a la ansiedad y establecer relaciones causales entre las variables evaluadas.
- Incorporar un mayor número de participantes para incrementar la representatividad y la potencia estadística de los resultados.
- Incluir factores como el apoyo social, calidad del sueño, eventos traumáticos previos, y niveles de estrés laboral para una comprensión más integral de los factores relacionados a la ansiedad.

VIII. REFERENCIAS

- Alcántara, Y. (2020). *Compendio de Psiquiatría Clínica*. (1ra ed.). Asociación Ibero Latinoamericana de Neurociencias y Psiquiatría. <https://acortar.link/kR5DNV>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2022). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Bados, A. (2005). *Trastorno de ansiedad generalizada*. Universitat de Barcelona, Facultat de Psicologia, Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics. <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/65621/1/TAG.pdf>
- Barlow, D. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2ª ed.). The Guilford Press. <https://psycnet.apa.org/record/2001-05896-000>
- Barzola, E. (2021). *Nivel de ansiedad y depresión en pacientes del Centro de Salud Catalina Huanca durante la pandemia COVID-19, abril-mayo del 2021*. [Tesis de pregrado, Universidad Privada San Juan Bautista]. Repositorio Institucional UPSJB <https://hdl.handle.net/20.500.14308/3243>
- Chen, H., Gao, J., Dai, J., Mao, Y., Wang, Y., Suhong, C., Xiao, Q., Liu, Y., Zheng, P. y Fu, H. (2020). Trastorno de ansiedad generalizada y resiliencia durante la pandemia de COVID-19: Evidencia de China durante el brote inicial. *Frontiers in Psychology*, *11*, 15591. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.015591>
- Cotaquispe, S. (2021). *Factores asociados a la ansiedad en estudiantes de 1ro-5to de secundaria en una institución educativa de Villa el Salvador durante el COVID-19, 2021*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://hdl.handle.net/20.500.13084/5176>
- Craske, M., Stein, M., Eley, T., Milad, M., Holmes, A. y Rapee, R. (2017). Trastornos de ansiedad. *Nature Reviews Disease Primers*, *3*(1), 1-18. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.24>

- Diez Canseco (2023). *Factores asociados al trastorno de ansiedad generalizada en pacientes del Centro de Salud mental comunitario Carabayllo 2021*. [Tesis de pregrado, Universidad Privada San Juan Bautista]. Repositorio Institucional UPSJB. <https://hdl.handle.net/20.500.14308/4453>
- Hofmann, S., Asnaani, A., Vonk, I., Sawyer, A. y Fang, A. (2019). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), pp. 427-440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
- International Society for Mental Health Online. (2020). *Grupos de apoyo para el manejo de la ansiedad*. <https://www.ismho.org/anxiety-treatment>
- Kessler, R. C., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., y Wittchen, H. U. (2019). Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 22(1), pp. 1-7. <https://doi.org/10.1002/mpr.1546>
- Lozano, A. y Vega, J. (2018). Construcción y propiedades psicométricas de la Escala de Ansiedad de Lima de 20 ítems (EAL-20). *Revista de Neuropsiquiatría*, 81(4), pp. 226-234. <https://doi.org/10.20453/rnp.v81i4.3437>
- Ministerio de Salud del Perú. (2017). *Norma técnica de Salud de Centros de Salud Mental Comunitarios*. Lima, Perú. <https://acortar.link/j3nDLc>
- Ministerio de Salud (2023). *Informe anual sobre salud mental en el Perú: Estadísticas y análisis 2022*. MINSA. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/847052-dia-mundial-de-la-salud-mental-mas-de-1-333-000-casos-atendidos-por-trastornos-y-problemas-psicosociales>
- Murray, C. y López, A. (2017). Measuring the global burden of disease. *New England Journal of Medicine*, 369(5), 448-457. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1201534>

- Organización Mundial de la Salud (2021). *Trastornos de ansiedad*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Mental health action plan 2013–2020: Updated* (Rev. ed.). WHO. <https://www.who.int>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *El impacto de la COVID-19 en la salud mental: Actualización global*. OMS. <https://www.who.int>
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Salud mental en tiempos de pandemia: Retos y perspectivas en América Latina y el Caribe*. OPS. <https://www.paho.org>
- Patel, V., Chisholm, D., Parikh, R., Charlson, F., Degenhardt, L., Dua, T. y Ferrari, A. (2018). Addressing the burden of mental, neurological, and substance use disorders: Key messages from Disease Control Priorities. *The Lancet*, 387(10028), 1672-1685.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00390-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00390-6)
- Sarudiansky, M. (2013). Ansiedad, angustia y neurosis: Antecedentes conceptuales e históricos. *Psicología Iberoamericana*, 21(2), 19-28.
<https://www.redalyc.org/pdf/1339/133930525003.pdf>
- Serrano, F.(2023). *Factores asociados a depresión y ansiedad en pacientes con hipertensión arterial atendidos en el centro de salud san isidro, período julio-setiembre 2022*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://hdl.handle.net/20.500.13084/6546>
- Shin, L. y Liberzon, I. (2019). The neurocircuitry of fear, stress, and anxiety disorders. *Neuropsychopharmacology*, 35(1), 169-191. <https://doi.org/10.1038/npp.2009.83>
- Trujillo, P., Gómez, D., Lara, B., Medina, I. y Hernández, E. (2021). Asociación entre características sociodemográficas, síntomas depresivos, estrés y ansiedad en tiempos de la COVID-19. *Enfermería Global*, 20(64), 1-25.
<https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.471511>

Zhang, R., Zhang, P., Lin, Y., Guo, X. y Wang, J. (2024). Prevalence and risk factors for anxiety in patients with early- and middle-stage lung cancer: A cross-sectional study. *Frontiers in Psychology*, 15, e1413591. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1413591>

IX. ANEXOS

ANEXO A: MATRIZ DE CONSISTENCIA

<p>Pregunta de investigación:</p> <p>¿Cuáles son los factores relacionados a ansiedad en pacientes adultos atendidos en un Centro de Salud de Lima-Perú, 2024?</p>	<p>Objetivo General</p> <ul style="list-style-type: none"> Determinar los factores relacionados a ansiedad en pacientes adultos atendidos en un Centro de Salud de Lima-Perú, 2024 <p>Objetivos Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificar los factores sociodemográficos relacionados a ansiedad en pacientes adultos atendidos en un Centro de Salud de Lima-Perú, 2024 Identificar los factores patológicos relacionados a ansiedad en pacientes adultos atendidos en un Centro de Salud de Lima-Perú, 2024 Identificar los factores de estilos de vida relacionados a ansiedad en pacientes adultos atendidos en un Centro de Salud de Lima-Perú, 2024 	<p>Hipótesis General</p> <ul style="list-style-type: none"> H1: Los factores planteados en el estudio están relacionados a la ansiedad en pacientes adultos atendidos en un Centro de Salud de Lima-Perú, 2024. H0: Los factores planteados en el estudio no están relacionados a la ansiedad en pacientes adultos atendidos en un Centro de Salud de Lima-Perú, 2024. <p>Hipótesis Específicas</p> <ul style="list-style-type: none"> Existen factores sociodemográficos relacionados a ansiedad en pacientes adultos atendidos en un Centro de Salud de Lima-Perú, 2024 Existen factores patológicos relacionados a ansiedad en pacientes adultos atendidos en un Centro de Salud de Lima-Perú, 2024 Existen factores de estilos de vida relacionados a ansiedad en pacientes adultos atendidos en un Centro de Salud de Lima-Perú, 2024 	<p>VARIABLES</p> <p>Variable dependiente</p> <p>Ansiedad</p> <p>VARIABLES INDEPENDIENTES</p> <p>Edad, sexo, ocupación, nivel de educativo, antecedente familiar de ansiedad, diabetes tipo 2, hipertensión arterial, actividad física, tabaquismo y consumo de alcohol.</p>	<p>Tipo y diseño de investigación</p> <p>Estudio de enfoque cuantitativo, no experimental, analítico, casos controles y de corte transversal.</p> <p>Población de estudio:</p> <p>Pacientes adultos que acuden al C.S. de Cercado de Lima durante los meses de octubre a diciembre del 2024.</p> <p>Muestra:</p> <p>71 casos y 71 controles</p> <p>Técnicas de recolección de datos</p> <p>Encuesta</p> <p>Instrumento de recolección</p> <p>Cuestionario</p> <p>Análisis de resultados</p> <p>Se analizaron mediante frecuencias, promedio, valor p (<0.05). intervalos de confianza y Odds Ratio.</p>
---	--	---	--	--

ANEXO B: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES		DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	ESCALA	CATEGORIZACIÓN	PRUEBA ESTADÍSTICA	
VARIABLE DEPENDIENTE	ANSIEDAD	Estado emocional caracterizado por preocupación o tensión.	Medido mediante la Escala de Ansiedad de Lima (EAL-20).	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Sin ansiedad o ansiedad leve : 0-9 pts. • Ansiedad moderada a severa: ≥ 10 pts. 	OR Porcentajes	
VARIABLE INDEPENDIENTE	FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS	EDAD	Tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad.	Registrado mediante los datos recolectados en el cuestionario.	Cuantitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • 18-45 años • >45 años 	OR Porcentajes
		SEXO	Diferencia biológica entre varones y mujeres.	Registrado mediante los datos recolectados en el cuestionario.	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino 	OR Porcentajes
		NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Máximo grado académico alcanzado por el paciente.	Registrado mediante los datos recolectados en el cuestionario.	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria • Secundaria • Técnica • Universitaria 	OR Porcentajes
		OCUPACIÓN	Condición laboral del paciente.	Registrado mediante los datos recolectados en el cuestionario.	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Empleado • Desempleado 	OR Porcentajes
	FACTORES PATOLÓGICOS	ANTECEDENTE FAMILIAR DE ANSIEDAD	Presencia de casos de ansiedad en familiares de primer grado	Registrado mediante los datos recolectados en el cuestionario y al historia clínica	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	OR Porcentajes
		DIABETES MELLITUS TIPO 2	Condición crónica caracterizada por niveles elevados de glucosa en sangre, diagnosticada por un médico.	Registrado mediante los datos recolectados en el cuestionario y al historia clínica	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	OR Porcentajes
		HIPERTENSIÓN ANTERIAL	Elevación persistente de la presión arterial por encima de los niveles normales ($\geq 140/90$ mmHg)	Registrado mediante los datos recolectados en el cuestionario y al historia clínica	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	OR Porcentajes

FACTORES DE ESTILO DE VIDA	ACTIVIDAD FÍSICA	Realización de actividad física regular, al menos 150 minutos de ejercicio moderado o 75 minutos de ejercicio intenso por semana, de acuerdo con recomendaciones de la OMS.	Punto de corte: 150 minutos de actividad física moderada o 75 minutos de actividad física intensa a la semana. Registrado mediante los datos recolectados en el cuestionario y al historia clínica	Cualitativa	Nominal Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	OR Porcentajes
	TABAQUISMO	Hábito de consumo regular de tabaco, definido como fumar al menos un cigarrillo al día.	Punto de corte: Consumo de al menos un cigarrillo al día. Sí: Fumador activo. No: No es fumador activo. Registrado mediante los datos recolectados en el cuestionario y al historia clínica	Cualitativa	Nominal Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	OR Porcentajes
	CONSUMO DE ALOHOL	Ingesta regular de bebidas alcohólicas, definido como consumo semanal de alcohol.	Punto de corte: Ingesta de alcohol semanal (se puede definir como 1 o más bebidas alcohólicas por semana). Sí: Consume alcohol regularmente. No: No consume alcohol regularmente. Registrado mediante los datos recolectados en el cuestionario y al historia clínica	Cualitativa	Nominal Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	OR Porcentajes

ANEXO C: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Este instrumento tiene como objetivo recolectar información sobre los factores relacionados con la ansiedad en pacientes adultos atendidos en el Centro de Salud San Sebastián. Está dividido en tres partes principales:

I. Factores relacionados:

- Factores Sociodemográficos: Incluye preguntas sobre edad, sexo, ocupación y nivel educativo.
- Factores Patológicos: Evalúa la presencia de antecedentes familiares de ansiedad, diabetes tipo 2 e hipertensión arterial.
- Factores de Estilo de Vida: Indaga sobre actividad física, tabaquismo y consumo de alcohol.

Pregunta	Opciones
Parte I: Factores Sociodemográficos	
1. ¿Cuál es su edad?	18- 45 años > 45 años
2. ¿Cuál es su sexo?	Masculino __ Femenino __
3. ¿Cuál es su ocupación actual?	Empleado __ Desempleado __
4. ¿Cuál es su nivel de educación?	Primaria __ Secundaria __ Técnica __ Universitaria __
Parte II: Factores Patológicos	
5. ¿Tiene antecedentes familiares de ansiedad?	Sí __ No __
6. ¿Tiene diagnóstico de diabetes tipo 2 ?	Sí __ No __
7. ¿Tiene diagnóstico de hipertensión arterial?	Sí __ No __
Parte III: Factores de Estilo de Vida	
8. ¿Realiza actividad física regular?	Sí __ No __
9. ¿Es fumador activo?	Sí __ No __
10. ¿Consume alcohol regularmente?	Sí __ No __

II. Escala de Ansiedad:

Adicionalmente, se aplicará la Escala de Ansiedad de Lima (EAL-20) para medir el nivel de ansiedad en los participantes.

Ítems	Sí	No
1. Tengo miedo de conocer gente nueva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Me incomodaría entrar o salir de un lugar lleno de gente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tengo miedo de dar exámenes o de tener una entrevista de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Me da miedo estar en lugares altos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Me es difícil hablar con otras personas, tengo temor, me cuesta iniciar una conversación o no se me ocurre qué decir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Me incomoda que me observen cuando trabajo, escribo, camino o tengo algún objeto que se me pueda caer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Tengo miedo de hacer el ridículo y sentirme humillado o avergonzado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Me da miedo alejarme de mi casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. He sentido miedo sin motivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Me he sentido aturdido o confundido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Tiendo a sentirme nervioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Me he sentido angustiado, con los nervios de punta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Me he sentido agitado o alterado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Generalmente me siento cómodo, sosegado, apacible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Con facilidad me siento asustado, con temor o miedo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. He sentido que me falta el aire o me ahogo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. He sentido dolor o presión en el pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Me siento inseguro, como si me fuera a caer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Tengo sensaciones de adormecimiento u hormigueo en el cuerpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Tengo escalofríos frecuentemente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lozano, A. y Vega, J. (2018). Construcción y propiedades psicométricas de la Escala de

Ansiedad de Lima de 20 ítems (EAL-20). *Revista de Neuropsiquiatría*, 81(4), pp. 226-

234. <https://doi.org/10.20453/rnp.v81i4.3437>