

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana



**PREVALENCIA DE NIVELES DE ANSIEDAD EN PERSONAL MILITAR DEL
ALA AÉREA N°3, AREQUIPA 2020**

Tesis presentada por el Bachiller:

Fajardo Fernández, Julio Enzo

Para optar por el Título Profesional de:

Médico Cirujano

Asesor:

Dr. Zevallos Rodríguez, Juan Manuel

Arequipa - Perú

2020



Universidad Católica
de Santa María

AREQUIPA, PERÚ

☎ (51 041) 282028

🌐 <http://www.ucsm.edu.pe>

📘 [facebook.com/ucsm.edu.pe/](https://www.facebook.com/ucsm.edu.pe/)

INFORME DICTAMEN BORRADOR DE TESIS
DECRETO N° 102-FMH-CI-2020

Visto el Borrador de Tesis titulado:

**"PREVALENCIA DE NIVELES DE ANSIEDAD EN PERSONAL MILITAR DEL ALA AEREA
N°3, AREQUIPA 2020"**

Presentado por el (la) Sr(ta):

FAJARDO FERNANDEZ JULIO ENZO

Nuestro dictamen es:

Favorable

OBSERVACIONES:

Arequipa, ...07 de julio, 2020.....

.....
Dra. OLENKA ZAVALA ESPINOZA

.....
Dr. JOSÉ ALVARADO ACO

.....
Dr. CESAR AUGUSTO S. PAICO DEL CASTILLO





Universidad Católica
de Santa María

AREQUIPA PERÚ

(51 54) 382228 <http://www.ucsm.edu.pe> [Facebook.com/ucsm.edu.pe](https://www.facebook.com/ucsm.edu.pe)

INFORME DICTAMEN BORRADOR DE TESIS
DECRETO N° 102-FMH-CI-2020

Título del Borrador de Tesis titulado:

**"PREVALENCIA DE NIVELES DE ANSIEDAD EN PERSONAL MILITAR DEL ALA AEREA
N°3, AREQUIPA 2020"**

Presentado por el (la) Sr(ta):

FAJARDO FERNANDEZ JULIO ENZO

Resultado dictamen es:

FAVORABLE

OBSERVACIONES:

Arequipa,

7 de Julio-2020

OLENKA ZAVALA ESPINOZA
MÉDICO INTERNISTA
C.M.P. 70381 - R.N.E. 13678
Dra. OLENKA ZAVALA ESPINOZA

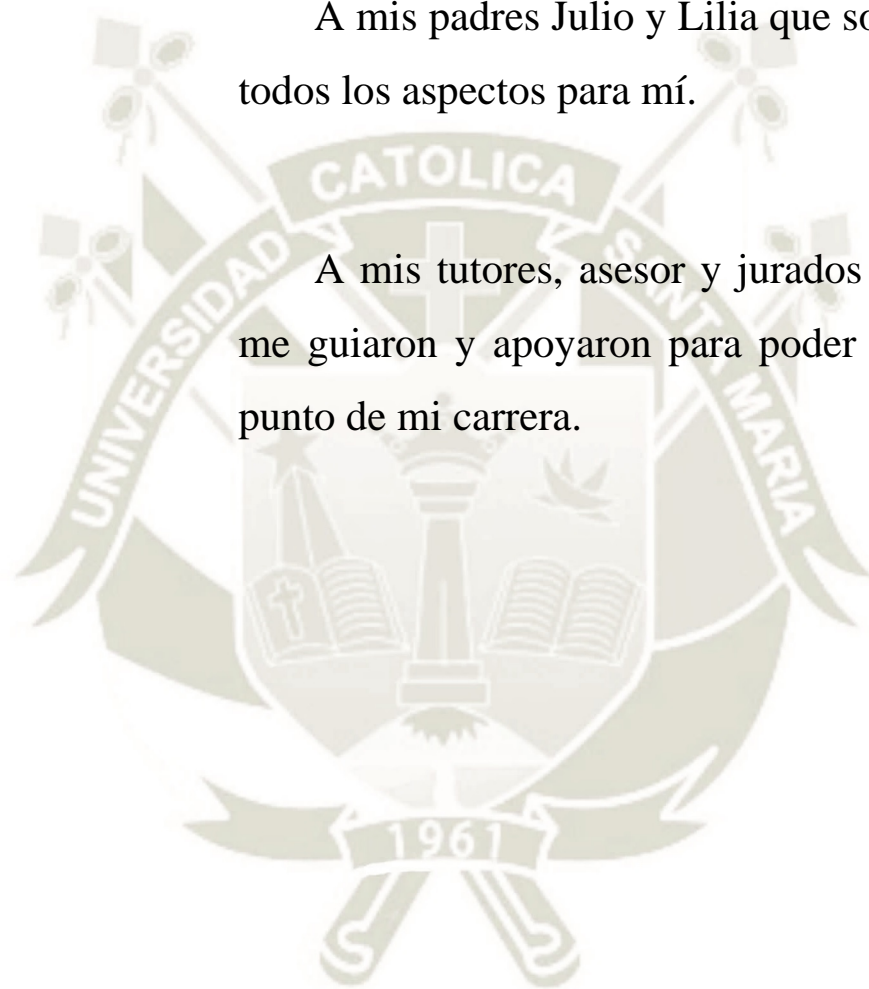
Dr. JOSÉ ALVARADO ACO
Dr. José Alvarado ACO
MÉDICO - PSQUIATRA
C.M.P. 14051 - R.N.E. 9805

.....
Dr. CESAR AUGUSTO SAPAICO DEL CASTILLO

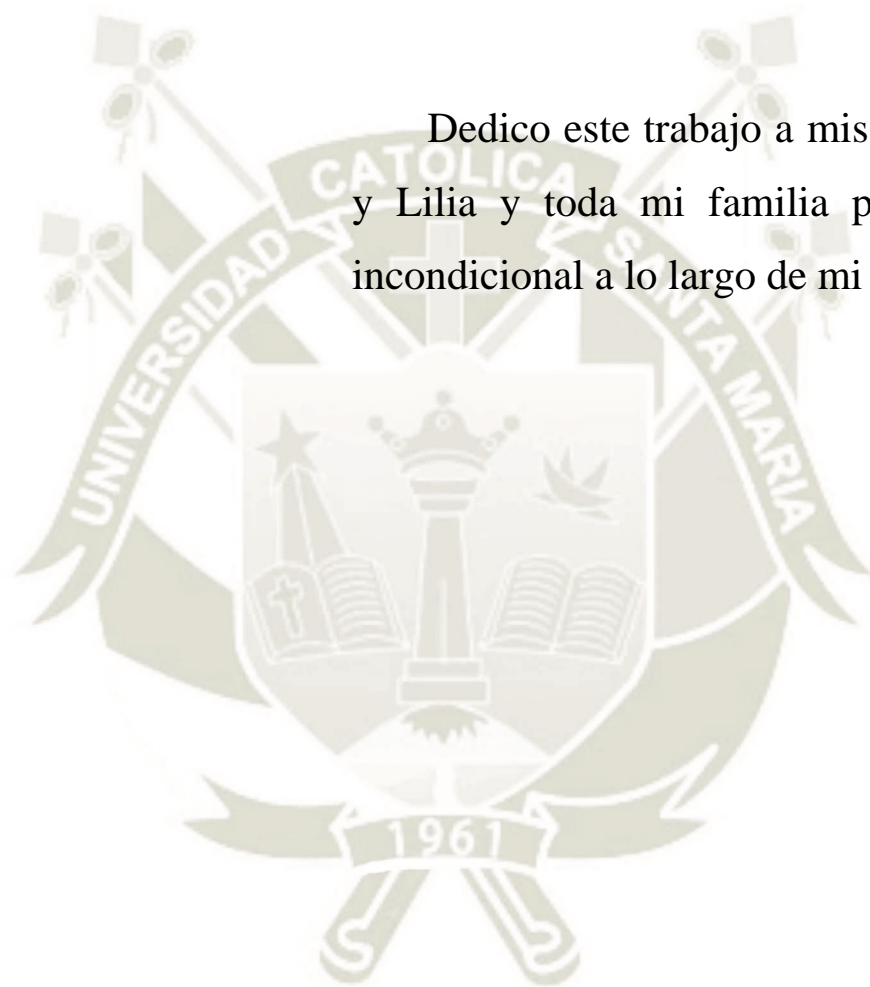
Agradezco a Dios por siempre guiarme a poder cumplir mis objetivos.

A mis padres Julio y Lilia que son soporte en todos los aspectos para mí.

A mis tutores, asesor y jurados que siempre me guiaron y apoyaron para poder llegar a este punto de mi carrera.



Dedico este trabajo a mis padres Julio
y Lilia y toda mi familia por el apoyo
incondicional a lo largo de mi vida.



RESUMEN

Objetivo: Establecer los niveles de ansiedad del personal militar perteneciente al Ala Aérea N° 3 de la Fuerza Aérea del Perú, Arequipa 2020.

Métodos: Se encuestó una muestra representativa de 114 trabajadores que cumplieron criterios de selección, aplicando una ficha de datos y la escala de ansiedad de Hamilton. Se asocian mediante prueba chi cuadrado.

Resultados: El 25.44% del personal tuvo menos de 20 años, 43.86% tuvo de 20 a 40 años, y un 30.70% fue mayor de 40 años. El 59.65% fueron varones y 40.35% mujeres. El tipo de familia era nuclear en 38.60%, 8.77% extensa, en 20.18% ensamblada, el 20.18% estaba constituida por padres separados, en 7.89% fue monoparental, y el 14.91% no tenía hijos. El 31.58% fueron solteros, 30.70% casados, 17.54% eran convivientes y en la misma proporción divorciados, con 2.63% de viudos. El tiempo de servicio fue menor a un año en 21.05%, de 1 a 5 años en 29.82%, y en 49.112% de casos fue mayor a 5 años. El 31.58% fue personal de tropa, 26.32% eran técnicos, 28.95% suboficiales y 13.16% oficiales. El área de trabajo fue en administración en 30.70%, en fuerzas especiales en 29.82%, mantenimiento en 21.93%, el 9.65% era personal de salud y 7.89% pilotos de helicóptero. Se reportaron enfermedades crónicas en 24.56% de casos, con hipertensión en 8.77%, diabetes en 4.39%, y un 7.89% del personal refirió lumbalgia. Se identificó la presencia de ansiedad en 47.37% de trabajadores, siendo leve en 38.60%, moderada en 7.89% y severa en 0.88% de casos. Cuando la familia es nuclear, extensa o ensamblada, no hay ansiedad moderada a severa, pero cuando los padres están separados se presenta en 17.39%, y se eleva a 44.44% entre trabajadores con familia monoparental, y solo en 5.88% de los que no tienen hijos ($p < 0.05$); entre los solteros el 16.67% tuvo ansiedad moderada a severa, que no se encontró entre casados y convivientes, mientras que los separados o divorciados fue de 15%, y se encontró entre 33.33% de viudos ($p < 0.05$). Se encontró ansiedad significativa en solo 4.65% de casos sin enfermedades, en 20% de diabéticos, y en 44.44% de personal con lumbalgia ($p < 0.01$); con las demás variables no hubo influencia ($p > 0.05$).

Conclusiones: Se encontraron altos niveles de ansiedad en personal del Ala Aérea N°3 de Arequipa, asociada sobre todo a factores sociodemográficos como tipo de familia y estado civil, y a la presencia de enfermedades crónicas.

PALABRAS CLAVE: ansiedad, factores asociados, personal militar.



ABSTRACT

Objective: To establish the anxiety levels of the the military personnel of the Air Wing No. 3 of the Air Force of Peru, Arequipa 2020.

Methods: A representative sample of 114 workers who met selection criteria was surveyed, applying a data sheet and the Hamilton anxiety scale. They are associated using a chi square test.

Results: 25.44% of the staff were under 20 years old, 43.86% were between 20 and 40 years old, and 30.70% were over 40 years old. 59.65% were male and 40.35% female. The family was 38.60% nuclear, 8.77% extensive, 20.18% assembled, 20.18% was made up of separated parents, 7.89% was single-parent, and 14.91% had no children. 31.58% were single, 30.70% married, 17.54% were cohabitants and in the same proportion divorced, with 2.63% of widowers. The service time was less than one year in 21.05%, from 1 to 5 years in 29.82%, and in 49.112% of cases it was greater than 5 years. 31.58% were troop personnel, 26.32% were technicians, 28.95% sub-officers and 13.16% officers. The work area was in administration in 30.70%, in special forces in 29.82%, maintenance in 21.93%, 9.65% were health personnel and 7.89% helicopter pilots. Chronic diseases were reported in 24.56% of cases, with hypertension in 8.77%, diabetes in 4.39%, and 7.89% of the staff reported low back pain. The presence of anxiety was identified in 47.37% of workers, being mild in 38.60%, moderate in 7.89% and severe in 0.88% of cases. When the family is nuclear, extensive or assembled, there is no moderate to severe anxiety, but when the parents are separated it occurs in 17.39%, and rises to 44.44% among workers with a single parent family, and only in 5.88% of those who do not have children ($p < 0.05$); Among singles, 16.67% had moderate to severe anxiety, which was not found between married and cohabiting, while separated or divorced was 15%, and was found among 33.33% of widowers ($p < 0.05$). Significant anxiety was found in only 4.65% of cases without disease, in 20% of diabetics, and in 44.44% of personnel with low back pain ($p < 0.01$); with the other variables there was no influence ($p > 0.05$).

Conclusions: High levels of anxiety were found in personnel from the Air Wing 3 of Arequipa, associated above all with sociodemographic factors such as family type and marital status, and the presence of chronic diseases.

KEY WORDS: anxiety, associated factors, military personnel.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos ansiosos, son trastornos mentales que se caracterizan por sensación de preocupación o miedo producido por una determinada situación, todo esto de una manera excesiva. En el plano de salud mental este tipo de trastornos son muy comunes, por ejemplo, durante el mes de febrero del 2019, en el Servicio de Consulta Externa del Hospital Hermilio Valdizán-Lima, se brindaron 5817 atenciones; mostrando los trastornos de ansiedad con 842 consultas (14.47%), por detrás de Esquizofrenia 1605 consultas (27.59%) (1).

Por desgracia, actualmente muchas veces no se presta la debida importancia al tema de salud mental dentro de ello los trastornos de ansiedad o angustia en algunos centros de trabajo, ya sean particulares o estatales, siendo esto un factor importante que ha demostrado que con el pasar de los años el peso que ha ido adquiriendo la ansiedad sobre el desenvolvimiento de las personas se vea incrementado de manera negativa.

Cualquier ser humano, cuando debe afrontar algún tipo de situación sin importar el nivel de complejidad que se presente, está expuesto a desarrollar algún problema que atente contra su salud mental, como la ansiedad. Entonces esto nos orienta a que es factible que aquellos individuos que hacen de su labor cotidiana el abordaje de situaciones críticas se conviertan en una población muy vulnerable de padecer afecciones en su salud mental. Profesionales de las emergencias como lo son bomberos, policías, personal sanitario, entre otros; así como en este caso personal militar que se ven expuestos a rutinas, labores, y otro tipo de actividades que muchas veces superan sus propias capacidades, contribuyendo así a un aumento en los niveles de ansiedad (2). Es por ello que se decide hacer el estudio en una unidad militar como lo es el Ala Aérea N°3, base perteneciente a la FAP, que cuenta con personal militar en todos los grados (oficiales, técnicos, suboficiales y tropa) y diferentes áreas de trabajo (pilotos de helicóptero, mantenimiento, fuerzas especiales, administración y salud) además de diversos factores sociodemográficos, para proporcionar una investigación más amplia y variada.

Al finalizar el estudio hemos encontrado que hay presencia de Ansiedad en un 47.37% del personal militar del Ala Aérea N°3, siendo leve en 38.60%, moderado en 7.89% y severa en 0.88%.

Los resultados de la investigación servirán para incentivar a los estudiantes de medicina, psicología y egresados a realizar más estudios sobre salud mental en personal de las

Fuerzas Armadas y así apoyar al diagnóstico temprano por parte del departamento de Psiquiatría.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUCCIÓN.....	ix
CAPÍTULO I MATERIAL Y MÉTODOS	1
CAPÍTULO II RESULTADOS.....	6
CAPÍTULO III. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	18
CONCLUSIONES.....	24
RECOMENDACIONES	25
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26
ANEXOS.....	28
Anexo 1: Ficha de recolección de datos	29
Anexo 2: Escala de ansiedad de Hamilton	31
Anexo 3: Consentimiento Informado para Estudio de Investigación.....	33
Anexo 4 Matriz de sistematización de información.....	34
Anexo 5: Proyecto de investigación	38

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Características sociodemográficas del personal militar del Ala Aérea N° 3.....	7
Tabla 2 Características laborales del personal militar del Ala Aérea N° 3	8
Tabla 4 Influencia de los factores sociodemográficos en la ansiedad: Edad.....	10
Tabla 5 Influencia de los factores sociodemográficos en la ansiedad: sexo	11
Tabla 6 Influencia de los factores sociodemográficos en la ansiedad: tipo de familia	12
Tabla 7 Influencia de los factores sociodemográficos en la ansiedad: estado civil	13
Tabla 8 Influencia de los factores laborales en la ansiedad: tiempo de servicio.....	14
Tabla 9 Influencia de los factores laborales en la ansiedad: grado militar.....	15
Tabla 10 Influencia de los factores laborales en la ansiedad: área de trabajo.....	16
Tabla 11 Influencia de los factores laborales en la ansiedad: enfermedades crónicas.....	17

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Frecuencia y severidad de ansiedad en el personal del Ala Aérea N° 3	9
--	---



CAPÍTULO I

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicó la técnica de la encuesta.

Instrumentos: El instrumento utilizado consistió en una ficha de recolección de datos (Anexo 1) y en la Escala de ansiedad de Hamilton (Anexo 2).

Materiales:

- Fichas de recolección de datos.
- Material de escritorio.
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial:

El presente estudio se realizó en el Ala Aérea N°3 de la Fuerza Aérea del Perú- Arequipa.

Ala Aérea N°3: El Ala Aérea N°3 es una de las cuatro bases principales pertenecientes a la Fuerza Aérea del Perú, ubicada en la ciudad de Arequipa en el distrito de Cerro Colorado. Es la unidad central en todo el sur del Perú teniendo a su mando a unidades como el Grupo Aéreo N°2 - Vítor, el Grupo Aéreo N°4 - La Joya, la Base Aérea de Puerto Maldonado y el Destacamento Aéreo de Tacna.

Tiene como funciones principales la administración de sus unidades a mando, campañas de apoyo social a zonas de difícil acceso y apoyo en casos de desastre, además de brindar atención de salud a cargo del Hospital Regional del Sur – FAP.

El personal militar del Ala Aérea N°3 está compuesto por 211 personas cuyos grados se dividen en oficiales, técnicos, suboficiales y personal de tropa; los cuales cumplen labores de Piloto de Helicóptero, Mantenimiento (eléctrico, de aeronaves y armamento), fuerzas especiales (inteligencia, operaciones tácticas, defensa aérea e instrucción militar), área administrativa y área de salud (médicos, técnicos de enfermería, farmacia y odontología).

2.2. Ubicación temporal:

El estudio se realizó en forma histórica durante los primeros meses (enero-febrero) del año 2020.

2.3. Unidades de estudio:

Personal militar del Ala Aérea N°3.

2.4. Universo:

Todo el personal militar del Ala Aérea N°3 (oficiales, técnicos, suboficiales y tropa), durante el periodo de estudio, en un total de 211 unidades de estudio.

2.5. Muestra:

114 individuos pertenecientes al personal militar del Ala Aérea N°3, de acuerdo a cálculo para tamaño de muestra significativa para población finita.

$$n = \frac{N \cdot p \cdot q}{\frac{(N - 1) \cdot E^2}{Z\alpha^2} + p \cdot q}$$

n= Tamaño de la muestra

N= Tamaño de la población=**211**

p= Proporción de ansiedad en la población en general=20% = **0.2**

q= 1-p=**0.8**

Z α = Coeficiente de confiabilidad para una precisión del 95%=**1.96**

E= Error absoluto=5%=**0.05**

Reemplazando n= 113.79 => **n=114**

Criterios de selección:

- **Criterios de Inclusión**

- Personal militar del Ala Aérea N°3 que aceptará participar.

- **Criterios de Exclusión**

- Pacientes con algún diagnóstico o antecedente psiquiátrico
- Personal que se encuentre de vacaciones, permiso o comisión fuera del Ala Aérea N°3 durante el desarrollo del estudio.

3. Tipo de investigación:

Se trata de una investigación de campo.

4. Diseño de investigación:

Este estudio es de tipo observacional, transversal.

5. Nivel de investigación:

Descriptivo.

6. Estrategia de Recolección de datos

6.1. Organización

Se presentó el proyecto a Sr. decano de facultad de medicina para solicitar la aprobación incluido el Consentimiento Informado

Se entregó una carta al jefe de personal del Ala Aérea N°3, junto con el Consentimiento Informado/Autorización

Se procedió a trabajar en la muestra, cumpliendo criterios de inclusión y exclusión.

Se realizaron las encuestas y se aplicó la Escala de ansiedad de Hamilton a 114 individuos pertenecientes al personal militar, previa firma del consentimiento informado.

6.2. Validación de los instrumentos

La ficha de datos no requiere de validación por tratarse de un instrumento para recolectar información.

Escala de ansiedad de Hamilton: Max R. Hamilton en 1959 desarrollo la primera versión de la escala de Hamilton para la Ansiedad, diseñada para ser usada en pacientes con factores de riesgo o pacientes con presencia de ansiedad, para así realizar una calificación de la severidad de dicho trastorno. “Hoy en día sigue siendo muy utilizada tanto en la clínica, así como en la investigación debido a que presenta una validez elevada en comparación con otras escalas, como The Global Rating of Anxiety y con el Inventario de Ansiedad de Beck” (3).

“Ballenguer y Lewis, con el fin de aumentar la fiabilidad, recomiendan que al calificar cada ítem se debe considerar el tiempo y frecuencia (máximo en los

últimos 30 días) además de la gravedad y la incapacidad que producen, esto en los 13 primeros ítems, ya que el último se valora al momento de la encuesta” (4).

En 1986 Carrobles y cols desarrollaron la versión en nuestro idioma, que es la que se usa en el presente trabajo (5).

6.3. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Recolección

La recolección de datos se realizó previa autorización para la aplicación de los instrumentos, mediante el consentimiento informado.

b) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 y 2 fueron codificados de manera consecutiva y tabulados para su análisis e interpretación.

c) Plan de Clasificación:

Se empleó una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2016).

d) Plan de Codificación:

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos.

e) Plan de Recuento.

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

f) Plan de análisis

Se empleó estadística descriptiva con proporciones para variables categóricas. Se empleó estadística inferencial mediante prueba de Chi cuadrado para variables cualitativas. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2019 con su complemento analítico y el paquete SPSSv.24.0.



CAPÍTULO II

RESULTADOS

**PREVALENCIA DE NIVELES DE ANSIEDAD EN PERSONAL MILITAR DEL ALA AÉREA N°3,
AREQUIPA 2020**

Tabla 1
Características sociodemográficas del personal militar del
Ala Aérea N° 3

		N°	%
Edad	<20 años	29	25.44%
	20 - 40 años	50	43.86%
	>40 años	35	30.70%
Sexo	Masculino	68	59.65%
	Femenino	46	40.35%
Tipo de familia*	Nuclear	44	38.60%
	Extensa	10	8.77%
	Ensamblada	11	9.65%
	Padres separados	23	20.18%
	Monoparental	9	7.89%
	Sin hijos por elección	17	14.91%
E. civil	Soltero	36	31.58%
	Casado	35	30.70%
	Conviviente	20	17.54%
	Separado / divorciado	20	17.54%
	Viudo	3	2.63%
Total		114	100.00%

Fuente: Elaboración propia

* Tipología familiar:

- Nuclear: Ambos progenitores que tengan uno o más hijos.
- Extensa: Se incluye abuelos, tíos, primos y otros parientes.
- Monoparental: Un solo progenitor (padre o madre) y el/los hijo(s).
- Padres separados: El/los hijo(s) conviven con un solo progenitor o estos se turnan la convivencia con los hijos.
- Ensamblada: Uno o ambos miembros de la pareja actual tiene uno o varios hijos de la pareja anterior.
- Sin hijos por elección: La pareja toma la decisión de no tener hijos.

**PREVALENCIA DE NIVELES DE ANSIEDAD EN PERSONAL MILITAR DEL ALA AÉREA N°3,
AREQUIPA 2020**

Tabla 2
Características laborales del personal militar del Ala Aérea N° 3

		N°	%
Tiempo de servicio	<1 año	24	21.05%
	1-5 años	34	29.82%
	>5 años	56	49.12%
Grado militar*	Tropa	36	31.58%
	Técnico	30	26.32%
	Suboficial	33	28.95%
	Oficial	15	13.16%
Área de trabajo**	Administración	35	30.70%
	Fuerzas especiales	34	29.82%
	Mantenimiento	25	21.93%
	Salud	11	9.65%
	Piloto	9	7.89%
Enfermedad crónica	Ninguna	86	75.44%
	HTA	10	8.77%
	Diabetes	5	4.39%
	HTA/Diabetes	4	3.51%
	Lumbalgia	9	7.89%
Total		114	100.00%

Fuente: Elaboración propia

*Grado militar (en orden descendente):

- Oficial: Distribuido en labores de piloto, médicos, químico farmacéuticos, odontólogos, administrativos o fuerzas especiales.
- Técnico: Distribuidos en mantenimiento, técnico de enfermería, administrativos o fuerzas especiales.
- Suboficiales: Distribuidos en mantenimiento, técnico de enfermería, administrativo o fuerzas especiales.
- Tropa: Distribuidos en defensa aérea e instrucción militar.

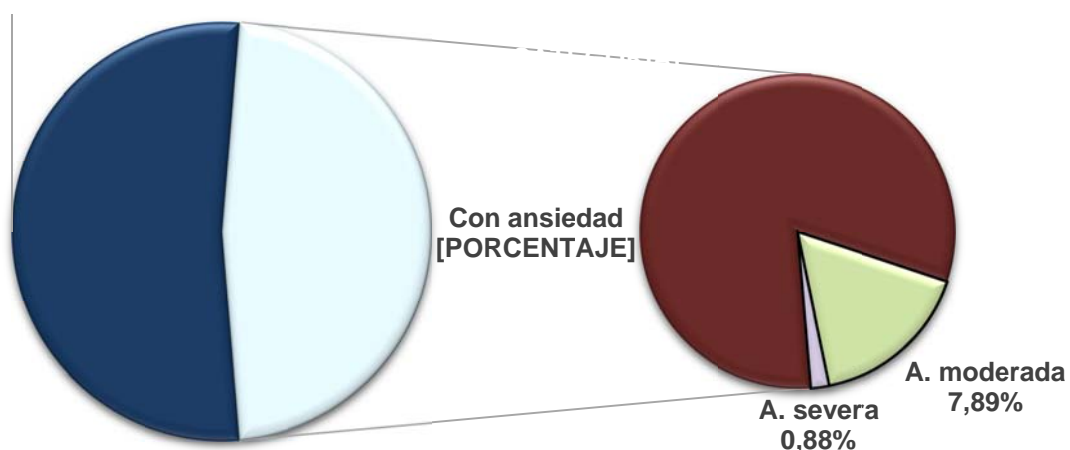
**Áreas de trabajo:

- Piloto: Piloto de helicóptero (ataque o rescate)
- Mantenimiento: Encargados tanto de aeronaves, del armamento y mantenimiento eléctrico.
- Salud: Personal médico, tec. enfermería, de farmacia y odontología.
- Administrativo: Encargados de recursos humanos, abastecimiento, logística.
- Fuerzas especiales: Incluye áreas de inteligencia, operaciones tácticas, defensa aérea e instrucción militar.

**PREVALENCIA DE NIVELES DE ANSIEDAD EN PERSONAL MILITAR DEL ALA AÉREA N°3,
AREQUIPA 2020**

Gráfico 1

Frecuencia y severidad de ansiedad en el personal del Ala Aérea N° 3



Fuente: Elaboración propia

**PREVALENCIA DE NIVELES DE ANSIEDAD EN PERSONAL MILITAR DEL ALA AÉREA N°3,
AREQUIPA 2020**

Tabla 4
Influencia de los factores sociodemográficos en la ansiedad: Edad

Edad	Total	Sin ansiedad		A. leve		A. moderada		A. severa	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<20 años	29	14	48.28%	12	41.38%	2	6.90%	1	3.45%
20 - 40 años	50	26	52.00%	19	38.00%	5	10.00%	0	0.00%
>40 años	35	20	57.14%	13	37.14%	2	5.71%	0	0.00%
Total	114	60	52.63%	44	38.60%	9	7.89%	1	0.88%

$\chi^2 = 3.78$

G. libertad = 6 p = 0.71

Fuente: Elaboración propia

**PREVALENCIA DE NIVELES DE ANSIEDAD EN PERSONAL MILITAR DEL ALA AÉREA N°3,
AREQUIPA 2020**

Tabla 5

Influencia de los factores sociodemográficos en la ansiedad: sexo

Sexo	Total	Sin ansiedad		A. leve		A. moderada		A. severa	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Masculino	68	41	60.29%	24	35.29%	3	4.41%	0	0.00%
Femenino	46	19	41.30%	20	43.48%	6	13.04%	1	2.17%
Total	114	60	52.63%	44	38.60%	9	7.89%	1	0.88%

$\text{Chi}^2 = 6.42$

G. libertad = 3 p = 0.09

Fuente: Elaboración propia

**PREVALENCIA DE NIVELES DE ANSIEDAD EN PERSONAL MILITAR DEL ALA AÉREA N°3,
AREQUIPA 2020**

Tabla 6

Influencia de los factores sociodemográficos en la ansiedad: tipo de familia

Familia	Total	Sin ansiedad		A. leve		A. moderada		A. severa	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Nuclear	44	34	77.27%	10	22.73%	0	0.00%	0	0.00%
Extensa	10	5	50.00%	5	50.00%	0	0.00%	0	0.00%
Ensamblada	11	5	45.45%	6	54.55%	0	0.00%	0	0.00%
Padres separados	23	4	17.39%	14	60.87%	4	17.39%	1	4.35%
Monoparental	9	2	22.22%	3	33.33%	4	44.44%	0	0.00%
Sin hijos por elección	17	10	58.82%	6	35.29%	1	5.88%	0	0.00%
Total	114	60	52.63%	44	38.60%	9	7.89%	1	0.88%

$\chi^2 = 46.36$

G. libertad = 15

$p < 0.01$

Fuente: Elaboración propia

Tipología familiar:

- Nuclear: Ambos progenitores que tengan uno o más hijos.
- Extensa: Se incluye abuelos, tíos, primos y otros parientes.
- Monoparental: Un solo progenitor (padre o madre) y el/los hijo(s).
- Padres separados: El/los hijo(s) conviven con un solo progenitor o estos se turnan la convivencia con los hijos.
- Ensamblada: Uno o ambos miembros de la pareja actual tiene uno o varios hijos de la pareja anterior.
- Sin hijos por elección: La pareja toma la decisión de no tener hijos.

**PREVALENCIA DE NIVELES DE ANSIEDAD EN PERSONAL MILITAR DEL ALA AÉREA N°3,
AREQUIPA 2020**

Tabla 7

Influencia de los factores sociodemográficos en la ansiedad: estado civil

E. civil	Total	Sin ansiedad		A. leve		A. moderada		A. severa	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Soltero	36	15	41.67%	15	41.67%	5	13.89%	1	2.78%
Casado	35	27	77.14%	8	22.86%	0	0.00%	0	0.00%
Conviviente	20	13	65.00%	7	35.00%	0	0.00%	0	0.00%
Separado / divorciado	20	5	25.00%	12	60.00%	3	15.00%	0	0.00%
Viudo	3	0	0.00%	2	66.67%	1	33.33%	0	0.00%
Total	114	60	52.63%	44	38.60%	9	7.89%	1	0.88%

$\chi^2 = 27.15$

G. libertad = 12

p = 0.007

Fuente: Elaboración propia

**PREVALENCIA DE NIVELES DE ANSIEDAD EN PERSONAL MILITAR DEL ALA AÉREA N°3,
AREQUIPA 2020**

Tabla 8

Influencia de los factores laborales en la ansiedad: tiempo de servicio

T. servicio	Total	Sin ansiedad		A. leve		A. moderada		A. severa	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<1 año	24	12	50.00%	9	37.50%	2	8.33%	1	2.78%
1-5 años	34	14	41.18%	16	47.06%	4	11.76%	0	0.00%
>5 años	56	34	60.71%	19	33.93%	3	5.36%	0	0.00%
Total	114	60	52.63%	44	38.60%	9	7.89%	1	0.88%

$\chi^2 = 7.39$

G. libertad = 6

p = 0.29

Fuente: Elaboración propia

**PREVALENCIA DE NIVELES DE ANSIEDAD EN PERSONAL MILITAR DEL ALA AÉREA N°3,
AREQUIPA 2020**

Tabla 9
Influencia de los factores laborales en la ansiedad: grado militar

Grado	Total	Sin ansiedad		A. leve		A. moderada		A. severa	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Tropa	36	18	50.00%	13	36.11%	4	11.11%	1	2.78%
Técnico	30	17	56.67%	11	36.67%	2	6.67%	0	0.00%
Suboficial	33	15	45.45%	15	45.45%	3	9.09%	0	0.00%
Oficial	15	10	66.67%	5	33.33%	0	0.00%	0	0.00%
Total	114	60	52.63%	44	38.60%	9	7.89%	1	0.88%

$\chi^2 = 5.56$

G. libertad = 9

p = 0.78

Fuente: Elaboración propia

Grado militar (en orden descendente):

- Oficial: Distribuido en labores de piloto, médicos, químico farmacéuticos, odontólogos, administrativos o fuerzas especiales.
- Técnico: Distribuidos en mantenimiento, técnico de enfermería, administrativos o fuerzas especiales.
- Suboficiales: Distribuidos en mantenimiento, técnico de enfermería, administrativo o fuerzas especiales.
- Tropa: Distribuidos en defensa aérea e instrucción militar.

**PREVALENCIA DE NIVELES DE ANSIEDAD EN PERSONAL MILITAR DEL ALA AÉREA N°3,
AREQUIPA 2020**

Tabla 10
Influencia de los factores laborales en la ansiedad: área de trabajo

Área trabajo	Total	Sin ansiedad		A. leve		A. moderada		A. severa	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Administración	35	16	45.71%	13	37.14%	5	14.29%	1	2.86%
Fuerzas especiales	34	19	55.88%	14	41.18%	1	2.94%	0	0.00%
Mantenimiento	25	11	44.00%	11	44.00%	3	12.00%	0	0.00%
Salud	11	8	72.73%	3	27.27%	0	0.00%	0	0.00%
Piloto	9	6	66.67%	3	33.33%	0	0.00%	0	0.00%
Total	114	60	52.63%	44	38.60%	9	7.89%	1	0.88%

$\text{Chi}^2 = 9.86$

G. libertad = 12

p = 0.63

Fuente: Elaboración propia

Áreas de trabajo:

- Piloto: Piloto de helicóptero (ataque o rescate)
- Mantenimiento: Encargados tanto de aeronaves, del armamento y mantenimiento eléctrico.
- Salud: Personal médico, tec. enfermería, de farmacia y odontología.
- Administrativo: Encargados de recursos humanos, abastecimiento, logística.
- Fuerzas especiales: Incluye áreas de inteligencia, operaciones tácticas, defensa aérea e instrucción militar.

**PREVALENCIA DE NIVELES DE ANSIEDAD EN PERSONAL MILITAR DEL ALA AÉREA N°3,
AREQUIPA 2020**

Tabla 11

Influencia de los factores laborales en la ansiedad: enfermedades crónicas

Enfermedades crónicas	Total	Sin ansiedad		A. leve		A. moderada		A. severa	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Ninguna	86	53	61.63%	28	32.56%	4	4.65%	1	1.16%
HTA	10	4	40.00%	6	60.00%	0	0.00%	0	0.00%
Diabetes	5	1	20.00%	3	60.00%	1	20.00%	0	0.00%
HTA/Diabetes	4	2	50.00%	2	50.00%	0	0.00%	0	0.00%
Lumbalgia	9	0	0.00%	5	55.56%	4	44.44%	0	0.00%
Total	114	60	52.63%	44	38.60%	9	7.89%	1	0.88%

$\text{Chi}^2 = 29.51$

G. libertad = 12

$p = 0.003$

Fuente: Elaboración propia



CAPÍTULO III. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El presente estudio se realizó con el objeto de establecer los niveles de ansiedad en el personal militar perteneciente al Ala Aérea N° 3 de la Fuerza Aérea del Perú, Arequipa 2020. Se llevó a cabo la presente investigación debido a que la ansiedad se puede presentar en personas, como los militares, que están expuestas a situaciones críticas tanto fuera como dentro de su centro de labor.

Para tal fin se encuestó una muestra representativa de 114 miembros del personal del Ala Aérea N° 3 que cumplieron criterios de selección, aplicando una ficha de datos y la escala de ansiedad de Hamilton. Se muestran los resultados mediante estadística descriptiva y se analizan los factores asociados mediante prueba de independencia chi cuadrado.

En la **Tabla 1** se muestra las características sociodemográficas de los participantes. El 25.44% tuvo menos de 20 años, el 43.86% tuvo edades de 20 a 40 años, y un 30.70% fue mayor de 40 años. El 59.65% fueron varones y 40.35% mujeres. La familia de la que procedían era nuclear en un 38.60%, 8.77% extensa, 20.18% ensamblada, el 20.18% estaba constituida por padres separados, en un 7.89% fue monoparental, y el 14.91% no tenía hijos por elección. En cuanto al estado civil, 31.58% fueron solteros, 30.70% casados, 17.54% eran convivientes, en la misma proporción separados o divorciados y un 2.63% del personal era viudo. Los resultados obtenidos se asemejan a los de un estudio reciente realizado por Fuñez M. en el cuál, de 130 militares se observó un predominio del sexo masculino, en este caso con un 93%, también una edad media de 30 +/- 6,5 años y en cuanto al estado civil predominan los casados y solteros siendo un 37.4% y 33.3% respectivamente (6).

En la **Tabla 2** se muestra las características laborales del personal del Ala Aérea N° 3; el tiempo de servicio fue menor a un año en un 21.05%, de 1 a 5 años en 29.82%, y en 49.112% de casos fue mayor a 5 años. El 31.58% fue personal de tropa, 26.32% eran técnicos, 28.95% eran suboficiales y 13.16% oficiales. En cuanto al área de trabajo, 30.70% pertenece al área administrativa, a las fuerzas especiales un 29.82%, a mantenimiento un 21.93%, un 9.65% era personal de salud y 7.89% eran pilotos de helicóptero. En un estudio Rodríguez D encontró que el 74.4% del personal tenía un tiempo de servicio menor a un año y el 25.6% más de un año (7), mientras que en otro estudio por Miranda encontró que 6.9% eran oficiales, 58.2% técnicos y suboficiales y el resto subalternos; ambos estudios difieren del nuestro (8).

En la **Tabla 2**, también se reportaron enfermedades crónicas en 24.56% de casos, de los cuales fueron hipertensión arterial (HTA) un 8.77%, diabetes un 4.39%, ambas un 3.51%

de casos, y un 7.89% del personal refirió lumbalgia. Resultados propios, que guardan discrepancia con Rodríguez D. que encontró que de 86 militares un 34% tenía lumbalgia (7), y con Tovar R y col que de una muestra de militares en Colombia encontró un 4.54% sufría de hipertensión arterial y 6.33% de diabetes (9).

Con la aplicación de la escala de Hamilton, se identificó la presencia de ansiedad en 47.37% del personal militar del Ala Aérea N° 3, siendo leve en 38.60%, moderada en 7.89% y severa en 0.88% de casos, como se muestra en el **Gráfico 3**. Existe un estudio del año 2018 por Vigandos V. de un total de 79 militares de la Fuerza Aérea del Perú se observa que el 46.84% presenta ansiedad, todos ellos en un rango mínimo, y no se encontraron niveles severos, resultados que se asemejan a los encontrados en el presente estudio (10). En otra investigación, realizada por Cannon J. en el 2015, de 90 militares un 17.78% presentó un nivel leve, un 6.67% moderado y un 75.56% no presentó niveles de ansiedad, al igual que en el presente estudio predomina la cantidad de individuos sin ansiedad pero en este caso con un mayor porcentaje; y en cuanto a severidad, habiendo un porcentaje nulo, hay discrepancia con nuestro estudio (11).

La **Tabla 4** muestra la influencia de la edad del personal en la presencia y severidad de ansiedad; se observa ansiedad moderada-severa en 10.35% del personal menor de 20 años, 10% en aquellos de 20 a 40 años, y 5.71% en personal con edades mayores a 40 años, siendo las diferencias no significativas ($p > 0.05$); por lo que se infiere que la edad no influye en la severidad de la ansiedad en este grupo. En el estudio realizado por Cannon J. se encontró en menores de 20 años ansiedad leve en un 55.96% y moderada-severa en 26.18%, mientras que en edades mayores decrecía la severidad de ansiedad, sin una diferencia significativa; si bien es cierto, sigue la tendencia de disminuir la severidad de la ansiedad con el aumento de edad, estos porcentajes no guardan mucha semejanza con los de nuestro estudio (11). En el presente estudio también observamos que a menor edad en este grupo, aumenta la presencia de ansiedad, menores de 20 años 51.72%, mientras que mayores de 40 años un 42.85%, lo cual guarda concordancia con Alarcón R. el cual expone que, en cuanto a grupos etarios, hay mayor porcentaje de ansiedad en adolescentes y la primera etapa de la vida adulta (12).

En la **Tabla 5** se muestra la influencia del sexo en la presencia y severidad de ansiedad; se ve mayor ansiedad en mujeres (47.37%) que en varones (39.71%), resultados que se asemejan también a lo que dicta Alarcón R. la ansiedad es más frecuente en mujeres que en varones con una relación de 3:2. Entre los varones, el 4.41% presentó ansiedad moderada y

ninguno severa, mientras que en las mujeres, el 13.04% tuvieron ansiedad moderada y 2.17% severa, y aunque se ve mayor presencia de ansiedad y niveles más altos en las mujeres, las diferencias no resultaron estadísticamente significativas ($p > 0.05$) (12), en otro estudio realizado por Vidangos V. se observó ansiedad en un 43.55% de varones donde predominaban casos leves y en mujeres un 58.82% con presencia de severidad en porcentajes mínimos y al igual que nuestro estudio no hubo una diferencia estadísticamente significativa (10).

La influencia del tipo de familia en la presencia y severidad de ansiedad se muestra en la **Tabla 6**; cuando la familia es nuclear, extensa o ensamblada, no hay ansiedad moderada a severa, pero cuando los padres están separados se presenta una ansiedad moderada a severa en 17.39%, y se eleva a 44.44% entre el personal con familia monoparental, y se encuentra sólo ansiedad moderada en 5.88% de los que no tienen hijos, siendo las diferencias significativas ($p < 0.05$); se infiere que las familias en las que falta uno de los constituyentes paternos influyen en la mayor severidad de acuerdo a los niveles de ansiedad. Guarda relación con López Jiménez y col que proponen que, si bien es cierto, la estructura es importante, más que la tipología familiar es el funcionamiento de la familia lo que tendría alguna asociación con la aparición de ansiedad en miembros de la misma (13). Seijo y col exponen que la experiencia del divorcio/separación en general se asocia con una mayor incidencia de ansiedad, como se observa en el presente estudio, y que las personas de familias de padres separados reciben una mayor atención psicológica y psiquiátrica a lo largo su vida (14).

La **Tabla 7** muestra la influencia del estado civil del personal en la presencia de ansiedad; entre los solteros el 16.67% tuvo ansiedad moderada a severa, que no se encontró entre casados y convivientes, mientras que los separados o divorciados tuvieron este nivel de ansiedad en 15%, y se encontró entre 33.33% de viudos, siendo la diferencia significativa ($p < 0.05$), por lo que se infiere que la falta de pareja ya sea por perdida, separación o soltería se asocia a niveles más altos de ansiedad. En un estudio realizado el 2011 por Zubieta y col se vio en 242 militares, que entre los participantes casados o con pareja se encontraron menores niveles de ansiedad comparado con los solteros o sin pareja (15).

La **Tabla 8** muestra la influencia del tiempo de servicio en la presencia y severidad de ansiedad; se encontraron niveles similares de ansiedad moderada-severa tanto en trabajadores con menos de un año (12.50%), como en aquellos con 1 a 5 años (11.76%), y disminuyó a 5.36% en trabajadores con más de 5 años de servicio, aunque las diferencias

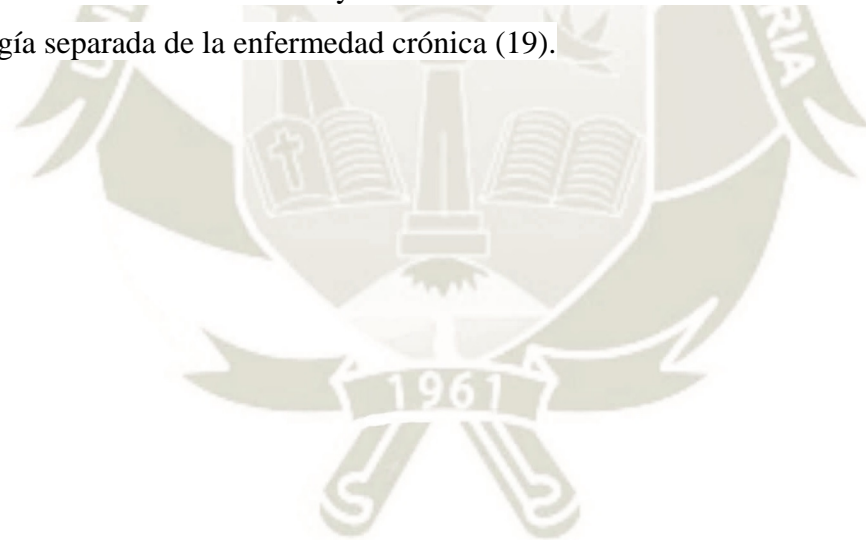
no resultaron significativas ($p > 0.05$). Esto probablemente se debe a que el tiempo de adaptación; que podría definir la severidad de la ansiedad; difiere entre una persona u otra, ya que en los resultados obtenidos si se observa que de acuerdo al aumento en el tiempo de servicio militar disminuye el porcentaje de ansiedad. Similar al estudio realizado por Moreno J.L en España, en el cual resalta el aumento de la ansiedad-depresión a la inadaptación en la vida militar por sobre encima del tiempo de servicio (16).

En cuanto a la influencia del grado militar en la presencia y severidad de ansiedad (**Tabla 9**), se ve mayor proporción de ansiedad moderada a severa en personal de tropa (13.89%) que en técnicos (6.67%) o suboficiales (9.09%) y no se encontró ansiedad moderada a severa entre los oficiales, aunque las diferencias no resultaron estadísticamente significativas ($p > 0.05$); es decir, el grado militar no influye de manera significativa en la presencia de ansiedad en el personal del Ala Aérea N°3. Esto debido a que probablemente es más determinante el rol que se cumple dentro de la base que el grado militar, como se observa en el estudio de Fuñez M. de 397 soldados, tanto de unidades operativas como de servicios, se vio que el grado con mayor bienestar mental fueron los oficiales, seguidos por los suboficiales y por último la tropa, tampoco hubo una diferencia significativa (resultados similares a los del presente estudio), Fuñez concluye que el rango militar no siempre va de la mano con el bienestar mental, sino más bien el estar a gusto con la labor que se desempeña (17).

La **Tabla 10** muestra la influencia del área de trabajo del personal del Ala Aérea N° 3 en la presencia de ansiedad; se observa mayor ansiedad en labores como Mantenimiento (44.00%) y Fuerzas especiales (41.18%), cabe resaltar que en éstas hay un amplio predominio de ansiedad leve. Sin embargo en cuanto a niveles de ansiedad, en el personal que labora en administración, el 17.14% tuvo ansiedad moderada a severa, la cual se presentó en 2.94% del personal de fuerzas especiales, en 12% en personal de mantenimiento, y no se encontró en personal de salud o en pilotos de helicóptero, siendo las diferencias no significativas ($p > 0.05$). Se infiere que el área de trabajo no influye significativamente en la severidad de los niveles de ansiedad en el Ala Aérea N°3. Encontramos que labores como las de mantenimiento y fuerzas especiales que presentan mayor cantidad de ansiedad no llegan a tener una severidad resaltante, al igual que los pilotos de helicóptero que, si bien es cierto, están expuestos a situaciones críticas, pasan por una rigurosa preparación física y mental de adaptación a la labor, lo cual ayudaría a contrarrestar la severidad de ansiedad, mientras que el porcentaje de nivel moderado-

severo del plano administrativo se ve condicionado más por otras variables. Dichos resultados concuerdan con un estudio reciente en Argentina, Beatriz G observó que el personal con una mayor carga laboral presentan más estrés y ansiedad, sugiere además que los turnos, acompañamiento y actividades fuera de horas de trabajo juegan un rol muy importante en la presencia de ansiedad cuando la relacionamos con la labor militar desempeñada (18).

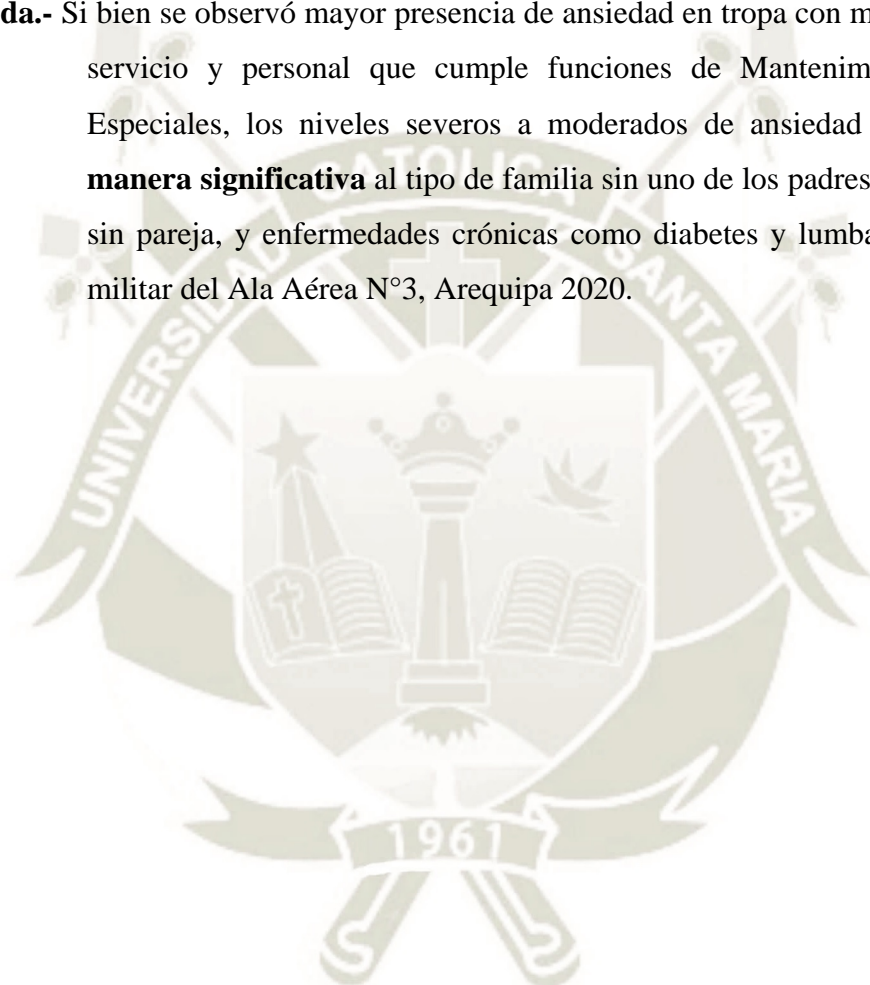
En la **Tabla 11** se muestra la influencia de enfermedades crónicas en la presencia y severidad de ansiedad; en las personas que no presentaron enfermedades crónicas solo 4.65% presentaron ansiedad moderada, la cual se vio en 20% de diabéticos y en 44.44% de personal con lumbalgia, diferencias altamente significativas ($p < 0.01$); es decir, que la presencia de enfermedades crónicas, como diabetes y lumbalgia, se asocian de manera significativa a ansiedad. DeJean D y col en una revisión de diversos artículos relacionados del 2002 al 2012, concluye que se tiende a experimentar ansiedad como consecuencia de saber que se sufre alguna enfermedad crónica, mas esto puede conducir a la equivocada normalización de la ansiedad y dificultar el reconocimiento de la misma como una patología separada de la enfermedad crónica (19).



CONCLUSIONES

Primera.- Se encontró una prevalencia de ansiedad en 47.37% del personal militar del Ala Aérea N°3, siendo leve en 38.60%, moderado en 7.89% y severa en 0.88%.

Segunda.- Si bien se observó mayor presencia de ansiedad en tropa con menos de 1 año de servicio y personal que cumple funciones de Mantenimiento y Fuerzas Especiales, los niveles severos a moderados de ansiedad se asociaron de **manera significativa** al tipo de familia sin uno de los padres, personal militar sin pareja, y enfermedades crónicas como diabetes y lumbalgia en personal militar del Ala Aérea N°3, Arequipa 2020.



RECOMENDACIONES

PRIMERA

Hacer llegar el presente estudio al Comandante General del Ala Aérea N°3 para que coordine con el Hospital Regional del Sur - FAP (Entidad de salud del Ala Aérea N°3) el trabajo del departamento de Psicología junto con los médicos en la captación de posibles pacientes ansiosos, mediante instrumentos tipo test de ansiedad en todo el personal militar sin discriminar el grado o labor que estos lleven poniendo énfasis también en los factores sociodemográficos, de esta manera se colabora en un diagnóstico temprano especializado por parte de un Psiquiatra.

SEGUNDA

Al director del Hospital Regional del Sur – FAP; facilitando la entrega de la presente investigación; para que promueva que todo personal militar diagnosticado con algún tipo de enfermedad crónica pase por un examen psicológico, con el fin de captar posibles casos de ansiedad y posteriormente puedan ser derivados a Psiquiatría para un posible diagnóstico y tratamiento.

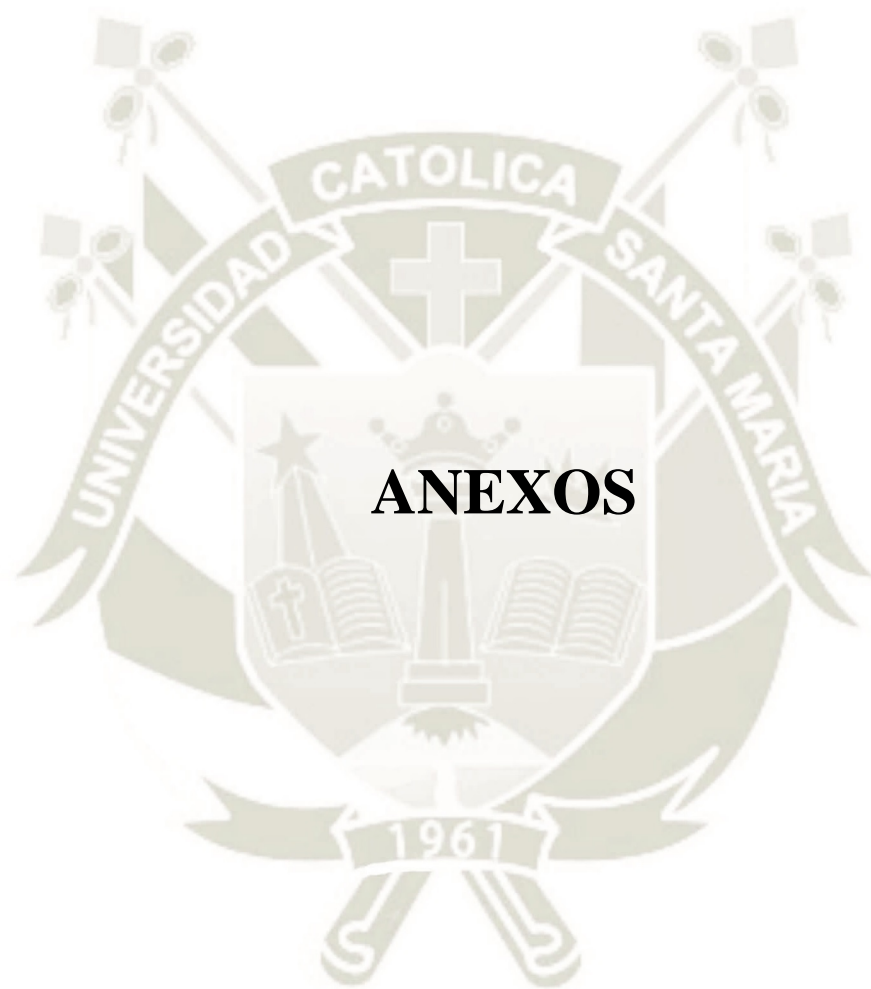
TERCERA

A los estudiantes de las facultades de medicina humana y psicología a realizar estudios actuales de salud mental en militares, ya que es importante tener esta nueva información para saber dirigir estrategias de soporte emocional y ayudar a reducir la afectación psicológica ocasionada por el estado de emergencia por Coronavirus (COVID19) en personal militar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Boletín Epidemiológico del Perú. MINSA. Hospital Hermilio Valdizán. Febrero 2019. [Online]. <http://www.hhv.gob.pe/nosotros/epidemiologia/>
2. Pérez A, Rodríguez JM. Análisis del estado emocional de una unidad del ejército español en zona de operaciones. *Sanid. mil* 2011; 67 (2): 71-77. [Online]. https://scholar.google.com/scholar_url?url=http://scielo.isciii.es/scielo.php%3Fpid%3DS1887-85712011000200002%26script%3Dsci_arttext%26tln%3Den&hl=es&sa=T&oi=gsb-ggp&ct=res&cd=0&d=12500731107184458098&ei=8fQHX6DtLMmqyATb4o6wDw&scisig=AAGBfm0AOLH0NAA4unZSIXSJ-wlWDvyCXg
3. Espinoza K. Ansiedad y Depresión, según la Escala de Hamilton, en el Personal Médico y No Médico del Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche e IREN Sur, 2014. (Tesis para obtener el Título Profesional de Médico Cirujano). Arequipa: UCSM; 2014..
4. Bobes J, Portilla MP, Bascarán MT (Eds). Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 2da Ed. Ars Medica. 2002. 7.1. Escala de Hamilton para la Ansiedad (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS) pp:69..
5. Carrobes JA, Costa M, Del Ser T, Bartolomé P. La práctica de la terapia de conducta. Valencia. Promolibro. 1986..
6. Fúnez M, García M. Calidad de vida relacionada con la salud en militares españoles. *Sanidad mil* 2017; 73 (4): 211-215..
7. Rodríguez D. Características epidemiológicas de la lumbalgia en personal del servicio militar voluntario en el Hospital Militar Regional, Arequipa 2014. (Tesis para optar por el título profesional de médico cirujano). Arequipa: UCSM; 2015..
8. Miranda K. Análisis comparativo del clima y cultura organizacional entre personal militar y civil que labora en el Ala Aérea N°3. (Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Administración). Arequipa: UNSA; 2017..
9. Tovar R, Daza M, Godoy G, Herrera E, Sánchez J. Evaluación del riesgo cardiovascular usando la escala de Framingham en aviadores militares del ejército colombiano. (Tesis para optar por la especialización en medicina ocupacional). Bogotá. Universidad del Rosario; 2012.
10. Vidangos V. Acné y riesgo de trastornos de ansiedad en personal militar de tropa del Ala Aérea N° 3 de la Fuerza Aérea del Perú, Arequipa, 2018. (Tesis para optar el título

- profesional de Médico Cirujano). Arequipa: UCSM; 2018..
11. Cannon J. Factores Socio demográficos, Niveles de Ansiedad y de Depresión en el personal que pertenece al Servicio Militar Voluntario del Ala Aérea N°3 FAP de Arequipa 2015. (Tesis para optar por el título profesional de médico cirujano). Arequipa: UCSM; 2015.
 12. Alarcon R. Trastornos de angustia. Perales A, Zambrano M, Mendoza A, Vásquez-Caicedo G (eds). Compendio de psiquiatría "Humberto Rotondo", 1ra edición ed. Lima: Facultad de Medicina: UNMSM; 2008. pp. 164-180. [Online]. <http://www.unmsm.edu.pe/noticias/ver/742>
 13. López- Jiménez MT, Barrera MI, Cortés JF, Metzi MJ. Funcionamiento familiar, creencias e inteligencia emocional en pacientes con trastorno obsesivo compulsivo y sus familiares. *Salud Mental* 2011; 34:111-120..
 14. Seijo, D, Novo M, Carracedo S. Fariña F. Efectos de la ruptura de los progenitores en salud física y psicoemocional de los hijos. *Revista Galega de Cooperación Científica Iberoamericana* 2010; 19: 16-21..
 15. Zubieta E, Sosa F, Berardi M. Adaptación Cultural, actitudes hacia el multiculturalismo y ansiedad intergrupar en población militar. *Boletín de Psicología*, 2011; 102: 55-69..
 16. Moreno JL. Aportaciones de la psiquiatría social al modelo asistencial psiquiátrico de las Fuerzas Armadas. Comunicación en el II simposio nacional militar. Valencia, España 1986..
 17. Fuñez M. Calidad de vida relacionada con la salud y resiliencia en militares españoles. (Tesis para optar al grado de Doctorado en Salud). Lérida: Universidad de Lleida; 2018..
 18. Beatriz G. Estrés laboral en personal policial con turnos rotativos y fijos. (Tesis para optar por licenciatura en Psicología). Buenos Aires: Universidad Abierta Interamericana; 2018..
 19. DeJean D, Giacomini M, Vanstone M, Brundisini F. Patient Experiences of Depression and Anxiety with Chronic Disease. *Ont Health Technol Evaluación Ser.* 2013; 13 (16): 1-33..



Anexo 1:

Ficha de recolección de datos

Ficha n° _____

Encuesta de factores Sociodemográficos y Laborales

Lea los enunciados y encierre con un círculo la opción que se ajusta a su persona, solicito su colaboración a través de la respuesta sincera a las siguientes preguntas:

- 1) Indique el sexo al que pertenece:
 - a) Masculino ()
 - b) Femenino ()

- 2) ¿En que rango de edad se encuentra usted?
 - a) Menos de 20 años ()
 - b) De 20-40 años ()
 - c) Más de 40 años ()

- 3) ¿Cómo es la composición de su familia?
 - a) Nuclear: Padres más uno o más hijos ()
 - b) Extensa: Se incluye abuelos, tíos, primos y otros parientes ()
 - c) Monoparental: Un solo progenitor (padre o madre) y el/los hijo(s) ()
 - d) Padres separados: El/los hijo(s) conviven con un solo progenitor o se turnan la convivencia ()
 - e) Ensamblada: Uno o ambos miembros de la pareja actual tiene uno o varios hijos de pareja anterior ()
 - f) Sin hijos por elección: La pareja toma la decisión de no tener hijos ()

- 4) Indique su estado civil:
 - a) Soltero ()
 - b) Casado ()
 - c) Conviviente ()
 - d) Separado / Divorciado ()
 - e) Viudez ()

- 5) Indique el rango de tiempo de servicio militar en la FAP:
- a) Menos de 1 año ()
 - b) De 1 a 5 años ()
 - c) Más de 5 años ()
- 6) Indique su grado:
- a) Oficial ()
 - b) Técnico ()
 - c) Suboficial ()
 - d) Tropa ()
- 7) Indique el área de trabajo donde cumple sus funciones:
- a) Piloto ()
 - b) Mantenimiento (aeronaves, armamento, eléctrica) ()
 - c) Salud (médico, tec. enfermería, farmacia, odontólogo) ()
 - d) Administrativo ()
 - e) Fuerzas especiales (inteligencia, operaciones tácticas, defensa aérea, instrucción militar) ()
- 8) ¿Padece usted alguna(s) enfermedad(es) crónica(s)?
- a) SI () - ¿Cuál?1961.....
 - b) NO ()

Anexo 2:

Escala de ansiedad de Hamilton

A continuación usted encontrará 14 ítems, considerando los últimos 30 días indica los síntomas que se describen en cada uno, puntuando de 0 a 4:

	No, Nunca 0	Algunas veces 1	Bastantes veces 2	Casi siempre 3	Siempre 4
Estado ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.					
Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.					
Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.					
Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.					
Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.					
Humor depresivo: Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.					
Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.					
Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).					

<p>Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.</p>					
<p>Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).</p>					
<p>Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.</p>					
<p>Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.</p>					
<p>Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, erectismo piloso (piel de gallina).</p>					
<p>Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.</p>					

Fuente: Espinoza K, 2014

Anexo 3:

Consentimiento Informado para Estudio de Investigación

Mediante la presente se le invita a usted.....

Con DNI:

A participar en un estudio de investigación, que tiene como propósito conocer:

**La prevalencia de niveles de ansiedad en personal militar del Ala Aérea N°3-
Arequipa**

Participación voluntaria

Luego de terminar de revisar este consentimiento, usted es la única persona que decide si desea participar en el estudio. Su participación es completamente voluntaria.

Procedimientos

1. Se elegirá al azar una muestra de 114 individuos
2. Se tomarán una encuesta con preguntas sobre: Sexo, edad, estado familiar, estado civil, tiempo de servicio, grado y presencia de enfermedades crónicas
3. Se realizará una evaluación con “Escala de ansiedad de Hamilton”, para conocer los niveles de ansiedad
4. Se evaluarán resultados obtenidos en la encuesta y escala de Hamilton mediante gráficas estadísticas

Riesgos y procedimientos para minimizar los riesgos

No existen riesgos en esta investigación.

Costos

Usted no asumirá ningún costo económico para la participación en este estudio, todo costo será asumido por el investigador.

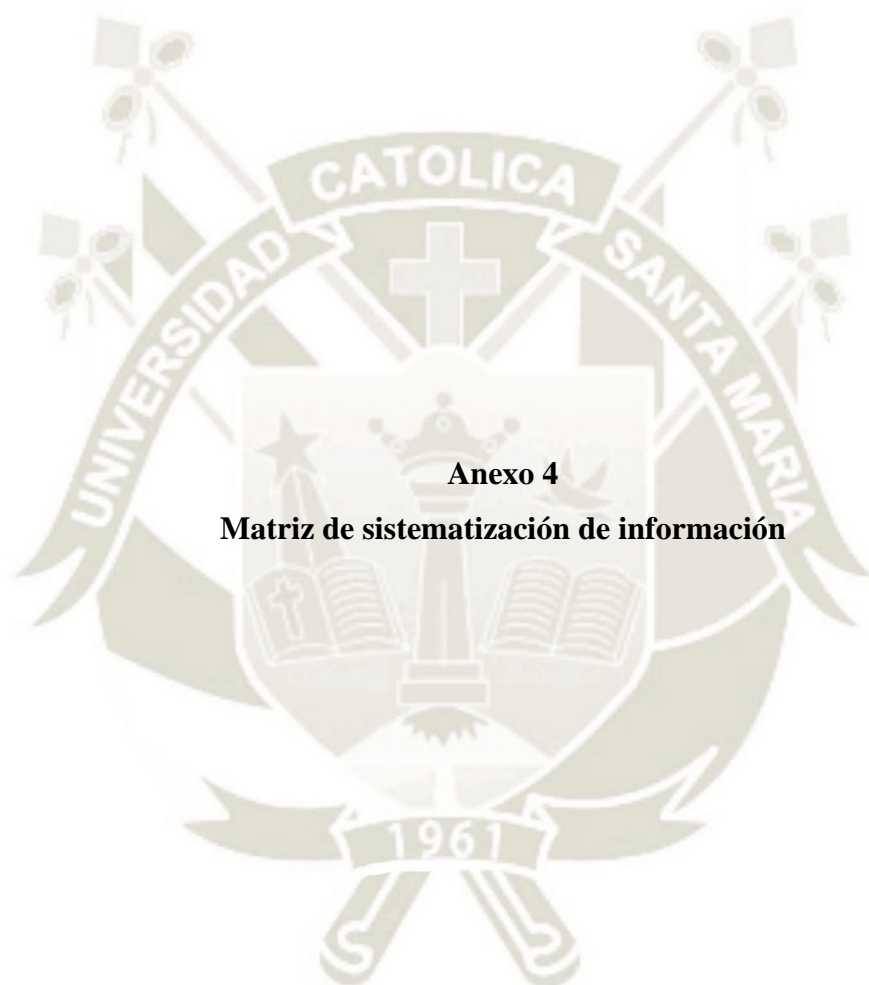
Beneficios

Puede ser que no haya un beneficio inmediato para usted por participar de este estudio. Sin embargo, usted estará contribuyendo decisivamente a conocer la prevalencia de niveles de ansiedad en el personal militar del Ala Aérea N°3 de una manera probada bajo un trabajo de investigación

Confidencialidad

Todos sus resultados serán tratados con la más estricta confidencialidad.

Contacto: Si usted tiene alguna pregunta acerca de este estudio el personal asignado a coordinar este estudio puede responder preguntas adicionales sobre la encuesta, o cualquier procedimiento.



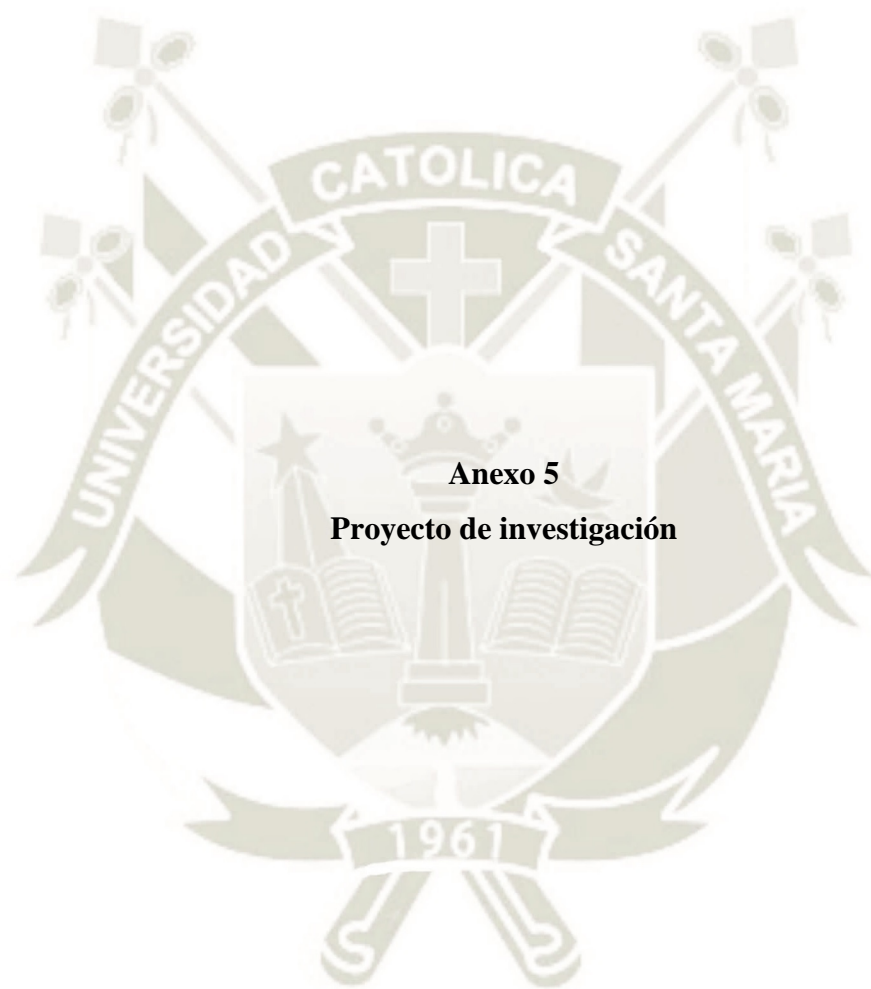
Anexo 4

Matriz de sistematización de información

FICHA	RANGO EDAD (años)	SEXO	FAMILIA	ESTADO CIVIL	TIEMPO DE SERVICIO (años)	GRADO	AREA DE TRABAJO	ENFERMEDADES CRONICAS	NIVEL DE ANSIEDAD
1	<20	F	monoparental	soltero	<1	tropa	administración	NO	no
2	<20	F	padres separados	soltero	<1	tropa	administración	NO	leve
3	<20	F	padres separados	soltero	<1	tropa	administración	NO	leve
4	<20	F	extensa	soltero	<1	tropa	administración	NO	no
5	<20	F	extensa	soltero	<1	tropa	administración	NO	leve
6	<20	F	extensa	soltero	<1	tropa	administración	NO	no
7	<20	F	padres separados	soltero	<1	tropa	administración	NO	moderada
8	<20	F	sin hijos por elección	conviviente	<1	tropa	administración	NO	no
9	<20	F	padres separados	soltero	<1	tropa	administración	NO	leve
10	<20	F	padres separados	soltero	<1	tropa	administración	NO	severa
11	<20	F	monoparental	soltero	1 - 5	tropa	administración	NO	no
12	<20	M	sin hijos por elección	conviviente	1 - 5	tropa	fuerzas especiales	NO	leve
13	<20	M	padres separados	soltero	1 - 5	tropa	fuerzas especiales	NO	leve
14	<20	M	nuclear	soltero	1 - 5	tropa	fuerzas especiales	NO	no
15	<20	M	nuclear	soltero	1 - 5	tropa	fuerzas especiales	NO	leve
16	<20	M	extensa	soltero	<1	tropa	fuerzas especiales	NO	leve
17	<20	M	extensa	soltero	<1	tropa	fuerzas especiales	NO	leve
18	<20	M	sin hijos por elección	soltero	<1	tropa	fuerzas especiales	NO	leve
19	<20	M	padres separados	soltero	<1	tropa	fuerzas especiales	NO	moderada
20	<20	M	nuclear	soltero	<1	tropa	fuerzas especiales	NO	no
21	<20	M	nuclear	soltero	<1	tropa	fuerzas especiales	NO	no
22	<20	M	nuclear	soltero	<1	tropa	fuerzas especiales	NO	no
23	<20	M	nuclear	soltero	<1	tropa	fuerzas especiales	NO	leve
24	<20	M	nuclear	soltero	<1	tropa	fuerzas especiales	NO	leve
25	<20	M	nuclear	soltero	<1	tropa	fuerzas especiales	NO	no
26	<20	M	nuclear	soltero	<1	tropa	fuerzas especiales	NO	no
27	<20	M	nuclear	soltero	<1	tropa	fuerzas especiales	NO	no
28	<20	M	nuclear	soltero	<1	tropa	fuerzas especiales	NO	no
29	<20	M	sin hijos por elección	conviviente	<1	tropa	fuerzas especiales	NO	no
30	20 - 40	F	nuclear	conviviente	>5	tropa	administración	NO	no
31	20 - 40	F	monoparental	soltero	1 - 5	tropa	administración	Diabetes	moderada
32	20 - 40	F	monoparental	soltero	1 - 5	tropa	administración	NO	moderada
33	20 - 40	F	padres separados	separado/divorciado	1 - 5	tropa	administración	NO	leve
34	20 - 40	M	nuclear	conviviente	>5	tropa	fuerzas especiales	NO	no
35	20 - 40	M	ensamblada	casado	>5	tropa	fuerzas especiales	NO	no
36	20 - 40	M	sin hijos por elección	soltero	1 - 5	tropa	fuerzas especiales	NO	no
37	20 - 40	F	extensa	soltero	1 - 5	suboficial	mantenimiento	NO	leve
38	20 - 40	F	monoparental	soltero	1 - 5	suboficial	mantenimiento	NO	leve
39	20 - 40	F	sin hijos por elección	conviviente	1 - 5	suboficial	mantenimiento	NO	no
40	20 - 40	F	sin hijos por elección	conviviente	1 - 5	suboficial	mantenimiento	NO	no
41	20 - 40	F	sin hijos por elección	conviviente	1 - 5	suboficial	mantenimiento	NO	leve

42	20 - 40	F	sin hijos por elección	conviviente	1 - 5	suboficial	mantenimiento	lumbalgia	leve
43	20 - 40	F	sin hijos por elección	conviviente	1 - 5	suboficial	mantenimiento	NO	no
44	20 - 40	F	ensamblada	conviviente	1 - 5	suboficial	salud	NO	leve
45	20 - 40	F	ensamblada	casado	1 - 5	suboficial	administración	NO	leve
46	20 - 40	F	nuclear	casado	1 - 5	suboficial	mantenimiento	NO	no
47	20 - 40	F	nuclear	casado	>5	suboficial	salud	NO	no
48	20 - 40	F	nuclear	casado	>5	suboficial	salud	NO	no
49	20 - 40	F	nuclear	casado	>5	suboficial	salud	NO	no
50	20 - 40	F	monoparental	soltero	>5	suboficial	administración	lumbalgia	moderada
51	20 - 40	F	nuclear	casado	1 - 5	suboficial	administración	NO	leve
52	20 - 40	F	padres separados	separado/divorciado	>5	suboficial	fuerzas especiales	NO	leve
53	20 - 40	F	padres separados	separado/divorciado	>5	suboficial	administración	NO	leve
54	20 - 40	F	nuclear	casado	1 - 5	suboficial	mantenimiento	NO	leve
55	20 - 40	F	padres separados	separado/divorciado	1 - 5	suboficial	mantenimiento	lumbalgia	moderada
56	20 - 40	F	sin hijos por elección	separado/divorciado	>5	suboficial	administración	NO	leve
57	20 - 40	F	sin hijos por elección	separado/divorciado	1 - 5	suboficial	mantenimiento	lumbalgia	leve
58	20 - 40	F	nuclear	casado	>5	suboficial	fuerzas especiales	NO	no
59	20 - 40	M	extensa	conviviente	1 - 5	suboficial	salud	NO	no
60	20 - 40	M	extensa	conviviente	1 - 5	suboficial	mantenimiento	lumbalgia	leve
61	20 - 40	M	padres separados	separado/divorciado	1 - 5	suboficial	mantenimiento	lumbalgia	leve
62	20 - 40	M	ensamblada	casado	1 - 5	suboficial	mantenimiento	NO	no
63	20 - 40	M	ensamblada	conviviente	1 - 5	suboficial	mantenimiento	NO	no
64	20 - 40	M	monoparental	soltero	1 - 5	suboficial	fuerzas especiales	lumbalgia	leve
65	20 - 40	M	sin hijos por elección	separado/divorciado	1 - 5	suboficial	mantenimiento	NO	no
66	20 - 40	M	sin hijos por elección	separado/divorciado	1 - 5	suboficial	mantenimiento	lumbalgia	moderada
67	20 - 40	M	sin hijos por elección	conviviente	1 - 5	suboficial	fuerzas especiales	NO	no
68	20 - 40	M	nuclear	casado	1 - 5	suboficial	fuerzas especiales	NO	no
69	20 - 40	M	nuclear	casado	1 - 5	suboficial	mantenimiento	Diabetes	no
70	20 - 40	M	nuclear	soltero	>5	técnico	mantenimiento	NO	no
71	20 - 40	F	nuclear	soltero	>5	técnico	fuerzas especiales	NO	leve
72	20 - 40	F	ensamblada	conviviente	>5	técnico	administración	Diabetes	leve
73	20 - 40	F	extensa	casado	>5	técnico	administración	NO	no
74	20 - 40	M	ensamblada	conviviente	>5	técnico	mantenimiento	Diabetes	leve
75	20 - 40	M	ensamblada	conviviente	>5	técnico	mantenimiento	NO	no
76	20 - 40	F	extensa	conviviente	>5	técnico	administración	NO	no
77	20 - 40	F	nuclear	casado	>5	técnico	administración	NO	no
78	>40	M	nuclear	casado	>5	técnico	administración	HTA/Diabetes	no
79	>40	M	nuclear	casado	>5	técnico	salud	NO	no
80	>40	M	padres separados	separado/divorciado	>5	técnico	salud	HTA/Diabetes	leve
81	>40	F	padres separados	separado/divorciado	>5	técnico	administración	NO	moderada
82	>40	M	padres separados	separado/divorciado	>5	técnico	administración	Diabetes	leve

83	>40	M	padres separados	separado/divorciado	>5	técnico	administración	NO	no
84	>40	M	padres separados	separado/divorciado	>5	técnico	administración	HTA/Diabetes	leve
85	>40	M	padres separados	separado/divorciado	>5	técnico	administración	HTA	no
86	>40	M	nuclear	casado	>5	técnico	administración	HTA	no
87	>40	M	nuclear	casado	>5	técnico	administración	HTA/Diabetes	no
88	>40	M	nuclear	casado	>5	técnico	administración	NO	no
89	>40	M	nuclear	casado	>5	técnico	administración	NO	no
90	>40	M	padres separados	separado/divorciado	>5	técnico	fuerzas especiales	HTA	leve
91	>40	M	padres separados	separado/divorciado	>5	técnico	fuerzas especiales	NO	no
92	>40	M	padres separados	separado/divorciado	>5	técnico	fuerzas especiales	NO	leve
93	>40	M	nuclear	casado	>5	técnico	fuerzas especiales	NO	no
94	>40	M	nuclear	casado	>5	técnico	fuerzas especiales	NO	no
95	>40	M	monoparental	viudo	>5	técnico	fuerzas especiales	HTA	leve
96	>40	M	monoparental	viudo	>5	técnico	mantenimiento	lumbalgia	moderada
97	>40	M	ensamblada	casado	>5	técnico	mantenimiento	HTA	leve
98	>40	M	ensamblada	casado	>5	técnico	mantenimiento	HTA	leve
99	>40	M	ensamblada	casado	>5	técnico	mantenimiento	HTA	no
100	20 - 40	M	nuclear	casado	>5	oficial	salud	NO	no
101	>40	M	nuclear	casado	>5	oficial	salud	HTA	no
102	>40	F	padres separados	separado/divorciado	>5	oficial	fuerzas especiales	NO	no
103	>40	M	nuclear	casado	>5	oficial	piloto helicóptero	NO	no
104	>40	M	nuclear	casado	>5	oficial	piloto helicóptero	NO	no
105	20 - 40	M	sin hijos por elección	soltero	>5	oficial	piloto helicóptero	NO	no
106	>40	F	nuclear	casado	>5	oficial	salud	HTA	leve
107	>40	F	sin hijos por elección	casado	>5	oficial	salud	NO	no
108	>40	M	padres separados	separado/divorciado	>5	oficial	piloto helicóptero	NO	leve
109	>40	M	nuclear	conviviente	>5	oficial	piloto helicóptero	NO	no
110	>40	M	nuclear	casado	>5	oficial	piloto helicóptero	NO	no
111	>40	M	nuclear	casado	>5	oficial	piloto helicóptero	NO	leve
112	>40	M	nuclear	casado	>5	oficial	piloto helicóptero	NO	leve
113	>40	M	nuclear	casado	>5	oficial	piloto helicóptero	NO	no
114	>40	M	nuclear	casado	>5	oficial	administración	HTA	leve



Anexo 5

Proyecto de investigación

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana



**PREVALENCIA DE NIVELES DE ANSIEDAD EN PERSONAL MILITAR DEL
ALA AÉREA N°3, AREQUIPA 2020**

Proyecto de tesis presentado por el
Bachiller:

Fajardo Fernández, Julio Enzo

Para optar por el Título Profesional de:

Médico Cirujano

Asesor:

Dr. Zevallos Rodríguez, Juan Manuel

Arequipa - Perú

2020

I. PREÁMBULO

Los trastornos ansiosos, son trastornos mentales que se caracterizan por sensación de preocupación o miedo producido por una determinada situación, todo esto de una manera excesiva. En el plano de salud mental este tipo de trastornos son muy comunes, por ejemplo, durante el mes de febrero del 2019, en el Servicio de Consulta Externa del Hospital Hermilio Valdizán-Lima, se brindaron 5817 atenciones; mostrando los trastornos de ansiedad con 842 consultas (14.47%), por detrás de Esquizofrenia 1605 consultas (27.59%) (1).

Por desgracia, actualmente muchas veces no se presta la debida importancia al tema de salud mental dentro de ello los trastornos de ansiedad o angustia en algunos centros de trabajo, ya sean particulares o estatales, siendo esto un factor importante que ha demostrado que con el pasar de los años el peso que ha ido adquiriendo la ansiedad sobre el desenvolvimiento de las personas se vea incrementado de manera negativa.

Cualquier ser humano, cuando debe afrontar algún tipo de situación sin importar el nivel de complejidad que se presente, está expuesto a desarrollar algún problema que atente contra su salud mental generando algún o algunos tipos de trastornos como lo es el trastorno de ansiedad. Entonces esto nos orienta a que es factible que aquellos individuos que hacen de su labor cotidiana el abordaje de situaciones críticas se conviertan en una población muy vulnerable de padecer afecciones en su salud mental. Profesionales de las emergencias como lo son bomberos, policías, personal sanitario, entre otros; así como en este caso personal militar que se ven expuestos a rutinas, labores, y otro tipo de actividades que muchas veces superan sus propias capacidades, contribuyendo así a un aumento en los niveles de ansiedad (2).

II. PLANEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Enunciado del problema

¿Cuál es la Prevalencia de niveles de Ansiedad en personal militar del Ala Aérea N°3?

1.2. Descripción del problema

1.2.1. Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área Específica: Medicina Humana
- Especialidad: Psiquiatría
- Línea: Trastornos de Ansiedad

1.2.2. Análisis u operacionalización de variables e indicadores y factores sociodemográficos

- Variable Dependiente:

VARIABLE	INDICADOR	UNIDAD/ CATEGORÍA	ESCALA
Ansiedad	Niveles de Ansiedad	0-5: No Ansiedad 6-14: Ansiedad leve 15-28: Ansiedad moderada 29: Ansiedad severa	Cuantitativa- Discreta

• **Variables Independientes:**

VARIABLE	INDICADOR	UNIDAD/CATEGORÍA	ESCALA
Tiempo de Servicio	Años sirviendo a la FAP	Menos de 1 año De 1 a 5 años Más de 5 años	Cuantitativo - Discreto
Grado militar	Escala de mando actual	Oficial Técnico Suboficial Tropa	Cualitativo - Ordinal
Área de trabajo	Sector en el que se desempeña como militar FAP	Piloto Mantenimiento (aeronaves, armamento, eléctrica). Salud (médico, tec. enfermería, farmacia, odontólogo). Administrativo Fuerzas especiales (inteligencia, operaciones tácticas, defensa aérea, instrucción militar).	Cualitativo - nominal

• Factores sociodemográficos:

FACTOR	UNIDAD/ CATEGORÍA	ESCALA
- Sexo	Femenino Masculino	Cualitativo - Nominal
- Edad	Menor de 20 años 20 – 40 años Mayores de 40 años	Cuantitativo - Discreto
- Familia	Nuclear Extensa Monoparental Padres separados Ensamblada Sin hijos por elección	Cualitativo - Nominal
- Estado civil	Soltero Casado Conviviente Separado/Divorciado Viudez	Cualitativo - Nominal
- Presencia de Enfermedades crónicas	Si No	Cualitativo - Nominal

1.2.3. Interrogantes básicas

1. ¿Cuál es la prevalencia de niveles de ansiedad en personal militar del Ala Aérea N°3?
2. Respecto a otras variables y factores sociodemográficos. ¿Cuál es la prevalencia de niveles de ansiedad en personal militar del Ala Aérea N° 3?

1.2.4. Tipo de investigación:

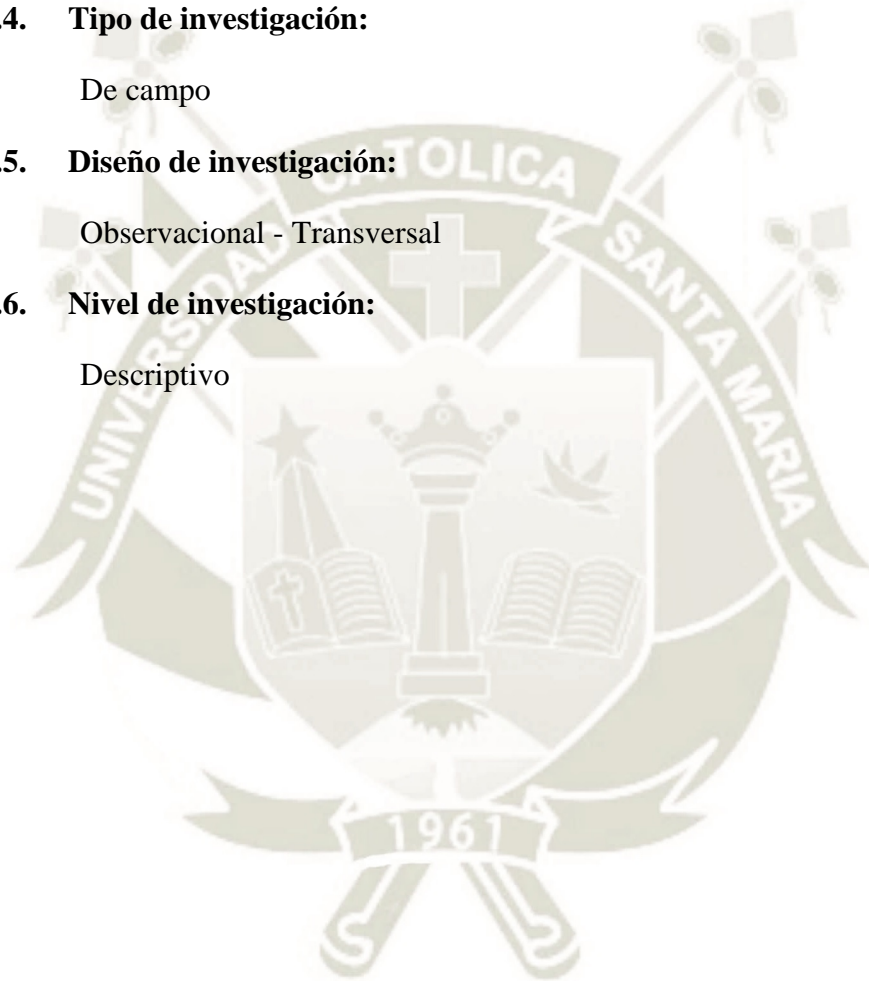
De campo

1.2.5. Diseño de investigación:

Observacional - Transversal

1.2.6. Nivel de investigación:

Descriptivo



1.3. Justificación del problema

✓ **Justificación científica:**

Al relacionar niveles de Ansiedad y factores sociodemográficos del personal militar ayudará a conocer la intensidad del efecto de este trastorno en el personal militar y posterior a esto se verán los factores a mejorar para un correcto desempeño en las distintas tareas y rutinas.

✓ **Justificación social:**

La importancia y trascendencia de este trabajo para la sociedad es de carácter laboral-militar, porque se dará a conocer con qué frecuencia y el nivel en que el Trastorno de ansiedad afecta al personal militar de una determinada unidad, se debe tener en cuenta que el personal militar está expuesto a diversas condiciones de trabajo y rutinas que provocan un desgaste físico y psicológico.

✓ **Justificación contemporánea:**

Según la OMS actualmente trastornos psiquiátricos como la Ansiedad están en aumento y el rendimiento de inversiones en tratamientos supera altamente los costos. Es por ello la importancia de tener un diagnóstico y causa oportunos.

✓ **Factibilidad:**

La metodología cuenta con protocolos para la evaluación del Trastorno; al momento de la evaluación, el personal militar presenta un espíritu de colaboración en el trabajo.

✓ **Justificación personal:**

Al haber desarrollado mi internado de medicina en el Hospital Regional del Sur perteneciente al Ala Aérea N°3, se observó muchos casos de trastornos psiquiátricos como la Ansiedad, la cual era perjudicial para el desarrollo tanto laboral como humano del personal militar. Considero de suma importancia identificar los porcentajes de Niveles de Ansiedad existentes en el personal, así como factores asociados, ya que estos datos contribuyen a una mejoría en el manejo de dicho trastorno.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. TRASTORNOS DE ANSIEDAD

2.1.1. Definición:

Los trastornos mentales, en general, representan uno de los grupos de patologías más comunes y con mayor morbilidad a nivel mundial, así como también se observa que cada vez más la prevalencia de estos se eleva a veces sin necesitar una causa específica o aparente.

“La Ansiedad es un estado que puede influir en la cognición y distorsionar la percepción del ser humano. Es importante diferenciarla del miedo, el cual es una respuesta normal a una amenaza ya conocida; en cambio la ansiedad se da como respuesta a una amenaza desconocida, vaga o conflictiva” (3).

“La ansiedad por lo general es un trastorno que se desencadena a consecuencia de situaciones críticas, de amenazas o peligro, tanto en la integridad física como en la autoestima, ante acontecimientos o situaciones de incertidumbre, así como también frente a la posibilidad de pérdida o fracaso” (4).

Ahora, es importante resaltar que muchas veces estos trastornos de ansiedad pueden llegar a niveles elevados de un pánico extremo, el cual se torna muy difícil de controlar y contrarrestar.

“Entonces, la angustia o ansiedad se puede definir de diversas maneras, como un instinto o impulso, un estado emocional como origen de diversas conductas, una respuesta ante algún tipo de situación sea o no crítica o simplemente como un trastorno psiquiátrico definido con identificación de varias formas clínicas que se manifiestan de manera más o menos autónomas” (5).

2.1.2. Epidemiología:

La ansiedad es una de las enfermedades de mayor prevalencia en este siglo, y su presencia no discrimina raza, edad, género, nivel socioeconómico, etc. Sin embargo, se presenta en algunos grupos sociodemográficos más que en otros, por ello conocer la epidemiología a nivel mundial, así como nacional es de suma importancia.

En cuanto a Salud Mental, la ansiedad representa la mayor incidencia en la comunidad mundial, y está presente en cerca del 15 al 20% de pacientes con

desordenes psiquiátricos en general. En cuanto a género su frecuencia de mujeres a varones va en relación de 3:2. Además, se sabe que hablando de grupos etarios en general es más frecuente en adolescentes y la primera etapa de la vida adulta. (5).

“La OMS ha reportado que una parte sustancial de casos severos de trastornos de ansiedad no recibe atención, en 185 países identificó a la salud mental como actividad de atención primaria en 87% pero sólo 59% cuenta con servicios para tratar los trastornos graves” (6).

En nuestro país la prevalencia anual es variable, se sitúa entre el 2 y 8% en la población en general, notándose con mayor frecuencia en zonas de Sierra Rural y Lima Metropolitana y también se observó entre el 10 y 12% en las consultas de atención primaria (6).

“En un estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” en el 2006 en la costa se encontró una prevalencia de vida de trastornos psiquiátricos en general de 27.4%, donde el trastorno por ansiedad ocupó el segundo lugar (4.2%) por detrás de trastorno depresivo. En la provincia de Lima la prevalencia de vida de cualquier trastorno mental fue de 29.6%; el trastorno de ansiedad generalizada (6.6%) quedó por detrás de depresión y estrés post traumático. Por último, en la sierra rural se encontró una prevalencia de 28.1%, donde la prevalencia de cualquier trastorno de ansiedad fue de 16.9%” (7).

2.1.3. Clasificación:

Los grupos de clasificación más aceptados son los desarrollados por el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana, Quinta Edición (DSM-V) y la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Edición (CIE-10).

2.1.3.1. Trastorno de Ansiedad Generalizada:

Es la angustia persistente con un nivel alto dado por diversas situaciones no específicas. La relación de acuerdo al género entre mujeres y hombres es de 2 a 1.

Es cinco veces más frecuente que el trastorno de pánico, además puede relacionarse directamente con otros trastornos, originando cuadros mixtos o transicionales como la Depresión Ansiosa (5).

1) Etiopatogenia:

En el ámbito psicoanalítico Freud expone que la ansiedad puede ser producida cuando que los impulsos inconscientes, tales como sexo o agresión, pueden llegar a sobrepasar un límite en cada persona. En cuanto al desarrollo humano propone que se relaciona con miedos ya sea al daño físico o a pérdida real o imaginada de algún objeto querido, todo esto durante la infancia. Freud emplea el término “angustia señal” para una ansiedad inconsciente que va a originar mecanismos de defensa ante situaciones críticas (3).

Se han formulado diversas teorías biológicas, en las últimas dos décadas se ha confirmado la intervención de estructuras como la corteza frontal, el segmento septal-hipocámpico del sistema límbico, núcleos del rafe central, hipocampo, corteza prefrontal, lóbulos occipitales y locus ceruleus. También se ha visto como los receptores gabaérgicos tienen efectos ansiolíticos, sin embargo, es posible también que el sistema noradrenérgico, serotoninérgico y neuropéptido cumplan con una función activa. En imagenología, estos pacientes demuestran disminución del flujo sanguíneo cortical. PET muestra algunas veces aumento de glicemia cerebral sobre todo en lóbulos occipital, temporal, frontal y cerebelo, todo esto en una fase pasiva; mientras que en una fase activa estos pacientes responden con un incremento en la actividad metabólica de los ganglios basales. La MRI y SPET han mostrado en el polo del lóbulo temporal una disminución de receptores benzodiazepínicos (5).

Por último, otra teoría es que la ansiedad puede ser adquirida mediante reproducción de características ansiosas dadas de manera indirecta por el medio social que rodea al paciente a lo largo de su crecimiento y desarrollo. Así como que a partir de una causa primaria crear otro tipo de causas que originaran también el trastorno ansioso.

2) **Sintomatología:**

“Criterios centrales: Ansiedad o preocupación excesiva y persistente, con dificultad para controlarla, sobre algún acontecimiento, asociado a tres o más síntomas de sobreactivación fisiológica.

Otros criterios: Esta ansiedad o preocupación debe presentarse la mayoría de días por al menos seis meses.” (8).

“A. Presencia mínima de seis meses con ansiedad o preocupación.

B. Presencia de al menos cuatro de los siguientes síntomas, por lo menos uno de ellos debe ser del grupo 1 al 4:

Síntomas autonómicos:

1. Palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado.
2. Sudoración.
3. Temblor o sacudidas.
4. Sequedad de boca sin causa aparente

Síntomas relacionados con el pecho y abdomen:

5. Disnea
6. Sensación de ahogo.
7. Angina de pecho.
8. Síntomas gastrointestinales

Síntomas relacionados con el estado mental:

9. Sensación de mareo, inestabilidad o desvanecimiento.
10. Desrealización o despersonalización
11. Miedo a volverse loco o inconsciente
12. Miedo a morir.

Síntomas generales:

13. Sofocos de calor o escalofríos
14. Aturdimiento
15. Mialgias
16. Inquietud
17. Sensación de estar al “límite”
18. Sensación de nudo en la garganta

Otros síntomas no específicos:

19. Respuestas exageradas a estímulos mínimos

20. Dificultad en la concentración

21. Irritabilidad persistente

22. Alteraciones del sueño

C. El trastorno no cumple criterios de trastorno de pánico, trastorno de ansiedad fóbica, trastorno obsesivo-compulsivo o trastorno hipocondríaco.

D. No se debe a otro trastorno orgánico como hipotiroidismo, trastorno mental o relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas.” (9).

3) Diagnóstico:

Hay muchos métodos que nos ayudan a cuantificar y cualificar los trastornos ansiosos en general, escalas o cuestionarios como Hamilton (será desarrollado más adelante), Zung, Covi, etc. Estos con el fin de tener un diagnóstico más preciso superando la diferencia entre ansiedad normal y patológica y las similitudes sintomáticas con las que a veces nos encontramos en los pacientes.

4) Tratamiento:

“Por lo general un tratamiento combinado entre psicoterapia y farmacoterapia con un enfoque individualizado. La psicoterapia no solo es sintomática sino también relacionada a situaciones desencadenantes y personalidad del paciente, se puede usar psicoterapia de apoyo, orientación psicodinámica y técnicas alternativas como meditación o relajación.

Ansiolíticos tienen riesgo de generar adicción, sin embargo, el avance del conocimiento, así como la educación al paciente ayudan a disminuir este riesgo, los principales ansiolíticos son:

a) Benzodiazepinas: Acción sedante, hipnótica, relajante muscular, reductora de estado de alerta y moderada acción anticonvulsivante. Comenzando por clordiazepóxido y diazepam son más ventajosos que otros ansiolíticos por su rápido comienzo de acción, poca interferencia entre medicamentos y amplio

margen terapéutico. Algunos como lorazepam y oxazepam se pueden usar en pacientes con falla hepática ya que no se metabolizan en el hígado.

- b) Bloqueadores beta-adrenérgicos: El más conocido es el propranolol dosis generalmente no mayores a 120mg/día. Antihipertensivos actúan en el control de hiperexcitabilidad simpática, en combinación con benzodiazepinas ayuda a reducir la dosis de estas. Contraindicado en asma bronquial.
- c) Buspirona: Agonista/antagonista parcial de dopamina. No genera adicción. Aceptado como coadyuvante de los benzodiazepínicos. Dosis máxima 30mg/día.
- d) Antidepresivos: Tricíclicos e inhibidores de la monoaminooxidasa. Los de mejor efecto antiansioso son inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina como paroxitona y sertralina; y los “mixtos” como la venlafaxina.
- e) Antidepresivos: Menos ansiolíticos que los anteriores, pero pueden ser bien usados en pacientes que tienen además antecedente de alcoholismo y abuso de drogas.
- f) Neurolépticos: Recientemente la quetiapina ha ganado popularidad por no ser adictiva, dosis de 12.5mg dos o tres veces al día.” (5).

5) Pronóstico:

Al ser de evolución crónica la sintomatología puede disminuir con el envejecimiento. Sin tratamiento puede haber una depresión secundaria. Con tratamiento farmacológico más del 70% de pacientes mejora y esta cifra aumenta si es que se combina con una adecuada psicoterapia (10).

2.1.3.2. Trastorno de estrés post-traumático:

Se da cuando se producen situaciones críticas llegando a ser sumamente angustiosas llegando a niveles elevados. Frecuente en militares, pero se sabe

que se puede dar en cualquier individuo expuesto a estas situaciones críticas.



1) Etiopatogenia:

“La situación estresante/perturbadora activa respuestas mediadas por sistemas neurofisiológicos y bioquímicos, tales como adrenérgico, dopaminérgico, serotoninérgico, opiáceo endógeno benzodiacepínico endógeno y el eje hipotalámico-pituitario-adrenal” (5).

2) Sintomatología:

El paciente debe referir eventos pasados o sucesos que traen consigo recuerdos que van a provocar la sintomatología ansiosa característica. Todo esto ayuda al diagnóstico de este tipo de Trastorno Ansioso.

“Los síntomas duraran más de un mes, agudo si es menos de tres meses, crónico de tres meses a más e inicio tardío si hay una latencia mayor a seis meses” (5).

3) Tratamiento:

- a) “Benzodiacepínicos: Prestar atención al riesgo de adicción. Útiles para insomnio y pesadillas.
- b) Antidepresivos tricíclicos: Amitriptilina, doxepina y trimipramina para síntomas vegetativos, terrores nocturnos e insomnio
- c) Inhibidores de la MAO: Fenelzina, parece tener buenos resultados en pesadillas, flashbacks y hasta conducta violenta
- d) Inhibidores selectivos de la serotonina: Los más usados actualmente, acción rápida en síntomas como impulsividad, fluctuaciones de ánimo, apatía y algunas manifestaciones físicas
- e) Otros: Carbonato de litio, buspirona, betabloqueadores, neurolépticos” (5).

4) Pronóstico:

Se puede seguir reviviendo el trauma por varios años. En caso de antecedente de alguna otra patología psiquiátrica el pronóstico tiende a empeorar (10).

2.1.3.3. Trastornos fóbicos:

- Fobia específica:

“Criterios centrales: Miedo o ansiedad de manera inmediata e invariable respecto a un objeto o actividad específica, que puede ser evitable o soportable.

Otros criterios: Mínimo 6 meses. Estímulo específico: animal, entorno natural, sangre, heridas, inyecciones, situacional, etc.” (8).

Tratamiento: Terapia conductual, desensibilización sistemática. Fármacos, usados en fase aguda por lo general (5).

- Fobia Social:

“Criterios centrales: Miedo o ansiedad a situaciones sociales. La persona teme actuar de determinada manera ante los observadores.

Otros criterios: Mínimo 6 meses. Relacionado con ejecución (actuar o hablar en público)” (8).

Tratamiento: Terapia conductual, desensibilización sistemática (5).

- **Agorafobia:**

“Miedo respecto a dos o más situaciones tipo: transportes públicos, lugares abiertos, lugares cerrados, hacer colas o estar en medio de una multitud, y/o estar solo fuera de casa. Presencia mínimo 6 meses” (8).

Tratamiento: Exposición gradual al estímulo fóbico, apoyado en la adición de ansiolíticos (5).

2.1.3.4. Trastorno de Ansiedad inducido por drogas:

“Presencia de síntomas durante o poco después de la ingestión de una sustancia sea como medicación, abuso de drogas, intoxicación o abstinencia” (8).

Tratamiento: Medidas conservadoras, observación, tratar intoxicación si fuera el caso.

2.1.3.5. Trastorno de Ansiedad por condición médica:

“Ansiedad por consecuencia fisiopatológica directa de otra condición médicas” (8). Las más comunes respiratorias, oncológicas, inmunológicas.

Tratamiento: Ansiolíticos con prudencia (5).

2.1.3.6. Otros Trastornos de Ansiedad especificados:

“Presencia de síntomas clínicamente significativos característicos de algún TA que no llegan a cumplir todos los criterios diagnósticos de ninguno de esos trastornos. Las más comunes son crisis de angustia limitadas o ansiedad generalizada que no cumple con el criterio temporal mencionado anteriormente” (8).

2.1.3.7. Trastornos de Ansiedad no especificados:

“Presencia de síntomas clínicamente significativos característicos de algún TA que no llegan a cumplir todos los criterios diagnósticos de ninguno de esos trastornos, por lo general se dan en urgencias” (8).

2.2. Escala de Ansiedad de Hamilton:

Es un test que posee 14 ítems, el objetivo es conocer el grado o nivel de ansiedad generalizada del paciente. También se evalúa comportamiento del paciente durante el desarrollo del test, observamos el humor ansioso, tensión, miedos, insomnio, dificultades intelectuales, depresión, y síntomas musculares, gastrointestinales, genitourinarios y vegetativos. “Los ítems son manifestaciones que no han demostrado gran utilidad para algún trastorno de ansiedad en concreto, más si para el trastorno de ansiedad generalizada. Las escalas a evaluar son de 0 (ausente) a 4 (intensidad máxima), con un rango de puntuación total de 0-56 donde: 0-5 indica que no se considera ansiedad, 6-14 ansiedad leve, 15-28 ansiedad moderada y de 29 a más ansiedad grave” (11).

3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.1. A nivel local

Autor: “Susan Karen Camacho Chura”

Título: “Diferencia de los niveles de ansiedad y depresión en militares en retiro y civiles adultos mayores de 65 años que acuden al Hospital Militar del Sur Arequipa Diciembre 2010 a Febrero 2011”

Resumen: “OBJETIVO: Diferenciar los niveles de ansiedad y depresión en militares en retiro y civiles adultos mayores de 65 años que acudieron al Hospital Militar del Sur Arequipa Diciembre 2010 a Febrero 2011 MATERIAL Y METODO: Se revisaron 280 historias clínicas que presentaban las escalas de ansiedad y depresión de Hamilton de pacientes adultos mayores militares y civiles RESULTADOS: En 180 militares se encontró que no presentaban ansiedad el 14.4%, ansiedad leve el 43.9% y moderada-grave el 41.7%; de 100 civiles, el 21% no presentaba ansiedad, ansiedad leve el 49% y moderada-grave el 30%; con un Chi cuadrado de $4.2 < 5.99$ por lo que no se encontraron diferencias significativas entre militares y civiles. Con respecto a depresión se encontró una ausencia de la misma en el 43.9%, depresión leve en el 31.1%, depresión moderada el 16.7% y depresión grave el 4%; con un Chi cuadrado de $3.5 < 7.82$ por lo que tampoco se encontró diferencias significativas en los niveles de depresión entre civiles y militares. En conclusión, que los niveles de ansiedad y depresión se presentan con las mismas características tanto entre civiles y militares; por lo que no existen diferencias significativas con lo correspondiente a dichas patologías” (12).

Autor: “Vidangos Cárdenas, Víctor Hugo”

Título: “Acné y Riesgo de Trastornos de Ansiedad en Personal Militar de Tropa del Ala Aérea N° 3 de la Fuerza Aérea del Perú, Arequipa, 2018”

Resumen: “Objetivo: Establecer la relación entre acné y riesgo de trastornos de ansiedad en personal militar de tropa del Ala Aérea N° 3 de la FAP, Arequipa 2018. Métodos: Se evaluó al personal de tropa que cumplió criterios de selección, para valorar la presencia y severidad del acné, y se aplicó la escala de ansiedad de Zung. Se muestran variables mediante estadística descriptiva y se asocian variables

categorías mediante prueba chi cuadrado. Resultados: Participaron 79 de los 85 reclutas (92.9% de participación). El 78.48% fueron varones y 21.52% mujeres, con edades predominantes de 18 años (64.56%). Se encontraron lesiones de acné en 55.70% de casos. El 51.61% de varones portan lesiones de acné, comparado con 70.59% de mujeres ($p > 0.05$). Todos los casos tuvieron comedones, se encontraron pápulas en 68.18% del personal con acné, pústulas en 54.55%, nódulos en 6.82% y cicatrices en 34.09% de casos; no se detectaron quistes entre el personal evaluado. Se encontraron lesiones en la cara en todos los casos, 34.09% en el dorso, 29.55% en cara anterior del tórax, 11.36% en los glúteos. En cuanto a la severidad del acné; en 31.82% de casos se trató de un acné leve no inflamatorio, de grado 1. En 61.36% de casos se trató de un acné inflamatorio grado 2, y en 6.82% grado 3; ningún caso mostró lesiones grado 4. El 46.84% de personas evaluadas tiene ansiedad, todos ellos en rango mínimo, y no se encontraron niveles altos o severos de ansiedad. El 43.55% de varones tuvo ansiedad, comparado con 58.82% de mujeres ($p > 0.05$). Entre los que no tuvieron acné, 34.29% desarrolló síntomas de ansiedad, lo que se presentó en 56.82% de personal con acné ($p < 0.05$). Cuando el acné es grado 1 50% de casos muestran ansiedad, si es grado 2 lo tiene el 62.96%, pero si es grado 3 disminuye a 33.33% de casos ($p > 0.05$). Conclusiones: Existe una alta frecuencia de acné inflamatorio grado 2 en jóvenes en servicio militar en la FAP, con alta frecuencia de ansiedad leve; la presencia de acné puede relacionarse al desarrollo de síntomas de ansiedad” (13).

Autor: “Oviedo Aiquipa Mario Moisés, Talavera Rodríguez Raúl”

Título: “Estrés Laboral, Dimensiones de la Personalidad y la Personalidad Resistente en Miembros de la Policía Nacional del Perú de Arequipa 2016 (Realizado en las Comisarias Santa Marta y Palacio Viejo Arequipa)”

Resumen: “La presente investigación tiene como objetivo determinar la relación entre el Estrés Laboral con las Cinco Dimensiones de la personalidad y la Personalidad Resistente del personal policial de las comisarias de Santa Marta y Palacio Viejo de la ciudad de Arequipa. Esta investigación es descriptiva no experimental, transversal y correlacional. La muestra está compuesta por 142 policías de las comisarias mencionadas, de los cuales 22 son del género femenino y 120 del género masculino cuyas edades están comprendidas entre los 20 a 55 años.

Se utilizó el cuestionario de Estrés laboral de Cooper para evaluar el nivel de estrés experimentado; cuestionario BIG FIVE, para evaluar las cinco dimensiones de la personalidad y el cuestionario de Personalidad Resistente para determinar la vulnerabilidad de los participantes. Las variables de estudio fueron relacionadas utilizando pruebas estadísticas como Chi Cuadrada y la prueba de correlación de Rho de Spearman. Los resultados indican que existe una correlación negativa entre el estrés laboral y las dimensiones (Energía, Estabilidad y Apertura mental) de la personalidad; así mismo, una correlación negativa entre el estrés laboral y la personalidad resistente” (14)

A nivel nacional

Autor: “Marcia Carito Ceron Ruiz, Elizabeth Almendra Tipula Silva”

Título: “Niveles de ansiedad y estrés en los agentes policiales de la comisaria PNP de la ciudad de Huánuco-2016.”

Resumen: “La presente investigación es de tipo descriptivo cuyo objetivo fue identificar los niveles de estrés y ansiedad en los agentes policiales de la comisaria PNP de la ciudad de Huánuco - 2016. El diseño de la investigación es descriptivo simple, con una población de 60 agentes policiales. Se aplicó el Inventario de Estrés de Melgosa y la Escala de Autoevaluación de Ansiedad de Zung. Teniendo como resultado que en los participantes el estrés en el nivel normal se encuentra en un 38 %, el estrés en el nivel de bajo 38%, el estrés en el nivel elevado es un 4% y en ausencia de estrés 20 %. Y el 100 % de la población se encuentra en un nivel normal de ansiedad” (15)

Autor: “Ramos Calderón Hilary Lilibeth.”

Título: “Ambiente laboral como factor de ansiedad en miembros del establecimiento policial PNP comisaria Sullana – Piura. 2018”

Resumen: “Trabajo de Investigación sobre Psicología, Salud Mental policial, específicamente emociones negativas “ansiedad”. Objetivo: Identificar la influencia del ambiente laboral como factor de ansiedad en los miembros de la comisaria PNP Sullana. Se desea saber cómo las situaciones de riesgo laborales a las que se expone

el personal policial, hace evidente la aparición de ansiedad. La presente Investigación correlacional, descriptiva, con método Científico y Clínico. Muestra de cuarenta y ocho policías de la comisaria PNP – Sullana, cuyas edades oscilan entre los 20 – 50 años, se ha evaluado a través de la aplicación de dos cuestionarios de encuesta: el cuestionario de ambiente laboral y el cuestionario de ansiedad laboral, en los cuales se evidencian síntomas de ansiedad por malas condiciones ambientales, ya que el 47% indicaron que su ambiente de trabajo no es adecuado” (16)

3.2. A nivel internacional

Autor: Pérez Hidalgo A, Rodríguez González JM

Título: “Análisis del estado emocional de una unidad del ejército español en zona de operaciones”

Resumen: “Introducción: El personal Militar por la naturaleza del trabajo que realiza y los lugares en los que los lleva a cabo, se convierte en una población vulnerable a padecer cambios emocionales como consecuencia del afrontamiento de dichas situaciones. Material y métodos: Se estudia un contingente de 168 miembros (edad media de 27 años, 12% mujeres y 88% hombres) del ejército español desplazado durante 4 meses en el año 2005 a la antigua Yugoslavia, con el objetivo de analizar las modificaciones generadas en los estados emocionales negativos de los citados individuos. La recogida de datos tuvo lugar en dos momentos diferenciados: durante la fase de concentración previa al despliegue y en una secuencia temporal posterior; al regreso a territorio nacional. En ambas ocasiones se utilizó el cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. Resultados: Los resultados ponen de manifiesto la presencia de diferencias significativas entre las medidas de Ansiedad Estado en primera y segunda fase condicionadas por el sexo y el nivel académico; aunque los niveles de Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo no alcanzan en ningún momento puntuaciones de marcación negativa. Conclusiones: La experiencia vivida altera los niveles de Ansiedad Estado de la muestra. Los niveles formativos superiores favorecen un afrontamiento positivo de la experiencia” (2).

Autor: Tatiana María Blanco-Álvarez, Megan A. Thoen.

Título: “Factores asociados al estrés laboral en policías penitenciarios costarricenses”

Resumen: “El objetivo de esta investigación fue determinar si una muestra de policías penitenciarios, en Costa Rica, experimenta estrés laboral y si está relacionado con la presencia de estrés, depresión, ansiedad, burnout y otras características personales y ocupacionales. Además, se determina si hay diferencias entre hombres y mujeres con respecto a la presencia de tales factores. La Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS), la Escala de Estrés Laboral para Oficiales Correccionales (EELOC), y el Cuestionario Breve de Burnout (CBB) fueron administrados a 66 oficiales correccionales de diferentes prisiones en Costa Rica. Conclusiones: El estrés laboral está significativamente relacionado con la presencia de estrés, ansiedad y depresión, pero no relacionado con la presencia de burnout. No se encontraron diferencias entre hombres y mujeres en ninguna variable. Es importante saber cómo el ambiente de trabajo afecta las vidas de los oficiales con el fin de mejorar las condiciones de trabajo que podrían tener efectos negativos sobre el desempeño en el trabajo y la salud, así como proporcionar información para los psicólogos policiales, que están a cargo de proveer servicios clínicos y de consejería a los oficiales correccionales” (17).

Autor: Vargas Cynthia, Villarreal Karla, Guevara Carlos, Andrade Marlenne

Título: “Percepción de la calidad de vida y la salud mental en oficiales de la Fuerza Aérea Colombiana”

Resumen: “Debido a la situación de orden público interno en Colombia los oficiales de la Fuerza Aérea Colombiana (FAC) están expuestos a situaciones estresantes potencialmente traumáticas. El objetivo del estudio fue determinar la percepción de calidad de vida de oficiales y su relación con factores de la salud mental con el fin de aportar elementos de discusión para el fortalecimiento de programas de promoción y prevención. Se utilizó una metodología correlacional tipo encuesta de prevalencia, la muestra fue de 296 oficiales de vuelo voluntarios y 200 oficiales de otras especialidades de la FAC en todo el País. Se evaluaron cinco aspectos de calidad de vida general (autoaceptación, adaptación al medio,

estabilidad socioafectiva, integridad física y proyección), tres de calidad de vida militar (reconocimiento, apoyo institucional y cohesión) y seis indicadores de psico-patología (depresión, ansiedad, manía, psicosis, estrés postraumático y trastorno disocial). Todas las escalas fueron calibradas con base en la teoría de respuesta al ítem. Los resultados mostraron niveles de calidad de vida general y militar altos y que los niveles bajos se asocian con altas probabilidades de tener alguna psicopatología. Los oficiales de vuelo tuvieron niveles similares de calidad de vida comparados con oficiales de de otras especialidades excepto en proyección en la que fueron inferiores. Los resultados sugieren que es necesario intervenir diferentes aspectos (sociales, institucionales, personales, entre otros) para mejorar los niveles de calidad de vida y disminuir la probabilidad de la presencia de psicopatología” (18).



4. OBJETIVOS

4.1. General

Establecer los niveles de ansiedad del personal militar del Ala Aérea N° 3, Arequipa 2020.

4.2. Específicos

- a) Determinar la prevalencia de niveles de ansiedad respecto a otras variables y factores sociodemográficos en personal militar del Ala Aérea N°3, Arequipa 2020.

5. HIPÓTESIS

“Dado que los trastornos psiquiátricos como la ansiedad afecta al ser humano expuesto a alguna situación crítica, es probable que el Trastorno Ansioso y sus niveles se presenten en personal militar del Ala Aérea N°3 de la Fuerza Aérea del Perú en Arequipa 2020”.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

6. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: Se empleará la técnica de la encuesta (Anexo 1)

Instrumentos: El instrumento que se empleará será una ficha de recolección de datos (Anexo 1) y la Escala de ansiedad de Hamilton (Anexo2).

Materiales: Lapicero, papel, computadora para procesamiento de texto, base de datos y procesamientos estadísticos, impresora.

7. Campo de verificación

7.1. Ubicación espacial:

El estudio se llevará a cabo en el Ala Aérea N°3 de la FAP- Arequipa.

Ala Aérea N°3: El Ala Aérea N°3 es una de las cuatro bases principales pertenecientes a la Fuerza Aérea del Perú, ubicada en la ciudad de Arequipa en el distrito de Cerro Colorado. Es la unidad central en todo el sur del Perú teniendo a su mando a unidades como el Grupo Aéreo N°2 - Vítor, el Grupo Aéreo N°4 - La Joya, la Base Aérea de Puerto Maldonado y el Destacamento Aéreo de Tacna.

Tiene como funciones principales la administración de sus unidades a mando, campañas de apoyo social a zonas de difícil acceso y apoyo en casos de desastre, además de brindar atención de salud a cargo del Hospital Regional del Sur y temas administrativos correspondientes a la Fuerza Aérea de todo el sur del Perú.

El personal militar del Ala Aérea N°3 está compuesto por 211 personas cuyos grados se dividen en oficiales, técnicos, suboficiales y personal de tropa; los cuales cumplen labores de Piloto de Helicóptero, Mantenimiento (eléctrico, de aeronaves y armamento), fuerzas especiales (inteligencia, operaciones tácticas, defensa aérea e instrucción militar), área administrativa y área de salud (médicos, técnicos de enfermería, farmacia y odontología).

7.2. Ubicación temporal:

Encuestas y Realización de escala de Hamilton año 2020.

7.3. Unidades de estudio:

Población: Personal militar del Ala Aérea N°3, 2020 (durante el periodo de estudio) que incluyen oficiales, técnicos, suboficiales y tropa, cuyo total es 211.

Muestra: 114 individuos pertenecientes al personal militar del Ala Aérea N°3, de acuerdo a cálculo para tamaño de muestra significativa para población finita.

$$n = \frac{N \cdot p \cdot q}{\frac{(N - 1) \cdot E^2}{Z_{\alpha}^2} + p \cdot q}$$

n= Tamaño de la muestra

N= Tamaño de la población=211

p= Proporción de ansiedad en la población en general=20% = **0.2**

q= 1-p=**0.8**

Z α = Coeficiente de confiabilidad para una precisión del 95%= **1.96**

E= Error absoluto=5%=**0.05**

Reemplazando n= 113.79 => **n=114**

Criterios de inclusión:

- Personal militar del Ala Aérea N°3 que esté de acuerdo a participar.

Criterios de exclusión

- Pacientes con algún diagnóstico o antecedente psiquiátrico
- Personal que se encuentre de vacaciones, permiso o comisión fuera del Ala Aérea N°3 durante el desarrollo del estudio.

8. Estrategia de Recolección de datos

8.1. Organización

- Se presentará el proyecto a Sr decano de facultad de medicina para solicitar la aprobación incluido el Consentimiento Informado
- Se entregará una carta al jefe de personal del Ala Aérea N°3, junto con el Consentimiento Informado/Autorización
- Se procederá a trabajar en la muestra, cumpliendo criterios de inclusión y exclusión.
- Se realizarán las encuestas y se aplicará la Escala de ansiedad de Hamilton a 114 individuos pertenecientes al personal militar, previa firma del consentimiento informado.
- Se recolectarán los datos obtenidos.

- Se analizarán los resultados en cuadros de doble entrada y gráficas estadísticas.

8.2. Recursos

1. **Humanos:** Investigador, asesor.
2. **Financieros:** Autofinanciado.

8.3. Validación de instrumentos:

Escala de ansiedad de Hamilton: Max R. Hamilton en 1959 desarrollo la primera versión de la escala de Hamilton para la Ansiedad, diseñada para ser usada en pacientes con factores de riesgo o que ya sabía que sufrían de ansiedad, para así realizar una calificación de la severidad de dicho trastorno. “Hoy en día sigue siendo muy utilizada tanto en la clínica, así como en la investigación debido a que presenta una validez elevada en comparación con otras escalas, como The Global Rating of Anxiety y con el Inventario de Ansiedad de Beck” (19).

Ballenguer y Lewis, con el fin de aumentar la fiabilidad, recomiendan que al calificar cada ítem se debe considerar el tiempo y frecuencia (máximo en los últimos 30 días) además de la gravedad y la incapacidad que producen, esto en los 13 primeros ítems, ya que el último se valora al momento de la encuesta” (11).

En 1986 Carrobles y cols desarrollaron la versión en nuestro idioma, que es la que se usa en el presente trabajo (20).

8.4. Criterios para manejo de resultados

8.4.1. A nivel sistematización

- a) **Plan de Procesamiento:** La obtención de datos será de manera manual (Anexo 1 y 2).
- b) **Codificación:** Los datos obtenidos serán contados, tabulados. Se empleará una matriz de sistematización de datos en una hoja de cálculo electrónica de Microsoft Excel.
- c) **Análisis:**
 - Se empleará estadística descriptiva, se categorizarán las variables en promedios, rangos o porcentajes según corresponda. Todo esto mediante gráficos y tablas en hoja de cálculo de Microsoft Excel.
 - Se empleará estadística inferencial de los resultados obtenidos, se

aplicará prueba de Chi cuadrado para variables cualitativas y prueba de T de student para variables cuantitativas utilizando el paquete SPSSv.22.0.

d) Presentación: Los resultados serán presentados en tablas y gráficos estadísticos.

8.4.2. A nivel estudio de datos

a) Metodología de interpretación: Se detallará las variables objeto de estudio, así como las variables que necesitan ser analizadas de manera individual y presentada en tablas, finalmente se determinará que variables deben cruzarse según los objetivos propuestos y la hipótesis.

b) Interpretación de tablas: Una vez entendidas las tablas, se realizarán descripciones detalladas de las mismas.

8.4.3. A nivel conclusiones

a) Profundidad analítica: De acuerdo a los resultados obtenidos se analizarán y formularán conclusiones las cuales podrán ser generalizadas 1en el personal militar del Ala Aérea N°3.

b) Logro de objetivos: Luego de obtener y analizar los resultados se verá el cumplimiento de los objetivos planteados.

CRONOGRAMA DE TRABAJO

Fecha de inicio: 10/11/2019 / Fecha probable de termino: 10/03/2020

Tiempo en meses	Año				
	2019		2020		
	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo
Actividades					
Revisión de artículos, tesis y libros relacionados					
Redacción de proyecto					
Aprobación proyecto de tesis por profesor de curso					
Dictamen del comité de ética de investigación					
Ejecución de proyecto					
Recolección de datos					
Análisis de resultados					
Informe final					

IV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Boletín Epidemiológico del Perú. MINSA. Hospital Hermilio Valdizán. Febrero 2019. [Online]. <http://www.hhv.gob.pe/nosotros/epidemiologia/>
2. Pérez A, Rodríguez JM. Análisis del estado emocional de una unidad del ejército español en zona de operaciones. *Sanid. mil* 2011; 67 (2): 71-77. [Online]. https://scholar.google.com/scholar_url?url=http://scielo.isciii.es/scielo.php%3Fpid%3DS1887-85712011000200002%26script%3Dsci_arttext%26tIng%3Den&hl=es&sa=T&oi=gsb-ggp&ct=res&cd=0&d=12500731107184458098&ei=kvUHX97iEbuB6rQPquCemA4&scisig=AAGBfm0AOLH0NAA4unZSIXSJ-wlWDvyCXg
3. Sadock BJ, M.D., Sadock VA, M.D. Trastornos de ansiedad. Belkin G, M.D., Ahmad S, M.D., Sussman N, M.D., Perry R, M.D. (eds). Kaplan & Sadock Manual de bolsillo de psiquiatría clínica, 5ta edición ed. España, Baltimore: 2012. pp. 164-180. [Online]. https://scholar.google.com/scholar_url?url=http://www.sidalc.net/cgi-bin/wxis.exe/%3FIsisScript%3DSUV.xis%26method%3Dpost%26formato%3D2%26cantidad%3D1%26expresion%3Dmf%3D015335&hl=es&sa=T&oi=gsb&ct=res&cd=0&d=11474834909670337740&ei=r_UHX766MsO2ywSVn72IBQ&scisig=AAGBfm3yIpbOg7QLRIHeB2mTpPQAKODidA
4. Del Pozo J, Pavez C, Riquelme D, Quiroga J. Comparación en los niveles de ansiedad en pacientes previo a la realización de terapia endodóntica y periodontal. *Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral* 2015; 8(3): 208-212. [Online]. https://scholar.google.com/scholar_url?url=https://www.redalyc.org/service/r2020/downloadPdf/3310/331043357005/6&hl=es&sa=T&oi=gsb-ggp&ct=res&cd=1&d=6642154740593778937&ei=zPUHX7aKCJKSyQSVibHYDA&scisig=AAGBfm3HesVy_Q-AQIJGc3XeocCJUKGBMg
5. Alarcon R. Trastornos de angustia. Perales A, Zambrano M, Mendoza A, Vásquez-Caicedo G (eds). Compendio de psiquiatría "Humberto Rotondo", 1ra edición ed. Lima: Facultad de Medicina: UNMSM; 2008. pp. 164-180. [Online]. <http://www.unmsm.edu.pe/noticias/ver/742>
6. Hernández-Santillán G. Trastornos de Ansiedad en consulta externa de Medicina del Centro de Atención Primaria - I Úcupe. Chiclayo. Marzo 2012. *Rev. cuerpo méd. HNAAA* 2013; 6(1): 14-18. [Online].

<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4262692.pdf>

7. Saavedra J. et al. 1. Estudio epidemiológico de salud mental en Lima Metropolitana y Callao - replicación 2012. *Anales de Salud Mental* 2013; Volumen XXIX(1): 28-29. [Online]. <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2012%20ASM%20-EESM%20-LM.pdf>
8. Tortella-Feliu M. Los trastornos de ansiedad en el DSM-V. Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace revista iberoamericana de psicosomática 2014; 110: 62-69. [Online]. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4803018>
9. Organización Mundial de la Salud. Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos. Livingstone C (ed). Guía de bolsillo de la CIE-10 clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento, 10 ed. Estados Unidos. Editorial médica Panamericana S.A.; 1994. pp. 109-116.
10. Zubieta E, Sosa F, Berardi M. Adaptación Cultural, actitudes hacia el multiculturalismo y ansiedad intergrupal en población militar. *Boletín de Psicología*, 2011; 102: 55-69.
11. Bobes J, Portilla MP, Bascarán MT (Eds). Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 2da Ed. Ars Medica. 2002. 7.1. Escala de Hamilton para la Ansiedad (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS) pp:69.
12. Camacho S. Diferencia de los niveles de ansiedad y depresión en militares en retiro y civiles adultos mayores de 65 años que acuden al Hospital Militar del Sur de Arequipa diciembre 2010 a febrero 2011. (Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano). Arequipa: UCSM; 2011.
13. Vidangos V. Acné y riesgo de trastornos de ansiedad en personal militar de tropa del Ala Aérea N° 3 de la Fuerza Aérea del Perú, Arequipa, 2018. (Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano). Arequipa: UCSM; 2018.
14. Oviedo M, Talavera R. Estrés Laboral, Dimensiones de la Personalidad y la Personalidad Resistente en Miembros de la Policía Nacional del Perú de Arequipa 2016 (Realizado en las Comisarias Santa Marta y Palacio Viejo Arequipa). (Tesis para optar el título profesional en Psicología). Arequipa: UNSA; 2016.
15. Ceron M, Tipula E. Niveles de ansiedad y estrés en los agentes policiales de la comisaria PNP de la ciudad de Huánuco-2016 (Tesis para optar el título profesional de licenciada en Psicología). Huánuco: Universidad Nacional Hermilio Valdizan; 2018.
16. Ramos H. Ambiente laboral como factor de ansiedad en miembros del establecimiento

- policial PNP comisaria Sullana – Piura. 2018. (Tesis para optar el título profesional en Psicología). Piura: Universidad Nacional de Piura; 2019.
17. Blanco-Álvarez T, Thoen M. Factores asociados al estrés laboral en policías penitenciarios costarricenses. *Revista Costarricense de Psicología* 2017; 36(1): 45-59.
 18. Vargas C, Villarreal K, Guevara C, Andrade M. Percepción de la calidad de vida y la salud mental en oficiales de la Fuerza Aérea Colombiana. *Facultad de Medicina, Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, Colombia* 2010; 18(1): 115-122.
 19. Espinoza K. Ansiedad y Depresión, según la Escala de Hamilton, en el Personal Médico y No Médico del Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche e IREN Sur, 2014. (Tesis para obtener el Título Profesional de Médico Cirujano). Arequipa: UCSM; 2014.
 20. Carrobles JA, Costa M, Del Ser T, Bartolomé P. La práctica de la terapia de conducta. Valencia. Promolibro. 1986.

