

Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa
Facultad de Medicina



**Ansiedad y depresión en relación a la calidad
de sueño en adultos, Arequipa 2014**

Trabajo de Investigación presentado por:
FILOMENA JEORGINA GÓMEZ VILLEGAS
Para Optar el Título Profesional de
Médico Cirujano

Tutor:
DR. GUILLERMO VALDEZ LAZO
Docente de la Facultad de Medicina de la UNSA

Arequipa – Perú

2015

DEDICATORIA

“A mis padres, por su amor, trabajo y sacrificios en todos estos años, gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy. Ha sido un privilegio ser su hija, son los mejores padres.”

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios ser maravilloso que me dio fuerza y fe para creer lo que me parecía imposible terminar. A mi familia por ayudarme con mi hijo mientras yo realizaba investigaciones y por estar a mi lado en cada momento de mi vida.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: FUNDAMENTO TEÓRICO	6
CAPÍTULO II: MÉTODOS	6
CAPÍTULO III: RESULTADOS	25
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	32
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	33
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37
ANEXOS	41

RESUMEN

Antecedente: La calidad del sueño puede verse influida por el estado de ansiedad y de depresión en pacientes adultos.

Objetivo: Determinar la asociación entre la ansiedad y la depresión con la calidad de sueño en un grupo de adultos de Arequipa.

Métodos: Estudio prospectivo transversal, la población fueron los adultos de 18 a 65 años que acuden al Hospital Militar durante el mes de diciembre del 2014, y se estudió una muestra no probabilística intencional de 80 pacientes que cumplieron criterios de inclusión con participación voluntaria, excluyendo pacientes con medicación psiquiátrica, aplicando el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg, la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), y el inventario de ansiedad de Beck (BAI). Se asocian variables mediante prueba chi cuadrado de Pearson.

Resultados: El 38.89% de pacientes casos fueron varones y 61.11% mujeres; la edad promedio de los varones fue de 34.07 ± 9.14 años y de las mujeres de 35.42 ± 10.47 años. El 48.15% de pacientes tuvo mala calidad de sueño. Con el inventario de ansiedad de Beck, se encontró ansiedad clínica en 87.04% (leve en 12.04%, moderada en 21.30% y ansiedad grave en 53.70%). Con la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) se encontró depresión clínica en 87.04% de casos (leve en 8.33%, moderada en 10.91% y severa en 86.52%). Hubo una tendencia significativa a mala calidad de sueño con la mayor ansiedad (30.77% con ansiedad leve, 39.13% en la ansiedad moderada, y en la ansiedad grave el 62.07% de pacientes tuvo mala calidad). Se observan proporciones similares de mala calidad de sueño entre pacientes con depresión ($p < 0.05$) (en 11.11% de pacientes con depresión leve y 18.18% con depresión moderada, y en 60.81% de depresión severa).

Conclusión: Existen elevadas frecuencias de ansiedad, de depresión y de mala calidad de sueño en los pacientes adultos, y la mala calidad de sueño se relaciona de manera significativa con la mayor severidad de ambas variables.

PALABRAS CLAVE: ansiedad – depresión – calidad de sueño – adultos.

ABSTRACT

Background: Sleep quality can be influenced by the state of anxiety and depression in adult patients.

Objective: To determine the association between anxiety and depression with sleep quality in a group of adults from Arequipa.

Methods: Cross-sectional prospective study population were adults 18-65 years attending the Military Hospital during the month of December 2014, and an intentional non-probabilistic sample of 80 patients who met inclusion criteria were studied with voluntary participation, excluding patients with psychiatric medication, applying the Quality Index Pittsburgh Sleep, Depression Scale Center for Epidemiologic Studies (CES-D), and the Beck anxiety Inventory (BAI). Variables associated with chi square of Pearson.

Results: A 38.89% of cases patients were male and 61.11% female; the average age of males was 34.07 ± 9.14 years and women 35.42 ± 10.47 years. In 48.15% of patients there was poor sleep quality. With the Beck Anxiety Inventory, clinical anxiety was found in 87.04% (mild at 12.04%, moderate in 21.30% and severe in 53.70%). With Depression Scale Center for Epidemiologic Studies (CES-D) clinical depression was found in 87.04% of cases (mild at 8.33%, in 10.91% moderate and severe in 86.52%). There was a significant tendency to poor quality of sleep with increased anxiety (30.77% with mild anxiety, 39.13% in moderate anxiety, and in severe anxiety the 62.07% of patients had poor sleep quality). Similar proportions of poor sleep quality were observed between patients with depression ($p < 0.05$) (in 11.11% of patients with mild depression and 18.18% with moderate depression and in 60.81% of severe depression).

Conclusion: There are high frequencies of anxiety, depression and poor sleep quality in adult patients, and the poor quality of sleep is significantly related with the higher severity of both variables.

KEYWORDS: Anxiety - Depression - sleep quality - adults.

INTRODUCCIÓN

1. JUSTIFICACIÓN Y ANTECEDENTES

El ser humano tiene un número de horas necesarias de sueño que debe cumplir, variando éste ligeramente entre distintas personas. Somos conscientes que actualmente muchas veces el dormir ha perdido la importancia que merece. Además, actualmente se observa problemas relacionados al sueño en los adultos jóvenes y adultos, y no causados necesariamente por obligaciones propias de ellos, como las del trabajo, sino por diversos distractores tecnológicos, como el uso de computadoras, celulares, e incluso algunos problemas de salud orgánicos o mentales pueden afectar a una adecuada calidad de sueño (1).

El sueño es un proceso fisiológico importante para la reparación de las funciones cerebrales y para lograr un rendimiento físico y psicológico óptimo de una persona. La duración del sueño requerida para que una persona joven se sienta despierta y alerta durante el día es en promedio 7 a 8 horas, en un período de 24 horas. Las restricciones en el horario del sueño pueden conducir a privación parcial o total del sueño. La privación del sueño total se presenta si una persona no duerme, y sucede en situaciones agudas. La privación del sueño parcial está referida al sueño nocturno reducido o interrumpido, como es el caso del horario de trabajo de los médicos (2).

Otro de los grandes problemas en la salud pública, son los problemas de salud mental, esto cobra importancia y se hace más notorio debido a que ha existido un incremento en el número de estudios y se han encontrado resultados alarmantes. Dentro de uno de estos problemas esta la depresión, un problema que es padecido en su mayoría por personas del sexo femenino; otro es la ansiedad, que junto a la depresión están pronosticados a convertirse en una pandemia durante los próximos decenios si no llegan a tomarse las medidas de control adecuadas (3).

Al mostrarse estos problemas en la consulta médica, nace la motivación de realizar este trabajo buscando encontrar algún tipo de relación.

ANTECEDENTES

1) Patrón del sueño y la percepción de la calidad del sueño entre los médicos residentes y la relación con la ansiedad y la depresión.

Loría-Castellanos J, Rocha-Luna J, Marquez-Avila G. (4).

Se determinó el patrón de sueño que prevalece y la percepción de la calidad del sueño entre los residentes médicos en diferentes especialidades de un hospital regional y explorar su relación con diversas variables, sobre todo con la ansiedad, la depresión y el consumo de sustancias psicoactivas en el otro. Métodos: Estudio transversal observacional encuesta de los 25 médicos residentes en el Hospital Regional. Los sujetos dieron su consentimiento informado para la participación. Los instrumentos utilizados fueron el índice de calidad de sueño de Pittsburgh, un cuestionario sobre el uso de sustancias psicoactivas, y la escala de ansiedad y depresión de Goldberg. Otras variables exploradas fueron: edad, sexo, año de formación de residencia, especialidad, patrón de sueño, número de días de guardia, el trabajo fuera, y las obligaciones familiares o sociales, y teñir relación con el patrón de sueño y la calidad. Resultados: En las especialidades de la medicina de emergencia, anestesiología, cirugía, pediatría y medicina interna, un total de 91,80% de los residentes participaron. La edad media (DE) fue de 25,6 (2,6) años; 53,6% de los encuestados eran hombres. Patrón del sueño y la calidad empeoraron significativamente después de la residencia ($p < 0,001$), cuando el patrón de sueño corto estuvo presente en 75,0% de los residentes y la mala o muy mala calidad en 32,2%. El consumo de café de rutina fue reportado por el 87,5%, y 51,8% bebió bebidas alcohólicas con regularidad; 37,5% eran fumadores. Se detectaron signos de ansiedad en un 46,4% y la depresión en el 37,5%. Una asociación significativa entre un patrón de sueño corto y la especialidad de medicina de urgencias (OR, 34,1), la ansiedad (OR = 18,2), y el consumo de café (OR, 10,5). La mala o muy mala calidad del sueño se asoció con ser en el primer año de formación de residencia (OR, 18,1), en la especialidad de medicina de urgencias (OR, 6,0), la ansiedad (OR = 50,1), la depresión (OR: 6,2), en las afueras trabajo (OR 13,5), la familia o las obligaciones sociales (OR 4,2) y el alcohol (OR 8,2) y el tabaco Consumo de (OR 6.2).

Conclusiones: Tanto el patrón de sueño y la calidad se deterioran como comienza la formación de residencia, y se asocia a varios factores, especialmente a la ansiedad y la depresión.

2) Calidad de sueño y síntomas de depresión en estudiantes de medicina humana de la Universidad Católica de Santa María - 2008.

Zevallos Rodríguez, Juan Manuel (5)

Se evaluó la calidad de sueño y su relación con síntomas depresivos en una población de estudiantes universitarios de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica Santa María de Arequipa en el mes de abril del año 2008. Se diseñó un estudio de tipo relacional, prospectivo y de corte transversal, basado en la aplicación de una encuesta, el índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI) y la Escala Autoaplicada de Depresión de Zung, en una población de 120 estudiantes encuestados de un total de 141 estudiantes matriculados en el décimo primer semestre, con edades comprendidas entre los 20 y 35 años y con una media de 23,18 años. Se encontró que el 66,67% de la población tenía mala calidad de sueño y que el 22,81% presentaba síntomas depresivos. Se encontró además una relación estadísticamente significativa ($p < 0,0000$) entre la presencia de síntomas depresivos y la calidad de sueño.

3) Relación entre la depresión y las alteraciones del sueño: Un estudio nacional japonés entre la población general.

Yoshitaka Kaneita; Takashi Ohida; Makoto Uchiyama (6)

En el presente estudio se valoró la relación entre la depresión y las alteraciones del sueño, hay pocos estudios a escala nacional conducidos en personas que representan la población general. En particular la relación entre la depresión y la duración de sueño así como la suficiencia subjetiva del sueño, utilizando una amplia muestra representativa de la población en general. La encuesta fue conducida en junio del 2000, utilizando cuestionarios autoadministrados, a una población que fue seleccionada al azar entre 300 comunidades a lo largo de todo Japón. Entre los que respondieron, se analizaron los datos de 24,686 individuos con edad de 20 años o superior. Se utilizó la Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos para evaluar la presencia de depresión.

Se evaluó el estatus del sueño, incluyendo la duración del sueño, la suficiencia subjetiva de sueño, y la presencia o ausencia de síntomas de insomnio. La conclusión de este estudio fue que en aquellos en los que la duración del sueño era inferior a 6 horas y, aquellos en los que la duración del sueño era 8 horas o superior; tendieron a estar más deprimidos que aquellos cuya duración de sueño era de 6-8 horas. Cuando la suficiencia de sueño subjetiva disminuye, los síntomas de depresión aumentan, indicando una relación lineal inversamente proporcional. El hecho de que la duración de sueño y la suficiencia subjetiva de sueño mostraron relaciones diferentes con los síntomas de la depresión, indica que estos 2 parámetros de sueño tienen cada uno su propia importancia respecto a la depresión. Estas conclusiones pueden ser útiles en el tratamiento médico de enfermedades mentales.

2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Estarán asociadas la ansiedad y la depresión a la calidad de sueño en adultos?

3. HIPÓTESIS

Dado que en la actualidad existen muchas variables subjetivas que pueden tener influencia sobre la calidad del sueño, es probable que determinados niveles de ansiedad y depresión puedan influir en una buena calidad del sueño.

4. OBJETIVO

- a. Determinar la existencia de ansiedad en adultos que acuden a consulta externa del Hospital Militar de la ciudad de Arequipa, 2014.
- b. Determinar la existencia de depresión en adultos que acuden a consulta externa del Hospital Militar de la ciudad de Arequipa, 2014.
- c. Determinar la calidad de sueño en adultos que acuden a consulta externa del Hospital Militar de la ciudad de Arequipa, 2014.

- d. Determinar la relación entre ansiedad y depresión y la calidad del sueño en adultos que acuden a consulta externa del Hospital Militar de la ciudad de Arequipa, 2014.

CAPÍTULO I:

FUNDAMENTO TEÓRICO

1. DEPRESIÓN

La depresión se conoce como la presencia de síntomas afectivos, que se ubican dentro del ámbito de las emociones o los sentimientos dentro de los cuales están: tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida; aunque en un grado variable también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo, o incluso somático (7).

Las mujeres son el triple de vulnerables que los hombres en alteraciones del estado de ánimo. Se ha tratado de explicar de distintos modos esto buscando causas sociológicas, otras psicológicas, somáticas, entre otras. Existen diversos estudios que han mostrado que las mujeres son más proclives a tener bajos niveles de serotonina, en las ellas los bajos niveles de este neurotransmisor vienen asociados a la depresión y ansiedad, mientras que en los hombres al alcoholismos y agresividad.

Entre 10 al 25% de mujeres y entre 5 al 10% de hombres sufren un episodio de depresión mayor en el transcurso de su vida. Esto únicamente se refiere a las tasas de “depresión mayor”, que son una parte mínima de los trastornos depresivos, dentro de estos podemos destacar las “depresiones encubiertas”, las que en la mayoría de casos duran gran parte de la vida y en ellas se pueden observar las siguientes características: apatía, sentimientos de frustración, pesimismo, falta de placer en la realización de las actividades habituales, sentimientos de vacío, inseguridad, insignificancia, entre otros (8).

Los cuadros depresivos, incluso los más moderados, afectan seriamente la salud física y constituyen un factor de primer orden en el origen y mantenimiento de la obesidad, bulimia, anorexia, drogodependencia. Por otro lado, el efecto en el área cognitiva puede ser tan difícil que las tareas más simples sean imposibles de cumplir (7).

Otro de los motivos por los que la mujer puede ser más prevalente para la depresión, podría ser el patrón gestacional que va del 60% al 90% (9); además del existente aumento de la incidencia en adolescentes y madres jóvenes (10).

2. Depresión en adultos

La depresión es un trastorno del estado de ánimo, caracterizado por síntomas de tristeza, falta de ánimo, desinterés y pena, de carácter duradero, que interfiere con la vida diaria y el desempeño normal (11).

Los trastornos depresivos son un importante problema de salud pública en el mundo. A pesar de los progresos en el control de la morbilidad y mortalidad por diferentes enfermedades físicas. Los trastornos mentales aumentan su frecuencia, siendo responsables de una parte importante del sufrimiento, discapacidad y deterioro de la calidad de vida de las personas. Se acompaña de un grupo de síntomas psíquicos y somáticos (tristeza patológica, inhibición, sentimientos de culpa, minusvalía y pérdida del impulso vital) que configura el diagnóstico clínico y psicopatológico (8, 11).

Durante un episodio depresivo típico, el paciente sufre una bajada del estado de ánimo y una disminución de la energía y la actividad. La capacidad para disfrutar, el interés y la concentración también disminuyen. Tras realizar el mínimo esfuerzo, la persona se siente cansada, padece insomnio y pérdida de apetito. Las personas con depresión ven afectadas su autoestima y su autoconfianza y, generalmente, tienen sentimientos de culpabilidad.

Los episodios depresivos se clasifican como leves, moderados o graves, según el número de síntomas y su gravedad. En un episodio leve, en general, el paciente puede llevar a cabo la mayoría de sus actividades de la vida diaria. En un episodio moderado tiene grandes dificultades para llevar a cabo sus actividades de la vida diaria. En un episodio grave, la mayoría de los síntomas están presentes de forma intensa y las ideas de suicidio y otros intentos de autolisis son frecuentes (11).

Los trastornos depresivos son los trastornos psíquicos más frecuentes, aunque las cifras de incidencia y prevalencia halladas en los diferentes estudios realizados varían en función de la metodología empleada.

Se estima que en torno a un 20% de los pacientes que consultan a médicos de atención primaria padecen trastornos de depresión (11).

Los estudios del trastorno depresivo mayor han indicado un amplio intervalo de valores para la proporción de la población adulta que padece el trastorno. El riesgo para el trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida en las muestras de población general ha variado entre el 10 y el 25 % para las mujeres y entre el 5 y el 12 % para los varones. La prevalencia puntual del trastorno depresivo mayor en adultos en muestras de población general ha variado entre el 5 y el 9 % para las mujeres y entre el 2 y el 3 % para los varones. Las tasas de prevalencia para el trastorno depresivo mayor parecen no estar relacionadas con la raza, el nivel de estudios o de ingresos eco-nómicos, ni con el estado civil (11).

También son manifestaciones de los episodios depresivos (11):

- a) La disminución de la atención y concentración.
- b) La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- c) Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves).
- d) Una perspectiva sombría del futuro.
- e) Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- f) Los trastornos del sueño.
- g) La pérdida del apetito.

La forma de presentarse puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. En la adolescencia suele presentarse de forma atípica. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como (10):

- Irritabilidad,
- Consumo excesivo de alcohol
- Comportamiento histriónico (emocionabilidad excesiva)
- Agravamiento de fobias
- Síntomas obsesivos que ya existían o

- preocupaciones hipocondríacas (preocupación constante y angustiosa por la salud)

Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad (Leve, Moderado y Grave) habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco (12).

3. **ANSIEDAD:**

La ansiedad es la respuesta del organismo antes la percepción de peligro o riesgo para la vida. Una ansiedad moderada puede ayudarnos a mantenemos concentrados y afrontar los retos que tenemos por delante.

En ocasiones, sin embargo, el sistema de respuesta a la ansiedad se ve desbordado y funciona incorrectamente. Más concretamente, la ansiedad es desproporcionada con la situación e incluso, a veces, se presenta en ausencia de cualquier peligro ostensible. El sujeto se siente paralizado con un sentimiento de indefensión y, en general, se produce un deterioro del funcionamiento psicosocial y fisiológico. Se dice que cuando la ansiedad se presenta en momentos inadecuados o es tan intensa y duradera que interfiere con las actividades normales de la persona, entonces se le considera como un trastorno (12).

En nuestro contexto, la mayoría de los estudios sitúan la prevalencia de la enfermedad mental, en la población general, entre el 10% y el 20% (13).

Los trastornos pueden dividirse según el CIE 10 en (12):

a) F40 Trastornos de ansiedad fóbica

Trastornos la ansiedad que se ponen 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. En consecuencia, éstos se evitan de un modo específico o si acaso son afrontados con temor. La preocupación del enfermo puede centrarse en síntomas aislados tales como palpitaciones o sensación de desvanecimiento y a menudo se acompaña de miedos secundarios a morirse, a perder el

control o a volverse loco. Si el temor a enfermarse es consecuencia de un miedo dominante y repetido al posible contagio de una infección o a una contaminación, o es simplemente el miedo a intervenciones (inyecciones, intervenciones quirúrgicas, etc.) o a lugares de asistencia (consulta del dentista, hospitales, etc.) médicas, debe escogerse una de las categorías de esta sección F40.- (por lo general F40.2, fobia específica). La mayor parte de los trastornos fóbicos son más frecuentes en las mujeres que en los varones.

b) F40.0 Agorafobia

El término "agorafobia" incluye no sólo a 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). El término abarca un conjunto de fobias relacionadas entre sí, a veces solapadas, entre ellos temores a salir del hogar, a entrar en tiendas o almacenes, a las multitudes, a los lugares públicos y a viajar solo en trenes, autobuses o aviones. Aunque la gravedad de la ansiedad y la intensidad de la conducta de evitación son variables, éste es el más incapacitante de los trastornos fóbicos y algunos individuos llegan a quedar completamente confinados en su casa. La mayor parte de afectados son mujeres y el trastorno comienza en general al principio de la vida adulta. Están presentes a menudo síntomas depresivos y obsesivos y fobias sociales, pero no predominan en el cuadro clínico.

Pautas para el diagnóstico

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

c) F40.1 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. Puede manifestarse como preocupación a ruborizarse, a tener temblor de manos, náuseas o necesidad imperiosa de micción y a veces la persona está convencida de que el problema primario es alguna de estas manifestaciones secundarias de su ansiedad. Los síntomas pueden desembocar en crisis de pánico. La conducta de evitación suele ser intensa y en los casos extremos puede llevar a un aislamiento social casi absoluto.

Pautas para el diagnóstico

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

d) F40.2 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. Aunque la situación desencadenante sea muy específica y concreta, su presencia puede producir pánico como en la agorafobia y en las fobias sociales. Las fobias específicas suelen presentarse por primera vez en la infancia o al comienzo de la vida adulta y, si no son tratadas, pueden persistir durante décadas. El grado de incapacidad que producen depende de lo fácil que sea para el enfermo evitar la situación fóbica. El temor a la situación fóbica

tiende a ser estable, al contrario de lo que sucede en la agorafobia. Son ejemplos de objetos fóbicos el temor a las radiaciones, a las infecciones venéreas y más recientemente al SIDA. Incluye: Zoofobias, claustrofobia, acrofobia, fobia a los exámenes, fobia simple.

Pautas para el diagnóstico

- Los síntomas, psicológicos o vegetativos, son manifestaciones primarias de la ansiedad y no secundarias a otros síntomas como, por ejemplo, ideas delirantes u obsesivas.
- Esta ansiedad se limita a la presencia de objetos o situaciones fóbicas específicos.
- Estas situaciones son evitadas, en la medida de lo posible.

Además la ansiedad puede ocasionar síntomas fisiológicos, como trastornos cardiovasculares (enfermedad coronaria, hipertensión, arritmias, etc.), trastornos digestivos (colon irritable, gastritis y úlcera), trastornos dermatológicos (psoriasis, acné, eczema), y otros trastornos psicósomáticos (cefaleas tensionales, dolor cervical crónico, disfunciones sexuales, infertilidad, etc.). La ansiedad también está asociada a desórdenes relacionados con sistema inmune, como el cáncer o la artritis reumatoide (13).

4. SUEÑO

a. Concepto

El sueño es un estado repetitivo de forma natural que se caracteriza por alteración de la conciencia, la actividad sensorial relativamente inhibida, y la inhibición de casi todos los músculos voluntarios. Se distingue de la vigilia por una disminución de la capacidad de reaccionar a los estímulos, y es más fácilmente reversible que estar en modo de hibernación (en el caso de algunos animales) o estado de coma. (14)

Según Ganong es definido como el estado de inconciencia del que puede ser despertada una persona mediante estímulos sensitivos o de otro tipo, como se

mencionó, esto no debe confundirse con lo que es el “coma”, que es un estado de inconciencia del que no se le puede despertar a una persona (2).

Los objetivos y mecanismos del sueño se encuentran parcialmente dilucidados y actualmente es un tema en curso de investigación. Se piensa que el sueño a veces ayuda a conservar la energía, aunque esta teoría no es aceptada por toda la comunidad científica, ya que sólo disminuye el metabolismo humano en un 5-10% (14 15).

Existe una diversidad d trastornos del sueño que pueden padecer las personas. Estos incluyen disomnias (como insomnio, hipersomnia, y apnea del sueño), parasomnias (tales como trastorno de sonambulismo y el trastorno conductual del sueño REM), y los trastornos del sueño del ritmo circadiano (15).

b. Fisiología del Sueño:

El sueño se divide en dos grandes tipos: movimientos oculares rápidos (sueño REM) y el movimiento ocular no rápido (NREM o sueño no-REM). Cada tipo tiene un conjunto distinto de características fisiológicas y neurológicas asociadas con ella. El sueño REM se asocia con la capacidad de soñar. El tipo de sueño NREM se divide en tres etapas: N1, N2, N3, y el último de los cuales también se llama sueño delta o sueño de ondas lentas (16).

1)

Etapas del sueño:

- Etapa 1 del sueño NREM: Esta es una etapa entre el sueño y la vigilia. Los músculos están activos, y los ojos se mueven lentamente, abriendo y cerrando de forma moderada.
- Etapa 2 del sueño NREM: En esta etapa, se observa actividad theta y los sueños se van convirtiendo gradualmente en más difíciles de despertar; las ondas alfa de la etapa anterior son interrumpidos por la actividad llamada sleep spindles y complejos K (7).
- Etapa 3 del sueño NREM: Anteriormente se dividía en dos estadios: 3 y 4, esta etapa se llama sueño de ondas lentas. Se inicia en el área preóptica y consiste en la actividad delta, ondas de alta amplitud a menos de 3,5 Hz. La persona es menos sensible al medio ambiente; muchos estímulos ambientales ya no producen ninguna reacción.

- Etapa REM: El durmiente entra ahora en el movimiento ocular rápido, donde se paralizan la mayoría de los músculos. El sueño REM se activa por la secreción de acetilcolina y es inhibida por las neuronas que secretan serotonina. Este nivel también se conoce el sueño paradójico porque el durmiente, a pesar de que exhiben ondas EEG similares a un estado de vigilia, es más difícil de despertar que en cualquier otra fase del sueño. Los signos vitales indican excitación y mayor consumo de oxígeno por el cerebro que cuando la persona está despierta. Un adulto alcanza REM aproximadamente cada 90 minutos, a partir de la segunda mitad del sueño comienza a dominar más esta etapa. El sueño REM se produce como si una persona regresa a la etapa 1 de un sueño profundo. La función del sueño REM aún no es comprendida en su totalidad, pero se sabe la falta de ella afecta la capacidad de aprender tareas complejas. Un enfoque para comprender el papel del sueño es estudiar la privación de la misma. Durante este período, el patrón EEG regresa a las ondas de alta frecuencia que se parecen a las ondas producidas mientras la persona está despierta (17).

Los ciclos del sueño REM y NREM se producen por lo general cuatro o cinco veces por noche, el orden que normalmente siguen es $N1 \rightarrow N2 \rightarrow N3 \rightarrow N2 \rightarrow REM$. Hay una mayor cantidad de sueño profundo (fase N3) a principios de la noche, mientras que la proporción de los incrementos del sueño REM se da en los dos ciclos justo antes del despertar natural.

El sueño NREM se divide en cuatro etapas, con que comprenden sueño de onda lenta etapas 3 y 4. En la etapa 3, las ondas delta constituían menos del 50% de los patrones de onda total, mientras que éstas componen más del 50% en la etapa 4. Por otra parte, el sueño REM se refiere a veces como la etapa (17).

Los estadios de sueño y otras características del sueño son evaluados por polisomnografía en un laboratorio de sueño especializado. Las medidas tomadas incluyen EEG de ondas cerebrales, electrooculografía (EOG) de los movimientos de los ojos, y la electromiografía (EMG) de la actividad del músculo esquelético. En los seres humanos, la longitud media de la primera ciclo de sueño es de

aproximadamente 90 minutos y de 100 a 120 minutos desde el segundo al cuarto ciclo, que suele ser el último. Cada etapa puede tener una función fisiológica distinta y esto puede resultar de que en el sueño que se observa una pérdida de la conciencia, pero no cumple con sus funciones fisiológicas (es decir, uno todavía puede sentirse cansado después de dormir aparentemente lo suficiente) (18).

Los estudios científicos sobre el sueño han demostrado que la fase del sueño al momento de despertar es un factor importante en la amplificación de la inercia del sueño (19).

2) Ritmo del sueño:

El ritmo del sueño es controlado por el reloj circadiano, donde intervienen la homeostasis, el ciclo sueño-vigilia, y muchas veces el comportamiento de voluntad. El reloj interno trabaja con enzimas que controlan en conjunto a la adenosina, un neurotransmisor que inhibe muchos de los procesos corporales asociados a la vigilia. La adenosina se crea en el transcurso del día; altos niveles de adenosina están asociados a la somnolencia (20).

La somnolencia ocurre como elemento circadiano provocando la liberación de la hormona melatonina y una disminución gradual de la temperatura corporal central. Es el ritmo circadiano quien determina el momento ideal de un episodio correctamente estructurado y restaurador del sueño (21).

La duración del sueño se ve afectado por el gen DEC2. Las personas con una cierta mutación del DEC2 duermen dos horas menos de lo normal (19).

3) Trastornos del Sueño (21):

○ *Disomnias:*

Las disomnias tienen una amplia clasificación de los trastornos que hacen que sea difícil conciliar el sueño o para permanecer dormido.

Son trastornos primarios que se caracterizan por la dificultad para iniciar o mantener el sueño o la presencia de excesiva somnolencia diurna además presenta una alteración en la cantidad, calidad o temporización del sueño (21).

Los pacientes pueden quejarse de dificultad para conciliar el sueño o dormido, permanecer en vigilia intermitente durante la noche, despertarse

muy temprano por la mañana, o una combinación de cualquiera de estos. Los episodios transitorios suelen ser de poca importancia. El estrés, la cafeína, el malestar físico, siestas durante el día, y la cama temprano son factores comunes asociados (21).

Hay más de 30 tipos reconocidos de disomnias. Los principales grupos de disomnias incluyen:

- o Trastornos intrínsecos del sueño - 12 trastornos reconocidos, resaltan:
 - Hipersomnias idiopáticas
 - Narcolepsia
 - Trastorno del movimiento periódico de las extremidades
 - Síndrome de piernas inquietas
 - Apnea del sueño
 - Percepción errónea del estado de sueño
- o Trastornos extrínsecos del sueño - 13 trastornos reconocidos, resaltan:
 - Trastorno del sueño dependiente del alcohol
 - Insomnio producido por alergia a algunos alimentos
 - Ritmo de sueño inadecuado
- o Trastornos del sueño del ritmo circadiano, tanto intrínsecos como extrínsecos - 6 trastornos reconocidos, resaltando:
 - Síndrome de fase de sueño avanzado
 - Síndrome de fase del sueño retardada,
 - Jetlag
 - Desorden del sueño por el trabajo

En general, existen dos grandes clases de tratamiento, y los dos se pueden combinar: psicológica y farmacológica (cognitivo-conductual). En situaciones de estrés agudo, como ante una reacción de duelo, las medidas farmacológicas pueden ser las más apropiadas. Con el insomnio primario, sin embargo, los esfuerzos iniciales deben basarse psicológicamente. Otros tratamientos específicos son apropiados para algunos de los trastornos, como la ingestión de la hormona melatonina y la terapia de luz brillante para los trastornos del ritmo circadiano (21).

- **Parasomnias:**

Las parasomnias son trastornos del sueño que implican movimientos, comportamientos, emociones, percepciones y sueños anormales que se producen mientras se queda dormido, durmiendo, entre las fases de sueño, o al momento de despertar del sueño. La mayoría de las parasomnias disocian los estados de sueño que son despertares parciales durante la transición entre la vigilia y el sueño NREM, o la vigilia y el sueño REM (22).

- o Parasomnias del sueño NREM, dentro de las principales tenemos:

- Despertar confuso
- Sonambulismo
- Terrores nocturnos
- Bruxismo
- Síndrome de piernas inquietas y movimientos periódicos de las extremidades
- Sexomnio
- Trastornos de la alimentación relacionados al sueño

- o Parasomnias del sueño REM

- Trastorno de la conducta del sueño REM
- Catatrenia

- **Trastornos del Sueño del Ritmo Circadiano:**

Son una familia de trastornos del sueño que afecta principalmente el tiempo de sueño. Las personas con trastornos del sueño del ritmo circadiano son incapaces de dormir y despertar en los tiempos requeridos para el trabajo normal, la escuela, y las necesidades sociales. Por lo general son capaces de dormir lo suficiente si se le permite dormir y despertarse a las horas dictadas por sus relojes biológicos. A menos que ellos también tengan otro trastorno del sueño, la calidad de su sueño es generalmente normal (22).

Dentro de los tipos de estos trastornos tenemos:

- Tipo Extrínseco: Sólo uno es extrínseco o circunstancial

- Desorden del sueño por el trabajo
- Tipo Intrínseco: son 4,
 - Trastorno de fase del sueño retardada
 - Trastorno de fase del sueño avanzada
 - Trastorno de 24 horas de sueño vigilia.
 - Ritmo irregular de sueño vigilia.

4) Variación del ciclo del sueño con la edad

El sueño experimenta importantes cambios a lo largo del ciclo vital en el ser humano, que se refieren a su duración total, a su distribución en las 24 horas y a su composición estructural.

El tiempo diario de sueño en el recién nacido es de hasta 20 horas diarias, que disminuyen de forma lenta a 13-14 a los 6-8 meses. Desde el tercer mes existe un patrón circadiano establecido. A los 2 años la duración nocturna es de 12 horas, hacia los 10 años de 10 y en el adulto joven de 8, con amplias variaciones entre distintos individuos. Al comienzo de la vida los niños pasan directamente de vigilia a sueño REM, y desde el tercer mes de vida, el sueño comienza con sueño NREM. Hacia el primer año se consolida una clara diferenciación de las fases del sueño NREM, a la vez que se estabiliza la duración del sueño REM, alrededor del 25% del tiempo dormido cada día, todo ello debido a la relativa inmadurez de las estructuras nerviosas que controlan el sueño (2).

Hacia los 6 años, se configura de forma estable la duración de los ciclos del sueño en unos 105-110 minutos, se caracteriza por elevados porcentajes de sueño MOR y sueño de ondas lentas de elevada amplitud. Durante la adolescencia se produce una disminución importante del sueño d ondas lentas.

De la tercera a la sexta década de la vida se produce una disminución lenta y gradual de la eficacia del sueño y del tiempo total de éste. A medida que avanza la edad, el sueño se vuelve más fragmentado y ligero. El sueño se modifica con la edad no solo en su cantidad (disminución total de sueño nocturno) sino también en su estructura (fragmentación del sueño con aumento del número de despertares nocturnos, con importante disminución del sueño profundo y menor disminución del sueño REM que además se desplaza a las primeras horas del dormir) y también se

modifica su distribución temporal: el ritmo vigilia-sueño vuelve a ser polifásico y se produce un avance progresivo de fase (se acuestan antes y se levantan antes) (2).

En los mayores de 65 años tiene lugar una mayor prevalencia de alteraciones del sueño (entre 25 y 50%), en gran medida secundarias o sintomáticas de trastornos médicos o psiquiátricos, por lo que resulta fundamental tenerlos en cuenta para llevar a cabo su tratamiento. El sueño pierde calidad y se altera al aumentar la edad, es más superficial, a la vez que aumenta la latencia del sueño y disminuye el tiempo total, aunque no es por la edad en sí misma sino por el grado relativo de salud personal. El deterioro de la calidad del sueño es paralelo al daño estructural y a la disfunción del SNC (sistema nervioso central) como puede medirse a través del funcionamiento cognitivo y del flujo sanguíneo cerebral. A medida que aumenta la edad, se produce un acortamiento del ritmo circadiano endógeno subyacente con tendencia a despertarse más temprano de forma progresiva (23, 24).

El desarrollo del sueño normal es proceso dinámico que se ve modificado (en su relación sueño REM/NREM) desde el feto al anciano, donde en el recién nacido el 50% del sueño está constituido por sueño REM, y alrededor del cuarto mes de vida el ciclo del sueño comienza a mostrar un patrón similar al del adulto y la latencia del REM se hace cada vez más prolongada. La proporción del sueño REM va disminuyendo hasta que entre los 3-5 años ocupa solo el 20 % del dormir, permaneciendo esta proporción durante la vida adulta. El sueño lento profundo, en las etapas 3-4 disminuye paulatinamente a partir de los 20 años y usualmente desaparece a partir de los 60 años de edad, y esta disminución del sueño lento se diferencia según el sexo, manteniéndose en las mujeres hasta edades más avanzadas. También la distribución de las horas durante el día van variando según la edad, siendo con un patrón polifásico en el recién nacido y en el anciano, mientras desde los 4 años hasta los 60 años aproximadamente es monofásico. El sueño REM en cambio se mantiene constante aún en los ancianos y éste está relacionado con la función intelectual, observándose una declinación muy marcada en los pacientes con demencia (24).

CAPÍTULO II: MÉTODOS

A. Ámbito de estudio

El estudio se realizó en el Hospital Militar de la Ciudad de Arequipa que se encuentra a 2335 m.s.n.m. y cuenta con 905 mil pobladores aproximadamente.

El Hospital Militar Regional de la Tercera Región Militar de Arequipa está ubicado en el Malecón Solezy n° 500, en las instalaciones del Cuartel Mariano Bustamante en el distrito de Mariano Melgar. Atiende tanto a personal militar como a los dependientes directos (cónyuge, hijos) y a civiles particulares. Cuenta con servicios de Hospitalización y consulta externa, en las cuatro grandes especialidades, y consulta ambulatoria en subespecialidades como cardiología, traumatología, reumatología, etc.

B. Unidad de estudio

Pacientes adultos que acudan para atención en el Hospital Militar de Arequipa.

C. Población a estudiar

1. Criterio de inclusión

- Adultos con edad comprendida entre 18 y 60 años.
- Adultos que acepten voluntariamente responder los cuestionarios.

2. Criterios de Exclusión

- Adultos que se encuentren recibiendo algún tipo de medicación que pueda alterar su calidad de sueño
- Adultos que se encuentren en tratamiento psiquiátrico.

Población: No se realizó muestreo, ya que se encuestó a todos los miembros de un grupo escogido, del Hospital Militar de la ciudad de Arequipa.

D. Tipo de investigación

El presente estudio es de tipo Observacional, Transversal, Analítico según Altman y Canales.

E. Instrumento, condiciones y procedimientos de medición

Técnicas: Encuesta tipo cuestionario

Instrumentos:

- Ficha de recolección de datos (edad y sexo)
- Calidad de sueño: Medida mediante el “Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg” (Pittsburgh sleep quality index – PSQI) validada al español por Escobar-Córdoba y col. (50), que nos informa mediante una puntuación global de la calidad de sueño (que la divide en buenos dormidores y malos dormidores) y puntuaciones parciales que se dividen en 7 distintos componentes:
 - a) La Calidad Subjetiva: es la apreciación de cada individuo sobre su propia calidad de sueño, la que puede ser muy buena, bastante buena, bastante mala o muy mala.
 - b) La Latencia de Sueño: es la suma del tiempo que el sujeto cree que tarda en dormirse y del número de veces que el sujeto no ha podido conciliar el sueño en la primera media hora, en el último mes.
 - c) La Duración del Sueño: es el número de horas que el sujeto cree haber dormido.
 - d) La Eficiencia Habitual del Sueño: es el resultado del cociente entre el tiempo que el sujeto cree haber dormido y el que declara permanecer acostado
 - e) Las Perturbaciones del Sueño: incluyen los despertares nocturnos, las alteraciones miccionales, episodios de tos, problemas respiratorios, ronquidos, sensación distérmica, pesadillas y dolores.

- f) El Uso de Medicación Hipnótica: número de veces que ha tomado medicinas para dormir durante el último mes ya sean recetadas por un médico o autoadministradas.
- g) La Disfunción Diurna: valora la facilidad con que el sujeto se duerme mientras realiza alguna actividad por el cansancio que sufre.

La estructuración en estos 7 componentes permite que los resultados del PSQI sean comparables con los que se obtienen de forma rutinaria en las entrevistas clínicas a pacientes que acuden a consulta por alteraciones en el sueño o en la vigilia.

Cada uno de estos componentes recibe una puntuación discreta que puede ir de 0 a 3. Una puntuación 0 indica que no existen problemas a ese respecto, mientras que si es de 3 señala graves problemas a ese nivel.

La suma de las puntuaciones obtenidas en cada uno de los componentes parciales genera una Puntuación Total (PT), que puede ir de 0 a 21. Según Buysse y col. una PT de 5 sería el punto de corte que separaría a los sujetos que tienen una buena calidad de sueño de aquellos que la tienen mala: una puntuación igual o inferior a 5 señalaría a los buenos dormidores.

Su principal ventaja es que al analizar específicamente cada componente del sueño nos permite:

1. Obtener información sobre la calidad subjetiva del sueño: cómo percibe el paciente su propio problema.
2. Clasificar el tipo de insomnio padecido (predormicional, intradormicional o postdormicional).
3. Detectar problemas distintos al propio funcionamiento intrínseco del sueño que pueden afectar a éste (alteraciones respiratorias, cardiocirculatorias, miccionales, neurológicas, psiquiátricas, ingesta de medicamentos, etc.). Una tendencia a la intervención asertiva por parte del clínico especialista, permite prevenir futuras complicaciones en este grupo de pacientes en los que se ha

demostrado que la mala calidad de sueño es un factor de riesgo importante de mortalidad.

Probado su sensibilidad y especificidad en una población colombiana dando como resultados 86,6% y 74,2% respectivamente (26).

- Depresión: Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, CES-D, este instrumento fue desarrollado por Radloff en 1979, para el presente trabajo de investigación se utilizará la adaptación de la escala en español para el uso en pacientes no psiquiátricos elaborado por Vasquez y col. Consta de 20 preguntas que son calificadas mediante una escala Likert de 0 a 3 puntos. Luego se suman las respuestas de todos los ítems de acuerdo al puntaje dado, en los que tengan menos de 16 puntos no se indica depresión, los que sumen de 16 a 21 puntos se considera leve depresión clínica, los de 21 a 25 puntos depresión clínica moderada y los que tengan mayor a 26 depresión clínica severa (27).

La CES-D se diseñó en formato autoaplicable para registrar los síntomas depresivos y sus diferentes manifestaciones en los últimos siete días (semana pasada), demostrando ser válida y confiable en diferentes poblaciones. La escala es práctica dada su brevedad y debido a que no se necesita personal especializado para su aplicación y calificación, lo que implica un bajo costo y un alto beneficio porque se puede emplear en contextos que no están inmersos en la práctica clínica o psiquiátrica. (30)

- Ansiedad: Sera evaluada mediante el cuestionario de ansiedad de Beck, evalúa la intensidad de los síntomas de ansiedad mediante 21 reactivos respecto de los cuales el sujeto se ha de indicar el grado de molestia experimentado durante la última semana desde 0 a 3. La versión española posee adecuada consistencia interna, validez de contenido y validez de criterio. 0-7 indica ansiedad mínima, 8-15

ansiedad leve, 16-25 ansiedad moderada y 26-63 ansiedad grave (29).

F. Producción y registro de datos

Una vez aprobado el proyecto de tesis comenzar con el envío de solicitudes y permisos en lugar donde se llevó a cabo.

Se reunió a todos para indicarles el objetivo del estudio, así como absolver dudas que puedan tener.

Se comenzó a entregar los cuestionarios autoadministrados para su desarrollo.

Una vez realizado esto en toda la población se procedió a la transcripción de datos a una base de datos para su posterior análisis.

Las encuestas se manejaron de manera anónima asignando un código a cada participante y a cada encuesta, ya sea la ficha de recolección de datos o los cuestionarios.

G. Análisis estadístico

Se empleó estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas) para variables categóricas, y medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas. Se realizaron comparaciones de variables categóricas (nivel de ansiedad y depresión) entre grupos (buena y mala calidad de sueño) mediante prueba chi cuadrado. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2013 con su complemento analítico y el paquete estadístico SPSS v.21.0.

**CAPÍTULO III:
RESULTADOS**

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN RELACIÓN A LA CALIDAD DE SUEÑO EN ADULTOS, AREQUIPA
2014**

Tabla 1

Distribución de pacientes según clasificación de edad y sexo

Edad (años)	Varones		Mujeres		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
18-20 a	2	1.85	3	2.78	5	4.63
20-29 a	10	9.26	19	17.59	29	26.85
30-39 a	17	15.74	18	16.67	35	32.41
40-49 a	7	6.48	11	10.19	18	16.67
50-59 a	6	5.56	15	13.89	21	19.44
Total	42	38.89	66	61.11	108	100.00

Edad promedio \pm D. estándar (mín – máx)

- Varones: 34.07 \pm 9.14 años (20 – 52 años)
- Mujeres: 35.42 \pm 10.47 años (19 – 53 años)

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN RELACIÓN A LA CALIDAD DE SUEÑO EN ADULTOS, AREQUIPA
2014**

Tabla 2

Distribución de pacientes según calidad de sueño

	N°	%
Buen dormidor	56	51.85
Mal dormidor	52	48.15
Total	108	100.00

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN RELACIÓN A LA CALIDAD DE SUEÑO EN ADULTOS, AREQUIPA
2014**

Tabla 3

Distribución de pacientes según niveles de ansiedad

	N°	%
Sin ansiedad	14	12.96
A. leve	13	12.04
A. moderada	23	21.30
A. grave	58	53.70
Total	108	100.00

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN RELACIÓN A LA CALIDAD DE SUEÑO EN ADULTOS, AREQUIPA
2014**

Tabla 4

Distribución de pacientes según niveles de depresión

	N°	%
No depresión	14	12.96
D. leve	9	8.33
D. moderada	11	10.19
D. severa	74	68.52
Total	108	100.00

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN RELACIÓN A LA CALIDAD DE SUEÑO EN ADULTOS, AREQUIPA
2014**

Tabla 5

Relación entre ansiedad y la calidad del sueño

Ansiedad	Sueño				Total
	Mal dormidor		Buen dormidor		
	N°	%	N°	%	
Sin ansiedad	3	21.43	11	78.57	14
A. leve	4	30.77	9	69.23	13
A. moderada	9	39.13	14	60.87	23
A. grave	36	62.07	22	37.93	58
Total	52	48.15	56	51.85	108

$X^2 = 10.83$

G. libertad = 3

$p < 0.05$

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN RELACIÓN A LA CALIDAD DE SUEÑO EN ADULTOS, AREQUIPA
2014**

Tabla 6

Relación entre depresión y la calidad del sueño

Depresión	Sueño				Total
	Mal dormidor		Buen dormidor		
	N°	%	N°	%	
No depresión	4	28.57	10	71.43	14
D. leve	1	11.11	8	88.89	9
D. moderada	2	18.18	9	81.82	11
D. severa	45	60.81	29	39.19	74
Total	52	48.15	56	51.85	108

$X^2 = 15.80$

G. libertad = 3

$p < 0.05$

CAPITULO IV: DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El sueño es un proceso fisiológico importante para la reparación de las funciones cerebrales y para lograr un rendimiento físico y psicológico óptimo de una persona. Es relevante por otro lado un incremento en la ansiedad y depresión, problemas que están pronosticados a convertirse en una pandemia durante los próximos decenios (3). El presente estudio busca identificar la relación entre el sueño y los problemas de salud mental, ya que en personas que sufren depresión o ansiedad se alteran los neurotransmisores cerebrales, que además se relacionan a la fisiología del sueño (6).

Se realizó la presente investigación con el propósito de determinar la relación entre la ansiedad y la depresión con la calidad de sueño en un grupo de adultos que acuden al Hospital Militar de Arequipa. Se abordó el presente estudio debido a que el dormir perdió la importancia que merece en los adultos jóvenes y adultos, por causa del trabajo y distractores tecnológicos como el uso de computadoras, celulares, problemas de salud orgánicos o mentales dentro de uno de estos está la depresión y la ansiedad en el sexo femenino.

Se aplicó a una muestra no probabilística de tipo intencional que cumplieron los criterios de selección una ficha de datos, el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg, la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, CES-D, y el inventario de ansiedad de Beck. Se comparan grupos con prueba chi cuadrado y se relacionan variables mediante coeficiente de correlación de Pearson.

En la **Tabla 1** se muestra la distribución de los pacientes según edad y sexo; el 38.89% de casos fueron varones y 61.11% mujeres, con edades comprendidas principalmente entre los 20 y 39 años (59.26%); la edad promedio de los varones fue de 34.07 años y de las mujeres de 35.42 años.

La población de nuestro estudio es mayoritariamente mujeres (2/3), los cuales son adultos jóvenes con una edad aproximada de 35 años quienes aceptaron participar en el presente estudio. La afectación femenina es un problema

reconocido; probablemente exista una relación hormonal, como la relación que existe con las migrañas; en el estudio realizado por Sevillano-García M (31), donde se relaciona la ansiedad, depresión, estrés y trastornos de sueño asociados a migraña, estudiaron 155 paciente entre 15 y 75 años, encontrando que la mayoría (119/155) fueron mujeres.

La **Tabla 2** muestran los resultados de la aplicación del índice de calidad de sueño de Pittsburg; el 51.85% de pacientes resultó ser “buen dormidor”, es decir, sin alteraciones de la calidad de sueño, mientras que 48.15% tuvo mala calidad del mismo.

Un estudio internacional realizado por Loria y cols (4) en médicos residentes en España encontró una mala calidad de sueño en 32.2% de médicos. Esto hace una diferencia importante con el 48.15% encontrado en nuestros pacientes, que pertenecían a una población general. No encontramos explicación a este hallazgo, considerando que la profesión médica se caracteriza por horarios de guardia y turnos continuados sobre todo en la etapa de formación profesional y de especialización, con turnos de hasta 36 horas. Sin embargo, los resultados son más parecidos a los reportados por Zevallos (5) en un estudio realizado localmente entre estudiantes de medicina, que mostraron una mala calidad de sueño en 66.67% de internos encuestados, empleando el mismo test.

En la **Tabla 3** se muestra los resultados de la aplicación del inventario de ansiedad de Beck; con este test se encontró ansiedad clínica en 87.04%, de intensidad leve en 12.04%, moderada en 21.30% y ansiedad grave en 53.70%.

En un estudio nacional multicéntrico, reportado por Fiestas y cols (33) la prevalencia de trastorno de ansiedad en el ámbito urbano de diferentes ciudades del Perú fue de 14.9%, mientras que en nuestros pacientes encontramos una frecuencia muy alta; posiblemente sea el entorno militar de los pacientes, la mayoría mujeres, y el entorno familiar de las mismas, se relacione a este problema.

Con la aplicación de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) se encontró depresión clínica en 87.04% de casos, siendo leve en 8.33%, moderada en 10.91% y severa en 86.52% de pacientes, como se aprecia en la **Tabla 4**.

Esto nos demuestra que la mayor parte de la población parte del estudio presentan depresión clínica (>80%) y en esta resalta la depresión grave o severa. Belló y cols. (11) en un estudio en México aplicando criterios del DSM IV para depresión encontró una prevalencia de 4.5%, y esta prevalencia se incrementa con la edad. Para nuestro medio, Rondón M (32) encuentra una prevalencia de depresión en Lima Metropolitana es de 18,2%³, en la sierra peruana de 16,2%⁴ y en la Selva de 21,4% Sin embargo en nuestro estudio la prevalencia es mucho mayor, hecho que merece una investigación posterior más profunda.

La **Tabla 5** muestran la relación entre la ansiedad y la calidad del sueño en los pacientes encuestados; entre pacientes con ansiedad mínima, el 21.43% tuvieron mala calidad de sueño, aquellos con ansiedad leve, la mala calidad de sueño aumenta a 30.77% y los que tienen ansiedad moderada el 39.13% tienen mala calidad de sueño, pero el 62.07% de pacientes con ansiedad grave son malos dormidores; las diferencias resultaron significativas ($p < 0.05$), encontrando una asociación entre una peor calidad de sueño con una severidad mayor de ansiedad.

La relación entre depresión y calidad de sueño se muestra en la **Tabla 6**; se observan proporciones crecientes de mala calidad de sueño entre pacientes sin depresión (28.57%), en 11.11% de pacientes con depresión leve y 18.18% con depresión moderada, y en 60.81% de depresión severa ($p < 0.05$). Por lo tanto existe una asociación significativa entre una mayor severidad depresión y mala calidad de sueño.

La depresión parece estar relacionada más con la duración del sueño que con su calidad, al menos según lo descrito por el estudio de Kaneita y cols (6), realizado en más de 24.000 individuos adultos, aplicando la escala CES-D, y se identificó que cuando la duración del sueño era inferior a 6 horas y, aquellos en los que la duración del sueño era 8 horas o superior; tendieron a estar más deprimidos que aquellos cuya duración de sueño era de 6-8 horas, y además que cuando la suficiencia de sueño subjetiva disminuye, los síntomas de depresión aumentan. En otras palabras, dormir mal, sea por dormir mucho o muy poco, se asocian con depresión clínica.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES

PRIMERA: Al aplicar el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), se encontró sintomatología ansiosa en 87.04% de pacientes adultos de la ciudad de Arequipa, 2014.

SEGUNDA: Con el uso de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), hubo una frecuencia de sintomatología depresiva en 87.04% de pacientes adultos de la ciudad de Arequipa, 2014.

TERCERA.- La calidad de sueño, evaluada por el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg en un grupo de pacientes adultos de la ciudad de Arequipa fue mala en 48.15%.

CUARTA.- Los resultados de la evaluación de la ansiedad con el BAI y de la depresión con el CES-D encontraron que hay relación significativa entre la mayor severidad de ansiedad y de depresión con la mala calidad de sueño medida por el índice de calidad de sueño de Pittsburg en un grupo de pacientes adultos.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda realizar trabajos similares en grupos poblacionales más específicos de acuerdo a la edad como con adultos mayores o jóvenes.
2. Realizar un estudio similar considerando factores relacionados a la mala calidad del sueño como el trabajo, estrés, obligaciones personales o hábitos alimentarios.
3. Se recomienda realizar un estudio de tamizaje en la población del ámbito militar de la región Arequipa que incluya al personal militar y a sus dependientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Miró E, Cano MC, Buela G. Sueño y calidad de vida. Rev Col de Psicol [versión online] 2005 [acceso 6 dic 2014]; 14: [11-27]. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/viewFile/1215/1766>
- 2) Barret K. Actividad eléctrica del cerebro, estados de sueño-vigilia y ritmos circadianos. Ganong Fisiología Médica. 24va edición. McGraw-Hill, 2012 (14): 269-281.
- 3) Dio E. La depresión en la mujer. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1992; 11(39): 283-289.
- 4) Loría Castellanos J, Rocha-Luna JM, Márquez-Ávila G. Patrón y calidad subjetiva de sueño en médicos residentes y su relación con la ansiedad y la depresión. Emergencias [versión online] 2010 [acceso 18 dic 2014]; 22: [33-39]. Disponible en: http://www.semes.org/revista/vol22_1/8.pdf
- 5) Zevallos JM. Calidad de sueño y síntomas de depresión en estudiantes de medicina humana de la Universidad Católica de Santa María - 2008. Tesis para optar el grado académico de Magíster en Salud Mental del Niño, Adolescente y Familia. UCSM - 2009.
- 6) Kaneita Y, Ohida T, Uchiyama M. Relación entre la depresión y las alteraciones del sueño: Un estudio nacional japonés entre la población general. J Clin Psychiatry. 2006; 67(2):196-203.
- 7) American Psychiatric Association: Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision). Am J Psychiatry 157 (suppl):1, 2010.
- 8) Stern TA. Psiquiatría en la consulta de atención primaria. McGraw-Hill-Iberoamericana. Madrid. 2009
- 9) Tintaya Y. Frecuencia de depresión postparto en mujeres que acuden a los 5 primeros controles del programa de atención integral de salud del niño en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa. Tesis para optar el título

- profesional de médico cirujano, Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín, 2010.
- 10) Hinojosa PH. Depresión posparto en madres adolescentes Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza Arequipa 2009. Tesis para optar el título profesional de médico cirujano, Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín, 2009.
 - 11) Belló, M., Puentes-Rosas, E., Medina-Mora, M. E., & Lozano, R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud publica de México* 2005, 47 (1): S4-S11.
 - 12) Kaplan H., Sadock B. Sinopsis de Psiquiatria. Ed. Panamericana. 8va Ed. 2008, 594, 595, 602, 658, 659, 662, 670.
 - 13) Barsallo R, Custodio Y, Gasco Acosta S, Willis J. Evaluación de la salud mental en estudiantes de medicina de una Universidad de Lambayeque. Trabajo de investigación presentado a la Universidad Pedro Ruiz Gallo, Lambayeque, 2010.
 - 14) Saladin, Kenneth S. *Anatomy and Physiology: The Unity of Form and Function*, 6th Edition. 2012 McGraw-Hill. p. 537.
 - 15) Carlson NR, Miller HL, Heth DS, DonahoeJW, Martin GN . *Psychology The Science of Behavior*, Books a La Carte Edition. 2010. Pearson College Div.
 - 16) Loomis AL, Harvey EN, Hobart GA. III Cerebral states during sleep, as studied by human brain potentials. *J ExpPsychol.* 1937; 21 (2): 127–44.
 - 17) Dement W, Kleitman N. Cyclic variations in EEG during sleep and their relation to eye movements, body motility and dreaming. *ElectroencephalogrClinNeurophysiol.* 1957; 9 (4): 673–90.
 - 18) Rechtschaffen A, Kales A, editors. *A Manual of Standardized Terminology, Techniques and Scoring System for Sleep Stages of Human Subjects.* 1968. Washington: Public Health Service, US Government Printing Office.
 - 19) Iber, C; Ancoli-Israel, S; Chesson, A; Quan, SF for the American Academy of Sleep Medicine. *The AASM Manual for the Scoring of Sleep and Associated*

- Events: Rules, Terminology and Technical Specifications. 2007. Westchester: American Academy of Sleep Medicine.
- 20) Schulz H. Rethinking sleep analysis. *Journal of Clinical Sleep Medicine*. 2008; 4 (2): 99–103.
- 21) Peraita-Adrados R. Avances en el estudio de los trastornos del sueño. *RevNeurol*. 2005; 40, 485-491.
- 22) Plante DT, Winkelman JW. Parasomnias: psychiatric considerations. *Sleep Medicine Clinics*. 2008; 3(2), 217-229.
- 23) Mondragón-Rezola E, Arratíbel-Echarren I, Ruiz-Martínez J, Martí-Massó JF. Trastornos del sueño en la enfermedad de Parkinson: insomnio y fragmentación del sueño, hipersomnia diurna, alteraciones del ritmo circadiano y síndrome de apnea del sueño. *RevNeurol*. 2010, 50(Supl 2), S21-6.
- 24) Biopsicología.net [homepage on the internet]. Madrid: G. Gómez-Jarabo; 2012c [actualizado 16 May 2013; citado 9 Dic 2014]. Disponible en: <http://www.biopsicologia.net/inicio-mainmenu-1>
- 25) Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res* [versión online] 1989 [acceso 7 Dic 2014]; 28: [193-213]. Disponible en: [http://www.psy-journal.com/article/0165-1781\(89\)90047-4/abstract?cc=y](http://www.psy-journal.com/article/0165-1781(89)90047-4/abstract?cc=y)
- 26) Escobar-Córdoba F, Eslava-Schmalbach J. Validación colombiana del índice de calidad de sueño de Pittsburgh. *Rev Neurol*, 2005; 40 (3): 150-155
- 27) Salgado-De Snyder, V. N., & Maldonado, M. Características psicométricas de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos en mujeres mexicanas adultas de áreas rurales. *Salud Publica de México* 1994; 36(2):200-209.
- 28) Castellanos-Jorge L, Rocha-Luna J, Marque-Avila G. Patrón del sueño y la percepción de la calidad del sueño entre los médicos residentes y la relación con la ansiedad y la depresión. *Emergencias* 2010; 22: 33-39.

- 29) Colegios Oficiales de Psicólogos (COP). Evaluación del Inventario BAI. 2011. Disponible en: <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BAI.pdf>, con acceso el 18-dic-2014
- 30) González-Forteza C, Wagner FA, Jiménez A. Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) en México: análisis bibliométrico. *Salud Mental* 2012, 35 (1):13-17
- 31) Sevillano-García MD, Manso-Calderon R, Cacabelos-Perez P. Comorbilidad en la migraña: depresión, ansiedad, estrés y trastornos del sueño. *Rev Neurol* 2007; 45(7):400-405.
- 32) Rondon M. Salud mental: un problema de salud pública en el Perú. *Rev. perú. med. exp. salud publica*, 2006;23(4):237-238.
- 33) Fiestas F, Piazza M. Prevalencia de vida y edad de inicio de trastornos mentales en el Perú urbano: Resultados del estudio mundial de salud mental, 2005. *Rev. perú. med. exp. salud publica*, 2014;31(1):39-47

ANEXOS

Anexo N° 01

Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh” (Pittsburgh sleepqualityindex – PSQI)

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

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

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

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

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

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

<p>a) <i>No poder conciliar el sueño en la primera ½ hora:</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ninguna vez en el último mes</p> <p><input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana</p> <p><input type="checkbox"/> Una o dos veces a la semana</p> <p><input type="checkbox"/> Tres o más veces a la semana</p>	<p><input type="checkbox"/> Tres o más veces a la semana</p> <p>c) <i>Tener que levantarse para ir al sanitario:</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ninguna vez en el último mes</p> <p><input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana</p> <p><input type="checkbox"/> Una o dos veces a la semana</p> <p><input type="checkbox"/> Tres o más veces a la semana</p>
<p>b) <i>Despertarse durante la noche o de madrugada:</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ninguna vez en el último mes</p> <p><input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana</p> <p><input type="checkbox"/> Una o dos veces a la semana</p>	<p>d) <i>No poder respirar bien:</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ninguna vez en el último mes</p> <p><input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana</p> <p><input type="checkbox"/> Una o dos veces a la semana</p>

- Tres o más veces a la semana
- e) *Toser o roncar ruidosamente:*
- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana
- f) *Sentir frío:*
- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana
- g) *Sentir demasiado calor:*
- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana
- h) *Tener pesadillas o “malos sueños”:*
- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana
- i) *Sufrir dolores:*
- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana
- j) *Otras razones (por favor descríbalas a continuación):*
-
- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana
6. Durante el último mes ¿cómo valoraría, en conjunto, la calidad de su dormir?
- Bastante buena
- Buena
- Mala
- Bastante mala
7. Durante el último mes, ¿cuántas veces habrá tomado medicinas (por su cuenta o recetadas por el médico) para dormir?
- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana
8. Durante el último mes, ¿cuántas veces ha sentido somnolencia mientras conducía, comía o desarrollaba alguna otra actividad?
- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana
9. Durante el último mes, ¿ha representado para usted mucho problema el “tener ánimos” para realizar alguna de las actividades detalladas en la pregunta anterior?
- Ningún problema
- Un problema muy ligero
- Algo de problema
- Un gran problema

Anexo 2

Instrucciones para calificar el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh

Componente 1: Calidad de sueño subjetiva

Examine la pregunta 6, y asigne el valor correspondiente

<i>Respuesta</i>	<i>Valor</i>
Bastante buena	0
Buena	1
Mala	2
Bastante mala	3

Calificación del componente 1: _____

Componente 2: Latencia de sueño

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

<i>Respuesta</i>	<i>Valor</i>
≤15 minutos	0
16-30 minutos	1
31-60 minutos	2
>60 minutos	3

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

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

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

4. Al valor obtenido asigne el valor correspondiente

<i>Suma de 2 y 5a</i>	<i>Valor</i>
0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

Calificación del componente 2: _____

Componente 3: Duración del dormir

Examine la pregunta 4 y asigne el valor correspondiente

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

Calificación del componente 3: _____

Componente 4: Eficiencia de sueño habitual

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

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

$[\text{Núm. horas de sueño (pregunta 4)} \div \text{Núm. horas pasadas en la cama}] \times 100 = \text{ES (\%)}$

3. A la ES obtenida asigne el valor correspondiente

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

Calificación del componente 4: _____

Componente 5: Alteraciones del sueño

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

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

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

3. A la suma total, asigne el valor correspondiente

<i>Suma de 5b a 5j</i>	<i>Valor</i>
0	0
1-9	1
10-18	2
19-27	3

Calificación del componente 5: _____

Componente 6: Uso de medicamentos para dormir

Examine la pregunta 7 y asigne el valor correspondiente

<i>Respuesta</i>	<i>Valor</i>
------------------	--------------

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

Calificación del componente 6: _____

Componente 7: Disfunción diurna

1. Examine la pregunta 8 y asigne el valor correspondiente

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

2. Examine la pregunta 9 y asigne el valor correspondiente

<i>Respuesta</i>	<i>Valor</i>
Ningún problema	0
Problema muy ligero	1
Algo de problema	2
Un gran problema	3

3. Sume los valores de la pregunta 8 y 9

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

<i>Suma de 8 y 9</i>	<i>Valor</i>
0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

Calificación del componente 7: _____

Calificación global del ICSP

(Sume las calificaciones de los 7 componentes)

Calificación global: _____

≤ 5: Normal

> 5: Patológico (somnolencia excesiva)

Anexo N° 3

Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, CES-D

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

Anexo N° 3

Inventario de ansiedad de Beck

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

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

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