Universidad Católica de Santa María

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana

Asociación entre calidad del sueño, los niveles de ansiedad y depresión en pacientes adultos atendidos en consulta externa de los servicios de Medicina Interna, Cirugía General y Ginecología y Obstetricia de un hospital público de Arequipa, 2026

Tesis presentada por:

Chavez Borda, Gabriel Alonso

ORCID:0009-0002-0505-1117

Alvarez Soto, Ramsses Adriano

ORCID: 0009-0007-1675-6952

Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Asesora:

Dra. Aliaga Cayo, Miriam

ORCID: 0009-0001-5213-4516

Arequipa - Perú

2026

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

MEDICINA HUMANA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 05 de Septiembre del 2026

Dictamen: 018219-C-EPMH-2026

Visto el borrador del expediente 018219, presentado por:

2018816041 - CHAVEZ BORDA GABRIEL ALONSO
2018800081 - ALVAREZ SOTO RAMSSES ADRIANO

Titulado:

ASOCIACIÓN ENTRE CALIDAD DEL SUEÑO, LOS NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES ADULTOS ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DE LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA, CIRUGÍA GENERAL Y GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE AREQUIPA, 2026

Nuestro dictamen es:

APROBADO

Titulo Profesional/Titulo de Segunda Especialidad/Grado Académico a optar:

MEDICO CIRUJANO

29294182 - ALVARADO DUEÑAS ERVIS FELIPE
DICTAMINADOR

29277065 - MONTESINOS VALENCIA LILY EUFEMIA
DICTAMINADOR

45044338 - LUZA CASAVERDE EDWIN WILDER
DICTAMINADOR

Asociación entre calidad del sueño, los niveles de ansiedad y depresión en pacientes adultos atendidos en consulta externa de los servicios de Medicina Interna, Cirugía General y Ginecología y Obstetr

INFORME DE ORIGINALIDAD

14%	15%	7%	10%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	5%
2	repositorio.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	2%
3	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
4	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	<1%
5	Submitted to Universidad Internacional de la Rioja Trabajo del estudiante	<1%
6	repositorio.unjbg.edu.pe Fuente de Internet	<1%
7	repositorio.uia.ac.cr:8080 Fuente de Internet	<1%
8	cybertesis.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	<1%
9	repositorio.uancv.edu.pe Fuente de Internet	<1%
10	repositorio.upci.edu.pe Fuente de Internet	<1%
11	repositorio.continental.edu.pe Fuente de Internet	<1%
12	repositorio.unemi.edu.ec Fuente de Internet	<1%
13	idoc.pub Fuente de Internet	<1%
14	tesis.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	<1%

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de investigación con profundo amor y gratitud a mi madre, por su sabiduría constante, sus valiosos consejos y por ser ese apoyo incondicional que siempre ha estado al pendiente de cada uno de mis pasos.

A mi padre, con total admiración, por su incansable sacrificio, su esfuerzo diario y por enseñarme a seguir adelante con firmeza, sin importar las adversidades que la vida ponga en el camino.

A mis hermanos, por caminar a mi lado en este largo trayecto, brindándome su respaldo absoluto y siendo mi refugio seguro en los momentos de mayor incertidumbre.

Y a todos los amigos que coseché a lo largo de este proceso, tanto a mis compañeros y futuros colegas como a los médicos ya establecidos, cuyo compañerismo, guía y presencia en los buenos y malos momentos fueron fundamentales para culminar este camino.

Ramsses Adriano Alvarez Soto

Dedico este trabajo de investigación a mis padres, quienes me enseñaron el valor de la constancia y el sacrificio. Gracias a su ejemplo de esfuerzo, honestidad y perseverancia, he aprendido a enfrentar los desafíos con determinación y responsabilidad. Sus consejos, amor y apoyo incondicional han sido mi guía y fortaleza a lo largo de este camino, brindándome la confianza necesaria para superar las dificultades y alcanzar esta importante meta académica.

A mi hermana, por estar siempre presente, brindándome su apoyo y alentándome a no apartarme de mis metas, aun cuando las dificultades parecían hacer el camino más complejo. Su confianza y compañía han sido fundamentales para alcanzar este logro.

Gabriel Alonso Chavez Borda

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradezco a nuestra casa de estudios y a la facultad por brindarme la oportunidad de formarme profesionalmente.

También expreso manifiesto mi profundo agradecimiento a mi asesora de tesis, la Dra. Aliaga Cayo Miriam, por su disposición, su guía metodológica y el valioso tiempo invertido en revisar y corregir cada etapa de este trabajo. Sus orientaciones fueron fundamentales para llegar al resultado final.

Finalmente, agradezco a los docentes que me acompañaron en las aulas y en el internado durante estos años, compartiendo su experiencia, conocimientos y consejos.

Ramsses Adriano Alvarez Soto

Expreso mi agradecimiento a nuestra casa de estudios y a la Facultad, por haber contribuido a mi preparación profesional y al fortalecimiento de mis capacidades académicas y personales.

Asimismo, manifiesto mi más sincero agradecimiento a mi asesora de tesis, la Dra. Aliaga Cayo Miriam, por su orientación metodológica y su dedicación durante la revisión y corrección de cada etapa de este trabajo. Sus conocimientos, sugerencias y apoyo permitieron alcanzar la culminación de la investigación de manera satisfactoria

Finalmente, agradezco a todos los docentes por compartir generosamente su experiencia, conocimientos y valiosos consejos que han contribuido significativamente a mi formación profesional y humana.

Gabriel Alonso Chavez Borda

EPÍGRAFE

"Cura a veces, trata con frecuencia, consuela siempre."

Edward Livingston Trudeau

RESUMEN

Objetivo: Determinar la asociación entre la calidad de sueño, los niveles de ansiedad y depresión en pacientes adultos atendidos en consulta externa de los servicios de Medicina Interna, Cirugía General y Ginecología y Obstetricia de un hospital público de Arequipa durante Julio del año 2026.

Metodología: Se realizó la investigación mediante un estudio observacional, analítico correlacional y de corte transversal. La población estuvo conformada de pacientes adultos entre 18 y 65 años que acudieron a consulta externa de los servicios mencionados que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión establecidos. La calidad de sueño fue evaluada mediante el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI), el nivel de ansiedad mediante el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y el grado de depresión mediante la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D).

Resultados: De los 316 pacientes evaluados, 297 (94,0%) presentaron mala calidad de sueño y 19 (6,0%) buena calidad de sueño. En cuanto a la ansiedad, 122 (38,6%) presentaron nivel leve, 113 (35,8%) nivel moderado, 59 (18,7%) nivel mínimo y 22 (7,0%) nivel severo. Asimismo, 310 pacientes (98,1%) presentaron depresión y 6 (1,9%) no la presentaron. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la calidad de sueño y los niveles de ansiedad en Medicina Interna ($p < 0,001$), Cirugía General ($p = 0,002$) y Ginecología y Obstetricia ($p = 0,005$). En cuanto a la relación entre calidad de sueño y depresión, se encontró asociación significativa en Medicina Interna ($p < 0,001$), mientras que en el análisis global no se evidenció asociación significativa ($p = 0,268$).

Conclusiones: El 94,0% de los pacientes presentó mala calidad de sueño, mientras que los niveles de ansiedad más frecuentes fueron el leve (38,6%) y moderado (35,8%), y el 98,1% presentó depresión. La mala calidad del sueño se asoció significativamente con los niveles de ansiedad en los tres servicios evaluados. La relación entre calidad de sueño y depresión presentó resultados heterogéneos según el servicio.

Palabras claves: Calidad de sueño, ansiedad, depresión.

ABSTRACT

Objective: To determine the association between sleep quality, anxiety levels and depression in adult patients treated in outpatient consultation of the Internal Medicine, General Surgery and Gynecology and Obstetrics services of a public hospital in Arequipa during July of the year 2026.

Methodology: This research was conducted using an observational, analytical, correlational, and cross-sectional study. The population consisted of adult patients between 18 and 65 years of age who attended outpatient clinics of the aforementioned departments and met the established inclusion and exclusion criteria. Sleep quality was assessed using the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), anxiety levels using the Beck Anxiety Inventory (BAI), and the degree of depression using the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D).

Results: Of the 316 patients evaluated, 297 (94.0%) presented with poor sleep quality and 19 (6.0%) with good sleep quality. Regarding anxiety, 122 (38.6%) presented with mild anxiety, 113 (35.8%) with moderate anxiety, 59 (18.7%) with minimal anxiety, and 22 (7.0%) with severe anxiety. Additionally, 310 patients (98.1%) presented with depression, while 6 (1.9%) did not. A statistically significant association was found between sleep quality and anxiety levels in Internal Medicine ($p < 0.001$), General Surgery ($p = 0.002$), and Gynecology and Obstetrics ($p = 0.005$). Regarding the relationship between sleep quality and depression, a significant association was found in Internal Medicine ($p < 0.001$), while no significant association was found in the overall analysis ($p = 0.268$).

Conclusions: 94.0% of patients presented with poor sleep quality, while the most frequent levels of anxiety were mild (38.6%) and moderate (35.8%), and 98.1% presented with depression. Poor sleep quality was significantly associated with anxiety levels in all three services evaluated. The relationship between sleep quality and depression showed heterogeneous results depending on the service.

Keywords: Sleep quality, anxiety, depression

ÍNDICE

DEDICATORIA
AGRADECIMIENTOS
EPÍGRAFE
RESUMEN
ABSTRACT
ÍNDICE
ÍNDICE DE TABLAS
ÍNDICE DE ANEXOS
INTRODUCCIÓN 1
CAPÍTULO IPLANTEAMIENTO TEÓRICO 2
1.1. Determinación del problema 3
1.2. Enunciado del problema 3
1.3. Descripción del problema 3
1.4. Área del conocimiento 3
1.5. Operacionalización de variables 4
1.6. Justificación del Problema 4
1.7. Objetivos 6
1.8. MARCO TEÓRICO 7
1.8.1. Sueño 7
1.8.2. Ansiedad 15
1.8.3. Depresión 18
1.8.4. Relación entre calidad de sueño, ansiedad y depresión 22
1.9. Revisión de Antecedentes Investigativos 31
1.10. Hipótesis 32
CAPÍTULO IIPLANTEAMIENTO OPERACIONAL 33
2.1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN 34
2.1.1. Técnica 34
2.1.2. Instrumentos 34
2.2. CAMPO DE VERIFICACIÓN 35
2.3. Unidades de estudio 35
2.3.1. Población 35
2.3.2. Muestra 35
2.5. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS 36

2.5.1. Organización 36
2.5.2. Recursos 37
2.6. Procesamiento y análisis de los datos 37
2.7. Tipo de Investigación 38
2.8. Nivel de Investigación 38
2.9. Diseño de Investigación 38
2.10. Aspectos éticos del estudio 39
CAPÍTULO III RESULTADOS 40
DISCUSIÓN 60
CONCLUSIONES 66
RECOMENDACIONES 67
Referencias bibliográficas 68
Anexos 74

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Distribución de datos sociodemográficos.....42

Tabla 2 Distribución de datos por variable.....44

Tabla 3 Relación entre ansiedad y estado civil.....45

Tabla 4 Relación entre depresión y estado civil.....47

Tabla 5 Relación entre calidad de sueño y ansiedad en Cirugía General.....49

Tabla 6 Relación entre calidad de sueño y ansiedad en Obstetricia.....50

Tabla 7 Relación entre calidad de sueño y ansiedad en Medicina Interna.....51

Tabla 8 Relación entre Calidad de Sueño y Depresión en Medicina Interna.....52

Tabla 9 Relación entre edad y nivel de Ansiedad en Ginecologia y Obstetricia.....54

Tabla 10 Relación entre Depresión y Estado Civil en Cirugía General.....56

Tabla 11 Relación entre calidad de sueño y ansiedad.....57

Tabla 12 Relación entre calidad de sueño y depresión.....59

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1: FICHA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO 75
ANEXO 2: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS GENERALES 76
ANEXO 3: ÍNDICE DE CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURGH (PSQI) 77
ANEXO 4: INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI) 81
ANEXO 5: ESCALA DE DEPRESIÓN DEL CENTRO DE ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS (CES-D) 82
ANEXO 6: CRONOGRAMA 83
ANEXO 7: DICTAMEN DE COMITE DE ETICA **84**
ANEXO 8: MATRIX DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS **85**
ANEXO 9: AUTORIZACIÓN DE PROYECTO DE TESIS **92**

INTRODUCCIÓN

El mantenimiento de un sueño óptimo representa un pilar fundamental dentro de la homeostasis humana, interviniendo de manera directa en la regulación de los procesos neurobiológicos, la estabilidad de las emociones y la preservación de las capacidades cognitivas del individuo. Cuando se presentan alteraciones o un déficit en la calidad del descanso, se produce un incremento notable en la vulnerabilidad clínica para manifestar desórdenes de tipo afectivo, entre los cuales destacan la ansiedad (AN en adelante) y la depresión (DP en adelante) (1,2). A nivel global, la prevalencia de los trastornos del sueño es alarmante, estimándose que afectan a un rango aproximado de entre el 30% y el 40% de la población en edad adulta; este panorama epidemiológico se recrudece significativamente al evaluar a individuos que coexisten con patologías médicas de carácter crónico o que figuran como usuarios habituales de los diferentes servicios asistenciales de salud (3).

Por su parte, la AN y la DP se posicionan en la actualidad como dos de los desafíos más severos respecto a las condiciones de salud mental de la población adulta, lo que repercute en una presión y una carga asistencial de gran envergadura para los sistemas sanitarios del mundo. Conforme a los indicadores de la Organización Mundial de la Salud, la magnitud de esta problemática se traduce en más de 300 millones de personas que cursan con un cuadro depresivo, sumado a una cifra superior a los 260 millones de individuos que se ven afectados por trastornos de AN a escala internacional (3).

La evidencia científica acumulada ha demostrado la presencia de una relación recíproca y compleja entre el deterioro de la CS y la manifestación de síntomas ansiosos y depresivos, donde una ejecución deficiente del descanso correlaciona con un incremento en la severidad del cuadro clínico y, por ende, con un detrimento directo de la calidad de vida de los pacientes (1,2). Ante la necesidad de estudiar objetivamente este fenómeno, la utilización de herramientas de cribado y evaluación diagnóstica ha cobrado un rol esencial. En este sentido, instrumentos psicométricos como el Índice de Calidad de Sueño (CS en adelante) de Pittsburgh (PSQI), el Inventario de AN de Beck (BAI) y la Escala de DP del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) han consolidado una sólida validez y confiabilidad para su aplicación en poblaciones adultas de carácter no psiquiátrico, demostrando una alta utilidad en la valoración de pacientes que acuden a las redes de atención ambulatoria mediante consulta externa (4–7).

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1.1. Determinación del problema:

¿Cuál es la asociación entre la calidad de sueño, los niveles de ansiedad y depresión en pacientes adultos atendidos en consulta externa de los servicios de Medicina Interna, Cirugía General y Ginecología y Obstetricia de un hospital público de Arequipa durante Julio del año 2026?

1.2. Enunciado del problema:

Tomando como base la evidencia reportada, la presente investigación se enfoca en abordar la dinámica de reciprocidad y la estrecha vinculación bidireccional que se manifiesta entre la reducción de la CS y las manifestaciones sintomáticas de la AN y la DP dentro del grupo poblacional adulto. La pertinencia de delimitar este problema radica en que una ejecución deficiente del sueño no actúa de forma aislada, sino que se encuentra ligada a un incremento en la severidad de la sintomatología afectiva y, por consiguiente, repercute desfavorablemente en la calidad de vida de los individuos afectados, todo esto en medio de un panorama global donde la DP afecta a más de 300 millones de personas y los trastornos de AN merman la salud de más de 260 millones a nivel mundial.

1.3. Descripción del problema

En el panorama contemporáneo de la salud pública, tanto la AN como la DP se han consolidado como dos de las afecciones de mayor importancia que merman la salud mental de los adultos, lo que a su vez se traduce en una demanda y una carga de gran envergadura para el sostenimiento de los sistemas sanitarios institucionales. La interacción de estas variables genera un fenómeno complejo donde la mala CS correlaciona con un cuadro clínico de mayor gravedad sintomática. Debido a que este problema afecta de manera considerable a los usuarios de los servicios asistenciales, resulta prioritario abordar la problemática mediante una caracterización precisa en entornos específicos de atención médica, asegurando un marco de evaluación que refleje fielmente la realidad del paciente en su consulta.

1.4. Área del conocimiento

Tomando en cuenta las características de las variables en estudio y el contexto institucional en el que se enmarca la problemática, esta investigación se adscribe directamente al campo de las Ciencias de la Salud. De manera específica, el estudio se desarrolla dentro de las líneas de la Salud Mental y la evaluación clínica aplicada a poblaciones adultas no psiquiátricas, enfocándose primordialmente en el análisis de pacientes que reciben atención médica ambulatoria a través del régimen de consulta externa.

1.5. Operacionalización de variables

Variable	Dimensión (Interpretación)	Indicador/Instrumento	Calificación/Categoría
Calidad de sueño	Calidad de sueño	Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI)	Buena calidad de sueño (≤5 puntos) / Mala calidad de sueño (>5 puntos)
Ansiedad	Nivel de ansiedad	Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	Mínima (0–7), Leve (8–15), Moderada (16–25), Severa (26–63)
Depresión	Nivel de depresión	Escala CES-D	Sin depresión (<16), Depresión leve (16–20), Depresión moderada (21–25), Depresión severa (>25)
Edad	Grupo etario	Ficha de recolección de datos	18–29, 30–44, 45–65 años
Sexo	Sexo biológico	Ficha de recolección de datos	Masculino / Femenino
Estado civil	Estado civil	Ficha de recolección de datos	Soltero, Casado/Conviviente, Otros
Nivel de instrucción	Nivel educativo	Ficha de recolección de datos	Primaria, Secundaria, Superior
Servicio de atención	Especialidad médica	Ficha de recolección de datos	Medicina Interna, Cirugia General y Ginecologia y Obstetricia
Enfermedad crónica	Presencia de comorbilidad	Ficha de recolección de datos	Sí / No

1.6. Justificación del Problema

1.6.1. Justificación Científica:

La base científica de este estudio descansa en la necesidad de profundizar en los mecanismos psicopatológicos que vinculan el descanso biológico con la estabilidad afectiva en pacientes hospitalarios no psiquiátricos. Si bien la literatura internacional reconoce una interacción bidireccional entre la privación del sueño y el desarrollo de trastornos del ánimo, la mayor parte de la evidencia se enfoca en poblaciones generales o en entornos de hospitalización continua. Existe un vacío de conocimiento respecto a cómo se comporta esta relación en el entorno ambulatorio de la consulta externa, donde

el paciente coexiste con demandas de salud cotidianas. Al aplicar simultáneamente escalas validadas como el PSQI, el BAI y la CES-D, la investigación busca aportar datos estadísticos locales que consoliden el entendimiento de estas comorbilidades en el contexto asistencial de nuestra región.

1.6.2. Justificación Social:

El impacto de esta investigación tiene repercusiones directas en la calidad de vida y el bienestar de los usuarios que acuden al sistema público de salud. Los trastornos del sueño, asociados a la AN y la DP, merman significativamente la capacidad funcional, laboral y familiar del individuo, además de complicar la adherencia a los tratamientos médicos de fondo. Al identificar la magnitud de este problema en los pacientes del Hospital Honorio Delgado, el estudio visibiliza una necesidad desatendida en la atención ambulatoria. Esto proporciona un respaldo empírico fundamental para que los gestores hospitalarios justifiquen el diseño de programas de tamizaje preventivo y apoyo emocional, devolviendo un beneficio directo a la población vulnerable que depende de la asistencia estatal.

1.6.3. Justificación Contemporánea:

Actualmente, los sistemas sanitarios enfrentan una crisis silenciosa pero creciente en materia de salud mental post pandémica. La Organización Mundial de la Salud reporta cifras alarmantes de AN y DP a nivel global, fenómenos que se han agudizado en paralelo con los estilos de vida modernos que alteran crónicamente los ritmos circadianos y la higiene del sueño. Desarrollar esta investigación en el año 2026 responde de manera oportuna a una realidad epidemiológica inmediata. Abordar el problema hoy permite capturar el panorama actual de la salud mental de los pacientes ambulatorios, ofreciendo una fotografía vigente que sirve para actualizar los protocolos de atención integral frente a las demandas de salud pública del entorno actual.

1.6.4. Originalidad:

El carácter innovador de este estudio se fundamenta en su enfoque comparativo y estratificado por especialidades médicas dentro de un mismo hospital general. A diferencia de investigaciones convencionales que evalúan la salud mental de manera global o aislada, este estudio desglosa y analiza los datos de forma específica en tres servicios con perfiles de pacientes marcadamente distintos: Medicina Interna, Cirugía General y Ginecología

y Obstetricia. Asimismo, la integración metodológica de evaluar el sueño como un eje transversal cruzado tanto con la AN como con la DP en una sola muestra ambulatoria, constituye un abordaje poco explorado a nivel local, marcando un precedente en la literatura médica de la región.

1.6.5. Interés Personal:

Como futuros profesionales de la medicina, nuestro interés nace de la observación directa durante la práctica clínica e internado médico, donde es evidente que el abordaje del paciente en consulta externa suele limitarse al síntoma físico o al motivo de la consulta biológica, relegando a un segundo plano su esfera salud mental. Nos motiva el deseo de impulsar un cambio hacia un enfoque médico verdaderamente biopsicosocial, demostrando que variables tan cotidianas como la calidad del descanso nocturno están íntimamente ligadas a la carga afectiva del paciente. Consideramos que profundizar en esta problemática enriquecerá nuestra visión clínica y nos brindará herramientas críticas para ofrecer una atención más humana, empática e integral a lo largo de nuestro ejercicio profesional.

1.6.6. Viabilidad:

El proyecto demuestra una viabilidad técnica, logística y operativa plenamente garantizada. En primer lugar, contamos con el acceso autorizado a las salas de espera de consulta externa del Hospital Regional Honorio Delgado, un establecimiento con un flujo masivo y constante de pacientes que asegura alcanzar el tamaño muestral requerido. En segundo lugar, la recolección de datos mediante instrumentos digitales digitalizados en Google Forms reduce a cero los costos de impresión y optimiza los tiempos de llenado por paciente. Finalmente, los investigadores disponemos de los dispositivos móviles necesarios (celulares y tabletas) para el trabajo de campo, así como del soporte de asesores clínicos y estadísticos especializados que garantizan la correcta ejecución y procesamiento de la información sin requerir financiamiento externo.

1.7. Objetivos

1.7.1. Objetivo general

Determinar la asociación entre la calidad de sueño, los niveles de ansiedad y DP en pacientes adultos atendidos en consulta externa de los servicios de Medicina Interna,

Cirugía General y Ginecología y Obstetricia de un hospital público de Arequipa durante el mes de Julio del año 2026.

1.7.2. Objetivos específicos

1. Describir la calidad de sueño en pacientes adultos atendidos en consulta externa de los servicios de Medicina Interna, Cirugía General y Ginecología y Obstetricia de un hospital público de Arequipa.
2. Describir los niveles de ansiedad en pacientes adultos atendidos en consulta externa de los servicios de Medicina Interna, Cirugía General y Ginecología y Obstetricia de un hospital público de Arequipa.
3. Describir los niveles de depresión en pacientes adultos atendidos en consulta externa de los servicios de Medicina Interna, Cirugía General y Ginecología y Obstetricia de un hospital público de Arequipa.
4. Evaluar la relación entre la calidad de sueño y la ansiedad en pacientes adultos atendidos en consulta externa de los servicios de Medicina Interna, Cirugía General y Ginecología y Obstetricia de un hospital público de Arequipa.
5. Evaluar la relación entre la calidad de sueño y la depresión en pacientes adultos atendidos en consulta externa de los servicios de Medicina Interna, Cirugía General y Ginecología y Obstetricia de un hospital público de Arequipa.

1.8. MARCO TEÓRICO

1.8.1. Sueño

La CS es un fenómeno complejo que abarca una multitud de dimensiones fisiológicas, subjetivas y conductuales relacionadas con la experiencia nocturna y su impacto en el funcionamiento diario. Generalmente, no se trata de cuántas horas se duerme; abarca aspectos como la continuidad, profundidad, percepción restaurativa y eficiencia general del sueño. Diferentes modelos contemporáneos sugieren que el sueño cumple una función reguladora esencial en el metabolismo, la consolidación de la memoria y la regulación emocional. En consecuencia, el deterioro del sueño se asocia con deterioros neurocognitivos y psicopatológicos. Además, la investigación en epidemiología muestra que la percepción de un sueño de mala calidad es un predictor independiente de morbilidad mental en adultos. Por lo tanto, es importante entender su base neurobiológica y dimensiones estructurales tanto para fines clínicos como de investigación (8,9).

1.8.1.1. Definición neurobiológica del sueño

Desde una perspectiva neurobiológica, el sueño consiste en estados activos y dinámicos controlados por circuitos neuronales específicos, principalmente en el hipotálamo, el tronco encefálico y el cerebro anterior basal. Mientras que las teorías más antiguas definían el sueño como pasivo, las grabaciones de EEG han mostrado que el sueño está acompañado de actividad organizada a lo largo de la corteza. La alternancia entre vigilia y sueño se explica por la interacción de sistemas inhibidores GABAérgicos y excitatorios monoaminérgicos. Además, estructuras como el núcleo preóptico ventrolateral desempeñan un papel inhibidor sobre los centros de alerta. Estos mecanismos están coordinados a través de una arquitectura funcional altamente organizada que demuestra que el sueño se debe a un complejo programa neurofisiológico más que a la simple ausencia de vigilia (10).

Continuando con lo anterior, estudios de neuroimágenes funcionales han demostrado que los procesos relacionados con la plasticidad sináptica y la reorganización neuronal se activan durante el sueño. Por ejemplo, la consolidación de la memoria declarativa y procedimental se asocia con patrones específicos de oscilaciones lentas y husos de sueño. El sistema glicifático también aumenta su actividad durante el sueño profundo, ayudando a eliminar metabolitos neurotóxicos como el beta-amiloide. Este hallazgo ha sido importante para entender la asociación entre la privación crónica del sueño y las enfermedades neurodegenerativas. Como resultado, la definición neurobiológica actual reconoce el sueño como un proceso restaurador, regulador y adaptativo que es esencial para el equilibrio neuro y sistémico (11,12).

1.8.1.2. Arquitectura del sueño (REM y NREM)

La arquitectura del sueño describe la organización de sus fases en ciclos a lo largo de la noche, estructurada en sueño de movimientos oculares no rápidos (NREM) y sueño REM. Durante la fase NREM se distingue 3 etapas que se caracterizan por cambios electroencefalográficos específicos, y en contraste, el REM tiene actividad cortical similar a la de la vigilia, combinada con atonía muscular. Estos ciclos suceden de manera periódica en intervalos aproximados de 90 minutos, y su distribución varía a lo largo de la noche. Durante las primeras horas, predomina el sueño N3, mientras que en el último tercio de la noche, aumenta la proporción de sueño REM. Esta organización secuencial tiene

funciones diferenciadas relacionadas con la recuperación física y el procesamiento emocional (10,13).

Se debe considerar que el sueño NREM y en especial, la fase N3, se relaciona con la restauración de la energía, la regulación del sistema inmunológico y la secreción de la hormona del crecimiento. En contraste, el sueño REM se asocia con la integración emocional y la consolidación de la memoria. Las alteraciones de la proporción o la fragmentación de estas fases pueden incidir de manera negativa en el bienestar psicológico. De hecho, la línea de investigación en patologías del estado de ánimo ha mostrado que existen cambios en la latencia y la densidad REM. Por lo tanto, el estudio de la arquitectura del sueño tiene una utilidad fisiológica, y en el diagnóstico y los pronósticos de la salud mental (14).

La continuidad de los ciclos es de gran importancia para que el sueño se perciba subjetivamente como reparador. La fragmentación de este, incluso cuando la duración total sea adecuada, produce una disminución de la eficiencia del sueño y aumenta la fatiga diurna. Este hecho se ha evidenciado en trastornos como el insomnio y la apnea obstructiva del sueño. En estas circunstancias, las alteraciones del ciclo NREM-REM tienen un impacto negativo en los procesos restauradores y cognitivos asociados a cada fase. Por ello, la evaluación clínica del sueño incluye el estudio de la poligrafía del sueño cuando existen alteraciones estructurales. En resumen, la arquitectura del sueño forma una parte importante del indicador de la salud fisiológica del sueño (9,13).

1.8.1.3. Regulación circadiana y modelo de los dos procesos

La regulación del sueño se explica habitualmente por el modelo de dos procesos propuesto por Borbély, que incorpora un proceso homeostático y un proceso circadiano. El proceso homeostático aumenta la presión del sueño cuanto más tiempo la persona ha estado despierta, mientras que el proceso circadiano controla la propensión al sueño basada en un ritmo biológico de aproximadamente 24 horas. Este ritmo se establece principalmente por el núcleo supraquiasmático del hipotálamo, que responde a señales de luz ambiental. La participación coordinada de estos dos procesos es lo que determina la estabilidad del ciclo sueño-vigilia. Así, los malfuncionamientos en cualquiera de estos sistemas pueden traducirse en dificultades para poder conciliar el sueño y mantenerlo (15).

En relación con lo anterior, la secreción de melatonina actúa como un marcador biológico de los ritmos circadianos. Su secreción durante la noche facilita la transición al sueño, mientras que la presencia de luz puede inhibir su secreción. Este fenómeno puede observarse con el uso de pantallas, cuya exposición a la luz puede retrasar el inicio del sueño y provocar un desajuste de los ritmos circadianos. Asimismo, los cambios en el horario de sueño, el trabajo por turnos e incluso el desfase horario pueden traducirse en una desincronización interna, aumentando el riesgo de trastornos del estado de ánimo. La estabilidad circadiana, en consecuencia, contribuye a regular la duración y la CS, así como su continuidad (15,16).

Por último, una correcta integración de la presión homeostática y la sincronización circadiana permite un sueño profundo y continuo. Cuando ambos sistemas están en armonía, la latencia es baja y la eficiencia es alta. Por el contrario, la alteración de estos procesos puede provocar hiperactivación cortical, somnolencia diurna y exceso de sueño durante el día. Esta desregulación se asocia con una mayor vulnerabilidad a los trastornos de AN y DP, lo que enfatiza la importancia del modelo de los dos procesos en el estudio de la psicopatología. El estudio de la regulación circadiana se convierte, así, en un elemento fundamental para abordar la CS en su conjunto (8,15).

1.8.1.4. Calidad de sueño como constructo multidimensional

La CS se considera actualmente un constructo multidimensional que integra componentes fisiológicos, subjetivos y conductuales. No se limita a los parámetros objetivos obtenidos de la polisomnografía, sino que también incluye la percepción individual del descanso, la continuidad nocturna y el impacto funcional durante el día. Esta amplia perspectiva surge de la necesidad de entender el sueño más allá de su arquitectura biológica al incorporar variables psicológicas y contextuales. La investigación contemporánea sostiene que la experiencia subjetiva del sueño puede divergir de los registros objetivos, evidenciando su complejidad. En consecuencia, la evaluación de la CS necesita herramientas que incorporen clínicas de múltiples dimensiones, como es el caso del ampliamente validado Índice de CS de Pittsburgh en la población adulta (17,18).

En esta línea, el enfoque multidimensional también entiende que existen factores emocionales, ambientales y/o conductuales que afectan la experiencia del individuo a la hora de dormir. El estrés, por ejemplo, de forma crónica puede llevar a que el individuo se sienta que duerme mal, aunque tenga el tiempo de descanso que el organismo necesita. Por el contrario, los malos hábitos de higiene del sueño pueden empeorar los problemas del sueño, sin modificar los ciclos del sueño. Esta interacción de fenómenos biológicos y psicosociales ha ayudado a entender por qué la CS está tan asociada con el estado de salud mental. Por esta razón, deben integrarse diferentes tipos de datos subjetivos, clínicos y conductuales, de manera más amplia y flexible (8,17)

A. Definición conceptual de calidad de sueño

Conceptualmente, la CS se refiere a un sueño profundo, continuo y restaurador, que integra elementos objetivos y subjetivos de la experiencia del descanso. Esta definición permite diferenciar la calidad del sueño de una evaluación limitada a la duración de una noche. Un sueño de buena calidad se caracteriza por ser continuo, presentar pocas interrupciones y permitir que la persona se sienta descansada al despertar. Asimismo, la percepción subjetiva del sueño tiene relevancia clínica, ya que las alteraciones percibidas pueden asociarse con malestar y deterioro funcional. Por ello, la evaluación de la CS debe considerar tanto las medidas objetivas como la experiencia subjetiva del individuo (17,19).

1.8.1.5. Diferencia entre cantidad y calidad del sueño

Es necesario determinar la diferencia entre cantidad y calidad del sueño, ya que ambos conceptos no son intercambiables. La cantidad se refiere al número total de horas de sueño, mientras que la calidad se refiere a la profundidad, continuidad y características restauradoras del sueño. Una persona puede dormir ocho horas y aún experimentar un sueño fragmentado y no reparador. De la misma manera, duraciones ligeramente más cortas pueden ser suficientes si la arquitectura del sueño es estable. Los estudios epidemiológicos han evidenciado que la percepción de mala CS, en aislamiento, está más fuertemente asociada con síntomas de AN y DP que con la duración del sueño. Por lo tanto, las evaluaciones clínicas contemporáneas

otorgan más peso a los indicadores cualitativos además de la duración total del sueño (9,18).

1.8.1.6. Trastornos del sueño en población adulta

En la población adulta, los trastornos del sueño constituyen un problema común con repercusiones médicas y psicológicas significativas. El insomnio, la apnea obstructiva del sueño y los trastornos del ritmo circadiano son los diagnósticos más prevalentes. Estas alteraciones generan fragmentación nocturna y reducción de la eficiencia y causan deterioro durante el día. Además, la evidencia sugiere que el insomnio crónico es un factor de riesgo independiente para la generación de trastornos afectivos. En adultos jóvenes y de mediana edad, las demandas laborales y la exposición tecnológica están aumentando la vulnerabilidad circadiana. Por lo tanto, el enfoque clínico debe ser lo suficientemente integral como para incluir factores fisiológicos y emocionales (20,21).

1.8.1.7. Dimensiones de la calidad de sueño según el PSQI

El Índice de CS de Pittsburgh se encuentra entre los instrumentos más utilizados para medir la CS en la investigación clínica. Este cuestionario autoadministrado examina siete componentes que conducen a una puntuación global. Su validez y confiabilidad han sido documentadas en diferentes contextos culturales. Cada dimensión proporciona información específica que es distinta y específica a los factores subjetivos y conductuales relacionados con el sueño. La puntuación total clasifica a los individuos como 'buenos' o 'malos' durmientes basados en valores de corte establecidos. Como consecuencia, el PSQI se ha posicionado como uno de los instrumentos más utilizados en estudios de investigación epidemiológica y clínica sobre salud mental y sueño (17,22).

A. Calidad subjetiva del sueño

La calidad subjetiva del sueño es el primer componente del PSQI y evalúa la percepción general del sueño durante el último mes. Este componente demuestra cómo el individuo aprecia la experiencia del sueño. Este componente puede parecer simple, sin embargo, muestra una gran relevancia clínica ya que predice el malestar psicológico. Estudios longitudinales demuestran que las percepciones negativas persistentes aumentan el riesgo de AN y DP. Además, la brecha entre la

percepción subjetiva y el registro objetivo del sueño puede revelar distorsiones cognitivas asociadas con el insomnio. Por esta razón, este componente integra la experiencia emocional y la evaluación cognitiva del sueño (17, 23).

B. Latencia del sueño

La latencia del sueño es el tiempo que toma a una persona pasar de completamente despierta a dormir. Un aumento en la latencia del sueño se asocia con una sobreactivación cognitiva y fisiológica. Pensamientos recurrentes, preocupación excesiva y excitación autónoma dificultan la transición al sueño. Este fenómeno es característico del insomnio psicofisiológico y los trastornos de AN. Es importante señalar que un aumento en la latencia del sueño afecta negativamente la percepción de la CS. No importa que la duración del sueño después de la latencia sea suficiente. Por ello, este componente identifica las dificultades iniciales para conciliar el sueño, y estas dificultades suelen estar vinculadas con el estrés crónico (20, 23).

C. Duración del sueño

La duración del sueño evalúa el promedio de horas de sueño por noche. Si bien no es una medida global de la CS, es un indicador de la suficiencia fisiológica del sueño. Para los adultos, el promedio recomendado es de entre siete y nueve horas de sueño. La duración del sueño también se asocia con deterioro cognitivo, funcional y emocional. Sin embargo, el tiempo de sueño considerado adecuado puede diferir entre individuos. El PSQI toma esta medida en cuenta con otros indicadores estructurales. En conclusión, la duración del sueño es necesaria, pero no una medida suficiente de sueño reparador (9,18).

D. Eficiencia habitual del sueño

La eficiencia habitual del sueño es la razón entre el tiempo total de sueño y el tiempo total pasado en la cama. Una alta eficiencia del sueño indica una mayor continuidad y poca fragmentación del sueño. En contraste, una baja eficiencia del sueño puede indicar interrupciones o dificultad para mantener el sueño. Esta medida es particularmente valiosa para la evaluación del insomnio. Los estudios clínicos muestran que el deterioro funcional durante el día se asocia con una eficiencia del sueño inferior al 85%. Asimismo, una eficiencia limitada del sueño puede contribuir a una percepción negativa de la duración y calidad del descanso. En este sentido, esta medida permite valorar la continuidad del sueño nocturno (17,20).

E. Alteraciones del sueño

Las alteraciones del sueño incluyen despertares a mitad de la noche, incomodidad física, pesadillas y factores ambientales molestos. Estas alteraciones interrumpen la arquitectura normal del sueño y reducen el período profundo de sueño reparador. La frecuencia de los despertares afecta directamente la eficiencia del sueño y cómo se sienten las personas al despertar por la mañana. En los adultos, condiciones médicas como el dolor crónico o trastornos respiratorios aumentan estas alteraciones. Las preocupaciones persistentes también pueden causar microdespertares repetidos. En conclusión, evaluar este componente puede identificar factores internos y externos que afectan la estabilidad de la estructura del sueño (13,21).

F. Uso de medicación para dormir

El uso de ayudas para dormir es un indicador indirecto de problemas continuos para iniciar o mantener el sueño. Aunque los hipnóticos pueden reducir temporalmente la latencia del sueño, el uso prolongado resulta en tolerancia y efectos adversos. Además, no siempre corrigen la arquitectura alterada subyacente. Numerosas guías clínicas recomiendan que se intenten terapias cognitivas y conductuales antes de la farmacoterapia crónica. En estudios poblacionales, el consumo frecuente de hipnóticos se asocia con una mayor prevalencia de síntomas depresivos. Así, este componente del PSQI permite evaluar la dependencia farmacológica como un signo de deterioro sostenido (20,24).

G. Disfunción diurna

La disfunción diurna estudia los efectos de los problemas de sueño nocturno en el funcionamiento diario. La somnolencia excesiva, la fatiga, la irritabilidad y los problemas de concentración son todas manifestaciones. Este componente refleja la consecuencia funcional directa de las interrupciones nocturnas. Estudios longitudinales han demostrado que la disfunción diurna media la asociación entre el mal sueño y la sintomatología ansiosa o depresiva. La disfunción diurna también impacta negativamente en la productividad laboral y el rendimiento académico. Por lo tanto, evaluar la disfunción diurna ayuda a integrar la dimensión nocturna y las

repercusiones diurnas dentro del mismo constructo clínico. En resumen, la disfunción diurna demuestra que los problemas de CS se extienden más allá de la experiencia nocturna aislada (18,23).

1.8.2. Ansiedad

La AN es una respuesta emocional compleja que ocurre cuando hay una amenaza o un posible peligro. Existen sistemas complejos cognitivos, autonómicos y conductuales para preparar a un individuo para enfrentar el peligro potencial. Hay un aumento de la vigilancia, la anticipación del posible peligro y una combinación de varios cambios físicos. Desde una perspectiva adaptativa, la AN tiene buenas funciones protectoras, y una mejor adaptación a los estímulos negativos es más protectora. Sin embargo, si la AN es tan intensa o se presenta con demasiada frecuencia, comenzará a crear un caso clínico de preocupación. Este es un tema relevante que necesita ser investigado y es una preocupación actual, particularmente por su elevada frecuencia entre la población adulta (25,26).

1.8.2.1. Conceptualización de la ansiedad

La conceptualización moderna de la AN abarca un estado emocional relacionado con el futuro, caracterizado por la anticipación de una amenaza potencial y el sentimiento de escaso dominio sobre la situación. En contraste con el miedo, que aparece como respuesta emocional ante una amenaza inminente, la AN está relacionada con posibilidades reales o percibidas. Esta distinción ha sido reconocida en la mayor parte de la literatura diagnóstica actual. Desde la perspectiva cognitiva, la AN se caracteriza por un sesgo de atención hacia estímulos negativos y una sobreestimación de lo potencialmente peligroso. Además, se relaciona con el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, produciendo cambios fisiológicos medibles. Por lo tanto, la conceptualización integra dimensiones cognitivas, emocionales y biológicas de un único fenómeno clínico (25,27).

Además, dentro de los modelos neurobiológicos, la amígdala, el hipocampo y la corteza prefrontal medial están involucrados en la detección de amenazas y en la regulación emocional. En el caso de una actividad excesiva de la amígdala o un control prefrontal insuficiente, la respuesta ansiosa puede verse aún más exacerbada. Estudios de neuroimágenes funcionales muestran que las personas con trastorno de AN

presentan un patrón de activación que es diferente del resto en presencia de estímulos ambiguos, que es como los modelos de AN actuales integran estudios conductuales y neurocientíficos para explicar la persistencia de la AN en ciertos sujetos (27,28).

1.8.2.2. Ansiedad como respuesta adaptativa

La AN cumple una función importante en determinadas circunstancias. Ayuda a anticipar un peligro potencial mediante la elaboración de planes y la permanencia en estado de alerta. Niveles moderadamente altos de AN pueden mejorar el rendimiento académico y laboral, ya que favorecen la concentración. Desde una perspectiva fisiológica, esto se relaciona con la activación controlada del sistema nervioso simpático, que optimiza la respuesta conductual. Sin embargo, esta función adaptativa depende de la proporcionalidad entre la respuesta y el estímulo. Cuando la respuesta es excesiva, puede conducir a fatiga fisiológica. La diferencia entre la AN funcional y la disfuncional está determinada por la intensidad, la duración y las repercusiones funcionales de la respuesta (25,29).

1.8.2.3. Ansiedad patológica

La AN se considera patológica cuando la respuesta emocional está fuera de proporción, o cuando persiste en ausencia de una amenaza real. Este estado se caracteriza por una preocupación excesiva, inquietud persistente y síntomas somáticos recurrentes, además de interferir significativamente con el rendimiento social y laboral. El mantenimiento de esta AN patológica suele estar vinculado a procesos conductuales de evitación y refuerzo negativo. Clínicamente, su identificación requiere una evaluación sistemática de acuerdo con los criterios diagnósticos establecidos. La evidencia indica que la AN crónica está asociada con trastornos del sueño y un mayor riesgo de DP, enfatizando su relevancia clínica integral (26,29).

Además, estudios longitudinales muestran que la AN persistente aumenta la activación del eje del estrés y promueve la desregulación emocional. Esta hiperaractivación sostenida puede contribuir al deterioro inmunológico y cardiovascular. Por lo tanto, la AN patológica afecta no solo la esfera psicológica, sino también la salud física. La detección temprana es esencial para

prevenir la cronicidad y la comorbilidad con otros trastornos afectivos. Por lo tanto, los enfoques terapéuticos deben abordar los componentes cognitivos, fisiológicos y conductuales de manera integrada (27,29).

1.8.2.4. Clasificación clínica de los trastornos de ansiedad (DSM-5 / CIE-11)

Los sistemas diagnósticos actuales como el DSM-5-TR y la CIE-11 clasifican por separado los trastornos de AN en trastorno de AN generalizada, trastorno de pánico, fobias específicas y trastorno de AN social, entre otros. Cada entidad tiene criterios específicos relacionados con la duración, la intensidad y el deterioro funcional. Esta forma de clasificación permite la estandarización de la evaluación y las posteriores intervenciones clínicas. Además, ambos sistemas reconocen la frecuente comorbilidad con la DP y los trastornos del sueño. La precisión diagnóstica es crucial para la investigación epidemiológica y el diseño de tratamientos basados en la evidencia (25,30).

1.8.2.5. Ansiedad en población adulta

En la población adulta, la AN tiene una alta prevalencia y presenta una elevada frecuencia como causa de consulta en salud mental. Factores ocupacionales, económicos y familiares actúan como estresores persistentes que aumentan la vulnerabilidad. Además, la exposición constante a la tecnología y las demandas sociales pueden promover un estado de hipervigilancia. Estudios epidemiológicos internacionales muestran que los trastornos de AN impactan significativamente en la productividad y la calidad de vida. Además, la coexistencia con trastornos del sueño intensifica la sintomatología. Por lo tanto, los estudios con sujetos adultos deben incorporar el contexto psicosocial, así como los factores biológicos asociados (26,29).

A. Manifestaciones cognitivas

La AN puede manifestarse mediante diversas alteraciones cognitivas, como el pensamiento excesivo, la rumiación y las dificultades de concentración. Estos problemas pueden surgir debido a que la persona encuentra dificultades para concentrarse en una amenaza percibida o para mantener pensamientos positivos. En los adultos, este tipo de pensamiento puede llevar a una toma inadecuada de decisiones y a un menor rendimiento laboral. Asimismo, la dificultad para controlar los pensamientos puede prolongar la vigilia y generar problemas para conciliar el sueño.

La combinación de un sueño insuficiente y niveles elevados de AN puede intensificar el impacto de estas alteraciones cognitivas. Por ello, la evaluación clínica debe considerar los patrones de pensamiento que contribuyen a la activación de la AN (27,29).

B. Manifestaciones fisiológicas

Desde un punto de vista fisiológico, la AN activa el sistema nervioso simpático. Esto causa un aumento en la frecuencia cardíaca, sudoración, tensión muscular y respiración rápida. Estos síntomas fisiológicos preparan al individuo para una respuesta fisiológica de defensa ante una amenaza. Cuando el sistema nervioso está activado durante demasiado tiempo, puede llevar a la fatiga y problemas de sueño. Cuando el sistema nervioso se activa mucho durante la noche, causa problemas para conciliar el sueño. Los síntomas fisiológicos de la AN son factores que mantienen los síntomas clínicos generales y deben ser utilizados para el diagnóstico (25,28).

C. Impacto funcional en la vida diaria

Los impactos funcionales de la AN se observan en el deterioro de las relaciones interpersonales, la reducción de la eficiencia laboral y la reducción de la calidad de vida. La evitación de situaciones temerosas limita las oportunidades sociales y profesionales. Además, la convivencia con insomnio intensifica la fatiga y disminuye la productividad. Los estudios clínicos muestran que el deterioro funcional está entre los principales criterios para establecer un diagnóstico formal. En consecuencia, la AN no debe evaluarse únicamente según el grado de intensidad del síntoma, sino en sus impactos prácticos en la vida diaria (26,29).

1.8.3. Depresión

Es difícil describir la DP, ya que afecta a las personas de diferentes maneras. En general, la DP puede describirse como un trastorno emocional que se manifiesta mediante la pérdida de interés en actividades que anteriormente se disfrutaban y que puede generar alteraciones en el pensamiento y en el funcionamiento físico. La DP también puede estar relacionada con una combinación de factores sociales, psicológicos y biológicos. Las personas con DP también tienden a presentar AN y trastornos del sueño, y la presencia de estas condiciones puede empeorar la DP. Por ello, es importante comprender la DP como un fenómeno que involucra las emociones, el pensamiento y el funcionamiento del sistema nervioso (25,31).

En la DP de adultos, las anormalidades del ciclo sueño–vigilia pueden manifestarse como hipersomnia o insomnio, dependiendo del perfil clínico. Algunos pacientes experimentan una prolongación excesiva del tiempo pasado en la cama, acompañados de baja energía. Otros experimentan despertares temprano, con dificultad para volver a dormir. Ambas manifestaciones indican una desregulación del ritmo circadiano subyacente. Además, una variación diurna en el estado de ánimo, con agravamiento por la mañana, se ha asociado con cambios en el ciclo de sueño REM. Estos cambios refuerzan la relación estructural entre el sueño y el estado depresivo. Por lo tanto, una evaluación exhaustiva de los patrones de sueño nocturno es esencial en un diagnóstico integrado.

La dimensión cognitiva de la DP también afecta la percepción del sueño. El pensamiento autocrítico y desesperanzado puede exacerbarse en el silencio nocturno. Esta activación cognitiva prolonga la latencia del sueño y la fragmentación del sueño. A diferencia de la preocupación ansiosa orientada al futuro que predomina, las rumiaciones depresivas tienden a centrarse en eventos pasados. Sin embargo, ambas interfieren con la desactivación que es necesaria para poder dormir. La falta de sueño aumenta aún más la dificultad para regular las emociones negativas. Así, se establece un circuito autosostenido entre la cognición negativa y el deterioro nocturno.

La recuperación de un episodio depresivo suele asociarse con una mejora progresiva en la CS. La normalización de la arquitectura REM y la eficiencia del sueño aumentada se asocian con una disminución de síntomas, de acuerdo con estudios clínicos. Este fenómeno refuerza la hipótesis de mecanismos compartidos. La persistencia del insomnio residual puede predecir recaídas. Esto confirma que, incluso con la remisión de síntomas depresivos, el insomnio residual debe ser tratado. Asimismo, la estabilidad de la recuperación puede ser un factor que contribuya a mantener la recuperación (9,31).

1.8.3.1. Fundamentación conceptual de la depresión

La DP es un síndrome afectivo caracterizado por alteraciones persistentes del estado de ánimo, acompañadas de alteraciones del pensamiento y el comportamiento. A diferencia de las respuestas emocionales normales a las pérdidas, la DP clínica tiene una duración mínima definida y un deterioro funcional significativo.

Desde la teoría cognitiva, la DP se relaciona con patrones cognitivos desfavorables acerca de uno mismo, el entorno y las expectativas futuras. La neurobiología ha identificado simultáneamente alteraciones en los sistemas de serotonina y dopamina. La combinación de estas teorías sugiere que la DP es un fenómeno complejo, afectado por una combinación de procesos internos y estímulos contextuales. Por lo tanto, los modelos actuales de DP incorporan aportes psicológicos y neurocientíficos (31, 32).

Asimismo, estudios recientes enfatizan el papel de procesos como la inflamación, así como las alteraciones del eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal, en los procesos fisiopatológicos de la DP. La hiperactivación crónica del sistema de estrés puede alterar la plasticidad neuronal y contribuir a síntomas persistentes. Se ha observado un volumen hipocampal reducido en pacientes con DP recurrente. Estos hallazgos apoyan la noción de que la DP no es simplemente un trastorno mental o psicológico, sino un trastorno de sistemas con correlatos biológicos identificables. Por lo tanto, los marcos conceptuales modernos reconocen la naturaleza multifactorial y dinámica de la DP (28,31).

1.8.3.2. Depresión como trastorno del estado de ánimo

Desde la clasificación psiquiátrica, la DP se sitúa bajo los trastornos afectivos, más específicamente en el trastorno depresivo mayor cuando cumple con criterios de diagnóstico definidos. Estos incluyen un estado de ánimo deprimido la mayor parte del día o una marcada pérdida de interés, acompañada de síntomas adicionales durante al menos dos semanas. La clasificación actual permite distinguir episodios únicos de episodios recurrentes completos, así como especificadores clínicos que guían el tratamiento. La inclusión de criterios temporales y funcionales ayuda a diferenciar de las respuestas adaptativas normales al estrés. Por lo tanto, la conceptualización diagnóstica estandarizada ayuda en la evaluación clínica y promueve intervenciones basadas en la evidencia (25,31).

1.8.3.3. Sintomatología afectiva, cognitiva y somática

Los síntomas de la DP abarcan los ámbitos afectivo, cognitivo y somático, los cuales interactúan entre sí. En el nivel afectivo, se presentan tristeza persistente, anhedonia y sentimientos de desesperanza. En el ámbito cognitivo, pueden aparecer problemas de concentración, autoexigencia excesiva y pensamientos negativos recurrentes. En el componente somático, pueden presentarse alteraciones del sueño, cambios en el

apetito y fatiga constante. Esta combinación de síntomas muestra que la DP trasciende el ámbito emocional aislado. Además, las alteraciones del sueño, particularmente el insomnio y la fragmentación del sueño REM, constituyen manifestaciones frecuentes. Por lo tanto, la evaluación clínica requiere un análisis integrado de estas dimensiones interrelacionadas (14,31).

Además, los síntomas en el ámbito somático pueden variar en intensidad dependiendo de la gravedad del episodio. En algunos casos, hay quejas físicas no específicas, como dolor corporal o dolor de cabeza persistente. Estas manifestaciones pueden retrasar el diagnóstico cuando no se reconocen como parte del estado depresivo. Asimismo, las alteraciones del ritmo circadiano contribuyen a las variaciones diurnas del estado de ánimo, con un empeoramiento matutino frecuente. Esta relación entre el sueño y la DP refuerza la necesidad de evaluar ambos constructos simultáneamente. Así, los síntomas deben ser evaluados dentro de un amplio contexto clínico (15,31).

1.8.3.4. Clasificación según severidad

Considerando el número de síntomas y el grado de discapacidad funcional, la DP es clasificada como leve, moderada o severa. En los casos leves, la persona mantiene la mayor parte de sus actividades diarias, aunque con menos eficiencia. En la DP moderada, el rendimiento social y laboral se ve significativamente afectado. La DP severa puede incluir síntomas psicóticos o pensamientos suicidas. Esta categorización guía las decisiones terapéuticas y el nivel de intervención necesaria. Además, la severidad a menudo se correlaciona con una mayor alteración del sueño y desregulación emocional. Por esta razón, la evaluación clínica debe tener en cuenta la intensidad y las repercusiones funcionales juntas (25,31).

1.8.3.5. Depresión en población adulta (Epidemiología en adultos, Manifestaciones clínicas, Impacto funcional)

En la población adulta, la DP muestra una alta prevalencia y se encuentra entre los factores vinculados con la reducción de pérdida de capacidad laboral. Factores como el estrés crónico, eventos vitales adversos y enfermedades médicas contribuyen a su aparición. La DP también es más difícil de tratar cuando coexiste con la

AN. Estudios epidemiológicos a nivel internacional han identificado que los adultos con problemas persistentes de sueño tienen un mayor riesgo de desarrollar episodios depresivos posteriores. Esto respalda la hipótesis bidireccional entre el sueño y el estado de ánimo. Por lo tanto, la evaluación en adultos debe incorporar el historial de sueño, los síntomas emocionales y los aspectos psicosociales para proporcionar un enfoque completo (9,31).

Además, el impacto funcional de la DP en los adultos incluye la reducción de la productividad, la afectación de los vínculos interpersonales y la reducción de la calidad de vida. La fatiga crónica y la mala concentración son un obstáculo para el funcionamiento profesional. La naturaleza insidiosa del insomnio persistente agrava aditivamente el síntoma afectivo, creando un ciclo de retroalimentación negativa. Las intervenciones tempranas orientadas a mejorar la calidad del sueño han demostrado ser efectivas en la reducción de los síntomas depresivos. Por esa razón, el análisis de la DP en la población adulta está intrínsecamente vinculado al análisis del sueño y la regulación emocional (14,31)

1.8.4. Relación entre calidad de sueño, ansiedad y depresión

La relación entre la CS, la AN y la DP ha sido destacada y descrita en muchos estudios médicos y clínicos. A partir de diferentes estudios longitudinales, la mala CS no solo es un resultado de los trastornos emocionales, sino que también es un factor independiente que predice su aparición. Esta interacción bidireccional sugiere mecanismos neurobiológicos comunes, especialmente en los mecanismos reguladores del eje del estrés y los ritmos circadianos. Asimismo, la fragmentación nocturna aumenta la reactividad emocional y disminuye la capacidad de afrontamiento. Por estas razones, el énfasis en la interacción de estas construcciones ayuda a comprender mejor su interdependencia clínica. Por lo tanto, es esencial enfoques terapéuticos integrados para prevenir la sintomatología crónica (9,14).

La interacción del sueño, la AN y la DP también puede analizarse desde la perspectiva de vulnerabilidad transdiagnóstica. Varios modelos contemporáneos argumentan que algunos mecanismos psicológicos subyacentes, como la rumiación y la hiperexcitación fisiológica, operan a través de varios trastornos emocionales. La mala CS es un amplificador de tales procesos y disminuye la capacidad de

regulación cognitiva. Además, la fatiga acumulada reduce la tolerancia al malestar e incrementa la sensibilidad al estrés. Esta combinación es un caldo de cultivo para la aparición simultánea de síntomas de AN y DP. La privación del sueño, por lo tanto, puede conceptualizarse como un factor de riesgo transversal en la psicopatología de los trastornos afectivos (9,29).

Desde una perspectiva neurobiológica, la comunicación funcional existente entre la corteza prefrontal medial y el sistema límbico es particularmente sensible a la privación del sueño. Estudios experimentales han demostrado que la fragmentación nocturna reduce la capacidad de los lóbulos frontales superiores para ejercer la inhibición emocional. El resultado es una amígdala hiperactiva ante estímulos negativos. Este fenómeno aumenta la posibilidad de interpretaciones amenazadoras y autodepreciativas. Además, el control ejecutivo disminuido dificulta el uso de estrategias de afrontamiento adaptativo. En este sentido, la calidad del sueño es estructuralmente relevante para la estabilidad emocional diaria (27,28).

Las interrupciones sostenidas del sueño también afectan los procesos de memoria emocional. Durante las fases normales de REM, las experiencias afectivas se integran adaptativamente en las redes de memoria. Sin embargo, cuando esta fase se interrumpe o se reduce, el procesamiento puede volverse disfuncional. Esto favorece la persistencia de recuerdos negativos atribuidos a la sobrecarga emocional. Tal mecanismo contribuye tanto a la AN anticipatoria como a la sintomatología depresiva. Además, la consolidación incompleta puede exacerbar la rumiación nocturna. En consecuencia, una arquitectura REM alterada es central en la relación entre el sueño y la psicopatología (14,28).

En la práctica clínica, cuando el insomnio y los trastornos afectivos coexisten, la carga es mayor y el pronóstico es peor. Los pacientes con comorbilidad tienen episodios más prolongados y son menos propensos a responder al tratamiento convencional. La fragmentación nocturna sustenta el agotamiento emocional y disminuye la adherencia al tratamiento. Además, la sensación persistente de mal sueño aumenta la desesperanza. Esta compleja interacción sugiere que actuar solo sobre los síntomas emocionales puede ser insuficiente. Por esta razón, varios enfoques recomiendan abordar simultáneamente

los patrones de sueño y la regulación emocional para lograr los mejores resultados clínicos (9,31).

Otro factor relevante es la variabilidad interindividual del cronotipo. Las personas con cronotipo vespertino tienen más probabilidades de experimentar desalineación circadiana en situaciones sociales estructuradas. Esta desincronización puede llevar a una privación crónica parcial. Los estudios han encontrado que un cronotipo tardío se asocia con una mayor prevalencia de síntomas depresivos. Además, una fase circadiana retrasada puede llevar a una mayor dificultad para quedarse dormido temprano, y, por lo tanto, a una mayor preocupación durante la noche. En consecuencia, una sincronización biológica adecuada juega un papel protector contra alteraciones emocionales persistentes (15,31).

Desde el área endocrina, el descontrol del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal es un mecanismo común que conecta la AN, la DP y la falta de sueño. El aumento prolongado de cortisol interfiere con el sueño profundo de la etapa N3. Esta reducción en el sueño profundo limita procesos restauradores esenciales. Por otra parte, el aumento del cortisol en la mañana puede aumentar la sensación de alerta ansiosa. Un patrón como este tiende a ser cíclico, y se describe como activación constante. El equilibrio del ritmo circadiano es necesario para el equilibrio emocional y fisiológico (15,29).

Con el impacto funcional de esta interacción en el desempeño diario, la combinación de fatiga, irritabilidad y falta de concentración es una reducción en la productividad del trabajo. También se deterioran las relaciones interpersonales, debido a la mayor reactividad emocional. El descanso insuficiente provoca una alta irritación ante los conflictos, reduce la empatía, y la combinación de todos esos problemas aumenta los problemas del entorno, retroalimentando la AN y la DP. Por eso, la CS afecta la vida social cotidiana, y la experiencia interna (9,26).

La evidencia longitudinal apoya la hipótesis de que el insomnio crónico precede el desarrollo de trastornos afectivos, aunque con un pequeño porcentaje de los casos. Los individuos con quejas persistentes de mala CS tienen un mayor riesgo de episodios depresivos subsecuentes. Esta relación temporal sugiere que el sueño alterado puede servir como un marcador temprano de vulnerabilidad emocional. Además, la intervención temprana en la higiene del sueño puede tener un efecto preventivo. Por lo

tanto, la identificación oportuna de las perturbaciones nocturnas se vuelve estratégicamente relevante en un contexto clínico (9,31).

1.8.4.1. Relación entre calidad de sueño y ansiedad (Modelo de hiperactivación, Activación cognitiva y dificultad para dormir, Mecanismos psicofisiológicos implicados)

La relación entre la CS y la AN puede explicarse parcialmente mediante el modelo de hiperactivación, que sostiene que la hiperactivación cognitiva y fisiológica puede dificultar el inicio del sueño. Las personas con niveles elevados de ansiedad experimentan una mayor actividad cortical nocturna, lo que prolonga la latencia y disminuye la eficiencia del sueño. Además, la rumiación nocturna puede verse exacerbada por la preocupación persistente. Esta activación cognitiva aumentada impide que el cerebro alcance la profundidad adecuada necesaria para un sueño reparador. Como consecuencia, la mala calidad del sueño puede incrementar la reactividad emocional durante el día siguiente. De esta manera, se establece un ciclo de refuerzo negativo entre la activación ansiosa y el insomnio (20,27).

Dentro de la dificultad para dormir, la activación cognitiva nocturna se convierte en un mecanismo clave. También se activan procesos fisiológicos que dificultan el desencadenamiento del sueño. Contraer la musculatura a causa de un incremento del cortisol dificulta que la persona pueda quedar dormida. La privación de sueño agudiza la respuesta ante estímulos percibidos como enemigos. Para empeorar el problema, fuertemente a la AN. Es la causa de la respuesta a la situación. Con una mala CS se produce un efecto ciclo en donde la AN se reduce, pero la calidad del sueño se mantiene (15,29).

Explorando en la mala CS, se ha evaluado la regulación alterada de la respuesta del sistema nervioso autónomo y la disminuida actividad de la capa de células nerviosas de control por delante de la amígdala. Hay una disminución en el control de la amígdala, lo que produce una disminución en el control de la amígdala. Con un sueño de calidad mala se reduce la capacidad de respuesta ante estímulos de todos los días. Se ha podido constatar mediante la técnica de neuroimagen que la amígdala es más reactiva ante fragmentos de sueño. La CS es un determinante de la estabilidad de la persona y de la AN. Resumiendo, la situación

de insomnio y la AN, han revelado que hay un punto donde el insomnio se une a la hiperactividad de la AN (27,28).

Una forma de ver la relación entre la AN y el insomnio es a través de lo que se llama vulnerabilidad cognitiva nocturna. Esto significa que hay menos estímulos por la noche. Esto permite que la mente se concentre en sus pensamientos internos. Cuando alguien tiene AN y llega a esta fase de introspección, a menudo conduce a la rumiación ya una preocupación excesiva. Preocuparse también tiende a aumentar la sensación interna de amenaza y activar el sistema nervioso simpático. Esto hace que tarde más en dormir, y hace que el sueño sea menos eficiente. Además, cuando tu cuerpo todavía está activo, puede ser difícil caer en el sueño profundo que es el más restaurador. Debido a esto, el entorno nocturno es un lugar que puede reforzar la AN, solidificando el modelo complementario de hiperactivación que se ha descrito anteriormente (20,29).

Desde el punto de vista endocrinológico, la persistente se asocia con la elevación nocturna de cortisol, la hormona AN central en la respuesta al estrés. Esta secreción alterada dificulta la consolidación del sueño profundo. Se ha investigado que los niveles altos de cortisol durante la noche se relacionan con múltiples despertares y con la sensación de no estar descansado. Por otra parte, la AN provoca múltiples despertares y la falta de sueño profundo durante las noches. Esto explica la conexión entre la AN y el insomnio crónico (15,29).

Otro de los puntos más importantes a mencionar es que se ha evidenciado que el control inhibitorio se reduce al fragmentarse el sueño. Se ha evidenciado que la privación parcial del sueño reduce la interacción neuronal entre la corteza prefrontal y la amígdala, que son áreas fundamentales en la regulación de las emociones. Esto provoca una mayor reactividad ante estímulos ambiguos. Esta hiperreactividad provoca que se interpreten los estímulos como un peligro y se generen pensamientos catastróficos. Además, esta menor capacidad de reevaluación cognitiva provoca que no se logre disminuir la preocupación durante la noche. Por lo tanto, la mala CS no solo es una consecuencia de la AN, sino que también la mantiene. Esto provoca que la relación entre la AN y el sueño sea más fuerte (27,28).

Desde una perspectiva clínica, el insomnio puede servir como un factor perpetuador del trastorno de AN generalizada. La preocupación constante interfiere con el sueño, mientras que la fatiga diurna disminuye los recursos cognitivos para hacer frente a los estresores. Esta combinación aumenta los sentimientos de impotencia y refuerza la anticipación negativa. Estudios longitudinales han demostrado que tratamientos específicos para el insomnio resultan en mejoras significativas de los síntomas de AN. Por lo tanto, mejorar la calidad del sueño, no solo alivia la fatiga, sino que también reduce la activación emocional sostenida. Resumiendo, la evidencia apoya el enfoque integrado de ambos constructos (9,20).

1.8.4.2. Relación entre calidad de sueño y depresión (Alteraciones del sueño en depresión, Cambios en arquitectura REM, Modelo bidireccional sueño–depresión)

La relación entre el sueño y la DP se considera una de las asociaciones más confiables en psicopatología. Las alteraciones del sueño, especialmente el insomnio inicial y los despertares frecuentes, se consideran un síntoma central de un episodio de DP. Sin embargo, los estudios longitudinales sugieren que el primer episodio de DP es precedido por un sueño de mala calidad. Además, se documentan cambios en el sueño REM, como la disminución de la latencia REM y el aumento de la densidad REM en pacientes deprimidos. Estos cambios sugieren disfunciones en los circuitos neurobiológicos que se presumen son compartidos. Así, la calidad del sueño es tanto un marcador temprano como un componente activo en un episodio depresivo (14,31).

En cuanto al sueño REM, se ha informado que los individuos deprimidos tienen una mayor proporción de éste en las primeras horas de la noche. Esta alteración puede estar asociada con un procesamiento emocional disfuncional. Además, la fragmentación del sueño profundo N3 disminuye los procesos restaurativos. Tales cambios conducen a una fatiga persistente ya una disminución de la energía. Desde una perspectiva neurobiológica, la modulación de la serotonina está involucrada tanto en el sueño REM como en el estado de ánimo. Por lo tanto, los cambios en la estructura del sueño reflejan los mecanismos superpuestos de la DP y la privación del sueño (10,14).

La asociación entre la DP y el sueño es bidireccional, ya que cada uno de estos factores puede contribuir al empeoramiento del otro. La privación del sueño puede intensificar los síntomas depresivos, mientras que la DP puede aumentar las dificultades para dormir, favoreciendo así la persistencia de ambos problemas. Asimismo, se ha observado que el tratamiento de la DP puede contribuir a la mejoría de sus síntomas. Por ello, resulta importante que el abordaje terapéutico considere tanto los problemas del sueño como los síntomas depresivos. De esta manera, la DP y las alteraciones del sueño pueden retroalimentarse de forma dinámica, perpetuando los síntomas (9,31).

Los ciclos alterados de sueño-vigilia constituyen un mecanismo relevante en relación con la DP. Los episodios depresivos a menudo están acompañados por una desincronización de los ritmos biológicos internos y del ciclo de luz-oscuridad. Esta desregulación afecta la producción de melatonina y la arquitectura del sueño REM. Además, las variaciones diarias en el estado de ánimo pueden estar asociadas con alteraciones en la presión homeostática del sueño. Estos cambios pueden resultar en una sensación persistente de fatiga y baja energía. La evidencia sugiere que, en algunos casos, la inestabilidad del ritmo circadiano puede contribuir al inicio de un episodio depresivo. Así, el sueño irregular no solo constituye un síntoma, sino también un posible factor predisponente (15,31).

Las alteraciones en la latencia REM son una de las observaciones más consistentes en la DP mayor, donde los pacientes deprimidos tienden a entrar más rápidamente en esta fase, lo que sugiere una alteración en la regulación de las monoaminas. Este cambio se relaciona con una disfunción en el procesamiento emocional. Por otra parte, la reducción del sueño profundo N3 limita los procesos restauradores, lo que puede contribuir a la sensación de agotamiento durante la mañana. Estas alteraciones han sido confirmadas en diversos estudios de polisomnografía, lo que refleja la relevancia de las alteraciones en la arquitectura REM en la DP (10,14).

El modelo bidireccional también indica que el insomnio crónico puede aumentar el riesgo de DP en el futuro. Las investigaciones prospectivas han demostrado que las personas que presentan una mala CS tienen una mayor probabilidad de desarrollar episodios depresivos posteriormente. Dormir mal puede dificultar la regulación de las emociones y el afrontamiento de las demandas cotidianas. Asimismo, las personas que

presentan DP tienden a experimentar más despertares y mayores dificultades para conciliar nuevamente el sueño. Esta relación contribuye a que la DP y el insomnio crónico se perpetúen mutuamente. La terapia farmacológica puede constituir una opción de tratamiento, y las personas que presentan problemas de sueño deben mantener pautas adecuadas de sueño. Asimismo, hay estudios que han demostrado que quienes están deprimidos y que presentan una buena CS tienen menos probabilidades de desarrollar episodios depresivos en el futuro. Por ello, la prevención también debe considerar los patrones del sueño (9,31).

El impacto de la anhedonia en el sueño percibido subjetivamente es otro elemento. La pérdida de interés y placer puede llevar a una evaluación negativa del sueño, incluso cuando los parámetros objetivos no han sido severamente vulnerados. La diferencia entre la medición fisiológica y la experiencia subjetiva ilustra la dimensión cognitiva del sueño en la DP. Además, los intensos pensamientos autocríticos nocturnos agravan los despertares. La rumiación depresiva funciona como la preocupación ansiosa y dificulta el sueño. Como consecuencia, la interacción entre la cognición negativa y la arquitectura del sueño alterada consolida el ciclo sueño-DP (23,31).

1.8.4.3. Regulación emocional y alteraciones del sueño

La falta de sueño afecta directamente la regulación emocional, ya que el sueño contribuye a regular las emociones y facilita una adecuada respuesta ante los estímulos. La regulación emocional y el sueño son procesos que influyen en la reactividad y la respuesta emocional. Se ha identificado que la privación del sueño puede aumentar la reactividad emocional. La falta de sueño está directamente vinculada con alteraciones del estado emocional y, debido a ello, la regulación emocional puede actuar como un mediador entre la falta de sueño y la psicopatología afectiva, en la que se encuentra la DP (15,28).

Al final, comprender la regulación emocional como eje integrador, permite explicar la concomitancia de la AN, DP y la pésima calidad del sueño. El trastorno sostenido del sueño, afecta circuitos frontolímicos que se encargan del control emocional, aumentando la rumiación y la desesperanza. Además, la activación fisiológica nocturna de forma persistente, supone un obstáculo para la recuperación psicológica. De ahí que la intervención temprana en la higiene y regularidad del sueño, pueda ser un abordaje de tipo preventivo, ante los trastornos afectivos. En lo esencial, la evidencia científica, apunta a la interdependencia que existe entre el sueño y la

estabilidad emocional. (9,27).

La regulación emocional es el mecanismo integrador que explica la convergencia entre el sueño insuficiente, la AN y la DP. Un descanso adecuado promueve el procesamiento adaptativo de las experiencias afectivas. Durante el sueño REM, ocurre la reactivación de la memoria emocional en un contexto neuroquímico que reduce la carga emocional. Cuando esta fase se fragmenta, el procesamiento permanece incompleto. Como resultado, aumenta la reactividad ante estímulos negativos. Este fenómeno ha sido documentado en estudios experimentales de privación parcial. Por lo tanto, las alteraciones del sueño afectan directamente la estabilidad emocional y la vulnerabilidad psicopatológica (28,14).

La desregulación emocional asociada a la mala CS también implica una reducción en las estrategias cognitivas adaptativas. La privación de sueño aumenta la tendencia a interpretaciones catastróficas y disminuye la capacidad de reevaluar positivamente. Este patrón se observa tanto en la AN como en la DP. Además, la fatiga persistente limita los recursos atencionales para hacer frente a las demandas cotidianas. El resultado es una mayor percepción de estrés y una menor tolerancia a la frustración. Así, las alteraciones nocturnas amplifican las dificultades emocionales preexistentes. En resumen, el deterioro de la regulación emocional actúa como un mediador central entre el sueño insuficiente y la sintomatología afectiva (27,28).

La CS puede modular diferentes trastornos emocionales. Mejorar la regularidad y la eficiencia del sueño puede ayudar a estabilizar el estado de ánimo. Las terapias cognitivo-conductuales para el insomnio han mostrado beneficios en la AN y en la DP. Esto apoya la hipótesis de que el sueño es un tema central en la salud mental. Por el motivo anterior, la combinación de la regulación del reloj biológico y el manejo emocional puede mejorar la respuesta a la terapia. La relación entre la CS y las emociones es interdependiente (9,20).

1.9. Revisión de Antecedentes Investigativos

1.9.1. Local

En el ámbito local, el estudio titulado “Inactividad física asociada a depresión y ansiedad en pacientes con enfermedades cardiovasculares que asisten a consulta externa de cardiología del Hospital III Goyeneche, febrero 2020” evaluó la relación entre sedentarismo y niveles de AN y DP en pacientes adultos atendidos en consulta externa (33). La investigación fue de tipo observacional, transversal y analítico, aplicándose instrumentos psicométricos validados para la medición de síntomas emocionales. Los resultados evidenciaron una asociación significativa entre inactividad física y mayores niveles de AN y DP, concluyéndose que los factores psicoemocionales deben ser considerados en el abordaje integral de pacientes con enfermedades crónicas en atención ambulatoria.

Asimismo, el estudio “Factores predisponentes y nivel de AN preoperatorio en pacientes de un hospital público de Arequipa, 2021” analizó la presencia de AN en pacientes adultos en contexto hospitalario (34). Se desarrolló bajo un diseño transversal, empleando instrumentos validados para la medición de AN. Los hallazgos demostraron que diversos factores sociodemográficos y clínicos influyen en los niveles de AN de los pacientes, resaltando la importancia de la evaluación psicológica dentro del entorno hospitalario. Este antecedente evidencia la relevancia de estudiar la dimensión emocional en población adulta atendida en instituciones públicas de salud en Arequipa.

1.9.2. Nacional

A nivel nacional, el estudio titulado “Presencia de ansiedad y depresión en pacientes de consulta externa de gastroenterología en Lima Metropolitana” tuvo como objetivo determinar la frecuencia de sintomatología ansiosa y depresiva en pacientes adultos atendidos en consulta externa (35). El diseño fue observacional transversal, aplicándose escalas estandarizadas para la medición de AN y DP. Los resultados demostraron una frecuencia considerable de síntomas emocionales en pacientes con patologías digestivas crónicas, evidenciando la necesidad de integrar evaluaciones de la salud mental en servicios ambulatorios especializados.

De igual manera, el estudio “Depresión y ansiedad en usuarios de un Centro de Salud del distrito de La Victoria - Chiclayo, 2022” evaluó los niveles de AN y DP en usuarios adultos atendidos en atención primaria (36). Mediante un diseño transversal correlacional y el uso de instrumentos validados, se identificó una proporción significativa de pacientes con niveles moderados y severos de sintomatología emocional. Los autores concluyen que la detección temprana en consulta externa es una acción fundamental para mejorar la calidad de atención en salud.

1.9.3. Internacional

En el ámbito internacional, Baglioni et al. (2011), en el estudio titulado “Insomnia as a predictor of depression: a meta-analytic evaluation”, analizaron si el insomnio constituye un factor predictor para el desarrollo de DP en población adulta (37). A través de un metaanálisis de estudios longitudinales, se evidenció que las personas con alteraciones persistentes del sueño presentan un riesgo significativamente mayor de desarrollar DP a diferencia con aquellas sin problemas de sueño. Los autores concluyen que la CS tiene un rol fundamental en la aparición y mantenimiento de trastornos afectivos.

Por su parte, Kaneita et al. (2006), en el estudio “The relationship between depression and sleep disturbances: a Japanese nationwide general population survey”, evaluaron la asociación entre síntomas depresivos y alteraciones del sueño en población adulta (38). Mediante un diseño transversal aplicado a una amplia muestra poblacional, se observó una vinculación significativa entre DP y problemas de sueño, especialmente insomnio y despertares frecuentes. El estudio resalta la naturaleza bidireccional de esta relación y la necesidad de su evaluación conjunta en el ámbito clínico.

1.10. Hipótesis

Dado que la CS se relaciona con el estado emocional en población adulta, es probable que exista asociación significativa entre la calidad de sueño y los niveles de ansiedad y depresión en pacientes adultos atendidos en consulta externa de Medicina Interna, Cirugía General y Ginecología y Obstetricia de un hospital público de Arequipa, 2026.

CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

2.1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

2.1.1. Técnica

La técnica de recolección de datos que se empleó en el estudio fue la encuesta, debido a que permite obtener información directa, sistemática y estandarizada de los participantes.

2.1.2. Instrumentos

2.1.2.1. Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI)

La CS se evaluará mediante el PSQI (Pittsburgh Sleep Quality Index), elaborado por Buysse et al. en 1989, con el propósito de evaluar la CS, así como sus alteraciones durante el último mes en población clínica y no clínica (39).

El PSQI tiene 19 ítems autoadministrados que generan siete componentes del sueño. Cada componente se califica de 0 a 3 puntos, obteniéndose un puntaje global que oscila entre 0 y 21 puntos, en donde valores más altos indican peor CS.

Las dimensiones evaluadas son calidad subjetiva del sueño, latencia del sueño, duración del sueño, eficiencia habitual del sueño, alteraciones del sueño, uso de medicación para dormir y disfunción diurna.

Validez y confiabilidad

El instrumento ha demostrado adecuada validez de constructo y criterio, con sensibilidad del 89,6 % y especificidad del 86,5 % para discriminar entre buenos y malos dormidores (39). La versión en español ha sido validada en población latinoamericana, demostrando valores de alfa de Cronbach entre 0,78 y 0,83 (40).

2.1.2.2. Inventario de Ansiedad de Beck (Beck Anxiety Inventory, BAI)

Para medir la AN se utilizará el Inventario de AN, desarrollado por Beck et al. en 1988 para evaluar la intensidad de los síntomas de AN durante la última semana (41).

El instrumento presenta 21 ítems con respuestas tipo Likert de cuatro opciones (0 a 3 puntos), generando un puntaje total entre 0 y 63 puntos, donde valores mayores indican mayor severidad de AN.

Validez y confiabilidad

El BAI presenta alta consistencia interna, además de una adecuada validez convergente y discriminante en población adulta (41). La versión en español ha demostrado propiedades psicométricas satisfactorias en población hispanohablante (42).

2.1.2.3. Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D)

Para la evaluación de la variable DP se empleará la CES-D, desarrollada por Radloff en 1977 con la finalidad de identificar la presencia y severidad de síntomas depresivos en población general (43).

La escala está compuesta por 20 ítems con respuestas tipo Likert de cuatro categorías que evalúan la frecuencia de síntomas durante la última semana. El puntaje total se obtiene mediante la suma de los ítems, donde valores más altos indican mayor sintomatología depresiva.

Validez y confiabilidad

La CES-D ha mostrado adecuada validez factorial y de criterio en estudios internacionales (43). La versión en español ha sido validada en población latinoamericana, mostrando valores de alfa de Cronbach entre 0,85 y 0,90 (44).

2.2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.2.1. Ámbito

Se desarrolló en el Hospital Regional Honorio Delgado, ubicado en la avenida Daniel Alcides Carrión N° 505 provincia y región Arequipa.

2.2.2. Temporalidad

Se desarrolló durante el periodo correspondiente al mes de julio de 2026.

2.3. Unidades de estudio

2.3.1. Población

La población se conformó de 7256 pacientes atendidos en los servicios de Medicina Interna, Cirugía General y Ginecología y Obstetricia en consulta externa en el mes de Julio del año 2026

2.3.2. Muestra

La determinación del tamaño muestral se realizará mediante la fórmula correspondiente al cálculo de proporciones en poblaciones finitas, considerando un 95 % como nivel de confianza, un 5 % de precisión y una proporción esperada del 50 %, valor que maximiza el tamaño muestral cuando no se dispone de estudios previos exactos en la población de referencia.

$$n = \frac{NZ^2pq}{(N-1)E^2 + Z^2pq} =$$

Donde:

N: tamaño de población (1814)

Z: nivel de confianza (1.95)

p: proporción de éxito (0.5)

q: (1-p) proporción de fracaso (0.5)

E: error de estimación (0.05)

$$n = \frac{1814(1.95)^2(0.5)(0.5)}{(1814-1)(0.05)^2 + (1.95)^2(0.5)(0.5)}$$

Considerando una población aproximada de 1814 pacientes por semana, y 7256 atenciones al mes, el tamaño mínimo de muestra estimado será de aproximadamente 315 participantes como muestra para el estudio.

2.4. Criterios de Selección

2.4.1. Criterios de Inclusión

- Pacientes de entre 18 y 65 años.
- Atención en consulta externa.
- Pacientes atendidos en los servicios de Medicina Interna, Cirugía General y Ginecología y Obstetricia.
- Pacientes atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.
- Atención durante Julio del 2026
- Capacidad para responder los cuestionarios.
- Consentimiento informado.

2.4.2. Criterios de Exclusión

- Diagnóstico psiquiátrico manifestado
- Uso actual de psicofármacos que alteren el sueño o el estado emocional, manifestado.
- Deterioro cognitivo evidente
- Paciente con dolor crónico oncológico

2.5. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

2.5.1. Organización

Primero, el proyecto se presentó al Hospital Honorio Delgado con el propósito de que este sea aprobado, se detallaron los objetivos, alcances y procedimientos metodológicos. Una vez que se contaba con la aprobación institucional, se coordinaron las respectivas

actividades con las autoridades correspondientes garantizando una adecuada comprensión y colaboración.

Además, el trabajo investigativo cumplió con los debidos principios éticos, los cuales exigen que todo estudio con personas tenga valor científico y social, esté metodológicamente bien diseñado y respete los derechos personales mediante el consentimiento informado, la protección de su salud, el bienestar, la justicia, la equidad y la minimización de riesgos. En concordancia con ello, el estudio no implicó riesgos significativos, empleó instrumentos validados y contó con un proceso de consentimiento informado que aseguró la confidencialidad de los participantes.

2.5.2. Recursos

Para llevar a cabo la investigación se emplearon los siguientes recursos

a) Recursos humanos

- Investigadores: Chaves Borda Gabriel Alonso y Alvarez Soto Ramsses Adriano
- Asesor
- Estadista

b) Recursos materiales

- Consentimiento informado
- Cuestionarios
- Materiales de oficina
- Equipos tecnológicos (laptops, tablets, USBs, etc.)

c) Recursos financieros

La investigación fue autofinanciada por los investigadores

2.6. Procesamiento y análisis de los datos

El trabajo de campo se ejecutó en los consultorios del Hospital Regional Honorio Delgado, donde abordamos a los pacientes en las áreas de consulta externa para registrar sus respuestas en tiempo real mediante celulares y tabletas a través de la plataforma Google Forms tomando en cuenta nuestros criterios de inclusión y exclusión. Al concluir la recolección, exportamos la matriz virtual a Microsoft Excel para realizar un control de calidad exhaustivo, asegurando que no existieran registros duplicados o incompletos. Tras esta depuración, trasladamos la base de datos definitiva al programa SPSS para iniciar el procesamiento estadístico de los resultados.

Para la descripción de la muestra, resumimos las variables sociodemográficas y clínicas (tales como sexo, edad, estado civil y condición de convivencia) empleando únicamente

frecuencias absolutas y porcentajes. En el caso de las variables principales del estudio, sumamos los puntajes de los formularios digitales y los agrupamos de acuerdo con los criterios específicos de cada escala, clasificando la calidad del sueño en buena o mala, y la AN y la DP según sus respectivos niveles de severidad.

En la etapa inferencial, estructuramos el análisis en tres niveles para responder minuciosamente a cada objetivo propuesto. Primero, elaboramos tablas cruzadas de contingencia y aplicamos la prueba de Chi-cuadrado de Pearson para evaluar de forma global la asociación entre la calidad del sueño, la AN y la DP. En un segundo momento, replicamos este mismo procedimiento analítico, pero estratificando los datos según el servicio médico de procedencia del paciente: Medicina Interna, Cirugía General, y Ginecología y Obstetricia. Finalmente, empleamos contrastes adicionales de Chi-cuadrado para determinar si el perfil sociodemográfico de los participantes se relacionaba de manera significativa con sus niveles de sueño, AN o DP. Para la interpretación de todas las pruebas, establecemos un nivel de confianza del 95% y fijamos el criterio de significancia estadística en un valor de $p < 0.05$.

2.7. Tipo de Investigación

Fue de enfoque cuantitativo y de tipo aplicada, debido a que empleó la medición objetiva de las variables mediante instrumentos validados (PSQI, BAI y CES-D) y buscó generar evidencia útil para comprender la asociación entre las variables estudiadas.

2.8. Nivel de Investigación

Analítico de asociación simple ya que se buscó determinar la relación entre la CS y los niveles de AN y DP mediante el análisis bivariado de las variables, sin realizar control de variables confusoras.

2.9. Diseño de Investigación

El diseño metodológico fue no experimental, de corte transversal, debido a que la recolección de los datos se efectuará en un único momento temporal, lo que permitirá analizar de manera simultánea las variables de estudio sin intervención del investigador.

2.10. Aspectos éticos del estudio

El presente estudio se desarrollará respetando los principios éticos fundamentales establecidos para la investigación en seres humanos, conforme a la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (45).

Dado que se trata de una investigación de tipo observacional, transversal y sin intervención, el estudio se clasifica como de riesgo mínimo, ya que no se realizarán procedimientos invasivos ni se modificarán las condiciones clínicas de los participantes. La recolección de información se efectuará mediante la aplicación de instrumentos psicométricos validados, lo que no implica riesgo físico para los sujetos de estudio.

Se garantizará la participación voluntaria de los pacientes, quienes serán informados previamente acerca de los objetivos del estudio, la naturaleza de su participación, la confidencialidad de los datos y su derecho a retirarse en cualquier momento sin que ello afecte la atención médica que reciben en el establecimiento de salud. Para ello, se solicitará la firma del correspondiente consentimiento informado.

La confidencialidad de la información será estrictamente resguardada. Los datos recolectados serán codificados y almacenados en bases de datos protegidas, accesibles únicamente para los investigadores responsables. No se registrará información que permita la identificación directa de los participantes, asegurando el anonimato en el análisis y la difusión de resultados.

El protocolo de investigación será sometido a evaluación y aprobación por el Comité de Ética en Investigación de la institución correspondiente antes del inicio de la recolección de datos.

CAPÍTULO III
RESULTADOS

1. Procesamiento y análisis de los datos

Una vez recopilada la información mediante los instrumentos establecidos, los datos fueron organizados y sistematizados en una base de datos utilizando Microsoft Excel. Se efectuó un análisis descriptivo de las variables calidad del sueño, AN y DP, mediante frecuencias absolutas y relativas, con la finalidad de caracterizar a los pacientes y describir el comportamiento de las variables estudiadas.

Para el análisis inferencial, se evaluó la relación entre la calidad del sueño y los niveles de AN, así como entre la calidad del sueño y los niveles de DP. Debido a que las variables fueron categorizadas y se buscó determinar la existencia de asociación entre ellas, se empleó la prueba de Chi-cuadrado de Pearson. El análisis se realizó mediante tablas de contingencia, tanto para el conjunto de pacientes como de manera estratificada según el servicio de atención. Se consideró un nivel de significancia estadística de $p<0,05$ para la interpretación de los resultados.

2. Resultados

"Asociación entre calidad del sueño, los niveles de ansiedad y depresión en pacientes adultos atendidos en consulta externa de los servicios de Medicina Interna, Cirugía General y Ginecología y Obstetricia de un hospital público de Arequipa, 2026"

Tabla 1

Distribución de datos sociodemográficos de pacientes de consulta externa del Hospital Regional III Honorio Delgado

		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Masculino	135	42.7
	Femenino	181	57.3
Edad	Hasta 25 años	52	16.5
	Entre 26 - 35 años	106	33.5
	Entre 36 - 45 años	80	25.3
	Entre 46 - 55 años	54	17.1
	Más de 56 años	24	7.6
¿Vives solo?	No	216	68.4
	Si	100	31.6
Estado Civil	Soltero	141	44.6
	Casado	131	41.5
	Viudo	12	3.8
	Divorciado	32	10.1
Servicio	Cirugía general	109	34.5
	Obstetricia	63	19.9
	Medicina interna	144	45.6

Fuente: Elaboración propia

La tabla 1 presenta la distribución de las características sociodemográficas de los 316 pacientes adultos incluidos en el estudio. Respecto al sexo, predominó el femenino, representando el 57,3% (n=181) de la muestra, mientras que el masculino correspondió al 42,7% (n=135). En cuanto a la edad, el grupo etario más frecuente fue el comprendido entre 26 y 35 años, con el 33,5% (n=106), seguido de los participantes entre 36 y 45 años, quienes representaron el 25,3% (n=80). Asimismo, el 17,1% (n=54) tenía entre 46 y 55 años, el 16,5% (n=52) hasta 25 años y el 7,6% (n=24) más de 56 años.

En relación con la convivencia, la mayoría de los pacientes manifestó no vivir solo (68,4%; n=216), mientras que el 31,6% (n=100) indicó vivir solo. Respecto al estado civil, predominó el grupo de pacientes solteros con el 44,6% (n=141), seguido de los casados con el 41,5% (n=131). En menor proporción se encontraron los divorciados, quienes representaron el 10,1% (n=32), y los viudos con el 3,8% (n=12). Finalmente, según el servicio de atención, la mayor proporción de participantes correspondió a Medicina Interna con el 45,6% (n=144), seguida de Cirugía General con el 34,5% (n=109) y Ginecología y Obstetricia con el 19,9% (n=63). En conjunto, la muestra estuvo conformada principalmente por mujeres, adultos jóvenes de 26 a 35 años, pacientes que convivían con otras personas, de estado civil soltero y atendidos en el servicio de Medicina Interna.

"Asociación entre calidad del sueño, los niveles de ansiedad y depresión en pacientes adultos atendidos en consulta externa de los servicios de Medicina Interna, Cirugía General y Ginecología y Obstetricia de un hospital público de Arequipa, 2026"

Tabla 2

Distribución de datos por variable de pacientes de consulta externa del Hospital Regional III Honorio Delgado

		Frecuencia	Porcentaje
Calidad de sueño	Buen dormidor	19	6.0
	Mal dormidor	297	94.0
Ansiedad	Leve	122	38.6
	Mínima	59	18.7
	Moderada	113	35.8
	Severa	22	7.0
Depresión	Depresión	310	98.1
	Sin depresión	6	1.9

Fuente: Elaboración propia

La tabla 2 presenta la distribución de los pacientes según las variables principales del estudio. Respecto a la CS, se observó que la gran mayoría de los participantes fueron clasificados como malos dormidores, representando el 94,0% (n=297), mientras que únicamente el 6,0% (n=19) presentó una buena CS.

En relación con los niveles de AN, predominó la AN leve, observada en el 38,6% (n=122) de los pacientes, seguida de la AN moderada con el 35,8% (n=113). Asimismo, el 18,7% (n=59) presentó AN mínima y el 7,0% (n=22) evidenció AN severa. En conjunto, el 74,4% de los participantes presentó niveles de AN entre leves y moderados. Respecto a la DP, se encontró que el 98,1% (n=310) de los pacientes presentó sintomatología depresiva, mientras que solo el 1,9% (n=6) no presentó DP. En conjunto, los resultados evidencian una elevada prevalencia de mala CS y DP en la población estudiada, acompañada de una alta frecuencia de niveles de AN, principalmente leves y moderados.

"Asociación entre calidad del sueño, los niveles de ansiedad y depresión en pacientes adultos atendidos en consulta externa de los servicios de Medicina Interna, Cirugía General y Ginecología y Obstetricia de un hospital público de Arequipa, 2026"

Tabla 3

Relación entre ansiedad y estado civil de pacientes de consulta externa del Hospital Regional III Honorio Delgado

			Ansiedad				Total	Chi-cuadrado de Pearson	Significación asintótica (bilateral)
			Leve	Mínima	Moderada	Severa			
Estado Civil	Soltero	f	66	23	48	4	141	20,396	0.016
		%	20.9%	7.3%	15.2%	1.3%	44.6%		
	Casado	f	36	31	48	16	131		
		%	11.4%	9.8%	15.2%	5.1%	41.5%		
	Viudo	f	5	1	5	1	12		
		%	1.6%	0.3%	1.6%	0.3%	3.8%		
	Divorciado	f	15	4	12	1	32		
		%	4.7%	1.3%	3.8%	0.3%	10.1%		
Total		f	122	59	113	22	316		
		%	38.6%	18.7%	35.8%	7.0%	100.0%		

Fuente: Elaboración propia

La tabla 3 presenta la relación entre el estado civil y los niveles de AN en los pacientes adultos atendidos en consulta externa de los servicios de Medicina Interna, Cirugía General y Ginecología y Obstetricia. Se observó que, entre los pacientes solteros, predominó la AN leve con el 20,9% (n=66), seguida de la AN moderada con el 15,2% (n=48). En los pacientes casados también destacó la AN moderada (15,2%; n=48), seguida de la AN leve (11,4%; n=36) y la AN mínima (9,8%; n=31), concentrándose además la mayor proporción de casos con AN severa (5,1%; n=16). En los grupos de viudos y divorciados se observó un menor número de participantes, predominando igualmente los niveles de AN leve y moderada.

El análisis mediante la prueba evidenció una asociación estadísticamente significativa entre el estado civil y los niveles de AN (χ^2 = 20,396; p = 0,016). Se observó que los participantes solteros presentaron con mayor frecuencia AN leve (20,9%), mientras que en los casados

se registró una mayor proporción de AN severa (5,1%) en comparación con los demás grupos. Por lo que se concluye que existe una asociación estadísticamente significativa entre el estado civil y los niveles de AN en la población estudiada.

"Asociación entre calidad del sueño, los niveles de ansiedad y depresión en pacientes adultos atendidos en consulta externa de los servicios de Medicina Interna, Cirugía General y Ginecología y Obstetricia de un hospital público de Arequipa, 2026"

Tabla 4

Relación entre depresión y estado civil de pacientes de consulta externa del Hospital Regional III Honorio Delgado

			Depresión		Total	Chi-cuadrado de Pearson	Significación asintótica (bilateral)
			Con depresión	Sin depresión			
Estado Civil	Soltero	f	135	6	141	7,591	0.055
		%	42.7%	1.9%	44.6%		
	Casado	f	131	0	131		
		%	41.5%	0.0%	41.5%		
	Viudo	f	12	0	12		
		%	3.8%	0.0%	3.8%		
	Divorciado	f	32	0	32		
		%	10.1%	0.0%	10.1%		
Total		f	310	6	316		
		%	98.1%	1.9%	100.0%		

Fuente: Elaboración propia

La tabla 4 presenta la distribución de la DP según el estado civil de los participantes. Se observó que la mayoría de los participantes presentó DP, independientemente de su estado civil. Del total de participantes con DP, el 42,7% (n = 135) correspondió a solteros, el 41,5% (n = 131) a casados, el 10,1% (n = 32) a divorciados y el 3,8% (n = 12) a viudos. En contraste, únicamente seis participantes no presentaron DP, todos ellos pertenecientes al grupo de solteros (1,9%).

El análisis mediante la prueba de Chi-cuadrado de Pearson no evidenció una asociación estadísticamente significativa entre el estado civil y la presencia de DP ($\chi^2 = 7,591$; $p = 0,055$). Aunque el valor de significación fue cercano al nivel de significancia establecido ($p < 0,05$), no existe evidencia suficiente para afirmar que el estado civil se encuentre asociado con la presencia de DP en la población estudiada. Este resultado debe interpretarse con cautela debido a la escasa variabilidad observada en la variable DP, ya que el 98,1% de

los participantes presentaron sintomatología depresiva y los pocos casos sin DP se concentraron únicamente en el grupo de pacientes solteros, situación que pudo limitar la capacidad de la prueba estadística para detectar una asociación significativa.

"Asociación entre calidad del sueño, los niveles de ansiedad y depresión en pacientes adultos atendidos en consulta externa de los servicios de Medicina Interna, Cirugía General y Ginecología y Obstetricia de un hospital público de Arequipa, 2026"

Tabla 5

Relación entre calidad de sueño y ansiedad en pacientes de Cirugía General de consulta externa del Hospital Regional III Honorio Delgado

			Ansiedad				Total	Chi-cuadrado de Pearson	Significación asintótica (bilateral)
			Leve	Mínima	Moderada	Severa			
Calidad de sueño	Buen dormidor	f	0	1	0	0	1	14,706	0.002
		%	0.0%	0.9%	0.0%	0.0%	0.9%		
	Mal dormidor	f	42	6	47	13	108		
		%	38.5%	5.5%	43.1%	11.9%	99.1%		
Total		f	42	7	47	13	109		
		%	38.5%	6.4%	43.1%	11.9%	100.0%		

Fuente: Elaboración propia

La tabla N. º5 muestra la relación entre la CS y los niveles de AN en los pacientes del servicio de Cirugía General. Del total de 109 participantes, el 99,1% (108) presentó mala CS y solo el 0,9% (1) reportó buena CS. En cuanto a los niveles de AN, predominó la AN moderada con 43,1% (47), seguida de la AN leve con 38,5% (42), la AN severa con 11,9% (13) y la AN mínima con 6,4% (7). Entre los pacientes con mala CS, el 43,1% presentó AN moderada, el 38,5% AN leve, el 11,9% AN severa y el 5,5% AN mínima. El único paciente con buena CS presentó AN mínima (0,9%).

Los resultados evidencian una asociación estadísticamente significativa entre la CS y los niveles de AN en los pacientes del servicio de Cirugía General ($\chi^2 = 14{,}706$; $p = 0{,}002$). Dado que el valor de significancia es inferior a 0,05, se rechaza la hipótesis nula y se acepta que existe una relación significativa entre ambas variables. En este grupo de estudio, la mala CS se observó principalmente en pacientes con niveles de AN moderada y leve, lo que sugiere que un deterioro en la calidad del sueño se asocia con una mayor presencia de síntomas de AN.

"Asociación entre calidad del sueño, los niveles de ansiedad y depresión en pacientes adultos atendidos en consulta externa de los servicios de Medicina Interna, Cirugía General y Ginecología y Obstetricia de un hospital público de Arequipa, 2026"

Tabla 6

Relación entre calidad de sueño y ansiedad en pacientes de Ginecología y Obstetricia de consulta externa del Hospital Regional III Honorio Delgado

			Ansiedad				Total	Chi-cuadrado de Pearson	Significación asintótica (bilateral)
			Leve	Mínima	Moderada	Severa			
Calidad de sueño	Buen dormidor	f	0	8	0	0	8	13,041	0.005
		%	0.0%	12.7%	0.0%	0.0%	12.7%		
	Mal dormidor	f	26	18	10	1	55		
		%	41.3%	28.6%	15.9%	1.6%	87.3%		
Total		f	26	26	10	1	63		
		%	41.3%	41.3%	15.9%	1.6%	100.0%		

Fuente: Elaboración propia

La tabla N. º6 presenta la relación entre la CS y los niveles de AN en los pacientes del servicio de Obstetricia. De los 63 participantes, el 87,3% (55) presentó mala CS, mientras que el 12,7% (8) mostró buena CS. Respecto a los niveles de AN, la AN leve y la AN mínima fueron las más frecuentes, cada una con un 41,3% (26), seguidas de la AN moderada con 15,9% (10) y la AN severa con 1,6% (1). Entre los pacientes con mala CS, el 41,3% presentó AN leve, el 28,6% AN mínima, el 15,9% AN moderada y el 1,6% AN severa. En contraste, todos los pacientes con buena CS (12,7%) presentaron AN mínima.

Los resultados evidencian una asociación estadísticamente significativa entre la CS y los niveles de AN en los pacientes del servicio de Obstetricia ($\chi^2 = 13{,}041$; $p = 0{,}005$). Debido a que el valor de significancia es menor a 0,05, se rechaza la hipótesis nula y se concluye que existe una relación significativa entre ambas variables. En este grupo, la mala CS se concentró principalmente en pacientes con AN leve y moderada, mientras que quienes presentaron buena CS manifestaron exclusivamente AN mínima. Estos resultados sugieren que una mejor calidad del sueño se relaciona con menores niveles de AN.

"Asociación entre calidad del sueño, los niveles de ansiedad y depresión en pacientes adultos atendidos en consulta externa de los servicios de Medicina Interna, Cirugía General y Ginecología y Obstetricia de un hospital público de Arequipa, 2026"

Tabla 7

Relación entre calidad de sueño y ansiedad en pacientes de Medicina Interna de consulta externa del Hospital Regional III Honorio Delgado

			Ansiedad				Total	Chi-cuadrado de Pearson	Significación asintótica (bilateral)
			Leve	Mínima	Moderada	Severa			
Calidad de sueño	Buen dormidor	f	0	10	0	0	10	48,772	0.000
		%	0.0%	6.9%	0.0%	0.0%	6.9%		
	Mal dormidor	f	54	16	56	8	134		
		%	37.5%	11.1%	38.9%	5.6%	93.1%		
Total		f	54	26	56	8	144		
		%	37.5%	18.1%	38.9%	5.6%	100.0%		

Fuente: Elaboración propia

La Tabla N.º 7 muestra la relación entre la CS y los niveles de AN en los pacientes del servicio de Medicina Interna. Del total de 144 participantes, el 93,1% (134) presentó mala CS, mientras que el 6,9% (10) reportó buena CS. En cuanto a los niveles de AN, predominó la AN moderada con 38,9% (56), seguida de la AN leve con 37,5% (54), la AN mínima con 18,1% (26) y la AN severa con 5,6% (8). Entre los pacientes con mala CS, el 38,9% presentó AN moderada, el 37,5% AN leve, el 11,1% AN mínima y el 5,6% AN severa. En contraste, todos los pacientes con buena CS (6,9%) presentaron AN mínima.

Los resultados evidencian una asociación estadísticamente significativa entre la CS y los niveles de AN en los pacientes del servicio de Medicina Interna ($\chi^2 = 48{,}772$; $p < 0{,}001$). Al ser el valor de significancia inferior a 0,05, se rechaza la hipótesis nula y se concluye que existe una relación significativa entre ambas variables. En este servicio, la mala CS se concentró principalmente en pacientes con AN moderada y leve, mientras que los pacientes con buena CS presentaron únicamente AN mínima. Estos hallazgos sugieren que una peor calidad del sueño se asocia con mayores niveles de AN.

"Asociación entre calidad del sueño, los niveles de ansiedad y depresión en pacientes adultos atendidos en consulta externa de los servicios de Medicina Interna, Cirugía General y Ginecología y Obstetricia de un hospital público de Arequipa, 2026"

Tabla 8

Relación entre Calidad de Sueño y Depresión en pacientes de Medicina Interna de consulta externa del Hospital Regional III Honorio Delgado

			Depresión		Total	Chi-cuadrado de Pearson	Significación asintótica (bilateral)
			Con depresión	Sin depresión			
Calidad de sueño	Buen dormidor	f	9	1	10	13,494	0.000
		%	6.3%	0.7%	6.9%		
	Mal dormidor	f	134	0	134		
		%	93.1%	0.0%	93.1%		
Total		f	143	1	144		
		%	99.3%	0.7%	100.0%		

Fuente: Elaboración propia

Los resultados muestran que, de un total de 144 pacientes, 143 (99,3%) presentaron DP y solo 1 (0,7%) no presentó esta condición. En relación con la calidad del sueño, 134 participantes (93,1%) fueron clasificados como malos dormidores, mientras que 10 (6,9%) fueron considerados buenos dormidores. Entre los buenos dormidores, 9 (6,3%) presentaron DP y 1 (0,7%) no presentó DP. Por su parte, la totalidad de los malos dormidores (134; 93,1%) presentó DP. Estos resultados evidencian un predominio tanto de la mala calidad del sueño como de la DP en los pacientes atendidos en el servicio de Medicina Interna.

El análisis mediante la prueba de chi-cuadrado de Pearson mostró un valor de $\chi^2 = 13,494$ con una significación asintótica bilateral de $p < 0,001$ ($p = 0,000$). Dado que el valor de p es menor que 0,05, se rechaza la hipótesis nula y se concluye que existe una asociación estadísticamente significativa entre la calidad del sueño y la presencia de DP en los pacientes del servicio de Medicina Interna. En particular, la DP fue más frecuente entre los pacientes con mala calidad del sueño, lo que sugiere que ambas variables se encuentran relacionadas en esta población de estudio. Aunque la mayoría de los participantes presentó DP, la

variabilidad observada permitió detectar una asociación significativa entre las variables evaluadas.

"Asociación entre calidad del sueño, los niveles de ansiedad y depresión en pacientes adultos atendidos en consulta externa de los servicios de Medicina Interna, Cirugía General y Ginecología y Obstetricia de un hospital público de Arequipa, 2026"

Tabla 9

Relación entre edad y nivel de Ansiedad en pacientes de Ginecología y Obstetricia de consulta externa del Hospital Regional III Honorio Delgado

			Edad					Total	Chi-cuadrado de Pearson	Significación asintótica (bilateral)
			Hasta 25 años	Entre 26 - 35 años	Entre 36 - 45 años	Entre 46 - 55 años	Más de 56 años			
Ansiedad	Leve	f	3	3	3	7	10	26	25,705[b]	0.012
		%	4.8%	4.8%	4.8%	11.1%	15.9%	41.3%		
	Mínima	f	9	8	3	6	0	26		
		%	14.3%	12.7%	4.8%	9.5%	0.0%	41.3%		
	Moderada	f	1	1	1	6	1	10		
		%	1.6%	1.6%	1.6%	9.5%	1.6%	15.9%		
	Severa	f	0	1	0	0	0	1		
		%	0.0%	1.6%	0.0%	0.0%	0.0%	1.6%		
Total		f	13	13	7	19	11	63		
		%	20.6%	20.6%	11.1%	30.2%	17.5%	100.0%		

Fuente: Elaboración propia

Los resultados muestran que, de un total de 63 pacientes, el nivel de ansiedad predominante fue el leve, con 26 participantes (41,3%), seguido de la AN mínima, también con 26 participantes (41,3%). La AN moderada se presentó en 10 pacientes (15,9%), mientras que la AN severa fue poco frecuente, registrándose en 1 paciente (1,6%). En cuanto a la distribución por grupos etarios, el mayor número de participantes correspondió al grupo de 46 a 55 años (30,2%), seguido de los grupos de hasta 25 años y 26 a 35 años, ambos con 20,6%, y del grupo de más de 65 años (17,5%). Se observa que la AN leve fue más frecuente en los pacientes mayores de 65 años (11,1%), mientras que la AN moderada predominó en el grupo de 46 a 55 años (9,5%). La AN severa solo se presentó en un paciente del grupo de 26 a 35 años (1,6%).

El análisis mediante la prueba de chi-cuadrado de Pearson evidenció un valor de $\chi^2 = 25,705$ con una significación asintótica bilateral de $p = 0,012$. Dado que el valor de p es menor que

0,05, se rechaza la hipótesis nula y se concluye que existe una asociación estadísticamente significativa entre la edad y el nivel de AN en las pacientes del servicio de Ginecología y Obstetricia. Estos resultados indican que la distribución de los niveles de AN varía según el grupo etario, lo que sugiere que la edad constituye un factor relacionado con la intensidad de la AN en la población estudiada.

"Asociación entre calidad del sueño, los niveles de ansiedad y depresión en pacientes adultos atendidos en consulta externa de los servicios de Medicina Interna, Cirugía General y Ginecología y Obstetricia de un hospital público de Arequipa, 2026"

Tabla 10

Relación entre Depresión y Estado Civil en pacientes de Cirugía General de consulta externa del Hospital Regional III Honorio Delgado

			Estado Civil				Total	Chi-cuadrado de Pearson	Significación asintótica (bilateral)
			Soltero	Casado	Viudo	Divorciado			
Depresión	Con depresión	f	39	52	2	11	104	7,741	0.052
		%	35.8%	47.7%	1.8%	10.1%	95.4%		
	Sin depresión	f	5	0	0	0	5		
		%	4.6%	0.0%	0.0%	0.0%	4.6%		
Total		f	44	52	2	11	109		
		%	40.4%	47.7%	1.8%	10.1%	100.0%		

Fuente: Elaboración propia

Los resultados muestran que, de un total de 109 pacientes, 104 (95,4%) presentaron DP y 5 (4,6%) no la presentaron. Entre los pacientes con DP, el estado civil predominante fue casado, con 52 participantes (47,7%), seguido de soltero, con 39 (35,8%), divorciado, con 11 (10,1%), y viudo, con 2 (1,8%). En contraste, los cinco pacientes que no presentaron DP correspondieron únicamente al estado civil soltero (4,6%). En términos generales, la mayor proporción de pacientes deprimidos se concentró en los estados civiles de casado y soltero.

El análisis mediante la prueba de chi-cuadrado de Pearson mostró un valor de $\chi^2 = 7,741$ con una significación asintótica bilateral de $p = 0,052$. Dado que el valor de p es mayor que 0,05, no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el estado civil y la presencia de DP en los pacientes del servicio de Cirugía General. En consecuencia, no se rechaza la hipótesis nula y se concluye que el estado civil no se relacionó significativamente con la DP en la población estudiada. Sin embargo, el valor de $p = 0,052$ se encuentra muy próximo al nivel de significancia convencional (0,05), lo que sugiere una tendencia hacia la asociación que podría confirmarse con una muestra de mayor tamaño o con una distribución más equilibrada de los grupos.

"Asociación entre calidad del sueño, los niveles de ansiedad y depresión en pacientes adultos atendidos en consulta externa de los servicios de Medicina Interna, Cirugía General y Ginecología y Obstetricia de un hospital público de Arequipa, 2026"

Tabla 11
Relación entre calidad de sueño y ansiedad de pacientes de consulta externa del Hospital Regional III Honorio Delgado

			Calidad de sueño		Total	Chi-cuadrado de Pearson	Significación asintótica (bilateral)
			Buen dormidor	Mal dormidor			
Ansiedad	Leve	f	0	122	122	88,057	0.000
		%	0.0%	38.6%	38.6%		
	Mínima	f	19	40	59		
		%	6.0%	12.7%	18.7%		
	Moderada	f	0	113	113		
		%	0.0%	35.8%	35.8%		
	Severa	f	0	22	22		
		%	0.0%	7.0%	7.0%		
Total		f	19	297	316		
		%	6.0%	94.0%	100.0%		

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N.°11 se presenta la relación entre la CS y los niveles de AN de los participantes. Se observó que la totalidad de los participantes con AN leve (38,6%; n = 122), moderada (35,8%; n = 113) y severa (7,0%; n = 22) fueron clasificados como malos dormidores. En cambio, los participantes con buena CS (6,0%; n = 19) presentaron únicamente AN mínima, mientras que entre los malos dormidores también se observó AN mínima en el 12,7% (n = 40). En conjunto, el 94,0% (n = 297) de la muestra presentó mala CS.

El análisis mediante la prueba de Chi-cuadrado de Pearson evidenció una asociación estadísticamente significativa entre la CS y los niveles de AN ($\chi^2 = 88,057$; $p < 0,001$). En consecuencia, los resultados indican que existe una asociación significativa entre ambas variables en la población estudiada. En particular, los pacientes con buena CS tendieron a presentar únicamente niveles mínimos de AN, mientras que aquellos

con mala CS concentraron principalmente niveles de AN leve y moderada, evidenciando una mayor presencia de sintomatología ansiosa en quienes reportaron alteraciones del sueño.

"Asociación entre calidad del sueño, los niveles de AN y depresión en pacientes adultos atendidos en consulta externa de los servicios de Medicina Interna, Cirugía General y Ginecología y Obstetricia de un hospital público de Arequipa, 2026"

Tabla 12
Relación entre calidad de sueño y depresión de pacientes de consulta externa del Hospital Regional III Honorio Delgado

			Calidad de sueño		Total	Chi-cuadrado de Pearson	Significación asintótica (bilateral)
			Buen dormidor	Mal dormidor			
Depresión	Con depresión	f	18	292	310	1,228	0.268
		%	5.7%	92.4%	98.1%		
	Sin depresión	f	1	5	6		
		%	0.3%	1.6%	1.9%		
Total		f	19	297	316		
		%	6.0%	94.0%	100.0%		

Fuente: Elaboración propia

La tabla 12 presenta la relación entre la CS y la presencia de DP en los pacientes adultos atendidos en consulta externa de los servicios de Medicina Interna, Cirugía General y Ginecología y Obstetricia. Se observó que, entre los participantes clasificados como buenos dormidores, el 5,7% (n=18) presentó DP y el 0,3% (n=1) no evidenció sintomatología depresiva. Asimismo, entre los pacientes con mala CS, el 92,4% (n=292) presentó DP, mientras que el 1,6% (n=5) no presentó DP. En términos generales, la mayor proporción de la muestra presentó simultáneamente mala CS y DP.

El análisis mediante la prueba de Chi-cuadrado de Pearson no evidenció una asociación estadísticamente significativa entre la CS y la DP ($\chi^2 = 1,228$; $p = 0,268$). Por lo tanto, los resultados indican que, en la población estudiada, no existe evidencia suficiente para afirmar una asociación significativa entre ambas variables. Se evidencio escasa variabilidad observada en la variable DP, ya que el 98,1% de los participantes presentó sintomatología depresiva, lo que limita la capacidad de la prueba estadística para detectar diferencias entre los grupos.

DISCUSIÓN

En la Tabla 1 se observa que la muestra estuvo conformada principalmente por mujeres, adultos de 26 a 35 años, pacientes que no vivían solos y personas de estado civil soltero. Asimismo, la mayor proporción de participantes correspondió al servicio de Medicina Interna, seguido de Cirugía General y Ginecología y Obstetricia.

La predominancia del sexo femenino y del grupo etario de 26 a 35 años debe tenerse en cuenta al interpretar los resultados relacionados con AN, DP y calidad del sueño, debido a que la distribución de estas características no fue homogénea en la muestra. Sin embargo, al tratarse de una descripción de la población estudiada, estos resultados no permiten establecer que el sexo, la edad o el servicio de atención sean responsables de las alteraciones observadas en las variables principales.

En la Tabla 2 se observó una elevada frecuencia de mala calidad del sueño, presente en el 94,0 % de los participantes, mientras que solamente el 6,0 % presentó buena calidad del sueño. Asimismo, predominaron los niveles de AN leve y moderada, que en conjunto representaron el 74,4 % de la muestra, mientras que el 98,1 % presentó sintomatología depresiva. Los hallazgos relacionados con la AN y la calidad del sueño son concordantes con lo observado por Gómez Villegas (49), quien encontró una asociación significativa entre una peor calidad del sueño y una mayor severidad de los síntomas de AN en pacientes adultos atendidos en consulta externa. En dicho estudio, el 62,07 % de los pacientes con mala CS presentó AN grave.

En la Tabla 3 se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el estado civil y los niveles de AN ($\chi^2 = 20,396$; $p = 0,016$). Los pacientes solteros presentaron principalmente AN leve, mientras que en los pacientes casados se observó una mayor proporción de AN severa. Este hallazgo es concordante con lo reportado en el estudio de Grajeda León G (54), donde se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el estado civil y la AN. En dicho estudio, las personas casadas, viudas y divorciadas presentaron una menor probabilidad de AN en comparación con las personas solteras, incluso después del ajuste por otras variables.

Si bien existe concordancia en cuanto a la asociación entre ambas variables, los resultados no presentan exactamente la misma distribución. En el estudio de referencia, el estado civil soltero

fue utilizado como categoría de comparación y se observó una menor probabilidad de AN entre las personas casadas, viudas y divorciadas, mientras que en la presente investigación se encontró una mayor proporción de AN severa entre los pacientes casados. Estas diferencias podrían estar relacionadas con las características de las poblaciones estudiadas, particularmente con la edad, el contexto clínico y la distribución de las categorías de AN.

En la Tabla 4 no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el estado civil y la presencia de DP (χ^2 = 7,591; p = 0,055). Aunque se observaron diferencias en la distribución de la DP según las categorías de estado civil, estas no alcanzaron el nivel de significancia estadística establecido en la presente investigación.

Este resultado difiere de lo reportado en un estudio de Wolniczak I (55), en el que se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el estado civil y la presencia de síntomas depresivos. En dicho estudio, la prevalencia de síntomas depresivos fue mayor entre las personas previamente casadas en comparación con las personas casadas y aquellas que nunca lo habían estado.

Estos resultados podrían estar relacionados con la diferencia entre características de las poblaciones estudiadas y con la forma de evaluación de la DP. Mientras el estudio de referencia fue realizado en una población adulta y evaluó la presencia de síntomas depresivos, Nuestra investigación se desarrolló en pacientes atendidos en consulta externa y clasificó la DP en diferentes niveles de severidad. Asimismo, en nuestra muestra se observó una marcada concentración de participantes con sintomatología depresiva, ya que el 98,1 % presentó esta condición y únicamente seis participantes no la presentaron. Esta distribución limita la variabilidad y puede dificultar la identificación de diferencias entre las categorías de estado civil.

En la Tabla 5 se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la calidad del sueño y los niveles de AN en los pacientes de Cirugía General (χ^2 = 14,706; p = 0,002). En este servicio, prácticamente todos los participantes fueron clasificados como malos dormidores, y dentro de este grupo predominaron la AN moderada y leve. El único participante con buena calidad del sueño presentó AN mínima.

Este resultado es concordante con una revisión sistemática y metaanálisis realizada por Butris. N (56) en pacientes quirúrgicos adultos, en la que se incluyeron 12 cohortes con un total de 1.497 participantes. El estudio encontró una prevalencia agrupada de alteraciones del sueño del 60 % en la evaluación preoperatoria y señaló que la AN y una puntuación elevada del

ICSP previa a la cirugía se encontraban entre los factores asociados con las alteraciones posteriores del sueño.

La concordancia resulta relevante debido a que ambos estudios consideran población vinculada a la atención quirúrgica y evalúan la relación entre alteraciones del sueño y AN. Sin embargo, debe considerarse que el metaanálisis incluyó pacientes hospitalizados que iban a ser sometidos a procedimientos quirúrgicos, mientras que la presente investigación evaluó pacientes atendidos en consulta externa de Cirugía General.

En la Tabla 6 se observó una asociación estadísticamente significativa entre la calidad del sueño y los niveles de AN en los pacientes atendidos en Ginecología y Obstetricia ($\chi^2 = 13{,}041$; $p = 0{,}005$). La mayoría de los participantes presentó mala calidad del sueño y, dentro de este grupo, fueron más frecuentes los niveles leve y mínimo de AN. En contraste, todos los participantes con buena calidad del sueño presentaron AN mínima.

Este resultado es concordante con lo reportado por Baldi E (57), en el que se observó una mayor frecuencia de síntomas de insomnio y AN en las mujeres con endometriosis en comparación con aquellas sin la enfermedad. Asimismo, los análisis multivariables mostraron una asociación significativa entre los síntomas de AN y el insomnio, así como entre la AN y la salud global del sueño.

La concordancia entre ambos estudios respalda la presencia conjunta de alteraciones del sueño y síntomas de AN en población femenina atendida o afectada por condiciones relacionadas con la salud ginecológica. No obstante, el estudio de referencia evaluó específicamente mujeres con diagnóstico de endometriosis y mujeres control, mientras que la presente investigación incluyó pacientes atendidos en consulta externa de Ginecología y Obstetricia, independientemente de una condición ginecológica específica.

En la Tabla 7 se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la calidad del sueño y los niveles de AN en los pacientes de Medicina Interna ($\chi^2 = 48{,}772$; $p < 0{,}001$). Los pacientes con mala calidad del sueño presentaron principalmente AN moderada y leve, mientras que aquellos con buena calidad del sueño presentaron únicamente AN mínima.

Este resultado es concordante con los hallazgos obtenidos en Cirugía General y Ginecología y Obstetricia, así como con el estudio de Gómez Villegas (49), en el que se encontró una asociación significativa entre peor calidad del sueño y mayor severidad de la AN.

La consistencia de los resultados entre los tres servicios constituye uno de los hallazgos más relevantes de la investigación. Además, la literatura revisada por Álvaro PK et al. (43) identificó asociaciones entre alteraciones del sueño y síntomas de AN y/o DP, destacando la posible relación bidireccional entre estas condiciones.

En la Tabla 8 se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la calidad del sueño y la presencia de DP en los pacientes de Medicina Interna ($\chi^2 = 13,494$; $p < 0,001$). La totalidad de los pacientes clasificados como malos dormidores presentó DP, mientras que entre los buenos dormidores también predominó la presencia de DP.
Este resultado coincide con lo reportado por Gómez Villegas (49), quien encontró una asociación significativa entre una peor calidad del sueño y una mayor severidad de los síntomas depresivos. En dicho estudio, el 60,81 % de los participantes con mala CS presentó DP severa. Asimismo, los antecedentes internacionales incluidos en la investigación han señalado una relación entre las alteraciones del sueño y la DP. En particular, los estudios revisados en el marco teórico plantean que las alteraciones persistentes del sueño pueden encontrarse relacionadas con la aparición y mantenimiento de síntomas depresivos.

En la Tabla 9 se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la edad y los niveles de AN en los pacientes atendidos en Ginecología y Obstetricia ($\chi^2 = 25,705$; $p = 0,012$). La distribución de los niveles de AN presentó diferencias entre los grupos etarios, observándose una mayor frecuencia de AN leve en el grupo de mayor edad representado en la tabla y una mayor proporción de AN moderada en el grupo de 46 a 55 años.
Este resultado es consistente con lo reportado por Sheoti IH et al. (53), quienes identificaron la edad como un factor asociado con la presencia de síntomas de AN en mujeres en edad reproductiva. Sin embargo, las poblaciones estudiadas son diferentes, debido a que el antecedente correspondió a población general, mientras que la presente investigación incluyó pacientes atendidos en consulta externa.

En la Tabla 10 no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el estado civil y la presencia de DP en los pacientes de Cirugía General ($\chi^2 = 7,741$; $p = 0,052$). La mayoría de los pacientes presentó DP independientemente de su estado civil, mientras que los casos sin DP correspondieron únicamente al grupo de pacientes solteros.

Este resultado difiere de lo reportado por Kebede (58), quienes estudiaron 420 pacientes quirúrgicos hospitalizados en etapa preoperatoria y encontraron una asociación significativa entre el estado civil y la DP. En dicho estudio, los pacientes viudos presentaron aproximadamente tres veces mayores probabilidades de presentar DP en comparación con los pacientes casados (AOR = 3,27; p = 0,016), mientras que los pacientes divorciados presentaron una probabilidad similarmente mayor (AOR = 3,41; p = 0,029).

La diferencia entre ambos resultados podría estar relacionada el tipo de población y el contexto de atención. Mientras el estudio de referencia evaluó pacientes quirúrgicos hospitalizados antes de una intervención, esta investigación incluyó pacientes atendidos en consulta externa de Cirugía General. También, el estudio de referencia presentó una distribución diferente de la DP, mientras que en nuestra población se observó una elevada frecuencia de sintomatología depresiva, con únicamente cinco participantes sin DP en este servicio.

La Tabla 11 constituye el análisis global de la relación entre calidad del sueño y AN. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables ($\chi^2 = 88,057$; $p < 0,001$). Todos los participantes con AN leve, moderada y severa fueron malos dormidores, mientras que los participantes con buena calidad del sueño presentaron únicamente AN mínima. Este resultado integra los hallazgos observados individualmente en Medicina Interna, Cirugía General y Ginecología y Obstetricia, donde también se encontraron asociaciones estadísticamente significativas. La concordancia entre los análisis por servicio y el análisis global fortalece la consistencia del hallazgo dentro de la población estudiada.

Los resultados también coinciden con Gómez Villegas (49), quien utilizando los mismos instrumentos encontró una asociación significativa entre peor calidad del sueño y mayor severidad de la AN. Asimismo, la revisión de Álvaro PK et al. (43) reportó que los estudios analizados mostraron asociaciones entre alteraciones del sueño y síntomas de AN y/o depresión. Cox y Olatunji (38) plantean que las alteraciones del sueño pueden relacionarse con modificaciones en los procesos de regulación emocional y con una mayor vulnerabilidad frente a las respuestas ansiosas. Estos mecanismos ofrecen una posible explicación para la asociación observada; sin embargo, debido al diseño transversal de la presente investigación, no es posible establecer cuál de las dos condiciones antecede a la otra ni afirmar una relación causal.

En la Tabla 12 no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la calidad del sueño y la presencia de depresión en el análisis global ($\chi^2 = 1,228$; $p = 0,268$). Aunque la mayor parte de los participantes con mala calidad del sueño presentó también depresión, esta distribución no fue suficiente para demostrar una asociación estadística entre ambas variables. Este resultado difiere de lo reportado por Gómez Villegas (49), quien encontró una asociación significativa entre peor calidad del sueño y mayor severidad de los síntomas depresivos. Sin embargo, en la presente investigación la variable DP presentó una distribución altamente concentrada: 310 de los 316 participantes presentaron sintomatología depresiva. Esta escasa variabilidad redujo la posibilidad de establecer diferencias entre los grupos de calidad del sueño.

La ausencia de asociación estadísticamente significativa en el análisis global tampoco contradice necesariamente la asociación encontrada en Medicina Interna. En dicho servicio sí se observó una asociación significativa entre ambas variables, mientras que en el análisis global la elevada frecuencia de DP se presentó en prácticamente toda la muestra. Por tanto, los resultados sugieren que la relación entre calidad del sueño y DP no tuvo el mismo comportamiento en todos los grupos evaluados.

CONCLUSIONES

PRIMERA. Respecto al objetivo de describir la CS, se evidenció un predominio de la mala calidad del sueño. Del total de 316 pacientes evaluados, el 94,0% (n=297) fueron clasificados como malos dormidores, mientras que solo el 6,0% (n=19) presentó una buena CS. Estos resultados evidencian una elevada frecuencia de alteraciones en la calidad del sueño en la población estudiada.

SEGUNDA. Respecto al objetivo de describir los niveles de AN, se evidenció un predominio de los niveles leve y moderado de AN. El 38,6% (n=122) presentó AN leve, el 35,8% (n=113) AN moderada, el 18,7% (n=59) AN mínima y el 7,0% (n=22) AN severa. En conjunto, el 74,4% de los pacientes presentó niveles de AN entre leves y moderados, evidenciando una elevada frecuencia de sintomatología ansiosa en la población estudiada.

TERCERA. Respecto al objetivo de describir los niveles de DP, se evidenció una elevada frecuencia de síntomas depresivos. El 98,1% (n=310) de los pacientes presentó sintomatología depresiva, mientras que el 1,9% (n=6) no la presentó.

CUARTA. Respecto al objetivo de evaluar la relación entre la CS y la AN, se evidenció una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables en los tres servicios evaluados: Medicina Interna ($p < 0,001$), Cirugía General ($p = 0,002$) y Ginecología y Obstetricia ($p = 0,005$). En Medicina Interna, entre los malos dormidores predominaron la AN moderada (38,9%) y leve (37,5%); en Cirugía General predominaron la AN moderada (43,1%) y leve (38,5%); mientras que en Ginecología y Obstetricia predominó la AN leve (41,3%) y mínima (28,6%). En contraste, los pacientes con buena CS presentaron principalmente AN mínima.

QUINTA. Respecto al objetivo de evaluar la relación entre la CS y la DP, se evidenciaron resultados heterogéneos según el servicio evaluado. En Medicina Interna se encontró una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables ($p < 0,001$), observándose que el 93,1% de los pacientes correspondió a malos dormidores con síntomas depresivos. En el análisis global de los tres servicios no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la calidad del sueño y la DP ($p = 0,268$), pese a que el 92,4% de la muestra correspondió a pacientes con mala CS y DP.

RECOMENDACIONES

PRIMERA. Se recomienda al Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa implementar estrategias de identificación y orientación sobre la calidad del sueño en los pacientes adultos atendidos en consulta externa de Medicina Interna, Cirugía General y Ginecología y Obstetricia, incluyendo educación sobre higiene del sueño y promoción de hábitos saludables de descanso.

SEGUNDA. Se recomienda al Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa fortalecer el tamizaje de los niveles de AN en los pacientes adultos atendidos en consulta externa de Medicina Interna, Cirugía General y Ginecología y Obstetricia, mediante una evaluación inicial que permita identificar oportunamente a los pacientes con niveles de AN que requieran valoración profesional.

TERCERA. Se recomienda al Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa fortalecer la identificación de síntomas depresivos en los pacientes adultos atendidos en consulta externa de Medicina Interna, Cirugía General y Ginecología y Obstetricia, estableciendo mecanismos de evaluación y derivación oportuna a los servicios de Psicología o Psiquiatría cuando corresponda.

CUARTA. Se recomienda al Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa considerar la evaluación conjunta de la calidad del sueño y los niveles de AN durante la atención de los pacientes adultos en consulta externa de Medicina Interna, Cirugía General y Ginecología y Obstetricia, debido a la asociación significativa encontrada entre ambas variables, con el propósito de favorecer la identificación oportuna de pacientes que presenten alteraciones en ambas.

QUINTA. Se recomienda al Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa mantener la evaluación de la calidad del sueño y los síntomas depresivos en los pacientes adultos atendidos en consulta externa, especialmente en Medicina Interna, donde se encontró una asociación significativa entre ambas variables. Asimismo, se recomienda realizar futuras investigaciones con seguimiento longitudinal que permitan evaluar la evolución temporal de la calidad del sueño y los síntomas depresivos y profundizar en su relación.

Referencias bibliográficas

1. Walker MP. Why we sleep: unlocking the power of sleep and dreams. New York: Scribner; 2017. Disponible en: https://books.google.com/books/about/Why_We_Sleep.html?id=ZlU3DwAAQBAJ
2. Carskadon MA, Dement WC. Normal human sleep: an overview. En: Kryger MH, Roth T, Dement WC, editores. Principles and practice of sleep medicine. 6a ed. Philadelphia: Elsevier; 2017. p. 15-22. Disponible en: https://doi.org/10.1016/B978-0-323-24288-2.00002-7
3. Brown RE, Basheer R, McKenna JT, Strecker RE, McCarley RW. Control of sleep and wakefulness. Physiol Rev. 2012;92(3):1087-135. Disponible en: https://doi.org/10.1152/physrev.00032.2011
4. Saper CB, Fuller PM, Pedersen NP, Lu J, Scammell TE. Sleep state switching. Neuron. 2010;68(6):1023-42. Disponible en: https://www.cell.com/neuron/fulltext/S0896-6273(10)00974-8
5. Durmer JS, Dinges DF. Neurocognitive consequences of sleep deprivation. Seminars in Neurology. 2005;25(1):117-129. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15798944/
6. Peever J, Fuller PM. The biology of REM sleep. Curr Biol. 2017;27(22):R1237-48. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.cub.2017.10.026
7. Rasch B, Born J. About sleep's role in memory. Physiol Rev. 2013;93(2):681-766. Disponible en: https://doi.org/10.1152/physrev.00032.2012
8. Kryger MH, Roth T, Dement WC. Principles and practice of sleep medicine. 6a ed. Philadelphia: Elsevier; 2017. Disponible en: https://www.us.elsevierhealth.com/principles-and-practice-of-sleep-medicine-9780323242882.html
9. Mander BA, Winer JR, Walker MP. Sleep and human aging. Neuron. 2017;94(1):19-36. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.neuron.2017.02.004
10. Buysse DJ. Sleep health: can we define it? Sleep. 2014;37(1):9-17. Disponible en: https://doi.org/10.5665/sleep.3298
11. Grandner MA. Sleep, health, and society. Sleep Med Clin.

2017;12(1):1-22. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2016.10.012

12. Berry RB, Brooks R, Gamaldo CE, Harding SM, Lloyd RM, Quan SF, et al. The AASM manual for the scoring of sleep and associated events: rules, terminology and technical specifications. Version 2.5. Darien, IL: American Academy of Sleep Medicine; 2018. Disponible en: https://aasm.org/clinical-resources/scoring-manual/
13. Mollayeva T, Thurairajah P, Burton K, Mollayeva S, Shapiro CM, Colantonio A. The Pittsburgh Sleep Quality Index: systematic review of the literature and criteria for evaluation. Sleep Med Rev. 2016;25:83-104. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1087079215000210
14. Ohayon MM, Wickwire EM, Hirshkowitz M, Albert SM, Avidan A, Daly FJ, et al. National Sleep Foundation's sleep quality recommendations: first report. Sleep Health. 2017;3(1):6-19. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.sleh.2016.11.006
15. Hirshkowitz M, Whiton K, Albert SM, Alessi C, Bruni O, DonCarlos L, et al. National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary. Sleep Health. 2015;1(1):40-3. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.sleh.2015.10.004
16. Riemann D, Krone LB, Wulff K, Nissen C. Sleep, insomnia and depression. Neuropsychopharmacology. 2020;45(1):74-89. Disponible en: nature.com
17. Baglioni C, Bschor T, Bjorvatn B, Chung KF, Espie CA, Riemann D, et al. Insomnia—A risk factor for mental disorders: A systematic review and meta-analysis replication. J Sleep Res. 2023;32(5):e13853. Disponible en: doi.org
18. Medic G, Wille M, Hemels MEH. Short- and long-term health consequences of sleep disruption. Nat Sci Sleep. 2017;9:151-161. Disponible en: dovepress.com
19. Sateia MJ. International Classification of Sleep Disorders-Third Edition: highlights and modifications. Chest. 2014;146(5):1387-1394. Disponible en: doi.org
20. Borbély AA, Daan S, Wirz-Justice A, Deboer T. The two-process model of sleep regulation: a reappraisal. J Sleep Res. 2016;25(2):131-143. Disponible en: doi.org
21. Léger D, Bayon V. Societal costs of insomnia. Sleep Med Rev. 2017;31:25-33. Disponible en: doi.org
22. Espie CA. "Stepped care": a scalable approach to population-based delivery

of Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia (CBT-I). Sleep. 2009;32(12):1549-1558. Disponible en: doi.org

23. Bandelow B, Michaelis S, Wedekind D. Treatment of anxiety disorders. Dialogues Clin Neurosci. 2017;19(2):93-107. Disponible en: tandfonline.com
24. Stein MB, Sareen J. Generalized Anxiety Disorder. N Engl J Med. 2015;373(21):2059-2068. Disponible en: doi.org
25. Craske MG, Stein MB. Anxiety. Lancet. 2016;388(10063):3048-3059. Disponible en: doi.org
26. Stahl SM. Stahl's essential psychopharmacology: neuroscientific basis and practical applications. 5a ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2021. Disponible en: cambridge.org
27. Barlow DH, editor. Clinical handbook of psychological disorders: a step-by-step treatment manual. 6a ed. New York: Guilford Press; 2021. Disponible en: guilford.com
28. Hofmann SG, Asnaani A, Hinton DE. Cultural aspects in social anxiety and social anxiety disorder. Depression and Anxiety. 2010;27(12):1117-1127. Disponible en: doi.org
29. Organización Mundial de la Salud. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades (CIE-10): Trastornos Mentales y del Comportamiento. Ginebra: OMS; 1992. Disponible en: who.int
30. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR). Washington, DC: APA Publishing; 2022. Disponible en: appi.org
31. Baxter AJ, Scott KM, Ferrari AJ, Vos T, John Rush A, Whiteford HA. Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression. Depress Anxiety. 2013;30(6):511-524. Disponible en: doi.org
32. Organización Panamericana de la Salud. Entender la salud mental en la Región de las Américas. Washington, DC: OPS; 2023. Disponible en: paho.org
33. Ministerio de Salud del Perú. Lineamientos para la acción en salud mental. Lima: MINSA; 2004. Disponible en: www.gob.pe
34. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". Boletín epidemiológico institucional. Lima: INSM; 2025. Disponible en: www.gob.pe
35. Malhi GS, Mann JJ. Depression. Lancet. 2018;392(10161):2299-2312.

Disponible en: thelancet.com

36. Otte C, Gold SM, Penninx BW, Pariante CM, Tremblay A, Schatzberg AF, et al. Major depressive disorder. Nat Rev Dis Primers. 2016; 2:16065. Disponible en: doi.org
37. Freeman D, Sheaves B, Waite F, Harvey AG, Harrison PJ. Sleep disturbance and psychiatric disorders. Lancet Psychiatry. 2020;7(7):628-637. Disponible en: ox.ac.uk
38. Cox RC, Olatunji BO. Sleep in the anxiety-related disorders: A meta-analysis of subjective and objective research. Sleep Med Rev. 2020; 51:101282. Disponible en: doi.org
39. Goldstein AN, Walker MP. The role of sleep-in emotional brain function. Annu Rev Clin Psychol. 2014; 10:679-708. Disponible en: doi.org
40. Kalmbach DA, Cuamatzi-Castelan AS, Tonnu CV, Tran KM, Anderson JR, Roth T, et al. Hyperarousal and sleep reactivity in insomnia. Current Sleep Medicine Reports. 2018;4(3):193-200. Disponible en: dovepress.com
41. Palagini L, Miniati M, Cipollone G, Moretto U, Riemann D, Marazziti D. Chronobiological dis-rhythmicity is related to emotion dysregulation and suicidality in depressive bipolar II disorder with mixed features. Psychiatry Res. 2018; 271:272-278. Disponible en: doi.org
42. Ben Simon E, Rossi A, Harvey AG, Walker MP. Overanxious and underslept. Nat Hum Behav. 2020;4(1):100-110. Disponible en: nature.com
43. Alvaro PK, Roberts RM, Harris JK. A systematic review assessing the potential bidirectional relationships between sleep disturbances, anxiety, and depression. Sleep. 2013;36(7):1059-1068. Disponible en: researchgate.net
44. Cheng M, Lei X, Zhu C, Hou Y, Lu M, Wang X, et al. The association between poor sleep quality and anxiety and depression symptoms in Chinese patients with coronary heart disease. Psychol Health Med. 2022;27(6):1347–1356. Disponible en: doi.org
45. He Y, Sun L-Y, Peng K-W, Luo M-J, Deng L, Tang T, et al. Sleep quality, anxiety and depression in advanced lung cancer: patients and caregivers. BMJ Support Palliat Care. 2022;12(e2):e194–200. Disponible en: doi.org
46. Czech OJ, Matkowski R, Skórniak J, Malicka I. Psychological and physical well-being in women diagnosed with breast cancer: A comprehensive study of anxiety, depression, sleep quality, physical activity, and sociodemographic factors. Med Sci

Monit. 2024;30:e943490. Disponible en: doi.org

47. Ojeda P, Kleidy M. Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión asociada a la calidad de sueño en médicos residentes del Hospital III Goyeneche, Arequipa 2018 (tesis de segunda especialidad). Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2018. Disponible en: ucsm.edu.pe
48. Polanco Alarcón JR. Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, Hospital Goyeneche, Arequipa (tesis de grado). Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín; 2013. Disponible en: unsa.edu.pe
49. Gómez Villegas FJ. Ansiedad y depresión en relación a la calidad de sueño en adultos, Arequipa 2014 (tesis de grado). Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín; 2015. Disponible en: unsa.edu.pe
50. Suquilanda Torres KR. Asociación entre calidad del sueño, síntomas de ansiedad y síntomas de depresión en estudiantes de medicina humana (tesis de grado). Lima: Universidad de San Martín de Porres; 2021.
51. Grajeda Rojas KP, Cari Avalos LX. Relación de la ansiedad y depresión con la calidad de sueño en estudiantes de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco, 2022 (tesis de grado). Cusco: Universidad Andina del Cusco; 2023. Disponible en: https://hdl.handle.net/20.500.12557/5382
52. Nieto Rivera MC. Nivel de ansiedad y depresión del paciente que acude al tratamiento de hemodiálisis en un centro de diálisis privado Lima - Perú 2017 (tesis de grado). Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017. Disponible en: https://hdl.handle.net/20.500.12672/7116
53. Sheoti IH, Shezuti SS, Alam MZ. Factors associated with anxiety and depression among reproductive-aged women in Bangladesh: Insights from the 2022 DHS. medRxiv (Preprint). 2024. Disponible en: doi.org
54. Grajeda-León G, Azurin-Gonzales V, Mamani-Condori Z, Ñaña-Cordova AM, Bustamante-Ordoñez MA, Neyra-Cordova F, et al. Factors Associated With Anxiety Symptoms in Older Adults Attending an Outpatient Geriatric Service: A Cross-Sectional Study. Aging Med (Milton). 2025;8(2):99-106. Disponible en: https://doi.org/10.1002/agm2.70018 (Nota: Se restauraron los autores iniciales obligatorios).
55. Wolniczak I, Cáceres-DelAguila JA, Maguiña JL, Bernabe-Ortiz A. Fruits and vegetables consumption and depressive symptoms: A population-based study in Peru. PLoS One. 2017;12(10):e0186379. Disponible en: doi.org

56. Butris N, Tang E, Pivetta B, He D, Saripella A, Yan E, et al. Prevalence and risk factors of sleep disturbances in surgical patients: a systematic review and meta-analysis. Sleep Med Rev. 2023; 69:101786. Disponible en: doi.org
57. Baldi E, Meneo D, Cerolini S, Gelfo F, Baglioni C. Sleep health and psychological well-being in adult women: A specific focus on endometriosis-A survey study. J Clin Med. 2025;14(6):2103. Disponible en: doi.org
58. Kebede YN, Denu ZA, Aytolign HA, Mersha AT. Magnitude and factors associated with preoperative depression among patients undergoing elective surgery at University of Gondar Comprehensive Specialized Comprehensive Hospital, Northwest Ethiopia: A cross-sectional study. Ann Med Surg (Lond). 2022; 75:103341. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.amsu.2022.103341

ANEXOS

ANEXO 1: FICHA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted está siendo invitado(a) a participar en un estudio de investigación de carácter académico titulado "_____", desarrollado por _____, perteneciente a _____, quien puede ser contactado(a) a través del correo electrónico: Antes de decidir su participación, es importante que lea detenidamente la información que se presenta a continuación. Si tiene alguna duda, podrá formularla libremente y recibir la aclaración correspondiente. El propósito de la presente investigación es _____ _____. Este estudio tiene fines exclusivamente académicos y científicos. Si usted acepta participar, se le solicitará responder a los cuestionarios _____ y _____. La duración aproximada de su participación será de _____minutos. La participación en este estudio no implica riesgos físicos. No obstante, podría generar alguna incomodidad leve de tipo emocional o reflexivo. En caso de que esto ocurra, usted tiene el derecho de suspender su participación en cualquier momento, sin necesidad de justificar su decisión y sin que ello le ocasione perjuicio alguno. No existen beneficios económicos directos por su participación; sin embargo, los resultados de este estudio contribuirán al desarrollo del conocimiento científico y académico en el área de investigación correspondiente. La información que usted proporcione será tratada de manera confidencial y anónima. No se registrarán datos personales que permitan su identificación. Los datos obtenidos serán utilizados únicamente con fines académicos y científicos, y los resultados serán presentados de forma global, sin identificación individual de los participantes.

Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Usted puede negarse a participar o retirarse en cualquier momento, sin que esto implique ningún tipo de sanción o consecuencia negativa. Habiendo leído y comprendido la información anterior, y habiendo tenido la oportunidad de realizar las preguntas necesarias, declaro que acepto participar de manera voluntaria en esta investigación.

Nombre del participante: _____

Firma del participante: _____

Fecha: ___/ ___/ _____

ANEXO 2: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS GENERALES

La presente ficha permitirá registrar los datos sociodemográficos de los participantes incluidos en el estudio.

Edad: _____ años

Sexo:

☐ Masculino

☐ Femenino

Estado civil:

☐ Soltero(a)

☐ Casado(a)

☐ Viudo(a)

☐ Divorciado(a)

¿Vive solo(a)?

☐ Sí

☐ No

Servicio:

☐ Medicina Interna

☐ Cirugía General

☐ Ginecología y Obstetricia

Especialidad:

☐ Médica ☐ Quirúrgica

ANEXO 3: ÍNDICE DE CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURGH (PSQI)

Las siguientes preguntas hacen referencia a la manera en que ha dormido durante el último mes. Intente responder de la manera más exacta posible lo ocurrido durante la mayor parte de los días y noches del último mes. Por favor conteste TODAS las preguntas.

1. Durante el último mes, ¿cuál ha sido, usualmente, su hora de acostarse?

   _____

2. Durante el último mes, ¿cuánto tiempo ha tardado en dormirse en las noches del último mes? **(Apunte el tiempo en minutos)** _____
3. Durante el último mes, ¿a qué hora se ha estado levantando por la mañana?

   _____

4. ¿Cuántas horas calcula que habrá dormido verdaderamente cada noche durante el último mes? (el tiempo puede ser diferente al que permanezca en la cama) **(Apunte las horas que cree haber dormido)** _____

Para cada una de las siguientes preguntas, elija la respuesta que más se ajuste a su caso. Por favor, conteste TODAS las preguntas.

5. Durante el último mes, ¿cuántas veces ha tenido problemas para dormir a causa de:

a) *No poder conciliar el sueño en la primera ½ hora:*

( ) Ninguna vez en el último mes
( ) Menos de una vez a la semana
( ) Una o dos veces a la semana
( ) Tres o más veces a la semana

b) *Despertarse durante la noche o de madrugada:*

( ) Ninguna vez en el último mes
( ) Menos de una vez a la semana
( ) Una o dos veces a la semana
( ) Tres o más veces a la semana

c) *Tener que levantarse para ir al sanitario:*

( ) Ninguna vez en el último mes
( ) Menos de una vez a la semana
( ) Una o dos veces a la semana
( ) Tres o más veces a la semana

d) *No poder respirar bien:*

( ) Ninguna vez en el último mes
( ) Menos de una vez a la semana
( ) Una o dos veces a la semana

( ) Tres o más veces a la semana

e) *Toser o roncar ruidosamente:*

( ) Ninguna vez en el último mes
( ) Menos de una vez a la semana
( ) Una o dos veces a la semana
( ) Tres o más veces a la semana

f) *Sentir frío:*

( ) Ninguna vez en el último mes
( ) Menos de una vez a la semana
( ) Una o dos veces a la semana
( ) Tres o más veces a la semana

g) *Sentir demasiado calor:*

( ) Ninguna vez en el último mes
( ) Menos de una vez a la semana
( ) Una o dos veces a la semana
( ) Tres o más veces a la semana

h) *Tener pesadillas o "malos sueños":*

( ) Ninguna vez en el último mes
( ) Menos de una vez a la semana
( ) Una o dos veces a la semana
( ) Tres o más veces a la semana

i) *Sufrir dolores:*

( ) Ninguna vez en el último mes
( ) Menos de una vez a la semana
( ) Una o dos veces a la semana
( ) Tres o más veces a la semana

j) *Otras razones (por favor descríbalas a continuación):*

_____

( ) Ninguna vez en el último mes
( ) Menos de una vez a la semana
( ) Una o dos veces a la semana
( ) Tres o más veces a la semana

6. Durante el último mes ¿cómo valoraría, en conjunto, la calidad de su dormir?

( ) Bastante buena
( ) Buena
( ) Mala
( ) Bastante mala

7. Durante el último mes, ¿cuántas veces habrá tomado medicinas (por su cuenta o recetadas por el médico) para dormir?

( ) Ninguna vez en el último mes
( ) Menos de una vez a la semana
( ) Una o dos veces a la semana
( ) Tres o más veces a la semana

8. Durante el último mes, ¿cuántas veces ha sentido somnolencia mientras conducía, comía o desarrollaba alguna otra actividad?

( ) Ninguna vez en el último mes
( ) Menos de una vez a la semana
( ) Una o dos veces a la semana
( ) Tres o más veces a la semana

9. Durante el último mes, ¿ha representado para usted mucho problema el "tener ánimos" para realizar alguna de las actividades detalladas en la pregunta anterior?

( ) Ningún problema
( ) Un problema muy ligero
( ) Algo de problema
( ) Un gran problema

Componente 1: Calidad de sueño subjetiva

Examine la pregunta 6, y asigne el valor correspondiente

Respuesta	*Valor*
Bastante buena	0
Buena	1
Mala	2
Bastante mala	3

Calificación del componente 1: _____

Componente 2: Latencia de sueño

1. Examine la pregunta 2, y asigne el valor corresp.

Respuesta	*Valor*
≤15 minutos	0
16-30 minutos	1
31-60 minutos	2
>60 minutos	3

2. Examine la pregunta 5a, y asigne el valor corresp.

Respuesta	*Valor*
Ninguna vez en el último mes	0
Menos de una vez a la semana	1
Una o dos veces a la semana	2
Tres o más veces a la semana	3

3. Sume los valores de las preg. 2 y 5a

4. Al valor obtenido asigne el valor correspondiente

Suma de 2 y 5a	*Valor*
0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

Calificación del componente 2: _____

Componente 3: Duración del dormir

Examine la pregunta 4 y asigne el valor correspondiente

Respuesta	*Valor*
>7 horas	0
6-7 horas	1
5-6 horas	2
<5 horas	3

Calificación del componente 3: _____

Componente 4: Eficiencia de sueño habitual

1. Calcule el número de horas que se pasó en la cama, en base a las respuestas de las preguntas 3 (hora de levantarse) y pregunta 1 (hora de acostarse) _____

2. Calcule la eficiencia de sueño (ES) con la siguiente fórmula:

[Núm. horas de sueño (pregunta 4)÷Núm. horas pasadas en la cama]×100=ES (%)

3. A la ES obtenida asigne el valor correspondiente

Respuesta	*Valor*
> 85%	0
75-84%	1
65-74%	2
<65%	3

Calificación del componente 4: _____

Componente 5: Alteraciones del sueño

1. Examine las preguntas 5b a 5j y asigne a cada una el valor correspondiente

Respuesta	*Valor*
Ninguna vez en el último mes	0
Menos de una vez a la semana	1
Una o dos veces a la semana	2
Tres o más veces a la semana	3

2. Sume las calificaciones de las preguntas 5b a 5j

3. A la suma total, asigne el valor correspondiente

Suma de 5b a 5j	*Valor*
0	0
1-9	1
10-18	2
19-27	3

Calificación del componente 5: _____

Componente 6: Uso de medicamentos para dormir

Examine la pregunta 7 y asigne el valor correspondiente

Respuesta	*Valor*

Ninguna vez en el último mes	0
Menos de una vez a la semana	1
Una o dos veces a la semana	2
Tres o más veces a la semana	3

Calificación del componente 6: _____

Componente 7: Disfunción diurna

1. Examine la pregunta 8 y asigne el valor correspondiente

Respuesta	Valor
Ninguna vez en el último mes	0
Menos de una vez a la semana	1
Una o dos veces a la semana	2
Tres o más veces a la semana	3

2. Examine la pregunta 9 y asigne el valor correspondiente

Respuesta	*Valor*
Ningún problema	0
Problema muy ligero	1
Algo de problema	2
Un gran problema	3

3. Sume los valores de la pregunta 8 y 9

4. A la suma total, asigne el valor correspondiente:

Suma de 8 y 9	*Valor*
0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

Calificación del componente 7: _____

Calificación global del ICSP

(Sume las calificaciones de los 7 componentes)

Calificación global: _____

≤ 5: Normal

> 5: Patológico (somnolencia excesiva)

ANEXO 4: INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)

Inventario de ansiedad de Beck

Señale en que medida se encuentra afectado, o se ha visto afectado en la última semana por los siguientes sintomas según el siguiente criterio (marque una sola casilla para cada item):

0. En absoluto
1. Levemente, no me molestó mucho
2. Moderadamente, fue muy desagradable pero podia soportarlo
3. Severamente, casi no podía soportarlo

		0	1	2	3
1	Hormigueo o entumecimiento				
2	Sensación de calor				
3	Temblor en las piernas				
4	Incapacidad para relajarse				
5	Miedo a que suceda lo peor				
6	Mareos				
7	Palpitaciones o taquicardia				
8	Sensación de inestabilidad o inseguridad física				
9	Terrores				
10	Nerviosismo				
11	Sensación de ahogo				
12	Temblor de manos				
13	Temblores generalizados o estremecimiento				
14	Miedo a perder el control				
15	Dificultad para respirar				
16	Miedo a morirse				
17	Sobresaltos				
18	Molestias digestivas o abdominales				
19	Palidez				
20	Rubor facial				
21	Sudoración (no debida al calor)				

ANEXO 5: ESCALA DE DEPRESIÓN DEL CENTRO DE ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS (CES-D)

	En la semana pasada				*Últimas dos semanas*
Durante cuántos días…	*Escasamente (0 a 1 día)*	*Algo (1 a 2 días)*	*Ocasionalmente (3 a 4 días)*	*La mayoría (5 a 7 días)*	*Casi diario (10 a 14 días)*
1. Tenía poco apetito	0	1	2	3	4
2. No podía quitarme la tristeza	0	1	2	3	4
3. Tenía dificultad para mantener mi mente en lo que estaba haciendo	0	1	2	3	4
4. Me sentía deprimido(a)	0	1	2	3	4
5. Dormía sin descansar	0	1	2	3	4
6. Me sentía triste	0	1	2	3	4
7. No podía seguir adelante	0	1	2	3	4
8. Nada me hacía feliz	0	1	2	3	4
9. Sentía que era una mala persona	0	1	2	3	4
10. Había perdido interés en mis actividades diartas	0	1	2	3	4
11. Dormía más de lo habitual	0	1	2	3	4
12. Sentía que me movía muy lenro	0	1	2	3	4
13. Me sentía agitado(a)	0	1	2	3	4
14. Sentía deseos de estar muerto(a)	0	1	2	3	4
15. Querta hacerme daño	0	1	2	3	4
16. Me sentía cansado(a) todo el tiempo	0	1	2	3	4
17. Entaba a digussto conmigo interio(a)	0	1	2	3	4
18. Perdí peso sin intentario	0	1	2	3	4
19. Me costaba mucho trabajo dormir	0	1	2	3	4
20. Era dificil concentramse en las casas importantes	0	1	2	3	4
21. Me molesté per cosas que usualmente no me molestan	0	1	2	3	4
22. Sentía que era tan beeno(a) como cera gente	0	1	2	3	4
23. Sentí que todo lo que hacia era con esfuerzo	0	1	2	3	4
24. Me sentía esperanzado(a) hacia el futuro	0	1	2	3	4
25. Pensé que mi vida ha rido un fracaso	0	1	2	3	4
26. Me sentía temeroso(a)	0	1	2	3	4
27. Me sentía feliz	0	1	2	3	4
28. Hablé mence de lo usual	0	1	2	3	4
29. Me sentía solo(a)	0	1	2	3	4
30. Las personas eran poco amigables	0	1	2	3	4
31. Distruté de la vida	0	1	2	3	4
32. Tenía ataques de llanto	0	1	2	3	4
33. Me diverti mucho	0	1	2	3	4
34. Sentía que iba a darme por vencido(a)	0	1	2	3	4
35. Sentía que le desagradaba a la gente	0	1	2	3	4

ANEXO 6: CRONOGRAMA

Etapas de la tesis	MES 1				MES 2				MES 3				MES 4			
	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
Definición de tema	x															
Búsqueda de antecedentes		x														
Planteamiento del problema			x													
Marco de referencia				x	x											
Planteamiento operacional					x											
Presentación de plan de tesis						x										
Aplicación de herramientas							x	x	x							
Recolección de información										x	x					
Procesamiento de información											x					
Conclusiones y recomendaciones												x	x			
Presentación de borrador de tesis													x	x		
Levantamientos de observaciones															x	
Sustentación																x

Inicio de recolección de datos: 20 de Julio

Finalización de recolección de datos: 31 de Julio

ANEXO 7: DICTAMEN DE COMITE DE ETICA

Universidad Católica de Santa María

Sentimiento Santamariano

Comité Institucional de Ética de la Investigación

Campus Central
Urb. San José s/n Umacollo
Arequipa – Perú
(+54) — 382038

UCSM.EDU.PE

Investigador/a/es/as
Gabriel Alonso Chavez Borda
Ramsses Adriano Alvarez Soto

Arequipa, 26 de agosto de 2026

De mi especial consideración.

Me dirijo a usted/es para hacerle/s llegar el resultado de la evaluación de su proyecto de investigación y dictamen del Comité Institucional de Ética de Investigación.

TÍTULO: "Asociación entre calidad del sueño, los niveles de ansiedad y depresión en pacientes adultos atendidos en consulta externa de los servicios de Medicina Interna, Cirugía General y Ginecología y Obstetricia de un hospital público de Arequipa, 2026".

INVESTIGADOR/A/ES/AS: Gabriel Alonso Chavez Borda y Ramsses Adriano Alvarez Soto.

TIPO Y DISEÑO: Cuantitativo, aplicada, no experimental, de corte transversal.

OBJETIVO: La investigación tiene como objetivo: Determinar la asociación entre la calidad de sueño, los niveles de ansiedad y depresión en pacientes adultos atendidos en consulta externa de los servicios de Medicina Interna, Cirugía General y Ginecología y Obstetricia de un hospital público de Arequipa durante el mes de Julio del año 2026.

PROCEDIMIENTOS: Aplicación de cuestionarios.

SUJETOS DE ESTUDIO: Pacientes atendidos en los servicios de Medicina Interna, Cirugía General y Ginecología y Obstetricia en consulta externa en el mes de Julio del año 2026, en el Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa.

RIESGO DEL ESTUDIO: Mínimo.

OBSERVACIONES, SUGERENCIAS: Debe proteger confidencialidad de la data sensible.

DICTAMEN:

DICTAMEN FAVORABLE 482-2026 CIEI-UCSM

VIGENCIA: La aprobación tiene vigencia desde la emisión del presente dictamen hasta el 26 de agosto de 2027.

Agueda Muñoz Del Carpio Toia
Comité Institucional de Ética de la Investigación UCSM

Arequipa, 26 de agosto de 2026

ANEXO 8: MATRIX DE SISMATIZACIÓN DE DATOS

Leyenda de interpretación

Vive solo?	Si	1
	No	0
Estado Civil	Soltero	1
	Casado	2
	Viudo	3
	Divorciado	4
Servicio	Cirugía General	1
	Ginecología y Obstetricia	2
	Medicina Interna	3
Sexo	Masculino	1
	Femenino	2

	SOCIODEMOGRÁFICO					Calidad de sueño		Ansiedad		Depresión	
N°	Edad	Vives solo?	Estado Civil	Servicio	Sexo	Puntaje	Calidad de sueño	Puntaje	Ansiedad	Puntaje	Depresión
1	26	0	1	3	2	7	Mal dormidor	10	Leve	36	Depresión severa
2	30	0	1	3	2	7	Mal dormidor	3	Mínima	17	Depresión leve
3	41	1	2	1	2	14	Mal dormidor	22	Moderada	44	Depresión severa
4	26	0	2	1	2	14	Mal dormidor	9	Leve	29	Depresión severa
5	26	0	4	3	2	15	Mal dormidor	18	Moderada	38	Depresión severa
6	30	1	1	1	2	19	Mal dormidor	23	Moderada	66	Depresión severa
7	41	0	1	2	2	11	Mal dormidor	11	Leve	49	Depresión severa
8	26	0	2	3	2	10	Mal dormidor	20	Moderada	48	Depresión severa
9	30	1	2	3	2	17	Mal dormidor	37	Severa	67	Depresión severa
10	26	0	4	3	2	11	Mal dormidor	20	Moderada	61	Depresión severa
11	30	0	1	1	1	8	Mal dormidor	16	Moderada	37	Depresión severa
12	41	1	1	3	1	14	Mal dormidor	14	Leve	41	Depresión severa
13	26	0	2	2	1	15	Mal dormidor	4	Mínima	18	Depresión leve
14	42	0	2	3	1	11	Mal dormidor	6	Mínima	24	Depresión moderada
15	26	1	4	3	1	10	Mal dormidor	14	Leve	48	Depresión severa
16	30	0	1	1	1	15	Mal dormidor	20	Moderada	42	Depresión severa
17	41	0	1	3	1	10	Mal dormidor	9	Leve	33	Depresión severa
18	39	1	2	2	1	14	Mal dormidor	37	Severa	57	Depresión severa
19	18	0	2	1	2	5	Buen dormidor	6	Mínima	28	Depresión severa
20	23	0	4	3	1	11	Mal dormidor	19	Moderada	42	Depresión severa
21	25	1	1	1	1	13	Mal dormidor	24	Moderada	56	Depresión severa
22	43	0	1	3	2	7	Mal dormidor	17	Moderada	48	Depresión severa
23	19	0	2	3	2	7	Mal dormidor	22	Moderada	26	Depresión severa
24	18	1	2	1	2	13	Mal dormidor	19	Moderada	45	Depresión severa
25	32	0	4	3	2	9	Mal dormidor	8	Leve	19	Depresión leve
26	52	0	1	1	2	9	Mal dormidor	10	Leve	27	Depresión severa
27	53	1	2	3	1	12	Mal dormidor	10	Leve	31	Depresión severa
28	40	0	3	3	1	11	Mal dormidor	19	Moderada	36	Depresión severa
29	42	0	1	1	2	15	Mal dormidor	13	Leve	40	Depresión severa
30	33	1	2	3	2	13	Mal dormidor	23	Moderada	46	Depresión severa
31	45	0	3	2	2	8	Mal dormidor	4	Mínima	22	Depresión moderada
32	33	0	1	3	2	10	Mal dormidor	12	Leve	29	Depresión severa
33	42	1	2	2	2	13	Mal dormidor	19	Moderada	26	Depresión severa
34	65	0	3	3	2	10	Mal dormidor	8	Leve	25	Depresión moderada
35	23	0	1	3	1	10	Mal dormidor	21	Moderada	29	Depresión severa
36	32	1	2	1	2	12	Mal dormidor	8	Leve	29	Depresión severa
37	40	0	3	3	1	9	Mal dormidor	8	Leve	19	Depresión leve
38	42	0	1	1	2	7	Mal dormidor	5	Mínima	8	Sin depresión
39	18	1	2	1	2	6	Mal dormidor	30	Severa	49	Depresión severa
40	32	0	3	2	2	14	Mal dormidor	11	Leve	45	Depresión severa
41	57	0	2	3	1	14	Mal dormidor	29	Severa	47	Depresión severa
42	48	0	2	1	2	13	Mal dormidor	27	Severa	43	Depresión severa
43	41	1	1	1	1	9	Mal dormidor	19	Moderada	45	Depresión severa
44	30	0	1	1	2	17	Mal dormidor	14	Leve	29	Depresión severa
45	40	0	2	3	2	15	Mal dormidor	34	Severa	60	Depresión severa
46	25	1	1	3	1	13	Mal dormidor	19	Moderada	41	Depresión severa

47	38	0	1	1	2	15	Mal dormidor	14	Leve	37	Depresión severa
48	30	0	2	3	1	13	Mal dormidor	7	Mínima	38	Depresión severa
49	22	0	1	2	2	10	Mal dormidor	9	Leve	44	Depresión severa
50	60	0	3	3	2	13	Mal dormidor	26	Severa	45	Depresión severa
51	31	0	1	2	2	11	Mal dormidor	10	Leve	22	Depresión moderada
52	55	0	4	3	2	17	Mal dormidor	20	Moderada	63	Depresión severa
53	51	0	2	3	2	9	Mal dormidor	20	Moderada	34	Depresión severa
54	28	0	1	2	2	11	Mal dormidor	10	Leve	22	Depresión moderada
55	35	1	1	3	1	12	Mal dormidor	14	Leve	38	Depresión severa
56	45	0	1	1	2	15	Mal dormidor	17	Moderada	54	Depresión severa
57	25	0	1	2	2	10	Mal dormidor	14	Leve	35	Depresión severa
58	64	0	2	3	1	12	Mal dormidor	5	Mínima	24	Depresión moderada
59	59	0	1	3	2	9	Mal dormidor	13	Leve	28	Depresión severa
60	50	0	2	1	1	10	Mal dormidor	13	Leve	34	Depresión severa
61	40	1	1	3	2	14	Mal dormidor	23	Moderada	38	Depresión severa
62	35	1	1	3	1	11	Mal dormidor	18	Moderada	47	Depresión severa
63	26	1	1	2	2	13	Mal dormidor	16	Moderada	39	Depresión severa
64	50	1	1	3	2	17	Mal dormidor	21	Moderada	39	Depresión severa
65	40	0	2	3	2	9	Mal dormidor	10	Leve	32	Depresión severa
66	58	0	1	2	2	13	Mal dormidor	14	Leve	31	Depresión severa
67	50	0	1	1	2	18	Mal dormidor	27	Severa	68	Depresión severa
68	60	1	4	3	1	14	Mal dormidor	10	Leve	48	Depresión severa
69	22	0	1	3	1	11	Mal dormidor	6	Mínima	18	Depresión leve
70	19	0	1	2	2	7	Mal dormidor	4	Mínima	24	Depresión moderada
71	20	0	1	3	1	9	Mal dormidor	11	Leve	23	Depresión moderada
72	55	0	2	3	2	13	Mal dormidor	33	Severa	43	Depresión severa
73	58	0	2	3	2	9	Mal dormidor	5	Mínima	29	Depresión severa
74	30	1	1	3	2	8	Mal dormidor	20	Moderada	23	Depresión moderada
75	25	0	1	3	1	10	Mal dormidor	14	Leve	33	Depresión severa
76	25	0	1	3	2	10	Mal dormidor	11	Leve	36	Depresión severa
77	30	1	1	3	1	11	Mal dormidor	19	Moderada	48	Depresión severa
78	28	1	1	1	1	13	Mal dormidor	10	Leve	41	Depresión severa
79	30	0	2	1	1	8	Mal dormidor	11	Leve	26	Depresión severa
80	33	0	2	1	2	7	Mal dormidor	9	Leve	20	Depresión leve
81	31	1	1	3	1	12	Mal dormidor	14	Leve	48	Depresión severa
82	45	0	4	2	2	12	Mal dormidor	14	Leve	39	Depresión severa
83	35	0	2	3	1	12	Mal dormidor	17	Moderada	32	Depresión severa
84	40	0	2	3	1	12	Mal dormidor	21	Moderada	46	Depresión severa
85	60	0	3	3	1	12	Mal dormidor	17	Moderada	52	Depresión severa
86	63	0	4	3	1	13	Mal dormidor	26	Severa	47	Depresión severa
87	19	0	1	3	1	13	Mal dormidor	18	Moderada	37	Depresión severa
88	37	1	1	3	1	10	Mal dormidor	17	Moderada	34	Depresión severa
89	36	1	1	3	1	14	Mal dormidor	10	Leve	33	Depresión severa
90	36	1	4	3	1	9	Mal dormidor	13	Leve	35	Depresión severa
91	34	0	2	3	1	13	Mal dormidor	11	Leve	23	Depresión moderada
92	38	0	2	3	1	12	Mal dormidor	15	Leve	27	Depresión severa
93	39	1	1	3	2	9	Mal dormidor	13	Leve	42	Depresión severa

94	25	0	1	3	2	7	Mal dormidor	16	Moderada	36	Depresión severa
95	26	0	1	3	2	12	Mal dormidor	15	Leve	33	Depresión severa
96	31	1	1	3	1	5	Buen dormidor	1	Mínima	17	Depresión leve
97	26	0	1	3	1	5	Buen dormidor	1	Mínima	17	Depresión leve
98	26	0	1	3	2	6	Mal dormidor	1	Mínima	18	Depresión leve
99	28	0	1	3	2	5	Buen dormidor	1	Mínima	17	Depresión leve
100	24	0	1	3	2	5	Buen dormidor	1	Mínima	18	Depresión leve
101	24	1	1	3	1	5	Buen dormidor	1	Mínima	14	Sin depresión
102	34	0	2	3	2	5	Buen dormidor	1	Mínima	17	Depresión leve
103	35	0	2	3	1	5	Buen dormidor	1	Mínima	17	Depresión leve
104	42	0	2	3	2	5	Buen dormidor	1	Mínima	17	Depresión leve
105	43	1	4	3	1	5	Buen dormidor	1	Mínima	17	Depresión leve
106	52	0	2	3	1	8	Mal dormidor	7	Mínima	29	Depresión severa
107	53	0	2	3	2	8	Mal dormidor	7	Mínima	29	Depresión severa
108	24	0	1	3	2	8	Mal dormidor	7	Mínima	31	Depresión severa
109	28	0	1	3	2	9	Mal dormidor	8	Leve	32	Depresión severa
110	18	0	1	3	1	8	Mal dormidor	8	Leve	28	Depresión severa
111	34	1	1	3	1	10	Mal dormidor	10	Leve	24	Depresión moderada
112	35	0	2	3	2	13	Mal dormidor	15	Leve	36	Depresión severa
113	24	0	1	3	2	12	Mal dormidor	17	Moderada	34	Depresión severa
114	20	0	1	3	2	12	Mal dormidor	9	Leve	24	Depresión moderada
115	23	0	1	3	2	13	Mal dormidor	9	Leve	27	Depresión severa
116	50	0	2	3	2	8	Mal dormidor	9	Leve	18	Depresión leve
117	30	1	1	3	1	9	Mal dormidor	8	Leve	18	Depresión leve
118	26	0	1	3	1	13	Mal dormidor	13	Leve	38	Depresión severa
119	48	0	2	3	2	12	Mal dormidor	13	Leve	33	Depresión severa
120	45	1	4	1	1	15	Mal dormidor	11	Leve	36	Depresión severa
121	20	0	1	3	2	12	Mal dormidor	14	Leve	26	Depresión severa
122	23	1	1	3	1	12	Mal dormidor	9	Leve	22	Depresión moderada
123	46	0	2	3	2	11	Mal dormidor	11	Leve	17	Depresión leve
124	54	0	2	3	1	10	Mal dormidor	15	Leve	16	Depresión leve
125	54	1	4	3	1	12	Mal dormidor	11	Leve	42	Depresión severa
126	41	1	4	3	1	13	Mal dormidor	14	Leve	35	Depresión severa
127	24	1	1	3	2	8	Mal dormidor	7	Mínima	29	Depresión severa
128	25	1	1	3	1	9	Mal dormidor	7	Mínima	29	Depresión severa
129	18	1	1	3	1	8	Mal dormidor	7	Mínima	29	Depresión severa
130	47	0	2	3	2	8	Mal dormidor	7	Mínima	29	Depresión severa
131	43	0	2	3	1	8	Mal dormidor	8	Leve	31	Depresión severa
132	44	0	2	3	2	9	Mal dormidor	7	Mínima	29	Depresión severa
133	27	0	2	3	2	15	Mal dormidor	24	Moderada	55	Depresión severa
134	28	1	1	3	1	15	Mal dormidor	24	Moderada	55	Depresión severa
135	31	0	1	3	2	15	Mal dormidor	24	Moderada	55	Depresión severa
136	23	0	1	3	1	15	Mal dormidor	24	Moderada	55	Depresión severa
137	33	0	1	3	2	15	Mal dormidor	24	Moderada	55	Depresión severa
138	26	0	2	3	2	15	Mal dormidor	24	Moderada	55	Depresión severa
139	19	0	1	3	1	15	Mal dormidor	24	Moderada	55	Depresión severa
140	24	0	1	3	2	15	Mal dormidor	21	Moderada	55	Depresión severa
141	32	0	2	3	1	16	Mal dormidor	24	Moderada	55	Depresión severa

142	24	0	2	3	2	15	Mal dormidor	24	Moderada	55	Depresión severa
143	53	0	2	1	2	15	Mal dormidor	24	Moderada	55	Depresión severa
144	55	0	2	1	2	15	Mal dormidor	24	Moderada	55	Depresión severa
145	56	0	2	1	2	15	Mal dormidor	24	Moderada	55	Depresión severa
146	26	0	2	1	1	15	Mal dormidor	24	Moderada	55	Depresión severa
147	56	0	2	1	2	15	Mal dormidor	22	Moderada	55	Depresión severa
148	57	0	2	1	2	15	Mal dormidor	22	Moderada	56	Depresión severa
149	57	0	2	1	2	15	Mal dormidor	22	Moderada	55	Depresión severa
150	58	0	2	1	1	15	Mal dormidor	24	Moderada	55	Depresión severa
151	59	0	2	1	2	15	Mal dormidor	22	Moderada	55	Depresión severa
152	60	0	2	1	2	15	Mal dormidor	22	Moderada	56	Depresión severa
153	45	0	2	3	2	12	Mal dormidor	12	Leve	21	Depresión moderada
154	55	1	1	3	1	13	Mal dormidor	10	Leve	25	Depresión moderada
155	30	0	1	1	2	8	Mal dormidor	10	Leve	14	Sin depresión
156	27	1	1	1	2	12	Mal dormidor	13	Leve	31	Depresión severa
157	61	0	2	1	1	15	Mal dormidor	24	Moderada	55	Depresión severa
158	52	0	2	1	1	15	Mal dormidor	24	Moderada	55	Depresión severa
159	56	0	2	1	2	15	Mal dormidor	22	Moderada	55	Depresión severa
160	46	0	2	1	2	15	Mal dormidor	24	Moderada	55	Depresión severa
161	45	0	2	1	1	15	Mal dormidor	22	Moderada	55	Depresión severa
162	53	0	2	1	2	19	Mal dormidor	37	Severa	88	Depresión severa
163	54	0	2	1	2	19	Mal dormidor	37	Severa	88	Depresión severa
164	60	1	3	1	2	12	Mal dormidor	16	Moderada	39	Depresión severa
165	54	0	2	1	2	19	Mal dormidor	37	Severa	88	Depresión severa
166	55	0	2	1	1	19	Mal dormidor	37	Severa	88	Depresión severa
167	56	0	2	1	1	19	Mal dormidor	37	Severa	88	Depresión severa
168	52	0	2	1	2	20	Mal dormidor	37	Severa	88	Depresión severa
169	52	0	2	1	2	19	Mal dormidor	37	Severa	88	Depresión severa
170	51	0	2	1	2	20	Mal dormidor	37	Severa	89	Depresión severa
171	41	0	1	1	1	19	Mal dormidor	37	Severa	88	Depresión severa
172	48	0	2	1	1	20	Mal dormidor	37	Severa	88	Depresión severa
173	49	0	2	1	1	9	Mal dormidor	7	Mínima	28	Depresión severa
174	32	0	1	1	1	8	Mal dormidor	7	Mínima	29	Depresión severa
175	32	1	1	1	2	8	Mal dormidor	7	Mínima	29	Depresión severa
176	36	1	1	1	1	8	Mal dormidor	7	Mínima	29	Depresión severa
177	32	0	1	3	1	8	Mal dormidor	7	Mínima	29	Depresión severa
178	34	0	2	1	1	10	Mal dormidor	8	Leve	24	Depresión moderada
179	43	0	2	1	1	12	Mal dormidor	9	Leve	26	Depresión severa
180	52	0	2	2	2	8	Mal dormidor	7	Mínima	29	Depresión severa
181	47	0	2	2	2	9	Mal dormidor	7	Mínima	29	Depresión severa
182	45	0	2	2	2	8	Mal dormidor	7	Mínima	29	Depresión severa
183	44	0	2	2	2	8	Mal dormidor	7	Mínima	29	Depresión severa
184	56	0	2	2	2	8	Mal dormidor	7	Mínima	29	Depresión severa
185	49	0	2	2	2	8	Mal dormidor	7	Mínima	29	Depresión severa
186	37	0	2	2	2	8	Mal dormidor	7	Mínima	29	Depresión severa
187	38	0	4	2	2	8	Mal dormidor	7	Mínima	29	Depresión severa
188	46	0	2	2	2	8	Mal dormidor	7	Mínima	29	Depresión severa
189	50	0	2	2	2	8	Mal dormidor	7	Mínima	29	Depresión severa

190	25	0	1	2	2	7	Mal dormidor	1	Mínima	17	Depresión leve
191	26	1	1	3	1	5	Buen dormidor	1	Mínima	17	Depresión leve
192	24	1	1	2	2	5	Buen dormidor	1	Mínima	17	Depresión leve
193	27	1	1	2	2	5	Buen dormidor	1	Mínima	17	Depresión leve
194	22	1	1	2	2	5	Buen dormidor	1	Mínima	17	Depresión leve
195	25	0	2	2	2	5	Buen dormidor	1	Mínima	17	Depresión leve
196	27	0	2	2	2	5	Buen dormidor	1	Mínima	17	Depresión leve
197	26	0	2	2	2	5	Buen dormidor	1	Mínima	17	Depresión leve
198	30	0	2	2	2	9	Mal dormidor	1	Mínima	17	Depresión leve
199	29	0	2	2	2	5	Buen dormidor	1	Mínima	17	Depresión leve
200	50	0	2	2	2	11	Mal dormidor	18	Moderada	26	Depresión severa
201	25	0	1	2	2	11	Mal dormidor	8	Leve	33	Depresión severa
202	26	1	1	2	2	13	Mal dormidor	11	Leve	37	Depresión severa
203	28	0	2	2	2	8	Mal dormidor	7	Mínima	21	Depresión moderada
204	30	1	2	2	2	13	Mal dormidor	9	Leve	49	Depresión severa
205	40	0	1	2	2	17	Mal dormidor	8	Leve	41	Depresión severa
206	29	0	2	2	2	14	Mal dormidor	12	Leve	17	Depresión leve
207	34	0	2	2	2	12	Mal dormidor	12	Leve	23	Depresión moderada
208	30	0	2	2	2	12	Mal dormidor	13	Leve	28	Depresión severa
209	33	0	1	2	2	13	Mal dormidor	12	Leve	34	Depresión severa
210	39	0	2	2	2	12	Mal dormidor	12	Leve	36	Depresión severa
211	28	0	2	2	2	13	Mal dormidor	7	Mínima	36	Depresión severa
212	28	1	1	1	1	13	Mal dormidor	10	Leve	27	Depresión severa
213	44	1	4	2	2	16	Mal dormidor	16	Moderada	50	Depresión severa
214	51	1	1	1	1	9	Mal dormidor	8	Leve	14	Sin depresión
215	27	1	1	1	1	12	Mal dormidor	15	Leve	33	Depresión severa
216	27	1	1	1	1	13	Mal dormidor	17	Moderada	30	Depresión severa
217	27	0	2	1	1	9	Mal dormidor	12	Leve	23	Depresión moderada
218	19	0	1	3	2	11	Mal dormidor	11	Leve	24	Depresión moderada
219	20	0	1	1	1	12	Mal dormidor	10	Leve	33	Depresión severa
220	21	0	1	2	2	13	Mal dormidor	14	Leve	21	Depresión moderada
221	22	0	1	3	1	12	Mal dormidor	14	Leve	27	Depresión severa
222	23	0	1	3	1	12	Mal dormidor	12	Leve	29	Depresión severa
223	24	1	1	3	1	12	Mal dormidor	19	Moderada	26	Depresión severa
224	26	0	1	1	2	10	Mal dormidor	8	Leve	28	Depresión severa
225	27	1	1	1	2	9	Mal dormidor	16	Moderada	20	Depresión leve
226	28	1	1	1	1	12	Mal dormidor	8	Leve	26	Depresión severa
227	30	1	1	1	2	9	Mal dormidor	15	Leve	19	Depresión leve
228	31	1	1	2	2	13	Mal dormidor	12	Leve	28	Depresión severa
229	36	1	4	1	1	12	Mal dormidor	15	Leve	35	Depresión severa
230	37	1	1	1	1	13	Mal dormidor	14	Leve	32	Depresión severa
231	44	1	1	1	1	10	Mal dormidor	9	Leve	10	Sin depresión
232	35	0	2	1	2	10	Mal dormidor	15	Leve	32	Depresión severa
233	37	0	2	2	2	14	Mal dormidor	13	Leve	40	Depresión severa
234	38	0	2	2	2	13	Mal dormidor	18	Moderada	37	Depresión severa
235	55	0	4	3	1	13	Mal dormidor	16	Moderada	37	Depresión severa
236	33	1	1	1	1	13	Mal dormidor	9	Leve	18	Depresión leve
237	34	1	1	1	1	12	Mal dormidor	16	Moderada	40	Depresión severa

238	35	1	4	1	1	11	Mal dormidor	16	Moderada	30	Depresión severa
239	36	1	4	1	1	13	Mal dormidor	11	Leve	50	Depresión severa
240	38	1	4	1	1	13	Mal dormidor	11	Leve	33	Depresión severa
241	30	0	2	1	2	14	Mal dormidor	16	Moderada	18	Depresión leve
242	32	0	2	2	2	14	Mal dormidor	21	Moderada	29	Depresión severa
243	40	0	1	1	2	12	Mal dormidor	17	Moderada	25	Depresión moderada
244	42	1	1	1	1	14	Mal dormidor	20	Moderada	23	Depresión moderada
245	42	0	2	1	2	11	Mal dormidor	12	Leve	33	Depresión severa
246	45	1	4	1	2	14	Mal dormidor	15	Leve	26	Depresión severa
247	35	0	1	3	1	14	Mal dormidor	27	Severa	73	Depresión severa
248	35	0	2	2	2	13	Mal dormidor	10	Leve	24	Depresión moderada
249	47	1	1	3	2	15	Mal dormidor	20	Moderada	36	Depresión severa
250	42	1	1	1	2	13	Mal dormidor	13	Leve	20	Depresión leve
251	43	0	2	1	1	12	Mal dormidor	18	Moderada	24	Depresión moderada
252	42	1	1	1	2	10	Mal dormidor	12	Leve	18	Depresión leve
253	42	1	3	1	1	16	Mal dormidor	25	Moderada	58	Depresión severa
254	21	0	1	1	1	13	Mal dormidor	16	Moderada	25	Depresión moderada
255	33	1	4	1	2	13	Mal dormidor	14	Leve	26	Depresión severa
256	46	0	2	1	1	11	Mal dormidor	13	Leve	25	Depresión moderada
257	50	0	2	1	2	12	Mal dormidor	19	Moderada	31	Depresión severa
258	40	0	2	1	1	12	Mal dormidor	17	Moderada	31	Depresión severa
259	46	1	4	1	1	11	Mal dormidor	20	Moderada	27	Depresión severa
260	47	0	2	1	2	13	Mal dormidor	14	Leve	22	Depresión moderada
261	32	0	2	2	2	4	Buen dormidor	7	Mínima	21	Depresión moderada
262	30	0	2	2	2	12	Mal dormidor	16	Moderada	21	Depresión moderada
263	38	1	4	1	1	13	Mal dormidor	9	Leve	28	Depresión severa
264	38	0	2	2	2	12	Mal dormidor	13	Leve	24	Depresión moderada
265	39	1	4	3	1	13	Mal dormidor	16	Moderada	28	Depresión severa
266	40	1	4	1	1	13	Mal dormidor	19	Moderada	21	Depresión moderada
267	40	0	2	3	2	9	Mal dormidor	11	Leve	22	Depresión moderada
268	41	0	1	1	1	9	Mal dormidor	10	Leve	19	Depresión leve
269	42	1	1	3	2	13	Mal dormidor	27	Severa	45	Depresión severa
270	43	1	1	1	1	7	Mal dormidor	12	Leve	15	Sin depresión
271	44	0	2	1	1	13	Mal dormidor	14	Leve	23	Depresión moderada
272	45	1	4	2	2	12	Mal dormidor	5	Mínima	18	Depresión leve
273	46	0	2	3	1	13	Mal dormidor	17	Moderada	22	Depresión moderada
274	46	1	4	1	1	13	Mal dormidor	7	Mínima	23	Depresión moderada
275	20	0	1	3	2	12	Mal dormidor	9	Leve	31	Depresión severa
276	21	0	1	3	2	11	Mal dormidor	11	Leve	27	Depresión severa
277	22	0	1	2	2	12	Mal dormidor	11	Leve	27	Depresión severa
278	23	1	1	1	1	13	Mal dormidor	20	Moderada	21	Depresión moderada
279	24	1	1	3	2	15	Mal dormidor	18	Moderada	28	Depresión severa
280	25	0	1	2	2	13	Mal dormidor	14	Leve	29	Depresión severa
281	26	0	1	1	1	14	Mal dormidor	18	Moderada	30	Depresión severa
282	27	0	1	3	1	12	Mal dormidor	17	Moderada	36	Depresión severa
283	28	0	2	2	2	15	Mal dormidor	25	Moderada	32	Depresión severa
284	25	1	1	3	2	12	Mal dormidor	23	Moderada	31	Depresión severa
285	26	0	2	1	1	14	Mal dormidor	14	Leve	28	Depresión severa

285	26	0	2	1	1	14	Mal dormidor	14	Leve	28	Depresión severa
286	27	0	1	3	1	13	Mal dormidor	18	Moderada	25	Depresión moderada
287	28	0	1	3	2	12	Mal dormidor	14	Leve	21	Depresión moderada
288	29	1	1	3	1	12	Mal dormidor	22	Moderada	27	Depresión severa
289	30	1	1	3	2	12	Mal dormidor	17	Moderada	28	Depresión severa
290	31	1	1	3	2	12	Mal dormidor	18	Moderada	35	Depresión severa
291	31	1	1	3	1	14	Mal dormidor	16	Moderada	27	Depresión severa
292	46	0	2	3	1	13	Mal dormidor	10	Leve	22	Depresión moderada
293	47	0	3	3	2	12	Mal dormidor	13	Leve	26	Depresión severa
294	48	0	2	3	1	12	Mal dormidor	17	Moderada	31	Depresión severa
295	49	1	3	3	2	14	Mal dormidor	15	Leve	34	Depresión severa
296	50	0	2	3	1	14	Mal dormidor	18	Moderada	32	Depresión severa
297	50	0	2	1	1	13	Mal dormidor	16	Moderada	28	Depresión severa
298	51	0	2	2	2	12	Mal dormidor	16	Moderada	25	Depresión moderada
299	59	0	3	3	1	13	Mal dormidor	21	Moderada	28	Depresión severa
300	55	0	4	3	1	15	Mal dormidor	22	Moderada	27	Depresión severa
301	56	0	2	1	2	13	Mal dormidor	19	Moderada	20	Depresión leve
302	29	0	1	3	2	13	Mal dormidor	10	Leve	23	Depresión moderada
303	29	0	1	3	1	12	Mal dormidor	18	Moderada	27	Depresión severa
304	34	1	1	1	1	13	Mal dormidor	17	Moderada	24	Depresión moderada
305	35	1	1	1	1	12	Mal dormidor	17	Moderada	23	Depresión moderada
306	35	0	2	1	1	12	Mal dormidor	16	Moderada	33	Depresión severa
307	36	1	4	2	2	13	Mal dormidor	14	Leve	26	Depresión severa
308	37	0	1	2	2	11	Mal dormidor	15	Leve	28	Depresión severa
309	38	1	1	3	1	12	Mal dormidor	16	Moderada	24	Depresión moderada
310	38	0	2	3	1	16	Mal dormidor	14	Leve	24	Depresión moderada
311	40	0	2	3	2	13	Mal dormidor	19	Moderada	24	Depresión moderada
312	39	0	2	1	1	12	Mal dormidor	21	Moderada	31	Depresión severa
313	39	1	1	1	1	14	Mal dormidor	17	Moderada	31	Depresión severa
314	41	1	4	3	2	12	Mal dormidor	18	Moderada	26	Depresión severa
315	41	0	2	3	2	11	Mal dormidor	17	Moderada	24	Depresión moderada
316	44	0	2	2	2	14	Mal dormidor	22	Moderada	34	Depresión severa

ANEXO 9: AUTORIZACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Hospital Regional "Honorio Delgado"
Arequipa

"AÑO DE LA ESPERANZA Y EL FORTALECIMIENTO DE LA DEMOCRACIA"

Arequipa, 22 de julio del 2026

OFICIO N° 594 -2026-GRA/GRS/GR-HRHD/DG-OCDI

Doctor
ALEJANDRO RUTHBALDO MIRANDA PINTO
Decano de la Facultad de Medicina Humana UCSM
PRESENTE.-

ASUNTO : Autorización Proyecto de Investigación
REFERENCIA: OFICIO N° 670-2026-GRA/GRS/GR-HRHD/DG-DGO
OFICIO N° 655-2026-GRA/GRS/GR-HRHD/DG-DC
OFICIO N° 694-2026-GRA/GRS/GR-HRHD/DG-DM

Es grato dirigirme a usted para saludarle cordialmente y hacer de su conocimiento que visto su expediente con la opinión favorable de los Departamentos de Ginecología y Obstetricia, Cirugía y Medicina, se reunió el Comité Institucional de Ética en Investigación del Hospital Regional Honorio Delgado, el cual otorgó su aprobación. En tal sentido la Dirección autoriza la aplicación del instrumento (encuestas), para la realización del siguiente trabajo de Investigación:

N°	TÍTULO DEL PROYECTO	AUTOR (investigador principal)	TITULO/GRADO A OBTENER	DEPARTAMENTO/ AREA/SERVICIO DONDE SE VA A DESARROLLAR	FECHA DE APROBACIÓN	UNIVERSIDAD	FACULTAD
127	"ASOCIACIÓN ENTRE CALIDAD DEL SUEÑO, LOS NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES ADULTOS ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DE LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA, CIRUGÍA GENERAL Y GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE AREQUIPA, 2026"	GABRIEL ALONSO CHÁVEZ BORDA Y RAMSSES ADRIANO ALVAREZ SOTO	TITULO DE MEDICO CIRUJANO	CONSULTORIO EXTERNO DE LOS DEPARTAMENTOS DE MEDICINA INTERNA, CIRUGÍA GENERAL Y GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	09/07/26	UCSM	MEDICINA HUMANA

Asimismo debe cumplir con las medidas de bioseguridad establecidas en el Hospital.

Además al término de su proyecto debe entregar tanto al Hospital - Oficina de Capacitación, Docencia e Investigación como al Departamento de Cirugía un Ejemplar del Informe final del trabajo de investigación impreso (físico) a través de Mesa de Partes mediante una solicitud y (virtual) al correo: investigacionhrhd@gmail.com).

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO
Dr. Carlos Medina Linares
DIRECTOR GENERAL
C.M.P. 22823 R.N.E. 8832

CSML/AMRLDO/MDN
c.c. Archivo
Exp.: 5836100
Doc.: 9830274