



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
PEDRO RUIZ GALLO**  
**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**



**ASOCIACIÓN ENTRE ANSIEDAD Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS  
MATERNOS, CON EL BIENESTAR SOCIOEMOCIONAL DE  
SUS HIJOS ENTRE 6 Y 12 AÑOS EN EL CENTRO POBLADO  
DE TONGORRAPE - MOTUPE. OCTUBRE 2017 – FEBRERO  
2018**

**TESIS**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE  
MÉDICO CIRUJANO**

**AUTORES:**

**BACH. ANITA LUZ MERCEDES RACCHUMÍ NIMA**

**BACH. KARINA PAOLA RAMÍREZ ARMAS**

**ASESORA:**

**TEMÁTICA-METODOLÓGICA:**

**DRA. FALLA ALDANA BLANCA SANTOS**

**LAMBAYEQUE-PERÚ**

**2018**



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
PEDRO RUIZ GALLO**  
**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**



**ASOCIACIÓN ENTRE ANSIEDAD Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS  
MATERNOS, CON EL BIENESTAR SOCIOEMOCIONAL DE  
SUS HIJOS ENTRE 6 Y 12 AÑOS EN EL CENTRO POBLADO  
DE TONGORRAPE - MOTUPE. OCTUBRE 2017 – FEBRERO  
2018**

**TESIS**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE  
MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR:**

---

**BACH. ANITA LUZ MERCEDES RACCHUMÍ NIMA**  
**AUTORA**

---

**BACH. KARINA PAOLA RAMÍREZ ARMAS**  
**AUTORA**

---

**DRA. FALLA ALDANA BLANCA SANTOS**  
**ASESORA TEMÁTICA-METODOLÓGICA**



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
PEDRO RUIZ GALLO**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**



**ASOCIACIÓN ENTRE ANSIEDAD Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS  
MATERNOS, CON EL BIENESTAR SOCIOEMOCIONAL DE  
SUS HIJOS ENTRE 6 Y 12 AÑOS EN EL CENTRO POBLADO  
DE TONGORRAPE - MOTUPE. OCTUBRE 2017 – FEBRERO  
2018**

**TESIS**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE  
MÉDICO CIRUJANO**

**JURADO:**

---

**DR. GUILLERMO E. CABREJOS SAMPÉN**  
**PRESIDENTE**

---

**DRA. MARÍA DEL PILAR SUÁREZ TIRADO**  
**SECRETARIA**

---

**DR. JULIO C. VILLANUEVA ANGELES**  
**VOCAL**

---

**DR. JUAN A. JIMÉNEZ LOZADA**  
**SUPLENTE**

**COLABORADOR**

Dr. Pablo Puescas Sánchez

**ÁREA DE INVESTIGACIÓN**

Salud Pública

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN**

Salud Mental

**LOCALIDAD E INSTITUCIÓN DE EJECUCIÓN**

Centro Poblado Tongorrape - Motupe

**DURACIÓN DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO**

6 meses

**FECHA DE INICIO**

Octubre - 2017

**FECHA DE TÉRMINO**

Febrero – 2018

## **AGRADECIMIENTO**

*A Dios por sus bendiciones y por ofrecernos fortaleza para seguir adelante día a día en la consecución de nuestras metas.*

*A la Dra. Blanca Falla por su ayuda y sugerencias en la elaboración del informe.*

*Al Dr. Pablo Puescas Sánchez, colaborador de tesis, por sus enseñanzas, su apoyo y valiosa guía en la elaboración y finalización de la misma.*

*A nuestros compañeros Oscar Frankis, Paúl, Leopoldo, Alexis, Juan Carlos, Percy y Kenyi por su colaboración en la recolección de datos para el presente estudio.*

*A nuestros padres, por el apoyo emocional, económico, moral y por el ímpetu que nos inculcaban para vencer los obstáculos que se presentaron a lo largo de nuestras vidas.*

**ANITA LUZ MERCEDES  
KARINA PAOLA**

## **DEDICATORIA**

*A mi madre Luz María, mis hermanos Juan Carlos, Luis Angel, Juan Manuel, Carlos Eduardo y Fátima del Rocío por su confianza, cariño y empuje; porque siempre me brindaron apoyo incondicional a lo largo de mi carrera para el logro de mis metas.*

*A mi padre Juan Manuel, quién aunque no esté físicamente, me sigue guiando y acompañando para seguir el camino correcto en mi vida.*

*A mi tío Carlos y a mi tía Esperanza por estar siempre pendiente de mi bienestar y el de mi familia y porque siempre confiaron en mí para finalizar mi carrera.*

*A Oscar por su amor, comprensión y soporte, el que me ha acompañado durante siete años dándome aliento para seguir adelante.*

*A mi hijo Yosef André, el motivo de mi vida, el motor que inspira mi accionar y me empuja a no desfallecer y a seguir en busca de nuevos objetivos.*

**ANITA LUZ MERCEDES**

*A mis padres; Orlando y Maritza por acompañarme durante este arduo camino y compartir conmigo alegrías y fracasos, por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional; siendo mi mejor ejemplo de constancia y perseverancia.*

*A mi mami Consuelo por ser el mejor ejemplo de mujer y madre, el eje esencial de nuestra vida familiar y a mi papi Gilberto quien no está físicamente, pero sigue cuidándonos y acompañándonos siempre.*

*A mi mama Irma y mi papa José por el amor incondicional y el apoyo que siempre me brindan, por acogerme y cuidarme como una hija.*

*A mis hermanos, Juan Carlos y Yanela, por ser mi alegría constante, que con cada una de sus ocurrencias hemos pasado momentos inolvidables, y pese a nuestras diferencias siempre estaremos el uno para el otro.*

*A mis familiares y amigos, por compartir tantos momentos y experiencias de vida, que me ayudan a crecer y valorar las magnificas personas que tengo a mi lado.*

**KARINA PAOLA**

## ÍNDICE

AGRADECIMIENTO.....	5
DEDICATORIA.....	6
I. INTRODUCCIÓN.....	10
1.1. REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	11
1.2. ANTECEDENTES .....	13
1.3. BASE TEÓRICA.....	15
1.4. PROBLEMA .....	19
1.5. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL ESTUDIO .....	19
1.6. OBJETIVOS .....	20
1.7. VARIABLES .....	21
1.8. HIPÓTESIS .....	21
1.9. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS OPERACIONALES .....	22
1.10. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	24
II. MATERIALES Y MÉTODO .....	25
2.1. MARCO METODOLÓGICO.....	26
2.1.1. Tipo de investigación .....	26
2.1.2. Población y muestra de estudio: .....	26
2.1.3. Materiales Técnica e instrumentos de recolección de Datos ...	27
2.1.4. Análisis Estadístico de los Datos.....	30
2.1.5. Aspectos éticos .....	30
III. RESULTADOS .....	32
IV. DISCUSIÓN .....	37
V. CONCLUSIONES.....	43
VI. RECOMENDACIONES.....	45
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	47
ANEXOS.....	51

## RESUMEN

**Objetivo:** Establecer la asociación entre los niveles de ansiedad y presencia de síntomas depresivos en la madre, con el bienestar socioemocional de sus hijos entre 6 a 12 años, en el centro poblado de Tongorrapi, Motupe, durante el periodo Octubre 2017 – Febrero 2018. **Materiales y método:** estudio analítico, transversal y observacional. Se evaluó a 121 binomios (madre – hijo) de dos zonas: urbana (ZU) y rural (ZR), mediante la aplicación de 3 instrumentos de medición de síntomas depresivos y ansiedad materna; y dificultades conductuales y emocionales de los niños. Los datos recolectados se analizaron con el programa SPSS versión 24.0. **Resultados:** se encontró una alta prevalencia de síntomas depresivos en la ZU que en la ZR (50% y 37,2%). La prevalencia de ansiedad con valoración “elevación leve” fue de 54,4%; La razón de momios para la asociación entre prevalencia de ansiedad y síntomas depresivos según zona de procedencia, fue mayor en la ZR (RM = 10,2; IC95%:2.5 - 42.1). En la evaluación de la escala total de dificultades conductuales en los niños, la ZU presentó prevalencias más altas de casos (con valoración límite y alta) con un 32,1% a comparación de la ZR (14,6%). Por último, se encontró asociación entre las dificultades conductuales de los niños y la depresión materna (RM = 2,9; IC95%: 1,2-6,8) y con la ansiedad materna (RM = 2,5; IC95%: 1,1-6). **Conclusiones:** existe asociación entre la salud mental materna de las dos zonas estudiadas y el bienestar socioemocional de sus hijos. La prevalencia de síntomas depresivos es más alta en la ZU; en comparación con la ansiedad que no tuvo diferencia significativa en ambas zonas (ZU y ZR). La escasa información nacional sobre la magnitud de estos trastornos mentales parentales hace necesario la instrumentación de estrategias integrales para su prevención, así como la protección y promoción de la salud mental materna.

**Palabras clave:** salud mental, mujer, síntomas depresivos, ansiedad, desarrollo infantil



## ABSTRACT

**Objective:** establish the association between levels of anxiety and depressive symptoms in the mother, social-emotional welfare of their children between 6 to 12 years, in the town center Tongorrape, Motupe, during the period October 2017 - February 2018.

**Materials and method:** analytic transverse observational study. We evaluated 121 pairs (thrive - son) of two areas: urban (ZU) and rural (ZR), by applying 3 instruments measuring maternal depressive symptoms and anxiety; and behavioral and emotional difficulties of children. The collected data were analyzed using SPSS version 24.0 program. **Results:** a high prevalence of depressive symptoms in ZU found that in the ZR (50% and 37.2%). The prevalence of anxiety assessment "slight elevation" was 54.4%; The odds ratio for the association between prevalence of anxiety and depressive symptoms as source zone was greater in the ZR (OR = 10.2; 95% CI: 2.5 -42.1). In assessing the full scale of behavioral difficulties in children, the ZU presented higher prevalences of cases (limit and high valuation) with 32.1% compared to the ZR (14.6%). and maternal anxiety (OR = 2.5; 95% CI; Finally, association between behavioral deficits in children and maternal depression (1.2 to 6.8% RM IC95 = 2.9) was found: 1.1 to 6). **Conclusions:** The association between maternal mental health of the two areas studied and socioemotional well-being of their children. The prevalence of depressive symptoms is higher in the ZU; compared with anxiety had no significant difference in both zones (ZU and ZR). The lack of national information on the magnitude of these parental mental disorders requires the implementation of comprehensive strategies for their prevention, as well as the protection and promotion of maternal mental health.

**Keywords:** mental health, women, depressive symptoms, anxiety, child development

# **I. INTRODUCCIÓN.**

## **I. INTRODUCCIÓN.**

### **1.1. REALIDAD PROBLEMÁTICA.**

La salud mental constituye un problema de salud pública que afecta no solamente a los habitantes de países en desarrollo, sino que, también afecta a los pobladores de países en vías de desarrollo, tanto de zonas urbanas, como zonas rurales. Los trastornos depresivos y los trastornos de ansiedad son dos de los problemas de salud mental con mayor prevalencia en adultos y repercuten en el estado de ánimo o los sentimientos de las personas afectadas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en el 2015; la proporción de la población mundial con depresión fue de 4,4%; siendo más común en las mujeres (5,1%) que en los hombres (3,6%) y la proporción de los mismos que presentan trastornos de ansiedad fue de 3,6% siendo más común en las mujeres que en los hombres (4,6% vs 2,6%) (1-2, 4).

Las consecuencias de estos trastornos en términos de pérdida de salud son enormes; la OMS clasifico a la depresión como el principal factor que contribuye a la discapacidad mundial (más del 7,5% de todos los años vividos con discapacidad) y en la sexta posición se encuentran los trastornos de ansiedad (3,4%) (1,2).

La interacción madre – hijo influye en el desarrollo socioemocional (DSE) del niño, a través de una relación de confianza; facilita el crecimiento de los aspectos sociales, emocionales y competencias cognitivas del infante. A su vez, se ha observado que la mentalización de la madre promueve el DSE del niño, pues la interacción cognitiva madre-hijo predice el desarrollo mental y verbal del niño y promueve competencias interpersonales. La capacidad de la madre de suponer las atribuciones de su hijo y cambiar internamente en pro de sus estados

mentales es predictiva del desarrollo social del mismo y se relaciona con el entendimiento social del niño (3).

Diversos estudios coinciden en señalar los efectos negativos de la depresión y la ansiedad parental en el desarrollo socioemocional del niño. Estos trastornos tienden a coexistir, afectando a mujeres de todas las edades, desde la adolescencia hasta pasada la menopausia. Afecta, además, tres veces más a mujeres que están criando. Se acompaña de alto sufrimiento emocional y repercute en cómo cuida de sí misma y de sus hijos. Los niños de madres con síntomas depresivos y de ansiedad son dos veces más propensos a sufrir trastornos mentales, variando su presentación de acuerdo a la edad del niño; así tenemos que: en la edad escolar predominan los trastornos de conducta y ansiosos, en la adolescencia predomina la depresión, en los adultos jóvenes abuso de sustancias y depresión en la adultez(4).

La infancia y pre – adolescencia son etapas críticas del desarrollo humano, producto de la variedad de profundos cambios físicos, sociales y psicológicos. Existen varios factores de riesgo, especialmente el pobre ambiente psicológico y social en el que viven los niños que influye y en ocasiones determina la salud mental del niño. Un desarrollo socio-emocional positivo considera ciertas dimensiones que debe lograr el niño como: tener conciencia de sí mismo, conciencia de los otros, autorregulación, búsqueda de solución pacífica de conflictos, enfrentamiento de situaciones personales positivas y oportunidades, habilidades de comunicación, entre otras (5–7).

Las diversas hipótesis epidemiológicas sobre la causalidad de los trastornos mentales apuntan a condiciones de vida de diferentes poblaciones. Una residencia rural podría tener efectos negativos en relación al desarrollo de la depresión. Estos aspectos pueden ser el decline económico, las largas

distancias de desplazamiento, los servicios limitados y las comodidades y entorno físico severo(8).

El centro poblado de Tongorrape se encuentra situado geográficamente entre los distritos de Motupe (norte) y Olmos (sur), contando con una extensión territorial aproximada de 7 000 <sup>2</sup> y una población de 1500 habitantes que se dedica, en su gran mayoría, a la agricultura, la ganadería, el comercio, el transporte; entre otros. Su composición familiar oscila entre 4 y 7 integrantes de manera promedio, siendo preponderante el rol del hombre como proveedor del sustento para el hogar, sin embargo la mujer también trabaja en el campo y en fábricas de la zona(9).

## **1.2. ANTECEDENTES.**

- ❖ Martínez y Gonzáles(6), realizaron un estudio con el objetivo de describir los riesgos psicosociales que pueden influir en la salud mental de niños, de tipo descriptivo con análisis cuali – cuantitativo, en Angola durante el año 2014. La muestra estudiada fue de 50 niños entre 0 y 10 años; la técnica utilizada fue la entrevista y el instrumento Test de Percepción del Funcionamiento de la Familia. Se encontró consumo de alcohol (56%) en las madres, 40% sufrían violencia doméstica. La mayoría de familias tenían condiciones económicas malas (60%) y el 50% eran altamente disfuncionales. Como indicadores de riesgo se halló desnutrición, trastorno del sueño y déficit auditivo.
- ❖ Ahun Marilyn N. et al(10), tuvo por objetivo identificar a niños expuestos a altos niveles de síntomas depresivos (MDS) maternos que desarrollen problemas de internalización (síntomas depresivos y ansiedad) en Québec, Canadá. La muestra seleccionada por un proceso estratificado incluyó 1537 niños entre 6 y 12 años. Se usó como técnica la entrevista y como

instrumento la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos a los 5 meses, 1 ½, 3 ½ y 5 años. Hubo una fuerte asociación entre el MDS y atípicamente altos niveles de problemas de internalización (IP) de los niños en los análisis no ajustados [OR 4,14 (95% CI 2,60; 6,61)]. MDS, la ansiedad materna, y baja autoeficacia parental se asociaron con trayectorias altas IP de la descendencia.

- ❖ Villaseñor et al(1), realizó un estudio cuyo objetivo fue estimar la prevalencia de síntomas depresivos y ansiedad en madres de tres zonas poblacionales y analizar la asociación entre éstos y sus efectos en la salud emocional de sus hijos; de tipo observacional transversal; se seleccionaron 173 parejas madre – hijo (niños de 5 a 12 años) del estado de San Luis de Potosí, México 2017. Se encontró que la prevalencia de depresión materna fue mayor en la zona rural (38,7%); y de ansiedad, 22,5% del total de la muestra, siendo también mayor en la zona rural (31,8%). Además, los niños presentaron alto riesgo de manifestar algún tipo de dificultad conductual (44,5%). Por último, se encontró asociación entre las dificultades conductuales con la ansiedad materna (RM = 2,2; IC95%) y la depresión materna (RM = 2,5; IC95%).
- ❖ Villaseñor et al(11), realizaron otro estudio con el objetivo de evaluar la salud mental y social como factores de riesgo para el desarrollo cognitivo en niños de tres zonas poblacionales con un diseño de corte transversal; seleccionando aleatoriamente a 173 pares de madre – hijo (niños de 5 a 12 años) en México, 2017. Los instrumentos aplicados fueron: Brief Intelectual Ability, escala de Capacidades y Dificultades, escala de Ansiedad Manifiesta para Adultos y el Raven's Progressive Matrices para el coeficiente intelectual materno. Se halló mayor promedio de dificultades conductuales y emocionales en la zona rural indígena (74%); en la zona rural la mayor proporción de madres con ansiedad (31,8%). Estos datos sugieren que

existen factores de riesgo psicosociales que interfieren con el desarrollo emocional y social de los niños y, en consecuencia, con su salud mental.

### **1.3. BASE TEÓRICA.**

La OMS define a la Salud como un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”; y a la Salud Mental como un estado de “bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”(12).

La salud mental, es un componente importante del desarrollo humano y de las naciones. Considerar la salud de las personas como integral es romper la dicotomía entre cuerpo y mente y responder a las necesidades de las personas en su conjunto. No sólo es asociar ausencia de patología mental sino tener una concepción de bienestar psicosocial, con énfasis en la prevención de factores de riesgo y la promoción de una vida saludable que incluya condiciones físicas, psíquicas y sociales óptimas (13).

Los trastornos afectivos representan los problemas más frecuentes de salud mental de la población en los países desarrollados y constituyen una de las primeras causas de discapacidad (según años vividos con discapacidad). La depresión es una alteración incluida dentro de los trastornos del estado de ánimo y será el principal motivo de discapacidad en todo el mundo en el año 2020 según la OMS(14). Datos y cifras de la OMS señalan que la depresión afecta a cerca de 300 millones de personas en el mundo, afecta más a la mujer que el hombre y en el peor de los casos puede llevar al suicidio.

La etiología es probablemente multifactorial y resultado de la interacción de varios factores de riesgo como pueden ser las experiencias desagradables

durante la infancia, o los agentes vitales estresantes crónicos. La participación de las alteraciones en los sistemas de neurotransmisión noradrenérgico, serotoninérgico y dopaminérgico sería la explicación biológica de los síntomas. Dentro de los síntomas afectivos tenemos: tristeza patológica, anhedonia, disforia y ansiedad. Los síntomas somáticos, en la mayoría de los casos, son la primera manifestación del síndrome depresivo. Dentro de éstos podemos citar: bradicinesia, bradipsiquia, alteraciones del ritmo sueño – vigilia (insomnio de conciliación, sueño fragmentado, despertar precoz, etc.), alteraciones del apetito, del peso y del ritmo gastrointestinal, cefalea, etc. Como síntomas cognitivos tenemos alteraciones del curso del pensamiento, contenidos negativos, pérdida de confianza en sí mismo, sentimientos de inferioridad, ideas delirantes de ruina y muerte. Finalmente como síntomas conductuales está la inhibición, apatía, tendencia al aislamiento social, fatigabilidad extrema y abandono de las actividades habituales diarias(14).

La depresión es un problema de salud significativo para las mujeres en todas las edades desde la adolescencia hasta pasada la menopausia que afecta 3 veces más a mujeres que están criando y se acompaña de alto sufrimiento emocional y repercute en cómo cuida de sí misma y de sus hijos. Las mujeres con depresión pueden no ser identificadas ni recuperarse instantáneamente; casi el 46% de madres con síntomas post parto pueden mantenerlos después de un año del nacimiento de su hijo (15). Los factores contribuyentes incluyen la pobreza y mala salud persistente; mala relación con su pareja, insuficiente apoyo emocional de la familia, falta de asistencia en situaciones de crisis, adversidad social, falta de empleo, hacinamiento, bajo nivel socioeconómico y educacional, soltería, embarazo no deseado y enfermedad del niño. Los síntomas depresivos en madres de bajos ingresos se han asociado con el uso de tabaco, alcohol y drogas ilícitas, baja autoestima y dificultades en la crianza (7). La depresión



materna puede repercutir en la salud física del niño, en la capacidad de regulación del estrés y alterar su alimentación y crecimiento. Los niños son más afectados que las niñas y tienen mayor riesgo de psicopatología. A los 11 años los hijos de madres depresivas tienen 4 veces más trastornos psiquiátricos (15). Entre los problemas de salud mental, los trastornos de ansiedad también se asocian con sustanciales niveles de incapacidad. Esta disfuncionalidad tiene un impacto considerable en el bienestar personal, en las relaciones sociales y en la productividad en el trabajo. Los trastornos de ansiedad son, junto con los trastornos del ánimo, los que más contribuyen a la morbi-mortalidad a través del sufrimiento que generan y los que más repercuten en las economías nacionales. La angustia-ansiedad patológica dificulta la funcionalidad del sujeto allí donde se desenvuelve, limitándole su autonomía y dejándole atrapado y amenazado por la misma angustia.

Se define la ansiedad como una anticipación de un daño o desgracia futuros que se acompaña de un sentimiento desagradable y/o síntomas somáticos de tensión. Esta señal de alerta advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona adoptar medidas necesarias para enfrentar esta amenaza. Sólo cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, es cuando se convierte en patológica afectando el bienestar físico, psicológico y conductual(14).

En la etiología se han implicado factores biológicos como ambientales y psicosociales. Entre los factores biológicos se han encontrado alteraciones en los sistemas neurobiológicos gabaérgicos y serotoninérgicos, así como anomalías estructurales en el sistema límbico. Entre los factores ambientales se ha encontrado la influencia de determinados estresores ambientales, una mayor hipersensibilidad y una respuesta aprendida. Como factores psicosociales de riesgo para estos trastornos se encuentran las situaciones de estrés, el ambiente

familiar, las experiencias amenazadoras de vida y las preocupaciones excesivas por temas cotidianos (16).

Dentro de los síntomas psicológicos y conductuales de la ansiedad tenemos: preocupación, aprensión, sensación de agobio, miedo de perder el control, volverse loco o sensación de muerte inminente; dificultad de concentración; irritabilidad, inquietud, desasosiego y conductas de evitación de determinadas situaciones.

Es importante tomar atención preventiva a la sintomatología de la depresión y ansiedad, porque, sino se tratan, se contribuye a que se agraven los síntomas y repercutan en las relaciones interpersonales(1). El entorno familiar funcional promueve buena salud mental de sus miembros y familias, un funcionamiento disfuncional favorece la ocurrencia de la enfermedad mental debido a que la salud de la familia no es una suma mecánica de la salud de cada miembro, es la percepción abierta de cada persona para satisfacer sus necesidades de tipo biológico, psicológico y social de la familia(6).

Se entiende por Desarrollo socioemocional infantil a la capacidad del niño de desarrollar, durante los primeros años de vida, una forma cercana y segura de relación con un adulto y sus pares, para experimentar, regular y expresar emociones de una forma apropiada social y culturalmente y para explorar el ambiente y aprender en el contexto familiar, comunitario y cultural (Palmer et al., 2013). Hay muchas pruebas de que los niños expuestos a factores ambientales adversos, sociales y psicosociales, como ambientes insalubres, pobreza, bajo nivel socioeconómico, desnutrición, mala estimulación y cuidado del hogar, salud mental de los padres y baja capacidad intelectual de los padres son factores de riesgo que amenazan formación y desarrollo del cerebro, funciones cognitivas, habilidades de aprendizaje y desarrollo emocional(11).

El aprendizaje social y emocional implica el aprendizaje de habilidades, conocimientos y valores que aumenten la capacidad de la niña o niño de conocerse tanto a sí mismos como a los demás, con el fin de usar esa información para resolver problemas con flexibilidad y creatividad. Los niños y jóvenes que son social y emocionalmente competentes se llevan bien con los otros, saben cómo comunicarse efectivamente, son cooperativos, negocian con los demás para resolver los problemas, poseen buenas destrezas para decir que no, saben cuándo y dónde buscar ayuda, realizan una contribución positiva a sus familias y a la comunidad (17).

#### **1.4. PROBLEMA.**

¿Existe asociación entre los niveles de ansiedad y la presencia de síntomas depresivos en la madre, con el bienestar socioemocional de sus hijos entre 6 y 12 años, en el centro poblado de Tongorrape, Motupe, durante el periodo Octubre 2017– Febrero, 2018?

#### **1.5. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL ESTUDIO.**

Una madre con síntomas depresivos y ansiedad, aunque está físicamente presente, puede funcionar psíquica y afectivamente ausente para las necesidades de su niño. El cambio no es radical ni se produce una pérdida repentina del amor que se pueda distinguir como un suceso único claramente traumático. Se trata de un proceso de distanciamiento que es gradual y generalmente parcial. Se constituye un trauma relacional que genera un daño acumulativo y crónico, en que el niño como consecuencia, sufre una pérdida en la habilidad para regular la intensidad de los afectos, tiene un aumento en la sensibilidad a los efectos del estrés en edades posteriores desarrollando una vulnerabilidad a las enfermedades psiquiátricas (15). Por lo que "una sólida base afectiva posibilita al niño abrirse al mundo físico y social con seguridad y

confianza, actuando dicha base como facilitadora de una adecuada evolución cognitiva y psicosocial”

Actualmente se carece de información suficiente sobre prevalencia de sintomatología depresiva y ansiedad; en mujeres y niños en zonas rurales de nuestro país, la mayoría de estudios se han dirigido a evaluar la población residente en zonas urbanas. Con los resultados de nuestro trabajo pretendemos dar a conocer la problemática existente en salud mental materna de nuestra región y el riesgo que presentan sus hijos de desarrollar problemas socioemocionales; además de sentar las bases para futuras investigaciones.

## **1.6. OBJETIVOS.**

### **1.6.1. OBJETIVO GENERAL:**

Establecer la asociación entre los niveles de ansiedad y la presencia de síntomas depresivos maternos, con el bienestar socioemocional de sus hijos entre 6 y 12 años, en el centro poblado de Tongorrape, Motupe, durante el periodo Octubre 2017 – Febrero 2018

### **1.6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

- Determinar la prevalencia de síntomas depresivos y ansiedad en madres del centro poblado de Tongorrape durante el periodo Octubre 2017– Febrero 2018
- Evaluar la presencia de dificultades conductuales y emocionales en niños de 6 y 12 años el centro poblado de Tongorrape durante el periodo Octubre 2017 – Febrero 2018.
- Describir los factores sociodemográficos que caracterizan a las madres del centro poblado de Tongorrape, durante el periodo Octubre 2017 – Febrero 2018.

- Establecer la asociación entre síntomas depresivos y ansiedad materna en las dos zonas del centro poblado de Tongorrape durante el periodo Octubre 2017 – Febrero 2018.
- Estimar la asociación entre síntomas depresivos y ansiedad materna con el bienestar socioemocional de sus hijos entre 6 y 12 años en el centro poblado de Tongorrape durante el periodo Octubre 2017 – Febrero 2018.

### **1.7. VARIABLES.**

- Variables intervinientes: Sexo, edad materna y del niño, estado civil, número de hijos, convivencia, grado de instrucción de la madre, nivel socioeconómico familiar; antecedente personal de trastorno mental, antecedente familiar de trastorno mental diagnosticado (padre, madre, hermanos).
- Variable dependiente: bienestar socioemocional de los niños.
- Variable independiente: ansiedad y síntomas depresivos maternos.

### **1.8. HIPÓTESIS.**

H<sub>1</sub>: Existe asociación entre los niveles de ansiedad y la presencia de síntomas depresivos maternos, con el bienestar socioemocional de sus hijos entre 6 y 12 años, en el centro poblado de Tongorrape, Motupe, durante el periodo Octubre 2017 – Febrero, 2018.

H<sub>2</sub>: No existe asociación entre los niveles de ansiedad y la presencia de síntomas depresivos maternos, con el bienestar socioemocional de sus hijos entre 6 y 12 años, en el centro poblado de Tongorrape, Motupe, durante el periodo Octubre 2017 – Febrero, 2018.

### 1.9. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS OPERACIONALES

- **Instrucción del Jefe de Familia:** Definida como el nivel educativo o de estudios alcanzados por ambos padres o tutores.
- **Características de la vivienda:** Se adaptó para nuestra región, utilizando el material predominantemente en el piso del hogar.
- **Acceso a salud en caso de hospitalización:** Se define a donde acude para recibir atención sanitaria.
- **Ingresos económicos de la Familia:** Cantidad de dinero que ingresa mensualmente como remuneración de su trabajo.
- **Hacinamiento:** Representada por 2 sub escalas: el número de habitantes y el número de habitaciones del hogar disponibles para dormir.
- **Depresión materna:** Trastorno mental frecuente que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.
- **Ansiedad materna:** Es un trastorno mental caracterizado por presencia de preocupación, miedo o temor excesivo, tensión o activación que provoca malestar notable o un deterioro clínicamente significativo de la actividad del individuo.
- **Desarrollo socioemocional:** Implica aprender a expresar y regular emociones y a negociar complejos patrones emocionales y sociales en los niños.
- **Síntomas emocionales:** Un conjunto de sensaciones subjetivas, se pueden manifestar como: irritación, tristeza, falta de energía, vacío interior entre otros síntomas
- **Problemas de conducta:** Un conjunto de conductas que implican oposición a las normas sociales y a los avisos de las figuras de autoridad, cuya consecuencia más destacada es el fastidio o la perturbación, más o menos

crónica, de la convivencia con otras personas: compañeros, padres, profesores y personas desconocidas.

- **Hiperactividad / inatención:** Consiste en el cambio continuo de una actividad a otra, que se manifiesta en una gran intranquilidad, ajena a la voluntad de del niño, por lo que no cesa ni disminuye con órdenes dirigidas hacia él.

## 1.10. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORÍA (SUB INDICADORES)	ESCALA DE MEDICIÓN
DEPRESIÓN MATERNA	Síntomas depresivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rara o ninguna vez (Menos de un día) = 0 puntos</li> <li>Alguna o pocas veces (1 a 2 días) = 1 punto</li> <li>Ocasionalmente o tiempo moderado (3 a 4 días) = 2 puntos</li> <li>Todo el tiempo (5 a 7 días) = 3 puntos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sin síntomas depresivos &lt; 10 puntos</li> <li>Con síntomas depresivos ≥ 10 puntos</li> </ul>	Nominal
ANSIEDAD MATERNA	Inquietud/ hipersensibilidad  Ansiedad fisiológica  Preocupaciones sociales / estrés	<ul style="list-style-type: none"> <li>Si: 1 punto</li> <li>No: 0 puntos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bajos ≤ 44T</li> <li>Esperado = 45 -54 T</li> <li>Elevación leve = 55 – 64 T</li> <li>Clínicamente significativa = 65 -74 T</li> <li>Extrema ≥ 75T</li> </ul>	Intervalo
DIFICULTADES SOCIO - EMOCIONALES INFANTILES	Síntomas emocionales  Problemas de conducta  Hiperactividad/ inatención  Problemas con sus compañeros	<ul style="list-style-type: none"> <li>No es cierto = 0 puntos</li> <li>Un tanto cierto = 1 punto</li> <li>Es absolutamente cierto = 2 puntos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Normal = 0-15 puntos</li> <li>Límite = 16 – 19 puntos</li> <li>Alto = 20 – 40 puntos</li> </ul>	Intervalo
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Edad niño/a</li> <li>Sexo niño</li> <li>Edad madre</li> <li>Estado civil</li> <li>Número de hijos</li> <li>Trabaja actualmente</li> <li>Nivel socioeconómico familiar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Años cumplidos</li> <li>Femenino</li> <li>Masculino</li> <li>Años cumplidos</li> <li>Soltero</li> <li>Conviviente</li> <li>Casado</li> <li>Viudo</li> <li>Divorciado</li> <li>Número de hijos vivos</li> <li>Desarrolla actividad remunerada: Si/No</li> <li>NSE A alto = ≥33 puntos</li> <li>NSE B Medio = 27 -32 puntos</li> <li>NSE C Bajo superior = 21 -26 puntos</li> <li>NSE D Bajo inferior = 13 -20 puntos</li> <li>NSE E Marginal = 5 – 12 puntos</li> <li>Padre</li> <li>Madre</li> <li>Hermanos</li> <li>Si / No</li> </ul>	Razón  Nominal  Razón  Nominal  Razón  Nominal  Ordinal  Nominal  Nominal
	Antecedente familiar de trastorno mental diagnosticado			
	Antecedente personal de trastorno mental tratado.			



## **II. MATERIALES Y MÉTODO.**

## II. MATERIALES Y MÉTODO.

### 2.1. MARCO METODOLÓGICO

#### 2.1.1. Tipo de investigación

- Según tipo de investigación: Analítico.
- Según el periodo y la secuencia de estudio: Transversal y observacional.

#### 2.1.2. Población y muestra de estudio:

- ❖ **Población:** constituida por las madres del Centro Poblado de Tongorrape, así como los hijos de éstas, comprendidos entre los 6 y los 12 años de edad, los cuales según datos del padrón de padres de familia de 4 centros educativos constituyen aproximadamente 172 madres, teniendo inicialmente 172 binomios madre-hijo, como población elegible.
- ❖ **Muestra:** Se utilizó el programa Epidat v.3.1, para el cálculo muestral de la población total 172, utilizando una proporción esperada de 38,7 % como la mayor prevalencia de presencia de síntomas depresivos, según zona de procedencia (1), una precisión absoluta de 5% y un nivel de significancia al 95%; obteniéndose una muestra de 121 binomios madre-hijo de la zona urbana (ZU) y rural (ZR).

#### CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Madres de niños entre 6 -12 años; residentes en la zona de estudio.
- Madres que brinden el consentimiento firmado para la participación tanto de ellas como de sus menores hijos en el estudio de investigación.
- Niños de 6 a 12 años, hijos de madres participantes residentes en la zona de estudio.
- Si la madre tiene más de 2 hijos de 6 a 12 años, se escoge al hijo mayor.

## CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Madres y/o niños de 6 a 12 años que cuenten con un diagnóstico clínico (médico) de patología mental y/o que se encuentren tomando medicamentos psicoactivos.
- Madres con diagnóstico de enfermedad crónica e incapacitante para responder el cuestionario.
- Madres y/o niños de 6 a 12 años que tengan menos de 6 meses de residencia en zona de estudio.
- Niños de 6 a 12 años que no tengan a su madre viva.

### 2.1.3. Materiales Técnica e instrumentos de recolección de Datos

#### TÉCNICA

Se realizó una entrevista a cada madre por medio de 3 cuestionarios, los cuales ya han sido validados y aplicados en poblaciones similares a la población de estudio, los que se desarrollarán en un máximo de 30 minutos.

#### INSTRUMENTOS

- ❖ Para evaluar la sintomatología depresiva de las mujeres, **se utilizó la escala de depresión del Center for Epidemiologic Studies de 10 reactivos (CES-D-10, por sus siglas en inglés) (18)**. El cuestionario consiste en 10 reactivos, que evalúan la frecuencia de sintomatología depresiva sentida durante la semana anterior señalada en una escala Likert de 4 niveles.
  - Los reactivos positivos 1-3, 5, 6, 8-10 se califican de la siguiente manera: “Rara o ninguna vez (Menos de un día)” = 0 puntos, “Alguna o pocas veces (1 a 2 días)” = 1 punto, “Ocasionalmente o tiempo moderado (3 a 4 días)” = 2 puntos, “Todo el tiempo (5 a 7 días)” = 3 puntos.
  - Los reactivos negativos 5 y 8 se califican en orden inverso.

- La suma de los diez reactivos es la puntuación para Depresión Total. El punto de corte para considerarse “positivo” para depresión es de 10 puntos en adelante.
- ❖ La Escala de Ansiedad Manifiesta en Adultos (AMAS) (19), de Reynolds, Richmond & Lowe (2007), en su forma dirigida a adultos, traducción mexicana, consta de 36 afirmaciones, 30 de las cuales corresponden a conductas relacionadas con la ansiedad, y seis a una subescala de sinceridad, enfocadas en conductas socialmente aceptables. La persona responde si la conducta que se presenta en el enunciado corresponde con ella en una escala dicotómica (SI/NO). Dicha escala busca evaluar la ansiedad considerando diferentes aspectos, tales como:
- Inquietud/hipersensibilidad: consta de catorce ítems. Las puntuaciones elevadas corresponden a personas que internalizan la ansiedad y que consumen un exceso de energía emocional al enfrascarse en ideas improductivas.
  - Ansiedad fisiológica: presenta nueve ítems. Los reactivos reflejan respuestas físicas a la internalización de ansiedades de una persona, lo que brindaría un indicador de las manifestaciones físicas de la ansiedad y denota la propensión general a la sintomatología somática.
  - Preocupaciones sociales/estrés: tienen siete reactivos. Valora la ansiedad y el estrés asociados con las preocupaciones acerca del punto de vista de los demás, de las actividades sociales y la vida cotidiana.
- La puntuación total de la escala (Ansiedad Total) es la suma de las puntuaciones de las tres subescalas. Los puntajes escalares se convierten en puntuaciones T y estos se clasifican por: Bajo, esperado, clínicamente significativa y extrema.

<b>Interpretación de las puntuaciones T de las AMAS</b>	
<b>Ansiedad total</b>	
<b>Puntuación T</b>	<b>Categoría Descriptiva</b>
$\geq 75$ T	Extrema
65 – 74 T	Clínicamente significativa
55- 64 T	Elevación leve
45 – 54 T	Esperada
$\leq 44$ T	Baja

- ❖ Para evaluar las dificultades conductuales y emocionales de los niños; se utilizó la Escala de Capacidades y Dificultades Conductuales (SDQ, por sus siglas en inglés) (20). El SDQ es un cuestionario breve para la detección de dificultades en el comportamiento, está compuesto por 20 reactivos algunos positivos y otros negativos, dividido entre cuatro subescalas de cinco puntos cada una: 1) Síntomas Emocionales, 2) Problemas de Conducta, 3) Hiperactividad/Inatención, y 4) Problemas con los Compañeros. Cada subescala se obtiene por la suma de sus cinco reactivos respectivamente, cada reactivo presenta 3 posibles contestaciones: no es cierto, un tanto cierto y es absolutamente cierto, que puntúan 0, 1 y 2 puntos respectivamente, excepto para los ítems (“por lo general es obediente...”), (“tiene por lo menos un buen amigo...”), (“por lo general cae bien...”), (“piensa las cosas antes de hacerlas”) y (“termina lo que empieza...”); que puntúan de modo inverso. Así, cada dimensión puntúa entre 0 y 10. La suma de todas las subescalas genera una puntuación total de dificultades conductuales, que puntúa entre 0 y 40; que determinan tres categorías:

	<b>NORMAL</b>	<b>LIMITE</b>	<b>ANORMAL</b>
<b>Puntuación total de dificultades</b>	<b>0-15</b>	<b>16-19</b>	<b>20-40</b>
Puntuación de síntomas emocionales	0-5	6	7-10
Puntuación de problemas de conducta	0-3	4	5-10
Puntuación de hiperactividad	0-5	6	7-10
Puntuación de problemas con compañeros	0-3	4-5	6-10

#### **2.1.4. Análisis Estadístico de los Datos**

El análisis descriptivo de los datos se realizó utilizando medidas de tendencia central para las variables numéricas y frecuencias absolutas relativas para las variables categóricas, posterior se realizaron las pruebas estadísticas de asociación utilizando chi cuadrado para comparar variables categóricas y para comparar medias con nivel de confianza del 95% y  $p < 0,05$ , se calcularán odds ratio utilizando regresión logística bivariada y modelos de regresión logística múltiple para ajustar por potenciales confusores.

#### **2.1.5. Aspectos éticos**

El presente trabajo se realizó teniendo en cuenta los principios éticos que propone la Declaración de Helsinki y Reporte de Belmont para la investigación médica en seres humanos, así tenemos que fue realizada por estudiantes de medicina humana preparados para realizar esta investigación científica. Se tuvo en cuenta medidas para proteger la confidencialidad de los datos obtenidos, utilizando un código para la identificación de la madre; así como comunicando en el consentimiento informado las precauciones para proteger su confidencialidad, esto según lo dispuesto en la pauta 18 de las “Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos” preparadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). Además de ello, previo a la aplicación del instrumento se les pidió el consentimiento verbal, después de explicarles la finalidad del estudio, finalmente se le entregó a cada uno de los encuestados la valoración de cada una de las

escalas, al finalizar la entrevista, para que tengan conocimiento, si se encuentran en uso problemático de cada uno de los problemas evaluados. Además se presentó a algún comité de Investigación de la Facultad de Medicina, para su revisión y aprobación antes de la aplicación del mismo.

### **III. RESULTADOS.**



### III. RESULTADOS.

En el estudio participaron en total 121 binomios madre-hijo procedentes del centro poblado de Tongorrape, Motupe – Lambayeque, distribuidos de la siguiente manera: 78 binomios provenían ZU, 43 en la ZR. De las características de los binomios participantes, resaltamos: una media de edad materna y de los niños participantes de 36,8 años  $\pm 7,1$  y 9,1 años  $\pm 2,0$ ; respectivamente. La media de número de hijos por cada madre fue 3,7  $\pm 1,9$ . Del total de niños evaluados 55,4% fueron varones; el mayor porcentaje de las madres solo conviven con sus parejas (77,7%); el 96,7 % de las madres no tienen antecedentes familiares de trastornos mentales. La evaluación socioeconómica nos muestra predominio de los niveles bajo inferior y marginal con 57,9 % y 37,2 % (VER TABLA N°1).

**TABLA N° 01. Características generales de los participantes en dos zonas del Centro Poblado de Tongorrape – Motupe, Octubre 2017 – Febrero 2018.**

CARACTERÍSTICAS GENERALES		
	n	%
<b>Sexo del niño</b>		
Varón	67	55,4
Mujer	54	44,6
<b>Estado Civil</b>		
Soltero	1	0,8
Casado	24	19,8
Conviviente	94	77,7
Divorciado	2	1,7
<b>Antecedente familiar de trastorno mental</b>		
Si	4	3,3
No	117	96,7
<b>Antecedente personal de trastorno mental</b>		
Si	1	0,8
No	120	99,2
<b>Nivel socioeconómico</b>		
Alto	1	0,8
Medio	1	0,8
Bajo superior	4	3,3
Bajo inferior	70	57,9
Marginal	45	37,2
	x	DS
<b>Edad materna</b>	36,85	7,19
<b>Edad del niño</b>	9,16	2,08
<b>Número de hijos</b>	3,73	1,88

Respecto a la depresión materna, la prevalencia de síntomas depresivos en las madres procedentes de ZU fue 50%, mientras que en las procedentes de ZR fue 37,2%.

La prevalencia de ansiedad materna con valoración elevación leve según escala en el total de la muestra fue 54,5%, no existiendo mucha diferencia entre la zona urbana y rural (53,8% y 55,8% respectivamente). Según el análisis por subescalas de la AMAS-A, en la ZR se detectó el mayor porcentaje de casos por encima del punto de corte para la subescala de inquietud/hipersensibilidad (30,2%), mientras que el menor porcentaje de casos se encontró en la ZU (15,3%). Con las subescalas de ansiedad fisiológica y de preocupación social/estrés en la ZR se detectaron los porcentajes más elevados de casos (23,3% y 32,6%, respectivamente) (VER TABLA Nº 02)

**TABLA Nº 02. Prevalencia de ansiedad materna en dos zonas del Centro Poblado de Tongorrape – Motupe, Octubre 2017 – Febrero 2018.**

	Ansiedad total n (%)	Inquietud/ hipersensibilidad n (%)	Ansiedad Fisiológica n (%)	Preocupaciones sociales/estrés n (%)
<b>URBANO (78)</b>				
Baja	8 (10,2)	10 (12,8)	19 (24,4)	2 (2,5)
Esperada	28 (35,9)	37 (47,3)	21 (26,9)	16 (20,5)
Elevación leve	42 (53,8)	19 (24,3)	24 (30,7)	36 (46,2)
Clínicamente significativa		12 (15,3)	13 (16,7)	24 (30,8)
Extrema			1 (1,3)	
X ± DE	16±16	8 ± 3	4 ± 3	5 ± 2
<b>RURAL (43)</b>				
Baja	5 (11,6)	4 (9,3)	12 (27,9)	4 (9,3)
Esperada	14 (32,5)	17 (39,5)	12 (27,9)	7 (16,3)
Elevación leve	24 (55,8)	9 (20,9)	9 (20,9)	18 (41,9)
Clínicamente significativa		13 (30,2)	9 (20,9)	14 (32,6)
Extrema			1 (2,3)	
X ± DE	17±7	9 ± 3	4± 3	4 ± 2
<b>TOTAL</b>				
Baja	1	14 (11,6)	31 (25,6)	6 (5)
Esperada	3 (10,7)	54 (44,6)	33 (27,3)	23 (19,0)
Elevación leve	42 (34,7)	28 (23,1)	33 (27,3)	54 (44,6)
Clínicamente significativa	66 (54,5)	25 (20,7)	22 (18,2)	38 (31,4)
Extrema			2 (1,7)	
X ± DE	16,6 ±6,3	8,4 ± 3,0	3,6 ± 2,6	4,6 ± 1,6
Total	121 (100)	121 (100)	121 (100)	121 (100)

DE, desviación estándar

El análisis de asociación mediante el cálculo de la razón de momios nos indica asociación entre la prevalencia de ansiedad y depresión según la zona de procedencia, así tenemos que para la ZR se estimó la mayor razón de momios (RM = 10,2; IC95%:2,5 -42,1) y la de la ZU (RM = 5,8; IC95%: 2,1 -15,4). La RM en la población total fue 6,4 (IC95%: 2,9-14,3;  $\chi^2 = 22,5$ ,  $P < 0.0001$ ) (VER TABLA N° 03).

**TABLA N° 03. Asociación entre depresión y ansiedad materna estratificada en dos zonas del Centro Poblado de Tongorrape – Motupe, Octubre 2017 – Febrero 2018**

Zona	Depresión materna	Ansiedad materna			RM* IC (95.0%)	Chi cuadrado	p
		Si	No	Total			
Urbano (n=78)	Sin síntomas depresivos	10	29	39	5,8 (2,2 – 15,4)	13,2	0.0003
	Con síntomas depresivos	26	13	39			
	Total	36	42	78			
Rural (n =43)	Sin síntomas depresivos	7	20	27	10,3 (2,5 – 42,1)	*	0.0007
	Con síntomas depresivos	12	4	16			
	Total	19	24	43			
Total (n=121)	Sin síntomas depresivos	17	49	66	6,44 (2,9-14,2)	22,4	<0.0001
	Con síntomas depresivos	38	17	55			
	Total	55	66	121			

\*RM, razón de momios; IC95%, Intervalo de confianza del 95%

Según los datos obtenidos en la evaluación de la escala total de dificultades conductuales (SDQ) aplicados en los niños; 71,9% no presentaron riesgo de manifestar algún tipo de dificultad conductual. La mayor prevalencia de niños con puntuaciones normales se observó en la zona rural (79,1%) seguida de la zona urbana (67,9%). Además, en la zona urbana las prevalencias de casos (con valoración límite y alta según la escala) con alteración en las subescalas de síntomas emocionales, hiperactividad / inatención, problemas de conducta y problemas con los compañeros fueron más alta que en la zona rural (21,8%; 30,8%; 34,6% y 34,6% respectivamente). En la ZU los problemas con compañeros fue alta (34,6%) y en la ZR fue la hiperactividad/inatención (42,6%) (TABLA N° 04).

**TABLA N° 04. Prevalencia de dificultades conductuales en los niños  
estratificados en dos zonas del Centro Poblado de Tongorrape – Motupe,  
Octubre 2017 – Febrero 2018**

	<b>Escala Total Dificultades</b>	<b>Síntomas emocionales</b>	<b>Problemas de conducta</b>	<b>Hiperactivida d/inatención</b>	<b>Problemas con compañeros</b>
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
<b>ZU</b>					
Normal	53 (67.9)	61 (78.2)	54 (69.2)	51 (65.4)	51 (65.4)
Límite	17 (21.8)	4 (5.1)	16 (20.5)	12 (15.4)	22 (28.2)
Alta	8 (10.3)	13 (16.7)	8 (10.3)	15 (19.2)	5 (6.4)
X + DE	1 ± 1	3 ± 3	3 ± 2	5 ± 2	3 ± 2
<b>ZR</b>					
Normal	34 (79.1)	35 (81.4)	34 (79.1)	29 (67.4)	35 (81.4)
Límite	6 (13.9)	3 (7)	5 (11.7)	5 (11.6)	7 (16.3)
Alta	3 (7)	5 (11.6)	4 (9.2)	9 (21)	1 (2.3)
X + DE	1 ± 1	3 ± 3	2 ± 2	4 ± 3	2 ± 1
<b>Total</b>					
Normal	87 (71.9)	96 (79.3)	88 (72.7)	80 (66.1)	86 (71.1)
Límite	23 (19)	7 (5.8)	21 (17.4)	17 (14)	29 (24)
Alta	11 (9.1)	18 (14.9)	12 (9.9)	24 (19.8)	6 (5)

ZU, zona urbana; ZR, zona rural; DE, desviación estándar

Finalmente, se encontró asociación estadísticamente significativa entre las dificultades socioemocionales de los niños y la depresión materna (RM = 2,9; IC95%: 1,2-6,8;  $X^2(121)=6,45$ ;  $p= 0,011$ ) y con la ansiedad materna (RM = 2,5; IC95%: 1,1-6;  $X^2(121)=4,9$ ;  $p=0,027$ ) (VER TABLA N° 05)

**TABLA N° 5. Asociación entre las dificultades socioemocionales infantiles y los  
síntomas de depresión y ansiedad materna en dos zonas del Centro Poblado de  
Tongorrape – Motupe, Octubre 2017 – Febrero 2018**

<b>Síntomas</b>	<b>Dificultades socioemocionales</b>			<b>RM (IC95%)*</b>
	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Total</b>	
Depresión Materna				
Positivo	70	15	85	
Negativo	17	19	36	2.9 (1,2-6,8)
Total	87	34	121	
Ansiedad Materna				
Positivo	45	10	55	2,5 (1,1-6)
Negativo	42	24	66	
Total	87	34	121	

\*RM, Razón de momios; IC95%, Intervalo de confianza del 95%

## **IV. DISCUSIÓN.**

#### IV. DISCUSIÓN.

En este estudio se encontró una alta prevalencia de síntomas depresivos con un 45,4%, siendo mayor que la prevalencia de depresión en la población peruana (15,8 %)(21). La ZU presenta la mayor proporción con 50%, mientras que la zona rural presento el 37.2% del total. De acuerdo con Villaseñor et al en un estudio con mujeres de una zona rural mexicana encontró una prevalencia de 38.6 % en ZR. Como aspectos negativos para inductor de riesgo de depresión en la zona urbana tenemos: la aglomeración, la contaminación, el ruido, las inundaciones, el calor, la prisa y la hostilidad de las personas; y por otro lado en la zona rural, podemos mencionar el decline económico, las largas distancias de desplazamiento, los servicios limitados, el entorno físico severo, una residencia rural con privaciones, penurias y falta de servicios de salud mental. La prevalencia de la depresión es menor en el entorno rural a comparación con el urbano porque cuenta con ciertos factores protectores; como estabilidad residencial, estrechos vínculos sociales y redes sociales estables.(8) Las proporciones encontradas en la ZU y ZR indican que 1 de cada 2 madres padecen síntomas depresivos.

En cuanto a los síntomas de ansiedad materna; la prevalencia estimada fue 54,5%; lo cual coincide con los resultados de un estudio llevado a cabo en México(1), en el cual se estimó una prevalencia de 58,9% de estos síntomas. Se observa, que los resultados obtenidos para prevalencias de ansiedad son similares en las dos zonas; ZU (53,8 %) y ZR (55,8%); sin embargo los contextos ambientales y psicosociales son diferentes. si bien en la bibliografía consultada se encontraron diversos factores que podrían predisponer a sufrir trastornos de ansiedad; las mujeres están más propensas a padecer este tipo de trastorno y el menor ingreso salarial sería otro factor(22).

El 34,7% de las mujeres presentaron ansiedad esperada, esto se relacionaría con que la madre ya está adaptada a su entorno; trata de estar bien pese a ciertas inseguridades que presente. La subescala de preocupaciones sociales y estrés representa la mayor

proporción con un 76%, la cual valora la ansiedad y el estrés asociados con las preocupaciones acerca del punto de vista de los demás, de las actividades sociales y la vida cotidiana. La ansiedad social fue explicada por Schlenker y Leary (1982) (23) mediante la teoría de la autorepresentación y la conducta interpersonal. En dicha teoría, se ha dejado claro que el juicio de la propia persona, acerca de la impresión que causa en los demás para alcanzar las metas que desea. Las personas solemos comparar el juicio o las reacciones que recibimos con nuestros estándares internos, dando lugar a diferencias significativas entre individuos que juzgan la misma situación. Entonces cuanto más elevado sea el criterio de comparación más va a ser el nivel de ansiedad social experimentado.

La asociación entre los síntomas de depresión y ansiedad presentan una fuerte asociación; lo que coincide con resultados encontrados por Villaseñor en México (1). El análisis de asociación nos muestra que la posibilidad de que las madres presenten síntomas de ansiedad cuando poseen síntomas depresivos es de 10 veces mayor en la ZR. Del mismo modo, en la ZU es 5 veces más alta y en la muestra total, casi 6 veces más elevada. Lo que indica que la zona de residencia también representa un factor de riesgo para las mujeres que padecen síntomas depresivos. Para el contexto rural, las condiciones de vida asociados con la pobreza, los recursos sociales y económicos limitados y otras desventajas demográficas producen un mayor riesgo de sufrir problemas de salud mental. Además, las mujeres que viven en zonas rurales y con bajos niveles de educación son menos propensas a buscar atención de una enfermedad mental, en comparación con las mujeres que viven en zonas urbanas. Factores que se suman al pobre acceso a los servicios de salud y a la escasa o nula asistencia en salud mental(24,25).

Un estudio en Brasil (26) en el contexto urbano y rural, revelaron una mayor prevalencia de trastornos mentales están relacionados a bajos ingresos; en este estudio se encontró que el 95,1% de las mujeres pertenecen a la categoría baja inferior y marginal, de

acuerdo a la escala de niveles socioeconómicos nacionales, con un ingreso mensual menor a 750 soles. La mayor proporción de madres convive con su pareja (77,7%) y la media de número de hijos por cada madre fue 3,7; en comparación con la investigación que se desarrolló en Alagoas (27), en las zonas rurales, concluyó que la falta de pareja mantiene asociación significativa con trastornos mentales comunes en madres, y el número de hijo no mostró dicha asociación.

Hay que destacar que muchos factores pueden influir en la salud mental de las mujeres; la interacción entre las cuestiones ambientales, sociales, culturales, económicas e individuales destaca la singularidad de esta población. La salud mental en mujeres aun no recibe un enfoque prioritario en las políticas públicas, siendo esencial tanto para su calidad de vida y para el bienestar de sus hijos y la familia (28).

Según los resultados de esta investigación, en la muestra total el riesgo de presentar dificultades conductuales en los niños cuyas madres tienen síntomas depresivos fue 2,9 veces más alto que el de los niños cuyas madres no tienen síntomas, y 2,5 veces más cuando sus madres sufren síntomas de ansiedad. Villaseñor señala que los síntomas depresivos y la ansiedad pueden ser factores de riesgo en el ambiente familiar de los padres y madres que los presentan, para sus hijos y sus parejas. Estudios realizados sobre salud mental materna y su influencia en el desarrollo de los niños, la depresión o la ansiedad están asociados con problemas sociales, conflictos familiares y falta de redes de apoyo lo que afecta las pautas de crianza(29). En otro estudio de España se observó que las pautas de crianza son muy importantes para el desarrollo o no de un trastorno mental. Aquellas familias con pautas de crianza desadaptativas, basadas en la desesperanza, y que se hallan en contextos ansiógenos, los hijos tienen más probabilidades de desarrollar un trastorno mental como la depresión(8).

En este estudio 3 de cada 10 niños de la Zona Urbana presenta dificultades conductuales, sobre todo, síntomas emocionales, hiperactividad/inatención y problemas



con compañeros. En las dos zonas (ZU y ZR) los problemas con compañeros y la hiperactividad/inatención fueron altas, 34,6% y 42,6%, respectivamente. La socialización de la infancia se produce mediante las prácticas de la crianza, entendida como la manera en que los padres orientan el desarrollo del niño/a y le transmiten un conjunto de valores y normas que faciliten su incorporación al grupo social. Las reacciones de los padres ante las emociones de sus hijos también juegan un rol importante en el desarrollo socioemocional y dentro de este contexto, los problemas de comunicación es un factor de riesgo para el ajuste psicológico de sus hijos.(29)

El bienestar y el adecuado desarrollo de los niños dependen de entornos necesarios y suficientes que favorezcan adquisiciones cognoscitivas, afectivas y relacionales que garanticen un espacio en la cual la personalidad se forme de manera sana(30).

El desarrollo socioemocional ha sido un área poco investigada, muchas veces quedando en segundo plano, pero que es necesario abordarla de forma sistemática. Se enfatiza en esta investigación que la prevención de factores de riesgo dentro de la familia que influyan de forma negativa en el desarrollo socioemocional durante la infancia es una responsabilidad prioritaria de los diferentes profesionales y sectores para lograr un mejor desarrollo de habilidades, competencias parentales, habilidades emocionales e incluso conductas prosociales en los niños/as. Recalcamos que los niños son el recurso nacional más importante para todos los países, es por ello que su desarrollo mental, cognitivo y emocional es de vital importancia para su salud y su capacidad de contribuir a la sociedad a lo largo de su vida. Sabemos que el desarrollo de la primera infancia, sobre todo el desarrollo físico, socioemocional y cognitivo, determinan las oportunidades en la vida de los individuos y la posibilidad, en el futuro, de gozar una mejor calidad de vida.

Sin embargo, en el Perú existe poca información sobre la magnitud de los trastornos mentales sobre todo maternos; a esto se suma que la salud mental no es una prioridad

dentro de la política de salud. La OMS en el Objetivo 3 de su Plan de acción sobre Salud Mental 2013 – 2020, sugiere la aplicación de promoción en materia de salud mental. Debido a todo lo expuesto, instamos a que los gobiernos inviertan en la instrumentación de estrategias integrales para la prevención de trastornos mentales parentales, así como su identificación y atención oportuna; además de proteger y promover la salud mental en todas las etapas de vida.

## **V. CONCLUSIONES.**

## V. CONCLUSIONES.

- La prevalencia de síntomas depresivos maternos fue de 45,4% predominando en la zona urbana (50%); y de ansiedad materna fue de 54,5% no existiendo mucha diferencia entre la zona urbana y rural (53,8% y 55,8% respectivamente).
- El 71,9% de los niños no presentaron riesgo de manifestar algún tipo de dificultad conductual, sin embargo, la prevalencia de casos totales (con valoración límite y alta según escala) fue de 32,1% en la zona urbana con respecto a la zona rural (20,9%).
- La media de edad materna y número de hijos fue de 36,8 años  $\pm 7$  y  $3,7 \pm 1,9$  respectivamente. El mayor porcentaje de las madres solo conviven con sus parejas (77,7%) y el 96,7% de éstas no tienen antecedentes familiares de trastornos mentales. En cuanto a la evaluación socioeconómica nos muestra predominio de los niveles bajo inferior (57,9%) y marginal (37,2%).
- Existe 10,3 veces más riesgo de presentar síntomas depresivos y ansiedad materna en la zona rural, en contraste con la zona urbana cuyo riesgo es de 5,8 veces mayor.
- Se encontró asociación entre la ansiedad y síntomas depresivos maternos con las dificultades socioemocionales de sus hijos. El riesgo de presentar dificultades conductuales en los niños cuyas madres tienen síntomas depresivos fue 2,9 veces más alto que el de los niños cuyas madres no tienen síntomas, y 2,5 veces más cuando su sus madres sufren síntomas de ansiedad.

## **VI. RECOMENDACIONES.**

## **VI. RECOMENDACIONES.**

- La salud mental de las mujeres en edad reproductiva es esencial tanto para su calidad de vida, para el bienestar de sus hijos y la familia. Ante esta realidad, se necesitan estudios epidemiológicos nacionales para identificar trastornos de ansiedad y depresión en las mujeres que viven en zonas urbanas y rurales.
- Mejorar el acceso a los servicios de salud de forma equitativa, integral y de calidad centrada en la atención integral de las mujeres y niños de las comunidades rurales.
- Implementar programas de salud mental materna en atención primaria para ampliar la cobertura evaluativa y preventiva; evitando así que la sintomatología de los trastornos mentales comunes (ansiedad y depresión) se agraven y repercutan en sus relaciones interpersonales.

## **VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.**

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Villaseñor C, Hernández JC, Gaytán E, Romero S, Díaz-Barriga F. Salud mental materna: factor de riesgo del bienestar socioemocional en niños mexicanos. *Rev Panam Salud Pública*. 20 de abril de 2017;41:e1.
2. Organización Panamericana de la Salud. Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. Washington, D.C.; 2017.
3. Gálvez AP, Farkas C. Relación Entre Mentalización y Sensibilidad de Madres de Infantes de Un Año de Edad y su Efecto en su Desarrollo Socioemocional. *Psykhé* Santiago. mayo de 2017;26(1):1-14.
4. Depression - Instituto Nacional de Salud Mentalpdf [Internet]. [citado 31 de enero de 2018]. Disponible en: [https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression/depression\\_38791.pdf](https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression/depression_38791.pdf)
5. Ramírez-Lucas A, Ferrando M, Sainz A. ¿Influyen los Estilos Parentales y la Inteligencia Emocional de los Padres en el Desarrollo Emocional de sus Hijos Escolarizados en 2º Ciclo de Educación Infantil? *Acción Psicológica*. junio de 2015;12(1):65-78.
6. Cárdenas AM, Sábado RIG. Riesgos psicosociales de salud mental en niños de 0-10 años asistidos en el consultorio del Hospital Provincial de Bengo. Angola. *MULTIMED Rev Médica Granma*. 6 de junio de 2017;21(2):110-9.
7. Rahman A, Surkan PJ, Cayetano CE, Rwagatare P, Dickson KE. Grand Challenges: Integrating Maternal Mental Health into Maternal and Child Health Programmes. *PLoS Med* [Internet]. 7 de mayo de 2013;10(5). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3646722/>
8. Provencal Estarellas ML. Depresión en la vida urbana y en la vida rural. 2013;
9. Cuyán E, José E, Olivos Faya JMR. Estrategia comunitaria para reducir los desequilibrios en la conducta social anómica en los pequeños productores de mango del Centro Poblado Tongorrape, distrito de Motupe-2016. 2017;
10. Ahun MN, Consoli A, Pingault J-B, Falissard B, Battaglia M, Boivin M, et al. Maternal depression symptoms and internalising problems in the offspring: the role of maternal and family factors. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 22 de diciembre de 2017;1-12.
11. Villaseñor Lozano CG. Metodología para la evaluación del riesgo del desarrollo infantil en comunidades vulnerables. 2014;
12. OMS | Salud mental: un estado de bienestar [Internet]. WHO. [citado 21 de enero de 2018]. Disponible en: [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/#](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/#)
13. Soares MVB, Carvalho AMP. Women with mental disorders and motherhood. *Rev Lat Am Enfermagem*. octubre de 2009;17(5):632-8.



14. Guia depresion y ansiedad.pdf [Internet]. [citado 21 de enero de 2018]. Disponible en:  
[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)
15. Otárola PC. Depresión materna y desarrollo infantil. Fam Ter. 2011;
16. Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastorno de ansiedad en Atención Primaria.pdf [Internet]. [citado 22 de enero de 2018]. Disponible en:  
[http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_430\\_Ansiedad\\_Lain\\_Entr\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_430_Ansiedad_Lain_Entr_compl.pdf)
17. Berger C, Milicic N, Alcalay L, Torretti A, Arab M, Justiniano B. Bienestar socio-emocional en contextos escolares: la percepción de estudiantes chilenos. 2009;
18. Bojorquez Chapela I, Salgado de Snyder N. Características psicométricas de la Escala Center for Epidemiological Studies-depression (CES-D), versiones de 20 y 10 reactivos, en mujeres de una zona rural mexicana. Salud Ment. agosto de 2009;32(4):299-307.
19. Sotelo L, Sotelo N, Dominguez S, Padilla O. Análisis psicométrico preliminar de la escala de ansiedad manifiesta (AMAS-A) en adultos limeños. Rev Psicol Psychol. 2012;14(1):31-46.
20. Mata zubillaga D, Suarez Rodriguez A, Torres Hinojal C, carro Serrano A, Ortega Garcia E. Uso del Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ) como instrumento de cribado de trastornos psiquiátricos en la consulta de pediatría de Atención Primaria. Bol Soc PEDIATRÍA Astur Cantab CASTILLA ÓN. 2009;VOL. 49 N° 209.
21. Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado - Hideyo Noguchi» [Internet]. [citado 22 de febrero de 2018]. Disponible en:  
<http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2008-ASM-EESM-SR/index.html#/140>
22. Gómez-Restrepo C, Bohórquez A, Tamayo Martínez N, Rondón M, Bautista N, Rengifo H, et al. Trastornos depresivos y de ansiedad y factores asociados en la población de adolescentes colombianos, Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Rev Colomb Psiquiatr. 1 de diciembre de 2016;45:50-7.
23. Sierra JC, Zubeidat I, Fernández Parra A. Factores asociados a la ansiedad y fobia social. Rev Mal Estar E Subjetividade. septiembre de 2006;6(2):472-517.
24. Simmons LA, Wu Q, Yang N, Bush HM, Crofford LJ. Sources of Health Information among Rural Women in Western Kentucky. Public Health Nurs. 1 de enero de 2015;32(1):3-14.
25. Hillemeier MM, Weisman CS, Chase GA, Dyer A-M. Mental Health Status Among Rural Women of Reproductive Age: Findings From the Central Pennsylvania Women's Health Study. Am J Public Health. 1 de julio de 2008;98(7):1271-9.
26. Gomes VF, Miguel TLB, Miasso AI, Gomes VF, Miguel TLB, Miasso AI. Common Mental Disorders: socio-demographic and pharmacotherapy profile. Rev Lat Am Enfermagem. diciembre de 2013;21(6):1203-11.

27. Paffer AT de, Ferreira H da S, Júnior C, Rego C, Miranda CT de. Prevalence of common mental disorders in mothers in the semiarid region of Alagoas and its relationship with nutritional status. *Sao Paulo Med J*. 2012;130(2):84-91.
28. Parreira BDM, Goulart BF, Haas VJ, Silva SR da, Monteiro JC dos S, Gomes-Sponholz FA, et al. Common mental disorders and associated factors: a study of women from a rural area. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2017 [citado 28 de febrero de 2018];51. Disponible en:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0080-62342017000100423&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0080-62342017000100423&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
29. Cuervo Martínez Á. Pautas de crianza y desarrollo socioafectivo en la infancia. *Divers Perspect En Psicol*. 2010;6(1).
30. Gómez-Restrepo C, Aulí J, Martínez NT, Gil F, Garzón D, Casas G. Prevalencia y factores asociados a trastornos mentales en la población de niños colombianos, Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) 2015. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2016;45:39–49.

## **ANEXOS**

## ANEXO N° 01

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, ..... madre de familia del Centro Poblado de Tongorrape, identificada con DNI N° ....., he sido debidamente informada por los autores **RACCHUMÍ NIMA Anita Luz Mercedes y RAMÍREZ ARMAS Karina Paola**, estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Nacional “PEDRO RUIZ GALLO”, sobre las encuestas que completaré con fines de realizar un estudio, titulado: **“ASOCIACIÓN ENTRE ANSIEDAD Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS MATERNOS, CON EL BIENESTAR SOCIOEMOCIONAL DE SUS HIJOS ENTRE 6 A 12 AÑOS EN EL CENTRO POBLADO DE TONGORRAPE – MOTUPE, SETIEMBRE 2017 – FEBRERO 2018”**, habiendo tenido la oportunidad de aclarar mis dudas acerca del estudio, teniendo en cuenta que la información será de carácter confidencial, y sabiendo que no se pondrá en riesgo en ningún momento mi salud ni la de mi hijo, ni se usará la información encontrada con otros fines adicionales, otorgo mi consentimiento para participar en el estudio, firmando el presente para que así conste.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha\_\_\_/\_\_\_/2018

Nombre de niño/a: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Racchumí Nima Anita Luz Mercedes**

**Ramírez Armas Karina Paola**

## ANEXO Nº 02

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

**Marque con un aspa “X” o llene los espacios correspondientes:**

1. Edad: \_\_\_\_\_ (años)
2. Estado civil: Soltero ( ) Casado ( ) Conviviente ( ) Divorciado ( ) Viudo ( )
3. Número de hijos \_\_\_\_\_
4. Antecedente familiar de trastorno mental diagnosticado: Si( ) No ( ) Padre ( )  
Madre ( ) hermanos ( )
5. Antecedente personal de trastorno mental tratado: si ( ) No ( )  
cual: \_\_\_\_\_

### EVALUACIÓN DE LOS NIVELES SOCIOECONÓMICOS SEGÚN CATEGORÍAS Y NIVELES NACIONALES, VERSIÓN MODIFICADA 2011-2012

1. **¿Cuál es el grado de estudios de Padres? Marque con un aspa (X); para ambos padres (M= Madre y P=Padre)**  
( ) Primaria Completa / Incompleta  
( ) Secundaria Incompleta  
( ) Secundaria Completa  
( ) Superior No Universitario (p. ej. Instituto Superior, otros)  
( ) Estudios Universitarios Incompletos  
( ) Estudios Universitarios Completos (Bachiller, Titulado)  
( ) Postgrado
2. **¿A dónde acude el Jefe de Hogar para atención médica cuando él tiene algún problema de salud?**  
( ) Posta médica / farmacia / naturista  
( ) Hospital del Ministerio de Salud / Hospital de la Solidaridad  
( ) Seguro Social / Hospital FFAA / Hospital de Policía

- ( ) Médico particular en consultorio
- ( ) Médico particular en clínica privada

**3. ¿Cuál de las siguientes categorías se aproxima más al salario mensual de su casa?**

- ( ) Menos de 750 soles/mes aproximadamente
- ( ) Entre 750 – 1000 soles/mes aproximadamente
- ( ) 1001 – 1500 soles/mes aproximadamente
- ( ) > 1500 soles/mes aproximadamente

**4. ¿Cuántas habitaciones tienen su hogar, exclusivamente para dormir?**

\_\_\_\_\_

**5. ¿Cuántas personas viven permanentemente en el hogar? (sin incluir el servicio doméstico) \_\_\_\_\_**

**6. ¿Cuál es el material predominante en los pisos de su vivienda?**

- ( ) Tierra / Arena
- ( ) Cemento sin pulir (falso piso)
- ( ) Cemento pulido / Tapizón
- ( ) Mayólica / loseta / cerámicos
- ( ) Parquet / maderapulida / alfombra / mármol / terraza

## ANEXO Nº 03

### ESCALA DE DEPRESIÓN DEL CENTRO DE ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS

Lea las siguientes frases que describen como usted podría haberse sentido. Marque con una "X" con que frecuencia se ha sentido de esta manera durante la semana pasada: nunca o casi nunca; sólo a veces; de manera moderada; casi todo el tiempo.

DURANTE LA ULTIMA SEMANA	NUNCA O CASI NUNCA (NUNCA O POR 1 DÍA)	SÓLO A VECES (POR 1 O 2 DÍAS)	DE MANERA MODERADA (POR 3-4 DÍAS)	CASI TODO EL TIEMPO (POR 5-7 DÍAS)
Me molestaron cosas que usualmente no me molestan				
Tenía dificultad para mantener mi mente en lo que estaba haciendo				
Me sentía deprimida				
Sentía que todo lo que hacía era un esfuerzo				
Me sentía optimista sobre el futuro				
Me sentí con miedo				
Mi sueño era inquieto				
Estaba contenta				
Me sentí sola				
No tenía ganas de hacer nada				

## ANEXO N° 04

### ESCALA DE ANSIEDAD MANIFIESTA PARA ADULTOS AMAS-A

Este cuestionario contiene una lista de frases. Lea cada frase con atención y piense si lo que dice describe o no su forma de ser. Si usted está de acuerdo con ella, marque su respuesta en SI. Si usted está en desacuerdo, piensa que no describe su forma de ser, marque una X en NO. Como verá, no hay respuestas “correctas” ni “incorrectas”; por tanto, trate de ser lo más sincero posible.

	SI	NO
Me preocupa hacer lo correcto		
Frecuentemente me siento inquieta		
Es frecuente que me preocupe por lo que podría pasarle a mi familia		
Me pongo nerviosa cuando las cosas no salen bien para mi		
Muchas veces me siento acelerada o intranquila		
Es fácil que me sienta mal cuando me llaman la atención		
A veces me preocupo por cosas que en realidad no tienen importancia		
Frecuentemente la gente me dice que soy inquieta		
La vida se está complicando demasiado		
Es fácil que hieran mis sentimientos		
Frecuentemente siento mi cuerpo tenso		
Me preocupa el dinero		
Me preocupa lo que va a pasar		
En este momento me siento nerviosa		
Me cuesta trabajo tomar decisiones		
Me preocupa hacerme vieja		
Me preocupa el futuro		
Mis músculos se sienten tensos en este momento		
Me preocupa cómo me está yendo en el trabajo		
Fácilmente me desespero con los demás		
Me preocupa lo que los demás piensan de mi		
Me cuesta mucho trabajo estar quieta		
Muchas veces me siento cansada		
Me acuesto a dormir preocupado		
Siento que alguien me va a decir que hago las cosas mal		
Me siento preocupada gran parte del tiempo		
Me despierto pensando en mis problemas		
Es frecuente que me sienta estresado		
Parece que los demás hacen las cosas con más facilidad que yo		
Me preocupa la muerte		



## ANEXO Nº 05

### ESCALA DE CAPACIDADES Y DIFICULTADES (SDQ, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

Por favor, ponga una cruz en el cuadro que usted cree que corresponde a cada una de las preguntas: No es cierto, Un tanto cierto, Absolutamente cierto. Nos sería de gran ayuda si respondiese a todas las preguntas lo mejor que pudiera, aunque no esté completamente seguro/a de la respuesta, o le parezca una pregunta rara. Por favor, responda a las preguntas basándose en el comportamiento del niño/a durante los últimos seis meses.

Nombre del niño/a .....

Varón/Mujer

Fecha de nacimiento.....

	No es cierto	Un tanto cierto	Absolutamente cierto
<u>Escala de síntomas emocionales</u> <ul style="list-style-type: none"><li>• A menudo tengo dolor</li><li>• Me preocupo mucho</li><li>• A menudo me siento infeliz, desanimado o lloroso</li><li>• Me siento nervioso/a ante nuevas situaciones</li><li>• Tengo muchos miedos, me asusto fácilmente</li></ul>			
<u>Escala de problemas de conducta</u> <ul style="list-style-type: none"><li>• Frecuentemente tengo rabietas o mal genio</li><li>• Por lo general soy obediente</li><li>• Peleo mucho</li><li>• A menudo me acusan de mentir o hacer trampas</li><li>• Cojo las cosas que no son mías</li></ul>			
<u>Escala de hiperactividad</u> <ul style="list-style-type: none"><li>• Me siento inquieto/a, hiperactivo/a</li><li>• Estoy todo el tiempo moviéndome o soy revoltoso</li><li>• Me distraigo con facilidad</li><li>• Pienso las cosas antes de hacerlas</li><li>• Termino las tareas que estoy haciendo</li></ul>			

<u>Escala de problemas con compañeros/as</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suelo estar solo/a. Prefiero jugar solo/a</li> <li>• Tengo un/a buen/a amigo/a o más de uno</li> <li>• Por lo general le caigo bien a la otra gente de mi edad</li> <li>• Otra gente de mi edad se mete conmigo o se burla de mí</li> <li>• Me llevo mejor con adultos que con compañeros</li> </ul>			
--	--	--	--