

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



**“DISFUNCIÓN FAMILIAR ASOCIADA A NIVELES DE ANSIEDAD  
EN MADRES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL  
HOSPITAL GENERAL HONORIO DELGADO ESPINOZA  
AREQUIPA 2020”.**

Tesis presentada por la Bachiller:  
**Luza Cayani, Angela Gabriel**  
para optar el Título Profesional de:  
**Médico Cirujana**

Asesor:  
**Dra. Rondón Rodriguez, Angely**

**Arequipa – Perú**  
**2020**



Universidad Católica  
de Santa María

71

AREQUIPA-PERU

TEL: (51) 841 382338

WWW.UCSM.EDU.PE

FACEBOOK.COM/UCSM.EDU.PE

**INFORME DICTAMEN BORRADOR DE TESIS**  
**DECRETO N° 694 - FMH-2020**

Visto el Borrador de Tesis titulado:

**"DISFUNCIÓN FAMILIAR ASOCIADA A NIVELES DE ANSIEDAD EN MADRES DE PACIENTES  
HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL GENERAL HONORIO DELGADO ESPINOZA AREQUIPA 2020"**

Presentado por el (la) Sr(ta):

**LUZA CAYANI, ANGELA GABRIEL**

Nuestro dictamen es:

*FAVORABLE.*

OBSERVACIONES:

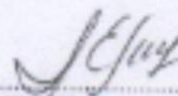
*NINGUNA.*

Arequipa,

*28/04/2020*

  
ALEJANDRO R. MIRANDA PINTO  
ABOGADO  
CNP: 14051  
MIL. N°: 14051 - RNE: 94805

DR. ALEJANDRO MIRANDA PINTO



DR. JOSÉ ELADIO ALVARADO ACO

Dr. José Alvarado Aco  
MEDICO - PSQUIATRA  
CNP: 14051 - RNE: 94805

DRA. GLORIA LLAZA LOMTZA



71

*Universidad Católica Santa María*

(51 54) 382038 Fax: (51 54) 251213 [ucsm@ucsm.edu.pe](mailto:ucsm@ucsm.edu.pe) <http://www.ucsm.edu.pe> Apartado: 1350

AREQUIPA - PERÚ

**INFORME DICTAMEN BORRADOR DE TESIS**  
**DECRETO N° 094 - FMH-2020**

Visto el Borrador de Tesis titulado:

**"DISFUNCIÓN FAMILIAR ASOCIADA A NIVELES DE ANSIEDAD EN MADRES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL GENERAL HONORIO DELGADO ESPINOZA AREQUIPA 2020"**

Presentado por el (la) Sr(ta):

**LUZA CAYANI, ANGELA GABRIEL**

Nuestro dictamen es:

*Favorable*

OBSERVACIONES:

Arequipa, .....

.....  
**DR. ALEJANDRO MIRANDA PINTO**

.....  
**DR. JOSÉ ELISEO ALVARADO ACO**

*Glenn Haza Lopez*  
.....  
**DR. GLENN HAZA LOPEZ**  
PSQUIATRA  
Mgtr. En Salud Pública  
Doctora en Medicina  
CMP: 17340 - RNE: 8408



## DEDICATORIA

A Dios, por permitirme cumplir con una de mis metas.

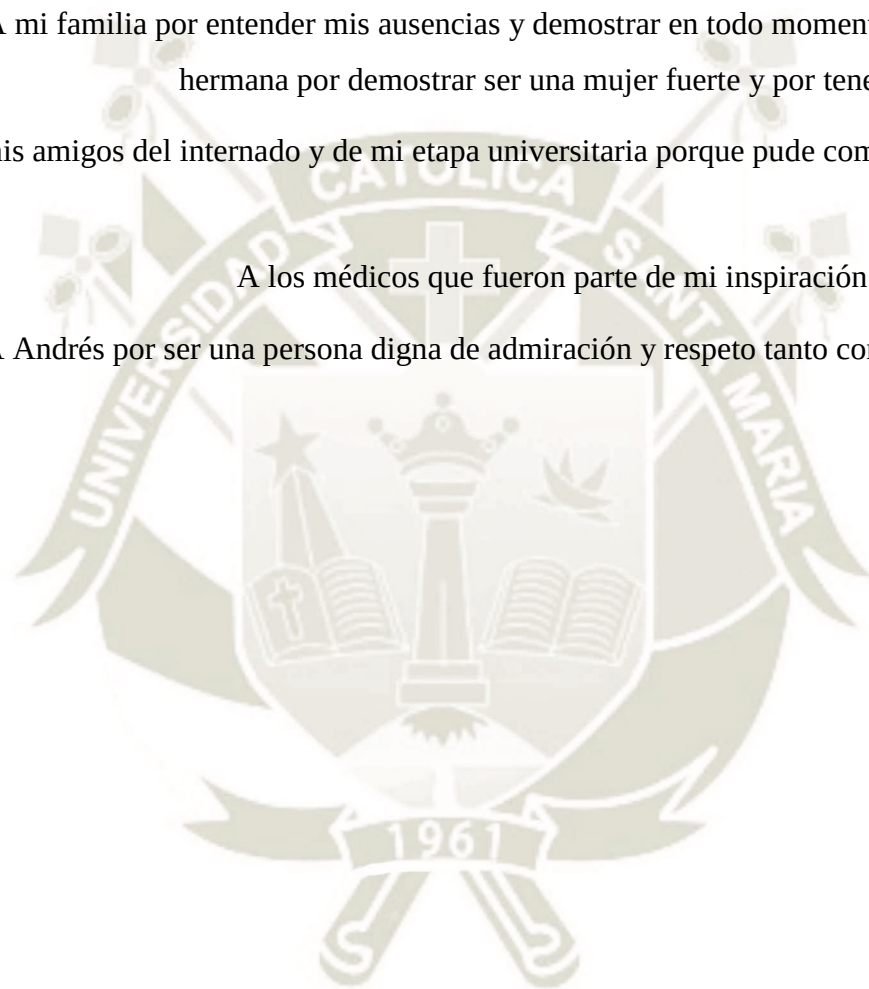
A mis padres, por su amor, paciencia y apoyo incondicional en cada uno de mis pasos durante la carrera. Y en cada aspecto de mi vida.

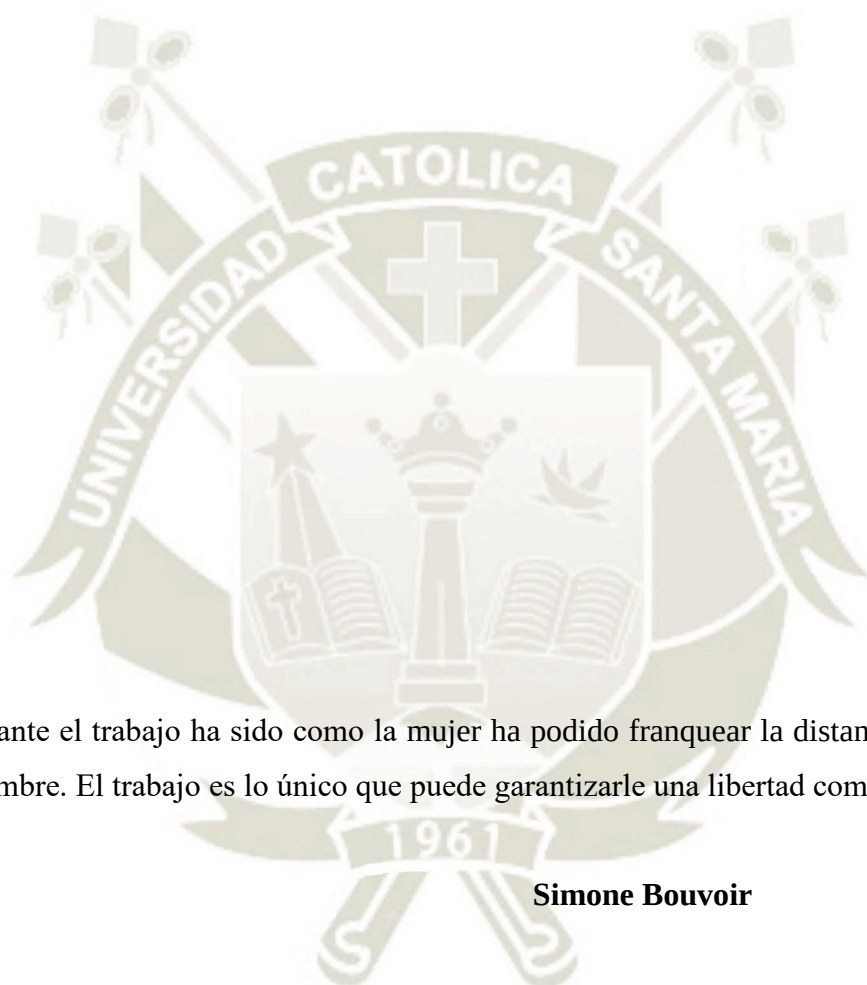
A mi familia por entender mis ausencias y demostrar en todo momento su cariño, a mi hermana por demostrar ser una mujer fuerte y por tener mi admiración.

A mis amigos del internado y de mi etapa universitaria porque pude compartir momentos muy gratos.

A los médicos que fueron parte de mi inspiración para este estudio

A Andrés por ser una persona digna de admiración y respeto tanto como médico como persona.





“Mediante el trabajo ha sido como la mujer ha podido franquear la distancia que la separa del hombre. El trabajo es lo único que puede garantizarle una libertad completa”

**Simone Bouvoir**

## RESUMEN

Nuestro país viene pasando por múltiples cambios sociodemográficos, la unidad familiar continua siendo la base de la pirámide de nuestra sociedad, así mismo la mujer sigue cumpliendo un rol protagónico dentro de este núcleo por realizar trabajo doméstico no remunerado que puede llegar a ser 10 horas más que la de un hombre; sin embargo cuando un hijo enferma en la familia el nivel de ansiedad y tensión aumenta, sobre todo cuando los tratamientos no pueden ser administrados de manera ambulatoria y deben ser hospitalizados además que tendrán un periodo de tiempo no definido que hará que las madres de los mismos estén lejos de casa. Es por eso que un adecuado funcionamiento familiar garantiza el soporte de parte de los integrantes y puede actuar como pilar importante para disminuir la carga laboral y el nivel de ansiedad. Por estas razones buscamos determinar si existe asociación entre la disfunción familiar y el nivel de ansiedad de las madres de los niños hospitalizados en el servicio de pediatría del Hospital General Honorio Delgado Espinoza. Realizando un estudio de corte transversal, con elemento analítico mediante el uso de análisis bivariado para estimar asociación y correlación la muestra estuvo conformada por 100 madres de niños hospitalizados en el servicio de Pediatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, que cumplieron con los criterios de inclusión y firmaron el consentimiento informado. Para la determinación de la ansiedad se usó el instrumento Test de Zung, para la medición de disfunción familiar se usó APGAR familiar; así mismo se registraron las características sociodemográficas de los participantes. Encontrando lo siguiente; una frecuencia del 47% de ansiedad de los cuales, el 23.5% presento un nivel leve de ansiedad, el 21.5% ansiedad moderada y el 1.9% ansiedad intensa. El 58.8% presento algún nivel de disfunción familiar, el 31.3% presentó disfunción familiar leve. El 21.5% moderada y el 5.8% disfunción familiar severa. El estado civil, la presencia de la pareja, el diagnóstico agudo o crónico y el número de hijos son variables independientes tanto de los niveles de ansiedad y la presencia de disfunción familiar. Así como no hay correlación entre los niveles de ansiedad y disfunción familiar ( $p>0.3$ ). Con lo que se concluye que no existe asociación estadísticamente significativa entre los niveles de ansiedad y disfunción familiar.

**PALABRAS CLAVE:** Ansiedad, disfunción familiar, APGAR familiar, Test de Zung



## ABSTRACT

Our country has been going through multiple sociodemographic changes, the family unit continues to be the base of the pyramid of our society, and women continue to play a leading role within this nucleus for doing unpaid domestic work that can be 10 hours more than that of a man; however, when a child becomes ill in the family, the level of anxiety and tension increases, especially when the treatments cannot be administered on an outpatient basis and must be hospitalized, as well as having an undefined period of time that will make their mothers are away from home. That is why an adequate family functioning guarantees the support from the members can act as an important pillar to decrease the workload and the level of anxiety. For these reasons, we seek to determine if there is an association between family dysfunction and the level of anxiety of the mothers of children hospitalized in the pediatric service of the General Hospital Honorio Delgado Espinoza, in February 2020. Carrying out a cross-sectional study, with an analytical element using bivariate analysis to estimate association and correlation, the sample consisted of 100 mothers of children hospitalized in the Pediatric service of the Honorio Delgado Espinoza Regional Hospital, who met the inclusion criteria and signed the informed consent. For the determination of anxiety, the Zung Test instrument was used; for the measurement of family dysfunction, family APGAR was used; the sociodemographic characteristics of the participants were also recorded. Finding the following, there was a 47% frequency of anxiety. 23.5% presented a mild level of anxiety, 21.5% moderate anxiety and 1.9% intense anxiety. 58.8% presented some level of family dysfunction, 31.3% presented mild family dysfunction. 21.5% moderate and 5.8% severe family dysfunction. Marital status, partner presence, acute or chronic diagnosis, and number of children are independent variables of both anxiety levels and the presence of family dysfunction. Just as there is no correlation between levels of anxiety and family dysfunction ( $p > 0.3$ ). Thus, it is concluded that there is no statistically significant association between levels of anxiety and family dysfunction.

**KEY WORDS:** Anxiety, family dysfunction, family APGAR, Zung test

## INTRODUCCIÓN

La familia es un sistema que juega un rol fundamental en la evolución de una enfermedad, así como en el proceso de su recuperación y rehabilitación, en la medida en que continúe cumpliendo con sus funciones básicas.

Cuando en la familia uno de los hijos cursa con una enfermedad ya sea crónica o aguda, es habitual que los padres presenten distintas alteraciones en su estado anímico, del mismo modo existe un contraste en los niveles de ansiedad presentes en los padres y madres siendo estas últimas las que se ven más afectadas. La ansiedad es una alteración que aparece cuando el sujeto se siente en peligro por un conflicto externo por ejemplo la pérdida de un ser querido o interno como es el miedo al fracaso (12). Frecuentemente los trastornos de ansiedad son más frecuentes en mujeres, y presenta una edad de inicio entre los 20 y 40 años, con una duración media antes de acudir al psiquiatra de 5 años (13) sin embargo son los factores culturales los que pueden cambiar o esconder verdaderos trastornos de angustia.

La salud mental contribuye significativamente a la calidad de vida y a una plena cooperación social activa. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y sus Estados Miembros realizaron el Plan de Acción sobre Salud Mental para orientar sobre las intervenciones de salud mental que se realicen en la Región de las Américas entre 2015 y 2020. Los trastornos de salud mental y por abuso de sustancias tienen una prevalencia significativa y son factores que se atribuyen de manera importante a la morbilidad, la discapacidad, las lesiones y la mortalidad prematura, además de elevan el riesgo de padecer otras condiciones de salud.

En el Perú, El Ministerio de Salud ha declarado a la salud mental, una de las líneas fundamentales nacionales de atención e investigación. Además, en el 2004, consideró a la salud mental dentro de las estrategias sanitarias nacionales (3,4).

Tras realizar todos los pasos de la metodología de investigación, se logró conseguir los objetivos trazados del estudio. A continuación, se presenta en modo sistemático y organizado los hallazgos de la presente investigación.



## ÍNDICE GENERAL

|                                            |      |
|--------------------------------------------|------|
| RESUMEN .....                              | vi   |
| ABSTRACT .....                             | vii  |
| INTRODUCCIÓN.....                          | viii |
| CAPÍTULO I MATERIAL Y MÉTODOS .....        | 1    |
| CAPÍTULO II RESULTADOS.....                | 5    |
| CAPÍTULO III DISCUSION Y COMENTARIOS ..... | 32   |
| CONCLUSIONES.....                          | 36   |
| RECOMENDACIONES .....                      | 37   |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....           | 38   |
| ANEXOS .....                               | 40   |
| ANEXO 1: PROYECTO DE TESIS .....           | 41   |
| ANEXO 2: MATRIZ DE DATOS .....             | 85   |

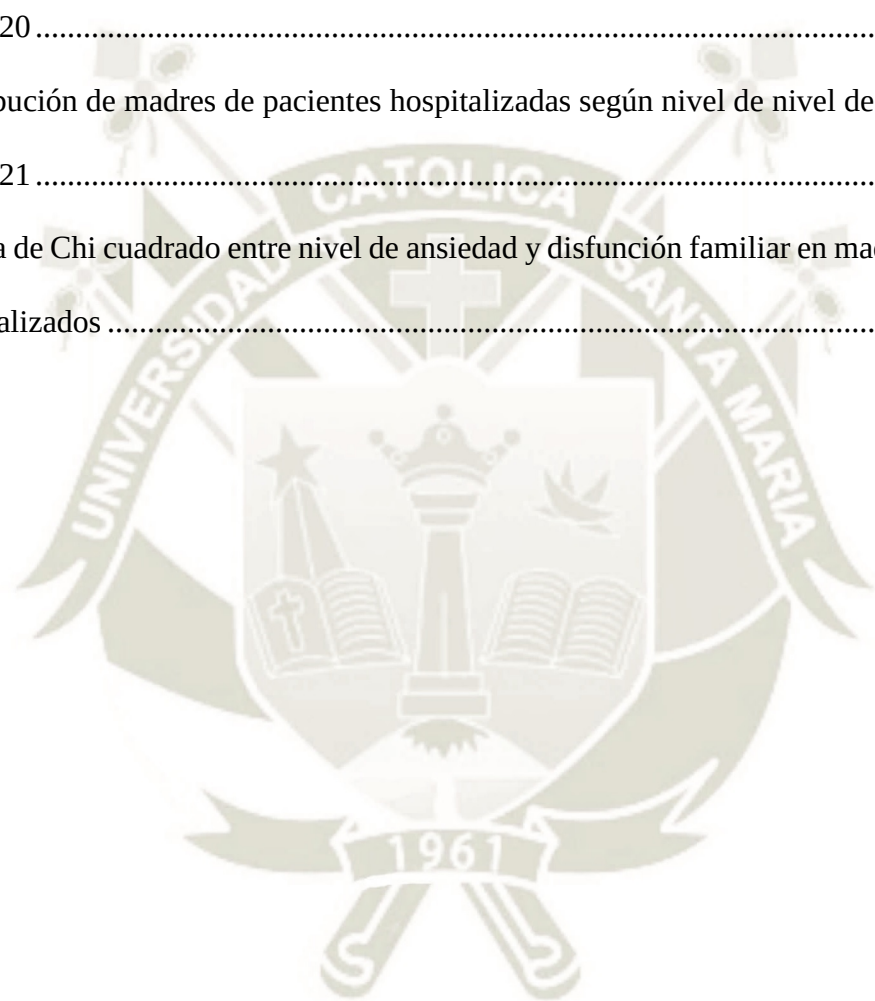
## ÍNDICE DE TABLAS

|                                                                                                                                       |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabla 01 .....                                                                                                                        | 6  |
| Distribución de madres de pacientes hospitalizadas según edad.....                                                                    | 6  |
| Tabla 02 .....                                                                                                                        | 8  |
| Distribución de madres de pacientes hospitalizadas según diagnóstico de hospitalización y nivel de ansiedad .....                     | 8  |
| Tabla 03.....                                                                                                                         | 9  |
| Prueba de Chi cuadrado de madres de pacientes hospitalizadas según diagnóstico de hospitalización y nivel de ansiedad .....           | 9  |
| Tabla 04.....                                                                                                                         | 10 |
| Distribución de madres de pacientes hospitalizadas según diagnóstico de hospitalización y nivel de disfunción familiar.....           | 10 |
| Tabla 05.....                                                                                                                         | 11 |
| Prueba de Chi cuadrado de madres de pacientes hospitalizadas según diagnóstico de hospitalización y nivel de disfunción familiar..... | 11 |
| Tabla 06.....                                                                                                                         | 12 |
| Distribución de madres de pacientes hospitalizadas según días de hospitalización.....                                                 | 12 |
| Tabla 07.....                                                                                                                         | 13 |
| Distribución de madres de pacientes hospitalizadas según número de hijos .....                                                        | 13 |
| Tabla 08.....                                                                                                                         | 14 |
| Distribución de madres de pacientes hospitalizados según número de hijos y nivel de ansiedad .....                                    | 14 |
| Tabla 09.....                                                                                                                         | 15 |
| Prueba de Chi cuadrado de madres de pacientes hospitalizadas según número de hijos y nivel de ansiedad .....                          | 15 |
| Tabla 10.....                                                                                                                         | 16 |

|                                                                                                                   |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Distribución de madres de pacientes hospitalizadas según número de hijos y nivel de disfunción familiar.....      | 16 |
| Tabla 11 .....                                                                                                    | 17 |
| Prueba de Chi cuadrado de madres de pacientes hospitalizadas según número de hijos y nivel de ansiedad .....      | 17 |
| Tabla 12 .....                                                                                                    | 19 |
| Distribución de madres de pacientes hospitalizadas según estado civil y niveles de ansiedad .....                 | 19 |
| Tabla 13.....                                                                                                     | 20 |
| Prueba de Chi cuadrado de madres de pacientes hospitalizadas según estado civil y nivel de ansiedad .....         | 20 |
| Tabla 14.....                                                                                                     | 21 |
| Distribución de madres de pacientes hospitalizadas según estado civil y niveles de disfunción familiar .....      | 21 |
| Tabla 15.....                                                                                                     | 22 |
| Prueba de Chi cuadrado de madres de pacientes hospitalizadas según estado civil nivel de disfunción familiar..... | 22 |
| Tabla 16.....                                                                                                     | 24 |
| Distribución de madres de pacientes hospitalizadas según presencia del padre y nivel de ansiedad .....            | 24 |
| Tabla 17 .....                                                                                                    | 25 |
| Prueba de Chi cuadrado de madres de pacientes hospitalizadas según presencia del padre y nivel de ansiedad .....  | 25 |
| Tabla 18.....                                                                                                     | 26 |



|                                                                                                                            |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Distribución de madres de pacientes hospitalizadas según presencia del padre y nivel de disfunción familiar.....           | 26 |
| Tabla 19.....                                                                                                              | 27 |
| Prueba de Chi cuadrado de madres de pacientes hospitalizadas según presencia del padre y nivel de disfunción familiar..... | 27 |
| Tabla 20.....                                                                                                              | 30 |
| Distribución de madres de pacientes hospitalizadas según nivel de nivel de.....                                            | 30 |
| Tabla 21.....                                                                                                              | 31 |
| Prueba de Chi cuadrado entre nivel de ansiedad y disfunción familiar en madres de pacientes hospitalizados .....           | 31 |



## ÍNDICE DE GRÁFICOS

|                                                                                                  |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Grafico 01 .....                                                                                 | 7  |
| Distribución de madres de pacientes hospitalizados según el diagnóstico de hospitalización ..... | 7  |
| Grafico 2 .....                                                                                  | 18 |
| Distribución de madres de pacientes hospitalizadas según estado civil .....                      | 18 |
| Grafico 03 .....                                                                                 | 23 |
| Distribución de madres de pacientes hospitalizadas según presencia del padre .....               | 23 |
| Grafico 04 .....                                                                                 | 28 |
| Distribución de madres de pacientes hospitalizados según nivel de ansiedad .....                 | 28 |
| Gráfico 05 .....                                                                                 | 29 |
| Distribución de madres de pacientes hospitalizadas según nivel de nivel de.....                  | 29 |
| disfunción familiar.....                                                                         | 29 |



# **CAPÍTULO I**

## **MATERIAL Y MÉTODOS**



## 1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

**Técnicas:** Observación.

**Instrumentos:** El instrumento utilizado: test de Zung para ansiedad (Anexo 3) y test de APGAR familiar (Anexo 4)

**Materiales:**

- Fichas de recolección de datos y test de Zung para ansiedad y test de APGAR familiar.
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

## 2. Campo de verificación

### 2.1. Ubicación espacial:

El presente estudio se realizó en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa.

### 2.2. Ubicación temporal:

El estudio se realizó en febrero del 2020.

### 2.3. Unidades de estudio:

Madres de pacientes hospitalizados en el Hospital Honorio Delgado Espinoza durante el periodo de febrero 2020.

**Población:** Todas las madres de pacientes hospitalizados en el Hospital Honorio Delgado Espinoza Arequipa durante el periodo de estudio.

**Muestra** Totalidad de las madres de pacientes hospitalizados en el Hospital Honorio Delgado Espinoza Arequipa durante el periodo de estudio, que cumplieron los criterios de selección

### 2.4. Criterios de selección:

#### 2.4.1. Criterios de Inclusión

- Madres de los pacientes que sean mayores de 18 años.
- Madres de los pacientes con participación voluntaria.
- Pacientes que firmen consentimiento informado

#### **2.4.2. Criterios de Exclusión**

- Madres que no deseen participar
- Madres que no firmen el consentimiento informado
- Madres con antecedente de enfermedad psiquiátrica diagnosticada

### **3. Tipo de investigación:**

Se trata de un estudio observacional-analítico, prospectivo, transversal

### **3. Nivel de investigación:**

La presente investigación es un estudio descriptivo, correlacional.

### **4. Estrategia de Recolección de datos**

#### **4.1. Organización**

- Presentación de solicitud al Director Médico del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, con el fin de tener la autorización para realizar el presente trabajo de investigación en el área de Pediatría.
- Recolección de datos de las madres pacientes que fueron hospitalizados en el Hospital Honorio Delgado Espinoza Arequipa que cumplieron los criterios de selección.

#### **4.2. Validación de los instrumentos**

La ficha de recolección de datos es el test de Zung de ansiedad y test de APGAR familiar, los cuales son un cuestionario específico para la ansiedad y disfunción familiar de aplicación mundial y validada al idioma castellano.

#### **4.3. Criterios para manejo de resultados**

##### **4.3.1. Plan de Recolección**

La recolección de datos se realizó previa autorización para la aplicación de los instrumentos a madres de pacientes hospitalizados del área de pediatría en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

#### **4.3.2. Plan de Procesamiento**

Los datos registrados en el Anexo fueron codificados y tabulados para su análisis e interpretación según test de Zung para la medición de los niveles de ansiedad y test de APGAR familiar para los niveles de Disfunción Familiar.

#### **4.3.3. Plan de Clasificación:**

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

#### **4.3.4. Plan de Codificación:**

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores para facilitar el ingreso de datos.

#### **4.3.5. Plan de Recuento.**

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

#### **4.3.6. Plan de análisis**

Se empleó estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas), medidas de tendencia central (promedio) para variables continuas, las variables categóricas se presentarán como proporciones. Para los resultados del test de Zung para ansiedad se utilizará la siguiente escala: 1 normal, 2 ansiedad leve, 3 ansiedad moderada, 4 ansiedad intensa, para el test de APGAR se utilizará la siguiente escala 1 normal, 2 disfunción familiar leve, 3 disfunción familiar moderada, 4 disfunción familiar severa. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2016 con su complemento analítico y el paquete estadístico.





## **CAPÍTULO II**

### **RESULTADOS**

# **DISFUNCIÓN FAMILIAR ASOCIADA A NIVELES DE ANSIEDAD EN MADRES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL GENERAL HONORIO DELGADO ESPINOZA AREQUIPA 2020**

**Tabla 01**

**Distribución de madres de pacientes hospitalizadas según edad**

|             | N   | Mínimo | Máximo | Media | Desviación estándar |
|-------------|-----|--------|--------|-------|---------------------|
| <b>Edad</b> | 100 | 18     | 52     | 33.51 | 9.257               |

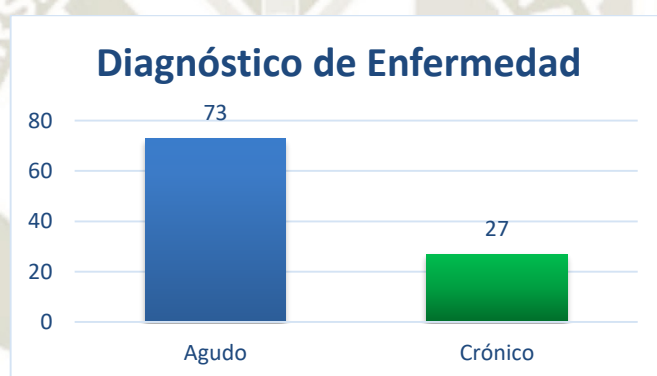
Fuente: Elaboración propia

Se incluyeron 100 casos de madres de pacientes hospitalizados en el área de pediatría de las cuales se encontró que la edad media de la población más afectada estuvo comprendida en 33.51 años de edad.

# **DISFUNCIÓN FAMILIAR ASOCIADA A NIVELES DE ANSIEDAD EN MADRES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL GENERAL HONORIO DELGADO ESPINOZA AREQUIPA 2020**

**Grafico 01**

**Distribución de madres de pacientes hospitalizados según el diagnóstico de hospitalización**



Fuente: elaboración propia

Se aprecia que un 73(73%) tenía un diagnóstico de hospitalización agudo en cambio 27(27%) tenía un diagnóstico de hospitalización crónico.



# **DISFUNCIÓN FAMILIAR ASOCIADA A NIVELES DE ANSIEDAD EN MADRES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL GENERAL HONORIO DELGADO ESPINOZA AREQUIPA 2020”**

**Tabla 02**

**Distribución de madres de pacientes hospitalizadas según diagnóstico de hospitalización y nivel de ansiedad**

|             |         | Niveles de Ansiedad |    |        |      |        |          |        |         |       |
|-------------|---------|---------------------|----|--------|------|--------|----------|--------|---------|-------|
|             |         | Sin ansiedad        |    |        | Leve |        | Moderada |        | Intensa |       |
| Diagnóstico |         | N°                  | N° | %      | N°   | %      | N°       | %      | N°      | %     |
|             | Agudo   | 73                  | 30 | 41.09% | 27   | 36.98% | 15       | 20.50% | 1       | 1.36% |
|             | Crónico | 27                  | 9  | 33.33% | 11   | 40.74% | 5        | 18.51% | 2       | 7%    |
| Total       |         | 100                 | 39 | 39%    | 38   | 38%    | 20       | 20%    | 3       | 3%    |

**Fuente: Elaboración propia**

**DISFUNCIÓN FAMILIAR ASOCIADA A NIVELES DE ANSIEDAD  
EN MADRES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL  
HOSPITAL GENERAL HONORIO DELGADO ESPINOZA  
AREQUIPA 2020**

**Tabla 03**

**Prueba de Chi cuadrado de madres de pacientes hospitalizadas según diagnóstico de hospitalización y nivel de ansiedad**

| Pruebas de Chi-cuadrado        |                    |    |                           |
|--------------------------------|--------------------|----|---------------------------|
|                                | Valor              | Gl | Sig. asintótica (2 caras) |
| <b>Chi-cuadrado de Pearson</b> | 2,813 <sup>a</sup> | 3  | .421                      |

**Fuente: Elaboración propia**

Se realizó la prueba de Chi cuadrado obteniéndose una p de 0.42 con lo q se demuestra que el diagnóstico de hospitalización y el nivel de ansiedad son factores independientes

# **DISFUNCIÓN FAMILIAR ASOCIADA A NIVELES DE ANSIEDAD EN MADRES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL GENERAL HONORIO DELGADO ESPINOZA AREQUIPA 2020**

**Tabla 04**

**Distribución de madres de pacientes hospitalizadas según diagnóstico de hospitalización y nivel de disfunción familiar**

|                    |         |     | Disfunción familiar     |        |      |        |          |        |        |        |
|--------------------|---------|-----|-------------------------|--------|------|--------|----------|--------|--------|--------|
|                    |         |     | Sin disfunción familiar |        | leve |        | moderado |        | severo |        |
| <b>Diagnóstico</b> | Agudo   | 73  | 26                      | 35.60% | 29   | 39.70% | 11       | 15.06% | 7      | 9.5%   |
|                    | Crónica | 27  | 9                       | 33.33% | 6    | 22.22% | 8        | 29.62% | 4      | 14.81% |
| <b>Total</b>       |         | 100 | 35                      | 35.00% | 35   | 35.00% | 19       | 19.00% | 11     | 11.00% |

**Fuente: Elaboración propia**



# DISFUNCIÓN FAMILIAR ASOCIADA A NIVELES DE ANSIEDAD EN MADRES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL GENERAL HONORIO DELGADO ESPINOZA AREQUIPA 2020

Tabla 05

**Prueba de Chi cuadrado de madres de pacientes hospitalizadas según diagnóstico de hospitalización y nivel de disfunción familiar**

| Pruebas de chi-cuadrado        |                    |    |                           |
|--------------------------------|--------------------|----|---------------------------|
|                                | Valor              | Gl | Sig. asintótica (2 caras) |
| <b>Chi-cuadrado de Pearson</b> | 4,444 <sup>a</sup> | 3  | .217                      |

**Fuente: Elaboración propia**

Se realizó la prueba de Chi cuadrado obteniéndose una p de 0.21 con lo q se demuestra que el diagnóstico de hospitalización y el nivel de disfunción familiar son factores independientes

# **DISFUNCIÓN FAMILIAR ASOCIADA A NIVELES DE ANSIEDAD EN MADRES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL GENERAL HONORIO DELGADO ESPINOZA AREQUIPA 2020**

**Tabla 06**

**Distribución de madres de pacientes hospitalizadas según días de hospitalización**

|                                | <b>N</b> | <b>Mínimo</b> | <b>Máximo</b> | <b>Media</b> | <b>Desviación estándar</b> |
|--------------------------------|----------|---------------|---------------|--------------|----------------------------|
| <b>Días de Hospitalización</b> | 100      | 1             | 30            | 4.85         | 4.504                      |

**Fuente: Elaboración propia**

Se observa que la media de días de hospitalización fue de 4.85 días, siendo el mínimo de 1 día y el máximo de 30 días, con una desviación estándar de 4.5

# **DISFUNCIÓN FAMILIAR ASOCIADA A NIVELES DE ANSIEDAD EN MADRES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL GENERAL HONORIO DELGADO ESPINOZA AREQUIPA 2020**

**Tabla 07**

**Distribución de madres de pacientes hospitalizadas según número de hijos**

|                 |       | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------|-------|------------|------------|
| Número de hijos | 1     | 25         | 25%        |
|                 | 2     | 47         | 47%        |
|                 | 3     | 19         | 19%        |
|                 | 4     | 6          | 6%         |
|                 | 5     | 3          | 3%         |
|                 | Total | 100        | 100%       |

**Fuente: Elaboración propia**



# **DISFUNCIÓN FAMILIAR ASOCIADA A NIVELES DE ANSIEDAD EN MADRES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL GENERAL HONORIO DELGADO ESPINOZA AREQUIPA 2020**

**Tabla 08**

**Distribución de madres de pacientes hospitalizados según número de hijos y nivel de ansiedad**

|              |   |     | Niveles de Ansiedad |        |        |        |          |        |         |       |
|--------------|---|-----|---------------------|--------|--------|--------|----------|--------|---------|-------|
|              |   |     | Sin ansiedad        |        | Mínima |        | Moderada |        | Intensa |       |
|              |   |     | Nº                  | %      | Nº     | %      | Nº       | %      | Nº      | %     |
| Nº hijos     | 1 | 25  | 11                  | 44.00% | 7      | 28.00% | 7        | 28.00% | 0       | 0%    |
|              | 2 | 47  | 19                  | 40.42% | 16     | 34.04% | 10       | 21.27% | 2       | 4.25% |
|              | 3 | 19  | 4                   | 21.05% | 12     | 63.15% | 2        | 10.52% | 1       | 5.26% |
|              | 4 | 6   | 3                   | 50.00% | 2      | 33.33% | 1        | 16.66% | 0       | 0%    |
|              | 5 | 3   | 2                   | 66.66% | 1      | 33.33% | 0        | 0%     | 0       | 0%    |
| <b>total</b> |   | 100 | 39                  | 39.00% | 38     | 38.00% | 20       | 20.00% | 3       | 3.00% |

**Fuente: Elaboración propia**

# DISFUNCIÓN FAMILIAR ASOCIADA A NIVELES DE ANSIEDAD EN MADRES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL GENERAL HONORIO DELGADO ESPINOZA AREQUIPA 2020”

**Tabla 09**

**Prueba de Chi cuadrado de madres de pacientes hospitalizadas según número de hijos y nivel de ansiedad**

| Pruebas de chi-cuadrado        |                     |    |                           |
|--------------------------------|---------------------|----|---------------------------|
|                                | Valor               | Gl | Sig. asintótica (2 caras) |
| <b>Chi-cuadrado de Pearson</b> | 10,512 <sup>a</sup> | 12 | .571                      |

**Fuente: Elaboración propia**

Se realizó la prueba de Chi cuadrado obteniéndose una p de 0.57 con lo que se demuestra que el número de hijos y el nivel de ansiedad son factores independientes

# **DISFUNCIÓN FAMILIAR ASOCIADA A NIVELES DE ANSIEDAD EN MADRES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL GENERAL HONORIO DELGADO ESPINOZA AREQUIPA 2020”**

**Tabla 10**

**Distribución de madres de pacientes hospitalizadas según número de hijos y nivel de disfunción familiar**

| Número de Hijos |    | Disfunción Familiar     |        |     |        |      |     |          |        |        |  |
|-----------------|----|-------------------------|--------|-----|--------|------|-----|----------|--------|--------|--|
|                 |    | Sin Disfunción Familiar |        |     |        | Leve |     | Moderada |        | Severa |  |
|                 |    | N°                      | N°     | %   | N°     | %    | N°  | %        | N°     | %      |  |
| 1               | 25 | 8                       | 32.00% | 7   | 28.00% | 8    | 32% | 2        | 8.00%  |        |  |
| 2               | 47 | 18                      | 38.30% | 19  | 40.00% | 6    | 13% | 4        | 8.51%  |        |  |
| 3               | 19 | 5                       | 26.32% | 7   | 36.84% | 3    | 16% | 4        | 21.05% |        |  |
| 4               | 6  | 4                       | 66.66% | 1   | 16.66% | 1    | 17% | 0        | 0.00%  |        |  |
| 5               | 3  | 0                       | 0.00%  | 1   | 33.33% | 1    | 33% | 1        | 33.33% |        |  |
| Total           |    | 100                     | 35     | 35% | 35     | 35%  | 19  | 19%      | 11     | 11%    |  |

**Fuente: Elaboración propia**

# DISFUNCIÓN FAMILIAR ASOCIADA A NIVELES DE ANSIEDAD EN MADRES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL GENERAL HONORIO DELGADO ESPINOZA AREQUIPA 2020

**Tabla 11**

**Prueba de Chi cuadrado de madres de pacientes hospitalizadas según número de hijos y nivel de ansiedad**

| Pruebas de chi-cuadrado        |                     |    |                           |
|--------------------------------|---------------------|----|---------------------------|
|                                | Valor               | Gl | Sig. asintótica (2 caras) |
| <b>Chi-cuadrado de Pearson</b> | 12,596 <sup>a</sup> | 12 | .399                      |

**Fuente: Elaboración propia**

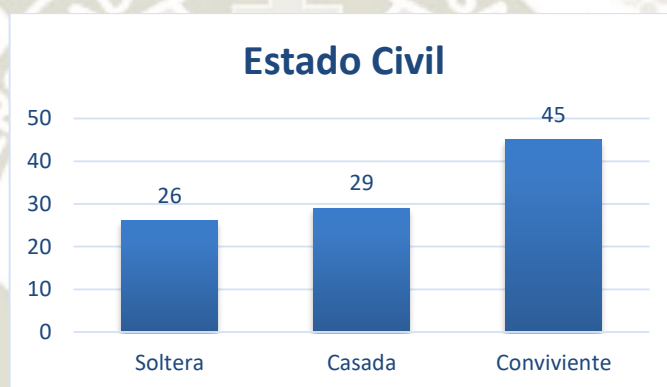
Se realizó la prueba de Chi cuadrado obteniéndose una p de 0.39 con lo q se demuestra que el número de hijos y el nivel de disfunción familiar son factores independientes.



## **DISFUNCIÓN FAMILIAR ASOCIADA A NIVELES DE ANSIEDAD EN MADRES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL GENERAL HONORIO DELGADO ESPINOZA AREQUIPA 2020**

**Grafico 2**

**Distribución de madres de pacientes hospitalizadas según estado civil**



**Fuente: Elaboración propia**

Se observa que el estado civil preponderante es conviviente (45%) seguido de casada (29%) y soltera de (26%).

# DISFUNCIÓN FAMILIAR ASOCIADA A NIVELES DE ANSIEDAD EN MADRES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL GENERAL HONORIO DELGADO ESPINOZA AREQUIPA 2020

Tabla 12

Distribución de madres de pacientes hospitalizadas según estado civil y niveles de ansiedad

|              |             |     | Niveles de ansiedad |        |        |        |          |        |         |       |
|--------------|-------------|-----|---------------------|--------|--------|--------|----------|--------|---------|-------|
|              |             |     | Sin ansiedad        |        | Mínima |        | Moderada |        | Intensa |       |
| Estado civil |             | N°  | N°                  | %      | N°     | %      | N°       | %      | N°      | %     |
|              | Soltera     | 26  | 13                  | 50.00% | 7      | 26.92% | 5        | 19.23% | 1       | 3.84% |
|              | Casada      | 29  | 8                   | 27.58% | 16     | 55.17% | 4        | 13.79% | 1       | 3.44% |
|              | Conviviente | 45  | 18                  | 40.00% | 15     | 33.33% | 11       | 24.44% | 1       | 2.22% |
| <b>Total</b> |             | 100 | 39                  | 39.00% | 38     | 38.00% | 20       | 20.00% | 3       | 3.00% |

Fuente: Elaboración propia

# DISFUNCIÓN FAMILIAR ASOCIADA A NIVELES DE ANSIEDAD EN MADRES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL GENERAL HONORIO DELGADO ESPINOZA AREQUIPA 2020”

Tabla 13

**Prueba de Chi cuadrado de madres de pacientes hospitalizadas según estado civil y nivel de ansiedad**

| Pruebas de chi-cuadrado        |                    |    |                           |
|--------------------------------|--------------------|----|---------------------------|
|                                | Valor              | Gl | Sig. asintótica (2 caras) |
| <b>Chi-cuadrado de Pearson</b> | 6,318 <sup>a</sup> | 6  | .389                      |

**Fuente: Elaboración propia**

Se realizó la prueba de Chi cuadrado obteniéndose una p de 0.38 con lo q se demuestra que el estado civil y el nivel de ansiedad son factores independientes.

# DISFUNCIÓN FAMILIAR ASOCIADA A NIVELES DE ANSIEDAD EN MADRES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL GENERAL HONORIO DELGADO ESPINOZA AREQUIPA 2020

**Tabla 14**

**Distribución de madres de pacientes hospitalizadas según estado civil y niveles de  
disfunción familiar**

|              |             | Niveles de Disfunción Familiar |      |        |          |        |        |        |
|--------------|-------------|--------------------------------|------|--------|----------|--------|--------|--------|
|              |             |                                | Leve |        | Moderada |        | Severa |        |
| Estado Civil |             | N°                             | N°   | %      | N°       | %      | N°     | %      |
|              | Soltera     | 26                             | 10   | 38.46% | 8        | 30.77% | 2      | 7.69%  |
|              | Casada      | 29                             | 13   | 44.82% | 4        | 13.79% | 4      | 13.79% |
|              | Conviviente | 45                             | 12   | 26.67% | 7        | 15.56% | 5      | 11.11% |
| <b>Total</b> |             | 100                            | 35   | 35.00% | 19       | 19.00% | 11     | 11.00% |

**Fuente: Elaboración propia**



# DISFUNCIÓN FAMILIAR ASOCIADA A NIVELES DE ANSIEDAD EN MADRES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL GENERAL HONORIO DELGADO ESPINOZA AREQUIPA 2020

Tabla 15

**Prueba de Chi cuadrado de madres de pacientes hospitalizadas según estado civil  
nivel de disfunción familiar**

| Pruebas de chi-cuadrado        |                    |    |                           |
|--------------------------------|--------------------|----|---------------------------|
|                                | Valor              | Gl | Sig. asintótica (2 caras) |
| <b>Chi-cuadrado de Pearson</b> | 8,099 <sup>a</sup> | 6  | .231                      |

**Fuente: Elaboración propia**

Se realizó la prueba de Chi cuadrado obteniéndose una p de 0.23 con lo q se demuestra que el estado civil y el nivel de disfunción familiar son factores independientes

**DISFUNCIÓN FAMILIAR ASOCIADA A NIVELES DE ANSIEDAD  
EN MADRES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL  
HOSPITAL GENERAL HONORIO DELGADO ESPINOZA  
AREQUIPA 2020**

**Grafico 03**

**Distribución de madres de pacientes hospitalizadas según presencia del padre**



**Fuente: Elaboración propia**

Se observó que la mayoría 72% de las madres de pacientes hospitalizados contaban con presencia del padre, en cambio 28%no contaban con presencia del padre.

# **DISFUNCIÓN FAMILIAR ASOCIADA A NIVELES DE ANSIEDAD EN MADRES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL GENERAL HONORIO DELGADO ESPINOZA AREQUIPA 2020**

**Tabla 16**

**Distribución de madres de pacientes hospitalizadas según presencia del padre y nivel de ansiedad**

|                     |    |     | Niveles de ansiedad |        |        |        |          |        |         |       |
|---------------------|----|-----|---------------------|--------|--------|--------|----------|--------|---------|-------|
|                     |    |     | Sin ansiedad        |        | Mínima |        | Moderada |        | Intensa |       |
| Presencia del padre |    | N°  | N°                  | %      | N°     | %      | N°       | %      | N°      | %     |
|                     | Si | 72  | 28                  | 38.88% | 30     | 41.66% | 13       | 18.05% | 1       | 1.38% |
|                     | No | 28  | 11                  | 39.28% | 8      | 28.57% | 7        | 25.00% | 2       | 7.14% |
| <b>Total</b>        |    | 100 | 39                  | 39.00% | 38     | 38.00% | 20       | 20.00% | 3       | 3.00% |

**Fuente: Elaboración propia**

# **DISFUNCIÓN FAMILIAR ASOCIADA A NIVELES DE ANSIEDAD EN MADRES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL GENERAL HONORIO DELGADO ESPINOZA AREQUIPA 2020”**

**Tabla 17**

**Prueba de Chi cuadrado de madres de pacientes hospitalizadas según presencia del padre y nivel de ansiedad**

| Pruebas de chi-cuadrado        |                    |    |                           |
|--------------------------------|--------------------|----|---------------------------|
|                                | Valor              | Gl | Sig. asintótica (2 caras) |
| <b>Chi-cuadrado de Pearson</b> | 3,622 <sup>a</sup> | 3  | .305                      |

**Fuente: Elaboración propia**

Se realizó la prueba de Chi cuadrado obteniéndose una p de 0.30 con lo q se demuestra que la presencia del padre y el nivel de ansiedad son factores independientes



# DISFUNCIÓN FAMILIAR ASOCIADA A NIVELES DE ANSIEDAD EN MADRES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL GENERAL HONORIO DELGADO ESPINOZA AREQUIPA 2020

**Tabla 18**

**Distribución de madres de pacientes hospitalizadas según presencia del padre y nivel de disfunción familiar**

|                    |    |     | Disfunción Familiar |        |      |        |          |        |        |        |
|--------------------|----|-----|---------------------|--------|------|--------|----------|--------|--------|--------|
|                    |    |     | Normal              |        | Leve |        | Moderada |        | Severa |        |
| Presencia de Padre |    | N°  | N°                  | %      | N°   | %      | N°       | %      | N°     | %      |
|                    | Si | 72  | 29                  | 40.27% | 24   | 33.33% | 12       | 16.67% | 7      | 9.72%  |
|                    | No | 28  | 6                   | 21.43% | 11   | 21.43% | 7        | 25.00% | 4      | 14.28% |
| Total              |    | 100 | 35                  | 35.00% | 35   | 35.00% | 19       | 19.00% | 11     | 11.00% |

**Fuente: Elaboración propia**

# **DISFUNCIÓN FAMILIAR ASOCIADA A NIVELES DE ANSIEDAD EN MADRES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL GENERAL HONORIO DELGADO ESPINOZA AREQUIPA 2020**

**Tabla 19**

**Prueba de Chi cuadrado de madres de pacientes hospitalizadas según presencia del padre y nivel de disfunción familiar**

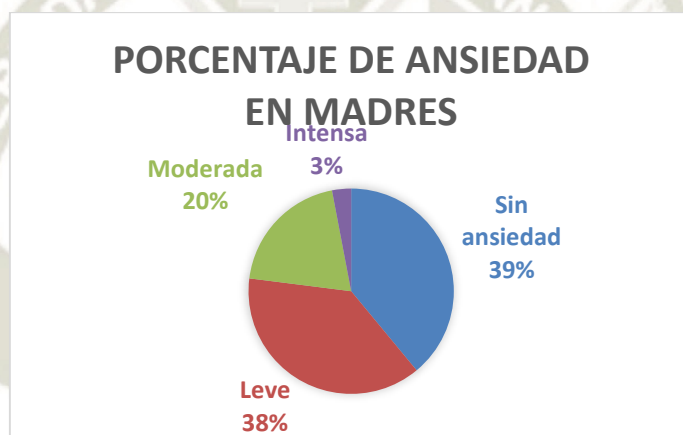
| Pruebas de chi-cuadrado        |                    |    |                           |
|--------------------------------|--------------------|----|---------------------------|
|                                | Valor              | gl | Sig. asintótica (2 caras) |
| <b>Chi-cuadrado de Pearson</b> | 3,369 <sup>a</sup> | 3  | .338                      |

Se realizó la prueba de Chi cuadrado obteniéndose una p de 0.33 con lo q se demuestra que la presencia del padre y el nivel de disfunción familiar son factores independientes

# DISFUNCIÓN FAMILIAR ASOCIADA A NIVELES DE ANSIEDAD EN MADRES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL GENERAL HONORIO DELGADO ESPINOZA AREQUIPA 2020

Grafico 04

Distribución de madres de pacientes hospitalizados según nivel de ansiedad

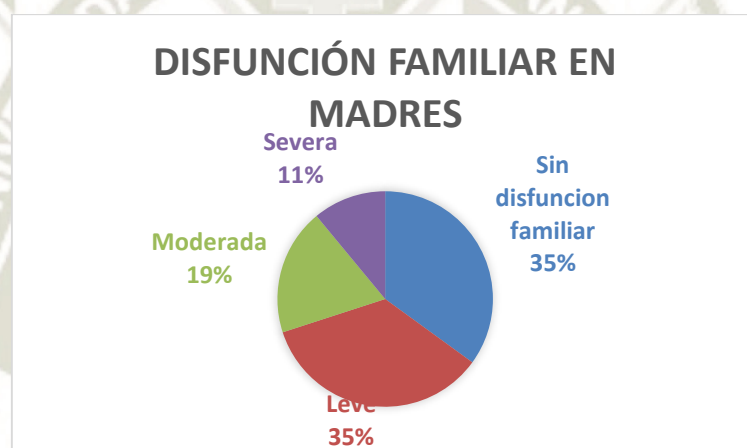


Se puede apreciar que el 39% de las madres no presentaron ningún nivel de ansiedad. Presentaron un nivel de ansiedad mínimo el 38%, presentaron ansiedad moderada el 20% y solo el 3% nivel de ansiedad intensa.

# DISFUNCIÓN FAMILIAR ASOCIADA A NIVELES DE ANSIEDAD EN MADRES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL GENERAL HONORIO DELGADO ESPINOZA AREQUIPA 2020

Gráfico 05

Distribución de madres de pacientes hospitalizadas según nivel de nivel de  
disfunción familiar



Se observó que el 35% de madres no presentaron disfunción familiar

El 35% presentaron un nivel de disfunción familiar leve, el 19% moderada y el 11% disfunción familiar severa



# **DISFUNCIÓN FAMILIAR ASOCIADA A NIVELES DE ANSIEDAD EN MADRES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL GENERAL HONORIO DELGADO ESPINOZA AREQUIPA 2020**

**Tabla 20**

**Distribución de madres de pacientes hospitalizadas según nivel de nivel de  
disfunción familiar y nivel de ansiedad**

|                     |              |     | Disfunción familiar     |        |      |        |          |        |        |        |
|---------------------|--------------|-----|-------------------------|--------|------|--------|----------|--------|--------|--------|
|                     |              |     | Sin Disfunción Familiar |        | Leve |        | Moderada |        | Severa |        |
| Niveles de Ansiedad |              | N°  | N°                      | %      | N°   | %      | N°       | %      | N°     | %      |
|                     | Sin ansiedad | 39  | 20                      | 51.28% | 12   | 30.76% | 5        | 12.82% | 2      | 5.12%  |
|                     | Mínima       | 38  | 10                      | 26.31% | 14   | 36.84% | 9        | 23.68% | 5      | 13.15% |
|                     | Moderada     | 20  | 4                       | 20.00% | 8    | 40.00% | 5        | 25%    | 3      | 15.00% |
|                     | Intensa      | 3   | 1                       | 33.33% | 1    | 33.33% | 0        | 0%     | 1      | 33.33% |
| <b>total</b>        |              | 100 | 35                      | 35.00% | 35   | 35.00% | 19       | 19.00% | 11     | 11.00% |

Fuente: Elaboración propia

# **DISFUNCIÓN FAMILIAR ASOCIADA A NIVELES DE ANSIEDAD EN MADRES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL GENERAL HONORIO DELGADO ESPINOZA AREQUIPA 2020**

**Tabla 21**

**Prueba de Chi cuadrado entre nivel de ansiedad y disfunción familiar en madres de pacientes hospitalizados**

| Pruebas de chi-cuadrado        |                     |    |                           |
|--------------------------------|---------------------|----|---------------------------|
|                                | Valor               | Gl | Sig. asintótica (2 caras) |
| <b>Chi-cuadrado de Pearson</b> | 10,649 <sup>a</sup> | 9  | .301                      |

Se obtuvo una *p* de 0.3 con lo cual podemos decir que tanto el nivel de ansiedad y la disfunción familiar son factores independientes por no presentar correlación estadísticamente significativa



**CAPÍTULO III**  
**DISCUSION Y COMENTARIOS**

En la tabla 1 se muestra la edad media de las 100 pacientes es de 33.51 años de edad en el Perú 48 de cada 100 madres tienen de 30 a 49 años (1), lo cual concuerda con lo hallado en el presente estudio A nivel mundial, las mujeres tienen su primer hijo a una edad que oscila entre los 18 y los 30 años, según la firma Chartmix a partir de datos de la CIA, de Unicef y del Instituto Nacional de Estadística de China (2).

En la tabla 2 observamos que el 73 % de las 100 pacientes tenía un diagnóstico de hospitalización de un cuadro agudo de la enfermedad en cambio el 27% tenía un diagnóstico de hospitalización crónico, en las tablas 3, 4, 5 y 6 se muestra que las variables sobre el tipo de diagnóstico sean agudo o crónico son variables independientes de los niveles de ansiedad y de disfunción familiar lo que difiere con los estudios de. E. Sánchez Núñez, *et al*, quienes realizaron un trabajo sobre la forma severa de la dermatitis atópica relacionado con la ansiedad en las madres de pacientes pediátricos, sus hallazgos sugieren que la presencia de trastornos de ansiedad en las madres de niños con dermatitis atópica puede ser un factor de riesgo para desarrollar la forma severa de la enfermedad en la infancia (3), y de K. Rojas Carrasco quien sostiene que la ansiedad se incrementa significativamente en ambos padres cuando el hijo ingresa a la unidad de cuidados intensivos (4). En el estudio realizado por Barreto-Zorza y Velásquez-Gutiérrez. Se demuestran los efectos estadísticamente significativos sobre la percepción de la funcionalidad familiar en los hijos escolares y no en las madres que en condiciones precarias propician la disfuncionalidad familiar lo que concuerda con el presente estudio (5).

En la tabla 7 se observa que la media de los días de hospitalización de 4,85 días , siendo el mínimo, al momento de la toma de la encuesta, de 1 día y un máximo de 30 días, es importante recordar que esto implica que la madre debe pasar tiempo cerca del paciente por ser menester para su recuperación como lo indica el trabajo realizado por Guerrero y Gamboa , quienes indican que se debe incorporar de forma más activa a los padres en el proceso de hospitalización, ya que influye positivamente en el desarrollo psicosocial y cognitivo del niño, favoreciendo la recuperación de los usuarios hospitalizados (6). Otro estudio realizado por Marcano C. et al, revela una relación directamente proporcional entre el tiempo invertido en el cuidado del paciente y el nivel de síndrome sobrecarga presente en el cuidador que en ese caso fue una media de 4.5 lo que coincide con lo hallado en este estudio (7).

En la tabla 8 se aprecia que el 47% tenían 2 hijos seguido de 1 hijo correspondiendo esto último al 25 % lo que tiene similitud con el número promedio de hijos que tienen las mujeres



en el Perú es que es de 2,5 según los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2016. Contrario a lo que se esperaba en las tablas 9,10,11 y 12 se puede encontrar la variable de cantidad de hijos es independiente tanto a los niveles de ansiedad como a la disfunción familiar lo que se encuentra en relación con el estudio realizado por C. Cach-Castañeda quien no encuentra un valor significativo entre el número de hijos y la presencia de ansiedad de estado (8).

En la tabla 13 se observa que la mayoría tiene como estado civil ser conviviente en un 45 % seguido de casada 29% y soltera del 26% a nivel nacional el 69,4% de las madres tienen pareja, de ellas, el 36,1% son casadas y 33,3% convivientes, en tanto, el 16,4% están separadas, 9,1% viudas, 4,3% solteras y 0,8% divorciadas (1), mostrándose así una diferencia significativa con respecto al estudio realizado. En las tablas 14, 15, 16, 17 se demuestra que la variable estado civil es independiente tanto de los niveles de ansiedad y la disfunción familiar, lo que se ve reforzado por el estudio realizado por J Alchaer quies concluye que el funcionalismo familiar no es influenciado significativamente por el sexo o el estado civil (9), y por el estudio realizado por Serrano donde los valores de la presencia de ansiedad no tienen una relación significativa dependiente del estado civil.

En la tabla 18 observamos que el 72% de las madre de pacientes hospitalizados contaban con la presencia del padre, y el 28% presento ausencia de la pareja, se evidencia así mismo con el resultado obtenido por el INEI donde 23 de cada 100 madres son Jefas de Hogar (1). en las tablas 19,20,21 y 22 se observa que las variables que tienen que ver con la presencia de la pareja en el hogar no guardan relación con los niveles de ansiedad ni con la disfunción familiar contrario a lo que se esperaba. En el estudio realizado por C. Cach–Castañeda donde al analizar el nivel de ansiedad-estado en los familiares, se observó un 2.9% con nivel de ansiedad muy bajo, 52.9% con ansiedad baja y 44.1% con ansiedad media. Respecto a la ansiedad rasgo 26.5% tuvo ansiedad baja, 55.9% media y 17.6% alta. Se analizó la relación entre los niveles de ansiedad-estado y ansiedad-rasgo con los factores sociodemográficos: edad, sexo, situación laboral, escolaridad e ingreso mensual del familiar, las diferencias no fueron estadísticamente significativas, en similitud con el estudio realizado (8).

En la tabla 23 se observa que el 61% presentan algún nivel de ansiedad de los cuales el 38% presentaron ansiedad mínima a moderada el 20% ansiedad marcada a severa y el 3% ansiedad máxima, el estudio realizado en Finlandia por Serrano, et al, donde se estudiaron a los padres de 31 niños con trastornos malignos donde fueron examinados clínicamente y entrevistados para caracterizar su situación de vida y salud somática durante el tratamiento

de su hijo, en un principio, las madres tenían muchos síntomas que indicaban estrés. Su actitud sobre su propio estado de salud mejoró durante el seguimiento a pesar del envejecimiento (9).

En el estudio realizado por Aranda Aniora donde se mide depresión y ansiedad en cuidadores primarios en el Instituto Nacional de Salud del Niño se realizó la aplicación de la prueba de Goldberg para depresión, ansiedad y comorbilidad en 240 cuidadores primarios de los cuales el 95.8% fueron las madres de los pacientes obteniéndose que el 87,5% de mismos presentaron síntomas de depresión y ansiedad: 13,5% ansiedad, 17% depresión y 57% comorbilidad; 12,5% no presentó trastorno alguno Así como en nuestro estudio la frecuencia de ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes pediátricos es mayor que en la población general (10).

En la tabla 24 se observó que el 65% de las madres de los pacientes presentan algún nivel de disfunción familiar. El 35% presento disfunción familiar leve, el 19% disfunción familiar moderada y el 11% se presentó con disfunción familiar severa, esto se puede deber a que la enfermedad de uno de los miembros de la familia altera la vida del resto de los familiares quienes tienen que modificar su estilo de vida para cuidar al familiar enfermo. Finalmente en las tablas 25 y 26 de muestra que las variables de niveles de ansiedad y disfunción familiar son independientes entre sí por lo que es en estudio realizado por Arrieta et al, titulado síntomas de depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de odontología en el cual desarrolla los factores asociados demuestra una relación significativa entre la funcionalidad familiar (OR = 3,1; IC95%, 1,8–5,3) y falta de apoyo de amigos (OR = 2,1; IC95%, 1,1–5,8) lo que es contrario a lo encontrado en este estudio y puede ser debido a la diferencia de edades (11).

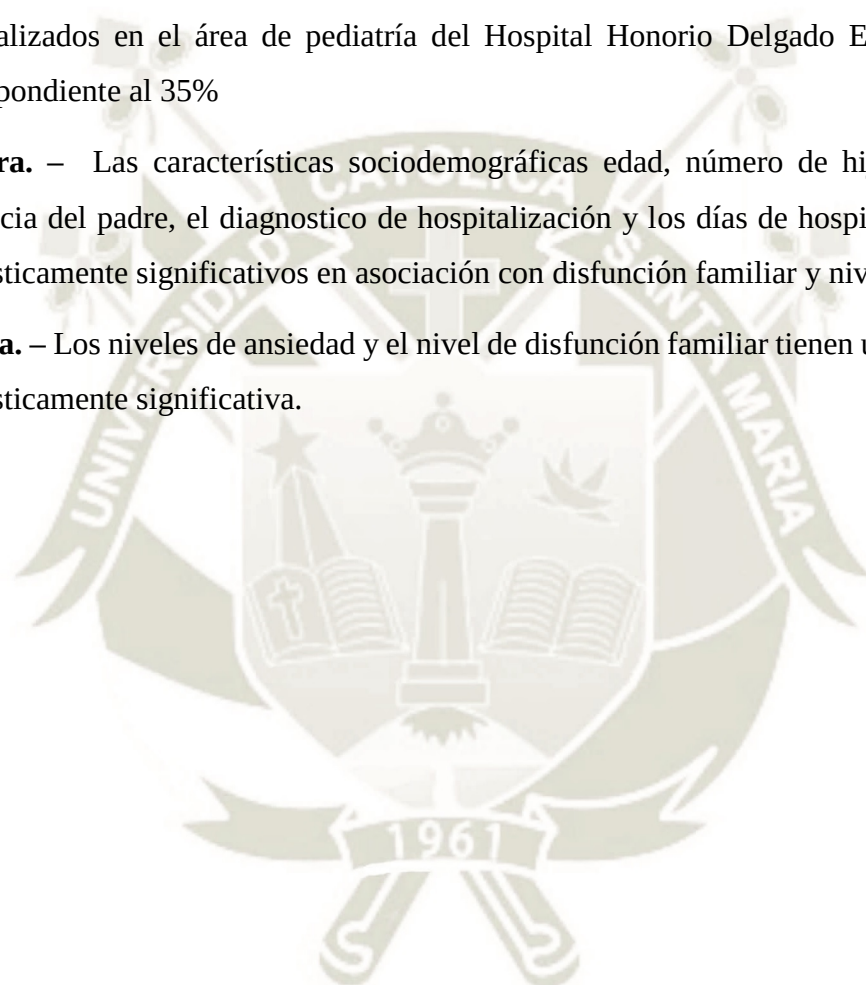
## CONCLUSIONES

**Primera.** – El nivel de ansiedad alcanzado por las madres de los pacientes hospitalizados en el área de pediatría del Hospital Honorio Delgado Espinoza fue mínimo correspondiendo al 38%

**Segunda.** – El nivel de disfunción familiar alcanzado por las madres de los pacientes hospitalizados en el área de pediatría del Hospital Honorio Delgado Espinoza fue leve correspondiente al 35%

**Tercera.** – Las características sociodemográficas edad, número de hijos, estado civil, presencia del padre, el diagnóstico de hospitalización y los días de hospitalización no son estadísticamente significativos en asociación con disfunción familiar y niveles de ansiedad.

**Cuarta.** – Los niveles de ansiedad y el nivel de disfunción familiar tienen una asociación no estadísticamente significativa.





## RECOMENDACIONES

**Primera.** - Al personal de salud del área de Pediatría del Hospital General Honorio Delgado Espinoza para que se realice la evaluación psicológica de las madres de los pacientes del área de por tratarse de una población vulnerable a presentar algún grado de ansiedad por estar en una situación de estrés

**Segunda.** – Al personal de psicología y psiquiatría del Hospital Honorio Delgado Espinoza para que se realice un manejo conjunto de los casos de ansiedad y disfunción familiar dependiendo de su severidad.

**Tercera.** – A las madres de los pacientes que presenten niveles de ansiedad o disfunción familiar para que acudan a terapia y continúen con los tratamientos que sean indicados por el personal médico

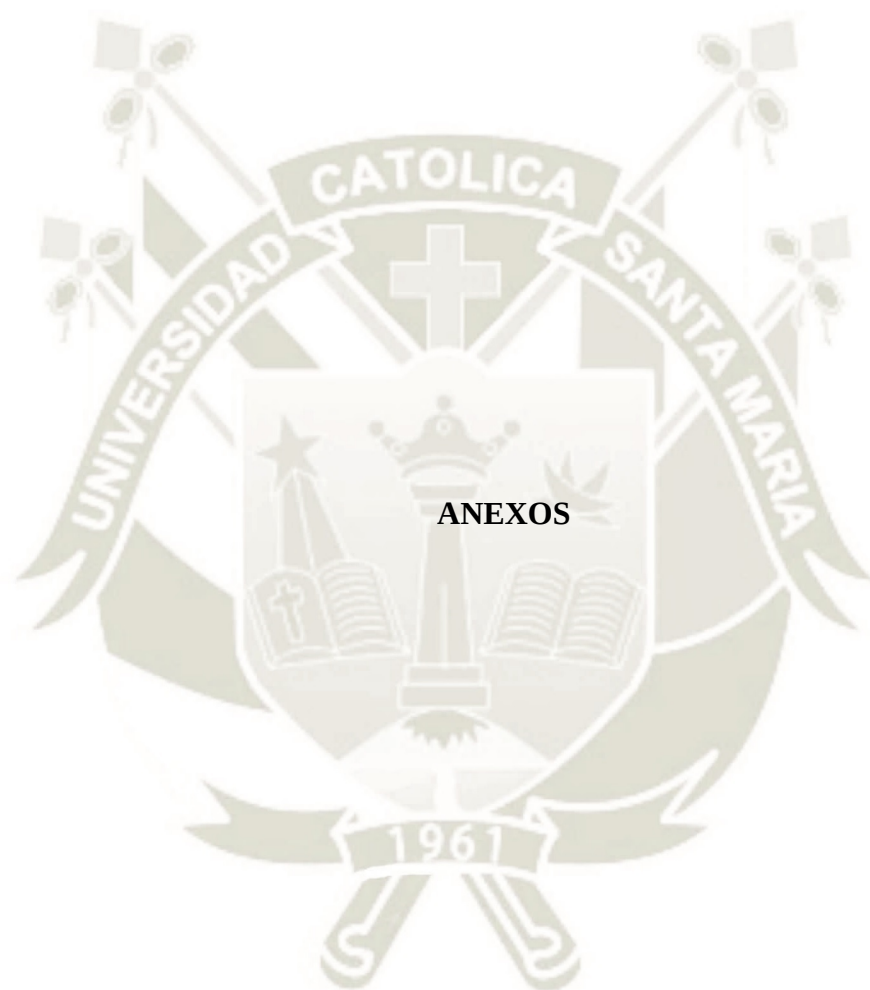
**Cuarta.** - A servicio social del Hospital General Honorio Delgado para el seguimiento de los casos para así brindar atención integral a las familias

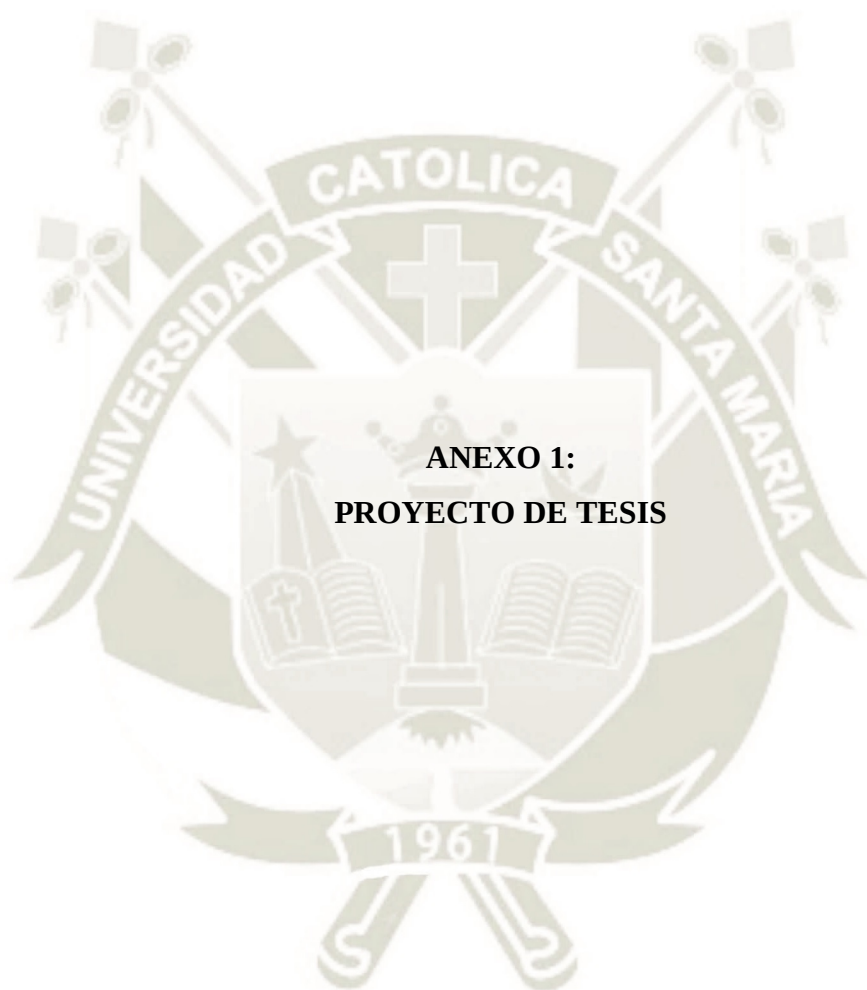


## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Estadística e Informática [Internet]. M.inei.gob.pe. 2020 [cited 15 February 2020]. Available from: <http://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/mas-del-60-de-las-madres-del-pais-trabajan-9714/>
2. Instituto Nacional de Estadística de China. 2020 [cited 15 February 2020]. Available from: [https://www.nationalgeographic.com.es/mundo-ng/natalidad-mundo-madres-mas-mayores-y-menos-prolificas\\_11118](https://www.nationalgeographic.com.es/mundo-ng/natalidad-mundo-madres-mas-mayores-y-menos-prolificas_11118)
3. Núñez Sánchez E, Gonzales Otero F, Avilán R J, Rodríguez e. Trastornos de ansiedad en madres de niños con dermatitis atópica de moderada a severa. *Dermatología venezolana*. 1999;vol. 37,(nº 1). Obtenido el 01 de marzo del 2020 de: <http://svderma.org/revista/index.php/ojs/article/download/434/429>
4. Rojas-Carrasco, Karmina Elena, Niveles de ansiedad en madres y padres con un hijo en terapia intensiva. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social* [Internet]. 2013;51(6):606-609. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745492002>
5. Barreto-Zorza YM, Velásquez-Gutiérrez VF. Funcionalidad familiar, una percepción de madres e hijos escolares: programa de atención primaria, Guapí-Cauca, Colombia. *MedUNAB* 2016; 18(3): 166-173 Obtenido el 01 de marzo del 2020 de: <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/2363>
6. Guerrero, Gamboa S. Cuidado del niño hospitalizado con apoyo familiar. *Avances de Enfermería* 2002; 2: 23-32. Obtenido el 01 de marzo del 2020 de: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/37510>
7. Marcano c, Ramón; Betancourt H, Félix y Bravo C, Fernando. Síndrome de sobrecarga y grado de funcionalidad familiar en cuidadores de personas con cáncer del hospital de niños Rafael Tobías Guevara de Barcelona;2017. 29.
8. Cach–Castañeda C. Factores sociodemográficos y hospitalarios relacionados con el nivel de ansiedad en familiares con pacientes pediátricos [Internet]. *Sciencedirect*. 2015 [cited 9 February 2020]. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706315000391#!>
9. Serrano-Villa Sandra, Campos-Gayturo Paul Carlos, Carreazo Pariasca Nilton Yhuri. Asociación entre la ansiedad materna y el parto pretérmino en Lima, Perú. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [Internet]. 2016 Sep [citado 2020 Mar 13] ; 42( 3 ): 309-

320. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2016000300006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2016000300006&lng=es).
10. Aranda-Paniora Franklin. Depresión y ansiedad en cuidadores primarios en el Instituto Nacional de Salud del Niño. *An. Fac. med.* [Internet]. 2017 Jul [citado 2020 Mar 13] ; 78( 3 ): 277-280. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832017000300004&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832017000300004&lng=es). <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i3.13758>.
11. Arrieta Vergara K. Síntomas de depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de odontología: prevalencia y factores relacionados [Internet]. *Sciencedirect*. 2013 [cited 13 February 2020]. Available from:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745013700040>
12. Virues, R. A. (2005, 25 de mayo). Estudio sobre ansiedad. *Revista Psicología Científica.com*, 7(8). Disponible en:  
<http://www.psicologiacientifica.com/ansiedad-estudio>
13. Gonzales Rodriguez V. Guia de buena practica clinica en depresion y ansiedad [Internet]. *Cgcom.es*. 2020 [cited 10 February 2020]. Available from:  
[https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia\\_depresion\\_ansiedad\\_2\\_edicion.pdf](https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_depresion_ansiedad_2_edicion.pdf)





**ANEXO 1:  
PROYECTO DE TESIS**



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



**“DISFUNCIÓN FAMILIAR ASOCIADA A NIVELES DE ANSIEDAD  
EN MADRES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL  
HOSPITAL GENERAL HONORIO DELGADO ESPINOZA  
AREQUIPA 2020”.**

Proyecto de Tesis presentada por la  
Bachiller:

**Luza Cayani, Angela Gabriel**  
para optar el Título Profesional de:  
**Médico Cirujana**

Asesor:

**Dra. Rondón Rodríguez, Angely**

**Arequipa – Perú**

**2020**

## I. PREÁMBULO

La familia como sistema juega un rol fundamental en la evolución de cualquier enfermedad, así como en el proceso de su rehabilitación, mientras cumpla con sus funciones básicas

Cuando en la familia uno de los hijos tiene una enfermedad ya sea crónica o aguda, es frecuente que los padres presenten alteraciones en su estado anímico, así mismo existe una diferencia en los niveles de ansiedad presentes en los padres y madres siendo estas últimas las más afectadas. La ansiedad es una emoción que aparece cuando el sujeto se siente amenazado por un peligro externo o interno. Es habitual que los trastornos de ansiedad se presenta el doble de veces más frecuentes en mujeres, y presenta una edad de inicio entre los 20 y 40 años, con una duración media antes de consultar al psiquiatra de 5 años. Los factores culturales, asimismo, pueden cambiar o esconder verdaderos trastornos de angustia. La salud mental contribuye de modo importante a la calidad de vida y a una plena participación social. Los trastornos mentales constituyen una significativa carga económica y social, tanto por su frecuencia, coexistencia con otros padecimientos y comorbilidad. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y sus Estados Miembros adoptaron el Plan de Acción sobre Salud Mental para regular las intervenciones de salud mental que se realicen en la Región de las Américas entre 2015 y 2020. Los trastornos de salud mental y por abuso de sustancias tienen una prevalencia significativa y son factores que ayudan de manera importante a la morbilidad, la discapacidad, las lesiones y la mortalidad prematura, además de incrementar el riesgo de padecer otros padecimientos de salud. En el Perú, El Ministerio de Salud ha declarado a la salud mental, una de las líneas prioritarias nacionales de atención e investigación. Además, en el 2004, consideró a la salud mental dentro de las estrategias sanitarias nacionales (3,4).

## II. PLANTEAMIENTO TEORICO

### 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:

#### 1.1. Enunciado del problema:

¿Qué asociación existe entre la disfunción familiar y el nivel de ansiedad de las madres con pacientes pediátricos hospitalizados?

#### 1.2. Descripción del problema

##### 1.2.1. Área del Conocimiento:

- Área General: Ciencias de la Salud.
- Área Específica: Medicina humana.
- Especialidad: Psiquiatría.
- Línea: Síndrome Ansioso.

##### 1.2.2. Análisis u Operacionalización de Variables:

- **Variable 1:** Ansiedad
- **Variable 2:** Disfunción familiar
- **Variable 3:** Sociodemográficas

#### Variable 1: Disfunción Familiar

| Variable            | Indicador      | Categoría                                                             | Escala  |
|---------------------|----------------|-----------------------------------------------------------------------|---------|
| Disfunción familiar | APGAR Familiar | Normal<br>Disfunción leve<br>Disfunción moderada<br>Disfunción severa | Ordinal |



## Variable 2: Ansiedad

| Variable | Indicador    | Categoría                                                                       | Escala  |
|----------|--------------|---------------------------------------------------------------------------------|---------|
| Ansiedad | Test de Zung | Normal<br>Ansiedad leve moderada<br>Ansiedad moderada severa<br>Ansiedad severa | Ordinal |

## Características sociodemográficas

| Variables                                      | Indicador                                                               | Unidad/ Categoría             | Escala               |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------|
| Edad                                           | Número de años cumplidos en el momento de la toma de cuestionario.      | Edad en años                  | Ordinal              |
| Estado civil                                   | Según referencia del paciente en el momento de la toma de cuestionario. | Soltero<br>Casado/conviviente | Cualitativa nominal  |
| Nro de Hijos                                   | Según referencia del paciente en el momento de la toma de cuestionario. | 1<br>2<br>3 o más             | Cuantitativa nominal |
| Presencia del padre                            | Según referencia del paciente en el momento de la toma de cuestionario. | Si<br>No                      | Cualitativa nominal  |
| Días de hospitalización                        | Según referencia del paciente en el momento de la toma de cuestionario. | 1<br>2<br>3 o más             | Cuantitativa nominal |
| Tipo de diagnóstico del paciente hospitalizado | Según referencia del paciente en el momento de la toma de cuestionario. | Aguda<br>Crónica              | Cualitativa nominal  |



### 1.3. Interrogantes básicas

- ¿Cuál es el nivel de ansiedad que existe en las madres de los pacientes hospitalizados de los pacientes pediátricos del Hospital Honorio Delgado Espinoza?
- ¿Cuál es el nivel de disfunción familiar que podemos observar en las madres de los pacientes hospitalizados de los pacientes pediátricos del hospital Honorio Delgado Espinoza?
- ¿Existe una asociación entre la disfunción familiar y el síndrome ansioso en madres de los pacientes pediátricos del hospital Honorio Delgado Espinoza?
- ¿Cuáles son las características sociodemográficas asociadas a la disfunción familiar y el síndrome ansioso en madres de los pacientes pediátricos del Hospital Honorio Delgado Espinoza?

### 1.4. Tipo de Investigación:

Investigación de campo

### 1.5. Diseño de Investigación:

Observacional, prospectivo, transversal.

### 1.6. Nivel de investigación:

Relacional descriptivo

### 1.7. Población de estudio:

Se trabajará con madres de los pacientes hospitalizados en el área de pediatría del Hospital Honorio Delgado Espinoza.

## 2. Justificación del Problema.

El presente estudio presenta **originalidad** por tratar sobre la repercusión de la ansiedad que es un trastorno altamente prevalente en nuestro país y que pueden estar afectando sobre madres que están expuestas a una situación de estrés al tener a sus hijos en hospitalización, además que podría estar en relación directa con los diferentes niveles de disfunción familiar. No existen estudios dentro de nuestro país que correlacionen la disfunción familiar con la ansiedad en este tipo de situación.

El estudio presenta **relevancia científica** porque con el uso adecuado de dos instrumentos a manera de entrevista se puede determinar la asociación de la disfunción familiar y el nivel de ansiedad en las madres en una situación de estrés como la enfermedad de un hijo

El estudio presenta **relevancia social** por ser la familia el núcleo de la sociedad y la mujer quien se encarga tanto del cuidado de los hijos siendo ella el pilar del hogar

El estudio presenta **relevancia contemporánea** El interés investigativo, el esfuerzo humano, ético y profesional de indagar y proponer posibles soluciones sobre la problemática planteada, es una alternativa viable debido a que la población se encuentra al alcanza de la investigación

El estudio es **factible** Ya que, es un estudio descriptivo, transversal y la utilización de los instrumentos de medición de los niveles de ansiedad con el test de Zung y la presencia de disfunción familiar medida con el test de Apgar Familiar ambos instrumentos de uso práctico y de fácil entendimiento

Además de ser satisfactorio para mí porque la salud mental en general es un tema que ha sido dejado de lado pero que tiene repercusión sobre la sociedad, además de ser una contribución a la comunidad científica y la medicina en el área de psiquiatría

Se cumplen las políticas de investigación de la Universidad, que requiere del desarrollo de una investigación para la obtención del título profesional

### 3. MARCO CONCEPTUAL

#### 3.1. TRASTORNO ANSIOSO:

##### 3.1.1. DEFINICIÓN:

La ansiedad es una reacción normal al estrés y puede ser beneficiosa en algunas situaciones. Puede alertarnos sobre los peligros y ayudarnos a prepararnos y prestar atención. Los trastornos de ansiedad difieren de los sentimientos normales de nerviosismo o ansiedad e implican miedo o ansiedad excesivos. Los trastornos de ansiedad son los trastornos mentales más comunes y afectan a casi el 30 por ciento de los adultos en algún momento de sus vidas. Pero los trastornos de ansiedad son tratables y hay varios tratamientos efectivos disponibles. El tratamiento ayuda a la mayoría de las personas a llevar vidas productivas normales (1).

La ansiedad-estado es definida como “una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprehensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo”.<sup>1</sup> En los padres y madres con un niño enfermo, la ansiedad-estado surge al enfrentarse a una situación crítica debido al delicado estado de salud de su hijo. La ansiedad-rasgo “se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes, con elevaciones en la intensidad de la ansiedad-estado” (2).

##### 3.1.2. EPIDEMIOLOGIA:

Existen diferentes estudios que reflejan la importancia de los trastornos ansiosos como tales. En primer lugar un primer estudio llevado a cabo en Estados Unidos con 8.098 sujetos, en el que se encontró que el 17,2% de la población había padecido algún trastorno de ansiedad en el último año, el 8,8% de la población había tenido en el último año de su vida uno de los trastornos de ansiedad más frecuentes, generalmente no muy invasivo, la fobia simple. Otro 7,9% de la población ha tenido un trastorno de ansiedad mucho más incapacitante, la fobia social. El 2,3% de las personas ha tenido ataques de pánico. Un 2,8% ha



desarrollado agorafobia sin pánico. Y se encuentra que el 56% presenta más de un trastorno de ansiedad (3).

Un tipo de estudio diferente fue coordinado por la OMS (Organización Mundial de la Salud). En esta ocasión se entrevistaron a 25.916 sujetos, en centros de atención primaria de 14 países. En este estudio no se siguieron los criterios DSM, de la Asociación de Psiquiatras Americanos, sino los criterios CIE-10, de la OMS. No se tomaron muestras poblacionales, sino muestras de pacientes que acuden a su médico de Atención Primaria. Lo que se encontró que el 7.9% presentó ansiedad generalizada, el 1.1% habían sufrido ataques de pánico, el 1% agorafobia con pánico y el 0,5% agorafobia sin pánico (4).

En España, siguiendo criterios del DSM-III-R, se han encontrado unos resultados de una prevalencia de 13.8% para trastornos de ansiedad. En cuanto a síndromes más concretos arrojan cifras de ansiedad generalizada de 7.3%, un 3% de trastorno de pánico y un 3% de trastorno obsesivo compulsivo (5).

No todo el mundo tiene la misma probabilidad de desarrollar un trastorno de ansiedad, sino que existen claramente una serie de factores de riesgo que pueden ser diferentes según cada trastorno (Horwath y Weissman, 1995), por lo que podemos encontrar las siguientes cifras:

- Ataques de pánico: sexo femenino, edad media
- Agorafobia: sexo femenino, raza afro-americana, (entorno rural-urbano, datos contradictorios)
- Fobia social: sexo femenino, 18-29 años, educación baja, solteros, clase baja
- Ansiedad generalizada: sexo femenino, edad menor 30, raza afro-americana
- Trastorno obsesivo-compulsivo: no diferencias sexo

La salud mental, según la definición propuesta por la OMS es el estado de bienestar que permite a cada individuo realizar su potencial, enfrentarse a las dificultades usuales de la vida, trabajar productiva y fructíferamente y contribuir con su comunidad (6). Si analizamos esta definición, notaremos que la falta de salud mental impide que las personas lleguen a ser lo que desean ser, no les permite superar los obstáculos cotidianos y avanzar con su proyecto de vida y da lugar a falta de productividad y de compromiso cívico con la nación. El



resultado: frustración, pobreza y violencia, junto con la incapacidad de desarrollar en democracia y de considerar el bien común (7).

Las enfermedades mentales y los trastornos mentales comunes (ansiedad y depresión) son frecuentes. Los estudios epidemiológicos recientes realizados en el Perú por el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi confirman los hallazgos de otros países: hasta el 37% de la población tiene la probabilidad de sufrir un trastorno mental alguna vez en su vida (7). La prevalencia de depresión en Lima Metropolitana es de 18,2% (8), en la sierra peruana de 16,2% (9) y en la Selva de 21,4% (10).

### 3.1.3. CLASIFICACION:

#### 3.1.3.1. CRITERIOS DE LA CIE 10

Propone la siguiente clasificación de trastornos de ansiedad con los siguientes parámetros.

**i. TRASTORNOS DE ANSIEDAD FÓBICA** La ansiedad que se pone en marcha exclusiva o predominantemente en ciertas situaciones bien definidas o frente a objetos (externos al enfermo) que no son en sí mismos generalmente peligrosos. La ansiedad fóbica no se diferencia, ni vivencial, ni comportamental, ni fisiológicamente, de otros tipos de ansiedad y su gravedad es variable, pudiendo ser una ligera intranquilidad o llegar hasta el terror pánico. Tenemos diferentes clases:

- 1. Agorafobia.** El término "agorafobia" se utiliza aquí con un sentido más amplio que el original y que el utilizado aún en algunos países. Se incluyen en él no sólo los temores a lugares abiertos, sino también otros relacionados con ellos, como temores a las multitudes y a la dificultad para poder escapar inmediatamente a un lugar seguro (por lo general el hogar).
- 2. Fobias sociales** Las fobias sociales suelen comenzar en la adolescencia y giran en torno al miedo a ser enjuiciado por otras personas en el seno de un grupo comparativamente pequeño (a diferencia de las multitudes) y suelen llevar a evitar situaciones sociales determinadas. Al contrario que la mayoría de las fobias, las fobias sociales se presentan con igual frecuencia en varones y en

mujeres. Algunas de las fobias sociales son restringidas (por ejemplo, a comer en público, a hablar en público o a encuentros con el sexo contrario), otras son difusas y abarcan casi todas las situaciones sociales fuera del círculo familiar.

3. **Fobias específicas (aisladas)** Fobias restringidas a situaciones muy específicas tales como a la proximidad de animales determinados, las alturas, los truenos, la oscuridad, a viajar en avión, a los espacios cerrados, a tener que utilizar urinarios públicos, a ingerir ciertos alimentos, a acudir al dentista, a la visión de sangre o de heridas o al contagio de enfermedades concretas. a.4 Otros trastornos de ansiedad fóbica. a.5 Trastorno de ansiedad fóbica sin especificación (11).

## ii. OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD.

Respecto a este otro grande grupo, el síntoma principal de estos trastornos es la presencia de una ansiedad, que no se limita a ninguna situación ambiental en particular. También pueden presentarse síntomas depresivos y obsesivos, e incluso algunos elementos de ansiedad fóbica, con tal de que éstos sean claramente secundarios o menos graves. Estos se subdividen en:

1. **Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica)** Su característica esencial es la presencia de crisis recurrentes de ansiedad grave la cuales no están limitadas a ninguna situación o conjunto de circunstancias particulares. Los síntomas predominantes son; palpitaciones, dolor precordial, sensación de asfixia, mareo o vértigo y sensación de irrealidad. Del mismo modo, frecuentes e imprevisibles ataques de pánico llevan a tener miedo a estar sólo o a ir a sitios públicos. Un ataque de pánico a menudo se sigue de un miedo persistente a tener otro ataque de pánico.
2. **Trastorno de ansiedad generalizada.** La característica esencial de este trastorno es una ansiedad generalizada y persistente, que no está limitada y ni siquiera predomina en ninguna circunstancia ambiental

en particular. Los síntomas son muy variables al igual que los demás trastornos de ansiedad, destacan entre estos; quejas de sentirse constantemente nervioso, con temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas. Este trastorno es más frecuente en mujeres y está a menudo relacionado con estrés ambiental crónico.

3. **Trastorno mixto ansioso-depresivo** Están presentes síntomas de ansiedad y de depresión, pero ninguno de ellos predomina claramente ni tiene la intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico por separado. Una ansiedad grave, acompañada de depresión de intensidad más leve hace que deba utilizarse cualquiera de las categorías de trastorno de ansiedad o de ansiedad fóbica (11).

iii. **Otros trastornos mixtos de ansiedad**

iv. **Otros trastornos de ansiedad especificados.**

v. **Trastorno de ansiedad sin especificación (11).**

### 3.1.3.2. DSM V

- i. **TA separación:** miedo o ansiedad intensos o persistentes relativos al hecho de tener evitación deben estar que separarse de una persona con la que presentes un mínimo de 6 le une un vínculo estrecho, y que se meses en adultos y de 4 evidencia en un mínimo de tres semanas en niños y manifestaciones clínicas centradas en adolescentes. preocupación, malestar psicológico subjetivo, rechazo a quedar solo en casa o desplazarse a otros lugares (escuela, trabajo, etc.) y/o presencia de pesadillas o síntomas físicos ante la separación de esas figuras de vinculación o su anticipación (11).
- ii. **Mutismo selectivo:** Incapacidad persistente de hablar o responder a otros en una situación social específica en que se espera que debe hacerse, a pesar de hacerlo sin problemas en otras situaciones (prototípicamente en casa y en presencia de familiares inmediatos) Duración mínima de un mes (no aplicable al primer mes en que se va a la escuela)
- iii. **Fobia específica:** Aparición de miedo o ansiedad intensa y persistente, prácticamente inmediata e invariable respecto a un objeto o situación



específica, que se evitan o soportan o a costa de miedo-ansiedad intenso. Especificaciones en función del tipo de estímulo fóbico: Animal, Entorno natural: Sangre heridas-inyecciones, otras. El miedo, la ansiedad o la evitación deben estar presentes un mínimo de 6 meses.

- iv. **Social:** miedo o ansiedad intensos que aparecen prácticamente siempre en relación a una o más situaciones sociales en las que la persona se expone al posible escrutinio por parte de otros. La persona teme actuar de una determinada manera o mostrar síntomas de ansiedad que puedan ser valorados negativamente por los observadores. Especificación: Únicamente relacionada con la ejecución (en caso de que miedo fóbico esté restringido a hablar o actuar en público) El miedo, la ansiedad o la evitación deben estar presentes un mínimo de 6 meses.
- v. **Trastorno de Angustia:** presencia de crisis de angustia inesperadas recurrentes. Al menos una de ellas va seguida durante un mínimo de un mes de inquietud preocupación persistente por la aparición de nuevas crisis o sus consecuencias, y/o por un cambio significativo y desadaptativo en el comportamiento que se relacione con la crisis de angustia
- vi. **Agorafobia:** Miedo ansiedad acusados que aparecen prácticamente siempre respecto a dos o mas situación prototípicamente agorafobias (transporte públicos, lugares abiertos, lugares cerrados, hacer colas o estar en medio de una multitud, y/o estar solo fuera de casa) que además evitan activamente requieren la presencia de un acompañante o se soportan a costa de intenso miedo o ansiedad. La persona teme o evita dichas situaciones por temor a tener dificultades para huir o recibir ayuda en caso de aparición de síntomas similares a la angustia, u otros síntomas incapacitantes o que pudieran ser motivo de vergüenza. Debe estar presente un mínimo de 6 meses
- vii. **Generalizada:** Ansiedad y preocupación excesivas, persistentes y que las personas tienen dificultades para controlar, sobre diversos acontecimientos o actividades y que asocian a tres o mas síntomas de



sobre activación fisiológica. Deben estar presentes la mayoría de días durante un mínimo de 6 meses.

- viii. **TA inducido por sustancias/medicación:** el cuadro clínico se caracteriza fundamentalmente por la presencia de crisis de angustia o ansiedad y en el que existen evidencias de que dichos síntomas se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia de una sustancia o por la toma de medicación capaces de producir dichos síntomas. No se dan exclusivamente durante delirium
- ix. **TA debido a otra enfermedad médica:** el cuadro clínico se caracteriza fundamentalmente por la presencia de crisis de angustia o ansiedad, con evidencias de que ello es consecuencia pato fisiológica directa de otra condición médica (12).
- x. **Otros TA especificados:** presencia de síntomas clínicamente significativos característicos de algún TA que no llegan a cumplir todos los criterios diagnósticos de ninguno de esos trastornos. Se especificaran la razón concreta por la que no se cumplen todos los criterios diagnósticos. Se ponen como ejemplos las crisis de angustia limitadas o la ansiedad generalizada que no cumple con el criterio temporal de estar presente la mayoría de días.
- xi. **TA no especificado:** Presencia de síntomas clínicamente significativos característicos de algún TA que no llegan a cumplir todos los criterios diagnósticos de ninguno de esos trastornos. No se especifican las causas por las que no se cumplen los criterios diagnósticos por falta de información (e.g) (11).

#### 3.1.4. ETIOLOGIA:

La etiopatogenia de los TA constituye un modelo complejo, donde interactúan múltiples factores: biológicos, psicodinámicos, sociales, traumáticos y de aprendizaje (14). Dentro de esta etiología multifactorial se menciona la presencia de factores de riesgo y factores protectores que median en la expresión de este trastorno (15). Desde el punto de vista neurobiológico, la ansiedad tiene su base en ciertas zonas del tallo cerebral (núcleos del Rafé, locus ceruleus) que están involucradas en el desarrollo y transmisión de la angustia, y el hipocampo y la

amígdala pertenecientes al sistema límbico. El sistema GABA es el neurotransmisor de acción inhibitoria más importante. A veces funciona como ansiolítico y otras como generador de angustia. También el sistema serotoninérgico es importante, pues en estrecha interacción con la adrenalina y la dopamina juega un papel tranquilizante o lo contrario. Ciertas hormonas tienen un rol destacado en todo lo relativo al estrés (cortisol, ACTH, etc.) y en la ansiedad (17).

- a. **FACTORES BIOLÓGICOS:** Los factores genéticos son importantes en la predisposición de los TA (13). La vulnerabilidad genética se ha encontrado en la mayoría de los TA, pero con mayor contundencia en el trastorno de pánico, el trastorno obsesivo-compulsivo y la fobia social. (14).
- b. **FACTORES PSICOSOCIALES:** Los estresores psicosociales (interpersonal, laboral, socioeconómico, etc.) juegan un papel muy importante en muchos de los TA, como factores precipitantes, agravantes o causales de los TA y trastornos de adaptación (13,14). Se ha sugerido que el tipo de educación en la infancia predispone al TA en la edad adulta, sin embargo, no se han identificado causas.
- c. **FACTORES TRAUMÁTICOS:** Enfrentar acontecimientos traumáticos fuera del rango de la experiencia humana normal (accidentes graves, desastres, asaltos, violaciones, torturas, secuestros, etc.) suele provocar serios daños biológicos cerebrales que se asocian a síntomas graves de ansiedad (13,14).
- d. **FACTORES PSICODINÁMICOS:** La ansiedad se considera como la respuesta individual a un peligro que amenazó desde dentro en forma de un impulso instintivo prohibido que está a punto de escapar del control del individuo (Kaplan). La ansiedad como señal de alarma provoca que el “yo” adopte medidas defensivas. Si las defensas tienen éxito la ansiedad desaparece y si no sale libremente o se contienen, según el tipo de defensa empleada, puede presentar síntomas conversivos, disociativos, fóbicos y obsesivo-compulsivos (14).
- e. **FACTORES COGNITIVOS Y CONDUCTUALES:** Se considera que patrones cognitivos distorsionados (sistema de pensamientos negativos) preceden a conductas desadaptadas y trastornos emocionales. La ansiedad se

presenta por una sobrevaloración amenazante de los estímulos y una infravaloración de sus potenciales personales. También por estímulos externos y por mecanismos de condicionamiento y generalización, se pueden aprender o imitar respuestas o conductas ansiosas de los demás (14).

### 3.1.5. DIAGNÓSTICO:

El diagnóstico de los trastornos de ansiedad se basa en la historia clínica. Primero se descarta una etiología médica o neurológica. Luego es necesario establecer una categoría nosológica, muy importante para estos pacientes que han sufrido durante años de ansiedad, con un significativo impacto sobre sus estilos de vida y adaptación. El DSM IV TR y la CIE 10 describen los trastornos de ansiedad en su totalidad y aunque hay diferencias entre ellas consecuencia de la falta de información científica suficiente para definirlos en profundidad, es indudable que la pesquisa futura delimitara con mayor precisión los trastornos de ansiedad entre sí, mejorando la nosología psiquiátrica (18).

#### a. Escalas para evaluar ansiedad

Para los médicos no psiquiatras existe la posibilidad de usar escalas de medición de la ansiedad que ayudan en el diagnóstico. Se encuentran el Hamilton de ansiedad (HAS), el inventario del estado de ansiedad (ASI), el inventario del estado-rasgo de ansiedad (STAI), la lista de síntomas-90 (SCL-90-R), el inventario de ansiedad de Beck (BAI), la escala de autoevaluación de ansiedad (SRAS) y otras. En Colombia se ha usado el test de ansiedad de Zung en algunos estudios. Este instrumento es de fácil aplicación, se le da al paciente mientras espera la atención médica y su resultado positivo esclarece el diagnóstico (18).

#### b. Test de Zung

Escala de Autoevaluación de la Ansiedad de William Zung (19). Esta escala de evaluación de la ansiedad de ZUNG (EAA) comprende un cuestionario constituido por 20 informes o relatos, cada uno referido a manifestaciones características de ansiedad, presentes como síntomas o signos. El conjunto abarca una amplia variedad de síntomas de ansiedad como expresión de 80 trastornos emocionales. Las palabras utilizadas en el cuestionario de la escala han sido escogidas para hacerlas más accesibles a la mayoría de las personas,



empleando su propio lenguaje. En algunos casos, las personas pueden hacer preguntas relacionadas con el criterio a que se debe sujetar el procedimiento de marcar determinada información. Las preguntas generalmente indican el deseo de cooperación con el profesional de la salud (médico, psicólogo) y deben ser respondidas de tal manera que induzcan a la persona a dar las respuestas más acordes a su realidad personal. En el formato del cuestionario hay 4 columnas en blanco encabezadas por “Nunca o casi nunca”, “A veces”, “Con bastante frecuencia” y “Siempre o casi siempre”. Se le da a la persona la lista de frases y se le pide que coloque una marca en el recuadro que considere más aplicable a su caso, de acuerdo a como se ha sentido la última semana. Los ítems tienen dirección positiva o negativa, por ejemplo, la primera frase “Me siento más intranquilo y nervioso que de costumbre” tiene un sentido positivo, mientras que la frase “Me siento tranquilo y me es fácil estar quieto”, tiene un sentido negativo, pues describe la sensación opuesta a la que tienen la mayoría de las personas ansiosas, que es intranquilidad y dificultad para estar quieto (20).

### 3.1.6. TRATAMIENTO:

Los TA se manejan con medicación, psicoterapia, o ambos. Antes de iniciar el tratamiento, el médico debe determinar si los síntomas son causados por un trastorno mental o por una enfermedad médica o sustancia. También es relevante identificar si el paciente presenta comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos (ejemplo depresión), enfermedad médica o abuso de sustancias (21). Los individuos con TA que hayan recibido tratamiento previamente, deben informarlo a su médico, reportando si fue farmacológica o de psicoterapia, incluyendo el tipo de medicación, dosis inicial, efectos secundarios y resultados. (22). En el abordaje inicial en atención primaria, estos pacientes acuden a consulta en los primeros meses de inicio de los síntomas, cuando es posible que haya mejoría con el diálogo y el apoyo. Se les debe ofrecer una explicación clara sobre los síntomas físicos de la ansiedad y para afrontar cualquier problema social que pueda contribuir a la persistencia del trastorno (13). La importancia y trascendencia de todas las formas de presentación de los TA viene dada fundamentalmente por el impacto que tienen o tendrán en la morbi-mortalidad del paciente, en su calidad de vida, en el deterioro funcional y en el uso de los



servicios sanitarios. Para el adecuado abordaje de los TA se debe realizar una planificación del tratamiento compuesta por una entrevista para conocer el motivo de consulta y las quejas principales, mentales y físicas, evaluación (24).

**a. Tipos de tratamiento según su duración:**

- i. Tratamiento a corto plazo (12 semanas): El objetivo es la disminución de la frecuencia e intensidad de las crisis, control de la ansiedad anticipatoria y de las conductas evitativas agorafóbicas. Las intervenciones psicológicas (cognitivo-conductual) han demostrado ser efectivas. (24) Así como también, el abordaje con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), antidepresivos tricíclicos (ATC) y benzodiazepinas (BZD) (13,24). Se recomienda mantener el tratamiento 12 semanas para valorar sus resultados. El tratamiento combinado (psicoterapia más antidepresivos) a corto plazo parece más efectivo que la psicoterapia sola o el tratamiento farmacológico solo (24).
- ii. Tratamiento a largo plazo (3-4 meses): En el tratamiento a largo plazo el objetivo es mantener el control sobre los síntomas y reducir las tasas de recaída. La terapia cognitivo-conductual parece obtener mayores reducciones en las tasas de recaídas que otras intervenciones. El tratamiento combinado (psicoterapia más antidepresivos) es, a largo plazo (6-24 meses) más efectivo que antidepresivos solos, pero igual de efectivo que psicoterapia sola (24).

**b. Tratamiento no farmacológico** Las técnicas para el manejo de la ansiedad permiten al paciente controlar sus preocupaciones y miedos a través de la distracción y del cuestionamiento de sus bases lógicas para sustituirlas por modos más racionales del pensamiento (13). En el adulto mayor son de gran valor un conjunto de procedimientos psicológicos que facilitan el abordaje de la ansiedad para el logro del bienestar del anciano. El tratamiento medicamentoso se empleará sólo en aquellos casos en que resulte imprescindible para el adulto mayor (23).

**c. Tratamiento farmacológico** El principal objetivo en el tratamiento farmacológico de la ansiedad es el control de la sintomatología central de la

enfermedad. Frecuentemente, estos pacientes, necesitan además del tratamiento agudo de los síntomas (menos de 6 meses), la administración de un tratamiento crónico para prevenir las recaídas. Esto hace necesario utilizar medicamentos que sean bien tolerados y con baja probabilidad de abuso, tolerancia o dependencia, además de presentar un rápido comienzo de acción (13).

- i. **BENZODIAZEPINAS (BZD):** Son los medicamentos más utilizados en los pacientes con ansiedad. Se unen al receptor de GABA y facilitan/potencian la acción hiperpolarizante e inhibidora de este neurotransmisor (13). La eficacia y seguridad de estos fármacos cuando se utilizan durante algunas semanas, está bien establecida. Aunque estos fármacos son muy adecuados como tratamiento de primera elección en tratamientos agudos y a corto plazo, su prescripción en el tratamiento crónico de la ansiedad está poco avalada por la literatura científica existente, debido al riesgo de dependencia física con síndrome de abstinencia y la presencia de comorbilidad psiquiátrica. Dentro de los efectos adversos que se pueden presentar incluyen ataxia, disartria, vértigo, incoordinación motora con caídas, sedación, somnolencia, excitación paradójica, dificultad para mantener la atención, riesgo en el manejo de maquinaria peligros, trastornos de memoria a corto plazo, e incluso el desarrollo de depresión (13,24).
- ii. **BUSPIRONA:** Como grupo, los fármacos agonistas de receptores serotoninérgicos 5-HT-1<sup>a</sup> no son eficaces en el tratamiento de la ansiedad, con la excepción de buspirona. Los primeros hallazgos de los ensayos clínicos con estos fármacos, mostraron que era tan eficaz como las BZD en el tratamiento de los TA, pero sin presentar síndrome de abstinencia ni reacciones paradójicas y con menos efectos adversos y perfil de toxicidad diferente. No obstante, estudios más recientes ponen en duda la eficacia de buspirona, y otros demuestran que el comienzo de acción de este fármaco es más lento y gradual que el de las BZD. No se recomienda como fármaco de primera elección en el tratamiento de la ansiedad (13).

- iii. **HIDROXICINA:** Es un bloqueante de receptores histaminérgicos H1 y de receptores colinérgicos muscarínicos. Se disponen muy pocos datos. Causa poca dependencia, pero produce sedación al comienzo del tratamiento. Puede ser útil en el tratamiento de crisis agudas de ansiedad (13).
- iv. **ANTIDEPRESIVOS:** La evidencia actual apoya la recomendación de utilizar determinados antidepresivos como fármacos de primera elección en TA. Recordar que a todos los pacientes a los que se prescribe antidepresivos deben ser informados, al inicio del tratamiento, de sus efectos secundarios potenciales (incluyendo el aumento transitorio de la ansiedad al inicio del tratamiento), y del riesgo de síntomas de discontinuidad/ retirada si el tratamiento es suspendido bruscamente (24).
- v. **Antidepresivos tricíclicos (ATC):** Son inhibidores no selectivos de la recaptación de noradrenalina y serotonina, y antagonistas de variable intensidad de receptores alfa-adrenérgicos, serotoninérgicos, muscarínicos e histaminérgicos. Hay suficiente evidencia de que algunos ATC, como imipramina, son tan eficaces como las BZD en el tratamiento de ansiedad, y superiores a éstos en eficacia a largo plazo. Cuidado con ancianos, patología cardiovascular, glaucoma, hipertrofia de próstata, bajo umbral convulsivo, afectación hepática o renal o feocromocitoma (13,24).
- vi. **Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS):** Se ha observado mejoría clara de los síntomas de ansiedad tras 8 semanas de tratamiento. Entre los efectos adversos de los ISRS destacan los problemas digestivos y los trastornos de la función sexual, entre otros c. **Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN):** La venlafaxina ha demostrado ser eficaz en el control de los síntomas de ansiedad. Entre las reacciones adversas más frecuentes están los trastornos digestivos, mareos, trastornos visuales, insomnio, nerviosismo, temblor, trastornos de la función sexual, astenia, dolor, entre otros (13,24).



### 3.1.7. PREVENCIÓN

Dentro de los objetivos de la prevención de la ansiedad en atención primaria se describen:

- Identificar a los individuos de alto riesgo para TA e introducir estrategias para reducir ese riesgo;
- Detección precoz y el tratamiento adecuado de los nuevos casos
- Disminuir el riesgo de recaídas
- Minimizar la discapacidad y minusvalía en los casos en que los síntomas son prolongados y severos (13).

**a. Prevención primaria:** Identificar los individuos de alto riesgo valorando los factores de riesgo:

- i. Factores de riesgo relacionados con las experiencias: Factores estresantes crónicos, problemas interpersonales y laborales, acontecimientos vitales estresantes, enfermedades agudas o crónicas.
- ii. Factores de riesgo relacionados con la vulnerabilidad:
  1. Personalidad: Rasgo o condición crónica que predispone a problemas de ansiedad;
  2. Estilo cognitivo: Ciertos prejuicios y distorsiones cognitivas predisponen a los individuos a reaccionar fuertemente ante las situaciones estresantes;
- iii. Ausencia de apoyo social: La presencia de un confidente parece ser de particular importancia, ya que actúa como amortiguador tanto frente a la ansiedad como a la depresión (13).

**b. Prevención secundaria:**

- i. Detección precoz y tratamiento precoz de los nuevos casos: El médico de atención primaria se debe plantear un diagnóstico de ansiedad en todos los casos en los que el paciente presenta problemas físicos, cuando éstos no se puedan incluir dentro de una categoría diagnóstica clásica. De esta manera aumenta la probabilidad de detectar y tratar este problema psicológico y disminuir los gastos y complicaciones derivadas de exploraciones innecesarias b. Tratamiento precoz de los nuevos casos: Las intervenciones psicológicas forman el eje principal del tratamiento en atención primaria (13).
- ii. Intervenciones psicológicas focalizadas: Se ha evidenciado que estas intervenciones son efectivas en el tratamiento precoz de la ansiedad y trastornos mentales relacionados. En la “terapia de solución de problemas” se ayuda a los pacientes a identificar la causa de su ansiedad y se acuerda un programa de acciones para cambiar sus conductas. Tiene 6 fases:
  1. Definir los problemas en los propios términos del paciente;
  2. Situar los problemas en un orden de importancia;
  3. Reflexionar y exponer las posibles soluciones del problema más importante;
  4. Escoger la mejor solución y hacer planes detallados para llevarlo a cabo;
  5. Ponerla en práctica
  6. Evaluar el resultado (13).

**c. Prevención terciaria**

- i. Prevención de recaídas: Se han propuesto varias estrategias psicológicas específicas útiles para reducir el riesgo de recaídas. Su objetivo es:
- ii. Aumentar la sensación de control del paciente
- iii. Enseñar al paciente a detectar los síntomas iniciales de la recaída

- iv. Identificar las situaciones de alto riesgo para recaída y establecer estrategias para afrontarlas
- v. Motivar al paciente a que continúe practicando las habilidades aprendidas durante la terapia
- vi. Reducción de daño: Estos pacientes deberían ser derivados al menos en una ocasión a la unidad de salud mental, para su valoración y recibir asesoría para su manejo. Hay varias estrategias que se pueden seguir desde la atención primaria para reducir el daño al paciente:
- vii. Explicarle de forma reiterada y reforzar el diagnóstico de ansiedad de una forma positiva
- viii. Mantener la investigación y la referencia a problemas físicos en un mínimo
- ix. Ofrecer un programa estructurado de consultas breves regulares, de manera que el paciente tenga la oportunidad de aprender que puede resistir los problemas que aparecen entre consultas Ayudarle a reconocer los problemas interpersonales y estimularle a buscar ayuda para ellos
- x. Estimularlo para que se desarrolle y haga más uso de sistemas de apoyo social informales (13).

### **3.2. DISFUNCIÓN FAMILIAR:**

#### **3.2.1. CONCEPTO:**

La disfuncionalidad familiar en la actualidad, corresponde a una de las temáticas más polémicas a tratar en el contexto social y educativo; sobre todo cuando su incidencia se ve reflejada en los problemas de aprendizaje de los niños, los mismos que imposibilitan el acceso al currículo, son necesidades educativas especiales que no son detectadas y asistidas oportunamente. La participación de los padres en el proceso de enseñanza- aprendizaje de sus hijos es escasa, las necesidades de los hijos no son satisfechas oportunamente para lograr el desarrollo integral como un ente biopsicosocial. Es por ello que se inició una investigación; se empleó un estudio de tipo descriptivo y de campo, utilizando métodos para la investigación e instrumentos como encuestas, entrevista, y el análisis documental de: ficha de detección de dificultades academias y ficha



acumulativa general. Todo este proceso reflejó que no existe funcionalidad en la dinámica familiar, falta de cohesión y flexibilidad en las familias; estudiantes con dificultades en su comportamiento (agresividad, conflictos emocionales), falta de interés por el estudio, etc. Las madres, padres de familia no participan activamente en el proceso educativo de sus hijos (24).

El Funcionamiento Familiar se expresa por la forma en que el sistema familiar, como grupo, es capaz de enfrentar las crisis, valorar la forma en que se permiten las expresiones de afecto, el crecimiento individual de sus miembros, y la interacción entre ellos, sobre la base del respeto, la autonomía y el espacio del otro (Ortiz M.T. Louro I. Proyectos de Intervención en Salud Familiar. Una Propuesta Metodológica. Tesis para optar por Maestría en Salud Pública. 1996) (25).

Según el investigador Mc Master, el funcionamiento familiar puede evaluarse por la comunicación entre los miembros, el desempeño de roles, la respuesta afectiva, el involucramiento afectivo y el control de la conducta y flexibilidad. También es examinado de acuerdo con el grado de participación de la pareja, en la vida social, estructura de la autoridad, la distribución de tareas domésticas y el rol funcional (25).

Para todo ello se procederá a tomar en cuenta algunas definiciones adicionales

### 3.2.2. **FAMILIA:**

Familia es definida por la Real Academia Española como el grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas.(27) La familia constituye uno de esos grupos humanos que inmersa dentro del macrogrupo que constituye la sociedad, se integra y desarrolla teniendo en cuenta la situación económica- política y social imperante (28).

Una familia transmite a sus integrantes una cultura propia, una forma de relacionarse en la que están presentes la valoración que le damos a las personas y a los roles que cumplen en la familia. Esa valoración se va a expresar en las tareas que realizan tanto fuera como dentro del hogar, el tiempo que le asignan a esas tareas, si dan y reciben en la misma proporción, atención, cuidados, cantidad y calidad de alimentos, si disfrutan de mayor o menor tiempo libre para

el descanso o la recreación; si comparten espacios, actividades y responsabilidades (29).

En el Perú la Encuesta del Uso del Tiempo, ENUT por sus siglas, impulsada en el año 2010 por el MIMDES, hoy MIMP y el INEI, es muy reveladora respecto de qué tan igualitarias son las familias peruanas, pues ha permitido conocer mejor cómo los hombres y las mujeres distribuyen su tiempo y cuáles son las actividades que realizan durante su ciclo de vida. La Encuesta del Uso del Tiempo- ENUT nos muestra con cifras algo que ya era conocido por todos y todas, pero que sin embargo cobra mayor importancia al ser respaldado por información estadística: las mujeres trabajamos más que los hombres, y lo hacemos desde niñas. Existe una desigual distribución de las responsabilidades y actividades en las tareas del hogar y en la comunidad (tareas domésticas no remuneradas) que tiene como consecuencia un conjunto de limitaciones para la participación de la mujer en el mercado y en la generación de ingresos (29).

### 3.2.3. TIPOS DE FAMILIA

#### a. Formas tradicionales:

- i. **Nuclear:** De acuerdo al concepto tenemos que la familia nuclear es un matrimonio e hijos que dependen de ellos, constituyen una comunidad de vida plena y total, un ámbito vital cerrado autónomo frente al Estado y a la sociedad; por encima del bien y de los intereses individuales de sus componentes, hay un bien familiar y un interés familiar, de los cuales requieren, ha dicho LECHER, de devoción y la capacidad de sacrificio de todos (30).
- ii. **Extensa:** Los integrantes de este tipo de familia no siempre han estado unidos por vínculos de sangre y matrimonio, como fue el caso de la familia romana, en la que siervos y clientes vivían bajo el mismo techo que el matrimonio y los hijos (31).

#### b. Nuevas formas de estructura familiar.

Existen nuevos tipos de clasificaciones familiares, diferentes a la familia tradicional, las cuales son tan comunes que pueden llegar a pensarse que este tipo de uniones son tan perfectas que casi frecuentes como las tradicionales (32).

**i. Monoparental.** La familia monoparental son las que conviven el padre o la madre con los descendientes y sin el otro cónyuge. En la mayoría de los casos dichos núcleos familiares, se forman con la madre y los descendientes, siendo menos comunes las encabezadas únicamente por el padre (33). Aunque la crianza de un niño puede ser llevada a cabo tanto por hombres como mujeres, en esta materia, según demuestran las estadísticas, no ha habido grandes cambios y entre un 80 y un 90% de los hogares monoparentales están formados por madres e hijos (34).

**ii. Poli genética o reconstruida.** Una de las tantas formas de concebir a un ser es la prueba de fecundación in vitro (FIV). En 1978 la británica Louise Brown se convirtió en el primer “bebe-probeta” del mundo. Desde entonces, miles de personas han sido concebidas de esta manera. A principios del siglo que viene, aproximadamente el 2 o el 3 por ciento de los niños serán concebidos en los países industrializados gracias a las nuevas técnicas de reproducción (35).

#### 3.2.4. INSTRUMENTOS PARA LA MEDICION DE DISFUNCION FAMILIAR

##### a. APGAR FAMILIAR:

El APGAR familiar es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global, incluyendo a los niños ya que es aplicable a la población infantil (25). El APGAR familiar es útil para evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado. El registro de esta percepción es particularmente importante en contextos como la práctica ambulatoria, en el cual no es común que los pacientes o usuarios manifiesten directamente sus problemas familiares, y por el contrario es difícil encontrar profesionales de salud especializados en abordar tales temas cuando este los detecta en la conversación durante la consulta. Este instrumento también sirve para favorecer una relación médico paciente en toda su extensión

Con este instrumento los integrantes del equipo APS pueden conseguir una primera aproximación para la identificación de aquellas familias con problemas de conflictos o disfunciones familiares, con el propósito de darles



seguimiento y orientación; el médico familiar cuenta con la preparación para ejecutar dicha ayuda a sus pacientes, ya que no solo realiza la parte clínica sino la psicosocial en la consulta diaria; sabemos que no toda patología se debe a un mal orgánico en su totalidad, puede deberse a crisis familiares que puedan estar cursando las familias, ocasionando una patología por ejemplo cefalea (25).

Se ha utilizado el APGAR familiar como instrumento de evaluación de la función familiar, en diferentes circunstancias tales como el embarazo, depresión del postparto, condiciones alérgicas, hipertensión arterial y en estudios de promoción de la salud y seguimiento de familias. Así ha sido posible observar que el instrumento es de gran utilidad y de fácil aplicación, particularmente cuando el especialista está dispuesto a realizarlo en todos sus pacientes.

**i. ANTECEDENTES:** Este es un instrumento de origen reciente, habiendo sido diseñado en 1978 por el doctor Gabriel Smilkstein (Universidad de Washington), quien basándose en su experiencia como Médico de Familia propuso la aplicación de este test como un instrumento para los equipos de Atención Primaria, en su aproximación al análisis de la función familiar. Este test se basa en la premisa de que los miembros de la familia perciben el funcionamiento de la familia y pueden manifestar el grado de satisfacción con el cumplimiento de sus parámetros básicos (26).

Este test fue denominado «APGAR familiar» por ser una palabra fácil de recordar a nivel de los médicos, dada su familiaridad con el test de uso casi universal en la evaluación de recién nacidos propuesto por la doctora Virginia Apgar, y porque denota una evaluación rápida y de fácil aplicación.

El APGAR familiar es un cuestionario de cinco preguntas, que busca evidenciar el estado funcional de la familia, funcionando como una escala en la cual el entrevistado coloca su opinión respecto del funcionamiento de la familia para algunos temas clave considerados marcadores de las principales funciones de la familia (26).

## ii. ¿QUÉ EVALÚA EL APGAR FAMILIAR Y CON CUANTA PRECISIÓN?

El APGAR familiar evalúa cinco funciones básicas de la familia considerada las más importantes por el autor:

**Adaptación,**

**Participación,**

**Gradiente de recurso personal,**

**Afecto,**

**Recursos,**

Cuyas características son las siguientes: Funciona como un acróstico, en la que cada letra de APGAR, se relaciona con una inicial de la palabra que denota la función familiar estudiada. La validación inicial del APGAR familiar mostró un índice de correlación de 0.80 entre este test y el instrumento previamente utilizado (Pless-Satterwhite Family Function Index). Posteriormente, el APGAR familiar se evaluó en múltiples investigaciones, mostrando índices de correlación que oscilaban entre 0.71 y 0.83, para diversas realidades

La última modificación del APGAR FAMILIAR fue realizada por la Dra. Liliana Arias, en la que se incluye a los amigos; estas respuestas son útiles para ver si existe este recurso al cual podemos acudir en caso de que el paciente viva lejos de su familia o haya gran disfuncionalidad. De acuerdo con los estudios de Cobb Cohen y Smilkstein, lo fundamental es contar con una persona hacia la cual se pueda recurrir en caso necesario (26).

## iii. COMPONENTES DEL APGAR FAMILIAR

Los componentes de este instrumento son 5 elementos que se evalúan para evaluar la funcionalidad de la familia. Esto es:

**ADAPTACIÓN:** es la capacidad de utilizar recursos intra y extra familiares para resolver problemas en situaciones de estrés familiar o periodos de crisis.

**PARTICIPACIÓN:** o cooperación, es la implicación de los miembros familiares en la toma de decisiones y en las responsabilidades relacionadas con el mantenimiento familiar.

**GRADIENTE DE RECURSOS:** es el desarrollo de la maduración física, emocional y auto realización que alcanzan los componentes de una familia gracias a su apoyo y asesoramiento mutuo

**AFECTIVIDAD:** es la relación de cariño amor que existe entre los miembros de la familia.

**RECURSOS O CAPACIDAD RESOLUTIVA:** es el compromiso de dedicar tiempo a atender las necesidades físicas y emocionales de otros miembros de la familia, generalmente implica compartir unos ingresos y espacios.

Estos cinco elementos son muy importantes, considerando su presencia en toda la tipología de los diferentes tipos de familia, pudiendo ser en base a su estructura, desarrollo, integración o en base a su demografía.

#### iv. CUANDO APLICAR EL APGAR FAMILIAR

En servicios orientados hacia la Medicina Familiar, el APGAR, se usa rutinariamente en todos los pacientes o usuarios en la segunda cita, para ya tener un panorama completo del paciente a quien vamos a cuidar. En otro tipo de establecimientos, es muy importante que sea usado por lo menos en los siguientes casos:

Pacientes poli sintomáticos, en los cuales se perciba un componente predominantemente psicosociales de las dolencias, particularmente en la ansiedad o depresión.

En Grupos familiares o pacientes crónicos

Cuando es necesaria la participación de la familia en el cuidado de un paciente

A los integrantes de una familia que atraviesa una crisis del diario vivir.

A los miembros de familias problemáticas

Cuando hay escasa o ninguna respuesta a tratamientos recomendados,



particularmente en enfermedades crónicas.

En los casos en que otros instrumentos de atención a la familia describan algún evento problemático.

Todo profesional médico debe saber que la funcionalidad familiar repercute en la salud de sus integrantes, y se ha relacionado la obesidad en niños con disfunción familiar o la depresión que presentan las personas de la tercera edad cuando hay alteración en la función de sus familias (26).

#### 4. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.

##### 4.1. A nivel local:

**Autor:** Arohuana Paniura, Jenny Angela

**Título:** Prevalencia y factores de riesgo de ansiedad en familiares de pacientes hospitalizados del hospital III Goyeneche, Arequipa- 2019

**Resumen:**

“La investigación se propuso determinar la prevalencia y algunos factores de riesgo de ansiedad en familiares de pacientes hospitalizados en el hospital Goyeneche III de Arequipa, en el año 2019. Se utilizó la técnica de la entrevista a los familiares pacientes que acudieron a los servicios de pediatría, ginecología, medicina y cirugía; donde se consignó en una ficha los datos que correspondían a factores sociodemográficos además de utiliza el inventario para ansiedad IDARE, esta última conformada por 20 ítems para evaluar ansiedad estado y 20 ítems para evaluar la ansiedad rasgo. La población estuvo conformada por 100 familiares de pacientes hospitalizados que cumplieron con los criterios de inclusión. Se analizaron los resultados con la prueba del Chi cuadrado y el paquete estadístico SPSS 25. Se encontró que nivel de ansiedad estado es predominantemente de nivel medio con un porcentaje (45%) mientras que la ansiedad rasgo presenta en el nivel alto su porcentaje mayor (47%). Allí el tiempo de visita familiar se aprecia con una diferencia significativa en relación al nivel de ansiedad tanto estado como rasgo; siendo además las variables asociadas a los niveles de ansiedad estado; los cuales fueron: el sexo, el tiempo de visita familiar y el servicio donde está hospitalizado el paciente; así mismo se identificó la procedencia del familiar como variable asociada

al nivel de ansiedad rasgo. Concluyéndose que en la importancia del tiempo de la enfermedad del paciente debido a su significativa relación con el nivel de ansiedad de los familiares; así como los demás factores los cuales son: sexo, procedencia y tiempo de la visita familiar” (27).

**Autor:** Franco Romaní, Mauricio Alejandro

**Título:** 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

**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 ( $p \geq 0.05$ ); 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 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 produce mayores problemas de calidad de sueño. Palabras Clave: ansiedad, Inventario ansiedad estado y rasgo, Índice de calidad de sueño de Pittsburg” (28).

#### 4.2. A nivel Nacional:

**Autor:** Franklin Aranda-Paniora

**Título:** “Depresión y ansiedad en cuidadores primarios en el Instituto Nacional de Salud del Niño”

**Resumen:**

“Objetivo. Determinar la presencia de depresión y ansiedad en cuidadores primarios de pacientes pediátricos. Diseño. Estudio clínico, transversal, descriptivo. Lugar. Instituto Nacional de Salud del Niño, Lima, Perú. Participantes. Cuidadores primarios de pacientes pediátricos hospitalizados. Intervenciones. Aplicación de la prueba de Goldberg para depresión, ansiedad y comorbilidad en 240 cuidadores primarios de pacientes pediátricos hospitalizados en el Instituto Nacional de Salud del Niño, entre 2014 y 2016. Resultados. El 87,5% de los cuidadores primarios presentaron síntomas de depresión y ansiedad: 13,5% ansiedad, 17% depresión y 57% comorbilidad; 12,5% no presentó trastorno alguno. Conclusiones. La frecuencia de ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes pediátricos es mayor que en la población general” (29).

#### 4.3. A nivel internacional:

**Autor:** Lourdes Remigio-Mondragón y Angélica Pérez-Arredondo

**Título:** “Relación entre nivel de ansiedad y funcionamiento familiar”

**Resumen:** “El presente trabajo tiene como objetivo describir la relación existente entre la funcionalidad de la familia y las causas de la ansiedad en algunos de sus miembros. Se encontró que la madre ha presentado ansiedad la mayor parte de su



vida de casada. Acude la familia a terapia solicitando el servicio psicológico para el hijo mayor de 20 años que presenta crisis de ansiedad y preocupación por su padre cuando éste se encuentra fuera de casa. Se trabajó con intervenciones principalmente bajo el modelo centrado en soluciones y, como herramienta complementaria, técnicas de hipnosis ericksoniana. Desde la segunda sesión fueron reportando cambios significativos en las interacciones familiares y en el autocontrol de la ansiedad que la madre presentaba y que su hijo había aprendido, ahora ella interactuaba de forma asertiva con su esposo e hijos y, en consecuencia, el hijo ya no presentaba síntomas de ansiedad” (30).

**Autor:** César Villaseñor

**Título:** “Salud mental materna: factor de riesgo del bienestar socioemocional en niños mexicanos”

**Resumen:** “Objetivos. Estimar la prevalencia de síntomas depresivos y de ansiedad (SDyA) en madres de tres zonas poblacionales (ZP) del estado de San Luis Potosí, México, y analizar la asociación entre los SDyA y sus efectos en la salud emocional de sus hijos. Métodos. Se evaluaron 173 parejas (madre-hijo) de tres ZP: Zona urbana (ZU), rural (ZR) y rural indígena (ZRI). Se estudiaron los SDyA de las mujeres, y las dificultades conductuales (DC) de los niños. Resultados. Se encontró una alta prevalencia de SDyA en las tres ZP. La mayor proporción de síntomas depresivos la presentaron la ZU y la ZR (38,7 y 38,6%). La prevalencia más alta de síntomas de ansiedad se observó en la ZR (31,8%). La asociación entre los SDyA y la depresión materna más fuerte se estimó en la ZR (razón de momios o RM = 11,0; IC95%: 1,3-95,5). En la ZRI se estimó la mayor prevalencia de DC en los niños (61%). Se encontró una asociación entre las DC y la ansiedad materna (RM = 2,2; IC95%: 1,1-4,3) y la depresión materna (RM = 2,5; IC95%: 1,3-4,6). Conclusiones. La salud mental de las madres puede poner en riesgo el bienestar socioemocional de sus hijos, lo que viene respaldado por la alta prevalencia y la asociación entre SDyA y DC encontrada. En México se necesita disponer de información fiable sobre el estado de salud mental de las mujeres y los niños de las tres ZP, para implantar medidas que amplíen su cobertura evaluativa y preventiva” (31).

## 5. OBJETIVOS

### 5.1. General:

Determinar la relación entre la disfunción familiar y el nivel de ansiedad en madres de pacientes pediátricos hospitalizados en el Hospital Honorio Delgado Espinoza

### 5.2. Específicos

- 1) Determinar el nivel de Disfunción Familiar según el APGAR Familiar, en las madres de pacientes hospitalizados en el área de pediatría del Hospital General Honorio Delgado Espinoza
- 2) Determinar el nivel de Ansiedad según el Test de Zung, en las madres de pacientes hospitalizados en el área de pediatría del Hospital General Honorio Delgado Espinoza
- 3) Describir las características sociodemográficas y su distribución tomando en cuenta las variables a revisar

## 6. HIPÓTESIS.

Dado que la enfermedad de un hijo genera la inestabilidad en el núcleo familiar existe una asociación entre la disfunción familiar y el nivel de ansiedad en las madres de pacientes hospitalizados en el área de pediatría del Hospital Honorio Delgado Espinoza

## II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

### 1. Técnicas e instrumentos y materiales de verificación

#### 1.1. Técnica

Encuesta tipo cuestionario.

##### 1.1.1. Descripción de la técnica:

Se trabajará con madres de pacientes hospitalizados del Hospital Honorio Delgado

#### 1.2. Instrumentos

##### 1.2.1. Ficha de Recolección de datos:

- a. APGAR Familiar
- b. Test de Zung

### 2. CAMPO DE VERIFICACIÓN.

#### 2.1. Ubicación Espacial.

La investigación se realizará en el área de pediatría del Hospital Honorio Delgado Espinoza

#### 2.2. Ubicación Temporal.

La investigación se desarrollará en el mes de Febrero del 2020

#### 2.3. Unidades de Estudio.

**Población:** Se estudiará a las madres de pacientes hospitalizados en el área de pediatría del Hospital General Honorio Delgado Espinoza

**Muestra:** Se estudiará a las madres de pacientes hospitalizados en el área de pediatría del Hospital General Honorio Delgado Espinoza de Arequipa.

#### 2.4. Criterios de selección:

##### 2.4.1. Criterios de inclusión

- Madres de los pacientes que sean mayores de 18 años.
- Madres de los pacientes con participación voluntaria.
- Pacientes que firmen consentimiento informado.



#### 2.4.2. Criterios de exclusión

- Madres que no deseen participar
- Madres que no firmen el consentimiento informado
- Madres con antecedente de enfermedad psiquiátrica diagnosticada

### 3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

#### 3.1. Organización.

- Aprobación del proyecto de tesis por el asesor y los jurados dictaminadores.
- Se someterá el proyecto a dictamen del Comité Institucional de ética de la investigación de la Universidad Católica de Santa María.
- Se cumplirán con todas las observaciones del Comité de ética de la investigación.

#### 3.2. Recursos

##### 3.2.1. Humanos.

-**Investigador:** Angela Gabriel Luza Cayani.

-**Asesor:** Dra Angely Rondón Rodriguez

#### 3.3. Financiamiento

El proyecto y el trabajo de campo serán autofinanciados.

#### 3.4. Criterios para manejo de resultados

- a) Se obtendrá información directa de las madres de los pacientes, se procederá a llenar el Test de APGAR y ZUNG durante el mes de Febrero 2020
- b) La sistematización de los datos se realizar mediante el programa de Microsoft Excel
- c) Se realizar la discusión basada en los resultados y la información recabada en el marco conceptual.

# I. Cronograma de Trabajo

| <div> <div>Tiempo en meses</div> <div>Actividades</div> </div>                | Año    |           |         |           |           |       |         |       |       |                  |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------|---------|-----------|-----------|-------|---------|-------|-------|------------------|
|                                                                               | 2019   |           |         |           |           | 2020  |         |       |       |                  |
|                                                                               | Agosto | Setiembre | Octubre | Noviembre | Diciembre | Enero | Febrero | Marzo | Abril | Mayo a diciembre |
| Búsqueda bibliográfica de problema de investigación                           |        |           |         |           |           |       |         |       |       |                  |
| Sistematización de bibliografía sobre .....                                   |        |           |         |           |           |       |         |       |       |                  |
| Redacción de proyecto                                                         |        |           |         |           |           |       |         |       |       |                  |
| Aprobación proyecto de tesis por Asesor y profesores de curso taller de tesis |        |           |         |           |           |       |         |       |       |                  |
| Dictamen de comité de ética de investigación                                  |        |           |         |           |           |       |         |       |       |                  |
| Ejecución de proyecto                                                         |        |           |         |           |           |       |         |       |       |                  |
| Recolección de datos                                                          |        |           |         |           |           |       |         |       |       |                  |
| Estructuración de resultados                                                  |        |           |         |           |           |       |         |       |       |                  |
| Informe final                                                                 |        |           |         |           |           |       |         |       |       |                  |

Fecha de inicio: Agosto 2019

Fecha probable de término: Marzo 2020

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Get Help With Anxiety Disorders [Internet]. Psychiatry.org. 2017 [cited 14 January 2020]. Available from: [https://www.psychiatry.org/patients-families/anxiety-disorders\(1\)](https://www.psychiatry.org/patients-families/anxiety-disorders(1))
2. Spielberger CD, Díaz-Guerrero R. IDARE. Inventario de ansiedad: rasgo-estado. México: Manual Moderno; 1975. Obtenido el 01 de marzo del 2020 de: <http://pseaconsultores.com/sites/default/files/IDARE.pdf>
3. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* 1994; 51: 8-19. Obtenido el 01 de marzo del 2020 de: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/496456>
4. Goldberg, DP & Lecrubier, Y (1995). Form and frequency of mental disorders across centres. En : Üstün TB, Sartorius N. (Eds.) *Mental illness in general health care. An international study*. Wiley. Obtenido el 01 de marzo del 2020 de: <https://ci.nii.ac.jp/naid/10014850888/>
5. Horwath, E, Weissman, MM (1995). Epidemiology of depression and anxiety disorders. En: Tsuang MT, Tohen M, Zahner GEP. (Eds.) *Textbook in psychiatric epidemiology*. Wiley-Liss.
6. World Health Organization. Mental health: strengthening mental health promotion. Fact Sheet 220, revised November 2001 [página de internet]. Fecha de acceso: Julio 2006. Disponible en: [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/print.html](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/print.html).
7. Rondón Marta B.. Salud mental: un problema de salud pública en el Perú. *Rev. perú. med. exp. salud publica* [Internet]. 2006 Oct [citado 2020 Ene 15]; 23( 4 ): 237-238. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342006000400001&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342006000400001&lng=es).
8. Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". Estudio epidemiológico metropolitano en salud mental 2002. Informe general. Lima: IESM HD-HN; 2002.
9. Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". Estudio epidemiológico en salud mental en la sierra peruana 2003. Lima: IESM HDHN; 2003.
10. Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". Estudio epidemiológico en salud mental en la selva peruana 2004. Lima: IESM HD-HN; 2004.



11. 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
12. Tortella-Feliu M. Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5. *Revista iberoamericana de psicología* [Internet]. 2014 [cited 13 January 2020];110:63-65. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4803018.pdf>.
13. Hernández Sánchez MM, Horga de la Parte JF, Navarro Cremades F, et al. Trastornos de ansiedad y trastornos de adaptación en atención primaria. Guía de actuación clínica en atención primaria. Novelda, España. [en línea]. Obtenido el 01 de marzo del 2020 de: [www.san.gva.es](http://www.san.gva.es)
14. Reyes-Ticas JA. Trastornos de ansiedad: Guía práctica para diagnóstico y tratamiento. Biblioteca virtual en salud. Honduras. [en línea]. Disponible en: [www.bvs.hn](http://www.bvs.hn)
15. Somers JM, Goldner EM, Waraich P, et al. Prevalence and incidence studies of anxiety disorders. *A systematic review of literature. Can J Psychiatry*. 2006; 51: 100-113 Obtenido el 01 de marzo del 2020 de: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/070674370605100206>
16. Téllez Lapeira JM, López-Torres Hidalgo J, Boix Gras C, et al. Revisión clínica del tratamiento de los trastornos de ansiedad. *Rev Clin Med Fam*. 2007; 2(2): 76-83 Obtenido el 01 de marzo del 2020 de: <https://www.redalyc.org/pdf/1696/169618261007.pdf>
17. Ylla Segura L. Algunos aspectos psicodinámicos de los trastornos de ansiedad. *ASMR Revista Internacional*. 2009. Obtenido el 01 de marzo del 2020 de: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/algunos-aspectos-psicodinamicos-de-los-trastornos-de-ansiedad/>
18. Escobar F. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad [Internet]. Acnweb.org. [cited 10 January 2020]. Available from: <http://acnweb.org/guia/g5cap18.pdf>
19. Zung, WW. A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics*. 1971. 12 (6), 371. Obtenido el 01 de marzo del 2020 de: <https://psycnet.apa.org/record/1972-25209-001>
20. Hernández-Pozo M, Macías Martínez D, Calleja N, Cerezo Reséndiz S, Del Valle Chauvet C. Propiedades psicométricas del inventario Zung del estado de ansiedad con mexicanos. *Psychol av discip*. 2008, 2 (2): 19-46. Obtenido el 01 de marzo del 2020 de: <https://www.redalyc.org/pdf/2972/297225162009.pdf>

21. Hyman SE, Rudorfer MV. Anxiety disorders. Folleto del Instituto Nacional de Salud Mental. Estados Unidos. Publicación 09 3879. 2009. Obtenido el 01 de marzo del 2020 de: [www.nimh.nih.gov](http://www.nimh.nih.gov)
22. Iruela LM, Picazo J, Peláez C. Tratamiento farmacológico de la ansiedad. *Medicine*. 2007; 9(84): 5421- 5428 Obtenido el 01 de marzo del 2020 de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2347682>
23. Pérez Díaz R. Tratamiento de la ansiedad en el adulto mayor. *Geroinfo*. 2007; 2(1)
24. Lapeira JM, López-Torres Hidalgo J, Boix Gras C, et al. Revisión clínica del tratamiento de los trastornos de ansiedad. *Rev Clin Med Fam*. 2007; 2(2): 76-83 Obtenido el 01 de marzo del 2020 de: <https://www.redalyc.org/pdf/1696/169618261007.pdf>
25. Ortiz Gómez María Teresita. La Salud Familiar. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 1999 Ago [citado 2020 Ene 16] ; 15( 4 ): 439-445. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21251999000400017&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000400017&lng=es).
26. Reynalte A. Disfuncionalidad familiar, 2010, (acceso 2 diciembre 2013) Disponible: <http://disfuncionalidadfamiliar-v.blogspot.com/2010/11/que-es-el-apagar-familiar.html>
27. Arohuanca Paniura J. Prevalencia y factores de riesgo de ansiedad en familiares de pacientes hospitalizados del hospital III Goyeneche, Arequipa- 2019. [tesis para optar el título de médico cirujano]. [Internet]. 2016 [cited 7 January 2020]. Available from: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/8226/MDbeaykf.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
28. Franco Romaní M. Descripción: 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 para optar el título de médico cirujano]. [Internet]. Alicia.concytec.gob.pe. 2015 [cited 7 January 2020]. Available from: [https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UCSM\\_d005ea70f56d019f0bfa799d62ba5512](https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UCSM_d005ea70f56d019f0bfa799d62ba5512)
29. Aranda-Paniora Franklin. Depression and anxiety in primary caregivers at Instituto Nacional de Salud del Niño. *An. Fac. med.* [Internet]. 2017 Jul [citado 2020 Ene 14] ; 78( 3 ): 277-280. Disponible en:

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832017000300004&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832017000300004&lng=es). <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i3.13758>.

30. Remigio-Mondragón, L. and Pérez-Arredondo, A. (2015). *Relación entre nivel de ansiedad y funcionamiento familiar*. [online] Available at: <http://cuved.unam.mx/revistas/index.php/rdpcs/article/view/24/29> [Accessed 14 Jan. 2020]
31. Villaseñor C, Calderón Hernández J, Gaytán E, Romero S, Díaz-Barriga F. Salud mental materna: factor de riesgo del bienestar socioemocional en niños mexicanos [Internet]. 2020 [cited 7 February 2020]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6563349/>
32. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: Diccionario de la lengua española, 23.<sup>a</sup> ed., [versión 23.3 en línea]. <<https://dle.rae.es>> [citado 2020 Feb 17].
33. Martínez Vasallo H. La familia: una visión interdisciplinaria. La familia: una visión interdisciplinaria [Internet]. 2020 [cited 1 February 2020];. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedele/me-2015/me155k.pdf>
34. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. La familia peruana: ¿Espacio de Igualdad?. Lima; 2020. [Internet]. 2020 [cited 1 February 2020];. Available from: [https://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgignd/campanias/LaFamilia\\_peruana\\_espacio\\_de\\_igualdad.pdf](https://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgignd/campanias/LaFamilia_peruana_espacio_de_igualdad.pdf)
35. Diccionario Jurídico España/ Función Tomas Moro; director editorial Juan Ignacio Alonso. Madrid: Ed. Espasa Caple, 1999, p. 409



## ANEXO 1

### ESCALA DE AUTOVALORACIÓN D. D. POR W. W. K. ZUNG

- ✓ NOMBRES: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_
- ✓ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- ✓ N° DE HIJOS: \_\_\_\_\_
- ✓ TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN: \_\_\_\_\_
- ✓ PRESENCIA DEL PADRE: SI NO
- ✓ DIAGNOSTICO: AGUDO \_\_\_\_ CRONICO \_\_\_\_

**Cuadro 1**  
**Escala de Zung para ansiedad**

|                                                             | Nunca | A veces | Muchas veces | Siempre |
|-------------------------------------------------------------|-------|---------|--------------|---------|
| 1. Se ha sentido últimamente más nervioso y ansioso         |       |         |              |         |
| 2. Se ha sentido temeroso sin razón                         |       |         |              |         |
| 3. Se ha irritado fácilmente o ha sentido pánico            |       |         |              |         |
| 4. Ha sentido que se está derrumbando                       |       |         |              |         |
| 5. Ha sentido que nada malo va a pasar/ que todo va bien    |       |         |              |         |
| 6. Se ha sentido tembloroso                                 |       |         |              |         |
| 7. Le ha dolido el cuello, la espalda o la cabeza           |       |         |              |         |
| 8. Se ha sentido débil y se cansa fácilmente                |       |         |              |         |
| 9. Se ha sentido calmado y puede mantenerse quieto          |       |         |              |         |
| 10. Ha sentido palpitaciones, taquicardia, últimamente      |       |         |              |         |
| 11. Se ha sentido últimamente mareado                       |       |         |              |         |
| 12. Se ha desmayado o ha sentido síntomas de desmayo        |       |         |              |         |
| 13. Ha podido respirar con facilidad                        |       |         |              |         |
| 14. Ha sentido hormigueo/falta de sensibilidad en los dedos |       |         |              |         |
| 15. Ha sentido náuseas y malestar en el estómago            |       |         |              |         |
| 16. Ha orinado con mayor frecuencia de lo normal            |       |         |              |         |
| 17. Ha sentido sus manos secas y calientes                  |       |         |              |         |
| 18. Se ha ruborizado con frecuencia                         |       |         |              |         |
| 19. Ha dormido bien y descansado toda la noche              |       |         |              |         |
| 20. Ha tenido pesadillas                                    |       |         |              |         |

Fuente: Zung, W., 1971

## ANEXO 2: APGAR FAMILIAR

**Cuadro N° 1**  
**Cuestionario para la evaluación de la funcionalidad de la familia**

| PREGUNTAS                                                                                                | NUNCA | CASI NUNCA | ALGUNAS VECES | CASI SIEMPRE | SIEMPRE |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------|---------------|--------------|---------|
| Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?                |       |            |               |              |         |
| Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas                                |       |            |               |              |         |
| Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de                  |       |            |               |              |         |
| Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor. |       |            |               |              |         |
| Me satisface como compartimos en mi familia:                                                             |       |            |               |              |         |
| 1. el tiempo para estar juntos                                                                           |       |            |               |              |         |
| 2. los espacios en la casa                                                                               |       |            |               |              |         |
| 3. el dinero                                                                                             |       |            |               |              |         |
| ¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?                          |       |            |               |              |         |
| Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)                                         |       |            |               |              |         |

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

### Interpretación del puntaje:

- Normal: 17-20 puntos
- Disfunción leve: 16-13 puntos.
- Disfunción moderada: 12-10 puntos
- Disfunción severa: menor o igual a 9

Fuente: Reynalte A. 2010,

**ANEXO 3:**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

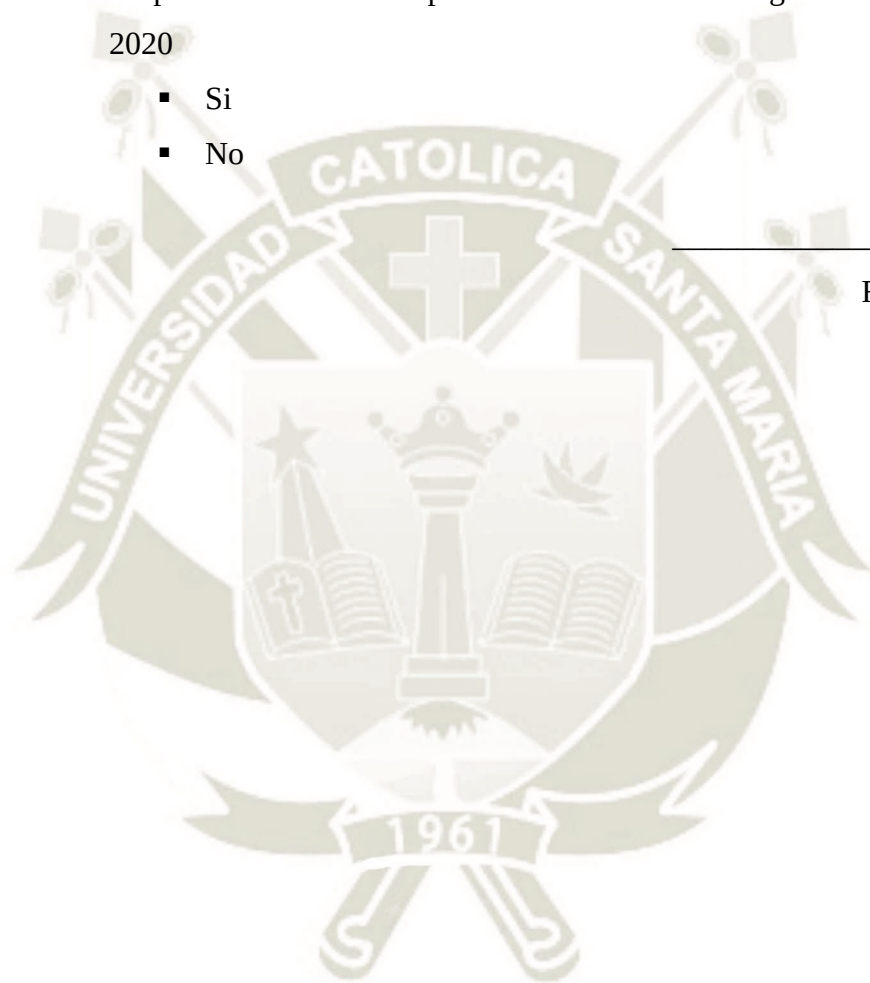
✓ Mediante la presente se le invita a usted participar en un estudio de investigación, que tiene como propósito conocer:

- Disfunción familiar asociada a síndrome ansioso en madres de pacientes hospitalizados en el Hospital General Honorio Delgado Espinoza Arequipa

2020

- Si
- No

\_\_\_\_\_  
Firma





## ANEXO 2:

### MATRIZ DE DATOS

|    | EDAD | HIJOS | DIAGNÓSTICO | ESTADO CIVIL | PADRE | DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN | ANSIEDAD | DISFUNCIÓN FAMILIAR |
|----|------|-------|-------------|--------------|-------|-------------------------|----------|---------------------|
| 1  | 52   | 3     | 1           | 2            | 1     | 3                       | 2        | 3                   |
| 2  | 34   | 4     | 1           | 3            | 1     | 3                       | 2        | 1                   |
| 3  | 18   | 1     | 1           | 1            | 2     | 2                       | 1        | 3                   |
| 4  | 43   | 3     | 2           | 3            | 1     | 4                       | 1        | 1                   |
| 5  | 27   | 2     | 1           | 1            | 2     | 3                       | 1        | 2                   |
| 6  | 21   | 1     | 1           | 3            | 1     | 5                       | 1        | 1                   |
| 7  | 21   | 3     | 2           | 3            | 1     | 5                       | 4        | 4                   |
| 8  | 25   | 3     | 1           | 2            | 1     | 4                       | 2        | 2                   |
| 9  | 24   | 2     | 1           | 3            | 1     | 4                       | 3        | 1                   |
| 10 | 26   | 2     | 1           | 3            | 1     | 3                       | 1        | 2                   |
| 11 | 30   | 3     | 2           | 3            | 1     | 4                       | 2        | 1                   |
| 12 | 31   | 1     | 1           | 3            | 1     | 3                       | 2        | 2                   |
| 13 | 36   | 1     | 1           | 2            | 1     | 3                       | 1        | 2                   |
| 14 | 43   | 2     | 2           | 3            | 1     | 7                       | 1        | 1                   |
| 15 | 22   | 2     | 1           | 3            | 1     | 4                       | 1        | 1                   |
| 16 | 28   | 1     | 2           | 1            | 2     | 3                       | 1        | 4                   |
| 17 | 26   | 2     | 1           | 3            | 1     | 4                       | 1        | 1                   |
| 18 | 25   | 1     | 2           | 1            | 2     | 6                       | 1        | 1                   |
| 19 | 34   | 1     | 2           | 3            | 2     | 6                       | 1        | 1                   |
| 20 | 47   | 4     | 1           | 1            | 2     | 1                       | 1        | 3                   |
| 21 | 42   | 1     | 1           | 3            | 1     | 2                       | 1        | 1                   |
| 22 | 35   | 3     | 1           | 3            | 1     | 2                       | 1        | 1                   |
| 23 | 30   | 2     | 2           | 3            | 1     | 4                       | 2        | 3                   |
| 24 | 23   | 2     | 1           | 3            | 1     | 4                       | 3        | 2                   |
| 25 | 31   | 1     | 1           | 3            | 1     | 3                       | 2        | 1                   |
| 26 | 24   | 2     | 1           | 3            | 1     | 3                       | 2        | 2                   |
| 27 | 46   | 5     | 2           | 3            | 1     | 3                       | 1        | 2                   |
| 28 | 20   | 1     | 1           | 3            | 1     | 3                       | 2        | 2                   |
| 29 | 33   | 2     | 2           | 3            | 1     | 12                      | 1        | 1                   |
| 30 | 35   | 2     | 1           | 3            | 1     | 4                       | 1        | 1                   |
| 31 | 36   | 4     | 1           | 1            | 2     | 5                       | 1        | 1                   |
| 32 | 23   | 3     | 1           | 3            | 1     | 5                       | 2        | 1                   |
| 33 | 24   | 1     | 2           | 3            | 1     | 4                       | 3        | 3                   |
| 34 | 31   | 3     | 1           | 3            | 2     | 18                      | 3        | 2                   |
| 35 | 41   | 5     | 1           | 3            | 2     | 7                       | 1        | 4                   |
| 36 | 30   | 2     | 2           | 2            | 1     | 5                       | 3        | 3                   |
| 37 | 24   | 1     | 2           | 3            | 1     | 3                       | 3        | 3                   |
| 38 | 31   | 3     | 1           | 3            | 1     | 3                       | 1        | 3                   |
| 39 | 22   | 2     | 1           | 3            | 1     | 30                      | 2        | 2                   |
| 40 | 42   | 4     | 2           | 1            | 2     | 5                       | 3        | 2                   |
| 41 | 37   | 1     | 1           | 1            | 1     | 1                       | 1        | 3                   |
| 42 | 27   | 2     | 1           | 3            | 1     | 3                       | 2        | 1                   |
| 43 | 43   | 2     | 1           | 3            | 1     | 3                       | 1        | 2                   |
| 44 | 29   | 2     | 1           | 1            | 2     | 2                       | 3        | 2                   |
| 45 | 24   | 2     | 1           | 3            | 1     | 4                       | 3        | 2                   |
| 46 | 31   | 1     | 1           | 3            | 1     | 23                      | 3        | 1                   |
| 47 | 21   | 1     | 1           | 1            | 1     | 2                       | 1        | 1                   |
| 48 | 32   | 3     | 1           | 1            | 1     | 1                       | 1        | 2                   |
| 49 | 34   | 1     | 1           | 1            | 2     | 4                       | 3        | 3                   |
| 50 | 35   | 2     | 1           | 3            | 1     | 1                       | 1        | 1                   |
| 51 | 22   | 1     | 1           | 1            | 2     | 12                      | 1        | 3                   |
| 52 | 23   | 2     | 1           | 1            | 2     | 3                       | 3        | 1                   |
| 53 | 49   | 2     | 2           | 2            | 1     | 6                       | 2        | 1                   |
| 54 | 44   | 2     | 1           | 3            | 1     | 4                       | 2        | 1                   |
| 55 | 38   | 1     | 1           | 2            | 1     | 2                       | 1        | 2                   |
| 56 | 52   | 5     | 1           | 2            | 1     | 3                       | 2        | 3                   |
| 57 | 34   | 3     | 1           | 2            | 1     | 5                       | 2        | 4                   |
| 58 | 35   | 2     | 1           | 2            | 1     | 4                       | 1        | 1                   |
| 59 | 18   | 2     | 1           | 1            | 2     | 4                       | 1        | 1                   |
| 60 | 19   | 1     | 1           | 1            | 1     | 3                       | 2        | 3                   |
| 61 | 43   | 4     | 1           | 1            | 1     | 4                       | 1        | 1                   |
| 62 | 42   | 2     | 1           | 3            | 1     | 4                       | 2        | 2                   |
| 63 | 24   | 1     | 2           | 2            | 1     | 8                       | 2        | 2                   |

|     |    |   |   |   |   |    |   |   |
|-----|----|---|---|---|---|----|---|---|
| 64  | 25 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2  | 3 | 2 |
| 65  | 39 | 3 | 1 | 1 | 2 | 5  | 2 | 2 |
| 66  | 43 | 3 | 1 | 2 | 1 | 3  | 2 | 4 |
| 67  | 32 | 3 | 1 | 1 | 2 | 2  | 2 | 2 |
| 68  | 32 | 3 | 1 | 2 | 1 | 2  | 2 | 1 |
| 69  | 44 | 3 | 1 | 2 | 2 | 2  | 3 | 4 |
| 70  | 18 | 1 | 2 | 1 | 2 | 7  | 2 | 4 |
| 71  | 51 | 2 | 2 | 2 | 1 | 18 | 2 | 4 |
| 72  | 26 | 2 | 2 | 1 | 2 | 8  | 2 | 3 |
| 73  | 25 | 2 | 1 | 3 | 1 | 2  | 2 | 4 |
| 74  | 27 | 2 | 1 | 3 | 1 | 5  | 2 | 3 |
| 75  | 27 | 2 | 1 | 3 | 1 | 3  | 3 | 4 |
| 76  | 31 | 2 | 1 | 2 | 2 | 6  | 3 | 2 |
| 77  | 42 | 2 | 2 | 3 | 1 | 3  | 3 | 3 |
| 78  | 44 | 2 | 1 | 1 | 2 | 4  | 1 | 2 |
| 79  | 52 | 3 | 2 | 2 | 1 | 2  | 2 | 3 |
| 80  | 40 | 2 | 1 | 2 | 1 | 10 | 2 | 2 |
| 81  | 50 | 1 | 1 | 2 | 1 | 3  | 3 | 2 |
| 82  | 45 | 2 | 2 | 2 | 2 | 18 | 4 | 1 |
| 83  | 40 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2  | 1 | 2 |
| 84  | 36 | 2 | 1 | 2 | 1 | 4  | 2 | 1 |
| 85  | 50 | 3 | 2 | 2 | 1 | 10 | 2 | 2 |
| 86  | 37 | 2 | 1 | 2 | 1 | 3  | 1 | 1 |
| 87  | 48 | 2 | 1 | 1 | 2 | 4  | 4 | 2 |
| 88  | 27 | 1 | 2 | 3 | 2 | 2  | 2 | 3 |
| 89  | 46 | 3 | 1 | 1 | 2 | 3  | 2 | 2 |
| 90  | 50 | 2 | 2 | 3 | 1 | 4  | 1 | 1 |
| 91  | 38 | 2 | 1 | 2 | 1 | 3  | 1 | 2 |
| 92  | 23 | 2 | 1 | 3 | 1 | 2  | 3 | 4 |
| 93  | 40 | 2 | 2 | 2 | 1 | 10 | 1 | 2 |
| 94  | 36 | 4 | 1 | 2 | 1 | 5  | 2 | 1 |
| 95  | 39 | 2 | 1 | 3 | 1 | 2  | 1 | 2 |
| 96  | 30 | 1 | 1 | 3 | 1 | 3  | 3 | 1 |
| 97  | 35 | 2 | 2 | 2 | 2 | 6  | 2 | 2 |
| 98  | 35 | 2 | 1 | 2 | 1 | 3  | 2 | 2 |
| 99  | 29 | 2 | 1 | 2 | 1 | 4  | 1 | 1 |
| 100 | 27 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2  | 2 | 3 |