

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

Escuela Profesional de Medicina Humana



“Relación entre el nivel de ansiedad y la calidad del sueño de las madres de los niños hospitalizados en el servicio de pediatría en el Hospital Goyeneche - octubre a noviembre del 2016.”

Tesis presentada por el bachiller:

Mauricio Alejandro Franco Romaní

Para optar el TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

Asesor:

Dr. Cristhian José Vargas Lazo

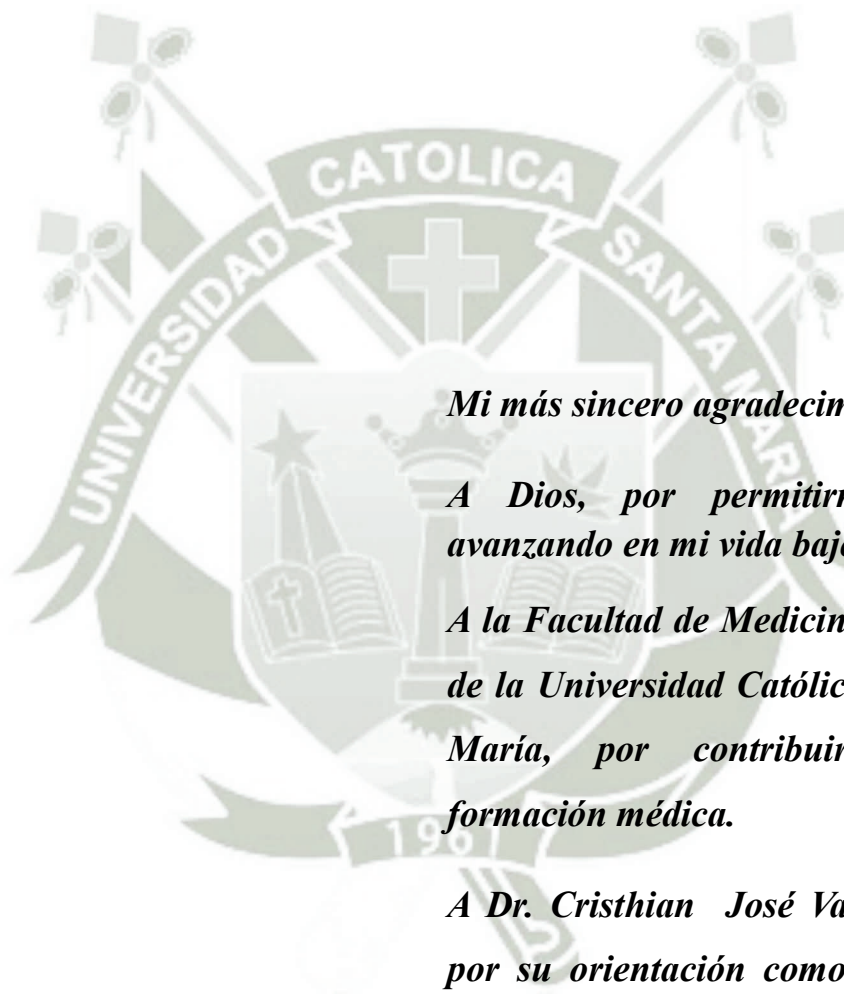
AREQUIPA - PERÚ

2017



Dedico mi tesis:

*A mis padres, por su apoyo
incondicional en mi formación
como profesional y persona.*



Mi más sincero agradecimiento

***A Dios, por permitirme seguir
avanzando en mi vida bajo su guía.***

***A la Facultad de Medicina Humana
de la Universidad Católica de Santa
María, por contribuir en mi
formación médica.***

***A Dr. Cristhian José Vargas Lazo,
por su orientación como asesor de
tesis.***

***A mis jurados por dedicar su tiempo
y contribuir en la concretización de
la presente tesis.***

ÍNDICE

RESUMEN	.....	4
ABSTRACT	.....	5
INTRODUCCIÓN	.....	6
CAPÍTULO I		
MATERIAL Y MÉTODOS	.....	9
CAPÍTULO II		
RESULTADOS	.....	14
CAPÍTULO III		
DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	.....	21
CAPÍTULO IV		
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	.....	26
	.....	27
BIBLIOGRAFÍA	.....	28
ANEXOS		
Anexo 1: Proyecto de Investigación	.....	32
Anexo 2: Matriz de datos procesados	.....	82

RESUMEN

Introducción: Los trastornos mentales como la ansiedad están en aumento en todo el mundo, según la OMS en su estudio realizado llega a ser de 24% de prevalencia a nivel de la población mundial. Se estima que la ansiedad afecta a 1 de cada 5 personas durante las emergencias; además constituye una importante carga social y económica debido a su frecuencia, coexistencia, comorbilidad, y por la discapacidad que ésta produce. Por otro lado, el sueño es importante en la psiquiatría debido a que la mayoría de los trastornos psiquiátricos presentan trastornos del sueño.

Objetivo: Determinar si existe relación entre el nivel de ansiedad y la calidad de sueño de las madres de los niños hospitalizados en el servicio de pediatría del Hospital Goyeneche, de octubre a noviembre del 2016.

Diseño: Estudio de corte transversal, con elemento analítico mediante el uso de análisis bivariado para estimar asociación y correlación.

Muestra: Estuvo conformada por 102 madres de niños hospitalizados en el servicio de Pediatría del Hospital Goyeneche, previo consentimiento informado.

Medición: Para la determinación de la ansiedad se usó el instrumento STAI, para la medición de la calidad de sueño se utilizó el PSQI; así mismo se registraron las características epidemiológicas de los participantes.

Resultados: Hubo una frecuencia del 60.78% de ansiedad (estado y/o rasgo), siendo la ansiedad estado la más frecuente. El 82.36% presentó problemas de sueño, siendo los problemas de calidad de sueño que merecen atención y tratamiento médico lo más frecuente. Se mostró una asociación entre nivel de ansiedad estado y calidad del sueño PSQI ($p < 0.05$); así como con sus componentes: calidad de sueño, duración efectiva del sueño, desorden del sueño y disfunción diurna ($p < 0.05$). No se evidenció asociación entre el nivel de ansiedad rasgo y calidad de sueño PSQI ($p > 0.05$); sin embargo, se evidenció una asociación con sus componentes: desorden del sueño y disfunción diurna ($p < 0.05$). El coeficiente de correlación entre nivel de ansiedad estado y calidad de sueño fue del 0.432; mientras que, el coeficiente entre nivel de ansiedad rasgo y calidad de sueño fue del 0.45.

Conclusiones: Existe una relación directa y significativa entre niveles de ansiedad y problemas de calidad de sueño, produciéndose mayor ansiedad a medida que se producen mayores problemas de calidad de sueño.

Palabras Clave: ansiedad, Inventario ansiedad estado y rasgo, Índice de calidad de sueño de Pittsburgh.

ABSTRACT

Introduction: Mental disorders are increasing worldwide, according to the WHO in its study reaches 24 (%) prevalence in the world population . It is estimated that anxiety affects 1 each 5 people during emergencies; It also constitutes an important social and economic burden due to its frequency, coexistence, comorbidity, and the disability that it produces. On the other hand, sleep is important in psychiatry because most psychiatric disorders present sleep disorders.

Objective: To determine if there is a relationship between the levels of anxiety and sleep quality of the mothers of hospitalized children in the pediatric service of the Goyeneche Hospital, from October to November, 2016. **Design:** Cross-sectional study with analytical element using bivariate analysis to estimate association and correlation.

Sample: It was formed by 102 mothers of children hospitalized in the Pediatric Service of Goyeneche Hospital, with prior informed consent.

Measurement: For the determination of anxiety, the STAI instrument was used, the PSQI was used for the measurement of sleep quality; the epidemiological characteristics of the participants were also recorded.

Results: The 60.78% present anxiety (state and / or trait), and the trait anxiety was the most frequent. The 82.36% present problems of sleep, being the quality problems of sleep that deserve attention and medical treatment the most frequent. There was an association between state anxiety level and PSQI sleep quality ($p < 0.05$); as well as its components: sleep quality, effective sleep duration, sleep disorder and daytime dysfunction ($p < 0.05$). There was no evidence of an association between anxiety level and PSQI sleep quality ($p > 0.05$); However, an association with its components was evidenced: sleep disorder and diurnal dysfunction ($p < 0.05$). The correlation coefficient between state anxiety level and sleep quality was 0.432; whereas, the coefficient between anxiety level trait and sleep quality was 0.45.

CONCLUSIONS: There is a direct and significant relationship between anxiety levels and sleep quality problems, resulting in greater anxiety as higher quality of sleep problems.

Key words: anxiety, State-Trait Anxiety Index, Pittsburg Sleep Quality Index.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales como la ansiedad están en aumento en todo el mundo, de 416 millones a 615 millones, es decir cerca de un 50%; así mismo, se estima que la ansiedad como problema afecta a 1 de cada 5 personas durante las emergencias (1). Por otro lado, constituye una importante carga social y económica debido a su frecuencia, coexistencia, comorbilidad, y por la discapacidad que ésta produce (2,3).

La prevalencia de los trastornos de ansiedad varía según el país estudiado, los criterios diagnósticos, los instrumentos diagnósticos y el tamaño de la muestra (4). Los trastornos de ansiedad representan una de las causas más frecuentes de consulta en Atención Primaria, oscilando entre el 20% y 40% en España (5). En Perú, el 24% de la población sufre de ansiedad, siendo las regiones con mayor vulnerabilidad Apurímac, Loreto, Pasco, Huancavelica, Amazonas, Ayacucho y Huánuco (6).

La ansiedad es conocida como un síndrome caracterizado por una sensación de inquietud o terror, también se le conoce como tensión; y popularmente como nerviosismo (7,8). Las distintas formas de ansiedad han sido englobadas en el DSM-V y el Sistema de Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades (CIE-10) en un grupo denominado trastornos del estado de ánimo (9,10).

Así mismo, existen diversos instrumentos para evaluar la ansiedad como el test de Zung, el Test de Hamilton sobre ansiedad y depresión; y el inventario de ansiedad estado/rasgo (STAI) (11). La nueva revisión del STAI está compuesta de 40 ítems divididos de forma equitativa en dos sub escalas, la primera evaluó ansiedad estado (STAI- S) y la segunda evaluó ansiedad rasgo (STAI-T) (11).

La ansiedad Estado evalúa el estado ansioso basal del paciente, que puede ser desde la tranquilidad hasta el nerviosismo. En el STAI-S se encuentra conformado de 10 ítems positivos para ansiedad al momento de la aplicación del inventario y 10 ítems que indican la ausencia de ansiedad (11).

La ansiedad Rasgo evalúa la predisposición del paciente a la ansiedad. En el STAI-T se encuentra conformado de 13 ítems que advierten la presencia de ansiedad como una característica continua en la vida del paciente y de 7 ítems que indican ausencia (11).

Las ansiedad constituye un síndrome multicausal, donde intervienen diferentes factores entre ellos acontecimientos de la vida, traumas infantiles, ansiedad por separación, consumo de sustancias psicoactivas (12,13). Por otro lado, en varios estudios se describe un aumento de ansiedad cuando se ve afectada la relación del binomio madre-hijo por motivos de salud, inclusive el inicio de trastornos psiquiátricos propiamente dichos (14,15).

Existen estudios donde se reporta asociación entre ansiedad y calidad de sueño, en el contexto de ciertas enfermedades crónicas en el niño como el asma, fibrosis quística o el mismo control de la enfermedad; que influyen en la salud mental materna (16, 17,18). Por otro lado, otros estudios estiman que el sueño tiene una función restauradora y homeostática; así mismo contribuye a la actividad del sistema nervioso superior, logrando un mayor bienestar (11,19).

Existen diversos instrumentos para evaluar los trastornos del sueño como el cuestionario SDQ, el Wisconsin Sleep Questionnaire (WSQ), el desarrollado por Lindberg et al., el Sleep Disorders Inventory (SDI), el Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI), el instrumento Athens Insomnia Scale (AIS) y el Sleep Problems Scale (20).

El Índice de calidad de sueño de Pittsburgh (PSQI) presenta 7 componentes como son: calidad subjetiva de sueño, latencia, duración, eficiencia, perturbaciones del sueño, uso de medicación para dormir, disfunción diurna; tiene una puntuación de 0 a 21, cuya mayor puntuación indica menor calidad de sueño (21). Así mismo, el PSQI fue validado en la población peruana, presentando altos coeficientes de relación (21).

La falta de sueño contribuye al deterioro físico y cognitivo; así mismo, el sueño es importante en la psiquiatría debido a que la mayoría de los trastornos psiquiátricos presentan trastornos del sueño (22).

- **OBJETIVO GENERAL**

Determinar si existe relación entre el nivel de ansiedad y la calidad del sueño de las madres de los niños hospitalizados en el servicio de pediatría del Hospital Goyeneche- octubre a noviembre del 2016.

- **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- ✚ Determinar el nivel de ansiedad de las madres de los niños hospitalizados.
- ✚ Determinar la calidad del sueño de las madres de los niños hospitalizados.
- ✚ Identificar las características epidemiológicas madres de los niños hospitalizados.
- ✚ Determinar la relación entre el nivel de ansiedad y la calidad de sueño con las características epidemiológicas, en madres de los niños hospitalizados

- **HIPÓTESIS**

Dado que el proceso de hospitalización del paciente pediátrico puede producir cambios biológicos y psicológicos en la madre, es probable que se produzcan cambios en la calidad del sueño, generen problemas de ansiedad de la madre del niño hospitalizado y que estos dos estén relacionados.

CAPÍTULO I

MATERIAL Y MÉTODOS

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. TÉCNICAS

Se utilizó como técnica la encuesta.

1.2. INSTRUMENTOS

Se aplicaron los siguientes instrumentos para la medición de las variables:

1.2.1. Inventario de ansiedad estado-rasgo (STAI):

El STAI es un instrumento compuesto de 40 ítems divididos de forma equitativa en dos sub escalas para evaluar la ansiedad en dos niveles como ansiedad como estado (STAI-S) y la segunda parte evalúa la ansiedad como rasgo (STAI-T) (11).

La ansiedad Estado evalúa el estado ansioso basal del paciente, que puede ser desde la tranquilidad hasta el nerviosismo. En el STAI-S se encuentra conformado de 10 ítems positivos para ansiedad al momento de la aplicación del inventario y 10 ítems que indican la ausencia de ansiedad, resultando 0 puntos como puntaje de equilibrio (11).

La ansiedad Rasgo evalúa la predisposición del paciente a la ansiedad. En el STAI-T se encuentra conformado de 13 ítems que advierten la presencia de ansiedad como una característica continua en la vida del paciente y de 7 ítems que indican ausencia, resultando 18 puntos como puntaje de equilibrio (11).

En este estudio se ha usado el STAI, ya que es un instrumento específico para valorar ansiedad; así mismo, estudios previos han contrastado sus resultados con otras escalas de ansiedad como: MÁS de Taylor, ASQ de Cattell y Scheier y la escala de ansiedad de Gales; con los cuales se hubo correlación significativa (11).

1.2.2. Índice de calidad del sueño de Pittsburg (PSQI):

El PSQI es un instrumento que evalúa calidad del sueño y sus alteraciones clínicas, está compuesto de 19 ítems organizado en 7 componentes, como son: calidad subjetiva del sueño, latencia, duración, eficiencia, perturbaciones del sueño, uso de medicación para dormir, disfunción diurna. La suma de las puntuaciones de estos componentes da un total que varía entre 0 y 21 puntos, cuya mayor puntuación indica menor calidad del sueño. Una puntuación menor de 5, se denomina “Sin problemas de sueño”, entre 5 a 7 como “Merece atención médica”, entre 8 y 14 como “Merece atención y tratamiento médico” y cuando la puntuación es de 15 a más, “se trata de un problema de sueño grave”. En el presente estudio se utilizó el Índice de calidad de sueño de Pittsburg validada por Ybeth Luna-Solis y col. que demostró un coeficiente de relación mayor en la población peruana (21).

1.2.3. Ficha de recolección de datos:

Fue elaborado por el investigador para fines del presente estudio, en el cual se obtuvo los datos de los encuestados en cuanto a características epidemiológicas correspondientes a: edad, ocupación, estado civil, número de hijos que ha tenido, convivencia actual con pareja, edad del paciente, nivel socioeconómico y número de hospitalizaciones.

La presente ficha es solo una herramienta que permitió describir las características epidemiológicas, mas no para valoración; por lo cual no requirió de validación.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. UBICACIÓN ESPACIAL

El estudio de investigación fue realizado en el Hospital Goyeneche, en la Provincia, Departamento y Región Arequipa.

2.2. UBICACIÓN TEMPORAL

Estudio que comprende el período Octubre 2016- Noviembre 2016.

2.3. UNIDADES DE ESTUDIO

2.3.1. Universo:

Madres de los niños hospitalizados en el servicio de pediatría del Hospital Goyeneche.

2.3.2. Muestra:

Se realizó la invitación a todas las madres de los niños hospitalizados en el servicio de pediatría del Hospital Goyeneche entre Octubre y Noviembre del 2016, contando con 102 participantes, previo consentimiento informado.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. ORGANIZACIÓN

- Al contar con la aprobación del proyecto de tesis, por los jurados correspondientes, se buscó a las madres de pacientes pediátricos hospitalizados para la realización de las encuestas con la ayuda de internos de medicina.
- El investigador, realizó la invitación a las madres de pacientes pediátricos para participar en el presente estudio bajo consentimiento informado y firmado (ver Anexo 1). Se aplicaron la ficha de recolección de datos (ver Anexo 2) y los instrumentos: test de STAI y el índice de calidad de sueño de Pittsburg (ver Anexo 3).

- El investigador garantizó el anonimato de los resultados de los instrumentos de evaluación aplicados mediante codificación, cuyos resultados fueron entregados a las madres participantes.
- Al concluir con la recolección de datos, se realizó la base de datos en el Programa Excel y el análisis estadístico de los resultados.

3.2. RECURSOS

3.2.1 Humanos:

- El investigador: Mauricio Alejandro Franco Romaní
Alumno de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María.
- El asesor: Dr. Cristhian José Vargas Lazo

3.2.2 Institucionales:

- Hospital III Goyeneche.

3.2.3. Materiales:

- Instrumentos de recolección de datos, material de escritorio, computadora, paquete estadístico.

3.2.4 Financieros:

- Autofinanciamiento.

3.3 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Los instrumentos de evaluación usados para evaluar ansiedad, mediante el Test de STAI; y la calidad del sueño, mediante el índice de calidad de sueño de Pittsburg, han sido validados en varios estudios de investigación tanto a nivel internacional como nacional, por tanto no requirió de una nueva validación (11,21).

La Ficha de recolección de datos es sólo para recojo de información descriptiva, los ítems contenidos en ella no tienen puntaje de valoración.

3.4 CRITERIOS O ESTRATEGIAS PARA EL MANEJO DE LOS RESULTADOS

En el análisis descriptivo se empleó frecuencias en variables categóricas y para variables numéricas se usó medias, desviación estándar, valor mínimo y máximo, los cuales son mostrados en tablas.

En el análisis inferencial se evaluó la distribución de las variables con un $p < 0.05$. Para estimar correlación entre variables cuantitativas se aplicó la correlación de Pearson, con un nivel de significancia < 0.05 . Para estimar la asociación entre variable cualitativa y variable cuantitativa se aplicó la prueba de T-student, con un nivel de significancia < 0.05 . Los datos fueron procesados usando el paquete estadístico SPSS ver. 22.





CAPÍTULO II

RESULTADOS

TABLA N°1.

Frecuencia de nivel de Ansiedad, según el inventario de ansiedad estado-rasgo, en madres de niños hospitalizados en el servicio de pediatría en el Hospital Goyeneche, de octubre a noviembre del 2016.

Nivel de ansiedad	N	Frecuencia
Ansiedad Estado:		
- Ausente	40	39.22%
- Con ansiedad estado	62	60.78%
Ansiedad Rasgo:	93	91.18%
- Ausente	9	8.82%
- Con Ansiedad rasgo		
Con algún nivel de ansiedad (estado y/o rasgo)	62	60.78%

Fuente: Base de datos

En la Tabla N°1 observamos que del total de 102 madres evaluadas, el 60.78% presento algún nivel de ansiedad (ansiedad estado y/o ansiedad rasgo). La ansiedad estado fue la que se encontró presente en todas las madres que presentaron ansiedad; mientras que solo el 8.82% de las madres evaluadas presento ansiedad rasgo.

TABLA N°2.

Frecuencia de calidad de sueño, según el índice de calidad de sueño de Pittsburg, en madres de niños hospitalizados en el servicio de pediatría en el Hospital Goyeneche, de octubre a noviembre del 2016..

Calidad de sueño	n	%
Sin problema de sueño (< 5ptos)	18	17.64
Con problemas de sueño (5-21ptos)	84	82.36
– Merece atención médica (5 a 7ptos)	30	29.41
– Merece atención y tratamiento médico (8 a 14ptos)	51	50.00
– Problema grave del sueño (>15ptos)	3	2.95

Fuente: Base de datos

En la Tabla N°2 observamos que del total de 102 madres evaluadas el 82.36% presento problemas de sueño, siendo el 50% de madres evaluadas las que merecen atención y tratamiento médico, seguido de un 29.41% que merecen atención médica; mientras que el 2.95% de madres evaluadas presento problema grave del sueño.

TABLA N°3.

Características epidemiológicas de madres de niños hospitalizados en el servicio de pediatría en el Hospital Goyeneche, de octubre a noviembre del 2016.

CARACTERISTICAS	Tendencia Central	CARACTERISTICAS	n	%	
Edad de la madre (en años)	Media:36.36 D.E.+/-7.67	Ocupaciones	Docentes Administradores Vendedores Oficinista Preparación de Alimentos Peones agropecuarios Conductores Operarios Ninguno	2 2 2 10 2 5 1 4 74	1.961 1.961 1.961 9.804 1.961 4.902 0.980 3.922 72.549
Edad del niño (en años)	Media:3.56	Dependencia del trabajo	Dependiente Independiente	19 17	18.62 16.67
Número de hijos	Media:2.09 D.E.+/- 1.06 Moda: 2	Estado civil	Soltera Conviviente Separada Casada Viuda	18 61 1 22 0	17.647 59.804 0.980 21.569 0.000
Orden del hijo hospitalizado	Moda: 1°	Nivel Económico	(B): 2400-9499 (C): 1300-2399 (D): 850-1299 (E): 600-849 (F): <600	15 32 38 10 7	14.7 31.3 37.3 79.8 16.9
Número de Hospitalizaciones en último año	Media:0.49 D.E.+/-0.72 Moda: 1	Vive con pareja	Si No	78 24	72.54 27.46

En la TABLA N°3 se observa las características epidemiológicas de la madres estudiadas son: edad promedio de 36 años, número de hijos que tienen al momento 2, la mayoría de madres se encuentran desempleadas, el estado civil más frecuente es el conviviente, el nivel económico más frecuente fue el D.

TABLA N°4.

Asociación de las características epidemiológicas con el nivel de ansiedad y con la calidad de sueño, en madres de niños hospitalizados en el servicio de pediatría en el Hospital Goyeneche, de octubre a noviembre del 2016.

CARACTERÍSTICAS	Ansiedad estado		p	Ansiedad rasgo		p	Problemas de sueño		p
	SI	NO		SI	NO		SI	NO	
Edad materna (en años)	30.79 +/-7.50	29.70 +/-7.98	0.49	32.56 +/-7.26	30.15 +/-7.72	0.37	30.19 +/-7.68	31.16 +/-7.77	0.63
Edad del hijo hospitalizado (en años)	3.62 +/-4.15	3.48 +/-4.29	0.87	4.30 +/-4.68	3.49 +/-4.16	0.58	3.19 +/-3.96	5.28 +/-4.90	0.06
Número de hijos	2.13 +/-0.88	2.05 +/-1.32	0.74	2.33 +/-1.22	2.08 +/-1.06	0.49	2.01 +/-0.96	2.50 +/-1.42	0.18
Orden del hijo hospitalizado	1.82 +/-0.84	1.77 +/-1.21	0.83	2.11 +/-0.93	1.77 +/-1.0	0.34	1.82 +/-0.92	1.72 +/-1.31	0.70
Numero de hospitalizaciones en el último año	0.46 +/-0.76	0.53 +/-0.68	0.70	0.44 +/-0.53	0.49 +/-0.74	0.85	0.42 +/-0.63	0.78 +/-1.06	0.19
Sin ocupación	30.65%	42.50%	0.31	55.56%	65.59%	0.81	69.05%	44.44%	0.087
Dependencia del Trabajo:									
- independiente	19.35%	12.50%	0.53	33.33%	15.05%	0.35	16.67%	16.67%	0.73
- dependiente	11.29%	30.00%	0.04	11.11%	19.36%	0.87	14.29	38.89%	0.04
Nivel económico (<600)	7.50%	6.45%	0.84	6.45%	11.11%	0.87	7.14%	5.56%	0.79
No convive con pareja	20.97%	27.50%	0.60	22.22%	23.65%	0.75	77.38%	72.22%	0.87
Estado civil:									
- casada	22.58%	25.00%	0.96	0.0%	25.81%	0.18	19.05%	33.33%	0.31
- conviviente	61.29%	57.50%	0.86	66.67%	60.22%	0.98	63.09%	44.44%	0.23
- soltera	16.13%	20.00%	0.81	33.33%	18.28%	0.52	15.48%	22.22%	0.73
- separada	0.00%	1.61%	0.82	11.11%	0.0%	0.14	0.00%	1.19%	0.39

En la Tabla N°4, se observa con mayor frecuencia madres con trabajo dependiente que presentan ausencia de ansiedad estado y ausencia de problemas de sueño, de forma estadísticamente significativa ($p < 0.05$). No se observan otras diferencias significativas entre las otras variables estudiadas según el nivel de ansiedad y la calidad de sueño.

TABLA N°5.

Asociación entre los componentes de la calidad de sueño según el PSIQ, y el nivel de ansiedad según STAI en madres de niños hospitalizados en el servicio de pediatría en el Hospital Goyeneche, de octubre a noviembre del 2016.

Calidad de sueño	Ansiedad estado				p	Ansiedad rasgo				p
	SI		NO			SI		NO		
	Media	D.E.	Media	D.E.		Media	D.E.	Media	D.E.	
Calidad del sueño	1.403	0.664	1.025	0.73	0.008	1.66	0.5	1.21	0.72	0.06
Retraso del sueño	1.129	0.966	0.875	0.91	0.188	1.33	0.86	1.0	0.95	0.317
Duración efectiva del sueño	1.467	1.035	0.95	0.93	0.012	1.44	1.01	1.24	1.02	0.58
Eficacia del sueño	1.032	1.115	0.725	1.01	0.162	0.88	1.16	0.91	1.08	0.94
Desorden del sueño	1.806	0.806	1.35	0.69	0.004	2.0	0.5	1.59	0.81	0.048
Uso de medicamentos para dormir	0.129	0.55	0.00	0.00	0.073	0.0	0.0	0.86	0.45	0.57
Disfunción diurna	1.91	0.946	1.40	0.98	0.009	2.66	0.71	1.62	0.96	0.002
Puntaje total (PSQI)	8.887	3.58	6.325	3.41	0.001	10	3.46	7.677	3.695	0.073

En la tabla 4 se observa un mayor puntaje del PSQI (que indica problemas de sueño) en madres con ansiedad estado, cuya diferencia es estadísticamente significativas ($p < 0.05$); así como en sus componentes: calidad de sueño, duración efectiva del sueño, desorden del sueño y disfunción diurna ($p < 0.05$). Así mismo, se observa un mayor puntaje del PSQI (que indica problemas de sueño) en madres con ansiedad rasgo, cuya diferencia no es estadísticamente significativa ($p > 0.05$); sin embargo, se evidencia diferencias significativas con sus componentes: desorden del sueño y disfunción diurna ($p < 0.05$).

TABLA N°6.

Correlación entre Nivel de ansiedad y calidad de sueño, en madres de niños hospitalizados en el servicio de pediatría en el Hospital Goyeneche, de octubre a noviembre del 2016.

Nivel de Ansiedad (STAI)	Índice de Calidad de sueño (PSQI)	
	Coef. de correlación de Pearson (r)	p
Ansiedad Estado	0.432	<0.001
Ansiedad Rasgo	0.450	<0.001

Fuente: Base de Datos

En la Tabla 5 se observa una correlación positiva estadísticamente significativa entre ansiedad estado y calidad de sueño ($r=0.432$; $p<0.05$), así también una correlación positiva estadísticamente significativa entre ansiedad rasgo y calidad de sueño ($r=0.450$; $p<0.05$); en las madres de niños hospitalizados en el servicio de pediatría en el Hospital Goyeneche.



CAPÍTULO III

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

En la tabla 1, se ha observado que la frecuencia de ansiedad (estado y/o rasgo) en madres de niños hospitalizados fue del 68.78%; siendo en mayor frecuencia la ansiedad estado. La frecuencia de ansiedad encontrada en nuestro estudio es mayor al reportado en otro estudio, donde señala una frecuencia del 37.2% (23); así mismo, otro estudio señala una frecuencia encontrada del 14.3% (16). Estas diferencias se pueden deber a que las madres evaluadas en los otros estudios no fueron específicamente de hospitalización, a diferencia de nuestro estudio; además los instrumentos usados en los otros estudios fue el HADSS 21, el cual no valora de forma específica la ansiedad en comparación del instrumento STAI usado en nuestro estudio. Por otro lado, estudios señalan que la población en general presenta una prevalencia de ansiedad entre 20% a 40% (5); mientras que en Perú es del 24% (6). Esto indica que las madres de niños hospitalizados presentan una prevalencia de depresión mayor que la población en general; lo cual guarda relación con estudios que describen un aumento de ansiedad en la madre cuando se ve afectada la relación del binomio madre-hijo (14,15). Así mismo, se conoce que la prevalencia de la ansiedad varía según el país estudiado, los criterios diagnósticos, los instrumentos diagnósticos y el tamaño de la muestra (4); lo cual explica la diferencia de prevalencia encontrada en nuestro estudio en relación a otros estudios previos.

En la tabla 2 observamos que el 82,36% de las madres evaluadas presentaron problemas de sueño; siendo con mayor frecuencia en las madres los problemas de sueño que merecen atención y tratamiento médico (50%). Mientras que en otros estudios que analiza correlación entre ansiedad y calidad de sueño, encontramos que la frecuencia de madres con problemas de sueño que requirieron intervención médica fue solo el 39% (16); de igual forma en otros estudios la frecuencia de madres con problemas de sueño solo fue menor (18,24), en comparación con nuestro estudio. Esta diferencia de resultados probablemente se deba a las diferencias en cuanto a los criterios de selección entre los estudios, ya que en dichos estudios solo evaluaron a madres que presentan niños con enfermedades de fibrosis quística y asma, los cuales son problemas crónicos; mientras en nuestro estudio evaluamos en general a toda madre que presenta niños hospitalizados. Incluso en otro estudio, que evalúa por separado problemas de sueño en madres de niños con asma, la frecuencia fue del 35%; mientras que las madres de niños con problemas de fibrosis quística, la frecuencia fue del 30% (23). Estas diferencias

puede deberse a las diferencias de enfermedades que presentan los niños de las madres evaluadas. Por otro lado, a pesar de la menor frecuencia de problemas de sueño en dichos estudios, coinciden con una asociación significativa con ansiedad (16,18), al igual que en nuestro estudio.

En la tabla 3 observamos que la edad media del total de madres evaluadas es de 36 años y la del niño es 3.5 años, así mismo que la mayoría de madres tienen 2 hijos, la mayor frecuencia de las madres son convivientes seguido de casadas, y la mayoría no tienen ocupación. Esta descripción es similar a la de otros estudios (18, 23,25); excepto que, en otros estudios hubo mayor frecuencia de madres que están casadas pero sin diferencias estadísticamente significativas como en nuestro estudio. Esto obedece a las diferentes distribuciones poblacionales que ocurren en cada región.

En la Tabla 4, observamos que de las características epidemiológicas evaluadas solo el tipo de trabajo dependiente presenta asociación con la ausencia de ansiedad estado y con la ausencia de problemas de sueño; mientras que las otras características como edad, ingreso económico, estado civil, número de hijos y convivencia no presentan diferencias significativas según presencia de ansiedad o problemas de sueño. Esto es similar a lo encontrado en otros estudios (23,25); esta similitud indica que, a pesar que la ansiedad tiene un origen multicausal (12,13), dichas características epidemiológicas están distribuidas de forma homogénea, lo cual garantiza la comparación y asociación entre nivel de ansiedad y calidad del sueño.

En la tabla 5 se observa que existe asociación significativa entre ansiedad estado y calidad del sueño PSQI; así como con sus componentes: calidad de sueño, duración efectiva del sueño, desorden del sueño y disfunción diurna. No existe asociación significativa entre ansiedad rasgo y calidad de sueño PSQI; sin embargo, existe asociación significativa con sus componentes: desorden del sueño y disfunción diurna. Otros estudios previos también muestran asociación significativa entre ansiedad y calidad de sueño (16, 18,23). En el estudio realizado por Mitra Safa encuentra una relación entre calidad del sueño y la depresión ansiedad ($p < 0.005$) como en el presente trabajo ($p < 0.001$), sin embargo no compara sub ítems de la escala PSQI como el estudio realizado por Hasan Yuksel et.all; dicho estudio encuentra una correlación positiva entre el puntaje de la ansiedad con la duración del sueño ($p = 0.02$, $r = 0.31$), en el estudio

realizado se encuentra que a nivel de la ansiedad estado hay relación con los sub-ítems: calidad subjetiva de sueño, duración efectiva, desorden del sueño y disfunción diurna (respectivamente $p:0.008, p:0,012, p:0,004, p:0,009$). En el estudio realizado por Ozge Yilmaz y et all. no encontraron correlación significativa entre los parámetros de calidad de sueño y score de depresión-ansiedad pero encontraron correlación entre calidad subjetiva de sueño y ansiedad ($r:0,30, p:0,09$), trabajo realizado se encontró que si había relación entre calidad de sueño subjetiva y ansiedad estado ($p:0,008$). A pesar de las diferencias de la muestra e instrumentos de medición de ansiedad con los otros estudios nuestros resultados son similares; esto contribuye a estimar la asociación existente entre las variables calidad de sueño PSQI y ansiedad se mantiene.

En la tabla 6 se observa que existe correlación directa y significativa entre ansiedad estado y calidad del sueño ($r=0.432$ y $p<0,001$); así como entre ansiedad rasgo y calidad de sueño ($r=0.450$ y $p <0,001$). Estas correlaciones encontradas en nuestro trabajo evidencian que al presentar mayor nivel de ansiedad hay mayores problemas de calidad de sueño. Esto es similar a resultados de otros estudios previos donde también estimaron que existe una correlación directa y significativa entre ansiedad y calidad de sueño (16, 18,23). Sin embargo en nuestro estudio los coeficientes de correlación fueron mayores en comparación de los estudios previos, esto se debe probablemente a la diferencia de instrumento de evaluación usado para medir ansiedad, ya que el instrumento usado en nuestro estudio fue el STAI, que es específico para ansiedad; a diferencia del HADSS 21 usado en los otros estudios. Sin embargo, a pesar de las diferencias metodológicas empleadas se mantiene una correlación directa y estadísticamente significativa entre nivel de ansiedad y calidad de sueño, lo cual fortalece los resultados encontrados en el presente estudio.



CAPÍTULO IV CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

PRIMERA:

- La frecuencia de presentar algún nivel de ansiedad (estado y/o rasgo) es del 68% en madres de niños hospitalizados en el servicio de pediatría del Hospital Goyeneche, siendo con mayor frecuencia nivel de ansiedad-estado (60.72%).

SEGUNDA:

- El 82.36% de madres presentan problemas de sueño, siendo con mayor frecuencia los problemas de sueño que merecen atención y tratamiento médico, seguido de los que merecen atención médica y en menor frecuencia problemas graves del sueño.

TERCERA:

- La mayoría de madres son convivientes, presentan una edad media de 36 años, edad de hijo hospitalizado cerca de 4 años, sin ocupación, las que presentan ocupación es más frecuente el trabajo dependiente. Las madres con trabajo dependiente presentan con menor frecuencia ansiedad como estado y problemas de sueño; siendo las únicas características epidemiológicas evaluadas que presentan asociación a nivel de ansiedad y calidad de sueño.

CUARTA:

- Existe relación directa entre nivel de ansiedad y calidad de sueño en madres de niños hospitalizados en el servicio de pediatría del hospital Goyeneche, en ambas dimensiones Ansiedad Estado ($r:0,432$ $p:<0,001$) y Ansiedad Rasgo ($r:0,450$, $p:<0,001$), infiriendo que a mayor problema del sueño hay mayor puntaje en ansiedad.

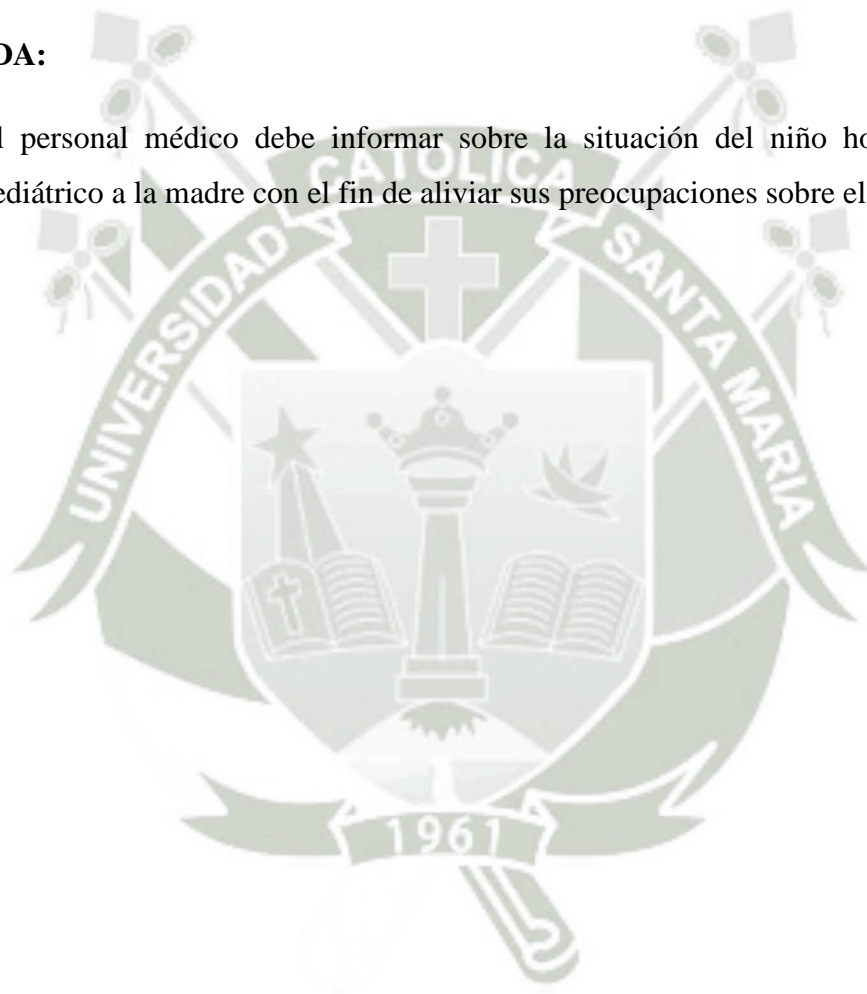
RECOMENDACIONES

PRIMERA:

- El personal médico debe realizar tamizajes de trastornos de ansiedad y trastorno de sueño en madres de niños hospitalizados y en sus respectivos controles, dada a la relación encontrada; con la finalidad de identificar y contribuir en la mejora de la salud de la madre.

SEGUNDA:

- El personal médico debe informar sobre la situación del niño hospitalizado pediátrico a la madre con el fin de aliviar sus preocupaciones sobre el paciente



BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%; 2016 [citado 05 Enero 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
2. Guía de Salud Mental en Atención Primaria. Grupo de Trabajo de Salud Mental PAPPS, 2001.
3. Kroenke K. et al. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity and detection. *Annals of Internal Medicine*. 2007; 146:317-325.
4. Somers JM, Goldner EM, Waraich P, Hsu L. Prevalence and Incidence Studies of Anxiety Disorders: A Systematic Review of the Literature. *Canadian Journal Psychiatry*. 2006; 51:100–113
5. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, Codony M, Dolz M, Alonso J y el Grupo ESEMeD-España. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica (Barc)*. 2006; 126(12):445-51.
6. Ministerio de Salud. Boletín de la unidad de investigación epidemiológica y análisis situacional de servicios de salud: Análisis y situación de salud. Perú; 2014 [citado 05 Enero 2016]. Disponible en: <http://www.insn.gob.pe/sites/default/files/Boletin%20Sala%20Situacional%20DICIEMBRE%202014pdf>
7. Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud. Módulo de Atención Integral en Salud Mental dirigido a trabajadores de primer nivel de atención. Módulo 6: La depresión; 2005. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/820_MS-PROM14.pdf
8. J. L. Ayuso Gutiérrez. Trastornos de ansiedad: crisis de angustia. En: Vallejo Ruiloba Julio, coordinador y director. *Tratado de Psiquiatría*. 2da ed. Barcelona: Marban; 2012 p. 1234-1247.
9. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. (DSM-V). Arlington-EE.UU., 2013.

10. Organización Mundial de la Salud. CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico. Madrid: Meditor; 1992.
11. Burgos Fonseca, Pia. Gutiérrez Sepúlveda, Angélica. Adaptación y Validación del Inventario Ansiedad Estado- Rasgo (STAI) en Población Universitaria de la Provincia de Ñuble. [tesis]. Chillán. Universidad del Bio-Bio, Facultad de Educación y Humanidades; 2013.
12. J. L. Ayuso Gutiérrez. Trastornos de ansiedad: crisis de angustia. En: Vallejo Ruiloba Julio, coordinador y director. Tratado de Psiquiatría. 2da ed. Barcelona: Marban; 2012 p. 1234-1247.
13. J Saiz Ruiz. Trastornos de ansiedad generalizada. En: Vallejo Ruiloba Julio, coordinador y director. Tratado de Psiquiatría. 2da ed. Barcelona: Marban; 2012 p. 1248-1258
14. Ian M. Paul, Danielle S. Downs, Eric W. Schaefer, Jessica S. Beiler and Carol S. Weisman. Postpartum Anxiety and Maternal-Infant Health Outcomes. Pediatrics. 2013; 131(4):1218-24.
15. Laura Vismara, Luca Rollè, Francesca Agostini, Cristina Sechi, Valentina Fenaroli, Sara Molgora, Erica Neri. Perinatal Parenting Stress, Anxiety, and Depression Outcomes in First-Time Mothers and Fathers: A 3-to 6-Months Postpartum Follow-Up Study. Frontiers in Psychology. 2016; 7: 938.
16. Mitra S, Soheila K, Firoozeh T, Saeideh A. Correlation of Anxiety-Depression and Sleep Quality in Mothers of Children with Cystic Fibrosis and Asthma. Tanaffos. 2012; 11(1): 44-48
17. Hasan Tehrani T, Haghghi M, Bazmamoun H. Effects of Stress on Mothers of Hospitalized Children in a Hospital in Iran. Iran J Child Neurol Autumn 2012; 6(4): 39-45.
18. Yuksel H, Sogut A, Yilmaz O, Demet M, Ergin D, Kirmaz C. Evaluation of sleep quality and anxiety–depression parameters in asthmatic children and their mothers. Respiratory Medecine. 2007; 101 (12): 2550-2554.
19. Micheli, Fernandez Pardal. Neurología 2da Edición. Buenos Aires. Panamericana Editorial.2008.

20. H. A. Lomelí, I. Pérez-Olmos, C. Talero-Gutiérrez, C. B. Moreno, R. González-Reyes, L. Palacios y colaboradores. Escalas y cuestionarios para evaluar el sueño: una revisión. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2008; 36 (1): p 50-59.
21. Ybeth Luna-Solis, Yolanda Robles-Arana, Ysela Agüero-Palacios. Validación del índice de calidad de sueño de Pittsburgh en una muestra peruana. *Anales de Salud Mental*. 2015; 31(2): p 23-30.
22. Kaplan, Benjamín J, Sadock, Virginia A. Sadock Sinopsis de Psiquiatría. 10ma ed. Lippincott, Williams y Wilkins, editores. Wolters Kluwer editorial.2012.
23. Yilmaz O, Sogut A, Gulle S, Can D, Ertan P, Yuksel H. Sleep quality and depression-anxiety in mothers of children with two chronic respiratory diseases: asthma and cystic fibrosis. *J Cyst Fibros*. 2008; 7(6):495-500.
24. Meltzer LJ, Mindell JA. Impact of a child's chronic illness on maternal sleep and daytime functioning. *Arch Intern Med*. 2006; 166(16):1749-55.
25. Ozkaya E, Cetin M, Uğurad Z, Samanci N. Evaluation of family functioning and anxiety-depression parameters in mothers of children with asthma. *Allergol Immunopathol*. 2010; 38(1):25-30.
26. P.E. Muñoz Rodríguez. Epidemiología de los trastornos mentales. En: Vallejo Ruiloba Julio, coordinador y director. *Tratado de Psiquiatría*. 2da ed. Barcelona: Marban; 2012 p. 496-521.





ANEXO N°1
EL PROYECTO

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana



PROYECTO DE INVESTIGACIÓN DE TESIS

Título: “Relación entre el nivel de ansiedad y calidad de sueño de las madres de los niños hospitalizados en el servicio de pediatría en el Hospital Goyeneche - octubre a noviembre del 2016.”

Autor: Mauricio Alejandro Franco Romaní

Asesor: Christian José Vargas Lazo

Arequipa - Perú

2016

I. PREÁMBULO:

La Ansiedad es una respuesta al estrés o peligro que siente la persona a un determinado elemento desencadenante; es así, que el estado mental de esa persona puede verse afectado, por diversas condiciones, una de estas es el hecho de convertirse en madre, ya que la madre siente afecto y responsabilidad de su hijo.

El ser humano de sexo femenino en el momento en que se convierte madre sufre diversos cambios a nivel psicológico y biológico, dichos cambios psicológicos se dan debido a la relación afectiva que desarrolla la madre con su hijo, y es así durante el cuidado del hijo que la madre pasa por diversas adversidades.

Es así, que una de las adversidades que es cuando su hijo presenta el desarrollo de una enfermedad la cual requiere un máximo de cuidado y atención urgente, la cual conlleva a que el menor (hijo) debe ser hospitalizado; situación que conlleva a que la madre pueda verse afectada tanto en su sueño como exacerbar su respuesta a la situación que atraviesa, es decir, se presenta la ansiedad en las madres de los niños hospitalizados.

Durante el curso de mi año de internado pude notar que, hay cierto sobreesfuerzo que realiza la madre al cuidar de su hijo, cabe recordar que el ser humano en sus primeros años de vida es propenso a enfermarse frecuentemente, por lo que dicha situación preocupa a la madre, llegando a alterar su estado mental dicha actividad además de repercutir en su sueño -llegando a dormir menos horas.

Al poder observar constantemente dicho escenario en las madres de los niños hospitalizados nace mi duda, es decir, si existe alguna alteración a nivel del sueño en las madres, además si su respuesta al estrés es de manera adecuada o se encuentra elevada.

Por otro lado deseo saber si existe relación entre la calidad de sueño que presenta la madre y el nivel de ansiedad que presente la madre, ya que el no poder dormir tiene efectos secundarios a nivel de la psique del ser humano; por ello, me urge investigar sobre la calidad de sueño y el nivel de ansiedad en las madres, estableciendo si existe relación entre ellos y si están relacionados a diversas características epidemiológicas.

II. PLANTEAMIENTO TEORICO:

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:

1.1. Enunciado del Problema.

¿Existe una relación entre el nivel de ansiedad y calidad de sueño de las madres de los niños hospitalizados en el servicio de pediatría en el hospital Goyeneche - octubre a noviembre del 2016?

1.2. Descripción del Problema.

a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Psiquiatría
- Línea: Ansiedad y calidad de sueño.

1.3. Análisis de Variables:

1.3.1 Variables Intervinientes:

Variable	Indicador	Unidad / Categoría	Escala
Nivel de Ansiedad	Escala STAI	Puntaje	Razón.
Calidad de Sueño	Índice de calidad de sueño de Pittsburg	Puntaje	Razón.

1.3.2 Variables Independientes:

Variable	Indicador	Unidad / Categoría	Escala
Características epidemiológicas	Edad	Años	Razón
	Edad del niño	Años	Razón
	Ocupación	Clasificación Internacional de la ocupación	Nominal
	Dependencia del trabajo	Independiente Dependiente	Nominal
	Número de Hijos	1, 2, 3,4....	Razón
	Vive actualmente con la pareja	Si No	Nominal
	Orden del hijo hospitalizado según nacimiento	Primero Segundo Tercero	Nominal

	Estado Civil	Soltera Casada Viuda Conviviente	Nominal
	Nivel Económico	Mayor de 9,500. (Clase NSA). 2,400 a 9499. (Clase NSB). 1,300 a 2399 (Clase NSC). 850 a 1299 (Clase NSD). 600 a 849 (Clase NSE) Ingreso mensual menor de 600.	Nominal
	Numero de hospitalizaciones en el último año	Ninguna vez Primera vez Segunda vez Tercera vez 4 veces a mas	Nominal

1.4. Interrogantes básicas.

1. ¿Cuál es el nivel de ansiedad de las madres de los niños hospitalizados?
2. ¿Cuál es la calidad de sueño de las madres de los niños hospitalizados?
3. ¿Existe relación entre el nivel de ansiedad y la calidad de sueño de las madres de los niños hospitalizados?

4. ¿Cuáles son las características epidemiológicas madres de los niños hospitalizados?
5. ¿Existe asociación entre la calidad de sueño y nivel de ansiedad con las características epidemiológicas?

1.5. Tipo de investigación:

Transversal-Relacional.

1.6. Justificación del problema

Cuando en la familia uno de los hijos (niños) presenta algún problema en el que se ve afectada su salud, genera cierto estado de tensión emocional a nivel del ambiente familiar. Dichos cambios en uno de los integrantes de la familia, específicamente en la madre de familia, pueden tener repercusiones a nivel de su estado de salud mental y predisponerla a trastornos de ansiedad.

El presente estudio presenta **relevancia social**, ya que es un problema humano en el cual se ve implicada la relación madre-hijo, debido a que se encuentra en riesgo la salud mental de la madre cuando se enferma su hijo y por ende mediante la aplicación de test podría hacerse un screening de la salud mental en relación al manejo de la ansiedad y detectar problemas del sueño, permitiéndonos manejarlos de manera más temprana y rápida.

El estudio tiene **relevancia científica** debido a que se podría demostrar que mediante el uso de las entrevistas para detectar la presencia de alteración a nivel del sueño o la respuesta biológica de la ansiedad, con dicha detección se podría ahondar en la búsqueda de trastornos del sueño y de la ansiedad, y si es factible establecer una relación entre ambos.

El estudio tiene **validez contemporánea** debido a que actualmente se está dando importancia en contraste a años anteriores a las enfermedades de índole psiquiátrico como la depresión en este caso entrarían en vigencia los trastornos de la ansiedad, otro problema que agarra vigencia son los problemas del sueño que a la larga tiene repercusiones en el desarrollo de actividades y el estado anímico. Que probablemente puedan estar relacionados entre sí.

El estudio es **factible** debido a que se puede desarrollar de manera rápida, ya que se entrevistará a las madres cuando sus hijos sean hospitalizados en el servicio de pediatría, la misma que se realizará mediante las encuestas, con las cuales se podrá recopilar información y así poder comparar entre los resultados obtenidos.

El estudio es de **carácter original**, ya que anteriormente no se han tocado estos temas a nivel de las madres en el hospital Goyeneche, y por el momento no se han desarrollado estudios respecto a nivel de Arequipa que vinculen dichos temas.

Es de **interés personal** el desarrollar este estudio, debido a que se nota cierta demanda insatisfecha de sueño en las madres de los niños hospitalizados en el servicio de Pediatría del Hospital Goyeneche; además, se observa que las madres presentan de manera usual conductas de riesgo en cuestión de relación al manejo del estrés, los cuales deseo estudiar y si es posible establecer una relación entre los últimos mencionados.

2. MARCO CONCEPTUAL.

2.1.-ANSIEDAD.

2.1.1.- DEFINICIÓN.- La ansiedad es un estado anímico el cual es respuesta a una reacción adversa, la Asociación americana de Psiquiatría y psicología tomando en base la Enciclopedia de Psicología de Alan E. Kazdin PhD. llega a definirla como una emoción caracterizada por la sensación de tensión , preocupaciones y cambios físicos como el aumento de la presión arterial. Personas que padecen de trastornos de ansiedad usualmente recurren en pensamientos intrusivos. Además de presentar dichos pensamientos se acompañan de síntomas físicos como: agitación, mareos, palpitaciones. Esta respuesta en exceso puede llegar a ser nociva, llegando a comprometer el estado anímico, y por último conduciendo a los trastorno de ansiedad.

El estado mental de miedo se acompaña de cambios fisiológicos que preparan para esta defensa o huida, como son el aumento de la frecuencia cardíaca, la presión arterial, la respiración y la tensión muscular, sumando al aumento de la actividad simpática (temblor,

poliuria, diarrea). Todos estos cambios son respuestas normales ante situaciones de estrés.

2.1.2-NEUROBIOLOGIA DE LA ANSIEDAD: El sistema neuronal ha sido establecido de manera temprana durante el desarrollo del ser humano como especie debido a que este se encarga de la respuesta o reacción ante situación de lucha, huida, alimentación y actividad sexual, además de estar correlacionado con las emociones como cólera, miedo, ansiedad y amor. Dicho sistema se conoce como el sistema límbico compuesto por la amígdala y el locus ceruleus entre otros (1,2).

El sistema límbico está compuesto por lo siguiente:

- **Amígdala:** Estructura ubicada en el lóbulo temporal que regula las reacciones de alarma, miedo y la ansiedad. Envía conexiones a la corteza prefrontal y sensorial, hipocampo, corteza olfatoria, estriatum, núcleo acumbens (dicho núcleo está implicado en el “habito de la recompensa”), núcleos de la estría terminalis (rol importante en el manejo del condicionamiento), hipotálamo, tálamo; y además, a estructuras del tallo como los núcleos dorsales del vago (que ejercen control a nivel cardiovascular), los núcleos parabranciales (regulación de la respiración), el locus ceruleus y el área tegmental ventral (1,3).
- **Locus Ceruleus:** Está ubicado en el cuarto ventrículo conteniendo el mayor acumulo de norepinefrina a nivel encefálico, es regulado a través de receptores GABA, serotonina, VIP, sustancia P y acetilcolina. El locus recibe información tanto interoceptiva como exteroceptiva, dicha información es procesada y es mandada a los demás centros para la respuesta al miedo y ansiedad (1,3).
- **Tálamo:** Se localiza a nivel diencefálico y se encarga del control y la señalización de los estímulos ambientales a la corteza; en dichas situaciones de peligro manda las señales hacia la amígdala (1,2).
- **Hipotálamo:** Es un complejo de núcleos y el segundo componente del Diencefalo, localizado rostralmente desde la región óptica hasta los cuerpos mamilares. Se encarga de la activación del sistema simpático y liberación neuroendocrina y neuropeptídica (1,2).

- Substancia Gris Periacueductal: Está ligada a la respuesta de miedo, manifestándose como un comportamiento defensivo.
- Hipocampo: Tiene alta densidad de receptores 5HT-1A y se cree juega un papel importante en la ansiedad tomando en cuenta que los agonistas de estos receptores como la buspirona logran controlarla. Sirve de puente entre las estructuras límbicas y la corteza sensorial (3).
- Corteza Orbitofrontal: Es un lugar donde recibe información sensorial generada por eventos emocionales significativos. Se estudió su alta concentración de receptores de tipo 5HT, por lo que se le vincula al estado emocional (2).

2.1.3.-MECANISMOS BIOQUÍMICOS INVOLUCRADOS EN LOS TRASTORNOS DE LA ANSIEDAD:

Dado ya descrito como funciona el sistema de respuesta al estrés y la ansiedad, Los pacientes que desarrollan trastornos de ansiedad presentan diversos cambios bioquímicos, los cuales llevan a un mal control y respuesta al estado del peligro:

- Hiperactividad Adrenérgica: Se observa que hay una mayor producción a nivel de noradrenalina en el sistema límbico, conjuntamente con la hipersensibilización de los receptores beta adrenérgicos (3,14).
- Hiposensibilidad de los receptores GABA- Benzodiacepinicos: Debido al efecto que tienen los ansiolíticos, se intuye que a nivel del sistema límbico existe los receptores GABA A y B los cuales tienen efectos sobre el desarrollo de los trastornos de ansiedad (3,14).
- Disfunción Serotoninérgica: Se ha encontrado que la serotonina interviene mucho en el desarrollo de los trastornos de pánico, fobia social y trastorno obsesivo-compulsivo. Sin embargo, no hay explicación definitiva si es un exceso o un déficit; los receptores afectados son: 5HT, 1A, 2A, 2C, 1D. Se postula la actividad hiperserotoninergica debido a que sustancias que liberan gran cantidad de serotonina, otros postulan que a nivel del locus ceruleus hay una disminución del nivel de serotonina traduciéndose en síntomas de ansiedad excesiva.

- **Disfunción del factor liberador de corticotropina:** El factor liberador de corticotropina que se encuentra presente en todo el sistema límbico, se encuentran receptores de corticotropinas en áreas extrahipotálamicas. Durante investigaciones si se dan infusión de CRF en los ventrículos cerebrales de la rata se da aumento de presión arterial, taquicardia, aumento en la secreción de noradrenalina y adrenalina. Paradójicamente si este compuesto se inyecta EV no genera los mismos cambios (2, 3,14).
- **Hipersensibilidad de los receptores de Colecistoquinina:** Nutt y Forshall en su investigación sobre el trastorno de ansiedad: Genesis y manejo, Inferen que el neurotransmisor de Colecistoquinina tipo b se encuentra mayor sobre expresado en pacientes con ataques de pánico en contraste que los controles sanos.

2.1.4.-FACTOR PREDISONENTES Y DESENCADENANTES EN TRASTORNOS DE ANSIEDAD:

- **Acontecimientos de la vida:** Diversos estudios buscan presentar la relación de un evento determinante para la génesis de un trastorno de ansiedad sin embargo se encuentran estudios contradictorios no concluyentes, por eso su rol no está definido (2,3).
- **Traumas Infantiles:** Los acontecimientos traumáticos a una edad infantil si han llegado a ser determinantes en la predisposición a trastornos de ansiedad en la vida adulta. Dichos eventos incluyen: orfandad, separación de los padres, alcoholismo y violencia de los progenitores (2, 3).
- **Ansiedad por separación:** Aquellos niños que padecen el cuadro de ansiedad por separación presentan los cambios neurobiológicos como la del trastorno de angustia en el adulto
- **Cannabis:** Aquellos pacientes dependientes cannabis presentaron a una edad más frecuentes trastornos de angustia generalizada que las otras personas (2,3).
- **Tabaco:** Tres estudios presentan que aquellos adolescentes que consumen tabaco de manera más temprana presentan trastornos de angustia de una manera más temprano (2,3).

- **Prolapso de válvula mitral:** Un metanálisis de 21 estudios ve que en los pacientes con trastorno de angustia, se puede observar la presencia de patología cardíaca grave con repercusiones a la larga (2, 3).

2.1.5.-ANSIEDAD EN MADRES O PUERPERAS: Durante el embarazo se producen diversos cambios fisiológicos a nivel del cuerpo, Posteriormente después del parto la mujer es susceptible a desordenes de tipo psiquiátricos como por ejemplo la depresión postparto (18,24). Laura Vismaraen su estudio sobre “Estrés Perinatal de los padre, ansiedad y resultados en la depresión en las madres y padres primerizos: Un seguimiento de 3 a 6 meses después del parto” encontró que la depresión post parto se da con más frecuencia en madres adultas, según por lo que encontraron debido al rol importante que lleva en la familia (24).

Es en este periodo donde se describe pero no muy frecuente un aumento de ansiedad debido a la reacción materna en relación al hijo. Por lo cual algunos autores recomiendan control sobre esto en sus controles posteriores al dar a luz, en el estudio encontrado el seguimiento de pacientes madres que presentaron síntomas de depresión o ansiedad, persistieron con los síntomas en el tiempo sugiriendo inclusive el inicio de trastornos psiquiátricos propiamente dichos (21,24).

Otro determinante en la generación de ansiedad y calidad del sueño son la enfermedades crónicas como el asma, fibrosis quística o el control de la enfermedad, cabe darle importancia ya que las enfermedades crónicas presentan reactivación en su evolución por lo que puede causar consultas frecuentes en consultorio externo o emergencia influyendo en la salud mental materna (18,19,20).

Durante la revisión bibliográfica se encontró que la mayoría de estudios busco desordenes o alteraciones de tipo mental en mamas de pacientes hospitalizados ya sea estos en el departamento de pediatría pero siendo mayormente enfocados en el servicio de UCI neonatal (5, 25).

2.1.6.-TRASTORNOS DE ANSIEDAD: Los trastornos de ansiedad han variado conforme al tiempo, actualmente se clasifican según el DSM-V y el CIE 10 (6,7):

DSM-V	CIE 10
<p>En el DSM-V Se separan los trastornos obsesivos- compulsivos y trastornos relacionados al trauma del grupo grande de trastornos de ansiedad (11):</p> <p>1: Trastornos de ansiedad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 309.21: Trastorno de ansiedad por separación. • 313.23: Mutismo Selectivo. • 300.29: Fobia Especifica • 300.23: Trastorno de ansiedad social. • 300.01: Trastorno de pánico. • 300.22: Agorafobia. • 300.02: Ansiedad generalizada. • 293.84: Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica. • 300.09: Otro trastorno de ansiedad especificado. • 300.00: Otro trastorno de ansiedad no especificado <p>2: Trastorno Obsesivo-Compulsivo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 300.3: Trastorno Obsesivo-Compulsivo. • 300.7: Trastorno Dismórfico Corporal. • 300.3: Trastorno de Acumulacion. 	<ul style="list-style-type: none"> • F40-F48: Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos. • F40; Trastornos de ansiedad fóbica • F40.0 Agorafobia: .00 Sin trastorno de pánico y .01 Con trastorno de pánico • F40.1 Fobias sociales • F40.2 Fobias específicas (aisladas) • F40.8 Otros trastornos de ansiedad fóbica • F40.9 Trastorno de ansiedad fóbica sin especificación • F41 Otros trastornos de ansiedad • F41.0 Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica): .00 Moderado y .01 Grave • F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada • F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo • F41.3 Otro trastorno mixto de ansiedad • F41.8 Otros trastornos de ansiedad especificados • F41.9 Otros trastornos de ansiedad sin especificación.

<ul style="list-style-type: none"> • 312.39: Tricotilomania. • 698.4: Trastorno de excoriación. • 294.8: Trastorno obsesivo-compulsivo debido a otra afección médica. • 300.3: Otros Trastornos obsesivos-compulsivos específicos • 300.3: Trastornos obsesivos-compulsivos no especificado. <p>3: Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 313.89: Trastorno de apego reactivo. • 313.89: Trastorno de relación social desinhibida. • 309.81: Trastorno de estrés postraumático. • 308.3: Trastorno de estrés agudo. • 309.0: Trastorno de adaptación. 	<ul style="list-style-type: none"> • F42 Trastorno obsesivo-compulsivo • F42.0 Con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas • F42.1 Con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos) • F42.2 Con mezcla de pensamientos y actos obsesivos • F42.8 Otros trastornos obsesivo-compulsivos • F42.9 Trastorno obsesivo-compulsivo sin especificación
--	--

Los trastornos de ansiedad son los que comparten características principales de miedo y ansiedad de manera excesiva, así como alteraciones conductuales asociadas. El miedo es una respuesta emocional a una amenaza inminente, mientras que la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura. En cierta manera se puede solapar dichas respuestas. Los trastornos de ansiedad reconocidos por el DSM-V son los siguientes (7,11):

- ❖ **TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN:** Es aquel trastorno de ansiedad que es más frecuente en niños que se caracteriza por la separación de la persona a la cual le tiene mucho apego el cual causa síntomas somáticos excesivos. Dependiendo de la edad del paciente puede llegar experimentar miedo a cierto tipo de cosas (2,9).

Criterios DSM-V (7):

A) Miedo o ansiedad excesiva para el nivel de desarrollo del individuo relacionada a la separación de aquellas personas por las que siente apego puesta al manifiesto las siguientes características:

- Malestar excesivo o recurrente cuando se prevé, o se vive una separación del hogar o de las figuras de mayor apego.
- Preocupación excesiva o persistente por la posible pérdida de figura de mayor apego o de las que puedan sufrir un posible daño o muerte.
- Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso cause separación de una figura de gran apego.
- Resistencia o rechazo persistente a salir lejos de casa o la escuela o trabajo por miedo a la separación.
- Miedo excesivo y persistente a estar solo o sin las figuras de mayor apego en casa o en ciertos lugares.
- Resistencia o rechazo persistente a dormir fuera de casa o a dormir sin estar cerca de una figura de gran apego.
- Pesadillas repetitivas sobre el tema de separación.
- Quejas repetidas de síntomas físicos cuando se prevé la separación de figuras de mayor apego.

B) El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente dura al menos 4 semanas en niños y adolescentes, en adultos 6 meses a mas

C) La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico o laboral.

D) La alteración no se explica por otro trastorno mental, como rechazo a irse de casa, trastornos psicóticos, rechazo sin salir con alguien de confianza en la agorafobia.

Criterios CIE-10 (6):

El rasgo Diagnóstico clave es una ansiedad excesiva y centrada en la separación de individuos con los que el niño está vinculado (por lo general, los padres u otros miembros de la familia) y no es simplemente parte de una ansiedad generalizada ante múltiples situaciones posibles. La ansiedad de separación puede presentarse como:

- A) Preocupación injustificada a posibles daños que pudieran acaecer a personas significativas o temor a que alguna de éstas le abordara.
- B) Preocupación injustificada a que un acontecimiento adverso le separe de una persona significativa (como, por ejemplo, poder perderse, ser secuestrado, ingresado en un hospital o asesinado).
- C) Desagrado o rechazo persistente a ir al colegio por el temor a la separación (más que por otras razones, como miedo a algo que pudiere suceder en el colegio).
- D) Desagrado o rechazo persistente a irse a la cama sin compañía o cercanía de alguna persona significativa.
- E) Temor inadecuado y persistente a estar solo, o sin la persona significativa, en casa durante el día.
- F) Pesadillas reiteradas sobre la separación.
- G) Síntomas somáticos reiterados (tales como náuseas, gastralgias, cefaleas o vómitos) en situaciones que implican la separación de una persona significativa, tal y como salir de casa para ir al colegio.
- H) Malestar excesivo y recurrente (en forma de ansiedad, llantos, rabietas, tristeza, apatía o retraimiento social) en anticipación, durante o inmediatamente después de la separación de una figura de vínculo importante.

El diagnóstico se basa en la justificación de que el módulo común a las diversas situaciones en las que surge la ansiedad es la separación de una persona muy cercana al paciente. La angustia correlacionada con el rechazo (o fobia) escolar suele ser expresión de una ansiedad de separación, aunque no siempre se da esto (particularmente en la adolescencia). El rechazo escolar que aparece por primera vez en la adolescencia no debe codificarse aquí a menos que: a) sea primariamente una expresión de una ansiedad de separación y b) que la ansiedad estuviera ya presente en un grado anormal durante la etapa preescolar. Si no se satisfacen estas pautas, el síndrome debe ser codificado de acuerdo con alguna de las categorías F93 ó F40-F49.

- ❖ **MUTISMO SELECTIVO:** Se caracteriza por la frustración que se genera para hablar en situaciones específicas es relacionado con la timidez excesiva, miedo a la humillación social, aislamiento y retraimiento social y pegarse a otros

comportamientos como el negativismo. El niño no carece de habilidades lingüísticas para expresarse (2,9).

Criterios DSM-V(7):

- A) Fracaso constante para hablar en situaciones sociales específicas en las que existe expectativa para hablar a pesar de hacerlo en otras situaciones.
- B) La alteración interfiere con los logros educativos o laborales o en la comunicación social.
- C) La duración de la alteración es como mínimo un mes.
- D) El fracaso para hablar no se puede atribuir a falta de conocimiento o a la comodidad del lenguaje hablado necesario en la situación social.
- E) La alteración no se explica por un trastorno de la comunicación y no se produce exclusivamente durante el curso de un trastorno autista, esquizofrenia u otro trastorno psicótico.

Criterios CIE-10(6):

El diagnóstico presupone:

- A) Nivel de comprensión del lenguaje normal o casi normal.
- B) Capacidad de expresión del lenguaje que es suficiente para la comunicación social.
- C) Presencia demostrables de que el enfermo puede hablar, y si habla normalmente o casi normalmente, en algunas situaciones concretas.

El diagnóstico requiere que el trastorno del lenguaje sea persistente y que haya constancias y posibilidad de predecir las situaciones en las que la expresión oral tiene lugar o no. Se encuentran además alteraciones emocionales como: hipersensibilidad social, ansiedad social y retraimiento social.

- ❖ **FOBIA ESPECÍFICA:** El trastorno se caracteriza por el miedo que se genera a cierta situación u objeto que causa miedo o una ansiedad excesiva. Dichos cuadros fóbicos se pueden encontrar varios en el mismo paciente. (4,9).

Criterios DSM-V(7):

- A) Miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica.
- B) El objeto o situación fóbica casi siempre provoca miedo o ansiedad inmediata.

- C) El objeto o situación fóbica se evita o resiste activamente con miedo o ansiedad intensa.
- D) El miedo o ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantea el objeto o situación específica y al contexto sociocultural.
- E) El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente y dura típicamente seis o más meses.
- F) El miedo, ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- G) La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el miedo, la ansiedad y la evitación de situaciones asociadas a síntomas tipo pánico u otros síntomas asociadas a síntomas de pánico.

Criterios CIE-10(6):

- A) Los síntomas psicológicos o vegetativos, son manifestaciones primarias de la ansiedad y no secundarias a otros síntomas como, por ejemplo, ideas delirantes u obsesivas.
- B) Esta ansiedad se limita a la presencia de objetos o situaciones fóbicas específicos.
- C) Estas situaciones son evitadas, en la medida de lo posible.
Incluye: Zoosfobias, claustrofobia, aerofobia, fobia a los exámenes, fobia simple.

Diagnóstico Diferencial:

Se debe enfatizar que de lo que presenta el paciente sea diferente a lo que sucede en la agorafobia y en las fobias sociales, están ausentes otros síntomas psiquiátricos. Las fobias a lesiones sangrantes suelen acompañarse de bradicardia y síncope. Los temores específicos a enfermedades específicas como: el cáncer, cardiopatías o infecciones venéreas, deben ser categorizadas en el trastorno hipocondriaco (F45.2), a menos que hagan referencia a las situaciones específicas en las que pudiera contraerse la enfermedad. Si la autosugestión de enfermedad adquiriese una intensidad de tipo delirante, debe de clasificarse en trastorno de ideas delirantes persistente (F22.0). Los enfermos que están inclinados que tienen una imperfección de una parte o partes concretas específicas del cuerpo, que no son objetivas deben clasificarse en trastorno

hipocondríaco (F45.2) o trastorno de ideas delirantes (F22.0), dependiendo de la intensidad y persistencia de su convicción.

- ❖ **TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL:** Este trastorno se caracteriza por el miedo excesivo o la ansiedad que se genera en el paciente ante situaciones sociales en las cuales el individuo se cree expuesto y vulnerable. Suelen ir relacionados con los excesivamente sumisos o asertivos (2,9).

Criterios DSM-V(7):

- A) Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Ejemplo: Interacciones sociales.
- B) El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar ciertos síntomas de ansiedad que se valoren negativamente.
- C) Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad.
- D) Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.
- E) El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real plantada por la situación social al contexto sociocultural.
- F) El miedo, la ansiedad o la evitación es permiten y dura típicamente seis o más meses.
- G) El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento
- H) El miedo, la ansiedad o la evitación no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia ni otra afección médica.
- D) El miedo, la ansiedad o evitación no se explican mejor por los síntomas de otros trastornos mentales como de pánico, dismórfico corporal o espectro autista.
- J) Si existe otra enfermedad de otra índole que no explique el cuadro.

Criterios CIE-10 (6):

- A) Los síntomas psicológicos, comportamentales o vegetativos, son manifestaciones primarias de la ansiedad y no secundarias a otros síntomas como por ejemplo ideas delirantes u obsesivas.
- B) Esta ansiedad se limita o predomina en situaciones sociales concretas y determinadas.
- C) La situación fóbica es evitada cuando ello es posible.

Diagnóstico Diferencial:

Entre los diagnósticos diferenciales existe los trastornos de agorafobia y depresión, si el paciente está recluido en su hogar busca si no existe la presencia de fobia a otra situación específica que no sea la social. Con respecto de los síntomas depresivos pueden llegar a confundirse, por lo cual se verifica si presentara el paciente los síntomas de la depresión de manera fluida.

- ❖ **TRASTORNO DE PÁNICO:** Se trata de ataques de respuesta excesiva simpática la cual se refiere como síntomas de carácter excesivo de forma súbita, las personas que padecen trastornos de pánico suelen sentir cierto temor o ansiedad a ciertas situaciones o esperan los resultados catastróficos en su quehacer diario (3,9).

Criterios DSM-V(7):

A) Ataques de pánico imprevistos recurrentes. Un ataque de pánico es la aparición súbita de miedo intenso o malestar que alcanza su máxima expresión en minutos con 4 o más de las siguientes características:

- Palpitaciones.
- Sudoración.
- Temblor
- Sensación de dificultad para respirar.
- Sensación de ahogo.
- Dolor o molestias en el tórax.
- Náuseas o malestar abdominal.
- Sensación de mareo.
- Escalofríos.
- Parestesias.
- Desrealización.
- Miedo a perder el control.
- Miedo a morir

B) Al menos uno de los ataques le ha seguido al mes uno o los dos hechos siguientes:

- Inquietud o preocupación continua acerca de otros ataques de pánico o de sus consecuencias.

- Un cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques (ejemplo comportamientos destinados a evitar los ataques de pánico).
- C) La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (droga o medicamentos) ni otra afección médica (hipertiroidismo, trastorno cardiopulmonares).
- D) La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (los ataques de pánico no se producen únicamente en respuesta a situaciones sociales temidas, como en el trastorno de ansiedad social, o en respuesta a ciertas situaciones específicas como en la fobia específica, o en respuesta a las obsesiones con el trastorno obsesivo compulsivo).

Criterios CIE 10(6):

Para un diagnóstico definitivo deben de presentarse varios ataques graves de ansiedad vegetativa al menos durante el periodo de un mes:

- A) En circunstancias en las que no hay un peligro objetivo.
- B) No deben presentarse sólo en situaciones conocidas o previsibles.
- C) En el periodo entre las crisis el individuo debe además estar relativamente libre de ansiedad aunque es frecuente la ansiedad anticipatoria leve.

Incluye: ataques de pánico, estados de pánico.

Diagnóstico Diferencial:

Los episodios de pánico deben diferenciarse de las crisis de pánico que se presentan en los trastornos fóbicos específicos, como ya se ha mencionado. Las crisis de pánico pueden ser secundarias a un trastorno depresivo, dicha situación se suele observar en los varones. Trastorno de pánico no debe ser el diagnóstico principal si concomitantemente se cumplen las pautas de trastorno depresivo.

- ❖ **AGORAFOBIA:** Se caracteriza por el miedo excesivo que se genera en el individuo por salir de casa, en situaciones de espacios abiertos; siendo incluso en los casos más graves que se queden confinados en el hogar (3,9).

Criterios DSM-V (7):

- A) Miedo o ansiedad intensa acerca de dos o más de las cinco situaciones siguientes:
- B) El individuo teme o evita estas situaciones debido a la idea de que escapar podría ser difícil o podría no disponer de ayuda si aparecen síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes o embarazosos.
- C) Las situaciones agorafóbicas casi siempre provocan miedo o ansiedad.
- D) Las situaciones agorafóbicas se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se resisten con miedo o ansiedad intensa.
- E) El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantean situaciones agorafóbicas y al contexto sociocultural.
- F) El miedo, la ansiedad o la evitación es continuo, y dura típicamente seis o más meses.
- G) El miedo, la ansiedad o la evitación causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- H) Si existe otra afección médica (enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad de parkinson), el miedo, la ansiedad o la evitación es claramente excesiva.
- I) El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por otro trastorno mental como la fobia específica, la fobia social o no están relacionados con los trastornos obsesivos compulsivos o los dismórficos.

Criterios CIE-10(6):

- A) Los síntomas, psicológicos o vegetativos, son manifestaciones primarias de ansiedad y no secundarias a otros síntomas, como por ejemplo ideas delirantes u obsesivas.
- B) Esta ansiedad se limita o predomina en al menos dos de las siguientes situaciones: multitudes, lugares públicos, viajar lejos de casa o viajar solo.
- C) La evitación de la situación fóbica es, o ha sido, una característica destacada.

Diagnóstico Diferencial:

Los pacientes con agorafobia experimentan poca ansiedad debida que evitan su desencadenante. La existencia de otras manifestaciones como la depresión, despersonalización, síntomas obsesivos y fobias sociales no descarta el diagnóstico, con tal de que no primen en el cuadro clínico. Existe la posibilidad que si el enfermo ya estaba presentando un cuadro de depresión cuando aparecen los síntomas fóbicos

es más adecuado que el trastorno sea depresivo. La presencia o ausencia de trastorno de pánico (F41.0), en la situación que induce la agorafobia en la mayoría de los casos puede ser recogida como parte de la clínica.

- ❖ **TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA:** Asociados a la tensión muscular pueden aparecer temblores, contracciones nerviosas, inestabilidad y molestias musculares o dolor. Además personas que sufren este trastorno de ansiedad generalizada experimentan síntomas somáticos, con una exacerbación de síntomas del tipo simpático y para simpático (3,9).

Criterios DSM-V (7):

- A) Ansiedad y/o preocupación excesiva, que se produce durante mas días de los que ha estado ausente durante un mínimo de 6 meses, en relación con diversos sucesos o actividades (actividad laboral).
- B) Al individuo le es difícil controlar la preocupación.
- C) La ansiedad o preocupación se asocian a tres o más de los siguientes síntomas que han persistido durante mas días de los que han estado ausente durante los últimos 6 meses:
- Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
 - Facilidad para fatigarse.
 - Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
 - Irritabilidad.
 - Tensión muscular.
 - Problemas de sueño.
- D) La ansiedad, preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras aéreas del funcionamiento.
- E) La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o una droga ni a otra afección médica.
- F) La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental ejemplo: trastorno de pánico, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, sensación de figura de apego.

Criterios CIE 10(6):

El afectado debe tener síntomas de ansiedad la mayor parte de los días durante al menos varias semanas seguidas. Entre ellos deben estar presentes rasgos de:

A) Aprensión (preocupaciones acerca de calamidades venideras, sentirse “a límite”. Dificultades de concentración, etc.).

B) Tensión muscular (agitación e inquietud psicomotrices, cefaleas de tensión, temblores, incapacidad de relajarse).

C) Hiperactividad vegetativa (mareos, sudoración, taquicardia o taquipnea, molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca, etc.)

En los niños suelen ser llamativas la necesidad constante de seguridad y las quejas somáticas recurrentes.

La presencia transitoria (durante pocos días seguidos) de otros síntomas, en particular de depresión, no descarta un diagnóstico principal de trastorno de ansiedad generalizada, pero no deben satisfacerse las pautas de episodio depresivo (F32.-), trastorno de ansiedad fóbica (F40.-), trastorno de pánico (F41.0) o trastorno obsesivo-compulsivo (F42.-).

❖ **TRASTORNO DE ANSIEDAD INDUCIDO POR SUSTANCIAS:** El pánico o la ansiedad pueden aparecer asociados a la intoxicación con los siguientes tipos de sustancias, entre ellos están: alcohol, cafeína, cannabis, fenciclidina, alucinógenos, inhalantes, estimulantes (incluida la cocaína) y otras sustancias que llegan a ser desconocidas. Dichos síntomas también pueden manifestarse cuando se retiran algunas clases de sustancias como el alcohol, opiáceas, sedantes, hipnóticas, ansiolíticas, estimulantes como la cocaína y otras sustancias desconocidas. Entre los medicamentos que pueden causar dicho cuadro son: anestésicos, analgésicos, simpaticomiméticos, anticolinérgicos, insulina, anticonceptivos orales, antihistamínicos, antiparkinsonianos, corticoesteroides, antihipertensivos, cardiovasculares, anticonvulsivantes, carbonato de litio, antipsicóticos y antidepressivos.(3,7,9)

Criterios DSM-V(7):

A) Los ataques de pánico o la ansiedad predominan en el cuadro clínico.

B) Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración clínica, o los análisis del laboratorio de:

- Síntomas del criterio A desarrollados durante un poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición de un medicamento.

- La sustancia o medicamento implicado puede producir síntomas del criterio A
- C) El trastorno no se explica mejor por un trastorno de ansiedad no incluido por sustancias/medicamentos. Tal evidencia de un trastorno de ansiedad independiente puede incluir lo siguiente:
- Los síntomas anteceden al inicio del consumo de la sustancia o medicamento; los síntomas persisten durante un periodo importante después del cese de la abstinencia aguda o la intoxicación grave; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno de ansiedad independiente no inducido por sustancias o medicamentos.
- D) El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium.
- E) Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras aéreas del funcionamiento.

❖ **TRASTORNO DE ANSIEDAD DEBIDO A OTRA AFECCIÓN MEDICA:**

Diversos cuadros de carácter no psiquiátrico pueden generar un estado excesivo de ansiedad como por ejemplo: endocrino (hipertiroidismo, feocromocitoma, hipoglucemia, hiperadreno-cortisolismo), cardiovasculares (insuficiencia cardíaca congestiva, embolia pulmonar, arritmias, fibrilación auricular), respiratorios (EPOC, asma, neumonía), trastornos metabólicos (deficiencia de vitamina B 12, porfiria) y enfermedades neurológicas (neoplasias, disfunción vestibular, encefalitis, convulsiones)(3,7,9).

Criterios DSM-V(7):

- A) Los ataques de pánico o la ansiedad predominan en el cuadro clínico.
- B) Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis del laboratorio de que el trastorno es consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.
- C) La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental.
- D) La alteración no se produce exclusivamente durante el curso de delirium.
- E) La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras aéreas importantes del funcionamiento
- ❖ **OTRO TRASTORNO ANSIEDAD ESPECIFICADO:** En esta categoría están ubicados los cuadros en los que predominan los síntomas característicos de un trastorno de ansiedad y que afecta o causa un deterioro significativo en una

esfera social; sin embargo no llega a cumplir todos los criterios de diagnóstico de los previamente mencionados. Esta categoría se usa en situaciones en la que el médico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de un trastorno de ansiedad específico. Ejemplo: Ansiedad generalizada que no se produce en mayor número de días que en los que no está presente (7,9).

- ❖ **OTRO TRASTORNO DE ANSIEDAD NO ESPECIFICADO:** En esta categoría se aplica a los cuadros en las que priman los síntomas característicos de un trastorno de ansiedad que causan malestar significativo o compromiso en las esferas sociales pero no cumplen todos los criterios de ninguno de los anteriormente mencionados. Se utiliza este diagnóstico cuando el personal de salud decide por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno de ansiedad específico e incluye aquellas presentaciones donde no haya suficiente información para hacer un diagnóstico más dirigido (7,9).

2.1.7.- CUESTIONARIO SOBRE ANSIEDAD: Se han desarrollado diversos cuestionarios sobre ansiedad a través de los años. Por ejemplo se han desarrollado el test de Zung, el Test de Hamilton sobre ansiedad y depresión. La escala que usare en el presente estudio es la escala STAI.

El State-Trait Anxiety Inventory (STAI) es una encuesta creado con el fin de evaluar la ansiedad en dos aspectos, estado y rasgo. La primera versión fue creada entre los años 1964 y 1970 por Spielberger, Gorsuch y Lushene, en California, Estados Unidos.

Los resultados de la sub escala de ansiedad rasgo, fueron contrastados con otros ítems que evaluaban otras escalas como: MÁS de Taylor, ASQ de Cattell y Scheier y la escala de ansiedad de Gales, con los cuales se correlacionaron significativamente (8).

De la amplia cantidad de ítems que se usaron durante la investigación, se seleccionaron 20 ítems, los cuales se utilizaron para medir ambas dimensiones de la ansiedad, conformándose así la primera versión de STAI. Sin embargo, el administrar los mismos ítems para evaluar la ansiedad estado y rasgo trajo dificultades en el puntaje de la encuesta, por esta razón los desarrolladores decidieron seleccionar reactivos

específicos para medir cada dimensión de la ansiedad. De esta manera se formaron dos categorías, la primera parte para evaluar la ansiedad como estado (STAI-S) y la segunda parte designada a evaluar la ansiedad como rasgo (STAI-T), llamando a esta nueva versión del inventario STAI-X (8).

Para la creación de la sub escala rasgo se seleccionaron 20 ítems que tuvieran altas correlaciones con el MAS, ASQ y la Escala de Ansiedad de Gales (las cuales eran punto de referencia en aquella época) y que presentaran mayor estabilidad en el tiempo, y aquellos 20 elementos que tuvieran mayor consistencia interna y validez de la evaluación, en referencia al estado de ansiedad, fueron seleccionados para la sub escala STAI-S.

Posteriormente se llevó a cabo una actualización del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo versión X con el fin de mejorar los reactivos de ambas sub escalas. Además, se revisó nuevamente los ítems con el fin de separar o diferenciar las preguntas que se relacionaban con depresión (8).

A esta nueva revisión del inventario se le denominó STAI-Y y, al igual que su versión anterior, estuvo compuesto de 40 reactivos divididos de forma equitativa en dos sub escalas, la primera evaluó ansiedad como estado (STAI- S) y la segunda evaluó ansiedad como rasgo (STAI-T) (8).

Del mismo modo que la versión anterior, fue un inventario generado en forma de la graduación de likert de 4 puntas en el cual se mantuvo el formato de respuesta ya mencionado, tanto para el estado de ansiedad como para el rasgo de ansiedad (8).

Ansiedad Estado: se refiere a la graduación del estado del paciente. Dicho puede ser desde tranquilo hasta el nerviosismo; en otras palabras evalúa el estado ansioso basal del paciente. La sub escala de ansiedad estado, se conformó de 10 preguntas que revelaban que la ansiedad estaba presente al momento de la aplicación del inventario y 10 preguntas que indicaban la ausencia de ansiedad en dicho escenario. En

la puntuación se aumenta el puntaje de aquellas que manifiesten ansiedad y se restan aquellas que no dando igual a 0 como puntaje de equilibrio

Ansiedad Rasgo: Se le evalúa mediante las preguntas como reaccionarias el paciente a diversos estímulos, demostrando su predisposición a la ansiedad. La sub escala de ansiedad rasgo se conformó de 13 ítems que advertían la presencia de ansiedad como una característica estable y continua en la vida del sujeto y de nueve reactivos que apuntaron a la ausencia de ansiedad como característica propia del entrevistado.

2.2.-SUEÑO:

2.2.1.-DEFINICIÓN.- Estado de inconciencia que puede ser despertado mediante estímulos sensitivos u de otro tipo. Su falta puede llegar a ocasionar deterioro físico y cognitivo grave que puede llegar hasta la muerte. (10,12, 13) Kaplan menciona que el sueño es importante para la Psiquiatria debido a que la mayoría de los trastornos psiquiátricos presentan trastornos del sueño concomitantemente (9).

2.2.2.-FASES DE SUEÑO.- Cuando la persona duerme entra en 2 fases que se alternan. Las fases son: Sueño de ondas lentas y sueño de movimientos oculares rapidos (9).

- A. Sueño de ondas lentas: Se caracteriza por disminuir la presión arterial, metabolismo basal, y la frecuencia respiratoria, además en este periodo es donde más descansa el cuerpo, se producen sueños pero no se llega a recordarlos. (9) El sueño NREM presenta diversas fases las cuales se cambia constantemente durante la noche siendo la más frecuente la fase 2 que es la fase en la cual hay más reposo. (10,14)
- B. Sueño REM: Dura de 5 a 30 min, se caracteriza por tener movimientos activos, la frecuencia cardiaca y respiratoria se vuelve irregular, el encéfalo se encuentra con actividad cerebral como el estado vigía. En el electroencefalograma se registra gran actividad eléctrica llegándose a comparar con el estado vigía (10,14).

2.2.3.-DESENCADENANTE DEL SUEÑO.- Los centros neurales de la regulación del ritmo sueño-vigilia se agrupan en dos conjuntos.

- Las estructuras inductoras del sueño: El área preoptica ventrolateral del hipotálamo anterior funciona como “switch” del sueño. Dicha área posee neurotransmisores GABA y galanina. El inicio del sueño se ve afectado por las proyecciones GABAérgicas que se encargan de inhibir los sistemas promotores de la vigilia (10,14).
- Estructuras promotoras de la vigilia:
Cree que la zona de los núcleos del rafe en la mitad de la protuberancia y rafe medio envía prolongaciones al tálamo, hipotálamo, al sistema límbico y a la neocorteza cerebral. Dicha prolongación al momento de activar es capaz de generar el sueño (10,14).

El sueño también está regulado por el ritmo circadiano que está generado en el Núcleo supraquiasmático y sincronizado por células ganglionares de la retina por el haz retino-supraquiasmático. La hormona que posee rol principal es la melatonina que es la que se cree que induce el sueño (10).

2.2.4.-EFECTO FISIOLÓGICO DEL SUEÑO.- Diversos investigadores infiere que el sueño otorga una función restauradora y homeostática, además de intervenir en la termorregulación y la conservación de la energía para que sean normales (14). Se especula que el sueño se encarga de la actividad del sistema nervioso superior, debido a que es “recalibrado” este sistema, logrando mayor bienestar (8). Si el sueño es privado sobretodo el sueño REM se observa gran irritabilidad y el estar aletargado en los pacientes (14).

2.2.5.-TRASTORNOS DEL SUEÑO.- Se dividen en 4 grandes grupos: las parasomnias y las disomnias, Trastornos del sueño asociados a trastornos médicos y/o psiquiátricos, Trastornos del sueño en estudio (13). En la revisión chilena del 2014 no se encontró cambios en el DSM-5 sobre los trastornos del sueño (11) y en el texto de la APA no se encuentra cambios significativos en la clasificación (7)..

A. **Disomnias:** Son trastornos intrínsecos (cuya etiología está dentro del organismo); extrínsecos ocasionados por causas externas y las alteraciones de los ciclos circadianos que resultan de la distorsión sueño-vigilia. Las dos quejas más comunes y principales dentro de esta categoría son: el insomnio y el hiperinsomnio, que son síntomas y no constituyen un diagnóstico específico. Otras enfermedades en orden de frecuencia son la narcolepsia, síndrome de apnea obstructiva del sueño, Trastornos del ritmo circadiano

- El insomnio que es referido como el sueño insuficiente, puede ser de 3 tipos: de conciliación, irritabilidad e insomnio del despertar prematuro. Sobre el paciente con insomnia se debe indagar que actividad realiza antes de dormir o si tiene alguna condición alguna que le impide conciliar el sueño. Dentro de los criterios de insomnio no orgánico se encuentra: que el individuo manifieste la molestia de no poder dormir o incapacidad de conciliar el sueño por un tiempo mayor de un mes, que produzca un malestar en el actuar del día que llegue a afectar la vida en sus diversas áreas, se excluye otro trastorno del sueño, no se encuentra relacionado con otra enfermedad de índole psiquiátrico y no está sujeta a consumo de sustancias. En su manejo se puede usar benzodiacepinas y terapia no medica como la higiene del sueño (12).
- La hipersomnia se llama a un estado de somnolencia excesiva que puede corresponder a un trastorno del sueño cuando se presenta en momentos inapropiados e indeseables (el trabajo, actividades sociales o cuando se conducen automotores). La hipersomnia del tipo no orgánico es la tercera en frecuencia que causa hipersomnia (13). En sus criterios de diagnósticos se consideran la presencia de síntomas por más de 1 mes, malestar en áreas de vida del paciente por ejemplo laboral, Ausencia de otro trastorno del sueño, ausencia de un trastorno psiquiátrico y falta de consumo de sustancias productoras de sueño excesivo u condición fisiológica que atribuya a esto (cansancio) (14). Entre los síntomas que frecuentemente se asocian a la hipersomnia es el ronquido, que puede ser un signo cardinal del síndrome de apnea.

Del sueño, se presenta en más del 80% de estos pacientes y ocurre durante varios años antes de aparecer el síndrome antes mencionado. Se agrega a este cuadro los episodios de narcolepsia y catalepsia. El Diagnóstico de hiperinsomnio se da por presentar somnolencia más de un mes todos los días pese a dormir 8 horas (13,14, 15).

- **SAOS:** Se caracteriza por periodos de obstrucción funcional de las vías aéreas superiores durante el sueño que provocan desaturación y despertar transitorio. El síntoma más predominante es el ronquido que usualmente es referido por la pareja. Los factores asociados son la obesidad y la hipertensión. Para el diagnóstico se requiere la polisomnografía durante una noche y presentar periodos de apnea que son más frecuentes en la fase NREM. El manejo es respiración a presión positiva, pérdida de peso, cirugía nasal, uvulopalatoplastia. (13, 14).
- **Narcolepsia:** Es una enfermedad descrita por Gelineau en 1880 con las características de ataques de sueño que se presentan a diario por un espacio de 3 meses, con la presencia de cataplejías con alucinaciones hipnogógicas o hipnopompicas. Su manejo médico se da cuando la somnolencia excesiva afecta en las esferas de la vida, se utiliza modafinilo.(13,14)

B. Parasomnias: Se refieren a trastornos de la conducta durante el sueño, asociados con episodios breves o parciales de despertar, sin que se produzca una interrupción en gran manera del sueño ni una alteración del nivel del estado vigilia.

Los brincos hípnicos, son las Parasomnias más frecuentes y consisten en movimientos denominados como sacudidas que ocurren al principio del sueño.

La somniloquia es frecuente en todas las edades; es más común en las mujeres y se presenta durante el sueño ondas lentas, sin embargo se puede presentar en todas las fases del sueño. Se caracteriza por hablar mientras está dormido y se relaciona frecuentemente a las preocupaciones de los durmientes (15).

El sonambulismo consiste en una secuencia de conductas complejas que empiezan en el primer tercio de la noche, en las fases II y IV del sueño NREM que frecuentemente se manifiesta por la salida de la cama y no recuerdo del evento. Es más frecuente en niños, los episodios se caracterizan por movimientos torpes, sin propósito, con ojos abiertos, pero mirada perdida. Puede realizar actividades complejas como vestirse y desvestirse. La actividad motora termina espontáneamente, o retorna a su cama y continúa durmiendo. Usualmente hay amnesia del episodio o un recuerdo fragmentario. El episodio puede durar de 15 a 30 min (10). En casos complicados se suelen usar benzodiazepinas (10).

Los terrores nocturnos aparecen durante el sueño no REM. Se caracteriza por gritos, agitación, expresión facial de pánico. Se dan más frecuentes al comienzo de la noche. Se pueden dar en todas las edades pero es más frecuente en la infancia seguida de la adolescencia. Si se da con mucha frecuencia traduce lesión a nivel temporal, unos autores creen que es la antesala de un síndrome convulsivo de lóbulo.

2.2.6.-CALIDAD DE SUEÑO.- Lomeli y sus colaboradores hicieron una revisión de todos los cuestionarios sobre la calidad del sueño en diferentes grupos etarios. Por ejemplo los instrumentos fueron agrupados de acuerdo a lo que evaluaban: tiempos de sueño y sueño fisiológico, trastornos de sueño en general, insomnio, calidad del sueño, apnea del sueño y somnolencia. Dentro de las pruebas que evalúan los trastornos del sueño en general encontramos: el cuestionario SDQ, el Wisconsin Sleep Questionnaire (WSQ), el desarrollado por Lindberg et al., el Sleep Disorders Inventory (SDI), el Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI), el instrumento Athens Insomnia Scale (AIS) y el Sleep Problems Scale (16). El Índice de calidad de sueño de Pittsburgh fue desarrollado por Buysse y col., y validado en 1989 en Estados Unidos, con el objetivo de evaluar la calidad del sueño y sus alteraciones clínicas durante el mes previo. El Cuestionario cuenta con 19 preguntas de autoevaluación y 5 preguntas dirigidas al paciente, siendo solo las primeras 19, las utilizadas para la obtención de la puntuación global. Estas preguntas se organizan en 7 componentes, como son: calidad

subjetiva de sueño, latencia, duración, eficiencia, perturbaciones del sueño, uso de medicación para dormir, disfunción diurna. La suma de las puntuaciones de estos componentes da una puntuación total que varía entre 0 y 21 puntos, siendo una puntuación menor de 5, denominada “Sin problemas de sueño”, entre 5 a 7 como “Merece atención médica”, entre 8 y 14 como “Merece atención y tratamiento médico” y cuando la puntuación es de 15 a más, “se trata de un problema de sueño grave”. Por tanto, a mayor puntuación menor calidad de sueño. La que encuesta que utilizare será la validada por Ybeth Luna-Solis y col. que demostró un coeficiente de relación mayor en la población peruana 0,56-0,60 hasta el momento. La escala la uso con el fin de que los encuestados no encuentren terminología en doble sentido o palabras con significado no adecuado (17).

3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS:

3.1 A nivel internacional:

Autor: Dr. Mitra Safa, Soheila Khalilzadeh, Firoozeh Talischi, Saeideh Alizadeh

Título: Correlation of Anxiety-Depression and Sleep Quality in Mothers of Children with Cystic Fibrosis and Asthma.

Cita Vancouver:

Mitra Safa, Soheila Khalilzadeh, Firoozeh Talischi, Saeideh Alizadeh (2012) " Correlation of Anxiety-Depression and Sleep Quality in Mothers of Children with Cystic Fibrosis and Asthma", Tanaffos, 11(1), pp. 44-48. (18)

Resumen:

“**Antecedente:** La fibrosis quística y el asma son consideradas como enfermedades crónicas respiratorias. Cuidar del niño enfermo por la mama que usualmente es la cuidadora principal puede estar asociado con una gran carga de estrés y resultar en problemas conductuales como la ansiedad, depresión y cambios en la calidad del sueño. Este estudio apunta a evaluar la correlación entre depresión-ansiedad y calidad del sueño en madres de los niños que sufren de fibrosis quística y asma hospitalizados en el hospital de masih Daneshvari.

Materiales y métodos: este es un estudio descriptivo transversal analítico llevado en 148 sujetos (madres de los niños con fibrosis quística y asma hospitalizados en

el Hospital Masih Daneshvari) durante el 2008 al 2010. Los datos fueron recolectados utilizando un cuestionario para las características demográficas, la calidad del sueño y la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS). El cuestionario del índice de calidad del sueño de Pittsburgh (PQSI) fue desarrollado por el Dr. Buysse y sus colegas en el Instituto y Clínica Psiquiátrica Occidental de la Universidad de Pittsburgh a finales de los años ochenta. El PSQI se creó después de observar que la mayoría de los pacientes con trastornos psiquiátricos también tenían trastornos del sueño. Además, los datos requeridos sobre la función pulmonar de los pacientes se extrajeron de sus registros médicos.

Resultados: En este estudio, se observaron altos niveles de ansiedad y depresión y mala calidad del sueño que requerían intervención clínica en 37,2%, 29,1% y 39% de las madres, respectivamente. Se detectó una asociación significativa entre la calidad del sueño y la depresión-ansiedad (Valor $P < 0,005$). Además, la depresión-ansiedad se correlacionó significativamente con el número de niños y el tabaquismo (Valor $P < 0,005$). Un total de 20% de las madres que sufren de depresión y el 14,3% de las madres con trastorno de ansiedad tenían antecedentes de fumar cigarrillos ($P < 0,005$). No se encontró asociación significativa entre el abuso de sustancias y la ocupación con depresión-ansiedad. La susceptibilidad sólo se correlacionó con la ansiedad ($P < 0,005$).

Conclusión: Nuestro estudio mostró una asociación significativa entre la calidad del sueño y la depresión-ansiedad en las madres de niños que sufren de fibrosis quística y asma. Se debe prestar mayor atención a prevenir el desarrollo y el agravamiento de estas condiciones en las madres susceptibles que son el principal tomador de cuidado de su hijo enfermo con enfermedades crónicas.

Autor: *Hasan Tehrani T, Haghighi M, Bazmamoun H*

Título:

Effects of Stress on Mothers of Hospitalized Children in a Hospital in Iran

Lugar y Fecha de Publicación:

Iran, 2012

Cita Vancouver:

Hasan Tehrani T, Haghighi M, Bazmamoun H, (2012) "Effects of Stress on Mothers of Hospitalized Children in a Hospital in Iran", Iran Journal Child Neurlogy Autumn, 6(4), pp. 39-45. (19)

Resumen:

“Objetivo: La hospitalización de un niño puede causar ansiedad severa y estrés en los padres, especialmente para la madre. Este estrés afecta en consecuencia al curso del tratamiento del niño. Por lo tanto, investigar el impacto de diferentes factores de estrés en las madres de los niños hospitalizados.

Materiales y Métodos: En este estudio transversal, se seleccionaron y estudiaron aleatoriamente 225 madres de niños hospitalizados en el servicio de pediatría del Hospital de Besat. La herramienta de recolección de datos fue un cuestionario de dos partes recopilado entrevistando a la madre. La primera parte incluyó información demográfica de los pacientes. La segunda parte incluía preguntas sobre estresores en cuatro categorías diferentes; Factores relacionados con el niño, factores ambientales, factores socioeconómicos y factores profesionales de la salud. SPSS 16.5 se utilizó para el análisis estadístico y los datos se analizaron por una vía ANOVA y T test.

Resultados: En la categoría de factores relacionados con el niño, el miedo a la muerte infantil (84%); En la categoría de factores socioeconómicos, el miedo a la enfermedad en los demás hermanos (84%); En la categoría de factores ambientales, olores desagradables en la sala (56%); Y en la categoría de profesionales de la salud, la insuficiente explicación sobre la inserción de las líneas IV (54,2%) constituyó los factores más importantes.

Hubo una correlación significativa entre los estresores y la edad y ocupación de la madre, la edad del niño, los días de hospitalización, los tipos de admisión y la cobertura de seguro de salud, pero no hubo una correlación significativa entre los factores de estrés y otros factores.

Conclusión: Se deben ofrecer programas de capacitación profesional y en profundidad a los profesionales de la salud y al personal de enfermería en relación con las madres de niños hospitalizados. Palabras clave: Estresores, madres y niños hospitalizados

Palabras clave: Estresores, madres y niños hospitalizados.”

Autor: Hasan Yuksela, Ayhan Soguta,, Ozge Yilmaza, Murat Demetb, Dilek Erginc, Cengiz Kirmazd.

Título: Evaluation of sleep quality and anxiety–depression parameters in asthmatic children and their mothers.

Lugar y fecha de publicación:

Turkia, 2007

Cita Vancouver:

Hasan Yuksela, Ayhan Soguta., Ozge Yilmaza, Murat Demetb, Dilek Erginc, Cengiz Kirmazd. (2007) Evaluation of sleep quality and anxiety–depression parameters in asthmatic children and their mothers, *Respiratory of Medicine*, 101, pp 2550-2554. (20)

Resumen:

"Antecedente: Tener un niño con una enfermedad crónica puede causar ansiedad y depresión y afectar la calidad del sueño en las madres. El objetivo de este estudio fue evaluar la calidad del sueño en niños asmáticos y sus madres, así como el estado de ansiedad-depresión en las madres.

Métodos: El grupo de estudio consistió en 75 niños asmáticos de edades comprendidas entre los 7 y los 16 años (media \pm SD 8.472.9) y el grupo control consistió en 46 niños sanos de edades comprendidas entre los 7 y 15 años (media \pm SD 9.173.6). Se administró el índice de calidad del sueño de Pittsburgh (PSQI, por sus siglas en inglés) tanto a los niños como a sus madres, mientras que la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) se administró solamente a las madres.

Resultados: La puntuación total del PSQI de las madres en el grupo asmático se correlacionó significativamente con la gravedad del asma de los niños ($r = 0,49$, $p = 0,00$). Hubo una correlación significativa entre la puntuación de los síntomas de asma y los factores perturbadores del sueño sub-score en los niños con asma ($r = 0,34$, $p = 0,01$). Por otra parte, las puntuaciones de la ansiedad y la depresión de las madres en el grupo de asma fueron significativamente mayores ($p = 0,02$).

Conclusión: El asma puede estar asociada con la alteración de la calidad del sueño en los niños y sus madres. Del mismo modo, las madres de niños con asma pueden tener trastorno de ansiedad y depresión. Por lo tanto, los niños con y sus madres necesitan ser evaluados para el requisito de apoyo con respecto a la calidad del sueño y el estado de ansiedad-depresión"

Autor: Ian M. Paul, MD, MSc, Danielle S. Downs, PhD, Eric W. Schaefer, MS, Jessica S. Beiler, MPH, and Carol S. Weisman, PhD.

Título: Postpartum Anxiety and Maternal-Infant Health Outcomes.

Lugar y Fecha de Publicación: Pensilvania 2012.

Cita Vancouver: Ian M. Paul, MD, MSc, Danielle S. Downs, PhD, Eric W. Schaefer, MS, Jessica S. Beiler, MPH, and Carol S. Weisman, PhD, 2013, "Postpartum Anxiety and Maternal-Infant Health Outcomes", *Pediatrics* ;131:e1218–e1224 (21)

Resumen:

"Objetivo: La detección de ansiedad postparto no suele ocurrir, a pesar de los cambios en los roles de la vida y la responsabilidad después del parto. Se buscó determinar la prevalencia de ansiedad postparto durante la hospitalización por maternidad y sus asociaciones con los resultados maternos e infantiles. Además, se intentó comparar los correlatos de la ansiedad con Correlatos de la depresión.

Métodos: Para un ensayo controlado aleatorio de madres con recién nacidos "bien" > 34 semanas de gestación comparando 2 modelos de cuidado de alta post-hospitalaria, las madres completaron las entrevistas en persona durante la estancia postparto y las encuestas telefónicas a las 2 semanas, 2 meses y 6 meses para evaluar el uso del cuidado de la salud, la duración de la lactancia materna, la ansiedad y la depresión. Todos los participantes tenían la intención de amamantar. Las puntuaciones de ansiedad de estado > = 40 en el Inventario de Ansiedad del Rasgo del Estado (STAI) y las puntuaciones de depresión > = 12 en la Encuesta de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) se consideraron positivas.

Resultados: Un total de 192 (17%) de 1123 madres participantes tuvieron un IDATE basal positivo; 62 (6%) tuvieron una EPDS positiva. Primiparidad se asoció con un STAI positivo (20% vs 15%, $P = 0,02$), pero no un EPDS positivo (4% vs 7%, $P = 0,05$). Las puntuaciones positivas de la STAI se asociaron con el parto por cesárea (22% vs 15%, $P = 0,001$), reducción de la duración de la lactancia materna ($p = 0,003$) y aumento de la utilización no planificada total de la atención materna, pero no infantil en las 2 semanas posteriores al parto ($P = 0,001$). Las puntuaciones positivas de la STAI ocurrieron con más frecuencia que las puntuaciones EPDS positivas en cada evaluación a los 6 meses postparto.

Conclusiones: La ansiedad de estado postparto es un fenómeno agudo común durante la hospitalización de maternidad que se asocia con el aumento de la utilización de la atención materna tras el alta y la reducción de la duración de la lactancia materna. Exámenes estatales de ansiedad durante el posparto Estancia podría mejorar estos resultados.

Palabras clave: postpartum depression, postpartum anxiety, health care utilization, breastfeeding, maternal-child health”

4.- OBJETIVOS.

4.1 General:

- Determina si existe relación entre el nivel de ansiedad y la calidad de sueño de las madres de los niños hospitalizados en el servicio de pediatría del Hospital Goyeneche- octubre a noviembre del 2016.

4.2 Específicos:

- Determinar el nivel de ansiedad de las madres de los niños hospitalizados.
- Determinar la calidad de sueño de las madres de los niños hospitalizados.
- Identificar las características epidemiológicas madres de los niños hospitalizados.
- Determinar la relación entre nivel de ansiedad, calidad de sueño y características epidemiológicas, en madres de los niños hospitalizados.

5.- HIPÓTESIS

Dado que el proceso de hospitalización del paciente pediátrico puede producir cambios biológicos y psicológicos en la madre, es probable que se produzcan cambios en la calidad del sueño, generen problemas de ansiedad de la madre del niño hospitalizado y que estos dos estén relacionados.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1 Técnicas e instrumentos

- Técnicas: Entrevista de madres de pacientes.
- Instrumentos: Ficha de recolección de datos (ANEXO N° 1-2), Test de STAI (ANEXO N°3), Índice de calidad de sueño de Pittsburg (ANEXO N°4).
- Materiales: Hojas, lapiceros, laptop.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación espacial: Hospital Goyeneche

2.2. Ubicación temporal: Octubre 2016- Noviembre 2016

2.3. Unidades de estudio: Madres de los niños hospitalizados en el servicio de pediatría en el periodo de octubre 2016 a noviembre 2016.

2.4. Población: Todas las madres de los niños hospitalizados en el servicio de pediatría en el periodo de octubre 2016 a noviembre 2016.

2.5. Muestra: Se determinara la muestra mediante la fórmula siguiente con un nivel de confianza del 95%

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

Donde

n= es la muestra que se desea calcular

N= Tamaño de la población

Z= es la desviación del valor medio que aceptamos para lograr el nivel de confianza deseado. En función del nivel de confianza que busquemos, en este caso 95% Z=1.96.

e: Margen de error admitido (0,05)

p: es la proporción de la heterogeneidad de la muestra mientras menor es, menor es la muestra.

$$n = \frac{137 \times 1.96^2 \times 0.50(1 - 0.50)}{(137 - 1) \times 0.05^2 + 1.96^2 \times 0.5(1 - 0.5)}$$

En promedio los pacientes que acuden en estos meses son 137 pacientes mediante la fórmula se estima que una muestra significativa seria de: 102 personas

2.6. Muestreo: Se realizara un muestreo no probabilístico de la siguiente manera será a todos las madres de los pacientes que deseen colaborar con el desarrollo de la encuesta y como criterios de exclusión aquellos que no deseen desarrollar con la encuesta.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

3.1. Organización: Se buscara a las mammas de pacientes hospitalizados para la realización de la encuesta con la ayuda de demás internos.

3.2. Recursos

- a) Humano: Investigador, asesor, internos.
- b) Tecnológicos: Laptop

3.3. Validación de Instrumentos: Se usara la encuesta STAI validada para la población Universitaria de la provincia de la Ñuble debido a que no hay estudio sobre validación de dicha encuesta en Perú (28). La encuesta de ICSP se usara según la validación peruana que realizo Ybeth Luna Solis (13).

3.4. Criterios para el manejo de resultados.

- a) **Plan de Procesamiento:** Los datos se juntaran en una tabla de datos en Excel dicha tabla se adecuara a necesidades del investigador con el fin de un manejo más eficiente de los datos.
- b) **Plan de Sistematización de datos:** Se realizara cuadros de doble entrados y gráficos según a los tipos de datos que se obtenga.
- c) **Plan de verificación de datos:** Se usara el programa SPSS 19 junto con el Excel, se realizara una matriz de datos y posteriormente se realizara una comparación entre los puntajes de las encuestas obtenidas agrupando de acuerdo a su característica epidemiológica.

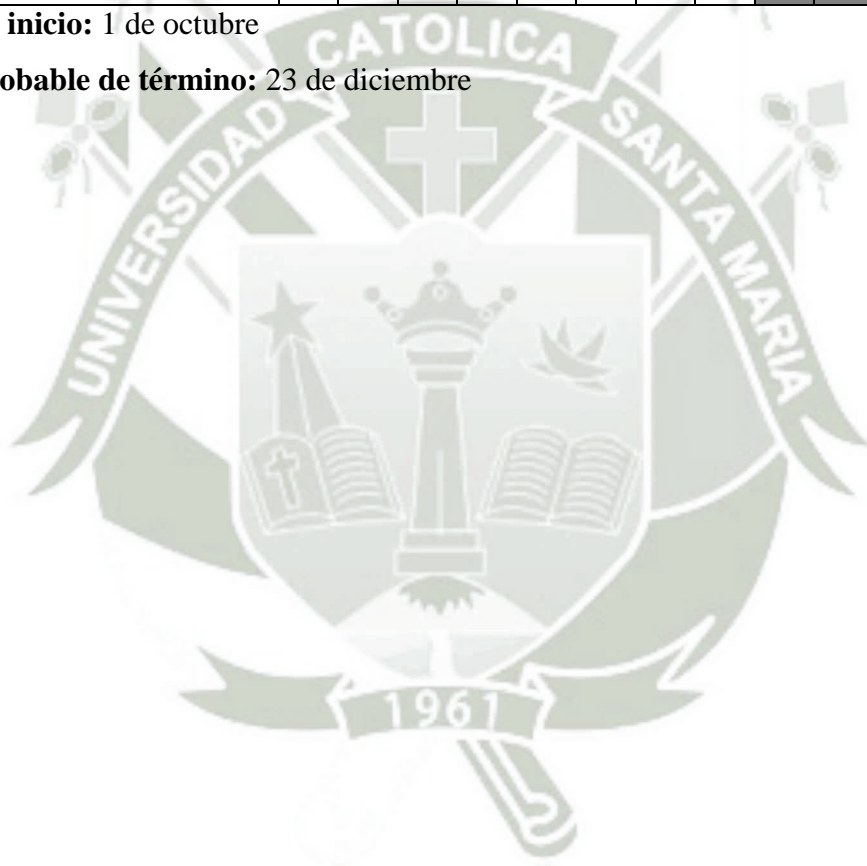
IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO:

	OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
REVISIÓN DE BIBLIOGRAFÍA												
ELABORACIÓN DE FICHAS ESTUDIO												

RECOLECCION DE DATOS												
FORMULACIÓN DEL PLANEAMIENTO OPERACIONAL												
ESTRUCTURACIÓN DE RESULTADOS												
REDACCIÓN INFORME FINAL												

Fecha de inicio: 1 de octubre

Fecha probable de término: 23 de diciembre



V. BIBLIOGRAFIA BASICA.

1. C. Gasto Ferrer. Neurosis. En: Vallejo Ruiloba Julio, coordinador y director. Tratado de Psiquiatría. 2da ed. Barcelona: Marban; 2012 p. 1227-1233.
2. J. L. Ayuso Gutiérrez. Trastornos de ansiedad: crisis de angustia. En: Vallejo Ruiloba Julio, coordinador y director. Tratado de Psiquiatría. 2da ed. Barcelona: Marban; 2012 p. 1234-1247.
3. J Saiz Ruiz. Trastornos de ansiedad generalizada. En: Vallejo Ruiloba Julio, coordinador y director. Tratado de Psiquiatría. 2da ed. Barcelona: Marban; 2012 p. 1248-1258
4. J Schalatter. Trastornos fóbicos. En: Vallejo Ruiloba Julio, coordinador y director. Tratado de Psiquiatría. 2da ed. Barcelona: Marban; 2012 p. 1259-1281.
5. Ziya Yurdakul, Ipek Akman, Kemal Kuscu, Aytul Karabekiroglu, Gulsum Yaylali, Figen Demir and Eren Ozek. Maternal Psychological Problems Associated with Neonatal Intensive Care Admission. International Journal of Pediatrics. 2009; ID de artículo 591359, 7 paginas, 2009. doi:10.1155/2009/591359.
6. Organización mundial de la salud. CIE 10: trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. 7ma edición. Editorial Meditor: 2012.
7. Asociación Americana de Psiquiatras. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ta edición. Editorial Medica Panamericana:2014.
8. Burgos Fonseca, Pia. Gutiérrez Sepúlveda, Angélica. Adaptación y Validación del Inventario Ansiedad Estado- Rasgo (STAI) en Población Universitaria de la Provincia de Ñuble. [tesis]. Chillán. Universidad del Bio-Bio, Facultad de Educación y Humanidades. 2013.
9. Kaplan, Benjamín J, Sadock, Virginia A. Sadock Sinopsis de Psiquiatría. 10ma ed. Lippincott, Williams y Wilkins, editores. Wolters Kluwer editorial.2012.
10. Arthur C. Guyton, John E. Hall. Tratado de Fisiología. 11era ed. Elsevier Editorial. 2009.
11. Hernán Silva I y colaboradores. DSM-5 Nuevos trastornos Mentales. Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría. 2014; 52. (Suplemento 1): 1-61.
12. Jimmy Schiemann, Ignacio Salgado. Trastornos del sueño. En: Psiquiatría. 2008. p. 39-51.

13. J. Bobes García. Trastornos del sueño. En: Vallejo Ruiloba Julio, coordinador y director. Tratado de Psiquiatría. 2da ed. Barcelona: Marban; 2012 p. 1551-1567
14. Micheli, Fernandez Pardal. Neurología 2da Edición. Buenos Aires. Panamericana Editorial.2008.
15. Asociación Colombiana de Neurología, <http://www.acnweb.org/es/>. Bogotá. Jimmy Schiemann e Ignacio Salgado; 2007 [Actualizada Febrero 2009; acceso 08 de octubre del 2016].
16. H. A. Lomelí, I. Pérez-Olmos, C. Talero-Gutiérrez, C. B. Moreno, R. González-Reyes, L. Palacios y colaboradores. Escalas y cuestionarios para evaluar el sueño: una revisión. Actas Españolas de Psiquiatría. 2008; 36 (1): p 50-59.
17. Ybeth Luna-Solis, Yolanda Robles-Arana, Ysela Agüero-Palacios. Validación del índice de calidad de sueño de Pittsburgh en una muestra peruana. Anales de Salud Mental. 2015; 31(2): p 23-30.
18. Mitra Safa, Soheila Khalilzadeh , Firoozeh Talischi, Saeideh Alizadeh. Correlation of Anxiety-Depression and Sleep Quality in Mothers of Children with Cystic Fibrosis and Asthma. Tanaffos. 2012; 11(1): 44-48
19. Hasan Tehrani T, Haghghi M, Bazmamoun H. Effects of Stress on Mothers of Hospitalized Children in a Hospital in Iran. Iran Journal of Children Neurology Autumn 2012;6 (4): 39-45.
20. Hasan Yuksela, Ayhan Soguta,, Ozge Yilmaza, Murat Demetb, Dilek Erginc, Cengiz Kirmazd. (2007) Evaluation of sleep quality and anxiety–depression parameters in asthmatic children and their mothers, Respiratory of Medicine, 101, pp 2550-2554.
21. Ian M. Paul, Danielle S. Downs, Eric W. Schaefer, Jessica S. Beiler and Carol S. Weisman. Postpartum Anxiety and Maternal-Infant Health Outcomes. Pediatrics [Revista on-line] 2013 [Consultado en: 20 de setiembre del 2016], 131, e 1218-e 1224
22. Wendy Navas Orozco, María Jesús Vargas Baldares. Trastornos de ansiedad: revisión dirigida para atención primaria. Revista médica de costa rica y Centroamérica. 2012. 69 (604): p497-507.
23. Zeinab Ghaempanah, Mohammad Reza Fazlollahi, Ahmad Ali Noorbala, Masoud Movahedi, Anoshiravan Kazemnejad, Zahra Pourpak, Mostafa Moin. Impact of Maternal Mental Health on Pediatric Asthma Control. Tanaffos 2013; 12(4): 23-27.

24. Laura Vismara, Luca Rollè, Francesca Agostini, Cristina Sechi, Valentina Fenaroli, Sara Molgora, Erica Neri. Perinatal Parenting Stress, Anxiety, and Depression Outcomes in First-Time Mothers and Fathers: A 3-to 6-Months Postpartum Follow-Up Study. *Frontiers in Psychology*. 2016; 7: Artículo 938.
25. Amanda S Cherry, Melissa R Mignogna, Angela Roddenberry Vaz, Carla Hetherington, Mary Anne McCaffree, Michael P Anderson and et al. The contribution of maternal psychological functioning to infant length of stay in the Neonatal Intensive Care Unit. *International Journal of Women's Health* 2016;8 233–242.



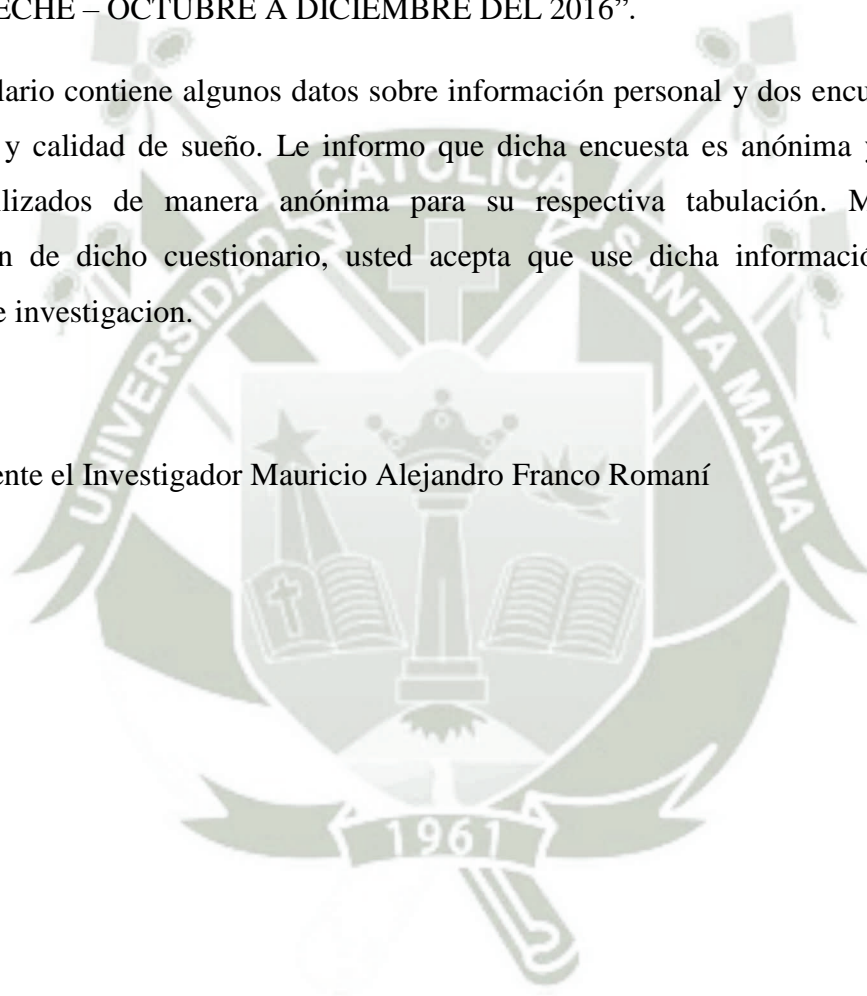
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada madre de familia, en las presentes hojas se encuentra un formulario de un trabajo de investigación sobre la “NIVEL DE ANSIEDAD, CALIDAD DE SUEÑO Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS EN MADRES DE LOS NIÑOS HOSPITALIZADOS DE PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ – OCTUBRE A DICIEMBRE DEL 2016”.

El formulario contiene algunos datos sobre información personal y dos encuestas sobre ansiedad y calidad de sueño. Le informo que dicha encuesta es anónima y sus datos serán utilizados de manera anónima para su respectiva tabulación. Mediante la resolución de dicho cuestionario, usted acepta que use dicha información para mi trabajo de investigación.

Gracias

Atentamente el Investigador Mauricio Alejandro Franco Romaní



FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Edad:

Ocupación: Si() No()

Trabajador Dependiente () Trabajador Independiente ()

Número de Hijos que ha tenido:

Estado Civil: Soltera () Casada () Conviviente () Viuda ()

Vive actualmente con la pareja: Si () No ()

Orden según nacimiento de su hijo (Ejemplo: Primero, segundo Tercero):

Edad del niño(a) hospitalizada:

Nivel Económico: Mis ingresos mensuales en promedio son:

Mayor de 9500 () 2400 a 9499 () 1300 a 2333 () 850 a 1299 ()
600 a 849 () menor de 600 ()

Número de veces que mi hijo(a) ha sido hospitalizado en el último año:

Ninguna () 1 vez () 2 veces () 3 veces () 4 a mas ()

ENCUESTA STAI

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará una serie de frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo o una a sí misma. Lea cada frase y marque con una X la alternativa que indique mejor cómo se siente usted ahora mismo, en este momento.

Las opciones de respuestas están graduadas desde 0 a 3, donde 0 significa “nada” y 3 “mucho”. Por ejemplo, si usted marca la alternativa “2”, significa “bastante”.Ej: Me siento somnoliento

Nada	Algo	Bastante	Mucho
0	1	X	3

No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

Ansiedad- Estado

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado	0	1	2	3
2. Me siento seguro.	0	1	2	3
3. Estoy tenso	0	1	2	3
4. Estoy afligido	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6. Me siento alterado	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8. Me siento descansado	0	1	2	3
9. Me siento angustiado	0	1	2	3
10. Me siento confortable	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo/a	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. Estoy inquieto	0	1	2	3
14. Me siento muy “atado” (como oprimido)	0	1	2	3
15. Estoy relajado	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho	0	1	2	3
17. Estoy preocupado	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien	0	1	2	3

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará una serie de frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo o una a sí misma. Lea cada frase y marque con una X la alternativa que indique mejor cómo se siente usted en general, en la mayoría de las ocasiones. Las opciones de respuestas están graduadas desde 0 a 3, donde 0 significa “Casi nunca” y 3 “Casi siempre”. Por ejemplo, si usted marca la alternativa “2”, significa “A menudo”.

Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
0	1	X	3

No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

Ansiedad-Rasgo

	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
1. Me siento bien	0	1	2	3
2. Me canso rápidamente	0	1	2	3
3. Siento ganas de llorar	0	1	2	3
4. Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
5. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
6. Me siento descansado	0	1	2	3
7. Soy una persona tranquila, serena, sosegada	0	1	2	3
8. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
9. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
10. Soy feliz	0	1	2	3
11. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
12. Me falta confianza en mí mismo/a	0	1	2	3
13. Me siento seguro	0	1	2	3
14. No suelo afrontar las crisis o dificultades	0	1	2	3
15. Me siento triste (melancólico)	0	1	2	3
16. Estoy satisfecho	0	1	2	3
17. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
18. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
19. Soy una persona estable	0	1	2	3
20. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado	0	1	2	3

INDICE DE CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURGH

1. En las últimas 4 semanas, normalmente ¿cuál ha sido su hora de irse a acostar?
(utilice sistema de 24 horas)

Escriba la hora habitual en que se acuesta: __: __

2. En las últimas 4 semanas, normalmente ¿cuánto tiempo habrá tardado en dormirse
(conciliar el sueño) en las noches?/

Escriba el tiempo en minutos: __: __: __ min

3. En las últimas 4 semanas, habitualmente ¿A qué hora se levantó de la cama por la
mañana y no ha vuelto a dormir? (Utilice sistema de 24 horas)

Escriba la hora habitual de levantarse: __: __

4. En las últimas 4 semanas, en promedio, ¿cuántas horas efectivas ha dormido por
noche?

Escriba las horas que usted crea que durmió: __: __

5. En las últimas 4 semanas, ¿Cuántas veces ha tenido problemas para dormir a causa
de:....

	NINGUNA VEZ EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS	1. MENOS DE UNA VEZ A LA SEMANA	2. UNO O DOS VECES A LA SEMANA	3. TRES O MAS VECES A LA SEMANA	NO RESPONDE
a. No poder quedarse dormido(a) en la primera media hora?					
b. Despertarse durante la noche o la madrugada?					
c. Tener que levantarse temprano para ir al baño?					
d. No poder respirar bien?					
e. Toser o roncar ruidosamente?					
f. Sentir frío?					
g. Sentir demasiado calor?					
h. Tener pesadillas o "malos sueños"?					
i. Sufrir dolores?					
j. Otras razones: _____? (Especifique)					

6. **En las últimas 4 semanas,** (marcar la opción más apropiada).

	0.NINGUNA VEZ EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS	1. MENOS DE UNA VEZ A LA SEMANA	2. UNO O DOS VECES A LA SEMANA	3. TRES O MAS VECES A LA SEMANA	NO RESPONDE
6.1. <i>¿Cuántas veces habrá tomado medicinas para dormir por su cuenta?</i>					
6.2. <i>¿Cuántas veces habrá tomado medicinas para dormir recetadas por el médico?</i>					

7. **En las últimas 4 semanas** (marcar la opción más apropiada)

	0.NINGUNA VEZ EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS	1. MENOS DE UNA VEZ A LA SEMANA	2. UNO O DOS VECES A LA SEMANA	3. TRES O MAS VECES A LA SEMANA	NO RESPONDE
7.1. <i>¿Cuántas veces ha sentido somnolencia (o mucho sueño), cuando conducía, comía o desarrollaba alguna otra actividad?</i>					
7.2. <i>¿Ha representado para usted mucho problema el "mantenerse despierto(a)" cuando conducía, comía o desarrollaba alguna otra actividad?</i>					

	0. NADA	1. POCO	2. REGULAR O MODERADO	3. MUCHO O BASTANTE
8. <i>¿Qué tanto problema ha tenido para mantenerse animado (a) o entusiasmado (a) al llevar a cabo sus tareas o actividades? (acepte una respuesta).</i>				

	0. BASTANTE BUENO	1. BUENO	2. MALO	3. BASTANTE MALO
9. <i>¿cómo valoraría o calificaría la calidad de su sueño?</i>				



ANEXO 2:
MATRIZ DE DATOS

N°	puntaje a	nivel de a	Puntaje d	nivel de a	puntaje d	Nivel de c	Compone	compone	compone	compone	compone	compone	compone	edad del	ocupación	dependie	# hijos	estado ci	convive c	orden de	nivel eco	edad de l	Numero c
1	6	Existe nivel c	17	No existe pe	12	Con problem	1	4	1	1	2	0	3	14	Cocinero	Independier	2	Soltera	No	Primero	850 a 1299	38	Ninguna
2	16	Existe nivel c	2	No existe pe	6	Con problem	2	0	0	0	1	0	3	3	No	No	1	Casada	Si	Primero	1300 a 2399	35	Ninguna
3	21	Existe nivel c	29	Existe perso	6	Con problem	1	0	0	0	2	0	3	0.75	No	No	3	Separada	No	Tercero	Menor de 60	27	1
4	9	Existe nivel c	-8	No existe pe	3	Sin problem	1	0	0	0	1	0	1	0.5	Vendedor	Dependiente	1	Soltera	No	Primero	850 a 1299	32	Ninguna
5	25	Existe nivel c	8	No existe pe	15	Con problem	2	0	3	3	5	0	2	1.25	No	No	2	Casada	Si	Segundo	850 a 1299	28	1
6	8	Existe nivel c	22	Existe perso	11	Con problem	2	2	2	0	2	0	3	0.5	Agricultura	Independier	2	Conviviente	Si	Segundo	1300 a 2399	39	1
7	12	Existe nivel c	8	No existe pe	14	Con problem	1	3	2	3	2	0	3	3.83	No	No	2	Conviviente	Si	Segundo	1300 a 2399	27	Ninguna
8	11	Existe nivel c	14	No existe pe	4	Sin problem	1	0	0	0	2	0	1	1.58	No	No	2	Conviviente	Si	Segundo	2400 a 9499	28	2
9	-7	No existe niv	-4	No existe pe	8	Con problem	2	0	1	2	2	0	1	0.75	No	No	2	Conviviente	Si	Segundo	2400 a 9499	24	Ninguna
10	13	Existe nivel c	10	No existe pe	9	Con problem	2	0	2	2	1	0	2	0.5	No	No	1	Conviviente	Si	Primero	850 a 1299	19	Ninguna
11	-7	No existe niv	-5	No existe pe	5	Con problem	2	0	1	0	0	0	2	0.083	No	No	1	Conviviente	Si	Primero	850 a 1299	22	Ninguna
12	0	No existe niv	3	No existe pe	6	Con problem	1	0	1	2	1	0	1	0.416	No	No	1	Conviviente	Si	Primero	Menor de 60	29	Ninguna
13	-5	No existe niv	-2	No existe pe	5	Con problem	1	0	1	1	1	0	1	0.416	No	No	2	Conviviente	Si	Segundo	1300 a 2399	29	Ninguna
14	16	Existe nivel c	19	Existe perso	6	Con problem	2	1	0	0	2	0	1	7.3	No	No	2	Conviviente	Si	Segundo	850 a 1299	33	Ninguna
15	-10	No existe niv	-13	No existe pe	2	Sin problem	0	0	0	0	1	0	1	11	Economista	Independier	2	Casada	No	Primero	2400 a 9499	38	Ninguna
16	1	Existe nivel c	0	No existe pe	6	Con problem	1	1	0	0	2	0	2	0.91	No	No	2	Conviviente	Si	Segundo	850 a 1299	34	Ninguna
17	-5	No existe niv	8	No existe pe	11	Con problem	2	3	2	1	1	0	2	6	Vendedora	Dependiente	1	Soltera	No	Primero	600 a 849	21	Ninguna
18	-7	No existe niv	2	No existe pe	0	Sin problem	0	0	0	0	0	0	0	8	Agricultura	Dependiente	3	Casada	Si	Segundo	2400 a 9499	32	Ninguna
19	6	Existe nivel c	9	No existe pe	9	Con problem	1	0	2	1	2	0	3	2.5	Vendedor	Independier	4	Conviviente	Si	Cuarto	650 a 849	32	1
20	-8	No existe niv	5	No existe pe	11	Con problem	2	1	2	1	2	0	3	0.083	No	No	1	Conviviente	Si	Primero	850 a 1299	19	Ninguna
21	-1	No existe niv	3	No existe pe	8	Con problem	1	1	1	0	2	0	3	12.75	Tecnico	Dependiente	1	Soltera	No	Primero	Menor de 60	42	Ninguna
22	2	Existe nivel c	-1	No existe pe	9	Con problem	2	1	2	0	1	0	3	0.083	No	No	1	Conviviente	Si	Primero	Menor de 60	20	Ninguna
23	-8	No existe niv	10	No existe pe	7	Con problem	1	2	0	0	2	0	2	0.083	No	No	2	Conviviente	Si	Segundo	850 a 1299	22	Ninguna
24	-9	No existe niv	-14	No existe pe	6	Con problem	1	2	2	0	1	0	0	0.083	Vendedora	Dependiente	5	Conviviente	Si	Quinto	850 a 1299	38	Ninguna
25	5	Existe nivel c	2	No existe pe	10	Con problem	2	1	2	0	2	0	3	0.17	No	No	3	Conviviente	Si	Tercero	1300 a 2399	38	Ninguna
26	-15	No existe niv	-2	No existe pe	6	Con problem	1	1	0	0	2	0	2	0.25	No	No	3	Conviviente	Si	Tercero	850 a 1299	37	Ninguna
27	11	Existe nivel c	7	No existe pe	5	Con problem	1	0	1	2	0	0	1	0.083	Vendedor	Independier	2	Casada	Si	Segundo	1300 a 2399	32	Ninguna
28	10	Existe nivel c	14	No existe pe	10	Con problem	1	2	1	2	2	0	2	0.5	Vendedor	Independier	2	Conviviente	Si	Segundo	1300 a 2399	19	Ninguna
29	18	Existe nivel c	9	No existe pe	11	Con problem	2	3	3	0	2	0	1	0.17	Vendedor	Independier	3	Conviviente	Si	Tercero	850 a 1299	39	Ninguna
30	2	Existe nivel c	2	No existe pe	9	Con problem	1	1	3	1	2	0	1	0.25	No	No	2	Casada	Si	Segundo	1300 a 2399	22	Ninguna
31	6	Existe nivel c	2	No existe pe	12	Con problem	2	1	3	0	2	3	1	0.17	No	No	4	Conviviente	Si	Cuarto	850 a 1299	31	Ninguna
32	9	Existe nivel c	10	No existe pe	11	Con problem	1	1	3	3	2	0	1	0.083	No	No	1	Casada	Si	Primero	2400 a 9499	34	Ninguna
33	14	Existe nivel c	27	Existe perso	11	Con problem	2	1	2	1	2	0	3	6	No	No	1	Conviviente	Si	Primero	1300 a 2399	28	1
34	11	Existe nivel c	11	No existe pe	5	Con problem	1	1	0	0	2	0	1	1.92	No	No	2	Casada	SI	Segundo	1300 a 2399	25	2

35	-13	No existe nivel	-16	No existe problema	2	Sin problema	0	0	0	1	1	0	0	1.33	No	No	6	Conviviente	Si	Sexto	1300 a 2399	35	2
36	5	Existe nivel	5	No existe problema	6	Con problema	1	1	1	0	2	0	1	8	Oficinista	Dependiente	4	Conviviente	No	Cuarto	1300 a 2399	48	Ninguna
37	-1	No existe nivel	6	No existe problema	5	Con problema	2	0	0	0	1	0	2	1.67	No	No	3	Casada	Si	Tercero	1300 a 2399	29	2
38	-2	No existe nivel	1	No existe problema	10	Con problema	2	1	2	0	2	0	3	1.25	Vendedor	Dependiente	2	Soltera	No	Segundo	850 a 1299	28	1
39	10	Existe nivel	16	No existe problema	14	Con problema	2	2	3	1	2	1	3	0.417	No	No	1	Conviviente	No	Primero	1300 a 2399	25	Ninguna
40	8	Existe nivel	5	No existe problema	8	Con problema	1	2	1	0	2	0	2	9	No	No	2	Conviviente	Si	Primero	2400 a 9499	32	Ninguna
41	-7	No existe nivel	1	No existe problema	7	Con problema	1	2	1	0	1	0	2	7	Animador	Independiente	4	Casada	Si	Segundo	2400 a 9499	36	1
42	7	Existe nivel	4	No existe problema	3	Sin problema	1	0	0	0	1	0	1	0.75	Costurera	Dependiente	2	Conviviente	Si	Segundo	1300 a 2399	22	1
43	-2	No existe nivel	10	No existe problema	10	Con problema	2	1	1	3	2	0	1	0.58	No	No	4	Casada	No	Cuarto	1300 a 2399	34	Ninguna
44	-10	No existe nivel	8	No existe problema	3	Sin problema	0	1	1	0	1	0	0	13	No	No	5	Conviviente	Si	Primero	2400 a 9499	41	Ninguna
45	-5	No existe nivel	-1	No existe problema	6	Con problema	1	2	1	0	1	0	1	5	No	No	1	Conviviente	Si	Primero	1300 a 2399	22	1
46	11	Existe nivel	13	No existe problema	13	Con problema	2	2	2	1	3	0	3	0.58	No	No	2	Conviviente	Si	Segundo	1300 a 2399	23	Ninguna
47	15	Existe nivel	21	Existe persona	10	Con problema	1	2	1	2	2	0	2	9	Vendedor	Independiente	4	Conviviente	Si	Tercero	850 a 1299	34	Ninguna
48	-12	No existe nivel	-8	No existe problema	5	Con problema	1	1	0	1	1	0	1	0.83	No	No	2	Conviviente	Si	Segundo	850 a 1299	23	1
49	-15	No existe nivel	-9	No existe problema	2	Sin problema	0	0	0	0	1	0	1	0.917	Cocinera	Dependiente	2	Casada	Si	Segundo	1300 a 2399	34	1
50	10	Existe nivel	19	Existe persona	10	Con problema	2	1	2	0	2	0	3	1.17	Tecnico ENF	Dependiente	1	Soltera	No	Primero	850 a 1299	34	1
51	-1	No existe nivel	17	No existe problema	9	Con problema	2	2	1	0	2	0	2	3	No	No	1	Conviviente	Si	Primero	850 a 1299	24	1
52	14	Existe nivel	17	No existe problema	13	Con problema	2	2	2	3	3	0	1	5	No	No	3	Conviviente	Si	Segundo	850 a 1299	41	1
53	7	Existe nivel	5	No existe problema	8	Con problema	2	0	2	2	1	0	1	2	No	No	2	Conviviente	Si	Segundo	850 a 1299	31	1
54	11	Existe nivel	8	No existe problema	13	Con problema	2	2	1	2	3	0	3	1	No	No	2	Conviviente	Si	Primero	850 a 1299	22	2
55	-2	No existe nivel	9	No existe problema	9	Con problema	1	1	1	3	2	0	1	1	Servicios	Independiente	1	Conviviente	No	Primero	2400 a 9499	50	1
56	14	Existe nivel	13	No existe problema	11	Con problema	3	0	3	0	2	0	3	1	No	No	1	Conviviente	Si	Primero	850 a 1299	24	1
57	-1	No existe nivel	5	No existe problema	11	Con problema	2	2	2	0	2	0	3	0.83	Ayudante	Dependiente	1	Conviviente	Si	Primero	600 a 849	26	Ninguna
58	-4	No existe nivel	-7	No existe problema	8	Con problema	1	2	2	1	2	0	0	2	No	No	2	Conviviente	Si	Primero	850 a 1299	21	1
59	-1	No existe nivel	-5	No existe problema	11	Con problema	1	1	3	2	2	0	2	0.083	No	No	1	Conviviente	Si	Primero	850 a 1299	32	Ninguna
60	7	Existe nivel	1	No existe problema	12	Con problema	3	1	2	3	1	0	2	0.083	No	No	2	Conviviente	Si	Segundo	600 a 849	21	Ninguna
61	8	Existe nivel	2	No existe problema	14	Con problema	2	2	3	3	1	0	3	2	No	No	2	Casada	Si	Segundo	2400 a 9499	42	1
62	-8	No existe nivel	1	No existe problema	2	Sin problema	0	0	0	0	1	0	1	2	Artesana	Dependiente	4	Casada	Si	Cuarto	1300 a 2399	35	1
63	4	Existe nivel	2	No existe problema	5	Con problema	0	2	0	0	2	0	1	3	No	No	3	Conviviente	Si	Segundo	2400 a 9499	40	1
64	9	Existe nivel	-2	No existe problema	6	Con problema	1	0	1	2	2	0	0	0.25	No	No	1	Conviviente	Si	Primero	1300 a 2399	27	Ninguna
65	-10	No existe nivel	0	No existe problema	5	Con problema	1	2	0	0	1	0	1	1	No	No	3	Conviviente	Si	Tercero	1300 a 2399	32	2
66	1	Existe nivel	10	No existe problema	6	Con problema	1	1	0	1	2	0	1	3	No	No	2	Casada	Si	Segundo	2400 a 9499	37	1
67	4	Existe nivel	3	No existe problema	6	Con problema	1	2	1	0	1	0	1	12	No	No	2	Conviviente	Si	Primero	2400 a 9499	32	Ninguna
68	5	Existe nivel	17	No existe problema	11	Con problema	2	1	2	0	3	0	3	1	No	No	2	Conviviente	Si	Segundo	1300 a 2399	23	2
69	-9	No existe nivel	-3	No existe problema	4	Sin problema	0	0	0	0	2	0	2	2	Costurera	Independiente	1	Conviviente	Si	Primero	1300 a 2399	21	1
70	-1	No existe nivel	5	No existe problema	6	Con problema	1	1	0	1	2	0	1	0.417	No	No	1	Soltera	No	Primero	Menor de 60	25	Ninguna
71	4	Existe nivel	11	No existe problema	7	Con problema	1	0	2	1	1	0	2	8	No	No	1	Soltera	No	Primero	850 a 1299	27	1
72	17	Existe nivel	24	Existe persona	12	Con problema	2	1	2	2	2	0	3	0.67	No	No	1	Conviviente	Si	Primero	850 a 1299	18	Ninguna
73	-9	No existe nivel	1	No existe problema	5	Con problema	1	2	0	0	1	0	1	1	No	No	1	Conviviente	Si	Primero	850 a 1299	20	2
74	16	Existe nivel	12	No existe problema	12	Con problema	1	0	2	2	2	0	2	0.083	No	No	2	Casada	Si	Segundo	850 a 1299	26	Ninguna

	1 No existe ni	2 No existe pe	3 Con problem	4	4	5	5	6	6	7	7	8 No	8 No	9 Conviviente Si	10 Primer	1000 a 1299	20	4	
74	16 Existe nivel c	13 No existe pe	13 Con problem	1	0	3	2	2	3	2	0.083	No	No	2 Casada	Si	Segundo	850 a 1299	36	Ninguna
75	12 Existe nivel c	3 No existe pe	7 Con problem	1	0	1	3	1	0	1	7	No	No	3 Conviviente	Si	Segundo	1300 a 2399	26	Ninguna
76	15 Existe nivel c	16 No existe pe	1 Sin problem	0	1	0	0	0	0	0	14	No	No	4 Casada	Si	Primero	2400 a 9499	30	Ninguna
77	-10 No existe niv	1 No existe pe	9 Con problem	1	0	1	2	2	0	3	0.5	No	No	1 Soltera	No	Primero	1300 a 2399	17	Ninguna
78	11 Existe nivel c	16 No existe pe	13 Con problem	2	2	2	3	3	0	1	10	Ayudante	Dependiente	2 Casada	Si	Primero	850 a 1299	42	Ninguna
79	23 Existe nivel c	20 Existe perso	7 Con problem	1	1	1	0	1	0	3	13	Vendedor	Independier	4 Soltera	Si	Tercero	1300 2399	41	Ninguna
80	6 Existe nivel c	9 No existe pe	11 Con problem	1	2	2	1	2	0	3	12	No	No	2 Soltera	No	Primero	600 a 849	31	Ninguna
81	19 Existe nivel c	18 No existe pe	15 Con problem	3	2	2	2	3	0	3	3	Estimulador	Dependiente	1 Conviviente	Si	Primero	850 a 1299	23	Ninguna
82	15 Existe nivel c	3 No existe pe	3 Sin problem	1	0	0	0	1	0	1	7	Cocinera	Dependiente	3 Conviviente	Si	Primero	850 a 1299	30	Ninguna
83	0 No existe niv	6 No existe pe	9 Con problem	1	0	2	1	2	0	3	13	Cobrador	Dependiente	2 Casada	Si	Segundo	600 a 849	40	Ninguna
84	-11 No existe niv	-14 No existe pe	0 Sin problem	0	0	0	0	0	0	0	8	No	No	1 Conviviente	Si	Primero	600 a 849	27	Ninguna
85	0 No existe niv	12 No existe pe	2 Sin problem	0	0	2	0	0	0	0	14	Economista	Dependiente	2 Soltera	No	Primero	1300 a 2399	48	Ninguna
86	-14 No existe niv	3 No existe pe	3 Sin problem	0	0	0	0	1	0	2	5	No	No	1 Conviviente	Si	Primero	600 a 849	28	1
87	4 Existe nivel c	8 No existe pe	7 Con problem	0	2	2	1	1	1	0	2	No	No	2 Conviviente	Si	Primero	850 a 1299	24	Ninguna
88	-1 No existe niv	8 No existe pe	12 Con problem	2	2	2	3	1	0	2	2	Cuidadora	Independier	2 Conviviente	Si	Segundo	600 a 849	26	Ninguna
89	12 Existe nivel c	24 Existe perso	17 Con problem	2	3	3	3	3	0	3	0.33	No	No	3 Conviviente	Si	Tercero	600 a 849	39	Ninguna
90	17 Existe nivel c	15 No existe pe	5 Con problem	1	0	1	0	1	0	2	6	No	No	3 Casada	No	Tercero	850 a 1299	47	1
91	12 Existe nivel c	-1 No existe pe	5 Con problem	1	0	0	1	1	0	2	5	Costurera	Independier	2 Conviviente	Si	Segundo	1300 a 2399	30	Ninguna
92	9 Existe nivel c	-1 No existe pe	9 Con problem	2	2	2	0	2	0	1	7	No	No	2 Casada	Si	Primero	850 a 1299	26	Ninguna
93	5 Existe nivel c	6 No existe pe	4 Sin problem	1	1	0	0	1	0	1	2	No	No	2 Soltera	No	Primero	1300 a 2399	18	Ninguna
94	-4 No existe niv	-9 No existe pe	9 Con problem	1	2	2	1	1	0	2	9	Docente	Dependiente	1 Soltera	No	Primero	1300 a 2399	31	Ninguna
95	-12 No existe niv	-6 No existe pe	2 Sin problem	1	0	0	0	1	0	0	1	No	No	2 Casada	Si	Primero	2400 a 9499	22	1
96	-6 No existe niv	-3 No existe pe	12 Con problem	2	0	3	3	3	0	1	2	Recepcionist	Dependiente	1 Soltera	No	Primero	850 a 1299	28	1
97	3 Existe nivel c	15 No existe pe	10 Con problem	1	2	2	1	2	0	2	3	Vendedor	Independier	2 Soltera	No	Segundo	1300 a 2399	35	1
98	1 Existe nivel c	9 No existe pe	8 Con problem	1	2	1	0	2	0	2	1	No	No	1 Conviviente	Si	Primero	850 a 1299	23	Ninguna
99	3 Existe nivel c	-1 No existe pe	11 Con problem	1	1	2	2	2	0	3	14	Vendedor	Independier	2 Soltera	No	Segundo	850 a 1299	45	Ninguna
100	9 Existe nivel c	8 No existe pe	9 Con problem	1	1	2	1	2	0	2	0.5	No	No	2 Conviviente	Si	Segundo	850 a 1299	30	Ninguna
101	4 Existe nivel c	2 No existe pe	4 Sin problem	1	0	0	0	1	0	2	3	Cocina	Independier	2 Soltera	No	Segundo	Menor de 60	40	4
102	7 Existe nivel c	8 No existe pe	10 Con problem	1	1	2	2	2	0	2	0.5	No	No	3 Conviviente	Si	Tercero	Menor de 60	30	1