



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES
CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 12

**“NIVEL DE ANSIEDAD ESTADO Y RASGO EN PACIENTES
DE LA UMF12 DE AGUASCALIENTES, MEDIDO CON EL
INVENTARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO (STAI).”**

TESIS PRESENTADA POR
NATALY DEL ROCÍO GÓMEZ SANTOYO

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

ASESOR:

DRA. LIZBETH LEONILA ARAUJO CABRAL

FECHA

MIÉRCOLES 2 DE JUNIO 2025. AGUASCALIENTES, AGS



Aguascalientes, Ags. A 16 de Junio del 2025

DR. SERGIO RAMIREZ GONZALEZ

DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

P R E S E N T E

Por medio de la presente le informo que la Residente de la Especialidad de MEDICINA FAMILIAR en la Unidad de Medicina Familiar No. 12 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la OOAD Aguascalientes.

DR. NATALY DEL ROCÍO GÓMEZ SANTOYO

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

“NIVEL DE ANSIEDAD ESTADO Y RASGO EN PACIENTES DE LA UMF12 DE AGUASCALIENTES, MEDIDO CON EL INVENTARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO (STAI).”

Número de Registro: **R-2025-101-037** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo con la opción de titulación: **TESIS.**

La **DRA. NATALY DEL ROCÍO GÓMEZ SANTOYO**, asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, cumpliendo con la normatividad de investigación vigente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin otro particular, agradezco a usted su atención, enviándole un cordial saludo.

Carlos Alberto Prado Aguilar

ATENTAMENTE:

DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR

COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD



Aguascalientes, Ags. A 16 de Junio del 2025

DR. SERGIO RAMIREZ GONZALEZ

DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

P R E S E N T E

Por medio de la presente le informo que la Residente de la Especialidad de MEDICINA FAMILIAR en la Unidad de Medicina Familiar No. 12 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la OOAD Aguascalientes.

DR. NATALY DEL ROCÍO GÓMEZ SANTOYO

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

“NIVEL DE ANSIEDAD ESTADO Y RASGO EN PACIENTES DE LA UMF12 DE AGUASCALIENTES, MEDIDO CON EL INVENTARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO (STAI).”

Número de Registro: **R-2025-101-037** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo con la opción de titulación: **TESIS**.

La **DRA. NATALY DEL ROCÍO GÓMEZ SANTOYO** asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconvenientes para que se proceda a la impresión definitiva ante el comité que usted preside, para que sean realizados los trámites correspondientes a su especialidad, Sin otro particular, agradezco la atención que sirva a la presente, quedando a sus órdenes para cualquier aclaración.

ATENTAMENTE:

DRA. LIZBETH LEONIŁA ARAUJO CABRAL
DIRECTORA DE TESIS



Gobierno de México



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



OOAD Aguascalientes

Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud
Unidad de Medicina Familiar No. 10
Lic. Ignacio García Téllez

Aguascalientes, Ags. 23 de junio del 2025

MCB E. SILVIA PATRICIA GONZALEZ FLORES
SECRETARIA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES
P R E S E N T E

Por medio de la presente hago constar que el **C. Lizbeth Leonila Araujo Cabral**, médico adscrito y asesor de la tesis de la **C. Nataly del Rocío Gómez Santoyo** de la especialidad de medicina familiar adscrita al Hospital General de Zona No. 1 Aguascalientes.

La Dra. Lizbeth previamente se encontraba en la Unidad de Medicina Familiar 10, por motivos personales solicito cambio de adscripción a la Unidad de Medicina Familiar 12, sin embargo continuo apoyando con actividades docentes dentro de la residencia motivo por el cual se asignó continuo como asesor de tesis, quien pertenece a esta línea de generación del conocimiento de enfermedades no transmisibles como parte de su expertis en área de Medicina Familiar.

Lo anterior para su conocimiento, sin otro particular por el momento, me despido de usted, agradeciendo su atención.

Dra. Ana Laura Sagaón Téllez

MEDICO CIRUJANO Y PARTERO
MEDICO FAMILIAR

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD

ATENTAMENTE



23 JUN. 2025



DRA. ANA LAURA SAGAÓN TELÉZ

CEDULA PROFESIONAL 5288400
MEDICO FAMILIAR CEDULA 7458677
MATRICULA 99207883



COORDINADOR CLINICO EDUCACION E INVESTIGACION UMF10

Dra. Erica Campos Jiménez

MEDICO FAMILIAR

Matr. 99148846 U.M.F. No. 10

DRA. ERICA CAMPOS JIMENEZ

PROFESORA TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR EN UMF10



2025
Año de
La Mujer
Indígena

Av. De la Convención de 1914 Nte. No. 102, col. Industrial, C.P. 20030, Aguascalientes, Ags. Tel. 4499145051
www.imss.oob.mx

Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **101**,
H GRAL ZONA NUM 1

Registro COFEPRIS **17 CI 01 001 038**
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 01 CEI 001 2018082**

FECHA **Martes, 18 de marzo de 2025**

Doctor (a) **LIZBETH LEONILA ARAUJO CABRAL**

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Nivel de Ansiedad Estado y Rasgo en Pacientes de la UMF12 de Aguascalientes, Medido con el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2025-101-037

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE



Doctor (a) **CARLOS ARMANDO SANCHEZ NAVARRO**
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 101



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Dictamen de Aprobado

Comité de Ética en Investigación **1018**.
H GRAL ZONA NUM 1

Registro COFEPRIS **17 CI 01 001 038**
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 01 CEI 001 2018082**

FECHA **Martes, 11 de marzo de 2025**

Doctor (a) LIZBETH LEONILA ARAUJO CABRAL

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Nivel de Ansiedad Estado y Rasgo en Pacientes de la UMF12 de Aguascalientes, Medido con el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**:

Número de Registro Institucional

Sin número de registro

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Doctor (a) AGUILAR MERCADO VIRGINIA VERONICA
Presidente del Comité de Ética en Investigación No. 1018



DICTAMEN DE LIBERACIÓN ACADÉMICA PARA INICIAR LOS TRÁMITES DEL EXAMEN DE GRADO - ESPECIALIDADES MÉDICAS



Fecha de dictaminación dd/mm/aa: 16/07/25

NOMBRE: GOMEZ SANTOYO NATALY DEL ROCIO **ID** 123520

ESPECIALIDAD: EN MEDICINA FAMILIAR **LGAC (del posgrado):** ENFERMEDADES NO TRASMISIBLES

TIPO DE TRABAJO: Tesis Trabajo práctico

TITULO: NIVEL DE ANSIEDAD ESTADO Y RASGO EN PACIENTES DE LA UMF12 DE AGUASCALIENTES, MEDIDO CON EL INVENTARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO (STAI)

IMPACTO SOCIAL (señalar el impacto logrado): IDENTIFICACION TEMPRANA DE ANSIEDAD EN PACIENTES ADULTOS EN ATENCION PRIMARIA, PROMOVRIENDO INTERVENCIONES PREVENTIVAS Y MEJOR SALUD MENTAL

INDICAR SI/NO SEGÚN CORRESPONDA:

Elementos para la revisión académica del trabajo de tesis o trabajo práctico:

- SI El trabajo es congruente con las LGAC de la especialidad médica
- SI La problemática fue abordada desde un enfoque multidisciplinario
- SI Existe coherencia, continuidad y orden lógico del tema central con cada apartado
- SI Los resultados del trabajo dan respuesta a las preguntas de investigación o a la problemática que aborda
- SI Los resultados presentados en el trabajo son de gran relevancia científica, tecnológica o profesional según el área
- SI El trabajo demuestra más de una aportación original al conocimiento de su área
- SI Las aportaciones responden a los problemas prioritarios del país
- NO Generó transferencia del conocimiento o tecnológica
- SI Cumple con la ética para la investigación (reporte de la herramienta antiplagio)

El egresado cumple con lo siguiente:

- SI Cumple con lo señalado por el Reglamento General de Docencia
- SI Cumple con los requisitos señalados en el plan de estudios (créditos curriculares, optativos, actividades complementarias, estancia, etc)
- SI Cuenta con los votos aprobatorios del comité tutorial, en caso de los posgrados profesionales si tiene solo tutor podrá liberar solo el tutor
- SI Cuenta con la aprobación del (la) Jefe de Enseñanza y/o Hospital
- SI Coincide con el título y objetivo registrado
- SI Tiene el CVU del Conahcyt actualizado
- NA Tiene el artículo aceptado o publicado y cumple con los requisitos institucionales

Con base a estos criterios, se autoriza se continúen con los trámites de titulación y programación del examen de grado

Si
No

FIRMAS

Revisó:

NOMBRE Y FIRMA DEL SECRETARIO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO:

MCB.E SILVIA PATRICIA GONZÁLEZ FLORES

Autorizó:

NOMBRE Y FIRMA DEL DECANO:

DR. SERGIO RAMÍREZ GONZÁLEZ

Nota: procede el trámite para el Depto. de Apoyo al Posgrado

En cumplimiento con el Art. 105C del Reglamento General de Docencia que a la letra señala entre las funciones del Consejo Académico: Cuidar la eficiencia terminal del programa de posgrado y el Art. 105F las funciones del Secretario Técnico, llevar el seguimiento de los alumnos.



 Nataly del Rocio ▾

 AUTOR ▾

ARTÍCULOS

10 items/página

Buscar...

CÓDIGO	TÍTULO	ESTADO	
RMF/0080/25	NIVEL DE ANSIEDAD ESTADO Y RASGO EN PACIENTES DE LA UMF12 DE AGUASCALIENTES, MEDIDO CON EL INVENTARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO (STAI)	Pendiente de validación	

Mostrando registros del 1 al 1 de un total de 1 registros

Anterior **1** Siguiente

Nueva actualización



 Nataly del Rocio ▾

 AUTOR ▾

ARTÍCULOS

10 items/página

Buscar...

CÓDIGO	TÍTULO	ESTADO	
RMF/0080/25	NIVEL DE ANSIEDAD ESTADO Y RASGO EN PACIENTES DE LA UMF12 DE AGUASCALIENTES, MEDIDO CON EL INVENTARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO (STAI)	Artículo completado y pendiente de validación	

Mostrando registros del 1 al 1 de un total de 1 registros

Anterior **1** Siguiente

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS

Gracias a todos los que apoyaron.



INDICE GENERAL

1.	INTRODUCCIÓN.....	6
2.	MARCO TEORICO.....	7
2.1.	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA.....	7
2.2.	ANTECEDENTES CIENTÍFICOS	8
2.3.	TEORIAS Y MODELOS	13
2.3.1.	Marco conceptual.....	15
3.	JUSTIFICACIÓN	17
3.1.	MAGNITUD Y TRASCENDENCIA	17
4.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	20
4.1.	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	21
5.	OBJETIVO GENERAL	22
5.1.	OBJETIVO GENERAL	22
5.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	22
6.	HIPÓTESIS.....	22
7.	MATERIAL Y MÉTODOS	23
7.1.	TIPO DE ESTUDIO.....	23
7.2.	UNIVERSO DE ESTUDIO	23
7.3.	POBLACIÓN DE ESTUDIO	23
7.4.	POBLACIÓN BLANCO	23
7.5.	CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	23
7.5.1.	Criterios de Inclusión:.....	23
7.5.2.	Criterios de Exclusión:.....	24
7.5.3.	Criterios de Eliminación:.....	24
7.6.	TIPO DE MUESTRA.....	24
7.7.	TAMAÑO DE LA MUESTRA	24

7.8.	LOGÍSTICA.....	26
7.9.	PLAN DE ANÁLISIS.....	27
7.10.	CARACTERÍSTICAS DEL INSTRUMENTO.....	28
7.11.	ASPECTOS ÉTICOS	30
7.12.	RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD.....	32
7.12.1.	Recursos Humanos.....	32
7.13.	CRONOGRAMA	33
8.	RESULTADOS	34
9.	DISCUSIÓN	45
9.1.	LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES	47
10.	CONCLUSIONES	48
11.	GLOSARIO.....	51
12.	BIBLIOGRAFÍA.....	53
13.	ANEXOS	56
	ANEXO A. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOCIODEMOGRAFICOS.....	56
	ANEXO B. MANUAL OPERACIONAL SOBRE LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO.	62
	ANEXO C. CUADRO CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS	65
	ANEXO D. CUADRO CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DEL INSTRUMENTO APLICAR. TEST DE SPIELBERGER (STAI).....	69
	ANEXO E. CARTA DE CONSENTIMIENTO.....	73
	ANEXO F. CARTA DE NO INCONVENIENTE	74

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características demográficas..... 34

Tabla 2. Educación y ocupación 35

Tabla 3. Laborales y hábitos de sueño 36

Tabla 4. Conocimiento sobre ansiedad..... 36

Tabla 5. Nivel de ansiedad rasgo..... 37

Tabla 6. Distribución de respuestas en la subescala Ansiedad Rasgo..... 38

Tabla 7. Ansiedad-Rasgo y variables sociodemográficas 39

Tabla 8. Nivel de ansiedad estado 41

Tabla 9. Distribución de respuestas en la subescala Ansiedad Estado 42

Tabla 10. Ansiedad-Estado y variables sociodemográficas 43

INDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Edad 34

Gráfica 2. Sexo 34

Gráfica 3. Ansiedad- Rasgo 37

Gráfica 4. Ansiedad -Estado..... 41

RESUMEN

Antecedentes: La ansiedad es una respuesta emocional común que puede manifestarse como un estado transitorio o como un rasgo persistente. El Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) permite evaluar ambas dimensiones, siendo útil en contextos clínicos y preventivos. En México, el abordaje sistemático de la ansiedad en unidades de atención primaria sigue siendo limitado, a pesar de su impacto en la salud general. **Objetivo:** Determinar los niveles de ansiedad estado y rasgo en pacientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 12 de Aguascalientes, mediante el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), y explorar su relación con variables sociodemográficas. **Material y métodos:** Estudio cuantitativo, observacional, transversal y descriptivo. Se incluyó a 125 pacientes derechohabientes, mayores de 20 años, con sospecha de ansiedad según tamizaje con PHQ-4. Se recolectaron datos sociodemográficos y se aplicó el STAI en sesiones grupales supervisadas. Los datos fueron analizados con estadística descriptiva e inferencial en SPSS 23. **Resultados:** La mayoría de los participantes fueron mujeres (67.2%), con edades entre 20 y 29 años (38.4%). En la dimensión de ansiedad rasgo, el 79.2% presentó ansiedad moderada, el 20% ansiedad baja y solo el 0.8% ansiedad alta. En ansiedad estado, el 80% mostró ansiedad moderada, el 15.2% baja y el 4.8% alta. Se observaron niveles más altos de ansiedad en mujeres, jóvenes de 20 a 29 años, personas con menor escolaridad, trabajadores con jornadas laborales largas y quienes duermen menos de siete horas. Las diferencias por estado civil o condición de proveedor no fueron significativas. **Conclusiones:** Los resultados subrayan la alta prevalencia de ansiedad moderada en la población evaluada, con perfiles de riesgo asociados a factores como sexo, edad, carga laboral y sueño. Se recomienda implementar estrategias de detección temprana y atención psicológica preventiva en unidades de atención primaria.

Palabras clave: Ansiedad, STAI, Atención primaria.

ABSTRACT

Background: Anxiety is a common emotional response that can manifest as a transient state or as a persistent trait. The State-Trait Anxiety Inventory (STAI) assesses both dimensions, making it useful in clinical and preventive settings. In Mexico, the systematic approach to anxiety in primary care units remains limited, despite its impact on general health. **Objective:** To determine state and trait anxiety levels in patients at Family Medicine Unit No. 12 in Aguascalientes, using the State-Trait Anxiety Inventory (STAI), and to explore its relationship with sociodemographic variables. **Materials and methods:** A quantitative, observational, cross-sectional, and descriptive study was carried out. One hundred and twenty-five patients, aged 20 years and over, with suspected anxiety based on PHQ-4 screening, were included. Sociodemographic data were collected, and the STAI was administered in supervised group sessions. The data were analyzed using descriptive and inferential statistics in SPSS 23. **Results:** The majority of participants were women (67.2%), between 20 and 29 years of age (38.4%). In the trait anxiety dimension, 79.2% presented moderate anxiety, 20% low anxiety, and only 0.8% high anxiety. In state anxiety, 80% presented moderate anxiety, 15.2% low anxiety, and 4.8% high anxiety. Higher anxiety levels were observed in women, young people aged 20 to 29, people with less education, workers with long workdays, and those who sleep less than seven hours. Differences based on marital status or provider status were not significant. **Conclusions:** The results highlight the high prevalence of moderate anxiety in the assessed population, with risk profiles associated with factors such as sex, age, workload, and sleep. Implementing early detection strategies and preventive psychological care in primary care units is recommended.

Keywords: Anxiety, STAI, Primary care.

1. INTRODUCCIÓN

La ansiedad es una de las manifestaciones emocionales más comunes en la población general, caracterizada por una sensación persistente de preocupación, tensión o miedo, que puede interferir significativamente en el bienestar psicológico y físico de quienes la experimentan. En el ámbito de la atención primaria, este trastorno suele pasar desapercibido o no ser abordado de forma sistemática, a pesar de su impacto en la calidad de vida y en el desarrollo de enfermedades crónicas. La identificación precisa de los niveles de ansiedad, tanto en su forma transitoria (estado) como en su manifestación más estable y constante (rasgo), es fundamental para desarrollar estrategias de intervención oportunas y efectivas. En este contexto, el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) se ha consolidado como una herramienta válida y confiable para evaluar ambas dimensiones, permitiendo no solo el diagnóstico inicial, sino también el seguimiento clínico de los pacientes. Sin embargo, en unidades médicas familiares como la UMF No. 12 de Aguascalientes, existe una marcada ausencia de estudios que documenten de manera objetiva los niveles de ansiedad en la población atendida, lo que limita la posibilidad de diseñar acciones preventivas o de atención psicológica estructurada dentro del primer nivel de atención. Esta carencia de información local impide comprender el alcance real de la ansiedad en pacientes que, aunque no cuenten con un diagnóstico confirmado, ya presentan signos de malestar emocional detectables desde el tamizaje inicial. Por ello, surge la necesidad de generar evidencia empírica mediante investigaciones que exploren este fenómeno con rigor científico y pertinencia contextual, a fin de contribuir a la mejora de los protocolos clínicos y al fortalecimiento de las políticas de salud mental en el entorno comunitario. Este estudio tiene como finalidad aportar información relevante sobre los niveles de ansiedad estado y rasgo en pacientes derechohabientes de la UMF12, utilizando una herramienta psicométrica validada y con enfoque preventivo, lo que permitirá sentar las bases para futuras intervenciones integrales centradas en la salud emocional del paciente.

2. MARCO TEORICO

2.1. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Se realizó una búsqueda sistematizada de información en las bases de datos PubMed, BVS, Cochrane, MEDLINE y Scielo, utilizando términos MeSH y descriptores DeCS apropiados, así como operadores booleanos, con el objetivo de identificar estudios descriptivos relevantes que utilicen el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) para medir niveles de ansiedad y su prevalencia en contextos similares al planteado en este protocolo. La búsqueda incluyó investigaciones centradas en el tamizaje de la ansiedad estado y rasgo, excluyendo términos relacionados con validación o propiedades psicométricas del instrumento.

Estrategia de búsqueda:

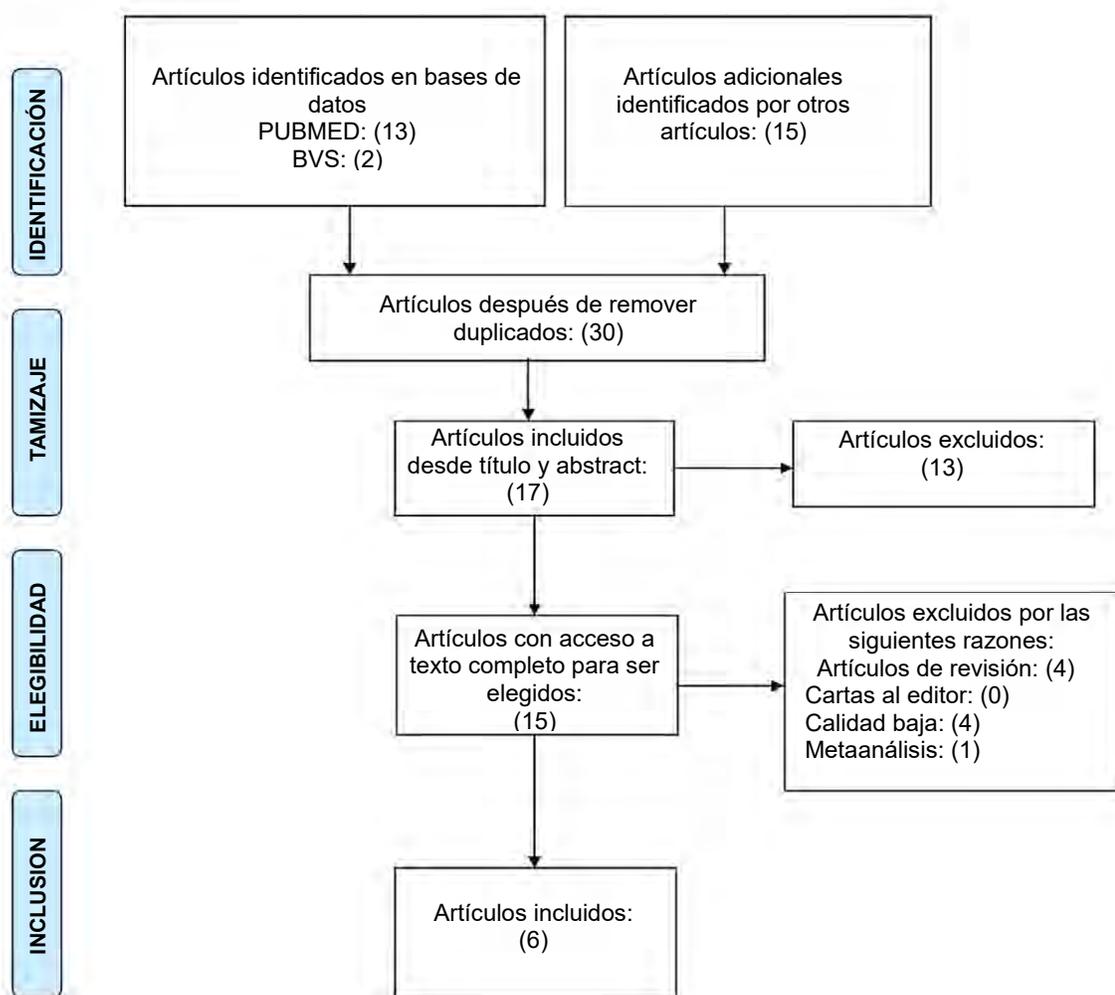
PUBMED

("State-Trait Anxiety Inventory" OR "STAI") AND "anxiety" AND "prevalence" AND "screening".)

BVS (Biblioteca Virtual en Salud):

tw:"State-Trait Anxiety Inventory" OR tw:"STAI" AND tw:"anxiety" AND tw:"prevalence" AND tw:"screening".

Diagrama de Cochrane



Fuente: Manual para elaboración de revisiones sistemáticas de Cochrane (1)

2.2. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

Juan Sebastián Villarreal Sánchez y colaboradores (2019) llevaron a cabo un estudio en la Universidad Cooperativa de Colombia, sede Bucaramanga, con el objetivo de establecer las diferencias cuantitativas en los niveles de ansiedad estado y rasgo en estudiantes universitarios, considerando variables como género, edad y ocupación. Se seleccionó una muestra aleatoria de 177 estudiantes, de los cuales 159 completaron el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI). La población estuvo compuesta por 43 hombres y 134 mujeres, con edades entre 18 y 40 años, y un promedio de edad de 23.58 años. Del total, 67 participantes mencionaron estar trabajando mientras cursaban su carrera. El análisis de

los resultados mostró que el 56% de los participantes presentaron ansiedad estado y el 44% ansiedad rasgo. Las mujeres que solo estudiaban lideraron ambos tipos de ansiedad, representando el 57% de los casos de ansiedad estado y el 44% de ansiedad rasgo. En términos de edad, el grupo de 18 a 22 años registró la mayor prevalencia de ansiedad (85% de los casos), seguido de los grupos de 23 a 27 años y de 28 a 32 años, ambos con un 7%. En relación al género y la ocupación, las mujeres que trabajaban y estudiaban presentaron menos casos de ansiedad que aquellas que solo estudiaban, lo que sugiere un posible efecto protector de las responsabilidades laborales en la autorregulación emocional. En contraste, entre los hombres, aquellos que trabajaban y estudiaban mostraron mayores niveles de ansiedad en comparación con los que solo estudiaban. Los autores concluyen que la ansiedad estado y rasgo es más prevalente en las mujeres universitarias, particularmente en el rango de edad de 18 a 22 años, lo que puede atribuirse a factores como la transición a la adultez, la falta de experiencia y las presiones académicas. Además, se resalta una diferencia en la manera en que género y ocupación influyen en los niveles de ansiedad, siendo los hombres más susceptibles cuando combinan estudio y trabajo, mientras que en las mujeres esta combinación parece tener un efecto regulador(2).

Marcelo Ceberio y colaboradores (2021) llevaron a cabo un estudio con el objetivo de evaluar los niveles de ansiedad estado y rasgo en la población argentina en el contexto de la pandemia de COVID-19. La investigación utilizó el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) como instrumento para medir estos niveles en una muestra de 2055 personas seleccionadas mediante muestreo no probabilístico. La recolección de datos se realizó mediante cuestionarios autoadministrados difundidos por redes sociales durante los primeros días de la cuarentena obligatoria en Argentina, que comenzó el 20 de marzo de 2020. La muestra estuvo compuesta por un 75% de mujeres y 25% de hombres, con edades entre 15 y 85 años, y una media de edad de 44.26 años. En términos de ocupación, el 19.3% eran profesionales de la salud, y un 33.4% pertenecía a grupos de riesgo por enfermedades crónicas o edad. En general, los niveles de ansiedad estado y rasgo fueron bajos, situándose en percentiles por debajo del 20 para la ansiedad estado (AE) y menores al 7 para la ansiedad rasgo (AR). Sin embargo, se observaron algunas variaciones significativas. Las mujeres presentaron niveles de ansiedad más altos que los hombres en ambas escalas, particularmente aquellas que trabajaban en modalidad presencial, mientras que en los hombres la ansiedad aumentó en aquellos que trabajaban en modalidad online. Entre los profesionales de la salud, los niveles de ansiedad estado fueron más elevados

que en otros grupos, especialmente en las mujeres enfermeras y profesionales de laboratorio, mientras que en los hombres destacaron los profesionales de salud mental. En cuanto a la ansiedad rasgo, los niveles más altos se observaron en mujeres acompañantes terapéuticas y los más bajos en enfermeras y kinesiólogas(3).

Jesús Francisco Galván-Molina y colaboradores (2017) realizaron un estudio con el objetivo de identificar los niveles de ansiedad estado y rasgo en estudiantes de medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México, como parte de un tamizaje psicopatológico más amplio. Este estudio transversal, observacional y comparativo incluyó una muestra de 323 estudiantes de primero, tercero y sexto año de la carrera de Medicina, con una media de edad de 21.5 años, de los cuales el 53% eran hombres y el 47% mujeres. La recopilación de datos se realizó en mayo de 2012 mediante un instrumento de medición electrónico que incluyó el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI). Los resultados mostraron una prevalencia del 13.3% para ansiedad estado y ansiedad rasgo, destacándose que los niveles de ansiedad aumentaban en los grados superiores. En el análisis sociodemográfico, los estudiantes que vivían solos o no realizaban actividad física presentaron niveles más altos de ansiedad rasgo. Además, se observó que las mujeres tendían a presentar mayores niveles de ansiedad en comparación con los hombres. El estudio concluye que la prevalencia de ansiedad estado y rasgo en esta población es significativa y está asociada a factores como el avance en la carrera, el aislamiento social y la falta de actividad física. Estas conclusiones resaltan la importancia de implementar intervenciones tempranas y diseñar estrategias de apoyo psicosocial para los estudiantes de medicina, a fin de prevenir el desarrollo de psicopatologías más severas. Además, el estudio subraya la necesidad de explorar las presentaciones atípicas de la ansiedad, especialmente en hombres y estudiantes que combinan su formación académica con otras responsabilidades(4).

Francisco Javier del Río Olvera y colaboradores (2018) realizaron un estudio con el objetivo de evaluar las propiedades psicométricas del Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) y su funcionamiento en una población de personas con historial de consumo de sustancias adictivas en comparación con un grupo de controles no consumidores. La investigación se llevó a cabo en 28 centros de tratamiento para adicciones distribuidos en 27 provincias españolas, utilizando un muestreo por conglomerados. La muestra estuvo compuesta por 1054 personas consumidoras de sustancias, con un rango de edad de 18 a 61 años y una media de 34.58 años, y 211 controles no consumidores, con edades entre

19 y 61 años y una media de 35.12 años. Los resultados indicaron que las personas consumidoras presentaron puntuaciones medias significativamente más altas en ansiedad estado (20.35) y ansiedad rasgo (26.34) en comparación con los controles, quienes obtuvieron puntuaciones medias de 13.52 y 15.25, respectivamente. Al analizar por sexo, las mujeres consumidoras presentaron puntuaciones más altas en ambas escalas (ansiedad estado: 23.82; ansiedad rasgo: 30.93) en comparación con los hombres consumidores (ansiedad estado: 19.83; ansiedad rasgo: 25.67). El estudio concluyó que el STAI es una herramienta adecuada para evaluar la ansiedad estado y rasgo en población con historial de adicciones, destacando que las puntuaciones elevadas en ansiedad estado y rasgo reflejan el impacto emocional y psicológico del consumo de sustancias. Además, las diferencias por sexo sugieren la necesidad de intervenciones específicas para hombres y mujeres en programas de tratamiento. Los hallazgos también resaltan la importancia de considerar las características únicas de la ansiedad en este grupo poblacional para orientar estrategias de prevención y tratamiento más efectivas(5).

Yuri Caro y colaboradores (2019) llevaron a cabo un estudio con el objetivo de determinar la prevalencia de ansiedad rasgo y su relación con factores académicos y sociodemográficos en estudiantes de pregrado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, Colombia. Se seleccionaron 325 estudiantes mediante un muestreo aleatorio estratificado, con una media de edad de 21.7 años, de los cuales el 53.5% eran mujeres y el 46.5% hombres. El 79% de los participantes pertenecían a los estratos socioeconómicos 1, 2 y 3, siendo Antioquia la región predominante de origen. La prevalencia de ansiedad rasgo alta fue del 26.5%, mientras que el 49.2% de los estudiantes presentaron niveles normales y el 24.3% niveles bajos. Se observó que las mujeres tenían una mayor probabilidad de presentar ansiedad rasgo alta en comparación con los hombres, con una razón de prevalencias (RP) de 1.67. Además, el 81.4% de los estudiantes con ansiedad alta tenía entre 19 y 24 años, y el 75.5% pertenecía a los estratos socioeconómicos más bajos. El estudio concluye que la ansiedad rasgo es prevalente en esta población, particularmente entre mujeres y estudiantes más jóvenes, destacando la influencia de factores académicos y emocionales(6).

González García Rocío Berenice y colaboradores (2021) realizaron un estudio con el objetivo de evaluar la prevalencia de ansiedad estado y rasgo en estudiantes de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia de la División de Ciencias de la Vida de la Universidad de Guanajuato. Este estudio descriptivo y transversal incluyó una muestra de

60 estudiantes, 30 del sexto semestre y 30 del octavo semestre, con una edad promedio de 22 años, y con predominancia del sexo femenino (85%). La recopilación de datos se realizó a través de cuestionarios digitales, utilizando el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) para evaluar el estado emocional transitorio y la ansiedad como rasgo. Los resultados revelaron una prevalencia más alta de ansiedad estado y rasgo en los estudiantes de octavo semestre en comparación con los de sexto. En términos de ansiedad estado, el 40% de los estudiantes de octavo semestre presentó niveles altos, frente al 17% de los estudiantes de sexto semestre. En cuanto a la ansiedad rasgo, el 34% de los estudiantes de octavo semestre exhibió niveles altos, mientras que en sexto semestre fue del 27%. Los resultados también indicaron que la ansiedad grave medida por la Escala de Hamilton fue mayor en octavo semestre (37%) que en sexto semestre (27%). El estudio concluye que los niveles más altos de ansiedad estado y rasgo en los estudiantes de octavo semestre podrían estar relacionados con las mayores demandas académicas y emocionales características del último año de la licenciatura, como trabajos finales, gastos de graduación y planificación de eventos. Estos hallazgos subrayan la necesidad de implementar estrategias institucionales, como talleres y consejerías, para ayudar a los estudiantes a enfrentar situaciones estresantes y reducir el impacto negativo de la ansiedad en su rendimiento académico y bienestar general(7).

2.3. TEORIAS Y MODELOS

El Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) fue desarrollado por Charles Spielberger en 1966, junto con colaboradores como Richard L. Gorsuch y Robert E. Lushene(8). La teoría de la ansiedad de Charles Spielberger, quien desarrolló el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) en 1966, representa un enfoque innovador en la conceptualización y evaluación de la ansiedad. Spielberger proponía que la ansiedad no es un fenómeno simple, sino que posee dos dimensiones esenciales que pueden ser comprendidas mejor si se dividen en dos componentes: la ansiedad estado y la ansiedad rasgo. Esta división teórica y metodológica se fundamenta en la idea de que la ansiedad puede ser tanto una respuesta inmediata a una situación percibida como amenazante (ansiedad estado) como una predisposición más estable de la personalidad (ansiedad rasgo), que lleva a una tendencia recurrente a experimentar ansiedad ante situaciones cotidianas(9).

La ansiedad estado se refiere a la respuesta emocional transitoria que experimenta una persona en momentos específicos cuando enfrenta una situación estresante o amenazante. Este tipo de ansiedad se caracteriza por sentimientos intensos y pasajeros de tensión, nerviosismo o miedo que varían según el contexto y la situación. Spielberger explicó que la ansiedad estado se activa como un mecanismo de defensa que prepara al individuo para reaccionar de manera inmediata a una situación que es percibida como potencialmente peligrosa, movilizandorecursos fisiológicos y psicológicos para afrontar el desafío. Este mecanismo es adaptativo en muchas situaciones, ya que prepara al individuo para actuar rápidamente, ya sea enfrentándose a la amenaza o huyendo de ella. Los síntomas físicos de la ansiedad estado, como el aumento del ritmo cardíaco, la sudoración o la tensión muscular, reflejan la activación del sistema nervioso simpático, que tiene como objetivo preparar el organismo para actuar ante el peligro inminente(8). Por otro lado, la ansiedad rasgo se refiere a una predisposición estable en el tiempo que tiene el individuo a percibir una amplia variedad de situaciones como amenazantes, experimentando ansiedad de manera frecuente y sostenida. En este sentido, la ansiedad rasgo se puede entender como una característica de la personalidad que hace a una persona más vulnerable a experimentar ansiedad, incluso en situaciones que no serían consideradas amenazantes por otras personas. Spielberger consideraba que la ansiedad rasgo estaba relacionada con diferencias individuales en el modo en que las personas procesan y enfrentan los desafíos cotidianos. Aquellos con altos niveles de ansiedad rasgo tienden a experimentar más preocupación, tensión y miedo en su vida diaria, lo que puede tener un impacto significativo

en su bienestar y calidad de vida. Esta predisposición se basa en factores internos, como la estructura de la personalidad, la historia de vida del individuo, y la forma en que ha aprendido a lidiar con el estrés a lo largo del tiempo(10). La relación entre la ansiedad estado y la ansiedad rasgo es uno de los aspectos fundamentales de la teoría de Spielberger. Una persona con un nivel elevado de ansiedad rasgo es más propensa a experimentar episodios más frecuentes y más intensos de ansiedad estado, ya que su predisposición general a la ansiedad hace que perciba más situaciones como amenazantes y reaccione de manera ansiosa frente a ellas. En otras palabras, el nivel de ansiedad rasgo actúa como un factor modulador de la ansiedad estado, incrementando la sensibilidad del individuo frente a los estímulos del entorno y favoreciendo una respuesta ansiosa más pronunciada. Este vínculo entre ansiedad estado y ansiedad rasgo ayuda a entender cómo ciertos individuos se encuentran atrapados en un ciclo constante de ansiedad, donde la predisposición a sentir ansiedad lleva a experimentar con mayor frecuencia episodios de ansiedad intensa ante eventos que otros podrían considerar triviales o no amenazantes(11).

Desde una perspectiva teórica, Spielberger también se basó en la psicología del aprendizaje para explicar los mecanismos subyacentes de la ansiedad. La ansiedad rasgo podría ser producto de experiencias previas donde el individuo se enfrentó a situaciones estresantes o amenazantes sin disponer de los recursos adecuados para manejarlas. Estas experiencias pueden haber dejado una huella psicológica que hace que el individuo aprenda a percibir el mundo de una manera más amenazante, aumentando su nivel de ansiedad rasgo. Este aprendizaje emocional contribuye a la formación de patrones de respuesta que se activan de manera automática cada vez que el individuo percibe una situación que recuerda a esas experiencias previas(10). El STAI, como herramienta basada en esta teoría, permite evaluar de manera precisa tanto la ansiedad estado como la ansiedad rasgo, proporcionando una visión integral de la ansiedad de un individuo. Al diferenciar entre las respuestas emocionales transitorias y las disposiciones generales a experimentar ansiedad, el STAI ayuda a los profesionales de la salud a determinar si la ansiedad que siente una persona es principalmente una reacción a eventos específicos o si existe una tendencia más profunda y estable a experimentar ansiedad. Esto tiene implicaciones importantes para el tratamiento, ya que la ansiedad estado puede ser más sensible a intervenciones enfocadas en reducir el estrés inmediato, mientras que la ansiedad rasgo podría requerir un enfoque terapéutico más prolongado, centrado en la modificación de patrones cognitivos y emocionales(9). La teoría de la ansiedad de

Spielberger y el STAI han tenido un impacto significativo en la comprensión y evaluación de la ansiedad, proporcionando un marco conceptual que reconoce la complejidad de este fenómeno emocional. La diferenciación entre ansiedad estado y ansiedad rasgo permite un análisis más detallado de los mecanismos subyacentes de la ansiedad y ofrece a los profesionales de la salud mental una herramienta valiosa para planificar intervenciones que se ajusten a las necesidades particulares de cada individuo, ayudándolos a enfrentar tanto las situaciones inmediatas de estrés como las predisposiciones a largo plazo que condicionan su bienestar emocional(8).

2.3.1. Marco conceptual

Ansiedad Estado (State Anxiety)

Este concepto se refiere a la experiencia de ansiedad como una respuesta emocional transitoria que ocurre en situaciones específicas. En el marco conceptual de Spielberger, la ansiedad estado es una reacción momentánea a circunstancias estresantes o percibidas como amenazantes. Es una respuesta que varía de un momento a otro dependiendo del contexto y de los estímulos presentes, y se caracteriza por síntomas como el aumento del ritmo cardíaco, tensión muscular y sentimientos de preocupación. La ansiedad estado se concibe como una respuesta adaptativa que tiene la función de preparar al individuo para enfrentar o evitar el peligro inmediato. En términos del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), la ansiedad estado se evalúa preguntando al individuo cómo se siente "en este momento", capturando así la fluctuación de la ansiedad en respuesta a factores externos.

Ansiedad Rasgo (Trait Anxiety)

La ansiedad rasgo se refiere a la predisposición general y estable de una persona a percibir una amplia variedad de situaciones como amenazantes, lo que la lleva a experimentar ansiedad con mayor frecuencia. Dentro del marco conceptual de Spielberger, la ansiedad rasgo es considerada una característica de la personalidad que determina la tendencia de un individuo a reaccionar con ansiedad ante diferentes situaciones, incluso cuando estas no son objetivamente peligrosas. Se evalúa a través de preguntas que se centran en cómo una persona "se siente en general", reflejando una característica que no cambia de manera significativa con el tiempo. Las personas con alta ansiedad rasgo suelen experimentar

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

niveles elevados de preocupación y tensión a lo largo de su vida, lo que las predispone a enfrentar dificultades emocionales de forma recurrente.

Interrelación entre Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo

Un elemento importante del marco conceptual de Spielberger es la idea de que la ansiedad estado y la ansiedad rasgo interactúan entre sí. Las personas con niveles altos de ansiedad rasgo tienden a experimentar ansiedad estado con mayor frecuencia y mayor intensidad. Esto significa que quienes tienen una predisposición general a la ansiedad suelen tener respuestas emocionales más fuertes ante situaciones estresantes. Esta relación sugiere que los individuos con alta ansiedad rasgo tienen una sensibilidad mayor hacia los factores ambientales, lo que los hace propensos a interpretar más situaciones como amenazantes.

Aplicabilidad y Evaluación

Dentro del marco conceptual de Spielberger, se considera que la evaluación de estos dos tipos de ansiedad es esencial para comprender la naturaleza de los problemas de ansiedad en los individuos. El STAI se desarrolla como una herramienta útil para medir tanto la ansiedad estado como la ansiedad rasgo, proporcionando una visión integral del estado emocional del individuo. Esta diferenciación es crucial para diseñar intervenciones adecuadas, ya que permite a los profesionales de la salud mental identificar si los problemas de ansiedad de un individuo se derivan de una reacción situacional o de una predisposición más profunda y constante.

3. JUSTIFICACIÓN

3.1. MAGNITUD Y TRASCENDENCIA

La ansiedad es uno de los trastornos de salud mental más prevalentes tanto a nivel mundial como nacional, y su magnitud ha sido objeto de un creciente interés debido a su impacto significativo en la calidad de vida y en la carga global de la enfermedad. A nivel mundial, se estima que aproximadamente 301 millones de personas sufren algún tipo de trastorno de ansiedad, lo que representa el 4% de la población global, siendo el trastorno mental más común en 2019, según la Organización Mundial de la Salud (OMS)(12). La incidencia y prevalencia de la ansiedad han mostrado un aumento constante en las últimas décadas, y la pandemia de COVID-19 exacerbó esta situación, llevando a un incremento sustancial en los casos reportados de ansiedad en diferentes países. En América Latina, la prevalencia de los trastornos de ansiedad se estima en un rango que va del 7% al 10%, afectando desproporcionadamente a las mujeres y a aquellos con menor acceso a recursos de salud mental(13).

En México, los trastornos de ansiedad también son altamente prevalentes y se encuentran entre los problemas de salud mental más frecuentes en el país. La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica reporta que la prevalencia anual de los trastornos de ansiedad es del 14.3%, lo que significa que aproximadamente 18 millones de personas en el país padecen algún trastorno de ansiedad(14,15). Además, se ha encontrado que los grupos más afectados incluyen a las mujeres, quienes presentan hasta el doble de probabilidades de desarrollar trastornos de ansiedad en comparación con los hombres, así como a los jóvenes y aquellos con antecedentes de estrés prolongado o eventos traumáticos. Esta alta prevalencia subraya la importancia de una intervención temprana y efectiva, especialmente en el primer nivel de atención, donde se puede identificar y gestionar de manera más oportuna(15).

En términos de trascendencia, los trastornos de ansiedad también tienen un impacto relevante en la mortalidad indirecta. Aunque la ansiedad en sí misma no es una causa directa de muerte, se ha asociado con un mayor riesgo de comorbilidades que sí pueden ser mortales, como enfermedades cardiovasculares, hipertensión y otros problemas metabólicos(16). Las personas que padecen ansiedad crónica tienen un riesgo incrementado de desarrollar estos problemas debido al estrés sostenido y a la hiperactivación del sistema nervioso simpático, lo cual genera cambios fisiológicos

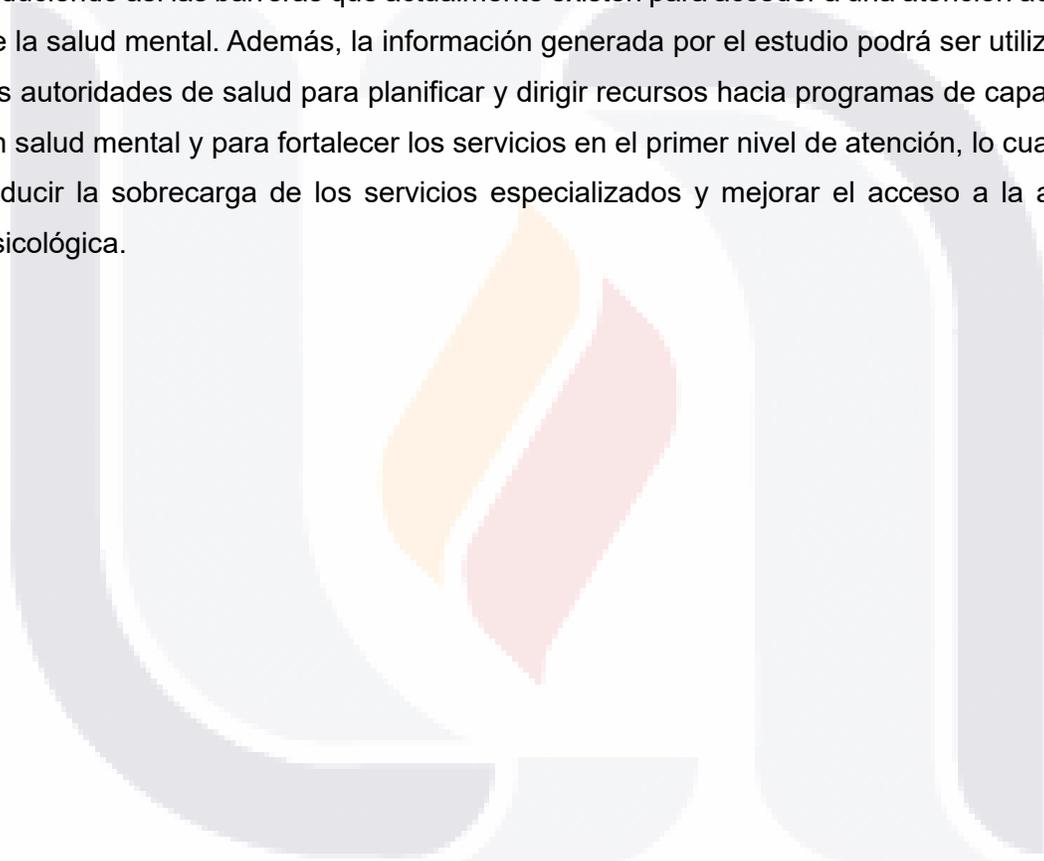
perjudiciales. Además, los trastornos de ansiedad, particularmente cuando no son tratados, aumentan significativamente el riesgo de conductas suicidas. La ansiedad severa, especialmente cuando se presenta junto con otros trastornos mentales como la depresión, es un factor de riesgo crítico para el suicidio, que sigue siendo una de las principales causas de muerte en personas jóvenes(17). El manejo inadecuado de la ansiedad, ya sea por falta de diagnóstico o tratamiento, contribuye también al deterioro de la calidad de vida y a la discapacidad, afectando el bienestar no solo del individuo, sino también de su entorno familiar y social (18,19). La carga de la ansiedad es enorme, ya que no solo implica consecuencias psicológicas y físicas para los pacientes, sino también costos económicos para los sistemas de salud debido al aumento de las consultas y a la atención de complicaciones asociadas. En este sentido, los esfuerzos para mejorar la detección, la evaluación y el tratamiento temprano de la ansiedad en la atención primaria pueden contribuir significativamente a reducir su impacto global y a mejorar la calidad de vida de millones de personas en el mundo(20).

Este estudio utilizará el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) de Spielberger, un instrumento validado y ampliamente utilizado para la evaluación de los niveles de ansiedad, con el objetivo de obtener información detallada sobre cómo se manifiesta la ansiedad en los pacientes de las unidades de primer nivel. Esta información será útil para identificar patrones de ansiedad relacionados con factores socioeconómicos y culturales específicos de la región, contribuyendo así al conocimiento sobre cómo los contextos locales influyen en la salud mental de la población(21). Además, el uso del STAI permitirá diferenciar entre ansiedad estado, que puede ser resultado de situaciones específicas, y ansiedad rasgo, que refleja una predisposición más estable a experimentar ansiedad. De esta manera, se podrán identificar con mayor precisión los casos que requieren intervenciones psicológicas más intensivas frente a aquellos que pueden beneficiarse de estrategias de manejo del estrés y educación para la salud.

La finalidad principal de este estudio es proporcionar un mayor entendimiento sobre los niveles y patrones de ansiedad en pacientes que acuden a unidades de primer nivel, con el fin de apoyar el diseño de programas de intervención que sean más adecuados a las necesidades específicas de la población local. Los resultados obtenidos se diseminarán a través de publicaciones en revistas de salud pública y congresos locales y nacionales, con la finalidad de llegar tanto a la comunidad académica como a los profesionales de la salud que laboran en el primer nivel de atención. Esto facilitará el acceso a la información y

permitirá que los hallazgos del estudio se integren en la práctica clínica y en el desarrollo de políticas de salud.

Los resultados de este estudio serán útiles para los profesionales de la salud que trabajan en el primer nivel de atención, quienes podrán utilizar los hallazgos para mejorar la detección temprana de la ansiedad y adaptar las intervenciones según el tipo de ansiedad predominante en los pacientes. Los beneficiarios de estos resultados serán, principalmente, los pacientes mismos, quienes recibirán una atención más precisa y personalizada, reduciendo así las barreras que actualmente existen para acceder a una atención adecuada de la salud mental. Además, la información generada por el estudio podrá ser utilizada por las autoridades de salud para planificar y dirigir recursos hacia programas de capacitación en salud mental y para fortalecer los servicios en el primer nivel de atención, lo cual podría reducir la sobrecarga de los servicios especializados y mejorar el acceso a la atención psicológica.



4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La ansiedad es un trastorno que se ha mostrado persistente y en aumento a nivel mundial y nacional, pero los datos actuales y la evidencia recolectada hasta ahora no proporcionan una perspectiva concluyente y detallada sobre cómo se manifiestan estos dos tipos de ansiedad, particularmente en poblaciones específicas y en entornos de atención primaria. La necesidad de abordar esta problemática se basa en la insuficiencia de estudios detallados sobre el comportamiento de la ansiedad en poblaciones locales, donde influyen factores sociodemográficos, culturales y económicos específicos. La presente investigación busca contribuir al conocimiento colectivo sobre la ansiedad estado y rasgo, llenando así un vacío crítico en la literatura, especialmente en el ámbito de la atención primaria en México, donde se han identificado deficiencias en el diagnóstico y manejo temprano de los trastornos de ansiedad. Los estudios previos revisados reflejan patrones que son relevantes para fundamentar la necesidad de esta investigación. Villarreal-Sánchez y colaboradores (2019) llevaron a cabo un estudio en estudiantes universitarios de Colombia y concluyeron que la ansiedad estado y rasgo es más prevalente en las mujeres jóvenes, particularmente en el grupo de edad de 18 a 22 años, sugiriendo que las presiones académicas y la transición a la adultez son factores importantes que influyen en el desarrollo de la ansiedad (2). Este hallazgo es consistente con otros estudios, como el de Ceberio y colaboradores (2021), quienes evaluaron los niveles de ansiedad en la población argentina durante la pandemia de COVID-19 y encontraron que las mujeres y los profesionales de la salud presentaron niveles de ansiedad más altos debido al estrés asociado con la pandemia y el trabajo presencial (3). Ambos estudios refuerzan la noción de que existen diferencias significativas en la ansiedad en función del género y del contexto en el cual se desarrolla la vida de los individuos. El trabajo de Galván-Molina y colaboradores (2017) en estudiantes de medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí también es relevante para establecer el contexto de la ansiedad estado y rasgo en la población académica, al identificar que la prevalencia de estos tipos de ansiedad aumenta conforme los estudiantes avanzan en su formación académica (4). Este fenómeno puede trasladarse al ámbito clínico, ya que el estrés y las responsabilidades laborales tienen una influencia similar en los pacientes de atención primaria. En un contexto diferente, el estudio de Del Río Olvera y colaboradores (2018), que evaluó la ansiedad estado y rasgo en una población con historial de consumo de sustancias, demostró que la ansiedad es significativamente más alta en estas personas, especialmente en mujeres consumidoras, lo cual subraya el papel de

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

factores como el género y el uso de sustancias en la exacerbación de la ansiedad (5). Asimismo, los hallazgos de Caro y colaboradores (2019) y González García y colaboradores (2021) resaltan la importancia de factores académicos y sociodemográficos en el desarrollo de la ansiedad. En el estudio de Caro y colaboradores, se observó que la ansiedad rasgo tenía una alta prevalencia en mujeres jóvenes y estudiantes de estratos socioeconómicos más bajos (6). Por otro lado, González García y colaboradores, mostraron que los estudiantes del octavo semestre de enfermería experimentaban niveles más altos de ansiedad estado y rasgo debido a las crecientes demandas académicas y emocionales en los últimos años de su formación (7). Estos estudios ponen de manifiesto cómo el entorno académico y el nivel socioeconómico afectan directamente los niveles de ansiedad, lo cual puede tener implicaciones importantes al considerar la situación de los pacientes de primer nivel de atención, quienes frecuentemente enfrentan barreras socioeconómicas y laborales que impactan su salud mental.

A pesar de los hallazgos previos, aún no existe evidencia concluyente sobre cómo se manifiestan específicamente los niveles de ansiedad estado y rasgo en pacientes de unidades de atención primaria en México, particularmente en entornos como la Unidad de Medicina Familiar 10 de Aguascalientes. Estos pacientes, a menudo, presentan una combinación de factores estresantes, tales como el acceso limitado a servicios de salud mental, la sobrecarga laboral y la falta de redes de apoyo adecuadas, que podrían influir en sus niveles de ansiedad. Por lo tanto, esta investigación tiene como objetivo principal abordar este vacío, proporcionando datos actualizados sobre los niveles de ansiedad estado y rasgo en esta población. Además, se espera que los resultados del estudio permitan diseñar estrategias de intervención más eficaces, orientadas no solo a reducir los niveles de ansiedad, sino también a prevenir complicaciones a largo plazo como la depresión y otras enfermedades asociadas.

Por lo anterior, surge la siguiente pregunta de investigación:

4.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el nivel de ansiedad estado y ansiedad rasgo en los pacientes de la UMF12 de Aguascalientes, medido con el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)?

5. OBJETIVO GENERAL.

5.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de ansiedad estado y rasgo mediante la aplicación del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Describir las características sociodemográficas de la muestra de estudio, incluyendo edad, sexo, estado civil, nivel de escolaridad, ocupación y estado socioeconómico.

Estimar la prevalencia de ansiedad estado en la población de estudio, considerando las situaciones específicas que pudieran desencadenar episodios de ansiedad transitoria.

Estimar la prevalencia de ansiedad rasgo en la población de estudio, caracterizando la predisposición estable de ansiedad en los pacientes.

6. HIPÓTESIS

Al ser un estudio descriptivo no se realiza hipótesis.

7. MATERIAL Y MÉTODOS

7.1. TIPO DE ESTUDIO

El estudio fue de tipo observacional, transversal y descriptivo.

7.2. UNIVERSO DE ESTUDIO

El universo de estudio incluyó a todos los pacientes derechohabientes que acudieron al área de Atención Preventiva Integral de la Unidad de Medicina Familiar No. 12 de Aguascalientes, durante el periodo comprendido entre enero de 2024 y enero de 2025.

7.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población de estudio estuvo conformada por pacientes que fueron tamizados con el PHQ-4 y que presentaron sospecha de ansiedad (sin diagnóstico previo confirmado). Se incluyeron pacientes de ambos sexos o géneros, mayores de 20 años, trabajadores o no, que aceptaron participar voluntariamente en la investigación.

7.4. POBLACIÓN BLANCO

La población blanco consistió en pacientes con sospecha de ansiedad que habían sido tamizados mediante el PHQ-4 en la Unidad de Medicina Familiar No. 12 durante el periodo establecido y que cumplieron con los criterios de inclusión.

7.5. CRITERIOS DE SELECCIÓN

7.5.1. *Criterios de Inclusión:*

- Se incluyeron pacientes derechohabientes mayores de 20 años.
- Se consideraron aquellos que habían sido tamizados con el PHQ-4 y que resultaron con sospecha de ansiedad sin un diagnóstico confirmado previo.
- Se incluyeron únicamente los pacientes que asistieron en los turnos matutino o vespertino al área de Atención Preventiva Integral de la UMF 12 de Aguascalientes.

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- Todos los participantes incluidos firmaron el consentimiento informado para participar en el estudio.

7.5.2. Criterios de Exclusión:

- Se excluyeron pacientes cuyos resultados de tamizaje PHQ-4 indicaban sospecha exclusiva de depresión, trastorno mixto o pánico, sin sospecha de ansiedad.
- También se excluyeron pacientes con enfermedades neurológicas, psicológicas o psiquiátricas conocidas que dificultaran la contestación del instrumento.
- Asimismo, fueron excluidos aquellos con diagnóstico confirmado de ansiedad previo al tamizaje.

7.5.3. Criterios de Eliminación:

- Se eliminaron del estudio los pacientes que no completaron en su totalidad la prueba STAI.
- También se excluyeron aquellos que decidieron abandonar el estudio en cualquier etapa.
- Finalmente, se eliminaron los cuestionarios de pacientes que no cumplieron con las instrucciones al responder o que no firmaron el consentimiento informado.

7.6. TIPO DE MUESTRA

Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, seleccionado debido a las limitaciones en el acceso a la totalidad de la población derechohabiente de la UMF 12 y a la naturaleza exploratoria y descriptiva del estudio. Se reconoció que este método podía introducir sesgos, los cuales fueron abordados en el apartado de discusión y limitaciones del estudio.

7.7. TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para determinar el tamaño adecuado de la muestra en este estudio, se consideró la población de pacientes tamizados con el PHQ-4 en la Unidad de Medicina Familiar No. 12

(UMF12) de Aguascalientes durante el año 2024, la cual ascendió a un total de 157 pacientes que presentaron sospecha de ansiedad. Dado que se trató de un estudio observacional, transversal y descriptivo, el cálculo del tamaño muestral se realizó con una fórmula ajustada para una población finita:

$$n = \frac{N * Z^2 * p * (1 - p)}{Z^2 * p * (1 - p) + (N - 1) * c^2}$$

Utilizando los siguientes parámetros:

Nivel de confianza: 95% (Z = 1.96)

Proporción esperada: 50% (p = 0.5). **Justificación:** se utilizó este valor de manera conservadora, ya que en ausencia de datos locales precisos sobre la prevalencia de ansiedad en esta población, p = 50% maximizó la variabilidad y aseguró un tamaño muestral robusto (22).

Margen de error: 5% (c = 0.05)

Tamaño de la población: 157 pacientes (N = 157)

La fórmula utilizada para calcular el tamaño de muestra fue la siguiente:

$$n = \frac{157 * (1.96)^2 * 0.5 * (1 - 0.5)}{(1.96)^2 * .5 * (1 - 0.5) + (157 - 1) * (0.05)^2}$$

$$n = \frac{157 * 3.8416 * 0.25}{3.8416 * 0.25 + 156 * 0.0025}$$

$$n = \frac{150.39}{0.9604 + 0.39}$$

$$n = \frac{150.39}{1.3504}$$

$$n = 111.38 = 112 \text{ pacientes}$$

Ajuste por posibles pérdidas:

Considerando una tasa estimada de pérdida del 10% (por cuestionarios incompletos o abandono del estudio), se ajustó el tamaño de la muestra de la siguiente manera:

$$n_{final} = \frac{n}{1-0.10} = \frac{112}{0.90} = 124.4 \text{ (se redondea a 125 pacientes)}$$

Por lo tanto, se reclutaron 125 pacientes con el fin de compensar posibles pérdidas y asegurar que se dispusiera de al menos 112 cuestionarios completos para el análisis final. Este tamaño de muestra garantizó un nivel adecuado de precisión para estimar la prevalencia de ansiedad estado y rasgo en la población de pacientes tamizados en la UMF12 de Aguascalientes.

7.8. LOGÍSTICA

De acuerdo con la profundidad del conocimiento de la presente investigación, esta se enmarcó en un estudio descriptivo transversal.

Para poder llevar a cabo el proyecto, una vez obtenido el registro por parte del Comité Local de Investigación y Ética, se solicitó la autorización a la dirección de la UMF 12 para dar inicio al trabajo de campo y la recolección de los datos de la muestra.

Se informó al personal directivo de la unidad sobre el procedimiento, el objetivo del estudio, la muestra, el instrumento, la dinámica de aplicación y su finalidad. Los pacientes fueron citados en un día estipulado para acudir al auditorio de la unidad. Este estudio fue clasificado como de riesgo mínimo (Investigación tipo II), y se llevó a cabo en un lugar previamente estimado y adecuado para dicho fin.

Se realizó un análisis utilizando una computadora de la Unidad para ingresar a la Red Local de consulta, a fin de obtener los datos de los pacientes que asistieron al tamizaje con el PHQ-4, realizado por personal de enfermería, y que presentaron sospecha exclusiva de ansiedad durante el periodo de enero 2024 a enero 2025. Se recabó una muestra de 113 pacientes. Con el apoyo del área de trabajo social, se realizaron llamadas para invitar a los pacientes a participar en el protocolo de estudio, explicándoles la importancia de su colaboración. Se les citó en una fecha establecida por el investigador, en función de la disponibilidad del espacio.

Se gestionó el uso de un área con las condiciones necesarias para aplicar el estudio, en este caso, el auditorio de la Unidad de Medicina Familiar No. 10.

Con la supervisión y apoyo de un psicólogo capacitado, se permitió el ingreso de los participantes al auditorio de manera grupal. Se presentó el estudio asegurando la confidencialidad de las respuestas y la voluntariedad en su participación. Se explicó que el cuestionario sería autoaplicable.

Tras la firma del consentimiento informado, se entregaron las encuestas que incluían datos sociodemográficos y conocimientos generales sobre la ansiedad (Anexo B, sección 1), así como el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), manteniéndose en todo momento la supervisión del investigador y el psicólogo. Importante: durante la aplicación se evitó mencionar la palabra “ansiedad”, denominándose “cuestionario de autoevaluación” para no alterar el estado emocional de los participantes y afectar sus respuestas.

Se respetaron en todo momento las decisiones de los participantes, resolviendo las dudas que surgieron durante el proceso de aplicación. Al finalizar, se eliminaron aquellas encuestas o tests que no fueron respondidos en su totalidad.

Para la recolección de los datos se utilizó el software estadístico SPSS versión 23, con el cual se inició la tabulación de los datos. Se codificaron las variables del estudio y se ejecutó un análisis descriptivo de frecuencias, así como combinaciones de variables para obtener información más precisa sobre su interacción.

Todos los recursos humanos, materiales y hospitalarios, así como las contribuciones propias de la investigadora responsable —incluyendo la impresión de formatos, uso de computadora, hojas, bolígrafos o lápices, calculadora y programas estadísticos— fueron utilizados conforme a la autorización correspondiente para llevar a cabo el protocolo.

7.9. PLAN DE ANÁLISIS

La base de datos fue creada inicialmente en Microsoft Excel, donde se ingresaron los datos recolectados de las encuestas y del Test de Spielberger (STAI). Cada variable fue identificada y codificada según su tipo, ya sea categórica o numérica. Posteriormente, esta base de datos fue exportada al programa estadístico SPSS versión 23, el cual fue utilizado para realizar todos los análisis requeridos. El análisis de los datos comenzó con un análisis

univariado que permitió describir cada una de las variables involucradas. Para las variables categóricas, tales como el sexo, estado civil, ocupación y nivel de escolaridad, se calcularon las frecuencias absolutas y los porcentajes. Para las variables numéricas, como la edad y los puntajes obtenidos en el STAI, se calcularon medidas de tendencia central como la media, mediana y moda, así como medidas de dispersión como la desviación estándar y el rango. Además, se realizó una evaluación de la normalidad de las variables numéricas mediante la prueba de Shapiro-Wilk, con el objetivo de verificar si los datos seguían una distribución normal. En caso de contar con una muestra grande, también se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Si las variables presentaron una distribución normal, se reportaron la media y la desviación estándar; en caso contrario, se optó por reportar la mediana y el rango intercuartil.

7.10. CARACTERÍSTICAS DEL INSTRUMENTO

La Escala de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), desarrollada por Charles Spielberger, fue uno de los instrumentos de autoinforme utilizados para evaluar la ansiedad tanto como un estado transitorio (Ansiedad Estado) como un rasgo estable de la personalidad (Ansiedad Rasgo). Su adaptación a la población mexicana se llevó a cabo por primera vez en 1975 por Spielberger y Díaz-Guerrero, con el objetivo de asegurar que la versión del instrumento fuera culturalmente pertinente y validada específicamente para la población hispanohablante, particularmente para la de México. Desde entonces, la escala ha sido revisada y utilizada en diversas investigaciones y aplicaciones clínicas en el país.

En términos de validez de contenido, la adaptación al contexto mexicano se realizó asegurando que los ítems fueran culturalmente relevantes y comprensibles para los hablantes de español en México. La adaptación se centró en el ajuste del lenguaje para reflejar las expresiones idiomáticas y los contextos locales, asegurando que cada elemento del cuestionario midiera adecuadamente los constructos de ansiedad estado y rasgo. Esto se llevó a cabo mediante paneles de expertos en psicología y salud mental, quienes evaluaron la pertinencia de los ítems en relación con el fenómeno de la ansiedad dentro del contexto mexicano (19).

La validez de constructo se evaluó mediante análisis factorial confirmatorio para asegurar que la estructura bidimensional de la escala (Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo) fuera adecuada para la población mexicana. En estos análisis se encontraron buenos índices de ajuste: el Índice de Ajuste Comparativo (CFI) fue de 0.92, lo cual indicó un buen ajuste del modelo teórico propuesto respecto a los datos observados. Asimismo, el Índice de Tucker-Lewis (TLI) alcanzó un valor de 0.90, lo cual también sugirió que la estructura del instrumento estuvo bien definida para la población de estudio. En cuanto al Error Cuadrático Medio de Aproximación (RMSEA), se reportó un valor de 0.05, que indicó un ajuste adecuado del modelo y sugirió que la estructura bidimensional fue consistente con los datos obtenidos en la población mexicana. La varianza explicada por el modelo para ambas dimensiones fue de aproximadamente 60%, lo cual indicó que la mayoría de la variabilidad en los niveles de ansiedad de los participantes se explicó por los ítems de la escala, confirmando su validez de constructo (23).

La validez de criterio del STAI se evaluó en comparación con otros instrumentos de evaluación de la ansiedad ampliamente utilizados, como la Escala de Ansiedad de Beck (BAI) y la Escala de Hamilton para la Ansiedad (HARS). En estudios realizados en México, se encontró que el STAI correlacionó significativamente con estos otros instrumentos, con coeficientes de correlación que oscilaron entre 0.70 y 0.80. Esto confirmó que la escala midió efectivamente los niveles de ansiedad de manera coherente con otros métodos validados, demostrando así su validez de criterio. En cuanto a la confiabilidad, la adaptación mexicana del STAI mostró altos niveles de consistencia interna, con valores del alfa de Cronbach que oscilaron entre 0.88 y 0.92 para ambas subescalas (Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo). Estos valores indicaron una excelente fiabilidad del instrumento, asegurando que los ítems de cada dimensión estuvieron altamente correlacionados entre sí y midieron de manera consistente el constructo de ansiedad. Adicionalmente, se evaluó la confiabilidad test-retest, con resultados que sugirieron estabilidad temporal en la medición del rasgo de ansiedad, lo cual fue particularmente importante para la subescala de Ansiedad Rasgo, que se supone debe reflejar una característica relativamente estable del individuo (24).

La estructura de la escala estuvo dividida en dos dimensiones: Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo, cada una con 20 ítems. La subescala de Ansiedad Estado evaluó cómo se sintió la persona en el momento específico de la evaluación, e incluyó ítems como “Me siento calmado” y “Estoy tenso”. La subescala de Ansiedad Rasgo, por su parte, evaluó la

tesis tesis tesis tesis tesis

tendencia general de la persona a experimentar ansiedad e incluyó ítems como “Siento ganas de llorar” y “Me preocupo demasiado por cosas sin importancia”. Cada ítem fue calificado en una escala tipo Likert de cuatro puntos, que varió de 0 (Nada o Casi nunca) a 3 (Mucho o Casi siempre), dependiendo de si correspondía a Ansiedad Estado o Rasgo.

El cálculo del puntaje general se realizó sumando las puntuaciones de cada uno de los 20 ítems de cada subescala, resultando en un puntaje que podía variar de 0 a 60 para cada dimensión. Los puntajes más altos indicaron niveles más elevados de ansiedad. En términos de interpretación de los puntajes, se consideraron ciertos rangos de corte establecidos para identificar la presencia de ansiedad. Para la población mexicana, los puntajes de 0 a 20 fueron considerados como niveles bajos de ansiedad, los puntajes entre 21 y 40 indicaron un nivel moderado de ansiedad, y los puntajes superiores a 40 se interpretaron como niveles altos de ansiedad, lo cual pudo sugerir la necesidad de una evaluación clínica más detallada.

7.11. ASPECTOS ÉTICOS

De acuerdo con las normas de ética, el proyecto se apegó a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley Federal de Salud en materia de investigación para la Salud y a la Declaración de Helsinki de 1975, enmendada en 1989, así como a los códigos y normas vigentes en investigación para la salud (25). Se respetó la protección y dignidad de los derechos y el bienestar de los participantes, evitando emitir juicios o comentarios sobre las respuestas obtenidas en los cuestionarios, y asegurando la confiabilidad de estos conforme al artículo 13 del reglamento citado (25).

Los criterios de selección de los participantes se basaron en su consentimiento informado, otorgado de manera libre y sin coacción intermediaria, conforme a los artículos 21 y 22 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Se protegieron sus datos bajo anonimato según el artículo 14, fracción V del mismo reglamento, y de acuerdo con lo estipulado por la Ley Federal de Protección de Datos Personales, así como por la norma NOM-004-SSA3-2012 sobre el expediente clínico (25). La identificación y selección de los sujetos de investigación fue equitativa, sin distinción por edad, sexo, grupo socioeconómico, cultura o profesión, garantizando la misma oportunidad de participación. Se respetó y protegió la privacidad de los participantes, ofreciéndoles la

opción de retirarse del estudio en cualquier momento, y asegurando un acompañamiento constante durante el desarrollo de este. Se ofreció ayuda y se resolvieron las dudas antes, durante y después de la aplicación del estudio, resguardando su autonomía y actuando siempre con empatía, en beneficio del participante (26). Esta investigación se apegó a la obtención de conocimiento útil para contribuir a la salud mental del individuo y, por extensión, a su integración biopsicosocial. El proyecto se clasificó como de riesgo mínimo, dado que no implicó procedimientos invasivos, y el objetivo fue obtener resultados a partir de la aplicación de pruebas psicológicas sin manipular la conducta de los sujetos. Por ello, la clasificación del riesgo en investigación fue de tipo I, ya que incluyó únicamente cuestionarios, entrevistas y revisión de expedientes clínicos mediante bases de datos, sin identificación ni tratamiento de aspectos sensibles de conducta, conforme al Título Segundo, Capítulo I, Artículo 17, fracción II del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación (27). Se contempló detener de inmediato la investigación si se detectaba algún riesgo o si el participante así lo deseaba.

La investigación tuvo un valor científico y poblacional, ya que el conocimiento generado aportó a la mejora de la salud y el bienestar tanto de los individuos como de la comunidad científica en el área de salud mental (27). El material derivado del estudio fue resguardado por un periodo de cinco años. En caso de que durante el desarrollo de la investigación surgiera alguna situación no prevista que modificara su dirección, se notificó de inmediato al Comité de Ética e Investigación en Salud correspondiente (28).

7.12. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

Se describieron con detalle los recursos humanos involucrados, su capacitación y participación específica en el protocolo, así como los recursos físicos y materiales disponibles. En caso de requerir recursos financieros, se detalló y justificó su aplicación específica. Se incluyó un apartado con el desglose de los costos totales del protocolo, junto con la justificación correspondiente para cada gasto. En caso de financiamiento por más de una entidad, o de múltiples aportaciones por una misma entidad, se especificó claramente la aplicación de cada contribución financiera.

7.12.1. Recursos Humanos

- Tesisista o Investigadora principal: Nataly del Rocio Gómez Santoyo
- Participantes (pacientes derechohabientes) (registros clínicos de pacientes)
- Investigador como asesor teórico: Dra Lizbeth Leonila Araujo Cabral
- Investigador como asesor metodológico: Dr.Eumir Ponce De León Alcaraz

Recurso	Cantidad	Costo
Computadora institucional	1	\$ 30,000
Laptop	1	\$15,000
impresora	1	\$10,000
hojas de máquina,	147	\$1 por cada impresión
bolígrafos y lápices.	147	\$5 por cada boligrado
Software SPSS (Software Statistical Package for the Social Sciences) para análisis de los resultados	1	\$1727.43

La financiación de los gastos de inversión y operación fue asumida en su mayoría por la médica tesisista, quien destinó recursos propios para la adquisición de materiales, equipo y software necesarios para la realización del estudio.

7.13. CRONOGRAMA

Actividad	2024				2025					
	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun
Elaboración de manuscrito	R									
Acopio de la literatura	R	R								
Revisión de la literatura	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
Diseño del protocolo	R	R								
Planteamiento del problema	R	R								
Antecedentes		R								
Justificación		R								
Introducción		R								
Hipótesis			R							
Material y métodos			R							
Registro y aprobación ante comité de ética			R	R						
Registro y aprobación ante comité de investigación			R	R						
Acopio de la información				R	R	R				
Captura y tabulación de la información					R	R				
Análisis de la información						R				
Elaboración del informe de tesis final						R	R	R		
Discusión de resultados							R	R	R	R
Presentación de resultados									R	R

Realizado	R
Planeado	P

8. RESULTADOS

La muestra del estudio estuvo conformada por un total de 125 participantes. Como se observa en la Tabla 1, la mayoría se encuentra en el grupo de 20 a 29 años (38.4 %), seguido por los rangos de 30 a 39 y 50 a 59 años, ambos con 20 %. La distribución por sexo muestra un predominio de mujeres, con 67.2 %, frente al 32.8 % de hombres. En cuanto al estado civil, destaca una mayor proporción de personas solteras (41.6 %), seguidas por quienes están casadas (34.4 %) y en unión libre (12.8 %).

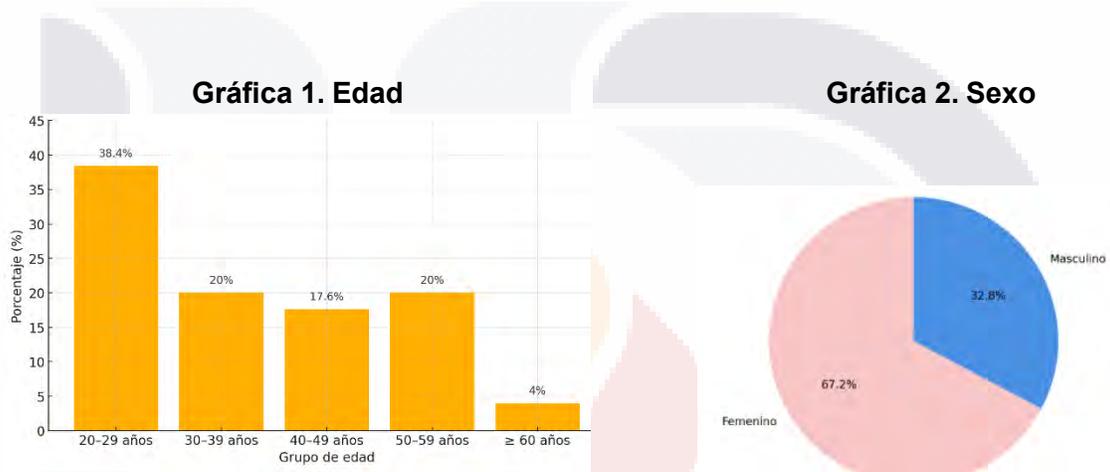


Tabla 1. Características demográficas

	n	%
Edad		
20-29 años	48	38.4
30-39 años	25	20
40-49 años	22	17.6
50-59 años	25	20
≥ 60 años	5	4
Sexo		
Femenino	84	67.2
Masculino	41	32.8
Estado civil		
Soltero/a	52	41.6
Casado/a	43	34.4
Unión libre	16	12.8
Divorciado/a	10	8
Viudo/a	4	3.2

Fuente: Instrumento aplicado

En la **Tabla 2** se observa que la mayor proporción de participantes cuenta con estudios de secundaria (32.8 %), seguida de preparatoria y licenciatura, ambas con 28 %, mientras que 9.6 % tienen nivel primaria y 1.6 % posgrado. En cuanto a la ocupación, destaca el grupo de industria y operarios con 34.4 %, seguido por servicios generales con 24 % y estudiantes con 12.8 %; otras categorías como administración/oficina, comercio/ventas y otros profesionales presentan cada una 5.6 %, y en menor proporción se encuentran salud, otros, seguridad y belleza/estética con porcentajes entre 4 % y 1.6 %.

Tabla 2. Educación y ocupación

	n	%
Escolaridad		
Secundaria	41	32.8
Preparatoria	35	28
Licenciatura	35	28
Primaria	12	9.6
Posgrado	2	1.6
Ocupación (agrupada)		
Industria/Operarios	43	34.4
Servicios Generales	30	24
Estudiantes	16	12.8
Administración/Oficina	7	5.6
Comercio/Ventas	7	5.6
Otros Profesionales	7	5.6
Salud	5	4
Otros	5	4
Seguridad	3	2.4
Belleza/Estética	2	1.6

Fuente: Instrumento aplicado

De acuerdo con la **Tabla 3**, más de la mitad de los participantes trabaja más de ocho horas al día (53.6 %), mientras que 34.4 % lo hace entre siete y ocho horas y 12 % seis horas. En cuanto al descanso nocturno, se reportó que 38.4 % duerme menos de seis horas, el mismo porcentaje que quienes duermen entre seis y siete horas, seguido por 15.2 % que duerme ocho horas y 8 % que supera ese tiempo. Respecto al turno de trabajo, el matutino es el más frecuente con 72.8 %, seguido del vespertino con 16.8 % y el nocturno con 10.4 %.

Tabla 3. Laborales y hábitos de sueño

	n	%
Horas trabajadas/día		
> 8 hrs	67	53.6
7-8 hrs	43	34.4
6 hrs	15	12
Horas de sueño/día		
< 6 hrs	48	38.4
6-7 hrs	48	38.4
8 hrs	19	15.2
> 8 hrs	10	8
Turno de trabajo		
Matutino	91	72.8
Vespertino	21	16.8
Nocturno	13	10.4

Fuente: Instrumento aplicado

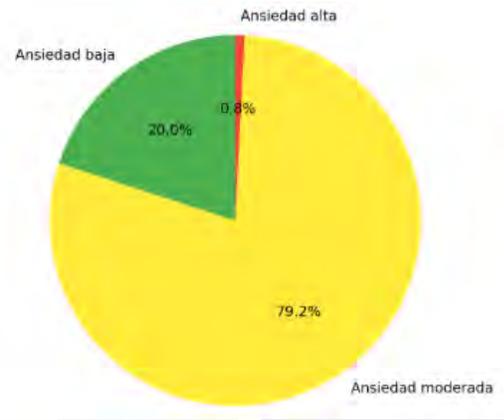
En la **Tabla 4** se muestra que el 64.8 % de los participantes reportó tener conocimiento previo sobre la ansiedad, mientras que el 35.2 % indicó no tenerlo. Entre quienes afirmaron conocer el tema, la principal fuente de información fue el personal de salud con 51.2 %, seguida de internet con 33.6 %, pláticas con 9.6 %, libros con 2.4 % y radio con 0.8 %.

Tabla 4. Conocimiento sobre ansiedad

	n	%
¿Conocimiento previo?		
Sí	81	64.8
No	44	35.2
Fuente de conocimiento		
Personal de salud	64	51.2
Internet	42	33.6
Pláticas	12	9.6
Libros	3	2.4
Radio	1	0.8

Fuente: Instrumento aplicado

Gráfica 3. Ansiedad- Rasgo



En la Tabla 5 se aprecia que el 79.2 % de los participantes presentó un nivel moderado de ansiedad rasgo, mientras que 20 % mostró un nivel bajo y solo 0.8 % alcanzó un nivel alto.

Tabla 5. Nivel de ansiedad rasgo

	n	%
Ansiedad baja	25	20
Ansiedad moderada	99	79.2
Ansiedad alta	1	0.8
Total	125	100

Fuente: Instrumento aplicado

En la **Tabla 6** se muestra la distribución de respuestas en los distintos ítems que componen la subescala Ansiedad Rasgo, reflejando una alta concentración de participantes en niveles intermedios de frecuencia como “algo” y “bastante” en la mayoría de los reactivos. Destaca que un 58.4 % reportó sentirse calmado “algo” y 57.6 % manifestó tener confianza en sí mismo en ese mismo nivel, lo cual podría interpretarse como una percepción moderadamente positiva en cuanto a su regulación emocional. De igual forma, más del 50 % indicó sentirse confortable o cómodo al menos en cierta medida, lo que sugiere presencia de estados de tranquilidad relativa en una parte significativa de la muestra.

Sin embargo, también se identifican aspectos más problemáticos. El 23.2 % refirió sentirse tenso “mucho” o “bastante”, y porcentajes similares se observaron en ítems como “me siento nervioso” (36 % en total entre las dos categorías más altas) y “me siento angustiado” (39.2 %), lo cual señala una proporción considerable de participantes con manifestaciones persistentes de ansiedad como rasgo de personalidad. Llama especialmente la atención

que 40 % se sintiera “aturdido y sobreexcitado” al menos “algo”, y que un 20.8 % indicara sentirse preocupado “mucho”. Además, el 40.8 % respondió que “nunca” se siente “atado” u oprimido, lo que contrasta con el 10.4 % que indicó sentirlo “mucho”, reflejando una polarización emocional en ese aspecto. Por otro lado, se observaron indicadores menos preocupantes en ítems como “me siento alterado”, donde el 44 % respondió “nada”, o “estoy desasosegado”, con 36.8 % en la misma categoría, lo que sugiere que al menos una parte relevante de los participantes no experimenta ciertos síntomas con frecuencia elevada. En conjunto, la tabla revela un perfil en el que predominan niveles moderados de ansiedad rasgo, aunque coexisten manifestaciones intensas en una fracción no menor de la muestra.

Tabla 6. Distribución de respuestas en la subescala Ansiedad Rasgo

Ítem	Nada (%)	Algo (%)	Bastante (%)	Mucho (%)
Me siento calmado	4.8	58.4	24	12.8
Me siento seguro	4.8	48	27.2	20
Estoy tenso	16.8	36	24	23.2
Estoy contrariado	32.8	43.2	15.2	8.8
Me siento cómodo (estoy a gusto)	13.6	50.4	21.6	14.4
Me siento alterado	44	33.6	18.4	4
Estoy preocupado por posibles desgracias futuras	22.4	36.8	20.8	20
Me siento descansado	24.8	46.4	23.2	5.6
Me siento angustiado	21.6	39.2	23.2	16
Me siento confortable	16.8	54.4	20.8	8
Tengo confianza en mí mismo	12.8	57.6	18.4	11.2
Me siento nervioso	26.4	37.6	23.2	12.8
Estoy desasosegado	36.8	44.8	15.2	3.2
Me siento muy “atado” (oprimido)	40.8	31.2	17.6	10.4
Estoy relajado	21.6	48.8	16	13.6
Me siento satisfecho	19.2	40	29.6	11.2
Estoy preocupado	20	38.4	28.8	12.8
Me siento aturdido y sobreexcitado	40	37.6	14.4	8
Me siento alegre	9.6	41.6	34.4	14.4
En este momento me siento bien	8.8	38.4	32.8	20

Fuente: Instrumento aplicado

En la **Tabla 7** se muestra que la mayor proporción de ansiedad rasgo moderada se presenta en todos los grupos de edad, destacando el rango de 20 a 29 años con 89.6 %, mientras que los porcentajes de ansiedad alta son mínimos y se limitan a los grupos de 40 a 49 años y de 7 a 8 horas de trabajo diario. Las mujeres presentan un 79.8 % de ansiedad moderada y 1.2 % de ansiedad alta, mientras que en los hombres no se registran casos en este último nivel. Los solteros concentran 84.6 % de ansiedad moderada, en tanto que los viudos y quienes viven en unión libre muestran mayores proporciones de niveles bajos. En cuanto a escolaridad, los participantes con posgrado se ubicaron completamente en el nivel moderado, y aquellos con secundaria concentraron el único caso de ansiedad alta (2.4 %). La mayoría de quienes trabajan más de ocho horas presentó ansiedad moderada (80.6 %), sin reportes de ansiedad alta. Respecto al sueño, quienes duermen entre 6 y 7 horas mostraron los niveles más elevados de ansiedad alta (2.1 %), al igual que quienes duermen menos de seis horas. En el turno nocturno, 92.3 % presentó ansiedad moderada y solo 7.7 % ansiedad baja. En quienes son proveedores del hogar, 77.2 % presentó ansiedad moderada, mientras que entre quienes no lo son el porcentaje fue de 80.9 %. Por número de dependientes, no se observan diferencias relevantes. Finalmente, quienes reportaron no tener conocimiento previo sobre ansiedad presentaron un porcentaje ligeramente menor de ansiedad moderada (72.7 %) en comparación con quienes sí tenían conocimiento (82.7 %).

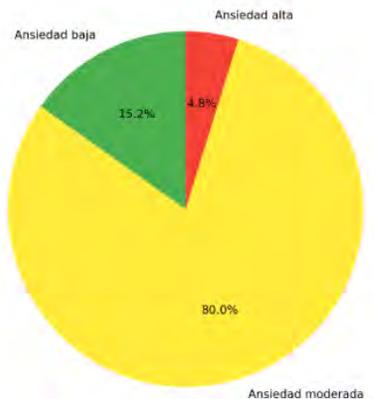
Tabla 7. Ansiedad-Rasgo y variables sociodemográficas

	Baja n (%)	Moderada n (%)	Alta n (%)	Total n
Edad				
20–29 años	5 (10.4)	43 (89.6)	0 (0.0)	48
30–39 años	11 (44.0)	14 (56.0)	0 (0.0)	25
40–49 años	5 (22.7)	16 (72.7)	1 (4.5)	22
50–59 años	2 (8.0)	23 (92.0)	0 (0.0)	25
≥ 60 años	2 (40.0)	3 (60.0)	0 (0.0)	5
Sexo				
Femenino	16 (19.0)	67 (79.8)	1 (1.2)	84
Masculino	9 (22.0)	32 (78.0)	0 (0.0)	41
Estado civil				
Casado/a	10 (23.3)	33 (76.7)	0 (0.0)	43
Divorciado/a	1 (10.0)	9 (90.0)	0 (0.0)	10
Soltero/a	7 (13.5)	44 (84.6)	1 (1.9)	52
Unión libre	5 (31.3)	11 (68.8)	0 (0.0)	16
Viudo/a	2 (50.0)	2 (50.0)	0 (0.0)	4
Escolaridad				

Primaria	3 (25.0)	9 (75.0)	0 (0.0)	12
Secundaria	11 (26.8)	29 (70.7)	1 (2.4)	41
Preparatoria	6 (17.1)	29 (82.9)	0 (0.0)	35
Licenciatura	5 (14.3)	30 (85.7)	0 (0.0)	35
Posgrado	0 (0.0)	2 (100.0)	0 (0.0)	2
Horas trabajadas/día				
6 hrs	4 (26.7)	11 (73.3)	0 (0.0)	15
7–8 hrs	8 (18.6)	34 (79.1)	1 (2.3)	43
> 8 hrs	13 (19.4)	54 (80.6)	0 (0.0)	67
Horas de sueño/día				
< 6 hrs	10 (20.8)	38 (79.2)	0 (0.0)	48
6–7 hrs	9 (18.8)	38 (79.2)	1 (2.1)	48
8 hrs	3 (15.8)	16 (84.2)	0 (0.0)	19
> 8 hrs	3 (30.0)	7 (70.0)	0 (0.0)	10
Turno de trabajo				
Matutino	18 (19.8)	72 (79.1)	1 (1.1)	91
Vespertino	6 (28.6)	15 (71.4)	0 (0.0)	21
Nocturno	1 (7.7)	12 (92.3)	0 (0.0)	13
Proveedor familiar				
Sí	12 (21.1)	44 (77.2)	1 (1.8)	57
No	13 (19.1)	55 (80.9)	0 (0.0)	68
Dependientes económicos				
1–3 personas	14 (20.0)	55 (78.6)	1 (1.4)	70
4–6 personas	1 (16.7)	5 (83.3)	0 (0.0)	6
Ninguno	10 (20.4)	39 (79.6)	0 (0.0)	49
Conocimiento previo				
Sí	13 (16.0)	67 (82.7)	1 (1.2)	81
No	12 (27.3)	32 (72.7)	0 (0.0)	44

Fuente: Instrumento aplicado

Gráfica 4. Ansiedad -Estado



En la **Tabla 8** se reporta que la mayoría de los participantes, equivalente al 80 %, presentó un nivel moderado de ansiedad estado. Un 15.2 % se ubicó en el nivel bajo, mientras que únicamente el 4.8 % alcanzó un nivel alto.

Tabla 8. Nivel de ansiedad estado

	n	%
Ansiedad baja	19	15.2
Ansiedad moderada	100	80
Ansiedad alta	6	4.8
Total	125	100

Fuente: Instrumento aplicado

En la **Tabla 9** se observa que los ítems con mayor concentración de respuestas en las categorías “bastante” y “mucho” fueron “soy feliz” con un 60.8 %, “me siento bien” con 52 %, “estoy satisfecho” con 46.4 % y “me siento seguro/a” con 49.6 %, lo que indica una percepción positiva en ciertos aspectos del estado emocional. No obstante, también se reportaron frecuencias elevadas en indicadores de malestar, como “cuando pienso en asuntos actuales me pongo tenso y agitado”, donde el 40 % respondió en los niveles más altos, seguido por “me rondan pensamientos sin importancia” con 42.4 %, y “me preocupo demasiado por cosas sin importancia” con 44 %. Asimismo, el 45.6 % indicó sentirse triste en alguna medida, y un 44.8 % expresó sentirse afectado por desengaños que no puede olvidar. También destacan los ítems “me canso rápidamente” y “siento ganas de llorar”, con valores combinados superiores al 40 % en las categorías más altas. Por otro lado, en el

ítem “no suelo afrontar las crisis o dificultades”, 37.6 % respondió “nada” y solo el 6.4 % “mucho”, lo que indica menor presencia de evitación. Finalmente, en ítems como “soy una persona tranquila” y “me siento descansado”, más del 50 % respondió en nivel “algo”, reflejando una autopercepción intermedia de equilibrio emocional momentáneo.

Tabla 9. Distribución de respuestas en la subescala Ansiedad Estado

Ítem	Nada (%)	Algo (%)	Bastante (%)	Mucho (%)
Me siento bien	6.4	41.6	28.8	23.2
Me canso rápidamente	14.4	43.2	23.2	19.2
Siento ganas de llorar	20.8	38.4	16	24.8
Me gustaría ser tan feliz como otros	23.2	42.4	15.2	19.2
Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	39.2	36	14.4	10.4
Me siento descansado/a	21.6	52	18.4	8
Soy una persona tranquila, serena y sosegada	8	50.4	20	21.6
Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	29.6	41.6	20	8.8
Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	26.4	29.6	20	24
Soy feliz	4.8	34.4	27.2	33.6
Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	10.4	40	21.6	28
Me falta confianza en mí mismo/a	26.4	35.2	21.6	16.8
Me siento seguro/a	6.4	44	27.2	22.4
No suelo afrontar las crisis o dificultades	37.6	41.6	14.4	6.4
Me siento triste (melancólico)	29.6	32	15.2	23.2
Estoy satisfecho	10.4	43.2	25.6	20.8
Me rondan pensamientos sin importancia	24	33.6	16.8	25.6
Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos	30.4	25.6	20	24
Soy una persona estable	8	38.4	30.4	23.2
Cuando pienso en asuntos actuales me pongo tenso y agitado	15.2	44.8	12.8	27.2

Fuente: Instrumento aplicado

En la **Tabla 10** se observa que el nivel de ansiedad estado moderado predomina en todos los grupos sociodemográficos. En cuanto a edad, el grupo de 30 a 39 años presenta el porcentaje más alto de ansiedad moderada con 92 %, mientras que el grupo de 20 a 29 años muestra el mayor porcentaje de ansiedad alta con 10.4 %. Las mujeres presentan mayor proporción de ansiedad alta con 6 %, mientras que en hombres es de 2.4 %. Por

estado civil, quienes están casados concentran el mayor porcentaje de ansiedad alta con 9.3 %, seguido de los solteros con 3.9 %. En los niveles educativos, la ansiedad moderada se mantiene como la más frecuente, destacando en quienes tienen posgrado (100 %) y licenciatura (91.4 %). En relación con las horas trabajadas, quienes laboran entre 7 y 8 horas presentan el mayor porcentaje de ansiedad alta (11.6 %), mientras que quienes trabajan más de 8 horas no registran casos en ese nivel. Quienes duermen entre 6 y 7 horas muestran mayor presencia de ansiedad alta con 8.3 %, seguidos por los que duermen 8 horas con 5.3 %. En el turno laboral, el matutino muestra el mayor porcentaje de ansiedad alta con 6.6 %, mientras que no se reportaron casos en el vespertino ni nocturno. En cuanto al rol de proveedor familiar, tanto quienes lo son como quienes no lo son presentan niveles similares de ansiedad alta, con 5.3 % y 4.4 % respectivamente. Por número de dependientes económicos, el porcentaje más elevado de ansiedad alta se observó en quienes tienen entre 4 y 6 personas a su cargo, con 16.7 %. Finalmente, entre quienes reportaron conocimiento previo sobre ansiedad se observa una leve mayor proporción de ansiedad alta (4.9 %) en comparación con quienes no lo tienen (4.6 %).

Tabla 10. Ansiedad-Estado y variables sociodemográficas

	Baja n (%)	Moderada n (%)	Alta n (%)	Total n
Edad				
20–29 años	5 (10.4)	38 (79.2)	5 (10.4)	48
30–39 años	2 (8.0)	23 (92.0)	0 (0.0)	25
40–49 años	7 (31.8)	14 (63.6)	1 (4.5)	22
50–59 años	5 (20.0)	20 (80.0)	0 (0.0)	25
≥ 60 años	0 (0.0)	5 (100.0)	0 (0.0)	5
Sexo				
Femenino	9 (10.7)	70 (83.3)	5 (6.0)	84
Masculino	10 (24.4)	30 (73.2)	1 (2.4)	41
Estado civil				
Casado/a	4 (9.3)	35 (81.4)	4 (9.3)	43
Divorciado/a	2 (20.0)	8 (80.0)	0 (0.0)	10
Soltero/a	9 (17.3)	41 (78.8)	2 (3.9)	52
Unión libre	4 (25.0)	12 (75.0)	0 (0.0)	16
Viudo/a	0 (0.0)	4 (100.0)	0 (0.0)	4
Escolaridad				
Primaria	1 (8.3)	11 (91.7)	0 (0.0)	12
Secundaria	11 (26.8)	27 (65.9)	3 (7.3)	41

Preparatoria	5 (14.3)	28 (80.0)	2 (5.7)	35
Licenciatura	2 (5.7)	32 (91.4)	1 (2.9)	35
Posgrado	0 (0.0)	2 (100.0)	0 (0.0)	2
Horas trabajadas				
6 hrs	2 (13.3)	12 (80.0)	1 (6.7)	15
7–8 hrs	3 (7.0)	35 (81.4)	5 (11.6)	43
> 8 hrs	14 (20.9)	53 (79.1)	0 (0.0)	67
Horas de sueño				
< 6 hrs	8 (16.7)	39 (81.3)	1 (2.1)	48
6–7 hrs	7 (14.6)	37 (77.1)	4 (8.3)	48
8 hrs	1 (5.3)	17 (89.5)	1 (5.3)	19
> 8 hrs	3 (30.0)	7 (70.0)	0 (0.0)	10
Turno				
Matutino	10 (11.0)	75 (82.4)	6 (6.6)	91
Vespertino	6 (28.6)	15 (71.4)	0 (0.0)	21
Nocturno	3 (23.1)	10 (76.9)	0 (0.0)	13
Proveedor familiar				
Sí	9 (15.8)	45 (78.9)	3 (5.3)	57
No	10 (14.7)	55 (80.9)	3 (4.4)	68
Dependientes				
1–3 personas	11 (15.7)	56 (80.0)	3 (4.3)	70
4–6 personas	1 (16.7)	4 (66.7)	1 (16.7)	6
Ninguno	7 (14.3)	40 (81.6)	2 (4.1)	49
Conocimiento				
Sí	13 (16.0)	64 (79.0)	4 (4.9)	81
No	6 (13.6)	36 (81.8)	2 (4.6)	44

Fuente: Instrumento aplicado

9. DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio permiten delinear un perfil sociodemográfico y emocional que evidencia una prevalencia significativa de ansiedad en nivel moderado tanto en su dimensión rasgo como estado, en una muestra compuesta por pacientes con sospecha de ansiedad atendidos en la Unidad de Medicina Familiar No. 12 de Aguascalientes. Esta alta frecuencia de ansiedad moderada (79.2% en ansiedad rasgo y 80% en ansiedad estado) se presenta de forma consistente en los diversos grupos sociodemográficos, aunque con mayor notoriedad en mujeres, adultos jóvenes, personas con jornadas laborales extensas y aquellos con menos horas de sueño. Estas observaciones concuerdan parcialmente con lo reportado por Villarreal Sánchez y colaboradores (2019), quienes encontraron mayor prevalencia de ansiedad en mujeres universitarias jóvenes, especialmente en el grupo de 18 a 22 años, atribuyéndolo a la transición a la adultez y a presiones académicas, aunque en su muestra predominó la ansiedad estado (56%) frente a la ansiedad rasgo (44%) (2). En el presente estudio, sin embargo, ambas dimensiones de la ansiedad mostraron una presencia paralela en niveles moderados, lo que sugiere una combinación entre factores transitorios y patrones de respuesta emocional más estables.

Comparando con los hallazgos de Ceberio y colaboradores (2021), quienes evaluaron ansiedad durante el inicio de la pandemia en Argentina, se observa una diferencia importante en los niveles reportados, ya que en su estudio los percentiles se mantuvieron por debajo del 20 para ansiedad estado y del 7 para ansiedad rasgo, en contraste con los elevados niveles moderados hallados en esta investigación (3). Este contraste puede explicarse por las diferencias contextuales y por el hecho de que el presente estudio se enfocó exclusivamente en pacientes con sospecha previa de ansiedad, lo que naturalmente incrementa la prevalencia observada. Además, el diseño no probabilístico y focalizado en pacientes con un tamizaje positivo podría contribuir a una mayor concentración de casos en niveles moderados, como parte de un sesgo inherente de selección.

Asimismo, los resultados obtenidos muestran coincidencias parciales con el estudio de Galván-Molina y colaboradores (2017), donde se identificó una prevalencia del 13.3% tanto para ansiedad estado como rasgo en estudiantes de medicina, aunque se destacó que los niveles aumentaban en los grados más avanzados y entre estudiantes que vivían solos o no practicaban actividad física (4). Aunque en la presente investigación no se evaluaron directamente estos factores, sí se identificó que las personas con menor descanso y

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

jornadas más extensas mostraron mayor prevalencia de ansiedad elevada, lo que apoya la influencia de factores de estilo de vida y carga diaria sobre los niveles de malestar emocional.

En contraste con los hallazgos de Del Río Olvera y colaboradores (2018), quienes observaron puntajes medios significativamente más altos en población con historial de consumo de sustancias (AR = 26.34, AE = 20.35) frente a un grupo control (AR = 15.25, AE = 13.52), los valores reportados en este estudio no incluyen los puntajes continuos, pero sí revelan una baja proporción de ansiedad alta, especialmente en la dimensión rasgo (0.8%) (5). Esto sugiere que aunque la población evaluada presenta niveles relevantes de ansiedad, estos no alcanzan la severidad observada en poblaciones clínicas con comorbilidades psiquiátricas, lo cual es consistente con los criterios de exclusión aplicados en el presente protocolo. Por otro lado, la investigación de Caro y colaboradores (2019) encontró una prevalencia del 26.5% de ansiedad rasgo alta en estudiantes de medicina, con predominancia en mujeres y en estudiantes de estratos bajos (6). En el estudio actual, la ansiedad alta fue muy poco frecuente; sin embargo, la tendencia de mayor ansiedad en mujeres y en niveles educativos más bajos fue consistente, lo que refuerza la necesidad de considerar los determinantes estructurales y de género en la evaluación emocional de las personas.

Finalmente, el estudio de González García y colaboradores (2021), realizado con estudiantes de enfermería, reportó niveles altos de ansiedad estado y rasgo especialmente en semestres avanzados, destacando la influencia de las exigencias académicas (7). En este sentido, aunque en el presente estudio no se analizó el nivel académico como predictor directo, se observó que quienes tenían nivel secundaria fueron el único grupo con ansiedad rasgo alta, lo que sugiere que los niveles educativos más bajos pueden estar relacionados con mayor vulnerabilidad emocional, probablemente por menor acceso a recursos de afrontamiento o menor conciencia emocional. La utilidad de estos resultados radica en que ofrecen un panorama actualizado y contextualizado sobre la expresión de la ansiedad en una población clínica no diagnosticada pero sospechosa, lo que resulta esencial para planear estrategias de intervención temprana y prevención secundaria desde el primer nivel de atención. El hecho de que la mayoría de los participantes ya presentara niveles moderados de ansiedad, tanto como estado como rasgo, sugiere la necesidad de incorporar protocolos de evaluación emocional sistemática dentro de los servicios de atención preventiva, así como la capacitación del personal para identificar indicadores tempranos de

malestar emocional. Además, los resultados permiten perfilar subgrupos prioritarios para el acompañamiento psicológico, tales como mujeres jóvenes con sobrecarga laboral o con descanso nocturno limitado, quienes podrían beneficiarse de programas de manejo emocional, higiene del sueño y reducción de estrés laboral.

9.1. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

Este estudio se vio limitado por el uso de un muestreo no probabilístico, lo que restringe la generalización de los hallazgos, así como por su diseño transversal, que impide establecer relaciones causales. La autoaplicación del instrumento STAI, aunque validado, pudo estar sujeta a sesgos de respuesta, y el enfoque exclusivo en una unidad médica reduce la diversidad sociodemográfica de la muestra. Se recomienda que futuras investigaciones incluyan muestras más representativas, diseños longitudinales, diagnósticos clínicos complementarios al tamizaje y un abordaje multivariado que considere factores psicosociales adicionales como apoyo social, antecedentes traumáticos o estrés percibido. Además, sería útil implementar estrategias de intervención basadas en estos hallazgos, evaluando su efectividad a través de estudios de seguimiento.

10. CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en este estudio, con una muestra de 125 participantes, permiten delinear un perfil sociodemográfico y emocional característico en torno a los niveles de ansiedad estado y rasgo en la población evaluada. La mayoría de los participantes se concentró en el grupo etario de 20 a 29 años, seguido de quienes se encuentran entre los 30 y 39, y entre los 50 y 59 años. La muestra estuvo predominantemente compuesta por mujeres, quienes representaron más de dos tercios del total. En cuanto al estado civil, se observó una prevalencia de personas solteras, aunque también se identificó una proporción significativa de personas casadas o en unión libre. En el ámbito educativo, la mayor parte de los participantes contaba con estudios de nivel secundaria, seguidos en igual proporción por quienes cursaron preparatoria o licenciatura. Los niveles de escolaridad más altos, como el posgrado, fueron poco frecuentes. Respecto a la ocupación, predominan los trabajadores del sector industrial y operarios, seguidos por quienes desempeñan labores en servicios generales y estudiantes. Otras actividades como administración, ventas, salud o seguridad estuvieron representadas en menor medida.

En términos laborales y de hábitos de sueño, más de la mitad trabaja más de ocho horas al día, y una parte considerable reporta dormir menos de seis horas, o entre seis y siete horas por noche. El turno matutino fue el más común, por encima de los turnos vespertino y nocturno. Además, cerca de dos terceras partes afirmaron tener conocimiento previo sobre la ansiedad, siendo el personal de salud y el internet las fuentes de información más referidas.

En lo que respecta a los niveles de ansiedad rasgo, se identificó una elevada prevalencia de ansiedad moderada, con casi ocho de cada diez participantes en esta categoría, mientras que el 20 % mostró ansiedad baja y solo una persona (0.8 %) presentó un nivel alto. Esta tendencia se ve reforzada por los patrones de respuesta a los ítems de la subescala correspondiente, donde la mayoría se ubica en frecuencias medias (“algo” o “bastante”), especialmente en afirmaciones positivas como sentirse calmado, tener confianza en sí mismo o sentirse confortable. No obstante, también se observaron respuestas elevadas en aspectos de malestar emocional como sentirse tenso, angustiado o nervioso, con una proporción importante de participantes que se identificaron con niveles altos de inquietud, preocupación o alteración, revelando así la coexistencia de un perfil emocional mixto en la muestra.

La relación entre ansiedad rasgo y variables sociodemográficas mostró que la ansiedad moderada fue constante en todos los grupos, siendo particularmente alta entre los jóvenes de 20 a 29 años y entre quienes trabajan más de ocho horas. Las mujeres mostraron una ligera mayor prevalencia de ansiedad alta respecto a los hombres, aunque en general, la ansiedad elevada fue poco frecuente. Los niveles educativos más bajos (como secundaria) presentaron los únicos casos de ansiedad rasgo alta, mientras que niveles más altos como licenciatura o posgrado se vincularon exclusivamente con niveles bajos o moderados. Por su parte, quienes duermen entre seis y siete horas o menos mostraron una ligera tendencia a niveles más elevados de ansiedad rasgo, en comparación con quienes duermen más de ocho horas. En cuanto a los niveles de ansiedad estado, se observó una distribución similar a la de la ansiedad rasgo, con una mayoría de los participantes presentando ansiedad moderada (80 %), un 15.2 % con ansiedad baja y un 4.8 % con ansiedad alta. En la exploración de los ítems de la subescala correspondiente, se identificaron respuestas positivas en ítems como “soy feliz”, “me siento bien” y “me siento seguro/a”, aunque también se reportaron con frecuencia alta experiencias de tensión, pensamientos persistentes, tristeza y desánimo. Un aspecto destacable es la presencia de indicadores que sugieren agotamiento físico y emocional en una parte de los participantes, como lo reflejan las respuestas a ítems sobre cansancio, llanto o sentir que las dificultades los superan.

Finalmente, los análisis cruzados entre ansiedad estado y variables sociodemográficas confirmaron que la ansiedad moderada predomina de forma consistente en todos los subgrupos. El grupo de 20 a 29 años fue el único con una proporción destacada de ansiedad alta, mientras que los mayores de 60 años se concentraron exclusivamente en niveles moderados. Las mujeres presentaron más casos de ansiedad alta que los hombres, y entre quienes laboran entre 7 y 8 horas diarias se observó la mayor frecuencia de ansiedad elevada. En el análisis por horas de sueño, quienes dormían entre seis y siete horas mostraron mayor prevalencia de ansiedad alta, en comparación con quienes duermen menos o más. Asimismo, aunque no se identificaron diferencias marcadas por estado civil, nivel educativo o condición de proveedor familiar, se evidenció una ligera mayor presencia de ansiedad alta entre quienes afirmaron tener conocimiento previo sobre la ansiedad. En conjunto, los resultados del estudio reflejan una presencia predominante de ansiedad en niveles moderados tanto en su manifestación rasgo como estado, con variaciones mínimas según factores sociodemográficos, pero con ciertos indicadores preocupantes de malestar emocional que ameritan atención, particularmente en subgrupos como adultos jóvenes,

mujeres, trabajadores con extensas jornadas laborales y personas con descanso nocturno limitado. Estos hallazgos sugieren la necesidad de intervenciones preventivas y programas de acompañamiento psicológico que aborden la ansiedad desde un enfoque integral en contextos laborales y comunitarios.



11. GLOSARIO

Ansiedad:

Estado emocional caracterizado por sentimientos de tensión, preocupación y cambios fisiológicos como aumento en la frecuencia cardíaca. Puede ser una respuesta normal ante situaciones de estrés, pero también presentarse de manera persistente o desproporcionada.

Ansiedad Estado (AE):

Dimensión de la ansiedad que evalúa cómo se siente una persona en un momento específico. Refleja una reacción transitoria ante una situación determinada, y puede fluctuar según el contexto o circunstancias inmediatas.

Ansiedad Rasgo (AR):

Dimensión estable de la ansiedad que se refiere a la predisposición general de una persona a experimentar ansiedad de forma frecuente o intensa, incluso en situaciones no amenazantes.

STAI (State-Trait Anxiety Inventory):

Instrumento psicométrico diseñado por Charles Spielberger para medir la ansiedad en sus dos dimensiones: estado y rasgo. Está compuesto por 40 ítems, divididos en dos subescalas de 20 ítems cada una.

PHQ-4 (Patient Health Questionnaire-4):

Herramienta de tamizaje breve compuesta por cuatro ítems que permite detectar de forma rápida la presencia de síntomas de ansiedad y depresión. En este estudio se utilizó para identificar pacientes con sospecha de ansiedad.

Autoaplicable:

Característica de los instrumentos que pueden ser contestados directamente por los participantes sin necesidad de un entrevistador, lo cual facilita su aplicación pero también puede introducir sesgos de interpretación.

Tamizaje:

Procedimiento inicial de evaluación que permite identificar la posible presencia de un problema de salud, como ansiedad, antes de contar con un diagnóstico clínico confirmado.

Muestreo no probabilístico por conveniencia:

Técnica de selección de participantes basada en la disponibilidad y accesibilidad de los sujetos, sin que todos los individuos de la población tengan la misma probabilidad de ser incluidos. Puede limitar la representatividad de los resultados.

Variable sociodemográfica:

Características sociales y personales que permiten describir a una población, como edad, sexo, estado civil, ocupación, escolaridad, horas de sueño, entre otras.

Prevalencia:

Frecuencia con la que una condición o característica aparece en una población durante un periodo determinado. En este caso, se refiere a la proporción de participantes con diferentes niveles de ansiedad.

Descriptivo transversal:

Diseño de investigación que observa las variables en un solo momento del tiempo, describiendo su distribución sin establecer relaciones causales.

Escala tipo Likert:

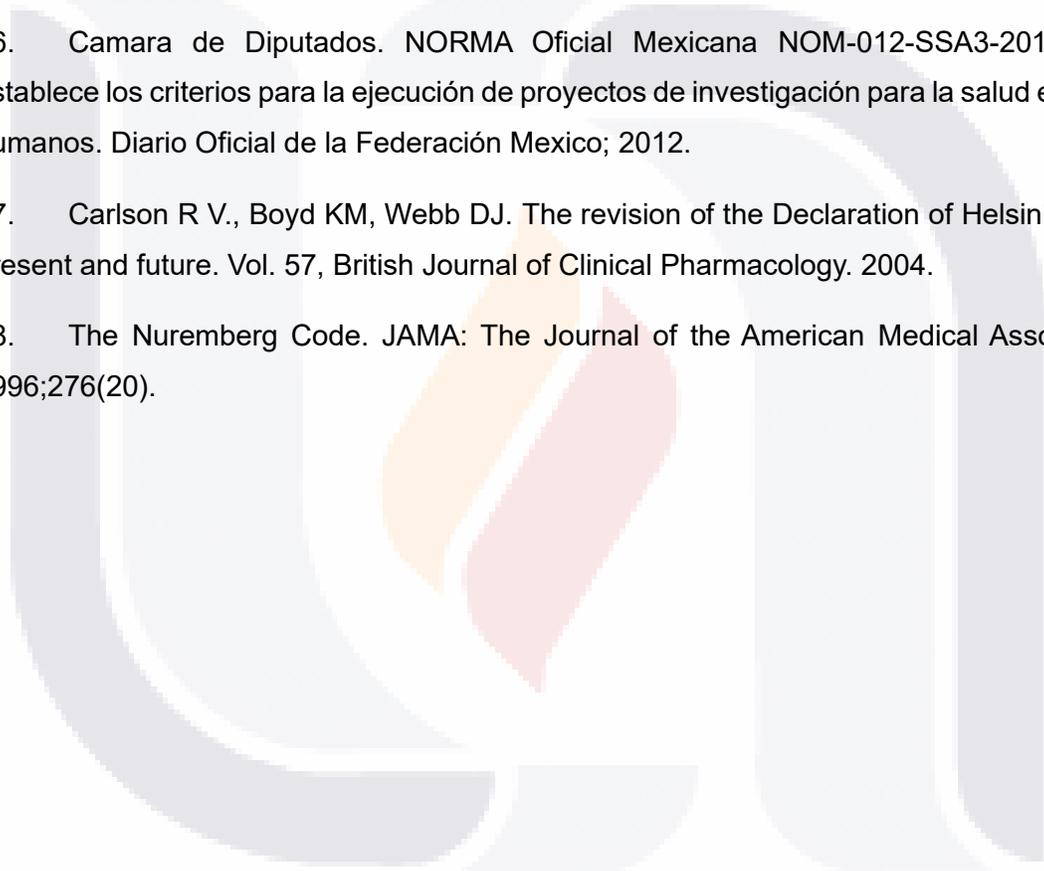
Formato de respuesta utilizado en cuestionarios donde los participantes indican su grado de acuerdo o frecuencia en relación con una afirmación, generalmente en una escala de 4 o 5 puntos.

12. BIBLIOGRAFÍA

1. Higgins JPT, Green S. Manual Cochrane de revisiones sistemáticas de intervenciones. Cochrane. 2011;(March).
2. Villarreal Sánchez JS FVKOMLV. Prevalencia de ansiedad en población universitaria de la ciudad de Bucaramanga, según el cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI). Universidad Cooperativa de Colombia, Bucaramanga. 2019;2.
3. Ceberio M, Jones GM, Benedicto MG. La ansiedad en la población argentina en el contexto de pandemia por el COVID-19. Revista de Psicología. 2021;
4. Galván-Molina JF, Jiménez-Capdeville ME, Hernández-Mata JM, Arellano-Cano JR. Sistema de tamizaje de psicopatología en estudiantes de Medicina. Gac Med Mex. 2017;153(1).
5. Olvera FJ del R, Santamaría FC, García MAC, Vela JA. Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI): Análisis psicométrico y funcionamiento en una muestra de drogodependientes y controles. Universitas Psychologica. 2018;17(1).
6. Caro Y, Trujillo S, Trujillo N. Prevalencia y factores asociados a sintomatología depresiva y ansiedad rasgo en estudiantes universitarios del área de la salud. Psychologia. 2019;13(1).
7. González García RB VMBAM. Prevalencia de ansiedad entre los estudiantes de enfermería de sexto y octavo semestre de la División de Ciencias de la Vida. Rev Invest Enfermería Pregrado. 2021;2(3).
8. Spielberger CD, Sydeman SJ. State-trait anxiety inventory and state-trait anger expression inventory. In: The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment. 1994.
9. Spielberger CD. Theory and Research on Anxiety. In: Anxiety and Behavior. 1966.
10. Freud S. Beyond the Pleasure Principle, Group Psychology and Other Works (1920–1922). The Standard Edition of the complete works of Sigmund Freud: Vol. 18. In: Beyond the pleasure principle, group psychology and other works. 1920.
11. Iwasa K, Tanaka T, Yamada Y. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self-evaluation Questionnaire). (No Title). 1970;11(10).

12. World Health Organisation. Depression and other common mental disorders: global health estimates. World Health Organization. 2017;
13. Sapag JC, Sena BF, Bustamante I V., Bobbili SJ, Velasco PR, Mascayano F, et al. Stigma towards mental illness and substance use issues in primary health care: Challenges and opportunities for Latin America. *Glob Public Health*. 2018;13(10).
14. Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C, et al. Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: Results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychol Med*. 2005;35(12).
15. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. Vol. 62, *Archives of General Psychiatry*. 2005.
16. Sareen J. Anxiety disorders and risk for suicide: Why such controversy? *Depress Anxiety*. 2011;28(11).
17. Batelaan NM, Seldenrijk A, Bot M, Van Balkom AJLM, Penninx BWJH. Anxiety and new onset of cardiovascular disease: Critical review and meta-analysis. Vol. 208, *British Journal of Psychiatry*. 2016.
18. Kessler RC, Wai TC, Demler O, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Vol. 62, *Archives of General Psychiatry*. 2005.
19. Spielberger Charles, Diaz-Guerrero Rogelio. *Manual Idare. Inventario de Ansiedad: Rasgo-estado*. Manual Moderno. 1999.
20. Collins PY, Patel V, Joestl SS, March D, Insel TR, Daar AS, et al. Grand challenges in global mental health. Vol. 475, *Nature*. 2011.
21. Spielberger C, Gorsuch R, Lushene R, Vagg P, Jacobs G. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory for Adults: Sampler Set*. Mind Garden Consulting Psychologists Press. 2010;
22. Lachenbruch PA, Lwanga SK, Lemeshow S. *Sample Size Determination in Health Studies: A Practical Manual*. *J Am Stat Assoc*. 1991;86(416).

23. Rojas-Carrasco KE. Validación del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado en padres con un hijo en terapia intensiva. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2010;48(5).
24. Silva C, Medina AH, Elizabeth B, Cruz J, Alvarado N. Revisión de la estructura interna de la subescala de rasgo del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado para jóvenes de habla hispana. Psicología y Salud . 2016;26(2).
25. Decreto PEF. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Diario Oficial de la Federación. 2007.
26. Camara de Diputados. NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. Diario Oficial de la Federación Mexico; 2012.
27. Carlson R V., Boyd KM, Webb DJ. The revision of the Declaration of Helsinki: Past, present and future. Vol. 57, British Journal of Clinical Pharmacology. 2004.
28. The Nuremberg Code. JAMA: The Journal of the American Medical Association. 1996;276(20).



13. ANEXOS

ANEXO A. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOCIODEMOGRAFICOS.

NOMBRE: _____

FECHA: _____

INSTRUCCIONES: tome su tiempo y lea detalladamente, sin prisa, cada una de los incisos que a continuación se presentaran en este test, recuerde que todo esto es para apoyo a la investigación científica y académica. Sin fines de Lucro. Recordando que toda la información que nos proporcione será confidencial. Muchas Gracias.

SECCIÓN 1

Características Generales: tache, o marque con una X según corresponda la respuesta, y coloque en los espacios en blanco sus datos como parte de ficha de identificación.

A.- Seleccione el grupo de edad en el que se encuentra

1.-20-29 años

2.-30-39años

3.-40-49años

4.-50-59años

3.->60 años

B.-Seleccione el sexo

1.-Masculino

2.-Femenino

C.-Estado civil

1.-Soltero/a

2.-Casada/o

3.-Viudo/a

4.-Unión libre

5.-Separación

6.-Divorciada/o

D.-Nivel de estudios

1.-Primaria

2.-Secundaria

3.-Preparatoria

4.-Licenciatura

5.-Maestría y/o Doctorado

E.-Escriba cuál es su profesión u oficio?

F.-Escriba a que se dedica actualmente o cuál es su trabajo actual?

G.Cuántas horas al día trabaja?

1.- 6hrs al día

2.- 7-8hrs al día

3.- >8hrs al día

H.-Cuántas horas duerme al día, promedio?

1.-<6hrs al día

2.-6-7hrs al día

3.-8hrs al día

4.->8hrs al día

I.-En que que turno trabaja?

1.-Matutino

2.-vespertino

3-Nocturno

J.-Usted es el proveedor/ra de la familia?

1.-SI

2.-NO

J.-Cuántas personas dependen económicamente de usted?

1.-1-3 personas

2.-4-6 personas

3.->6personas.

K.- Usted tiene algún conocimiento previo sobre la ansiedad?

1.- si

2.-no

L.-Vía por donde adquirió dicho conocimiento.

1.-Libros

2.-Personal de salud

3.-Internet

4.-Radio

5.-Pláticas

SECCIÓN 2

A continuación encontrará unas frases que se utilizan para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase e indique con una X (seleccionando del 0-3) con la que mejor se sienta usted identificado en general, y/o en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase, conteste lo primero que se le venga a su mente, señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente usted generalmente.

1.-Me siento calmado	0.Nada. 2.Bastante.	1.Algo 3.Mucho
2.-Me siento seguro	0.Nada. 2.Bastante.	1.Algo 3.Mucho
3.-Estoy tenso	0.Nada. 2.Bastante.	1.Algo 3.Mucho
4.-Estoy contrariado	0.Nada. 2.Bastante.	1.Algo 3.Mucho
5.-Me siento cómodo (estoy a gusto)	0.Nada.	1.Algo

	2.Bastante.	3.Mucho
6.-Me siento alterado	0.Nada.	1.Algo
	2.Bastante.	3.Mucho
7.-Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0.Nada.	1.Algo
	2.Bastante.	3.Mucho
8.-Me siento descansado	0.Nada.	1.Algo
	2.Bastante.	3.Mucho
9.-Me siento angustiado	0.Nada.	1.Algo
	2.Bastante.	3.Mucho
10.-Me siento confortable	0.Nada.	1.Algo
	2.Bastante.	3.Mucho
11.-Tengo confianza en mi mismo	0.Nada.	1.Algo
	2.Bastante.	3.Mucho
12.-Me siento nervioso	0.Nada.	1.Algo
	2.Bastante.	3.Mucho
13.-Estoy desasosegado	0.Nada.	1.Algo
	2.Bastante.	3.Mucho
14.-Me siento muy "atado" (como oprimido)	0.Nada.	1.Algo
	2.Bastante.	3.Mucho
15.-Estoy relajado	0.Nada.	1.Algo
	2.Bastante.	3.Mucho
16.-Me siento satisfecho	0.Nada.	1.Algo
	2.Bastante.	3.Mucho
17.-Estoy preocupado	0.Nada.	1.Algo
	2.Bastante.	3.Mucho
18.-Me siento aturdido y sobreexcitado	0.Nada.	1.Algo
	2.Bastante.	3.Mucho

19.-Me siento alegre	0.Nada. 2.Bastante.	1.Algo 3.Mucho
20.-En este momento me siento bien.	0.Nada. 2.Bastante.	1.Algo 3.Mucho

SEGUNDO TEST

21.-Me siento bien	0.Casi nunca. 2. A menudo.	1.A veces 3.Casi siempre
22.-Me canso rápidamente	0.Casi nunca. 2. A menudo.	1.A veces 3.Casi siempre
23.-Siento Ganas de llorar	0.Casi nunca. 2. A menudo.	1.A veces 3.Casi siempre
24.-Me gustaría ser tan feliz como otros	0.Casi nunca. 2. A menudo.	1.A veces 3.Casi siempre
25.-Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0.Casi nunca. 2. A menudo.	1.A veces 3.Casi siempre
26.-Me siento descansado/a	0.Casi nunca. 2. A menudo.	1.A veces 3.Casi siempre
27.-Soy una persona tranquila, serena y sosegada.	0.Casi nunca. 2. A menudo.	1.A veces 3.Casi siempre
28.-Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0.Casi nunca. 2. A menudo.	1.A veces 3.Casi siempre
29.-Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0.Casi nunca. 2. A menudo.	1.A veces 3.Casi siempre

30.-Soy feliz	0.Casi nunca. 2. A menudo.	1.A veces 3.Casi siempre
31.-Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0.Casi nunca. 2. A menudo.	1.A veces 3.Casi siempre
32.-Me falta confianza en mi mismo/a	0.Casi nunca. 2. A menudo.	1.A veces 3.Casi siempre
33.-Me siento seguro/a	0.Casi nunca. 2. A menudo.	1.A veces 3.Casi siempre
34.-No suelo afrontar las crisis o dificultades	0.Casi nunca. 2. A menudo.	1.A veces 3.Casi siempre
35.-Me siento triste (melancólico)	0.Casi nunca. 2. A menudo.	1.A veces 3.Casi siempre
36.-Estoy satisfecho	0.Casi nunca. 2. A menudo.	1.A veces 3.Casi siempre
37.-Me Rondan y molestan pensamientos sin importancia	0.Casi nunca. 2. A menudo.	1.A veces 3.Casi siempre
38.-Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos	0.Casi nunca. 2. A menudo.	1.A veces 3.Casi siempre
39.-Soy una persona estable	0.Casi nunca. 2. A menudo.	1.A veces 3.Casi siempre
40.-Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado.	0.Casi nunca. 2. A menudo.	1.A veces 3.Casi siempre

ANEXO B. MANUAL OPERACIONAL SOBRE LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO.

1.-El residente con la ayuda de trabajo social solicitará, la reunión de los participantes el cual fueron tamizados con el instrumento PHQ4 en el área de Atención Preventiva Integral de la Unidad de Medicina Familiar No. 12 Aguasalientes, Ags, para fijar una fecha estipulada y platicarles el procedimiento, el cual participarán para dicho protocolo.

2.-Ya reunidos los participantes, se les explicará detalladamente junto con la psicóloga capacitada, el objetivo de su participación en dicho protocolo, el instrumento y se les entregará la carta de consentimiento informado, explicando y aclarando cualquier duda que se presente en el momento, durante el estudio y posterior al estudio.

2.-El residente de medicina familiar, aplicará el instrumento a los participantes, sobre los factores socio demográficos y el inventario STAI Previo consentimiento informado. El tésita explicará paso a paso las indicaciones del instrumento.

3.-El instrumento consta de dos secciones: Sección 1: que consta de toda la información socio demográfica. Y sección 2: que consta del Test de Spielberger o STAI. Se aclarará las dudas que tenga el participante.

SECCION1.CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS.

En esta sección serán obtenidos los datos de los participantes socio demográficos, tachando según el número que corresponde a su respuesta. Los datos socio demográficos son los siguientes:

1.-Edad: el participante selecciona al grupo de edad en el que se encuentra su edad cumplida, contestando en base a las opciones dadas. Ejemplo sería si el paciente actualmente tiene 33 años en base a las siguientes opciones, el participante tacharía el número 2.

Ejemplo: 1.-20-29 años // 2.-30-39años // 3.-40-49 años// 4.-50-59años// 5.-mas de 60 años.

2.-Sexo: aquí el participante tendrá dos opciones que marca la organización mundial de la salud en base a la definición de sexo, el cual sería uno para femenino y dos para masculino.

Ejemplo: 1.-Mujer// 2.-Hombre

3.-Estado civil: Estado civil: conjunto de cualidades que pertenecen a una persona y determinan su identificación y su capacidad de actuación en el mundo en cuanto a las relaciones jurídicas. El participante seleccionara la opción a su estado civil actual.

ejemplo: 1.-soltero/a. /// 2.-casada/o. /// 3.-viudo/a. /// 4.-unión libre. /// 5.-separación. /// 6.-divorciada/o

4.- Grado de estudios: hace referencia al nivel en el que el individuo académicamente se encuentra o termino para su formación general, siendo orientada a la preparación del ejercicio profesional. Ejemplo: en caso de que el participante tenga secundaria terminada seleccionara el numero 2.

1.-primaria /// 2.-secundaria /// 3.-preparatoria /// 4.-licenciatura terminada ///// 5.-maestría y/o doctorado.

5.- Ocupación: el participante escribirá el trabajo, empleo u oficio el cual ejerció (si termino la licenciatura) si no lo omitirá. Ejemplo: paciente el cual trabaja en una pizzería sin embargo tiene licenciatura en informática. El responderá licenciatura informática en el renglón en blanco.

6.-Trabajo actual: hace referencia al empleo actual, o el trabajo que tiene actualmente. Ejemplo: el participante escribirá a lo que se dedica actualmente. Puede ser un dentista que actualmente se dedique a poner uñas.

7.-Cuántas horas al día trabaja?. Dicha pregunta el participante tachara en base al grupo al cual se encuentra identificado, seleccionando 1, 2 o 3. . Ejemplo: 1. Menos de 6hrs al día ///2.-entre 7-8hrs al día /// 3.- más de 8hrs al día.

8.-Numero De horas que duerme al día. Aquí al igual que el item anterior, hará referencia el participante entre que grado se encuentra en base a las siguientes opciones. 1.-menos de 6hrs al día ///2. Entre 6-7hrs al día /// 3.- 8hrs al día/// 4.- mas de 8hrs al día

9.-¿Usted es el proveedor/ra de la familia. o alguien depende de usted?. En esta pregunta solo contestara mediante dos opciones. Ejemplo: 1.- SI, 2.-NO

10.-Coloque el numero de personas que dependen económicamente de usted? Seleccionara con forme a las respuestas, cuantas personas dependen de usted

económicamente. Ejemplo: opción 1: entre 1-3 personas/// opción 2: entre 4-6 personas y opción 3: mas de 6personas

11.-. Usted tiene algún conocimiento previo sobre la ansiedad? En esta pregunta el participante seleccionara mediante dos opciones. Ejemplo: 1: Si, 2: No

12.-Cuál es la vía por el cual usted adquirió dicho conocimiento? Aquí seleccionara el participante mediante lo siguiente: 1.-Libros // 2.-Personal de salud// 3.-Internet // 4.-Radio // 5.-Pláticas

SECCIÓN 2. CUESTIONARIO O TEST DE SPIELBERGER.

Última sección, aquí el participante se somete a la aplicación del inventario STAI (o Test de Spielberger) el cual seleccionara, tachando la respuesta el cual se encuentra representada de la siguiente forma (ansiedad estado-ansiedad rasgo):

Ansiedad-Estado: ansiedad producida por evento actual , o momentáneo. Un total de 20 ítems el cual seleccionara la respuesta con el cual se sienta más identificado. Ejemplo: tache según la pregunta la respuesta con el cual se sienta usted identificado.

- 0.Nada. 1.Algo
- 2.Bastante. 3.Mucho

Ansiedad-Rasgo: ansiedad caracterizada como patológica. Un total de 20 ítems el cual seleccionara la respuesta con el cual se sienta más identificado. Ejemplo: tache según la pregunta la respuesta con el cual se sienta usted identificado.

- 0.Casi nunca. 1.A veces
- 2. A menudo. 3.Casi siempre

SECCIÓN 3. Se dejara este espacio para comentarios de los participantes de estudio. Agradeciendo su participación en la investigación científica y para mi desarrollo profesional.

ANEXO C. CUADRO CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	VARIABLES	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ITEMS	INDICES
Características sociodemográficas	Conjunto de características, biológicas, económicas, culturales que se encuentran en la población de estudio.	Características sociales: aspectos que los identifican como individuos dentro de una sociedad, en este caso de la población de estudio.	Edad: tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento	Numero de años cumplidos al momento de realizar el test.	Cuantitativa	1.- Seleccione el grupo de edad en que se encuentra.	1.-20-29 años 2.-30-39años 3.-40-49años 4.-50-59años 3.->60 años
			Sexo: características biológicas y fisiológicas que definen a mujeres y hombres	Clasificación del sexo del entrevistado	Cualitativa, Nominal Dicotómica	2.-Sexo	1.- Maculino 2.- Femenino
			Estado civil: conjunto de cualidades que pertenecen a una persona y determinan su identificación	Condición actual del sujeto en estudio.	Cualitativa Nominal	3.-Estado Civil	1.- SOLTERO /A 2.- CASADA/O

			n y su capacidad de actuación en el mundo de las relaciones jurídicas.				3.- VIUDO/A 4.-UNIÓN LIBRE 5.- SEPARACIÓN 6.- DIVORCIADO/O
			Grado de estudios: es el nivel en el que el individuo académicamente se encuentra o termino para su formación general, siendo orientada a la preparación del ejercicio profesional.	Nivel académico de estudios realizados.	Cualitativa Nominal	4.-¿Hasta que grado estudio?	1.- PRIMARIA 2.- SECUNDARIA 3.- PREPARATORIA 4.- LICENCIATURA 5.- MAESTRÍA y/O DOCTORADO.
		Características económicas: el comportamiento de la población	Ocupación: trabajo, empleo u oficio.	Profesión u ocupación que tiene	Cualitativa nominal	5.-escriba cual es su ocupación ?	

		en estudio en base a sus necesidades.					
			Trabajo actual: empleo actual.	Trabajo, empleo actual que ejerce o tiene	Cualitativa	6.-escriba cual es su trabajo actualmente?	
			Cuántas horas al día trabaja?		Cuantitativa discreta	7.- cuántas horas al día trabaja?	1.-6hrs al día 2.-7-8hrs al día 3.->8hrs al día
			Numero De horas que duerme al día.		Cuantitativa discreta	8.- cuántas horas al día duerme, en promedio?	1.-<6hrs al día 2.-6-7hrs al día 3.-8hrs al día 4.->8hrs al día
			¿Usted es el proveedor/ra de la familia. o alguien depende de usted?	Persona encargada de proveer económicamente, así como pago de servicios, provee recursos, a uno o varios	cualitativa	9.-usted es proveedor/ra de la familia o alguien depende de usted?	1.-si 2.-no

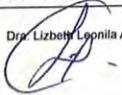
				integrantes del grupo familiar en el que se encuentra			
			Coloque el numero de personas que dependen económicamente de usted?	Numero de personas que dependen económicamente del trabajador o proveedor.	Cuantitativa	10.- Coloque el numero de personas que dependen económicamente de usted?	1.-1-3 personas 2.-4-6 personas 3.- >6personas.
			Usted tiene conocimiento previo sobre la ansiedad	Cuenta con algún conocimiento previo sobre tema de ansiedad	Cualitativa	11.-Usted tiene conocimiento previo sobre la ansiedad	1.- si 2.-no
			vía por donde adquirió dicho conocimiento.	Vía por donde adquirió usted dicho conocimiento.	Cualitativa	12.-Por donde adquirirlo dicha información sobre la ansiedad	1.-Libros 2.-Personal de salud 3.-Internet 4.-Radio 5.-Pláticas

**ANEXO D. CUADRO CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DEL INSTRUMENTO
APLICAR. TEST DE SPIELBERGER (STAI)**

Variable	Definición Conceptual	Dominios	Dimensiones	Variabilidad	Indicador	Índice	Ítems	Escala de Medición
Ansiedad Rasgo	Predisposición estable y crónica a responder con ansiedad en diversas situaciones de la vida diaria.	Predisposición crónica	Predisposición a la ansiedad y Sensibilidad emocional	Alta-Baja	Frecuencia de síntomas ansiosos	Promedio de puntuaciones de los ítems	21.-Me siento bien	0 = Casi nunca, 1 = A veces, 2 = A menudo, 3 = Casi siempre
							22.-Me canso rápidamente	0 = Casi nunca, 1 = A veces, 2 = A menudo, 3 = Casi siempre
							23.-Siento Ganas de llorar	0 = Casi nunca, 1 = A veces, 2 = A menudo, 3 = Casi siempre
							24.-Me gustaría ser tan feliz como otros	0 = Casi nunca, 1 = A veces, 2 = A menudo, 3 = Casi siempre
							25.-Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0 = Casi nunca, 1 = A veces, 2 = A menudo, 3 = Casi siempre
							26.-Me siento descansado/a	0 = Casi nunca, 1 = A veces, 2 = A menudo, 3 = Casi siempre
							27.-Soy una persona tranquila, serena y sosegada.	0 = Casi nunca, 1 = A veces, 2 = A menudo, 3 = Casi siempre
							28.-Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0 = Casi nunca, 1 = A veces, 2 = A menudo, 3 = Casi siempre
							29.-Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0 = Casi nunca, 1 = A veces, 2 = A menudo, 3 = Casi siempre
							30.-Soy feliz	0 = Casi nunca, 1 = A veces, 2 = A menudo, 3 = Casi siempre
31.-Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0 = Casi nunca, 1 = A veces, 2 = A menudo, 3 = Casi siempre							

							32.-Me falta confianza en mi mismo/a	0 = Casi nunca, 1 = A veces, 2 = A menudo, 3 = Casi siempre
							33.-Me siento seguro/a	0 = Casi nunca, 1 = A veces, 2 = A menudo, 3 = Casi siempre
							34.-No suelo afrontar las crisis o dificultades	0 = Casi nunca, 1 = A veces, 2 = A menudo, 3 = Casi siempre
							35.-Me siento triste (melancólico)	0 = Casi nunca, 1 = A veces, 2 = A menudo, 3 = Casi siempre
							36.-Estoy satisfecho	0 = Casi nunca, 1 = A veces, 2 = A menudo, 3 = Casi siempre
							37.-Me Rondan y molestan pensamientos sin importancia	0 = Casi nunca, 1 = A veces, 2 = A menudo, 3 = Casi siempre
							38.-Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos	0 = Casi nunca, 1 = A veces, 2 = A menudo, 3 = Casi siempre
							39.-Soy una persona estable	0 = Casi nunca, 1 = A veces, 2 = A menudo, 3 = Casi siempre
							40.-Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado.	0 = Casi nunca, 1 = A veces, 2 = A menudo, 3 = Casi siempre
Ansiedad Estado	Condición emocional transitoria caracterizada por sentimientos de tensión, temor o nerviosismo en respuesta a estímulos percibidos como amenazantes.	Respuesta emocional inmediata	Tensión emocional y Relajación	Alta-Baja	Nivel de ansiedad percibida	Promedio de puntuaciones de los ítems	1.-Me siento calmado	0 = Casi nunca, 1 = A veces, 2 = A menudo, 3 = Casi siempre
							2.-Me siento seguro	0 = Casi nunca, 1 = A veces, 2 = A menudo, 3 = Casi siempre
							3.-Estoy tenso	0 = Casi nunca, 1 = A veces, 2 = A menudo, 3 = Casi siempre
							4.-Estoy contrariado	0 = Casi nunca, 1 = A veces, 2 = A

ANEXO E. CARTA DE CONSENTIMIENTO

	<p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos)</p>
Nombre del estudio:	Nivel de Ansiedad Estado y Rasgo en pacientes de la UMF12 de Aguascalientes, medido con el Inventario Estado-Rasgo (STAI)
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No. 12, Aguascalientes, Ags. A dé del 2025
Número de registro institucional:	
Justificación y objetivo del estudio:	<p>El objetivo del estudio es conocer el nivel de ansiedad de los pacientes con sospecha para ansiedad de la Unidad de Medicina Familiar No.12 mediante la aplicación del inventario Estado-Rasgo (STAI), con el fin de diferenciar la ansiedad por un estado patológico de un estado momentáneo y así dar a conocer el porcentaje de aquellos pacientes cuya ansiedad-rasgo deben ser enviados a valoración, y confirmación diagnostica por segundo nivel de atención, en este caso por el área de psiquiatría. Con esto nos ayudara a comprender mejor la ansiedad y el porcentaje de pacientes que puedan resultar un trastorno patológica de aquellos cuya ansiedad es momentánea para así proporcionar las medidas necesarias para ayuda, promoción y prevención en materia de la salud mental.</p>
Procedimientos:	<p>Se me ha informado ampliamente, claro y de forma sencilla, invitándome a participar de forma voluntaria, individual y confidencial, explicandome en que consiste esta investigación, así como los inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el protocolo de investigación. Así como los beneficios que se obtendrán al realizar dicha investigación en materia de la Salud Mental. Si decido participar, me será aplicado dicho inventario STAI, el cual esta diseñado en una serie de preguntas para una autoevaluación. Será de manera presencial, se resolverán dudas que puedan surgir durante la aplicación de los instrumentos, así como se procederá a parar de inmediato o el momento que la persona en estudio lo desee al ser detectado algún riesgo en la investigación, todo esto será realizado en un ambiente adecuado y seguro dentro de la Unidad de Medicina Familiar No.12.</p>
Posibles riesgos o molestias:	<p>No se anticipa que experimente algún riesgo físico durante el estudio, en caso de presentarse, debido a que ciertas preguntas o tiempo puedan prolongarle incomodidad o situación emocional, se procederá brindarle atención de manera inmediata y eficaz para evitar consecuencias negativas, derivándose a su médico familiar o al servicio de urgencias en caso necesario. Siempre respetando su autonomía y el principio de no maleficencia.</p>
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	<p>Los resultados obtenidos no solo tendrán beneficio para la ciencia, si no para usted como participante. Ya que según su resultado se procederá a brindarle una atención integral con respecto al grado de salud mental que presente, al generar y aportar conocimiento en materia de salud mental, nos dará a conocer mejoras para los problemas de salud mental mas frecuentes en la actualidad, y así desarrollar estrategias para su detección oportuna, apoyo integral en los pacientes que lo presenten.</p>
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	<p>El investigador responsable, se compromete a darle información mediante un resumen a nivel grupal, de los resultados obtenidos así como de forma individual (si usted lo desea). Esto le permitirá comprender la ansiedad y la importancia de conocer el nivel que presentan, lo que podría servir como referencia para su seguimiento médico.</p>
Participación o retiro:	<p>Su participación es voluntaria y conserva usted el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento en que así lo desee o que sea conveniente abandonar dicho estudio. Sin que esto afecte su relación con el equipo de salud en investigación. Su decisión será respetada en todo momento.</p>
Privacidad y confidencialidad:	<p>El investigador responsable le garantiza la protección de los datos proporcionados, manteniéndolos bajo privacidad, todo aquello que será utilizado exclusivamente para este estudio y derivado de ello será bajo confidencialidad. Dicha información se resguardará por 5 años.</p>
Declaración de consentimiento:	
Después de haber leído y habiéndose explicado todas mis dudas acerca de este estudio	
<input type="checkbox"/> No acepto participar en el estudio <input checked="" type="checkbox"/> Si acepto participar en el estudio.	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigadora o Investigador Responsable:	<p>. Dra Lizbeth Leonila Araujo Cabral Matricula: Lugar de adscripción: Medico Familiar 80, Medicina familiar No.12, IMSS, Aguascalientes, Ags. Lugar de trabajo: Av. Convención de 1914 norte #102, Aguascalientes, Aguascalientes. Correo: draliz.araujoc@gmail.com . TELEFONO: 449-155-22-48</p>
Investigador Asociado:	<p>. Investigador metodológico: Dr.Eumir Ponce De León Alcaraz. Matricula:: Lugar de adscripción: medico Familiar 80, Medicina Familiar No. 8. LUGAR DE TRABAJO UMF 8 AGUASCALIENTES Av. Alameda 8, Colonia del Trabajo, 20180, Aguascalientes, Ags. EMAIL: dreumirponce@hotmail.com TELEFONO: 449-898-87-85</p>
	<p>.Investigador asociado (tesista): Dra Nataly del Rocío Gómez Santoyo Matricula: 98013027 lugar de adscripción: Medico Familiar 80, Hospital General, De Zona No.1 IMSS, Aguascalientes, Ags. Lugar de trabajo: Unidad de Medicina familiar No. 10 Av. Convención de 1914 norte #102, Aguascalientes, Aguascalientes. Correo: naty_chyx@hotmail.com . TELEFONO: 449-415-69-24</p>
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS. Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comite.eticalnv@imss.gob.mx	
Nombre y firma del participante	<p>Dra. Lizbeth Leonila Araujo Cabral</p> 
Testigo 1	Testigo 2
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma
Clave: 2810-009-013	

ANEXO F. CARTA DE NO INCONVENIENTE



Gobierno de México



ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA

AGUASCALIENTES

Unidad de Medicina Familiar 12

Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud

Aguascalientes Ags, 9 Enero del 2025

Dr. Carlos Armando Sánchez Navarro
Comité local de Investigación en Salud 101
Delegación Aguascalientes

Presente

ASUNTO: CARTA DE NO INCONVENIENTE

Por este conducto manifiesto que **NO TENGO INCONVENIENTE** para que la Dra. Lizbeth Leonila Araujo Cabral, investigador principal adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No.12 de la OOAD Aguascalientes, así como el investigador asociado Dr. Eumir Ponce de León Alcaraz adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No.8 y la Dra. Nataly del Rocio Gómez Santoyo Residente del tercer año de Medicina Familiar, adscrita HGZ1, realice el proyecto con el nombre **“Nivel de Ansiedad Estado y Rasgo en Pacientes de la UMF12 de Aguascalientes, medido con el Inventario Estado-Rasgo (STAI)”**

En espera del valioso apoyo que usted siempre brinda le reitero la seguridad de mi atenta consideración

ATENTAMENTE
Dr. Lamberto Sepúlveda Jiménez
Médico Familiar
Director UMF 12
Matr. No. 9334378
Céd. Prof. 1052, Céd. Esp. 9206343
iMSS UAZ
Av. Valle de los Rios No. 1603, Colonia Villas de
Nuestra Señora de la Asunción, Sector Estación, CP 20126

Dr. Lamberto Sepúlveda Jiménez
Director de la Unidad de Medicina Familiar No.12