

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



RELACIÓN ENTRE NIVELES DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE 12 A 17 AÑOS DURANTE LA RESTRICCIÓN SOCIAL POR EL ESTADO DE EMERGENCIA - AREQUIPA 2021

Tesis presentada por los bachilleres

Barletti Menéndez Florence Giuliana

Canazas Huamani Betsy Briyi

para optar el Título Profesional de

Médico Cirujano

Asesora:

Dr. Cuno Velázquez Lizbeth Marina

**Arequipa – Perú
2022**

DICTAMEN APROBATORIO

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

MEDICINA HUMANA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 26 de Abril del 2022

Dictamen: 005712-C-EPMH-2022

Visto el borrador del expediente 005712, presentado por:

2014100272 - BARLETTI MENENDEZ FLORENCE GIULIANA

2014402522 - CANAZAS HUAMANI BETSY BRIYI

Titulado:

**RELACION ENTRE NIVELES DE ANSIEDAD, DEPRESION Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN
ADOLESCENTES DE 12 A 17 AÑOS DURANTE LA RESTRICCIÓN SOCIAL POR EL ESTADO DE
EMERGENCIA - AREQUIPA 2021**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

**1249 - LLAZA LOAYZA ELISA GLORIA
DICTAMINADOR**

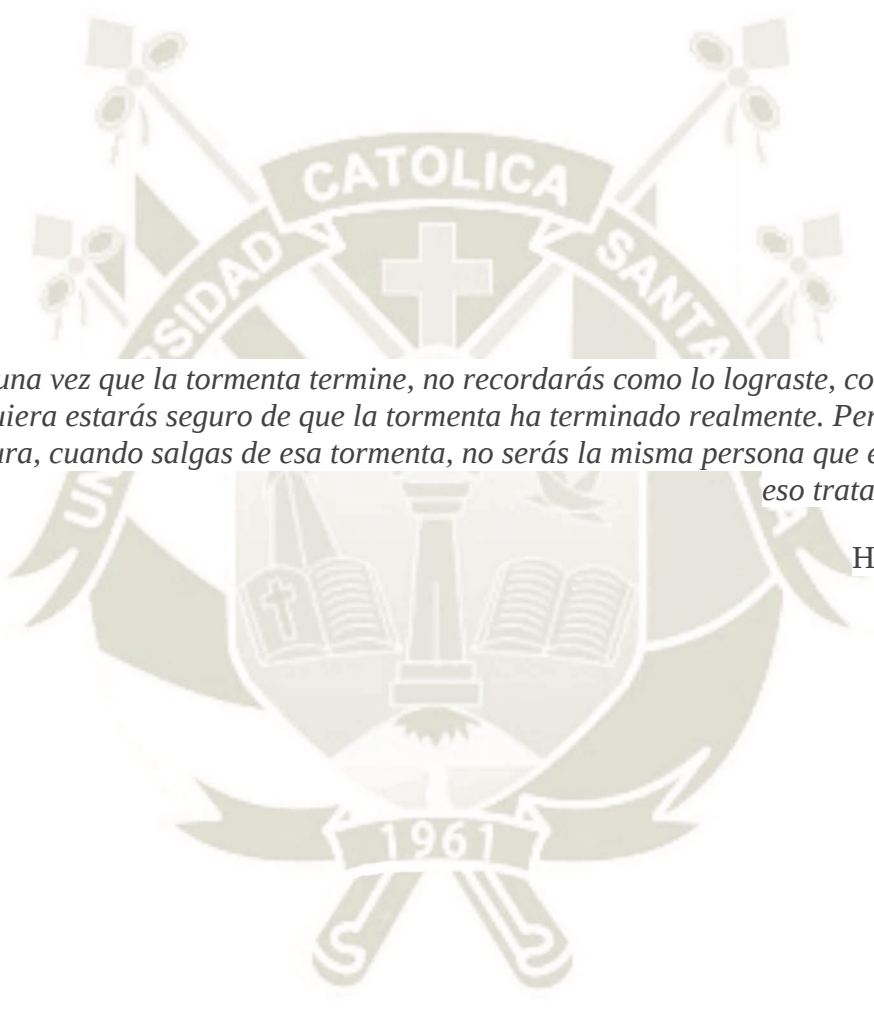


**1301 - FARFAN DELGADO MIGUEL FERNANDO
DICTAMINADOR**



**1335 - ALVARADO ACO JOSE ELISEO
DICTAMINADOR**

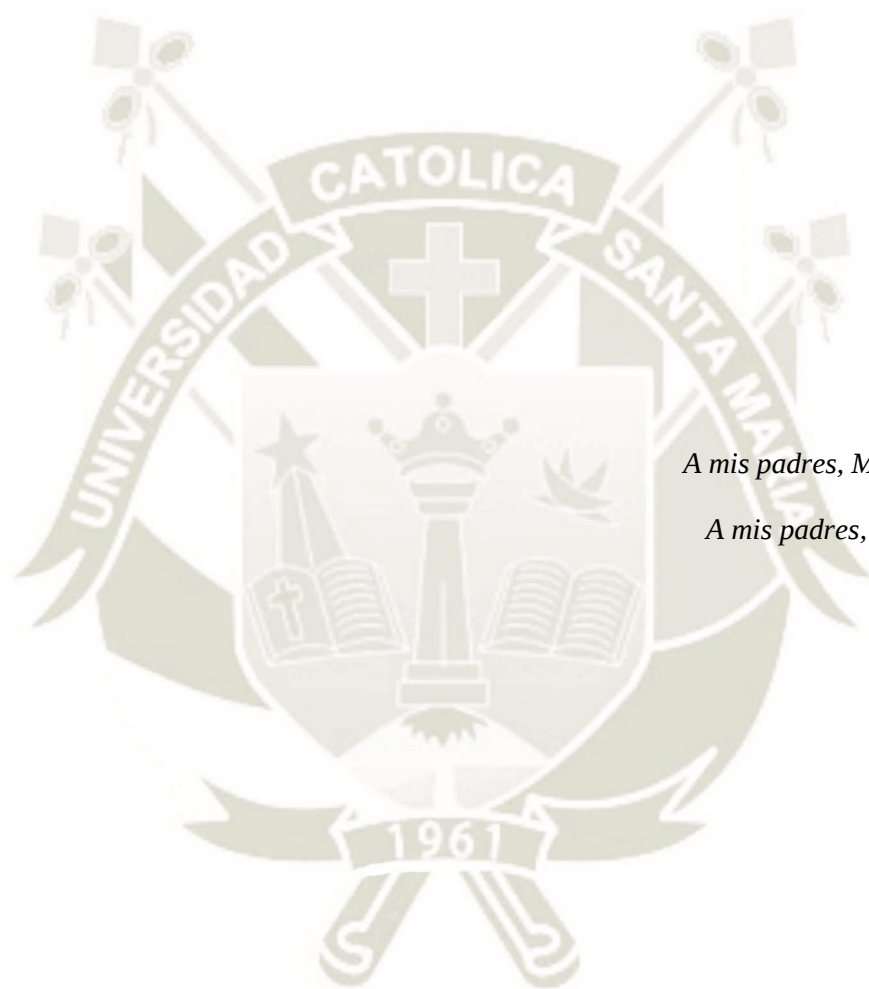




«...Y una vez que la tormenta termine, no recordarás como lo lograste, como sobreviviste. Ni siquiera estarás seguro de que la tormenta ha terminado realmente. Pero una cosa si es segura, cuando salgas de esa tormenta, no serás la misma persona que entró en ella. De eso trata esta tormenta».

Haruki Murakami

DEDICATORIA



A mis padres, Mónica y Guillermo

A mis padres, Antonia y Ricardo

AGRADECIMIENTO



A Dios, por ser quien guía nuestros pasos.

A nuestros padres por su paciencia, cuidado y fe en nosotras

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
DICTAMEN APROBATORIO	ii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE GENERAL	vi
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO	3
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	3
1.1. Enunciado del Problema	3
1.2. Descripción del Problema	3
1.3. Justificación del problema	4
2. OBJETIVOS	6
2.1. General	6
2.2. Específicos	6
3. MARCO TEÓRICO	7
3.1. CONTEXTO Y MEDIDAS SANITARIAS ANTE COVID 19	7
3.2. SALUD MENTAL:	13
3.3. Revisión de antecedentes investigativos	24
4. HIPÓTESIS	29
CAPÍTULO II MATERIAL Y MÉTODOS	29
1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN	29
1.1. Técnicas:	29
1.2. Instrumentos:	29
1.3. Materiales de verificación:	29
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	31
2.1. Ámbito	31
2.2. Unidades de estudio:	31
2.3. Temporalidad:	32
2.4. Ubicación espacial:	32
2.5. Tipo de investigación:	32

2.6. Nivel de investigación:	33
2.7. Diseño de investigación:	33
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	32
3.1. Organización	33
3.2. Recursos	33
3.3. Validación de los instrumentos	34
3.4. Aspectos éticos	36
3.5. Criterios para manejo de resultados	36
CAPÍTULO III. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	59
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	65
REFERENCIAS	65
ANEXOS	74
Anexo 1: Ficha de recolección de datos	75
Anexo 2: Escala para Trastorno de Ansiedad Generalizada	76
Anexo 3: Escala para Trastorno de Depresión	77
Anexo 4: Apgar Familiar de Smilkstein	79
Anexo 5: Comité de ética	80
Anexo 6: Matriz de sistematización de información	79
Anexo 7: Proyecto de tesis	84

RESUMEN

En el presente trabajo de investigación el objetivo del estudio fue determinar la relación entre los niveles de ansiedad-depresión y funcionabilidad familiar en adolescentes de 12-17 años durante la restricción sanitaria por el estado de emergencia en Arequipa. Se encuestó una muestra de 136 adolescentes de 12 a 17 años que cumplieron los criterios de selección. Se aplicó una ficha de datos, la escala para el trastorno de ansiedad generalizada GAD-7, la escala para trastorno de depresión Patient Health Questionnaire (PHQ-9), y el Apgar familiar de Smilkstein. Se compararon las variables con prueba Chi cuadrado y se asocian mediante coeficiente de correlación de Spearman. Encontrando que, de los 136 participantes, la edad promedio fue de 14.49 ± 1.40 años. El 49.26% fueron varones y 50.74% mujeres. El 67.65% de estudiantes tuvieron ansiedad, predominantemente leve (33.09%), con 21.32% de casos con ansiedad moderada y 13.24% con ansiedad severa. El 64.71% tenía síntomas de depresión, aunque leve en 31.62%, moderada en 22.06%, moderadamente severa en 7.35% y severa en 3.68%. La familia se ubicó como funcional en 58.82%, con disfunción moderada en 25% y disfunción grave en 16.18% de adolescentes. En casos donde la familia es funcional, la ansiedad se presenta en 62.50% con 10% de ansiedad severa; cuando la familia tiene disfunción moderada, la ansiedad sube a 70.59%, con 8.82% de casos con ansiedad severa, y cuando la disfunción familiar es grave, el 81.82% presenta ansiedad, siendo severa en 31.82% ($\rho < 0.30$; $p > 0.05$). En familias funcionales, el 52.50% mostró síntomas de depresión, de predominio mínimo (31.25%) con solo 2.50% con depresión severa. Cuando la familia tiene disfunción moderada, el 79.41% presentó síntomas de depresión, aunque ninguno con depresión severa, y en la disfunción familiar grave, el 86.36% mostró síntomas de depresión y de ellos 13.64% mostró síntomas de depresión severa ($\rho > 0.30$; $p < 0.05$). Concluyendo que existen altas frecuencias de ansiedad y depresión entre estudiantes adolescentes, y relación directa entre la función familiar con la severidad de síntomas depresivos.

PALABRAS CLAVE: ansiedad, depresión, función familiar, adolescentes, confinamiento.

ABSTRACT

The objective of this study was to determine the relationship between levels of anxiety-depression and family functioning in adolescents aged 12-17 years during the state of emergency health restriction in Arequipa. A sample of 136 adolescents aged 12-17 years who met the selection criteria was surveyed. A data sheet, the GAD-7 generalized anxiety disorder scale, the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) depressive disorder scale, and the Smilkstein family Apgar were applied. The variables were compared with Chi-square test and associated by Spearman correlation coefficient. We found that, of the 136 participants, the mean age was 14.49 ± 1.40 years old. The 49.26% were males and 50.74% were females. 67.65% of students had anxiety, predominantly mild anxiety (33.09%), with 21.32% of cases with moderate anxiety and 13.24% with severe anxiety. 64.71% had symptoms of depression, although mild in 31.62%, moderate in 22.06%, moderately severe in 7.35% and severe in 3.68%. The family was found to be functional in 58.82%, with moderate dysfunction in 25% and severe dysfunction in 16.18% of adolescents. In cases where the family is functional, anxiety is present in 62.50% with 10% severe anxiety; when the family has moderate dysfunction, anxiety rises to 70.59%, with 8.82% of cases with severe anxiety, and when family dysfunction is severe, 81.82% present anxiety, being severe in 31.82% ($\rho < 0.30$; $p > 0.05$). In functional families, 52.50% showed symptoms of depression, of minimal predominance (31.25%) with only 2.50% with severe depression. When the family has moderate dysfunction, 79.41% showed symptoms of depression, although none with severe depression, and in severe family dysfunction, 86.36% showed symptoms of depression and of them 13.64% showed symptoms of severe depression ($\rho > 0.30$; $p < 0.05$). Concluding that there are high frequencies of anxiety and depression among adolescent students, and direct relationship between family function with the severity of depressive symptoms.

KEY WORDS: anxiety, depression, family function, adolescents, confinement.

INTRODUCCIÓN

“La enfermedad del coronavirus tipo 2 del síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV-2), también conocida como COVID-19, estalló por primera vez en Wuhan, provincia de Hubei, China, en diciembre de 2019 y se extendió rápidamente por todo el mundo hasta ser declarada una emergencia de salud pública internacional por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Al 31 de julio de 2021, más de 195 millones de personas han sido infectadas por el virus en el mundo” (1).

“La llegada de la pandemia de la COVID-19 al Perú, en marzo de 2020, hizo que se impusieran estrictas medidas para su control y prevención. El estado de emergencia y la cuarentena decretada por el gobierno, así como el cierre de fronteras, el cierre del servicio escolar y superior y de gran parte de la actividad comercial, obligaron a la población residente en el país a su confinamiento” (2).

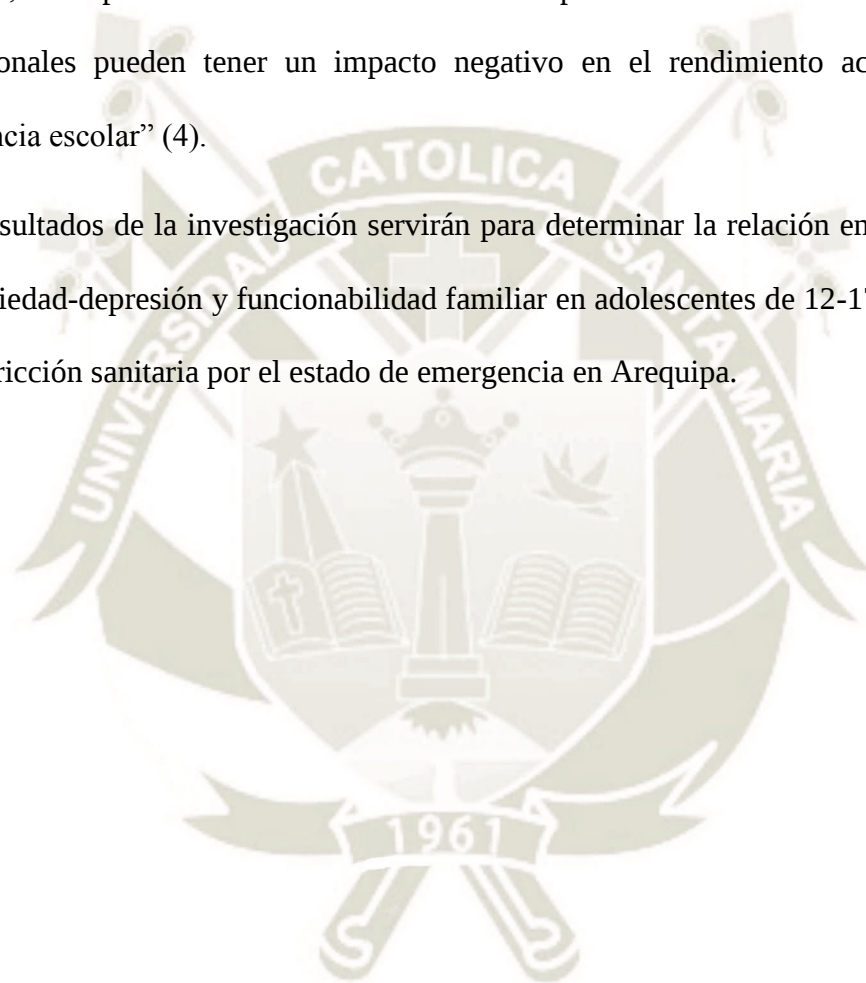
“La salud mental es un componente esencial de la salud para el bienestar individual y el funcionamiento eficaz de la comunidad. Los adolescentes con buena salud mental pueden desarrollarse con confianza en sí mismos en la edad adulta, y con esto tener la capacidad de hacer frente a la adversidad” (3).

“Los trastornos de salud mental representan el 16% de la carga mundial de enfermedades y lesiones entre las personas de 10 a 19 años. A nivel mundial, la depresión es la cuarta causa principal de enfermedad y discapacidad entre los adolescentes de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años, y la decimoquinta entre

los de edades comprendidas entre los 10 y los 14. La ansiedad es la novena causa principal entre los adolescentes de 15 a 19 años, y la sexta para los de 10 a 14” (3).

“La depresión en niños y adolescentes constituye el mayor problema de salud pública en el Perú, tanto por el aumento de los casos como por sus consecuencias. Los trastornos emocionales pueden tener un impacto negativo en el rendimiento académico y la asistencia escolar” (4).

Los resultados de la investigación servirán para determinar la relación entre los niveles de ansiedad-depresión y funcionabilidad familiar en adolescentes de 12-17 años durante la restricción sanitaria por el estado de emergencia en Arequipa.



CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Enunciado del Problema

¿Cuál es la relación entre niveles de ansiedad, depresión y funcionalidad familiar en adolescentes de 12 a 17 años durante la restricción social por el estado de emergencia en Arequipa 2021?

1.2. Descripción del Problema

a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Psiquiatría
- Línea: Salud mental

b) Análisis de Variables

Variable	Indicador	Unidad / Categoría	Escala
Variables dependientes			
Nivel de ansiedad	Puntaje del test GAD-7	Leve Moderado Severo	Ordinal
Nivel de depresión	Puntaje del test PHQ-9	Ninguno Leve Moderado Moderadamente	Ordinal

		severo Grave	
Variable independiente			
Grado de funcionabilidad familiar	Puntaje del test APGAR	Alta Moderada Severa	Ordinal
Variables intervinientes			
Edad	Fecha de nacimiento	Años	Discreta
Sexo	Caracteres sexuales secundarios	Masculino Femenino	Nominal

c) Interrogantes básicas

1. ¿Cuál es el nivel de ansiedad en adolescentes de 12 a 17 años durante la restricción sanitaria por estado de emergencia?
2. ¿Cuál es el nivel de depresión en adolescentes de 12 a 17 años durante la restricción sanitaria por estado de emergencia?
3. ¿Cuál es el nivel de funcionabilidad familiar en adolescentes de 12 a 17 años durante la restricción sanitaria por estado de emergencia?
4. ¿Cuál es la relación entre los niveles de ansiedad y la funcionabilidad familiar en adolescentes de 12 a 17 años durante la restricción sanitaria por estado de emergencia?
5. ¿Cuál es la relación entre los niveles de depresión y la funcionabilidad familiar en adolescentes de 12 a 17 años durante la restricción sanitaria por estado de emergencia?

1.3. Justificación del problema

La presente investigación busca analizar si los niveles de ansiedad y depresión

afectan en la funcionalidad de los adolescentes de 12 a 17 años en etapa escolar durante las restricciones sanitarias dadas por el estado de emergencia, ya que al ser la COVID-19 una enfermedad reciente y de constante evolución, la mayoría de las investigaciones están orientadas a evaluar al personal de salud, sin embargo, en la ciudad de Arequipa no se han realizado estudios sobre como estas medidas de restricción sanitaria pueden afectar en la salud mental de la población adolescente.

Así mismo, estos problemas en la salud mental generarán un impacto negativo a futuro en la sociedad, aumentando la cantidad de personas que necesiten atención psiquiátrica y psicológica, lo cual afectará más al sistema de salud público del estado, el cual ya se encuentra colapsado a causa de la pandemia, por ello es importante ver la repercusión de la COVID -19 en la salud mental de los adolescentes, para poder tomar medidas preventivas y promocionales, disminuyendo la tasa de enfermedades psiquiátricas a causa de la pandemia. Es por estos motivos que hemos decidido realizar esta investigación.

Así mismo, nuestra investigación nos permitirá saber si existe una relación directa entre los niveles de ansiedad, depresión y funcionalidad familiar en los adolescentes para así poder aplicar medidas de prevención y control oportuno en este grupo etario.

En tal sentido, para desarrollar esta investigación contamos con todos los materiales necesarios, además del apoyo por parte de los centros educativos.

2. OBJETIVOS

2.1. General

Determinar la relación entre los niveles de ansiedad-depresión y funcionabilidad familiar en adolescentes de 12-17 años durante la restricción sanitaria por el estado de emergencia en Arequipa.

2.2. Específicos

- 1) Conocer los niveles de ansiedad en adolescentes de 12 a 17 años durante la restricción sanitaria por estado de emergencia.
- 2) Conocer los niveles de depresión en adolescentes de 12 a 17 años durante la restricción sanitaria por estado de emergencia.
- 3) Describir la funcionabilidad familiar en adolescentes de 12 a 17 años durante la restricción sanitaria por estado de emergencia.
- 4) Determinar la relación entre los niveles de ansiedad y la funcionabilidad familiar en adolescentes de 12 a 17 años durante la restricción sanitaria por estado de emergencia.
- 5) Determinar la relación entre los niveles de depresión y la funcionabilidad familiar en adolescentes de 12 a 17 años durante la restricción sanitaria por estado de emergencia.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. CONTEXTO Y MEDIDAS SANITARIAS ANTE COVID 19

3.1.1. COVID-19

“La enfermedad del coronavirus tipo 2 del síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV-2), se presentó por primera vez en Wuhan, provincia de Hubei, China, en diciembre de 2019 y debido a su veloz propagación se declaró emergencia de salud pública internacional por la Organización Mundial de la Salud (OMS)” (1).

“La primera vez que los coronavirus fueron descritos fue en 1966 por Tyrell y Bynoe, producto de un cultivo de virus en pacientes con resfriados comunes, contienen ARN monocatenarios y con envoltura positiva, no segmentado y envuelto, pueden ser transmitidos a humanos y a una amplia gama de animales” (5).

“Debido a su forma de viriones esféricos con una capa central y proyecciones superficiales similares a una corona solar, se denominaron coronavirus” (6).

3.1.2. Patogénesis

“El SARS-CoV-2 presenta formas clínicas que van desde asintomáticas hasta insuficiencia respiratoria con necesidad de ventilación mecánica, que puede llevar al paciente a la sepsis, choque séptico y falla multiorgánica” (7).

“Son múltiples los factores que influyen de forma negativa en la gravedad de esta enfermedad y en su mortalidad: la edad avanzada, patologías previas: enfermedad

cardiovascular, diabetes descompensada, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), hipertensión arterial, neoplasias, situaciones de inmunosupresión” (7).

Sin embargo, en los niños y adolescentes menores de 18 años las frecuencias de infección son iguales que en adultos, pero el cuadro clínico es leve y con mortalidad mínima (7).

3.1.3. Epidemiología

“Desde que se confirmaron >50 casos de neumonía aguda por COVID- 19 en un mercado de mariscos en Wuhan, el virus se extendió a múltiples países y el constante aumento de los casos nos indica que la enfermedad se sigue propagando a millones de personas, sin contar las asintomáticas y las no registradas” (8).

“El 11 de marzo de 2020 la OMS declaró al COVID-19 como una pandemia”
(8).

“A partir del 15 de marzo de 2020, hubo un incremento en los casos y en la mortalidad por este virus, alcanzando a finales de marzo una tasa de mortalidad > 18 %”
(8).

“En Perú, se reportó el primer caso de COVID-19, el viernes 6 de marzo de 2020 en el primer informe elaborado por la máxima autoridad del Sistema Nacional de Control” (9).

“El 15 de marzo de 2020, se emitió el primer Decreto Supremo (N° 044-2020-PCM) que dispuso 15 días de aislamiento en todo el país, que se fue extendiendo indefinidamente debido al rápido incremento de personas infectadas y fallecidas.

Nuestro país quedó en pausa y ha habido grandes efectos en la economía y comercio en todo el mundo, así como en la vida cotidiana de las personas por lo que podría ser la mayor tragedia humana que hemos vivido desde la Segunda Guerra Mundial” (9).

3.1.4. Medidas sanitarias

“Después de la alerta epidemiológica dada por la OMS, el gobierno de nuestro país también tomó acciones para contener la diseminación del virus, como la restricción del libre desplazamiento, toque de queda, protocolos de limpieza y desinfección en todos los espacios, cierre de fronteras; sin embargo, a pesar de todo esto, el Perú se posicionó como el segundo país en América Latina con más contagios registrados” (9).

“Sabiendo que el 20.7 % de la población peruana mayor de 12 años padece algún tipo de trastorno mental, el equipo del MINSA por medio de la Resolución Ministerial N° 186-2020-MINSA, proporcionó la “Guía técnica para el cuidado de la salud mental de la población afectada, familias y comunidad, en el contexto del COVID-19”, con el objetivo de disminuir el impacto psicológico de la pandemia en la población vulnerable a través de promoción, prevención, diagnóstico oportuno y el tratamiento en salud mental” (10).

3.1.5. Estilos de vida y convivencia durante la emergencia sanitaria

“Debido a las restricciones los colegios tuvieron que cerrar sus puertas e iniciar una enseñanza totalmente virtual, en Perú esto hizo evidente la desigualdad en el acceso a los recursos tecnológicos por lo que el gobierno tuvo que tomar medidas en economía y gestión para adaptarse a la nueva situación, algo que no se logró conseguir a pesar del

tiempo y el esfuerzo invertidos, y así de un momento a otro los niños y adolescentes pasaron de tener 8 horas diarias de interacción social con compañeros de su misma edad y con quienes tenían intereses similares, a estar frente a una pantalla por tiempo indefinido de clases y actividades, además de asociar el ocio a más horas de navegación en internet y redes sociales, que convirtieron a esta generación en sedentaria” (11).

El aislamiento social repentino trajo consigo una situación de estrés en niños y adolescentes, que tienen mayor riesgo de presentar *“problemas en su salud mental tales como alteraciones en su comportamiento, síntomas ansioso-depresivos, trastornos del apetito y patrones de sueño irregulares, entre otros”* (10).

A) Tiempo frente a la pantalla

“El consumo de la tecnología es variable de acuerdo con la edad, como medio de distracción es más usado en los primeros años de vida, en que los padres exponen a sus hijos a un consumo prolongado de programas de televisión; cuando comienza la etapa escolar este consumo disminuye ya que los niños empiezan a participar de juegos recreativos y actividades académicas que ocupan la mayor parte de su día; durante la adolescencia se incrementa el uso de internet a través de teléfonos móviles y computadoras que son el medio actual más eficiente tanto para adquisición de nuevos conocimientos como para mantener contacto con otras personas y tener una vida social activa” (11).

“Durante la pandemia se produjo el cierre de escuelas y universidades, iniciando la educación virtual, que convirtió el acceso a internet y a dispositivos con tecnología moderna en un recurso vital para obtener beneficios educativos. Además, esta misma

tecnología sirvió para que muchas personas se mantuvieran socialmente conectados con amigos y familiares en una época difícil y con opciones limitadas” (12).

B) Cambios en las horas de sueño

“Los trastornos del sueño pueden tener un gran impacto en la capacidad de atención, la salud emocional, la función inmunológica y el rendimiento académico” (13).

“Entre los 5 y 17 años, se debería dormir ininterrumpidamente de 9 a 11 horas, menos de esto se relaciona con enfermedades cardíacas y metabólicas además de deterioro de la salud mental que se ve reflejado en momentos de irritabilidad, ansiedad o pánico, todo esto incrementado por el aislamiento debido a la pandemia de COVID- 19” (13).

“Como ya mencionamos el tiempo frente a la pantalla se ha incrementado y esto tiene un efecto en la falta de sueño ya que afecta la producción de melatonina por lo que el ciclo sueño – vigilia se ve alterado impidiendo el descanso necesario para la renovación de energías ya gastadas y necesarias para un nuevo día” (12).

“Esta alteración en el sueño se puede relacionar con una situación emocional que podría tener un impacto negativo en la atención, memoria y concentración, si es que no le tomamos interés y no le damos adecuado seguimiento” (12).

C) Cambios en la recreación y actividad física

“La actividad física se asocia con numerosos beneficios para el crecimiento y desarrollo de niños y adolescentes. Entre los 5 y 17 años debería emplearse 60 minutos diarios en actividad física moderada y más horas de caminata o juego, estos ayudan a adquirir nuevas habilidades sobre el cuerpo y la mente que tendría influencia directa en la disminución de la ansiedad y el estrés” (13).

“No se sabe con certeza el cambio en los niveles de actividad física que hubo durante la pandemia, pero se ha visto en algunos estudios que debido a las restricciones que limitaron el contacto físico y social, la población dejó de asistir a gimnasios, practicar deportes en equipo e incluso organizar actividades en familia debido a que tanto padres e hijos pasan incalculables horas diarias frente a una pantalla” (13).

D) Convivencia

“Los niños y adolescentes son los más afectados psicológicamente por la pandemia, permanecer aislados en sus hogares es una carga mental muy difícil de sobrellevar. Y es que cada niño vive una diferente realidad, hijos de padres solteros trabajadores y tengan que permanecer largas horas en soledad, hijos de personal de salud con mayor exposición al contagio y posibilidad de fallecer por la enfermedad e inevitablemente hijos de padres maltratadores que están confinados con su agresor” (14).

“Y aunque físicamente la pandemia ha pasado casi imperceptible por nuestros infantes, mentalmente ha causado estragos en una etapa de la vida donde se adquieren capacidades para hacer frente al futuro, donde se fortalecen los valores y la moral” (14).

Es fundamental el apoyo de los padres para que los niños puedan ver dentro de sí mismos su fortaleza, para que no olviden que somos una sociedad y que nos ayudamos unos a otros y aunque han sido separados abruptamente del mundo, puedan aprender esta lección para cuando se reinserten en la sociedad, tal y como escribió Haruki Murakami: *“Cuando salgas de la tormenta, no serás la misma persona que entró. De eso se trata esta tormenta”* (14).

3.2. SALUD MENTAL:

“Se define salud mental como la capacidad de manejar las emociones de manera adecuada y lograr superar los obstáculos de la vida diaria, haciendo uso de habilidades adquiridas a lo largo de la vida, cuando esta se ve alterada, se producen cambios en el comportamiento y en el estado emocional de las personas, manifestándose a través de la aparición de distintos trastornos entre los que destacan la ansiedad y depresión” (15).

De acuerdo con la OMS, la salud mental es un *“Estado de bienestar donde la persona es capaz de desarrollar su potencial, hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva y contribuir a su comunidad”* (16).

“Para una adecuada salud mental se necesita la presencia de factores sociales, psicológicos y biológicos positivos, esto lleva a un crecimiento intrínseco individual que contribuye directamente en el desarrollo y mejora de la sociedad” (16).

“La alteración en la salud mental de niños y adolescentes es de difícil diagnóstico, considerado a veces un reto clínico, por la presentación atípica de los síntomas” (15).

3.2.1. Trastorno de ansiedad:

3.2.1.1. Definición

“La ansiedad es una respuesta natural frente a situaciones de peligro real o imaginario, que ayuda a la adaptación y supervivencia del ser humano. Se convierte en un trastorno cuando presenta mayor duración e intensidad desproporcionada a la situación, incapacitando a la persona y afectando su vida diaria” (17).

“Su etiología es variada y está relacionada con factores genéticos, ambientales, familiares y sociales, además puede ser desencadenada tanto por factores extrínsecos e intrínsecos como imágenes, recuerdos, personas, lugares asociados a la persona que la padece” (18).

3.2.1.2. Epidemiología

“Es el trastorno más frecuente en la infancia y adolescencia con una prevalencia que oscila entre el 6 y 20%, su presencia es mayor en niñas que en niños, en una relación de 3:1 respectivamente” (18).

“Según el Manual Diagnóstico Y Estadístico De Los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-V) los trastornos de ansiedad más habituales en la infancia son: Trastorno por Ansiedad de Separación 4% (TAS), Trastorno por Ansiedad Generalizada 3-4 % (TAG), Fobias específicas 4%, Fobia social 1%, Trastorno de pánico 0.6% y en menor medida, el mutismo selectivo y la agorafobia” (18,19).

“La comorbilidad es este trastorno es muy frecuente, pudiendo padecer el mismo paciente varios trastornos ansiosos y/o la comorbilidad con otros trastornos en mayor frecuencia la depresión” (20).

3.2.1.3. Clínica

“Es de manifestación atípica y varía según el grupo etario y grado de desarrollo cognitivo de cada niño” (18).

“En adolescentes se presentan síntomas parecidos agregándose mareos, dolor torácico, y miedos sociales, aparecen también síntomas de despersonalización (sentimiento de vacío y extrañeza hacia uno mismo) y desrealización (se percibe el mundo como algo imaginario)” (18).

3.2.1.4. Diagnóstico

“Es de difícil diagnóstico, ya que, generalmente, los niños y adolescentes que padezcan de trastornos de ansiedad llegan a la consulta manifestando quejas somáticas con la presencia de síntomas neurológicos, gastrointestinales y/o cardiovasculares, orientando al médico más hacia otras patologías alejándose del diagnóstico de Trastornos de ansiedad, también , la dificultad de los niños para expresar bien sus síntomas, el inicio y desencadenante va a dificultar la valoración objetiva del pediatra de los síntomas en relación a los cuadros ansiosos” (20).

“El diagnóstico de los trastornos de ansiedad es fundamentalmente clínico y se realiza siguiendo los criterios diagnósticos de las clasificaciones internacionales: CIE 11

y DSM-V (18) pero también existen otras escalas clínicas que pueden ayudar a la detección de estas patologías, siendo una de las más utilizadas la escala STAIC (State-Trait Anxiety Inventory for Children) o cuestionario de ansiedad “ESTADO-RASGO” para niños, que evalúa la ansiedad en el momento actual y la predisposición que tiene el niño a sufrir de ansiedad respectivamente” (20).

3.2.1.5. Tratamiento

“El tratamiento de los trastornos de ansiedad es multidisciplinario y debe tener un enfoque terapéutico global, tiene como objetivo disminuir la sintomatología, evitar complicaciones a larga data, prevenir la aparición de comorbilidades y desarrollo de trastornos depresivos y ansiosos en la edad adulta” (18).

“De primera elección tenemos el tratamiento médico en el cual se encuentra la psicoterapia teniendo mejores resultados la psicoterapia cognitivo-conductual, esta va a variar de acuerdo con la edad del paciente, ya que cuanto más pequeño sea el niño debe de haber mayor intervención por parte de los padres” (18,21).

“En segunda línea se encuentra el tratamiento farmacológico para niños con trastornos de ansiedad de grado moderado o grave y con fracaso al tratamiento médico, siendo de elección los ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina) (21), la elección del medicamento dependerá del médico tratante pero la edad recomendada para el uso de fármacos varía de acuerdo al fármaco que se desea usar, la sertralina se usa en niños de 6 años, la fluoxetina en niños mayores de 7 años, la

fluvoxamina para niños a partir de 8 años y el escitalopram para adolescentes a partir de 12 años” (18).

3.2.2. Depresión

3.2.2.1. Definición

“La depresión mayor es una alteración negativa en el estado de ánimo de la persona, se presenta de forma episódica pero recurrente, está constituido por un conjunto de diversos síntomas, entre los que predominan los de tipo afectivo, como sentimientos de desesperanza, apatía, tristeza desproporcionada, irritabilidad, pérdida de disfrute de las actividades que antes eran satisfactorias o de actividades cotidianas, sensación subjetiva de malestar general y anhedonia; sin embargo, también pueden presentar síntomas de tipo cognitivo, volitivo y físicos entre los que destacan la falta de energía, la dificultad para concentrarse en todo tipo de actividad, alteraciones en la memoria y alteraciones del apetito y el sueño, pudiendo verse aumentados o disminuidos (18,21,22), con todos estos síntomas relacionados, se verá afectada la parte afectiva de la persona teniendo una repercusión negativa en el funcionamiento global del paciente” (18). “La depresión se considera que es de etiología multifactorial, y se han descrito múltiples causas las cuales se dividen en factores genéticos, factores ambientales, eventos vitales o traumáticos y las características de la personalidad” (21).

3.2.2.2. Epidemiología

“La prevalencia de depresión en niños y adolescentes depende de varios factores entre los que se encuentran: la población que los rodea, el periodo de tiempo, el informante que puede ser el padre, el niño o ambos, y los criterios que van a ser utilizados para su diagnóstico” (29). “En términos generales se considera que la depresión tiene una relación directa con la edad, en niños prepuberales alrededor del 1 al 2% sufre de depresión y aproximadamente el 5% de adolescentes han sufrido en algún momento de su vida una depresión clínicamente significativa” (18).

“En edades prepuberales, el grado de depresión no varía de acuerdo con el género, pero es en la adolescencia donde las mujeres aumentan el riesgo de padecerla, en una relación de 2:1 con respecto al género masculino” (25,29). “Es considerada como uno de los principales factores de riesgo de suicidio en los adolescentes” (21).

“Al igual que en el trastorno de ansiedad la depresión también está fuertemente asociada con otros trastornos psicopatológicos aproximadamente en un 40 y 90%, destacando la comorbilidad con los trastornos de ansiedad, problemas en la conducta, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, TOC y dificultades en el aprendizaje” (21,22).

3.2.2.3. Clínica

“En la clínica base se tiene similitudes con las manifestaciones de un adulto, pero al ser niños y adolescentes van a presentar síntomas que varían según su edad” (18).

“En la adolescencia, los síntomas suelen ser similares a los de la época escolar, pero pueden aparecer otros síntomas de acuerdo con su edad como son: presencia de conductas disóciales, como el exceso de consumo de alcohol, drogas y otros tipos de sustancias, agresividad y trastornos de conducta alimentaria. Es en esta edad donde aparecen con más frecuencia la ideación y los intentos autolíticos, como cortes en su mayoría superficiales, golpearse contra las paredes, quemarse, pellizcarse, rasguñarse, etc.” (18,21).

“Al estar asociado con varias comorbilidades, los niños y adolescentes presentaran también síntomas ansiosos y manifestaciones somáticas (cefaleas, dolores musculares, cansancio, dolor abdominal, parálisis, etc.), por ello es muy importante prestar atención en la consulta a los síntomas considerados como “inexplicables” para alguna otra patología médica y que presenten pruebas complementarias normales” (18).

3.2.2.4. Diagnostico

“Para el diagnóstico de depresión mayor, se debe realizar una detallada entrevista clínica y exploración psicopatológica, utilizando cuestionarios como apoyo y método de cribado, para poder detectar a tiempo a los niños y adolescentes que sufran de depresión mayor” (18). “Es importante enfocar la entrevista clínica de acuerdo a la edad del paciente, con el fin de lograr que exprese sus ideas adecuadamente, para ello podemos ayudarnos de técnicas verbales y no verbales, en especial en la primera infancia, ya que es la etapa en donde es más complicado establecer una comunicación fluida con el niño” (18).

“El diagnóstico de depresión en la infancia sigue los mismos criterios diagnósticos que en la edad adulta, por eso, en niños pequeños y escolares, se debe explorar los síntomas nucleares de forma adaptada a la edad (21), dichos criterios están establecidos por la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y por la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-V) teniendo ambos como criterio fundamental la presencia de un episodio o ánimo depresivo durante dos semanas seguidas” (18,21,22).

- Según la CIE-10: *“Se establece que el episodio depresivo debe tener una duración de al menos dos semanas y deben de estar presentes como mínimo dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión: ánimo depresivo, pérdida de interés o de la capacidad para disfrutar (anhedonia), aumento de la fatigabilidad”* (18).
- Según el DSM-V: *“Un estado de ánimo depresivo y/o irritable, o una disminución del interés o de la capacidad para el placer que está presente la mayor parte del día durante las 2 últimas semanas, y que se acompaña de cinco de los siguientes síntomas: pérdida o ganancia de peso, insomnio, enlentecimiento motor o agitación psicomotriz, fatiga, sentimientos de inutilidad o culpa, dificultades para concentrarse y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio”* (21).

3.2.2.5. Tratamiento

La guía de la American Academy of Children and Adolescent Psychiatry (AACAP) recomienda diferentes intervenciones según la gravedad de la depresión. “En depresión leve, dar terapia de apoyo con vigilancia de la respuesta durante las primeras 6-8 semanas. En depresión moderada, iniciar terapia cognitivo-conductual y/o un antidepresivo. Y en depresión severa, recomienda antidepresivo inicialmente siempre asociado con algún tipo de psicoterapia” (21,23).

La guía de la National Collaborating Centre for Mental Health (NCCMH) del Reino Unido recomienda “psicoterapia como primera línea en cualquier tipo de gravedad de la depresión durante 12 semanas, y luego poder evaluar, si no hay respuesta, la necesidad de un antidepresivo” (21,24).

“El tratamiento psicoterapéutico es similar al del trastorno de ansiedad, si bien existen una gran variedad de terapias, la más utilizada y con mejores resultados es la terapia Cognitivo-Conductual (TCC), esta debe adaptarse a la edad del niño, y puede ser individual, grupal o familiar” (18).

“En el tratamiento farmacológico se utilizan los antidepresivos como herramienta importante; sin embargo, muchos de estos como los antidepresivos tricíclicos pueden ser eficaces en los adultos, mas no lo son en niños” (22).

“El único fármaco aprobado por las principales agencias reguladoras, y por tanto el fármaco de elección, es la fluoxetina (ISRS) (21), el cual puede ser usado en pacientes a partir de los 8 años” (18).

3.2.3. Funcionabilidad familiar

“La familia es un sistema que a su vez se compone de subsistemas; el primero de ellos el conyugal (papá y mamá), el segundo paternofilial (padres e hijos) y el fraternal (hermanos). Todas las familias tienen características que las pueden hacer distintas o similares a otras, algunas características tipológicas son: la composición (nuclear, extensa o compuesta) y el desarrollo (tradicional o moderno)” (25).

“La familia por si sola es un contexto muy complicado e integrador, en la que interactúan diversos sistemas biológicos, psicosociales y ecológicos en las que se ejecutan los procesos fundamentales del desarrollo humano” (26).

“La Funcionalidad Familiar o una familia funcional, es aquella que logra promover el desarrollo integral de sus miembros, es en donde se dan las condiciones para el inicio y fortalecimiento de las habilidades sociales en los adolescentes (26), las familias funcionales se definen, por ser sanas y por presentar una comunicación clara, y directa, delimitan roles entre sus miembros, habilidad para resolver inconvenientes, cohesión, comprensión y solidaridad, lo que les permite avanzar” (27). “La familia disfuncional, es aquella que se caracteriza por el fracaso en los papeles parenterales, ausencia total de reglas explícitas, los límites son generalmente confusos, y presencia de crisis cíclicas y repetitivas” (26).

“Dentro de la familia, se pueden evidenciar tanto factores de riesgo como de protección hacia el adolescente, los factores de riesgo hacen referencia a las características internas y/o externas del individuo, que aumentan la probabilidad o predisposición de que se produzca un determinado fenómeno. Asimismo, la falta de apoyo, el trato violento, la deserción escolar y la poca estancia en el hogar que experimentan los adolescentes, forman parte de dichos factores. Los factores de

Protección son relaciones familiares basadas en la comunicación, factores psicológicos o sociales que modifican la acción de un factor de riesgo para desestimular o evitar la aparición de algún problema en las personas” (25).

“Las relaciones distantes aumentan la probabilidad de conductas tales como el consumo descontrolado de sustancias psicoactivas (drogas, alcohol, tabaco), delincuencia, deserción escolar y relaciones sexuales precoces, cuando las relaciones familiares no son armónicas surgen dificultades de adaptación y problemas de comportamiento en los adolescentes que a su vez impactan recíprocamente en la funcionalidad familiar; mientras que las relaciones afectivas aumentan significativamente la seguridad, la autoestima, el autoconcepto y factores determinantes en el desarrollo de destrezas emocionales, cognitivas y sociales del adolescente , tienen un grado alto de adaptabilidad, una fuerte vinculación emocional entre sus miembros y mayor satisfacción familiar, perciben mayor apoyo en cuanto a sus relaciones personales significativas” (25).

3.2.3.1. Instrumentos para evaluar funcionabilidad familiar:

“El APGAR familiar es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global es un cuestionario de cinco preguntas, que evalúa cinco funciones básicas de la familia considerada las más importantes por el autor: Adaptación, Participación, Gradiente de recurso personal, Afecto, y Recursos. Estos cinco elementos son muy importantes, considerando su presencia en toda la tipología de los diferentes tipos de familia,

pudiendo ser en base a su estructura, desarrollo, integración o en base a su demografía” (28).

3.2.3.2. Cuando aplicar el Apgar familiar

“Pacientes polisintomáticos, en los cuales se perciba un componente predominantemente psicosocial de las dolencias, particularmente en la ansiedad o depresión. En Grupos familiares o pacientes crónicos. Cuando es necesaria la participación de la familia en el cuidado de un paciente. A los integrantes de una familia que atraviesa una crisis del diario vivir. A los miembros de familias problemáticas” (28).

3.3. Revisión de antecedentes investigativos

3.3.1. A nivel local

3.3.1.1. Autor(es): “Lazo De La Vega Lizarraga, A. C.” (29).

Título: “Nivel de ansiedad y depresión debido al confinamiento por COVID-19 en adolescentes del 4^{to} año de secundaria del colegio Nuestra Señora de Fátima” (29).

Resumen: “**Objetivos:** Describir el nivel de ansiedad y depresión asociado al confinamiento social por COVID 19 en adolescentes del 4to año de secundaria del colegio Nuestra Señora de Fátima. **Métodos:** El estudio observacional y prospectivo, se trabajó con 70 adolescentes del 4to año de secundaria del colegio Nuestra Señora de Fátima, a quienes se les aplicó una encuesta virtual

donde se recogieron datos sociodemográficos la escala de depresión de Golberg. Se realizó un matriz de datos en Excel, y luego se procesó en el paquete estadístico SPSSv26, se aplicó la prueba no paramétrica rho de Spearman para la correlación. **Resultados:** Las características sociodemográficas que predominaron fueron la edad de 15 años, vivir con ambos padres, depender económicamente de ambos padres y el grado de instrucción superior de padre y madre. Un 78,6% de las alumnas presentan ansiedad, el 84,3% presentan depresión. **Conclusiones:** Se halló una asociación significativa con la afectación emocional por el aislamiento social y el desarrollo de ansiedad ($p=0.348$) y depresión ($p=0.353$)” (29).

3.3.1.2. Autor(es): “Manrique Velásquez, M. A., Valdivia Begazo, D. A” (30).

Título: “Depresión y ansiedad relacionada a funcionamiento familiar durante confinamiento por covid-19 en adolescentes de secundaria del colegio nacional de señoritas Arequipa –Arequipa 2021” (30).

Resumen: “**Objetivo:** Identificar la relación entre la depresión y ansiedad y el funcionamiento familiar durante el confinamiento por COVID-19 en adolescentes de secundaria del Colegio Nacional de Señoritas Arequipa, 2021.

Métodos: Se realizó un trabajo de investigación cuantitativo, descriptivo de relación, observacional de corte transversal. La muestra de estudio comprendió 147 de alumnas de secundaria del Colegio Nacional de Señoritas Arequipa en el periodo de estudio 2021 que cumplieron con los criterios de selección. Para determinar la relación entre las variables se aplicó la prueba de chi cuadrado

con un nivel de significancia del 5%. **Resultados:** el 36,05% de las adolescentes presentaron depresión leve, seguido del 28,57% con depresión moderada, el 25,85% de las estudiantes no presentaron depresión, mientras que solo el 9,52% tuvieron depresión grave. El 51,70% de las estudiantes tuvieron ansiedad leve, seguido del 38,78% de estudiantes sin ansiedad. El 57,82% presentan funcionamiento familiar de rango medio, seguido del 24,49% de adolescentes con funcionamiento familiar extremo, no se encontró relación estadística entre la depresión y ansiedad con el funcionamiento familiar, y tampoco hubo relación entre la ansiedad y depresión con los antecedentes epidemiológicos de COVID-19. **Conclusiones:** Se aceptó la hipótesis nula ya que no se comprobó que un mal funcionamiento familiar influya de manera negativa y significativa en la presencia y severidad de síntomas de depresión y de ansiedad en adolescentes de secundaria del Colegio Nacional de Señoritas Arequipa, a consecuencia del confinamiento por COVID-19” (30).

3.3.2. A nivel nacional

3.3.2.1. Autor(es): “Torres Prado, R. Y” (31).

Título: “Funcionalidad familiar, depresión y ansiedad en estudiantes de secundaria en instituciones educativas públicas, Lima Norte, 2021” (31).

Resumen: “**Objetivo:** La finalidad del estudio fue determinar la relación entre funcionalidad familiar, depresión y ansiedad en estudiantes de secundaria en instituciones educativas públicas en Lima Norte, 2021. **Métodos:** Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional, de corte transversal y diseño no

experimental. La muestra fue de 388 estudiantes de instituciones educativas en Lima Norte y fue obtenida de una población de 1568 estudiantes dentro del rango de edad de 13 a 18 años ($M=14.74$; $DE=1.254$, 55.4% mujeres). Para recopilar los datos se utilizó el Test de Funcionalidad Familiar FF-SIL y la Escala abreviada DASS-21. **Resultados:** Mostraron lo siguiente en funcionalidad familiar, 49.0% moderadamente funcional, 25.8% familia funcional, 21.6% familia disfuncional y 3.6% familia severamente disfuncional. Los niveles de depresión fueron los siguientes: 33.2% normal y el 66.8% de leve a extremo severo (12.9% leve, 23.7% moderado, 17.3% severo y 12.9% extremo severo). Los niveles de ansiedad fueron los siguientes: 25.3% normal y 74.7% de leve a extremo severo (13.1% leve, 10.3% moderado, 10.3% severo y 41.0% extremo severo). **Conclusiones:** El estudio concluyó que existe relación inversa y significativa con un efecto de correlación negativa media entre las variables de funcionalidad familiar y depresión (Rho de Spearman $=-0.308$, $p=0.000<0.05$). Además, existe relación inversa y significativa con un efecto de correlación negativa media entre las variables de funcionalidad familiar y ansiedad (Rho de Spearman $=-0.400$, $p=0.000<0.05$). Finalmente, existe una relación directa y significativa entre depresión y ansiedad, con un efecto de correlación positiva grande (Rho de Spearman $=0.751$, $p=0.000<0.05$)” (31).

3.3.2.2. Autor(es): “García-Rodríguez, D.; García-Rodríguez, C.” (32).

Título: “Funcionamiento familiar y ansiedad estado-rasgo en adolescentes” (32).

Resumen: “**Objetivo:** Determinar la relación entre Funcionamiento Familiar y Ansiedad Estado-Rasgo. La muestra fue de 212 adolescentes. **Métodos:** Los instrumentos utilizados fueron: la Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES IV) y el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (IDARE). **Resultados:** Se encontró una relación negativa de intensidad leve entre funcionamiento familiar y ansiedad estado-rasgo. Además, se encontró una relación negativa altamente significativa entre satisfacción familiar y ansiedad estado, así como entre satisfacción familiar y ansiedad-rasgo, con coeficientes de correlación de -0,42 y -0,44, respectivamente, con un tamaño del efecto leve para ambas. La insatisfacción devenida por extremos en la cohesión, así como por estilos inflexibles o extremadamente flexibles y por una comunicación deficiente entre los integrantes de la familia, generan en estos últimos problemas de ansiedad, de corta o larga data. **Conclusiones:** Por tanto, que hay evidencia de una relación negativa de intensidad leve estadísticamente significativa entre funcionamiento familiar y ansiedad estado-rasgo” (32).

3.3.3. A nivel internacional

3.3.3.1. Autor(es): “Serna-Arbeláez D, Terán-Cortés CY, Vanegas-Villegas AM, Medina-Pérez OA, Blandón-Cuesta OM, Cardona-Duque DV.” (33).

Título: “Depresión y funcionamiento familiar en adolescentes de un municipio de Quindío, Colombia” (33).

Resumen: “**Objetivo:** Analizar la asociación entre depresión y funcionamiento familiar en adolescentes escolarizados del municipio de Circasia, Quindío.

Material y métodos: Se contó con la participación de 240 adolescentes, hombres y mujeres, entre 15 y 19 años escolarizados en las instituciones educativas del municipio de Circasia, seleccionados a través de un muestreo aleatorio simple. Se aplicó el Inventario de Depresión de Beck, el APGAR familiar de Smilkstein y una encuesta para indagar datos sociodemográficos, familiares y de salud. **Resultados:** Se identificó algún nivel de depresión en el 45,8 % de los participantes y disfuncionalidad familiar en el 46,3 %. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre depresión moderada/grave y disfunción familiar leve y grave ($p < 0,001$). La depresión también se asoció con antecedentes personales y familiares de conducta suicida, relaciones familiares regulares o malas y conflictos familiares.

Conclusiones: La disfunción familiar se asocia con síntomas depresivos moderados y graves en los adolescentes. Se requieren estudios posteriores que profundicen el análisis de diferentes variables familiares” (33).

4. HIPÓTESIS

Existe un impacto negativo de la restricción social por el estado de emergencia sobre los niveles de ansiedad, depresión y funcionalidad familiar en adolescentes de 12 a 17 años en Arequipa 2021.

CAPÍTULO II

MATERIAL Y MÉTODOS

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnicas:

En la presente investigación se aplicó la técnica de la encuesta. Primero se recolectaron los datos personales de cada adolescente, luego se les aplicó tres escalas, para ansiedad, depresión y funcionabilidad familiar respectivamente.

1.2. Instrumentos:

- Ficha de recolección de datos (anexo 1).
- Escala para trastorno de ansiedad generalizada: Generalized Anxiety Disorder (GAD 7) (anexo 2)
- Escala para trastorno de depresión: Patient Health Questionnaire (PHQ-9) (anexo 3)
- Escala para funcionabilidad familiar: Apgar Familiar De Smilkstein (anexo 4)

1.3. Materiales de verificación:

- Fichas de recolección de datos.
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ámbito

El presente estudio se realizó en la I.E. PNP 7 de agosto de la Provincia y Departamento de Arequipa.

2.2. Unidades de estudio:

Adolescentes en etapa escolar de la institución educativa I.E. PNP 7 de agosto de la Provincia y Departamento de Arequipa.

Población: Todos los adolescentes en etapa escolar de la institución educativa I.E. PNP 7 de agosto de la Provincia y Departamento de Arequipa, en el periodo comprendido entre septiembre 2021 y enero 2022.

Muestra: No se consideró el cálculo de un tamaño de muestra, ya que se abarcó a todos los integrantes de la población que cumplieron los criterios de selección.

Criterios de selección:

□ Criterios de Inclusión

- Adolescentes que se encuentren cursando el año académico en la institución educativa I.E. PNP 7 de agosto de la Provincia y Departamento de Arequipa
- Adolescentes escolares en el rango de 12 a 17 años.
- Adolescentes que tengan autorización por parte de sus padres para responder la encuesta y escalas correspondientes

- Adolescentes que respondan todas las preguntas realizadas en la encuesta y escalas de manera correcta

□ **Criterios de Exclusión**

- Adolescentes que no cuenten con la autorización de sus padres.
- Adolescentes que no se encuentren cursando el año académico en la institución educativa I.E. PNP 7 de agosto de la Provincia y Departamento de Arequipa.
- Encuesta y escalas respondidas de manera incompleta.
- Encuesta y escalas con respuestas no incluidas en las alternativas dadas.

2.3. Temporalidad:

El estudio se desarrolló en forma coyuntural en el periodo comprendido entre septiembre 2021 y enero 2022.

2.4. Ubicación espacial:

Institución educativa I.E. PNP 7 de agosto de la Provincia y Departamento de Arequipa.

2.5. Tipo de investigación:

Se trata de un estudio de campo.

2.6. Nivel de investigación:

Correlacional.

2.7. Diseño de investigación:

Es un estudio observacional, prospectivo, transversal.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

Una vez aprobado el proyecto de tesis, se solicitaron los permisos respectivos de la institución educativa para la aplicación de encuestas a sus estudiantes.

Se tomó el total de estudiantes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Se tomaron los datos en una ficha elaborada para esta investigación y se aplicaron los cuestionarios.

Culminado el proceso se generó una base de datos, que fueron organizados para su posterior interpretación y análisis.

3.2. Recursos

a) Humanos

- Investigadoras, asesor.

b) Materiales

- Fichas de investigación
- Material de escritorio

- Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.

c) Financieros

- Autofinanciado

3.3. Validación de los instrumentos

PHQ-9: Para la evaluación de depresión se usará el PHQ- 9, es una prueba de autoaplicación, además de su utilidad diagnóstica, es una prueba rápida de realizar y que valora la gravedad de la patología. *“El PHQ-9 ha sido validado para su uso en el Perú por la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud del Perú y el Instituto Nacional de Salud, según juicio de expertos, en una reunión técnica que incluyó a médicos psiquiatras y psicólogos. Se llegó a la conclusión de que dicha prueba es un instrumento válido para el diagnóstico de depresión en el Perú, además de observar que podía ser de fácil uso por los profesionales médicos no psiquiatras pertenecientes a la atención primaria de salud. Recomendaron correcciones en la formulación de las preguntas de adecuarla al contexto peruano”* (34).

PHQ - 9 (Puntaje)	Nivel de depresión
0 – 4	Mínima
5 – 9	Leve
10 – 14	Moderada
15 – 19	Moderada grave
20 – 27	Grave

GAD-7: Para la evaluación de ansiedad se usará la escala GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7), la cual es un instrumento útil para detectar síntomas de ansiedad generalizada, y su severidad. *"Consta de 7 ítems que evalúan 7 síntomas de ansiedad comunes, los tres primeros se basan en los criterios A y B del DSM-5, el resto incluyen criterios del DSM-5 y de otras pruebas de tamizaje. Se consideran síntomas afectivos (miedo, ansiedad), cognitivos (desintegración mental, aprehensión) y somáticos. En el Perú el instrumento fue validado por Ventura quien realizó un estudio de intervención grupal cognitivo-conductual para disminuir la ansiedad generalizada, tuvo un piloto conformado por 81 personas que acudían al Puesto de Salud Las Dunas de Surco, demostrando una consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0.78 indicando su confiabilidad"* (35).

GAD-7 (Puntaje)	Severidad de ansiedad
0 – 4	No se aprecia ansiedad
5 – 9	Leve
10 – 14	Moderada
15 – 21	Severa

APGAR FAMILIAR: Para la evaluación de la funcionalidad familiar se usará la Escala APGAR – familiar, es una escala de auto aplicación desarrollada por Smilkstein en 1978. *"Evalúa la percepción del funcionamiento familiar, mediante la exploración de su satisfacción en las relaciones que tiene con sus familiares, a través de cinco áreas*

diferentes: adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutiva. Estos componentes son evaluados en 5 preguntas cerradas, construidas según una escala de tipo Likert de cinco alternativas. El instrumento fue validado en la ciudad de Lima por Castilla, H., Caycho, T., Shimabukuro, M., & Valdivia, A. en 2014, los coeficientes alfa de Cronbach para cada uno de los 5 ítems, en donde todos los valores alfa son significativos, está en un rango que va de .718 a .763” (36).

Apgar Familiar de Smilkstein (Puntaje)	Nivel de funcionabilidad
0 – 3	Necesidad de apoyo inmediato
4 – 6	Probable disfunción
7 – 10	Funcionabilidad

3.4. Aspectos éticos

Los datos obtenidos se recabaron con la expresa autorización de los encuestados, y se emplearán en forma anónima y de manera exclusiva para la presente investigación. El estudio cuenta con la aprobación del comité de ética de la Facultad de Medicina.

3.5. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Recolección

Se solicitó el llenado de las encuestas.

b) Plan de Procesamiento

Los datos registrados fueron codificados para su análisis e interpretación.

c) Plan de Clasificación:

Se empleó una matriz de sistematización de datos diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2019).

d) Plan de Codificación:

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos.

e) Plan de Recuento.

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

f) Plan de análisis

Se empleó estadística descriptiva con medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentan como proporciones. La comparación de variables categóricas entre grupos se realizó con la prueba chi cuadrado de Pearson y la asociación de variables ordinales se estableció mediante coeficiente de correlación de Spearman. Para el análisis de datos se empleó el programa Excel 2019 y el paquete SPSSv.24.0 para Windows.



RELACIÓN ENTRE NIVELES DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE 12 A 17 AÑOS DURANTE LA RESTRICCIÓN SOCIAL POR EL ESTADO DE EMERGENCIA - AREQUIPA 2021

Tabla 1

Características generales de los adolescentes evaluados

		N°	%
Edad	12 años	11	8.09%
	13 años	28	20.59%
	14 años	27	19.85%
	15 años	33	24.26%
	16 años	28	20.59%
	17 años	9	6.62%
Género	Masculino	67	49.26%
	Femenino	69	50.74%
Año de estudio	Primero	34	25.00%
	Segundo	17	12.50%
	Tercero	37	27.21%
	Cuarto	19	13.97%
	Quinto	29	21.32%
Total		136	100.00%

Se incluyeron 136 escolares en este estudio, con una edad promedio 14.49 ± 1.40 años, siendo la edad mínima 12 años y la edad máxima 17 años. Según la edad hubo mayor cantidad de estudiantes de 15 años (24.26%) y en menor cantidad estudiantes de 17 años (6.62%). El género femenino predomina con 50.74% frente a un 49.26% de género

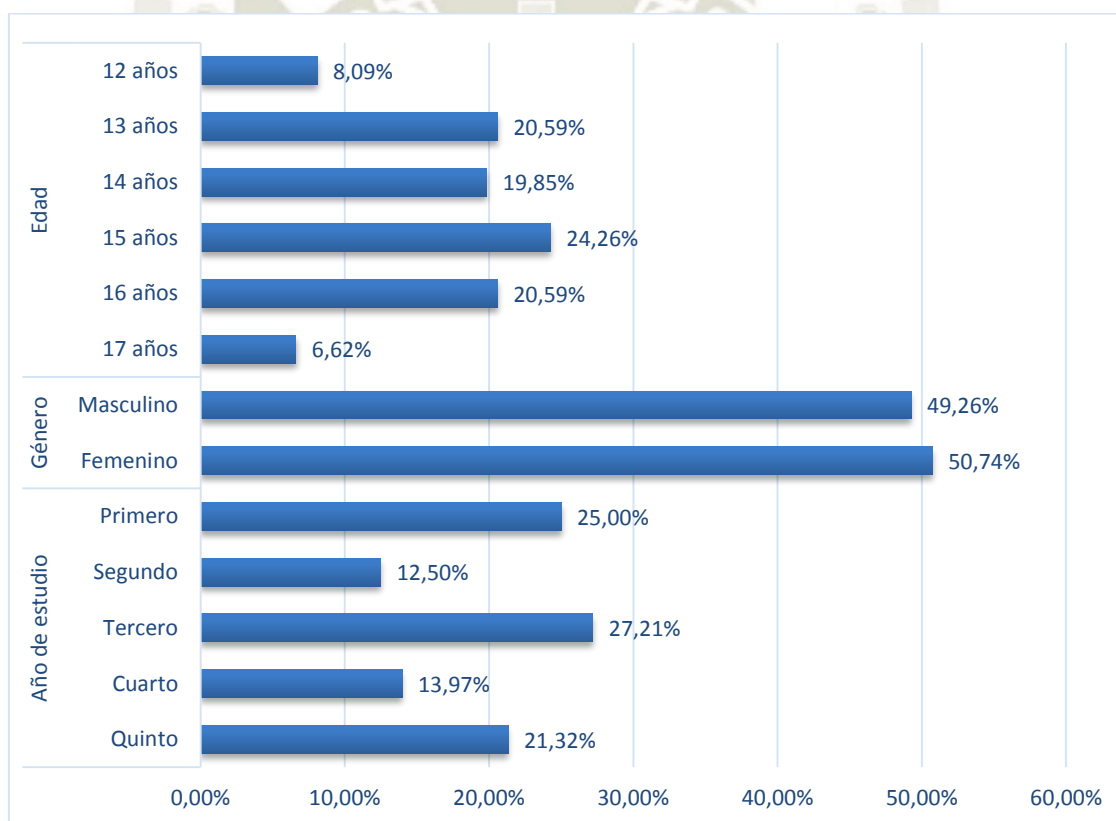
masculino. En relación con el año de estudio hubo mayor cantidad de participantes en Tercer grado con 37 estudiantes (27.1%), seguido de Primer grado con 34 estudiantes (25.00%) y Quinto grado con 29 estudiantes (21.32%), Cuarto y Segundo grado fueron los años con menor cantidad de participantes, 19 (13.97%) y 17 (12.50%) estudiantes respectivamente. (Tabla 1)



**RELACIÓN ENTRE NIVELES DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN
ADOLESCENTES DE 12 A 17 AÑOS DURANTE LA RESTRICCIÓN SOCIAL POR EL ESTADO
DE EMERGENCIA - AREQUIPA 2021**

Gráfico 1

Características generales de los adolescentes evaluados



RELACIÓN ENTRE NIVELES DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE 12 A 17 AÑOS DURANTE LA RESTRICCIÓN SOCIAL POR EL ESTADO DE EMERGENCIA - AREQUIPA 2021

Tabla 2

Niveles de síntomas de ansiedad en los adolescentes

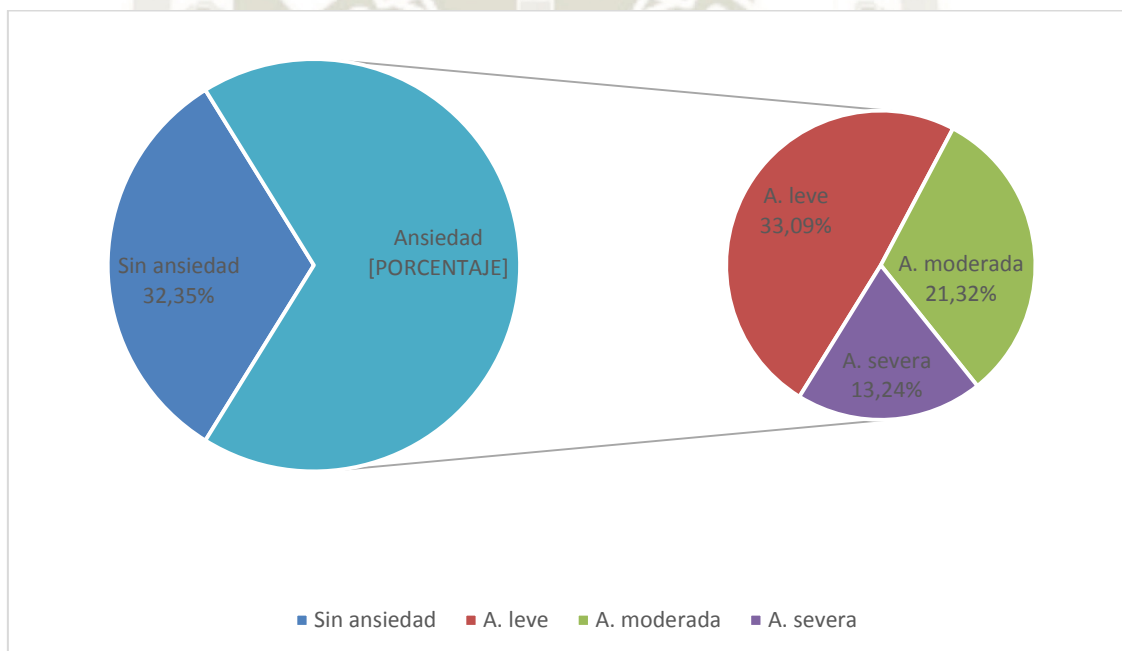
	Nº	%
Sin ansiedad	44	32.35%
A. leve	45	33.09%
A. moderada	29	21.32%
A. severa	18	13.24%
Total	136	100.00%

En relación con los niveles de síntomas de ansiedad se encontró que 44 estudiantes (32.35%) no presentaron síntomas de ansiedad frente a 92 estudiantes (67.65%) que presentaron algún síntoma de ansiedad. De los estudiantes que presentaron algún nivel de ansiedad, 45 estudiantes (33.09%) presentaron un nivel ansiedad leve, 29 estudiantes (21.32%) presentaron un nivel de ansiedad moderada y 18 estudiantes (13.24%) presentaron un nivel de ansiedad severa. (Tabla 2)

**RELACIÓN ENTRE NIVELES DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN
ADOLESCENTES DE 12 A 17 AÑOS DURANTE LA RESTRICCIÓN SOCIAL POR EL ESTADO
DE EMERGENCIA - AREQUIPA 2021**

Gráfico 2

Niveles de síntomas de ansiedad en los adolescentes



RELACIÓN ENTRE NIVELES DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE 12 A 17 AÑOS DURANTE LA RESTRICCIÓN SOCIAL POR EL ESTADO DE EMERGENCIA - AREQUIPA 2021

Tabla 3

Niveles de ansiedad según género en los adolescentes

Ansiedad	Masculino		Femenino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Sin ansiedad	31	46.27%	13	18.84%	44	32.35%
A. leve	23	34.33%	22	31.88%	45	33.09%
A. moderada	8	11.94%	21	30.43%	29	21.32%
A. severa	5	7.46%	13	18.84%	18	13.24%
Total	67	100.00%	69	100.00%	136	100.00%

$\chi^2 = 16.74$

G. libertad = 3

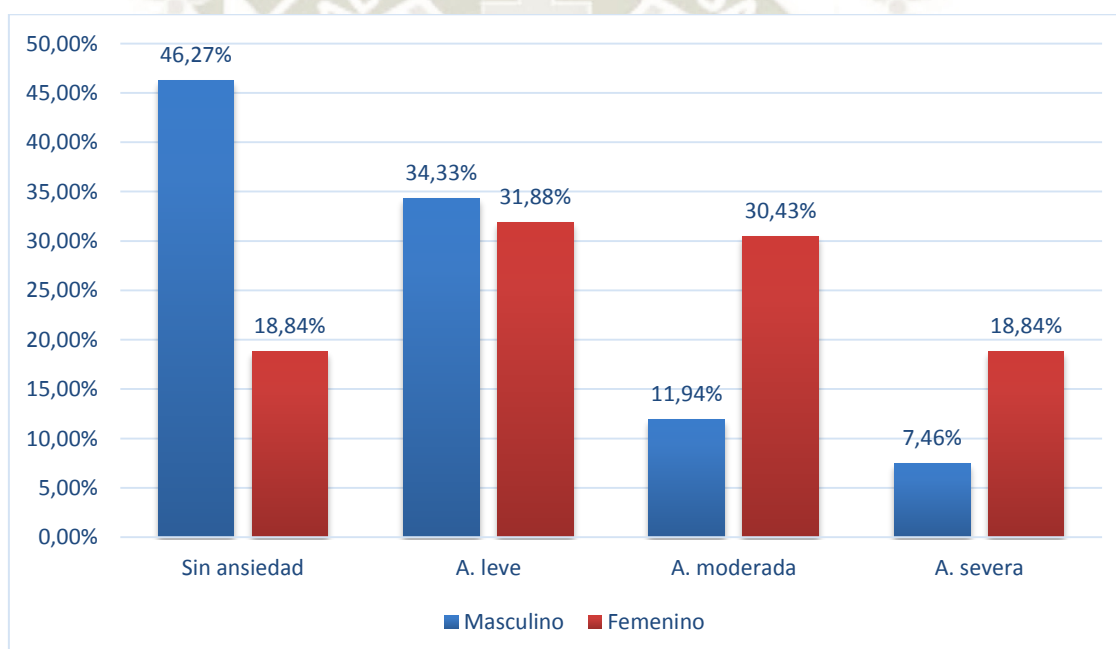
$p < 0.05$

Se encontró que si existe relación entre los niveles de ansiedad y el género de los adolescentes ($p < 0.05$), siendo más frecuente en el género femenino con 56 estudiantes (81.16%) frente a 36 estudiantes de género masculino (53.73%). Si bien en ambos géneros predomina el nivel de ansiedad leve: masculino (34.33%) y femenino (31.88%), en el género masculino hay mayor predominio de este frente a niveles de ansiedad moderada y severa (19.4%), en el género femenino se evidencia que los niveles de ansiedad son más severos, moderada (30.43%) y severa (18.84%). (Tabla 3)

**RELACIÓN ENTRE NIVELES DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN
ADOLESCENTES DE 12 A 17 AÑOS DURANTE LA RESTRICCIÓN SOCIAL POR EL ESTADO
DE EMERGENCIA - AREQUIPA 2021**

Gráfico 3

Niveles de ansiedad según género en los adolescentes



**RELACIÓN ENTRE NIVELES DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN
ADOLESCENTES DE 12 A 17 AÑOS DURANTE LA RESTRICCIÓN SOCIAL POR EL ESTADO
DE EMERGENCIA - AREQUIPA 2021**

Tabla 4

Niveles de síntomas de depresión en los adolescentes

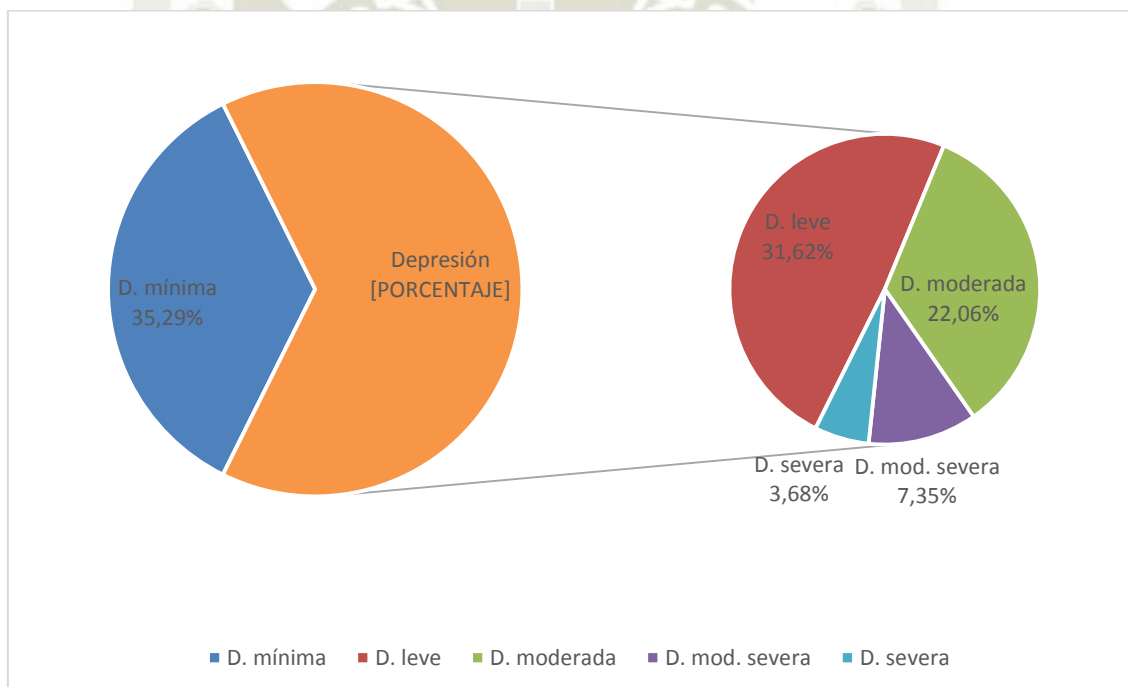
	Nº	%
D. mínima	48	35.29%
D. leve	43	31.62%
D. moderada	30	22.06%
D. mod. severa	10	7.35%
D. severa	5	3.68%
Total	136	100.00%

En relación con los síntomas de depresión, se encontró que 88 adolescentes (64.71%) tenía algún nivel de depresión, aunque leve en 43 estudiantes (31.62%), moderada en 30 estudiantes (22.06%), moderadamente severa en 10 estudiantes (7.35%) y severa en 5 estudiantes (3.68%). (Tabla 4)

**RELACIÓN ENTRE NIVELES DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN
ADOLESCENTES DE 12 A 17 AÑOS DURANTE LA RESTRICCIÓN SOCIAL POR EL ESTADO
DE EMERGENCIA - AREQUIPA 2021**

Gráfico 4

Niveles de síntomas de depresión en los adolescentes



RELACIÓN ENTRE NIVELES DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE 12 A 17 AÑOS DURANTE LA RESTRICCIÓN SOCIAL POR EL ESTADO DE EMERGENCIA - AREQUIPA 2021

Tabla 5

Niveles de depresión según género en los adolescentes

Depresión	Masculino		Femenino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
D. mínima	30	44.78%	18	26.09%	48	35.29%
D. leve	23	34.33%	20	28.99%	43	31.62%
D. moderada	11	16.42%	19	27.54%	30	22.06%
D. mod. severa	3	4.48%	7	10.14%	10	7.35%
D. severa	0	0.00%	5	7.25%	5	3.68%
Total	67	100.00%	69	100.00%	136	100.00%

$\chi^2 = 11.92$

G. libertad = 4

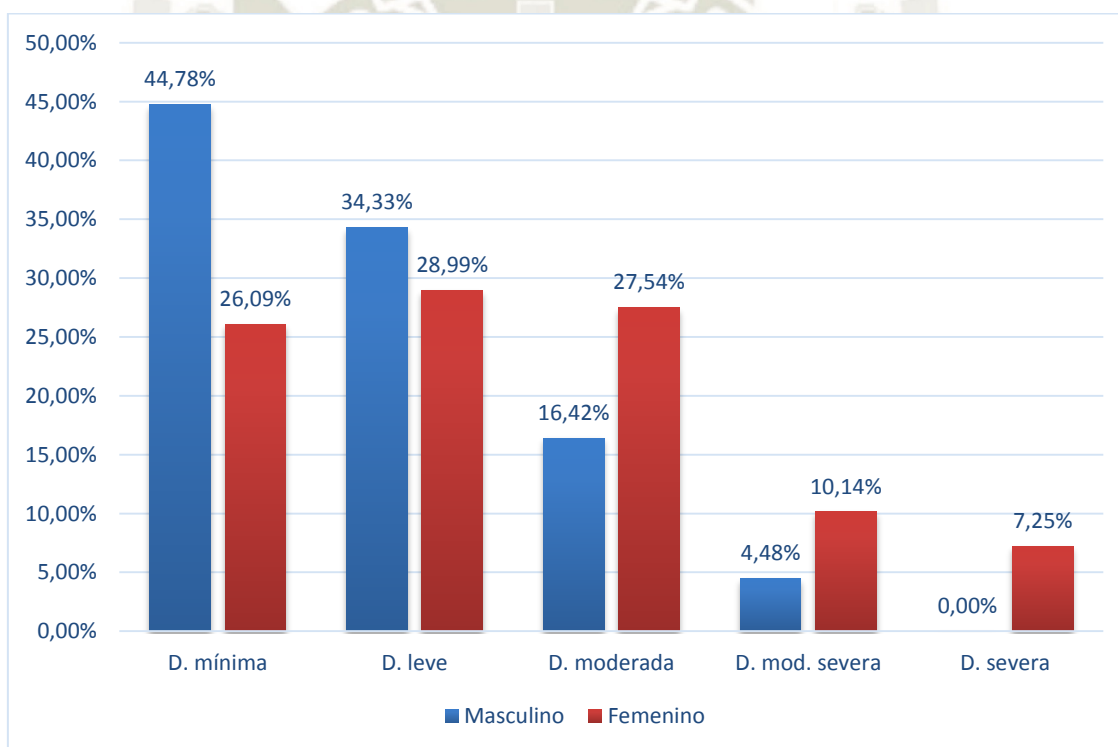
p = 0.02

Se encontró que si existe relación entre los niveles de depresión y el género de los adolescentes ($p < 0.05$), siendo más frecuente en el género femenino con 51 estudiantes (73.91%) frente a 37 estudiantes (55.22%) de género masculino. Los adolescentes de género masculino presentaron mayor nivel de depresión leve (34.33%) y ningún caso de depresión severa (0.00%). En el género femenino se evidencia mayor predominio de depresión leve y moderada, 20 estudiantes (28.99%) y 19 estudiantes (27.54%) respectivamente, frente a 5 estudiantes (7.25%) con depresión severa. (Tabla 5)

**RELACIÓN ENTRE NIVELES DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN
ADOLESCENTES DE 12 A 17 AÑOS DURANTE LA RESTRICCIÓN SOCIAL POR EL ESTADO
DE EMERGENCIA - AREQUIPA 2021**

Gráfico 5

Niveles de depresión según género en los adolescentes



**RELACIÓN ENTRE NIVELES DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN
ADOLESCENTES DE 12 A 17 AÑOS DURANTE LA RESTRICCIÓN SOCIAL POR EL ESTADO
DE EMERGENCIA - AREQUIPA 2021**

Tabla 6

Función familiar en los adolescentes evaluados

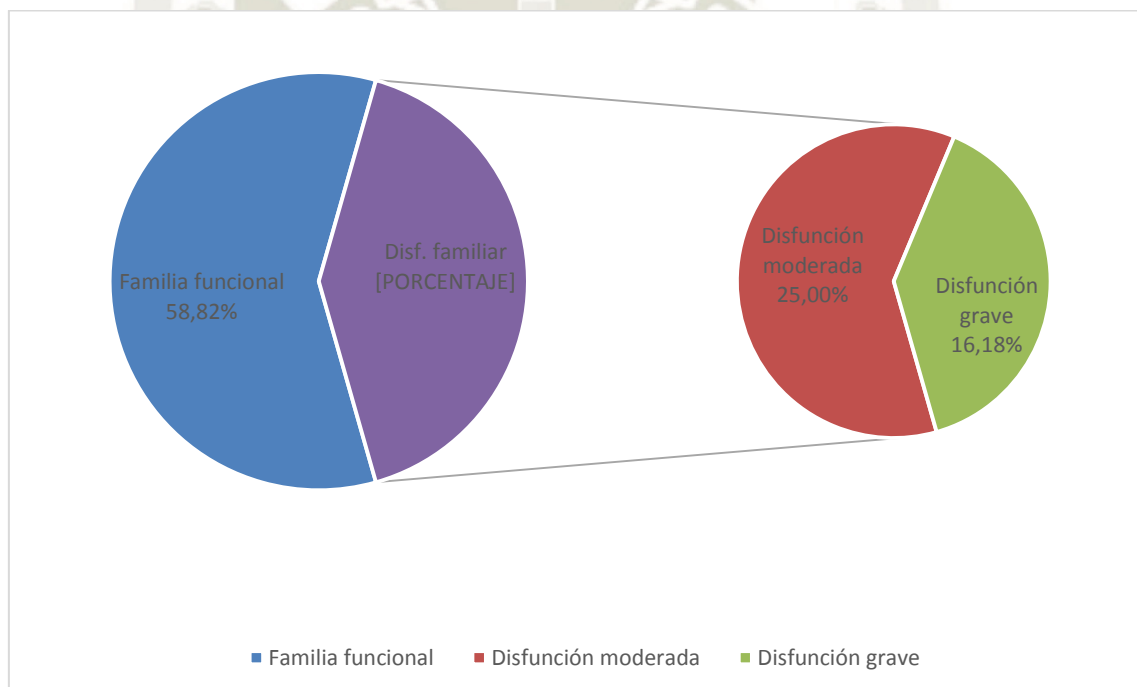
	N°	%
Familia funcional	80	58.82%
Disfunción moderada	34	25.00%
Disfunción grave	22	16.18%
Total	136	100.00%

Al evaluar la función familiar, se encontró como funcional en 80 estudiantes (58.82%), y con algún grado de disfunción en 56 estudiantes (41.18%), de los cuales 34 estudiantes (25%) presento disfunción moderada y 22 estudiantes (16.18%) disfunción grave. (Tabla 6)

**RELACIÓN ENTRE NIVELES DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN
ADOLESCENTES DE 12 A 17 AÑOS DURANTE LA RESTRICCIÓN SOCIAL POR EL ESTADO
DE EMERGENCIA - AREQUIPA 2021**

Gráfico 6

Función familiar en los adolescentes evaluados



RELACIÓN ENTRE NIVELES DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE 12 A 17 AÑOS DURANTE LA RESTRICCIÓN SOCIAL POR EL ESTADO DE EMERGENCIA - AREQUIPA 2021

Tabla 7

Función familiar según género en los adolescentes

F. familiar	Masculino		Femenino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Familia funcional	43	64.18%	37	53.62%	80	58.82%
Disfunción moderada	16	23.88%	18	26.09%	34	25.00%
Disfunción grave	8	11.94%	14	20.29%	22	16.18%
Total	67	100.00%	69	100.00%	136	100.00%

$\chi^2 = 2.18$

G. libertad = 2

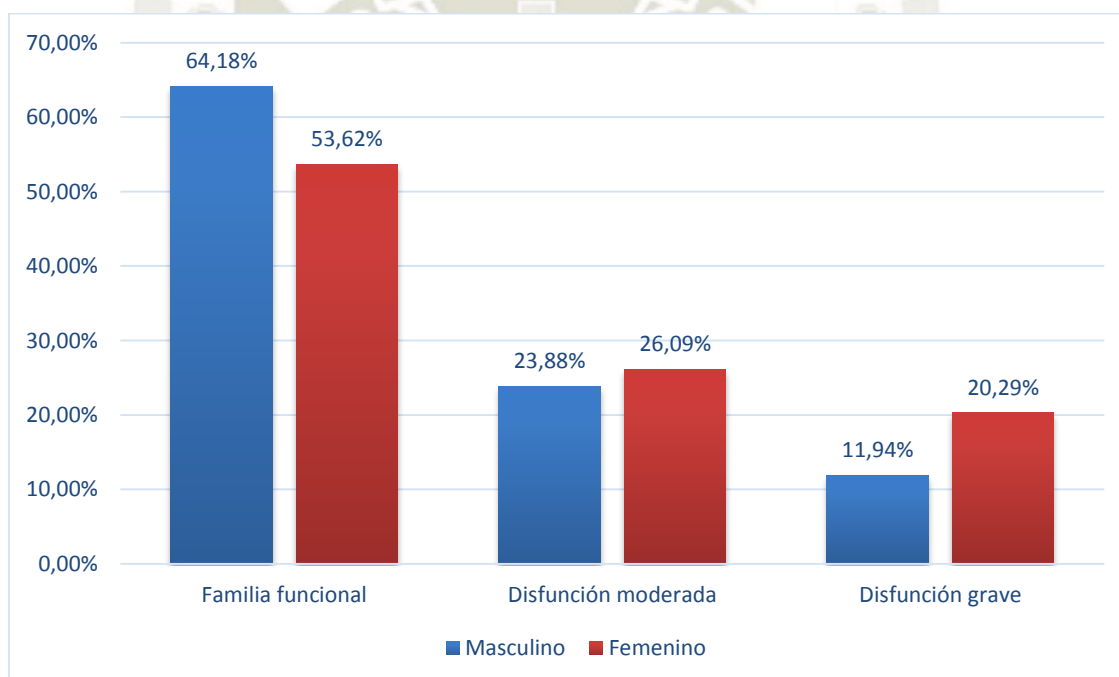
p = 0.34

Se encontró que no existe diferencia significativa entre la función familiar y el género de los adolescentes ($p > 0.05$). En ambos géneros predomina la familia funcional, masculino 43 estudiantes (64.18%) y femenino 37 estudiantes (53.62%), se observa un leve predominio de disfunción grave en el género femenino (20.29%) frente al género masculino (11.94%). (Tabla 7)

**RELACIÓN ENTRE NIVELES DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN
ADOLESCENTES DE 12 A 17 AÑOS DURANTE LA RESTRICCIÓN SOCIAL POR EL ESTADO
DE EMERGENCIA - AREQUIPA 2021**

Gráfico 7

Función familiar según género en los adolescentes



RELACIÓN ENTRE NIVELES DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE 12 A 17 AÑOS DURANTE LA RESTRICCIÓN SOCIAL POR EL ESTADO DE EMERGENCIA - AREQUIPA 2021

Tabla 8

Relación entre la función familiar y los síntomas de ansiedad en los adolescentes

Ansiedad	Familia funcional		Disf. moderada		Disf. grave		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Sin ansiedad	30	37.50%	10	29.41%	4	18.18%	44	32.35%
A. leve	28	35.00%	11	32.35%	6	27.27%	45	33.09%
A. moderada	14	17.50%	10	29.41%	5	22.73%	29	21.32%
A. severa	8	10.00%	3	8.82%	7	31.82%	18	13.24%
Total	80	100.00%	34	100.00%	22	100.00%	136	100.00%

$\chi^2 = 10.92$ G. Libertad = 6 $p = 0.09$

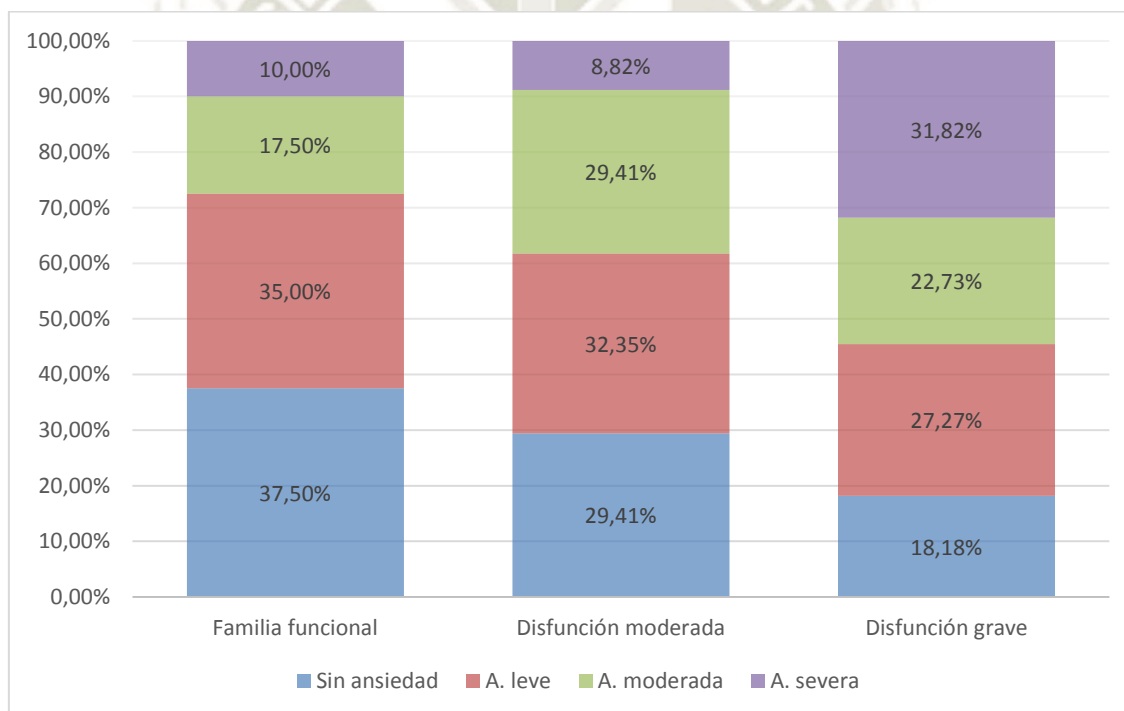
Spearman rho = 0.2088 $p = 0.02$

Al evaluar la relación entre función familiar y los síntomas de ansiedad, se encontró que en la familia funcional hubo algún nivel de ansiedad en 50 estudiantes (62.50%) de estos 8 estudiantes (10 %) presentan ansiedad severa, en la familia con disfunción moderada 24 estudiantes (70.59%) presentan ansiedad, 3 (8.82%) de ellos de manera severa y en la disfunción familiar grave 18 estudiantes (81.82%) presentan ansiedad predominando los síntomas de ansiedad severa en 7 estudiantes (31.82%). No se encontró diferencia significativa ($P > 0.05$) pero se halló relación directa entre la severidad de la ansiedad y el grado de disfunción familiar ($\rho < 0.30$). (Tabla 8)

RELACIÓN ENTRE NIVELES DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE 12 A 17 AÑOS DURANTE LA RESTRICCIÓN SOCIAL POR EL ESTADO DE EMERGENCIA - AREQUIPA 2021

Gráfico 8

Relación entre la función familiar y los síntomas de ansiedad en los adolescentes



RELACIÓN ENTRE NIVELES DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE 12 A 17 AÑOS DURANTE LA RESTRICCIÓN SOCIAL POR EL ESTADO DE EMERGENCIA - AREQUIPA 2021

Tabla 9

Relación entre la función familiar y los síntomas de depresión en los adolescentes

Depresión	Familia funcional		Disf. moderada		Disf. grave		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
D. mínima	38	47.50%	7	20.59%	3	13.64%	48	35.29%
D. leve	25	31.25%	12	35.29%	6	27.27%	43	31.62%
D. moderada	12	15.00%	10	29.41%	8	36.36%	30	22.06%
D. mod. severa	3	3.75%	5	14.71%	2	9.09%	10	7.35%
D. severa	2	2.50%	0	0.00%	3	13.64%	5	3.68%
Total	80	100.00%	34	100.00%	22	100.00%	136	100.00%

$\chi^2 = 24.84$ G. Libertad = 8 $p = 0.002$

Spearman rho = 0.3603 $p < 0.05$

Al evaluar la relación entre función familiar y los síntomas de depresión en los adolescentes, se encontró que en familias funcionales 62 estudiantes (52.50%) presentan algún grado de depresión, siendo más frecuente la depresión leve (31.25%) vs depresión severa (2.50%), en familias con disfunción moderada 27 estudiantes (79.41%) presentan depresión, pero ninguno de ellos manifestó síntomas de depresión severa, y en la disfunción grave 19 estudiantes (86.36%) presentan depresión, con predominio de síntomas de depresión moderada (36.36%) en su grupo, pero con predominio a nivel general de depresión severa (13.64%). Se encontró diferencia significativa ($P < 0.05$)

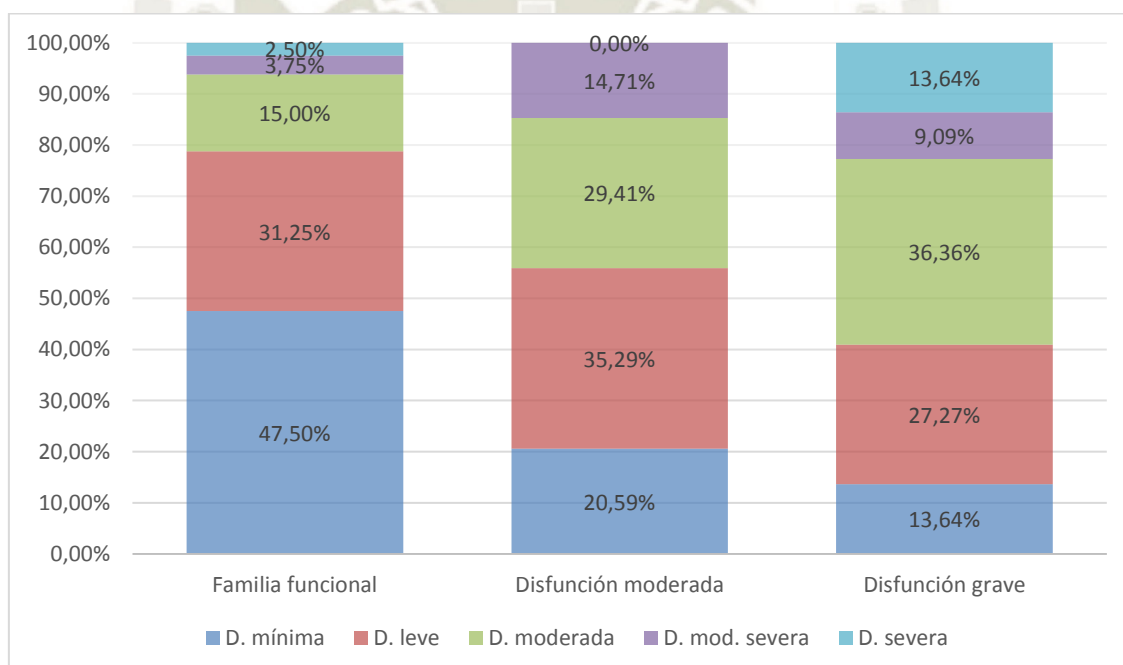
entre ambos y se halló relación directa entre el grado de disfunción familiar y la severidad de la depresión ($\rho > 0.30$). (Tabla 9)



RELACIÓN ENTRE NIVELES DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE 12 A 17 AÑOS DURANTE LA RESTRICCIÓN SOCIAL POR EL ESTADO DE EMERGENCIA - AREQUIPA 2021

Gráfico 9

Relación entre la función familiar y los síntomas de depresión en los adolescentes



CAPÍTULO III.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El presente estudio se realizó con el objeto de determinar la relación entre los niveles de ansiedad-depresión y funcionabilidad familiar en adolescentes de 12-17 años durante la restricción sanitaria por el estado de emergencia en Arequipa. Se realizó la presente investigación para determinar el impacto estas medidas de restricción sanitaria sobre la salud mental de la población adolescente, ya que al haber un aumento la cantidad de personas que necesiten atención psiquiátrica y psicológica, esto afectaría más al sistema de salud público del estado, el cual ya está se encuentra colapsado a causa de la pandemia, por ello es importante ver la repercusión de la COVID -19 en la salud mental de los adolescentes, para poder tomar medidas preventivas y promocionales, disminuyendo la tasa de enfermedades psiquiátricas a causa de la pandemia.

En la **Tabla y Gráfico 1** se muestra las características generales de los adolescentes evaluados. De los 136 participantes, el 44.85% tuvieron de 15 a 16 años, con 28.68% entre los 12 y 13 años, y una edad promedio de 14.49 ± 1.40 años, siendo 15 años (24.26%) el grupo etario con mayor cantidad de participantes y en menor cantidad 17 años (6.62%), lo mismo podemos observar en el estudio de Manrique, M., Valdivia, D. (30), donde la prevalencia de ambos grupos etarios coincide con nuestros hallazgos, 15 años (40.14%) y 17 años (2.04%) respectivamente. El 49.26% fueron varones y 50.74% mujeres, predominando el género femenino, este hallazgo coincide con el estudio de Arbeláez DS et al. (33), en donde tuvieron mayor prevalencia del

género femenino (56.7%) frente a (43.3%) del género masculino. En relación con el año de estudio, el 25% cursaba el primer año, con menor cantidad de estudiantes el segundo año 12.50%, y con mayor cantidad de estudiantes el tercer año 27.21%, 13.97% cuarto y 21.32% quinto año, siendo contraria al estudio de Manrique, M., Valdivia, D. (30) en donde el tercer grado tuvo menor cantidad de participantes con 36 estudiantes (24.49%) y con mayor cantidad Cuarto grado con 64 participantes (43,54%).

En la **Tabla y Gráfico 2** se muestra los resultados de la evaluación de ansiedad entre los adolescentes en edad escolar. El 67.65% de estudiantes tuvieron ansiedad, predominantemente leve (33.09%), con 21.32% de casos con ansiedad moderada y 13.24% con ansiedad severa lo que es similar al estudio de Manrique, M., Valdivia, D (30), en el que 61.22% de estudiantes evaluados presentaron ansiedad de algún tipo, pero que predominantemente fue leve en 51.70% y solo el 8.16% presentó ansiedad moderada, a diferencia del estudio de Torres Prado, R. Y (31), en el que el 13.1 % de adolescentes presentaron ansiedad leve y predomina la ansiedad extremadamente severa con un 41%. Al relacionar el género de los estudiantes con la presencia y severidad de la ansiedad (**Tabla y Gráfico 3**), se aprecia que el 53.73% de varones presenta ansiedad, aunque de ellos 34.33% leve, mientras que entre las adolescentes mujeres, el 81.16% tuvo síntomas de ansiedad, de los cuales el 30.43% fueron por ansiedad moderada y 18.84% ansiedad severa; las diferencias fueron significativas ($p < 0.05$), por lo que puede afirmarse que la ansiedad es más frecuente y severa entre las mujeres.

En la **Tabla y Gráfico 4** se muestran los resultados de la evaluación de los síntomas de depresión en los adolescentes. El 64.71% tenía síntomas de depresión,

aunque leve en 31.62%, moderada en 22.06%, moderadamente severa en 7.35% y severa en 3.68% lo que es similar al estudio de Torres Prado, R. Y (31), donde el 66.8% mostraron algún síntoma de depresión, siendo 12.9% leve, 23.7% moderada, 17.3% severa y 12.9% extremadamente severa, siendo la depresión moderada también el tipo predominante, al igual que en la investigación de Santamaría Flores FS se encontró que el 50% presentó depresión que en su mayoría fue leve 17.4% y moderada 15.5%, sin embargo, hay una presencia notable de depresión muy severa con el 10.3%. Cuando se comparan los síntomas de depresión según sexo (**Tabla y Gráfico 5**), se observa también que el 55.22% de varones tiene síntomas de depresión, aunque en su mayoría leves (34.44%), y ninguno llegó a tener síntomas de depresión severa; en cambio, es más frecuente entre las mujeres adolescentes puesto que el 73.91% tuvo síntomas de depresión, con 28.99% leves, 27.54% moderados, y 7.25% severos; las diferencias fueron significativas ($p < 0.05$) encontrándose que si existe relación entre los niveles de depresión y el género de los adolescentes, hallazgos similares se encontró en el estudio de Arbeláez DS et al. (33), donde el género que presentó mayor nivel de depresión moderada-grave fue el femenino con 62.8% de adolescentes vs un 37,2% de adolescentes varones.

En la **Tabla y Gráfico 6** se muestra los resultados de la evaluación de la función familiar en los adolescentes encuestados. En la mayoría la familia se ubicó como funcional en 58.82%, con disfunción moderada en 25% y disfunción grave en 16.18% de adolescentes. Según Torres Prado RY. (31) con el Test de Funcionalidad Familiar (FF-SIL) los hallazgos fueron similares, encontrando que en el 74.8% la familia se ubicaba entre funcional y moderadamente funcional, un 21.6% con disfunción y solo un

3.6% se ubicaba en severamente disfuncional. En el estudio de Manrique, M., Valdivia, D. (30) similar al nuestro, se puede evidenciar que los niveles de funcionabilidad familiar según la prueba (FACES III) son contrarios a nuestros hallazgos, ya que se encontró en menor número de adolescentes la presencia de familia balanceada 17,69%, y en mayor medida una familia de rango medio con 57,82%; 36 adolescente (24,49%), presentan una familia catalogada como rango extremo.

Al comparar la función familiar según el género, no se encontraron diferencias significativas ($p > 0.05$), En ambos géneros predomina la familia funcional siendo levemente mayor en el género masculino con 43 estudiantes (64.18%) frente al género femenino con 37 estudiantes (53.62%), aunque hubo una discreta mayor proporción de disfunción grave entre mujeres (20.29%) que entre varones (11.94%), como se muestra en la **Tabla y Gráfico 7**.

La **Tabla y Gráfico 8** muestran la relación entre la función familiar y los síntomas de ansiedad entre los adolescentes encuestados; en casos donde la familia es funcional, la ansiedad se presenta en 62.50% con 10% de ansiedad severa; cuando la familia tiene disfunción moderada, la ansiedad sube a 70.59%, con 8.82% de casos con ansiedad severa, y cuando la disfunción familiar es grave, el 81.82% presenta ansiedad, siendo severa en 31.82%; aunque las diferencias no fueron significativas ($p > 0.05$), se aprecia una tendencia a aumentar la frecuencia y severidad de la ansiedad con familias más disfuncionales, siendo la relación directa aunque de baja intensidad ($\rho < 0.30$), en el estudio de Torres Prado, R. Y (31), se evidenció una correlación inversa/significativa entre funcionalidad familiar y ansiedad con rho de Spearman=0.400; es significativa

con un $p < 0.05$, sin embargo, en la investigación de Manrique, M., Valdivia, D (30), muestra que la ansiedad no está relacionada significativamente con el funcionamiento familiar.

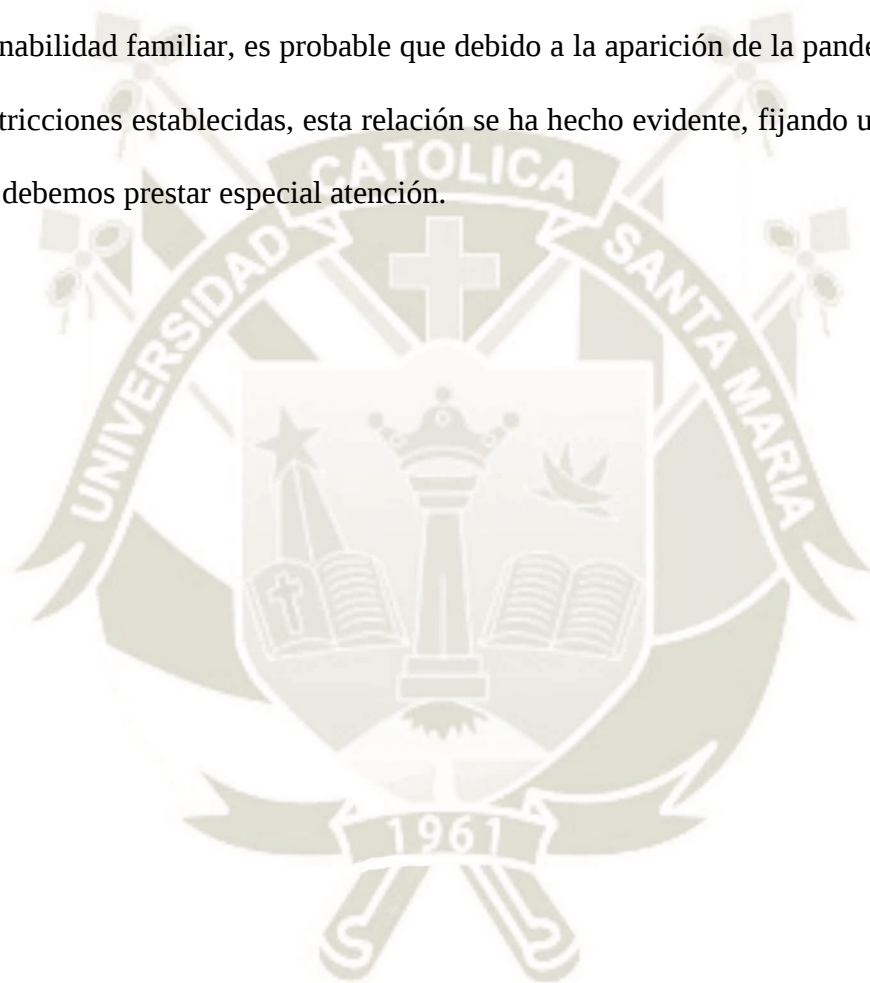
La **Tabla y Gráfico 9** muestran la relación entre la función familiar y los síntomas de depresión en los estudiantes; en familias funcionales, el 52.50% mostró síntomas de depresión, de predominio mínimo (31.25%) con solo 2.50% con depresión severa. Cuando la familia tiene disfunción moderada, el 79.41% presentó síntomas de depresión, aunque ninguno con depresión severa, y en la disfunción familiar grave, el 86.36% mostró síntomas de depresión y de ellos 13.64% mostró síntomas de depresión severa.

Las diferencias fueron significativas ($p < 0.05$) y la severidad de los síntomas de depresión se asociaron de manera positiva y de regular intensidad ($\rho > 0.30$) con la mayor disfunción familiar.

Estos hallazgos son similares a los encontrados en el trabajo de Arbeláez DS, Cortés CYT en Quindío, Colombia (33), donde la funcionabilidad familiar se asocia de manera significativa con la depresión sobre todo moderada y grave y aún más con los antecedentes personales y familiares de conducta suicida.

Sin embargo, en la investigación de Manrique, M., Valdivia, D (30), muestra que la depresión tampoco está relacionada significativamente con el funcionamiento familiar.

Por lo tanto, se confirma que existe un impacto negativo de la restricción social por el estado de emergencia sobre los niveles de ansiedad, depresión y funcionalidad familiar en adolescentes de 12 a 17 años, en los que aunque años anteriores en diferentes estudios no se evidencia relación significativa entre depresión, ansiedad y funcionabilidad familiar, es probable que debido a la aparición de la pandemia y a todas las restricciones establecidas, esta relación se ha hecho evidente, fijando una situación a la que debemos prestar especial atención.



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES



CONCLUSIONES

- Primera.** - Se encontró ansiedad entre moderada y severa en un tercio de los estudiantes adolescentes de 12 a 17 años durante la restricción sanitaria por estado de emergencia.
- Segunda.** - Se encontró que uno de cada diez estudiantes adolescentes de 12 a 17 años sufre de depresión entre moderadamente severa y severa.
- Tercera.** - La funcionabilidad familiar se ubicó entre moderada y grave en casi la mitad de los adolescentes de 12 a 17 años durante la restricción sanitaria
- Cuarta.** - Existe relación directa pero débil entre los niveles de ansiedad y la funcionabilidad familiar en adolescentes de 12 a 17 años.
- Quinta.** - Existe relación directa y significativa entre los niveles de depresión y la funcionabilidad familiar en adolescentes de 12 a 17 años, con mayores niveles de depresión en familias más disfuncionales.

RECOMENDACIONES

- 1) Se recomienda a la institución educativa, contar con un servicio de psicología permanente el cual evalúe periódicamente a los adolescentes para poder detectar así alguna conducta que indique un problema de salud mental, para que pueda recibir el tratamiento adecuado por el personal indicado.
- 2) En relación al ambiente familiar se recomienda, realizar actividades que ayuden a mejorar los lazos familiares, aumentar el dialogo entre padre e hijos para que así mejore el apoyo emocional.
- 3) Se recomienda a las instituciones respectivas implementar más centros de salud mental comunitarios, para así poder detectar precozmente a la mayor cantidad de adolescentes con algún problema de salud mental y que puedan recibir el tratamiento adecuado por dicho equipo multidisciplinario.
- 4) Para futuras investigaciones se recomienda hacer investigaciones en poblaciones vulnerables, para ver el impacto de la COVID-19 en todos los estratos de la población.



REFERENCIAS

1. World Health Organization (WHO). Nuevo coronavirus 2019 [Internet]. Who.int. [citado el 1 de agosto de 2021]. Disponible en:
https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019?gclid=CjwKCAjwjJmIBhA4EiwAQdCbxqOndxuon2xItvX84xOdU1z-ja6TnEhPgi3ZmupRGtQAcdovtFW73BoC_coQAvD_BwE
2. UNICEF- Perú. Pandemia y salud mental de niñas, niños y adolescentes venezolanos en Perú [Internet]. Unicef.org. [citado el 1 de agosto de 2021]. Disponible en:
<https://www.unicef.org/peru/informes/pandemia-salud-mental-ninas-ninos-adolescentes-venezolanos-en-peru>
3. World Health Organization (WHO). Salud mental del adolescente [Internet]. Who.int. [citado el 1 de agosto de 2021]. Disponible en:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
4. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" [Internet]. Gob.pe. [citado el 1 de agosto de 2021]. Disponible en:
<http://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2012/011.html>
5. Tyrrell D a. J, Bynoe ML. Cultivation of viruses from a high proportion of patients with colds. The Lancet [Internet]. 1966 Jan 8;287(7428):76–7. Available from:
[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(66\)92364-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(66)92364-6/fulltext)
6. González-Martínez I. La COVID-19 y la medicina de cuidados críticos. Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias [revista en Internet]. 2021 [citado 4 Abr 2022]; 20 (1) Disponible en:
<http://www.revmie.sld.cu/index.php/mie/article/view/833>
7. Valero-Cedeño NJ, Mina-Ortiz JB, Veliz-Castro TI, Merchán-Villafuerte KM, Perozo-Mena AJ. COVID-19: La nueva pandemia con muchas lecciones y nuevos retos. Revisión Narrativa. 2020; Disponible en:

<http://dx.doi.org/10.5281/ZENODO.3745322>

8. Díaz-Castrillón FJ, Toro-Montoya AI. SARS-cov-2/COVID-19: el virus, la enfermedad y la pandemia [Internet]. 2020 [citado 4 abril 2022]. Disponible en:
<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1096519/covid-19.pdf>
9. Control en la pandemia por la COVID-19. Informe de gestión del control gubernamental en la Emergencia Sanitaria a los 365 días. Lima, Perú. [Internet]. 2021. Disponible en:
https://doc.contraloria.gob.pe/documentos/CONTROL_EN_LA_PANDEMIA_POR_LA_COVID-19.pdf
10. Guía técnica para el cuidado de la salud mental de la población afectada, familias y comunidad, en el contexto del COVID-19 (R.M. N° 186-2020-MINSA) [Internet]. 2020 [citado 5 abril 2022]. Disponible en:
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5071.pdf>
11. Lozano MGB. Obesidad infantil en tiempos de COVID-19. Revista Española de Endocrinología Pediátrica [Internet]. 2021;12(1). Disponible en:
<https://www.endocrinologiapediatrica.org/revistas/P1-E36/P1-E36-S2865-A679.pdf>
12. Nagata JM, Abdel Magid HS, Pettee Gabriel K. Screen time for children and adolescents during the Coronavirus disease 2019 pandemic. Obesity (Silver Spring) [Internet]. 2020;28(9):1582–3. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.1002/oby.22917>
13. Bates LC, Zieff G, Stanford K, Moore JB, Kerr ZY, Hanson ED, et al. COVID-19 impact on behaviors across the 24-hour day in children and adolescents: Physical activity, sedentary behavior, and sleep. Children (Basel) [Internet]. 2020;7(9):138. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.3390/children7090138>
14. Ghosh R, Dubey MJ, Chatterjee S, Dubey S. Impact of COVID -19 on children: special focus on the psychosocial aspect. Minerva Pediatr [Internet]. 2020;72(3):226–35. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.23736/S0026-4946.20.05887-9>

15. Ospina-Ospina F del C, Hinestrosa-Upegui MF, Paredes MC, Guzmán Y, Granados C. Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en Chía, Colombia. Rev Salud Pública (Bogotá). 2011;13(6):908–20.
16. World Health Organization (WHO). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta [Internet]. Who.int. [citado el 11 de agosto de 2021]. Disponible en:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
17. Cardenas EM, Palacios L, Feria M, De la Peña F. Guía clínica para los trastornos de ansiedad en niños y Adolescentes [Internet]. 2010. Disponible en:
http://inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/trastornos_de_ansiedad.pdf
18. Sánchez PS, Cohen D. Ansiedad y depresión en niños y adolescentes. ADOLESCERE, Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia [Internet]. el 28 de febrero de 2020; VIII (01):115. Disponible en:
<http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Adolescere%202020%201%20WEB.pdf>
19. American Psychiatric Association. Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5.
20. Ochando G, Peris S (Eds). Actualización de la ansiedad en la edad pediátrica [Internet]. Vol. XXI. 2017. Disponible en: https://www.pediatruiintegral.es/wp-content/uploads/2017/03/Pediatric-Integral-XXI-1_WEB.pdf
21. Pacheco P, Chaske R. Depresión en niños y adolescentes. PRECOP - Sociedad Colombiana de Pediatría [Internet]. 2016; 15:9. Disponible en:
<https://scp.com.co/wp-content/uploads/2016/04/3.-Depresi%C3%B3n.pdf>
22. Rey J, Bella-Awusah T, Jing L. DEPRESIÓN EN NIÑOS Y ADOLESCENTES-Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP [Internet]. 2017.
Disponible en:
<https://iacapap.org/content/uploads/E.1-Depresi%C3%B3n-Spanish-2017.pdf>

23. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP). Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. Washington (DC): AACAP; 2007.
24. Birmaher B, Brent D; AACAP Work. Depression in children and young people: identification and management in primary, community and secondary care. NICE 2005. National Collaborating Centre for Mental Health. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10970/29856/29856.pdf> 39.
25. Moreno J, Chauta L. Funcionalidad familiar, conductas externalizadas y rendimiento académico en un grupo de adolescentes de la ciudad de Bogotá. *Psychologia*, 2012; 6(1): 155–166.
26. Esteves AR, Paredes RP, Calcina CR, Yapuchura CR. Habilidades Sociales en adolescentes y Funcionalidad Familiar. *Comuni@cción*, 2020; 11(1): 16–27.
27. Higueta-Gutiérrez LF, Cardona-Arias JA. Percepción de funcionalidad familiar en adolescentes escolarizados en instituciones educativas públicas de Medellín (Colombia), 2014. *CES Psicología*, 2016; 167–178.
28. Suarez MA, Alcalá M. APGAR FAMILIAR: UNA HERRAMIENTA PARA DETECTAR DISFUNCIÓN FAMILIAR. *Revista médica - Colegio Médico de La Paz*, 2014; 20(1): 53–57.
29. Lazo De La Vega Lizarraga AC. Nivel de ansiedad y depresión debido al confinamiento por COVID 19 en adolescentes del 4to año de secundaria del colegio nuestra Señora de Fátima [Internet]. [Arequipa]: Universidad Nacional de San Agustín; 2021. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12773/12354>
30. Manrique, M., Valdivia, D. Depresión y ansiedad relacionada a funcionamiento familiar durante confinamiento por COVID-19 en adolescentes de secundaria del Colegio Nacional de Señoritas Arequipa - Arequipa 2021 [Tesis]. PE: Universidad Católica de Santa María; 2021. <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/10777>
31. Torres Prado RY. Funcionalidad familiar, depresión y ansiedad en estudiantes de secundaria en instituciones educativas públicas, Lima Norte, 2021 [Internet]. [Lima]: Universidad César Vallejo; 2022. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12692/80380>

32. García-Rodríguez D, García-Rodríguez C. Funcionamiento familiar y ansiedad estado-rasgo en adolescentes. neuroscience [Internet]. 2020 [citado el 18 de abril de 2022];1(1):19–26. Disponible en:
<https://revista.uct.edu.pe/index.php/neuroscience/article/view/128>
33. Arbeláez DS, Cortés CYT, Villegas AMV, Perez ÓAM, Cuesta OMB, Duque DVC. Depresión y funcionamiento familiar en adolescentes de un municipio de Quindío, Colombia. Rev habanera cienc médicas [Internet]. 2020 [citado el 18 de abril de 2022];19(5):3153. Disponible en:
<http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3153>
34. Calderón M, Gálvez-Buccollini JA, Cueva G, Ordoñez C, Bromley C, Fiestas F. Validación de la versión peruana del PHQ-9 para el diagnóstico de depresión. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2012 [citado el 19 de abril de 2022];29(4):578–9. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342012000400027&lng=es.
35. Ventura Bances MP. Eficacia de un programa de intervención grupal cognitivo-conductual para disminuir el trastorno de ansiedad generalizada en pacientes del Puesto de Salud Las Dunas-Surco. Universidad Nacional Mayor de San Marcos [Internet]. 2009 [cited 2022 Apr 19]; Available from:
<https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/618>
36. Castilla HA, Universidad Inca Garcilaso de la Vega, Caycho TP, Shimabukuro M, Valdivia AA, Universidad Inca Garcilaso de la Vega, et al. Perception of family functioning: psychometric analysis of Family APGAR Scale in adolescents in Lima. Propós represent [Internet]. 2014;2(1):65–78. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.20511/pyr2014.v2n1.53>



ANEXOS

Anexo 1: Ficha de recolección de datos

N.º de Ficha: _____

ENCUESTA

EDAD	
-------------	--

MASCULINO	
FEMENINO	

REGION		PROVINCIA	
---------------	--	------------------	--

COLEGIO	
----------------	--

GRADO DE ESTUDIO	
Primer grado de primaria	
Segundo grado de primaria	
Tercer grado de primaria	
Cuarto grado de primaria	
Quinto grado de primaria	
Sexto grado de primaria	
Primer grado de secundaria	
Segundo grado de secundaria	
Tercer grado de secundaria	
Cuarto grado de secundaria	
Quinto grado de secundaria	

Anexo 2: Escala para Trastorno de Ansiedad Generalizada

GAD-7: GENERALIZED ANXIETY DISORDER, GAD-7

SEÑALE CON QUE FRECUENCIA HA SUFRIDO LOS SIGUIENTES PROBLEMAS EN LOS ULTIMOS 15 DIAS	NUNCA	MENOS DE LA MITAD DE LOS DIAS	MAS DE LA MITAD DE LOS DIAS	CASI TODOS LOS DIAS
Se ha sentido nervioso, ansioso o muy alterado	0	1	2	3
No ha podido dejar de preocuparse	0	1	2	3
Se ha preocupado excesivamente por diferentes cosas	0	1	2	3
Ha tenido dificultad para relajarse	0	1	2	3
Se ha sentido tan intranquilo que no podía estarse quieto	0	1	2	3
Se ha irritado o enfadado con facilidad	0	1	2	3
Ha sentido miedo, como si fuera a suceder algo terrible	0	1	2	3

Anexo 3: Escala para Trastorno de Depresión

PHQ-9: PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE (PHQ-9)

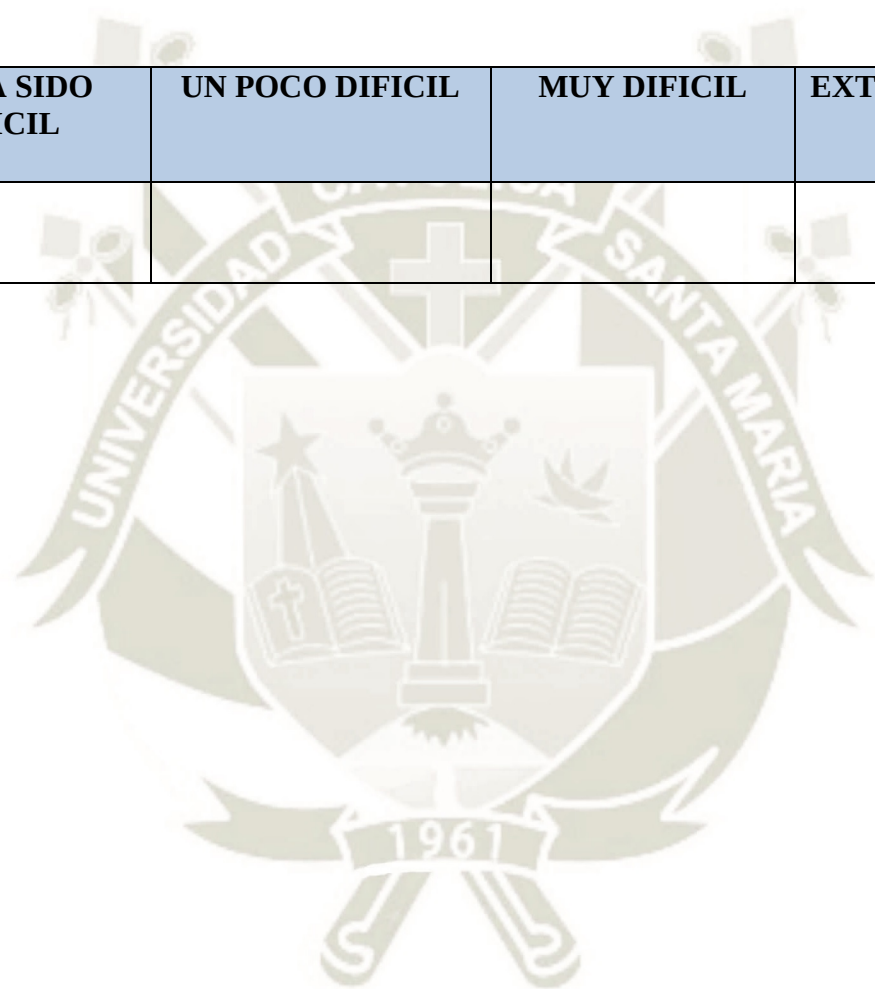
DURANTE LAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS, ¿QUÉ TAN SEGUIDO HA ¿TENIDO MOLESTIAS DEBIDO A LOS SIGUIENTES PROBLEMAS?	NINGUN DIA	VARIOS DIAS	MAS DE LA MITAD DE LOS DIAS	CASI TODOS LOS DIAS
Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido (a) o ha dormido demasiado	0	1	2	3
Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING: _____

TOTAL SCORE: _____

SI MARCÓ CUALQUIERA DE LOS PROBLEMAS, ¿QUÉ TANTA DIFICULTAD LE HAN DADO ESTOS PROBLEMAS PARA HACER SU TRABAJO, ¿ENCARGARSE DE LAS TAREAS DEL HOGAR, O LLEVARSE BIEN CON OTRAS PERSONAS?

NO HA SIDO DIFÍCIL	UN POCO DIFÍCIL	MUY DIFÍCIL	EXTREMADAMENTE DIFÍCIL



Anexo 4: Apgar Familiar de Smilkstein

CRITERIOS DE UBICACION	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia, cuando algo le perturba?			
¿Está satisfecho con la forma en que su familia discute áreas de intereses común y comparten problemas resolviéndolos juntos?			
¿encuentra que su familia acepta sus deseos de hacer nuevas actividades o cambios en su estilo de vida?			
¿Está de acuerdo con la forma en que su familia expresa afecto y responde a sus sentimientos de angustia, amor, pena...?			
¿Está satisfecho con la cantidad de tiempo que usted y su familia pasan juntos?			

INTERPRETACION:

0-3	4-6	7-10
NECESIDAD DE APOYO INMEDIATO	PROBABLE DISFUNCIÓN. EVALUAR	FUNCIONABILIDAD

Anexo 5:
Comité de ética

COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM



DICTAMEN COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

Arequipa, 7 de abril de 2022

Investigadoras Florence Giuliana Barletti Menéndez
Betsy Briyi Canazas Huamani

Presente. -

De mi especial consideración.

Me dirijo a ustedes para hacerles llegar el resultado de la evaluación del proyecto de tesis y dictamen del Comité Institucional de Ética de Investigación.

TÍTULO: Proyecto de Tesis: "RELACION ENTRE NIVELES DE ANSIEDAD, DEPRESION Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE 12 A 17 AÑOS DURANTE LA RESTRICCION SOCIAL POR EL ESTADO DE EMERGENCIA - AREQUIPA 2021".

Investigadoras a cargo de la investigación: Florence Giuliana Barletti Menéndez y Betsy Briyi Canazas Huamani.

TIPO Y DISEÑO: De campo, observacional, prospectiva y transversal.

OBJETIVO: La investigación tiene como objetivo: Determinar la relación entre los niveles de ansiedad-depresión y funcionabilidad familiar en adolescentes de 12-17 años durante la restricción sanitaria por el estado de emergencia en Arequipa.

PROCEDIMIENTOS: Ficha de recolección de datos, Escala para trastorno de ansiedad generalizada: Generalized Anxiety Disorder (GAD 7), Escala para trastorno de depresión: Patient Health Questionnaire (PHQ-9), Escala para funcionabilidad familiar: Apgar Familiar De Smilkstein.



COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM



DICTAMEN COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

SUJETOS DE ESTUDIO:

Adolescentes en etapa escolar de la institución educativa I.E. PNP 7 de agosto de la Provincia y Departamento de Arequipa, en el periodo comprendido entre septiembre 2021 y enero 2022, que cumplen con los criterios de selección. Se trabajará con el total de pacientes.

RIESGO DEL ESTUDIO:

Mínimo

OBSERVACIONES, SUGERENCIAS:

Debe proteger confidencialidad de la data sensible

DICTAMEN:

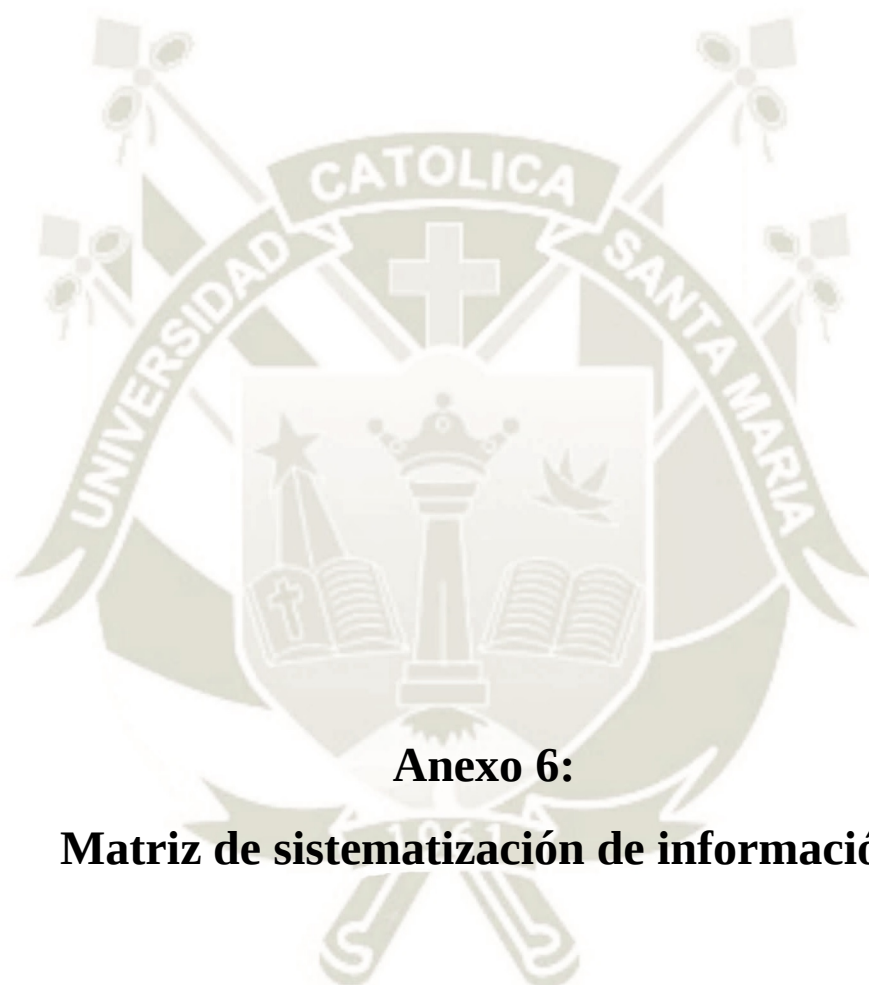


DICTAMEN FAVORABLE
039 - 2022



Águeda Muñoz del Carpio Toia
Comité Institucional de Ética de la Investigación UCSM

Cualquier duda comunicarse a: comiteeticainvestigacionucsm@gmail.com



Anexo 6:

Matriz de sistematización de información

					PHQ		GAD 7		APGAR FAM	
Nº	CONSENTIMIENTO	EDAD	GÉNERO	GRADO DE ESTUDIO	Puntaje PHQ	Nivel Depresión	Puntaje GAD	Nivel Ansiedad	Puntaje Apgar	Nivel Func Fam
146	ACEPTO	12	Femenino	1	14	D. moderada	11	A. moderada	0	Disfunción grave
128	ACEPTO	12	Femenino	1	1	D. mínima	1	Sin ansiedad	1	Disfunción grave
113	ACEPTO	12	Masculino	1	0	D. mínima	5	A. leve	6	Disfunción moderada
124	ACEPTO	12	Femenino	1	5	D. leve	7	A. leve	7	Familia funcional
109	ACEPTO	12	Femenino	1	7	D. leve	14	A. moderada	7	Familia funcional
135	ACEPTO	12	Femenino	1	5	D. leve	10	A. moderada	8	Familia funcional
114	ACEPTO	12	Masculino	1	6	D. leve	3	Sin ansiedad	9	Familia funcional
102	ACEPTO	12	Femenino	1	2	D. mínima	0	Sin ansiedad	10	Familia funcional
115	ACEPTO	12	Masculino	1	1	D. mínima	1	Sin ansiedad	10	Familia funcional
112	ACEPTO	12	Masculino	1	2	D. mínima	2	Sin ansiedad	10	Familia funcional
120	ACEPTO	12	Masculino	1	9	D. leve	12	A. moderada	10	Familia funcional
132	ACEPTO	13	Femenino	2	7	D. leve	9	A. leve	0	Disfunción grave
130	ACEPTO	13	Femenino	1	20	D. severa	13	A. moderada	1	Disfunción grave
134	ACEPTO	13	Femenino	1	13	D. moderada	7	A. leve	2	Disfunción grave
127	ACEPTO	13	Femenino	1	6	D. leve	8	A. leve	2	Disfunción grave
123	ACEPTO	13	Masculino	1	6	D. leve	19	A. severa	2	Disfunción grave
100	ACEPTO	13	Masculino	1	15	D. mod. severa	1	Sin ansiedad	3	Disfunción grave
96	ACEPTO	13	Masculino	1	4	D. mínima	8	A. leve	3	Disfunción grave
145	ACEPTO	13	Femenino	2	22	D. severa	17	A. severa	3	Disfunción grave
131	ACEPTO	13	Masculino	1	0	D. mínima	0	Sin ansiedad	4	Disfunción moderada
111	ACEPTO	13	Femenino	1	7	D. leve	10	A. moderada	5	Disfunción moderada
137	ACEPTO	13	Femenino	2	10	D. moderada	11	A. moderada	5	Disfunción moderada
105	ACEPTO	13	Masculino	1	6	D. leve	8	A. leve	6	Disfunción moderada
97	ACEPTO	13	Femenino	1	15	D. mod. severa	16	A. severa	6	Disfunción moderada
125	ACEPTO	13	Masculino	1	3	D. mínima	4	Sin ansiedad	7	Familia funcional
108	ACEPTO	13	Masculino	1	0	D. mínima	5	A. leve	7	Familia funcional
103	ACEPTO	13	Masculino	1	14	D. moderada	18	A. severa	7	Familia funcional
107	ACEPTO	13	Femenino	1	0	D. mínima	0	Sin ansiedad	8	Familia funcional
141	ACEPTO	13	Femenino	2	4	D. mínima	7	A. leve	8	Familia funcional
106	ACEPTO	13	Femenino	1	11	D. moderada	13	A. moderada	8	Familia funcional

104	ACEPTO	13	Masculino	1	1	D. mínima	5	A. leve	9	Familia funcional
110	ACEPTO	13	Masculino	1	7	D. leve	8	A. leve	9	Familia funcional
119	ACEPTO	13	Masculino	1	10	D. moderada	8	A. leve	9	Familia funcional
117	ACEPTO	13	Masculino	1	0	D. mínima	0	Sin ansiedad	10	Familia funcional
118	ACEPTO	13	Masculino	1	0	D. mínima	0	Sin ansiedad	10	Familia funcional
129	ACEPTO	13	Femenino	1	0	D. mínima	0	Sin ansiedad	10	Familia funcional
126	ACEPTO	13	Masculino	1	3	D. mínima	2	Sin ansiedad	10	Familia funcional
122	ACEPTO	13	Masculino	1	1	D. mínima	3	Sin ansiedad	10	Familia funcional
138	ACEPTO	13	Masculino	2	6	D. leve	6	A. leve	10	Familia funcional
78	ACEPTO	14	Femenino	3	12	D. moderada	15	A. severa	0	Disfunción grave
79	ACEPTO	14	Masculino	3	11	D. moderada	15	A. severa	1	Disfunción grave
30	ACEPTO	14	Femenino	3	7	D. leve	8	A. leve	2	Disfunción grave
65	ACEPTO	14	Femenino	2	11	D. moderada	10	A. moderada	3	Disfunción grave
28	ACEPTO	14	Masculino	3	14	D. moderada	16	A. severa	3	Disfunción grave
44	ACEPTO	14	Femenino	2	11	D. moderada	11	A. moderada	5	Disfunción moderada
93	ACEPTO	14	Femenino	3	1	D. mínima	3	Sin ansiedad	6	Disfunción moderada
81	ACEPTO	14	Femenino	3	4	D. mínima	3	Sin ansiedad	6	Disfunción moderada
94	ACEPTO	14	Femenino	3	16	D. mod. severa	14	A. moderada	6	Disfunción moderada
92	ACEPTO	14	Masculino	3	1	D. mínima	0	Sin ansiedad	7	Familia funcional
24	ACEPTO	14	Masculino	3	3	D. mínima	4	Sin ansiedad	7	Familia funcional
34	ACEPTO	14	Masculino	3	12	D. moderada	6	A. leve	7	Familia funcional
16	ACEPTO	14	Masculino	3	6	D. leve	7	A. leve	7	Familia funcional
69	ACEPTO	14	Femenino	2	6	D. leve	7	A. leve	8	Familia funcional
62	ACEPTO	14	Masculino	2	1	D. mínima	2	Sin ansiedad	9	Familia funcional
139	ACEPTO	14	Femenino	2	2	D. mínima	3	Sin ansiedad	9	Familia funcional
83	ACEPTO	14	Masculino	3	2	D. mínima	4	Sin ansiedad	9	Familia funcional
19	ACEPTO	14	Femenino	3	4	D. mínima	5	A. leve	9	Familia funcional
67	ACEPTO	14	Masculino	2	4	D. mínima	8	A. leve	9	Familia funcional
21	ACEPTO	14	Femenino	3	7	D. leve	8	A. leve	9	Familia funcional
80	ACEPTO	14	Femenino	3	2	D. mínima	9	A. leve	9	Familia funcional
140	ACEPTO	14	Masculino	2	7	D. leve	9	A. leve	9	Familia funcional
23	ACEPTO	14	Femenino	3	10	D. moderada	16	A. severa	9	Familia funcional
25	ACEPTO	14	Femenino	3	0	D. mínima	1	Sin ansiedad	10	Familia funcional
27	ACEPTO	14	Femenino	3	0	D. mínima	4	Sin ansiedad	10	Familia funcional

70	ACEPTO	14	Femenino	2	7	D. leve	10	A. moderada	10	Familia funcional
142	ACEPTO	14	Femenino	2	21	D. severa	18	A. severa	10	Familia funcional
77	ACEPTO	15	Masculino	3	13	D. moderada	0	Sin ansiedad	0	Disfunción grave
88	ACEPTO	15	Masculino	3	9	D. leve	10	A. moderada	1	Disfunción grave
76	ACEPTO	15	Femenino	4	22	D. severa	15	A. severa	2	Disfunción grave
11	ACEPTO	15	Femenino	4	15	D. mod. severa	20	A. severa	2	Disfunción grave
7	ACEPTO	15	Femenino	4	6	D. leve	5	A. leve	3	Disfunción grave
86	ACEPTO	15	Femenino	3	14	D. moderada	14	A. moderada	3	Disfunción grave
18	ACEPTO	15	Masculino	3	0	D. mínima	0	Sin ansiedad	4	Disfunción moderada
85	ACEPTO	15	Masculino	3	12	D. moderada	14	A. moderada	4	Disfunción moderada
32	ACEPTO	15	Femenino	3	16	D. mod. severa	16	A. severa	4	Disfunción moderada
1	ACEPTO	15	Masculino	4	10	D. moderada	4	Sin ansiedad	5	Disfunción moderada
89	ACEPTO	15	Masculino	3	7	D. leve	4	Sin ansiedad	6	Disfunción moderada
20	ACEPTO	15	Masculino	3	7	D. leve	6	A. leve	6	Disfunción moderada
15	ACEPTO	15	Masculino	3	8	D. leve	6	A. leve	6	Disfunción moderada
42	ACEPTO	15	Masculino	2	7	D. leve	7	A. leve	6	Disfunción moderada
13	ACEPTO	15	Femenino	4	10	D. moderada	7	A. leve	6	Disfunción moderada
91	ACEPTO	15	Femenino	3	17	D. mod. severa	14	A. moderada	6	Disfunción moderada
87	ACEPTO	15	Femenino	3	4	D. mínima	5	A. leve	7	Familia funcional
68	ACEPTO	15	Femenino	2	6	D. leve	7	A. leve	7	Familia funcional
31	ACEPTO	15	Femenino	3	5	D. leve	9	A. leve	7	Familia funcional
29	ACEPTO	15	Masculino	2	8	D. leve	11	A. moderada	7	Familia funcional
17	ACEPTO	15	Masculino	3	6	D. leve	6	A. leve	8	Familia funcional
75	ACEPTO	15	Femenino	4	10	D. moderada	15	A. severa	8	Familia funcional
6	ACEPTO	15	Masculino	4	0	D. mínima	0	Sin ansiedad	9	Familia funcional
10	ACEPTO	15	Masculino	5	0	D. mínima	0	Sin ansiedad	9	Familia funcional
82	ACEPTO	15	Masculino	3	2	D. mínima	5	A. leve	9	Familia funcional
4	ACEPTO	15	Femenino	4	4	D. mínima	6	A. leve	9	Familia funcional
84	ACEPTO	15	Masculino	3	16	D. mod. severa	12	A. moderada	9	Familia funcional
26	ACEPTO	15	Femenino	3	16	D. mod. severa	18	A. severa	9	Familia funcional
12	ACEPTO	15	Masculino	4	2	D. mínima	1	Sin ansiedad	10	Familia funcional
9	ACEPTO	15	Masculino	4	1	D. mínima	3	Sin ansiedad	10	Familia funcional
90	ACEPTO	15	Femenino	3	3	D. mínima	3	Sin ansiedad	10	Familia funcional
22	ACEPTO	15	Masculino	3	7	D. leve	7	A. leve	10	Familia funcional

5	ACEPTO	15	Femenino	4	8	D. leve	10	A. moderada	10	Familia funcional
41	ACEPTO	16	Masculino	5	1	D. mínima	0	Sin ansiedad	3	Disfunción grave
33	ACEPTO	16	Femenino	4	2	D. mínima	3	Sin ansiedad	4	Disfunción moderada
59	ACEPTO	16	Femenino	5	9	D. leve	12	A. moderada	4	Disfunción moderada
56	ACEPTO	16	Masculino	5	10	D. moderada	12	A. moderada	4	Disfunción moderada
46	ACEPTO	16	Masculino	5	5	D. leve	3	Sin ansiedad	5	Disfunción moderada
133	ACEPTO	16	Femenino	4	8	D. leve	7	A. leve	5	Disfunción moderada
143	ACEPTO	16	Masculino	4	9	D. leve	7	A. leve	5	Disfunción moderada
144	ACEPTO	16	Masculino	4	9	D. leve	8	A. leve	5	Disfunción moderada
39	ACEPTO	16	Masculino	5	10	D. moderada	9	A. leve	5	Disfunción moderada
3	ACEPTO	16	Femenino	4	17	D. mod. severa	12	A. moderada	5	Disfunción moderada
8	ACEPTO	16	Masculino	4	0	D. mínima	3	Sin ansiedad	6	Disfunción moderada
50	ACEPTO	16	Femenino	5	13	D. moderada	14	A. moderada	6	Disfunción moderada
54	ACEPTO	16	Femenino	5	14	D. moderada	16	A. severa	6	Disfunción moderada
63	ACEPTO	16	Femenino	5	5	D. leve	9	A. leve	7	Familia funcional
38	ACEPTO	16	Femenino	5	6	D. leve	11	A. moderada	7	Familia funcional
74	ACEPTO	16	Femenino	4	10	D. moderada	11	A. moderada	7	Familia funcional
47	ACEPTO	16	Femenino	5	12	D. moderada	12	A. moderada	7	Familia funcional
55	ACEPTO	16	Masculino	5	5	D. leve	5	A. leve	8	Familia funcional
2	ACEPTO	16	Masculino	4	4	D. mínima	4	Sin ansiedad	9	Familia funcional
60	ACEPTO	16	Femenino	5	3	D. mínima	6	A. leve	9	Familia funcional
35	ACEPTO	16	Femenino	5	5	D. leve	7	A. leve	9	Familia funcional
57	ACEPTO	16	Femenino	5	13	D. moderada	8	A. leve	9	Familia funcional
36	ACEPTO	16	Masculino	5	8	D. leve	11	A. moderada	9	Familia funcional
37	ACEPTO	16	Femenino	5	11	D. moderada	15	A. severa	9	Familia funcional
73	ACEPTO	16	Masculino	3	2	D. mínima	1	Sin ansiedad	10	Familia funcional
58	ACEPTO	16	Masculino	5	2	D. mínima	1	Sin ansiedad	10	Familia funcional
66	ACEPTO	16	Masculino	5	18	D. mod. severa	14	A. moderada	10	Familia funcional
51	ACEPTO	16	Femenino	5	21	D. severa	18	A. severa	10	Familia funcional
52	ACEPTO	17	Femenino	5	6	D. leve	4	Sin ansiedad	5	Disfunción moderada
71	ACEPTO	17	Femenino	5	11	D. moderada	9	A. leve	6	Disfunción moderada
53	ACEPTO	17	Masculino	5	8	D. leve	7	A. leve	7	Familia funcional
49	ACEPTO	17	Masculino	5	12	D. moderada	21	A. severa	7	Familia funcional
61	ACEPTO	17	Femenino	5	12	D. moderada	13	A. moderada	8	Familia funcional

64	ACEPTO	17	Masculino	5	0	D. mínima	0	Sin ansiedad	9	Familia funcional
48	ACEPTO	17	Femenino	5	0	D. mínima	4	Sin ansiedad	9	Familia funcional
40	ACEPTO	17	Masculino	5	0	D. mínima	3	Sin ansiedad	10	Familia funcional
45	ACEPTO	17	Masculino	5	6	D. leve	3	Sin ansiedad	10	Familia funcional





Anexo 7:
PROYECTO DE TESIS

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA” FACULTAD

DE MEDICINA HUMANA

PROGRAMA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



PROYECTO DE TESIS

**RELACION ENTRE NIVELES DE ANSIEDAD, DEPRESION Y
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE 12 A 17
AÑOS DURANTE LA RESTRICCION SOCIAL POR EL ESTADO DE
EMERGENCIA - AREQUIPA 2021**

AUTOR:

Florence Giuliana Barletti Menéndez

Betsy Briyi Canazas Huamaní

ASESORA:

Dra. Lizbeth Marina Cuno Velásquez

Arequipa - Perú

2021

I. PREÁMBULO

La enfermedad del coronavirus tipo2 del síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV-2), también conocida como COVID-19, estalló por primera vez en Wuhan, provincia de Hubei, China, en diciembre de 2019 y se extendió rápidamente por todo el mundo hasta ser declarada una emergencia de salud pública internacional por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Al 31 de julio de 2021, más de 195 millones de personas han sido infectadas por el virus en el mundo (1).

La llegada de la pandemia de la COVID-19 al Perú, en marzo de 2020, hizo que se impusieran estrictas medidas para su control y prevención. El estado de emergencia y la cuarentena decretada por el gobierno, así como el cierre de fronteras, el cierre del servicio escolar y superior y de gran parte de la actividad comercial, obligaron a la población residente en el país a su confinamiento (2).

La salud mental es un componente esencial de la salud para el bienestar individual y el funcionamiento eficaz de la comunidad. Los adolescentes con buena salud mental pueden desarrollarse con confianza en sí mismos en la edad adulta, y con esto tener la capacidad de hacer frente a la adversidad (3).

“Los trastornos de salud mental representan el 16% de la carga mundial de enfermedades y lesiones entre las personas de 10 a 19 años. A nivel mundial, la depresión es la cuarta causa principal de enfermedad y discapacidad entre los adolescentes de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años, y la decimoquinta entre los de edades comprendidas entre los 10 y los 14. La ansiedad es la novena causa principal entre los adolescentes de 15 a 19 años, y la sexta para los de 10 a 14” (3).

La depresión en niños y adolescentes constituye el mayor problema de salud pública en el Perú, tanto por el aumento de los casos como por sus consecuencias. Los trastornos emocionales pueden tener un impacto negativo en el rendimiento académico y la asistencia escolar (4).

II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

2. PROBLEMA DE INVESTIGACION

2.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la relación entre niveles de ansiedad, depresión y funcionalidad familiar en adolescentes de 12 a 17 años durante la restricción social por el estado de emergencia en Arequipa 2021?

2.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Psiquiatría
- Línea: Salud mental

b) Análisis de Variables

Variable	Indicador	Unidad / Categoría	Escala
Variables dependientes			
Nivel de ansiedad	Puntaje del test GAD-7	Leve Moderado Severo	Ordinal
Nivel de depresión	Puntaje del test PHQ-9	Ninguno Leve Moderado Moderadamente severo Grave	Ordinal
Variable independiente			
Grado de funcionabilidad familiar	Puntaje del test APGAR	Alta Moderada Severa	Ordinal
Variables intervinientes			
Edad	Fecha de nacimiento	Años	Discreta
Sexo	Caracteres sexuales secundarios	Masculino Femenino	Nominal

c) Interrogantes básicas

1. ¿Cuál es el nivel de ansiedad en adolescentes de 12 a 17 años durante la restricción sanitaria por estado de emergencia?
2. ¿Cuál es el nivel de depresión en adolescentes de 12 a 17 años durante la restricción sanitaria por estado de emergencia?
3. ¿Cuál es el nivel de funcionabilidad familiar en adolescentes de 12 a 17 años durante la restricción sanitaria por estado de emergencia?
4. ¿Cuál es la relación entre los niveles de ansiedad y la funcionabilidad familiar en adolescentes de 12 a 17 años durante la restricción sanitaria por estado de emergencia?
5. ¿Cuál es la relación entre los niveles de depresión y la funcionabilidad familiar en adolescentes de 12 a 17 años durante la restricción sanitaria por estado de emergencia?

d) Tipo de investigación:

- De campo

e) Diseño de investigación

- Investigación de tipo observacional, prospectiva y transversal

f) Nivel de investigación:

- Nivel correlacional

2.3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La presente investigación busca analizar si los niveles de ansiedad y depresión afectan en la funcionalidad de los adolescentes de 12 a 17 años en etapa escolar durante las restricciones sanitarias dadas por el estado de emergencia, ya que al ser la Covid19 una enfermedad reciente y de constante evolución, la mayoría de las investigaciones están orientadas a evaluar al personal de salud, sin embargo, en la ciudad de Arequipa no se han realizado estudios sobre como estas medidas de restricción sanitaria pueden afectar en la salud mental de la población adolescente.

Así mismo, estos problemas en la salud mental generarán un impacto negativo a futuro en la sociedad, aumentando la cantidad de personas que necesiten atención psiquiátrica y psicológica, lo cual afectará más al sistema de salud público del estado, el cual ya está se encuentra colapsado a causa de la pandemia, por ello es importante ver la repercusión de la COVID -19 en la salud mental de los niños y adolescentes, para poder tomar medidas preventivas y promocionales, disminuyendo la tasa de enfermedades psiquiátricas a causa de la pandemia. Es por estos motivos que hemos decidido realizar esta investigación.

Es por tal motivo, que nuestra investigación nos permitirá saber si existe una relación directa entre los niveles de ansiedad, depresión y funcionalidad familiar en los adolescentes para así poder aplicar medidas de prevención y control oportuno en este grupo etario.

En tal sentido, para desarrollar esta investigación contamos con todos los materiales necesarios, además del apoyo por parte de los centros educativos.

3. MARCO CONCEPTUAL

3.1 CONTEXTO Y MEDIDAS SANITARIAS ANTE COVID 19

3.1.1 COVID-19

La enfermedad del coronavirus tipo2 del síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV-2), también conocida como COVID-19, estalló por primera vez en Wuhan, provincia de Hubei, China, en diciembre de 2019 y se extendió rápidamente por todo el mundo hasta ser declarada una emergencia de salud pública internacional por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1).

Los coronavirus son virus de ARN grandes, monocatenarios y con envoltura positiva que infectan a los seres humanos, pero también a una amplia gama de animales; fueron descritos por primera vez en 1966 por Tyrell y Bynoe, quienes cultivaron los virus de pacientes con resfriados comunes (11).

Basándose en su morfología como viriones esféricos con una capa central y proyecciones superficiales que se asemejan a una corona solar, se denominaron coronavirus (en latín: corona = corona) (12)

3.1.2 Patogénesis

El espectro clínico de SARS-CoV-2 varía de formas asintomáticas o paucisintomáticas a condiciones clínicas caracterizadas por insuficiencia respiratoria que necesite ventilación mecánica y soporte en la UTI con manifestaciones sistémicas como sepsis, choque séptico, falla orgánica múltiple (13).

Hay una serie de factores que influyen significativamente en la gravedad de COVID-19 y sus tasas de mortalidad: la edad avanzada, y determinadas patologías previas: enfermedad cardiovascular, diabetes descompensada, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), hipertensión, cáncer, situaciones de inmunosupresión.

En el extremo opuesto se encuentran los niños. Al parecer, las frecuencias de infección en niños y jóvenes menores de 18 años no son menores que las registradas en adultos, pero la evolución es mucho más leve, con tasas de mortalidad bajísimas.

3.1.3 Epidemiología

Desde el brote de COVID-19 en diciembre en Wuhan, China, la infección se ha extendido rápidamente a otras partes del mundo, y el creciente número de casos sugiere claramente que la enfermedad aún se está propagando continuamente. Inicialmente, se informaron varios casos (> 50 personas) de neumonía aguda asociada con COVID-19 en China, que estaban vinculados a un mercado de mariscos en la provincia de Wuhan. Desde entonces, el número de personas

infectadas ha alcanzado alrededor de diez millones, lo que aún puede ser una subestimación, ya que existe una gran posibilidad de exposiciones no rastreadas y personas asintóticas (14).

Al 10 de marzo, se notificaron > 48 000 casos confirmados y 3000 muertes en todo el mundo. Finalmente, la OMS declaró al COVID-19 como una pandemia el 11 de marzo de 2020. En particular, después del 15 de marzo, se observó un fuerte aumento en el número de casos infectados y la tasa de mortalidad, y a finales de marzo, el número de personas infectadas aumentó a más de 640.000 y la tasa de muerte cruzó > 18%. Inicialmente, el mayor número de casos se notificó en China; sin embargo, a mediados de marzo, Europa había registrado un mayor número de casos que en cualquier parte del mundo, mientras que los casos de COVID se habían extendido a más de 160 países y territorios que abarcan seis continentes.

En Perú, no es hasta el 05 de marzo de 2020 que se alerta sobre el primer caso de COVID-19 en el país; una vez confirmados los primeros casos, el 15 de marzo a través del Decreto Supremo N° 044-2020-PCM - Decreto Supremo que declara Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del brote del COVID-19, donde establecimientos de salud, instituciones educativas, comercio y transporte, tuvieron que hacer un cese de funciones y adaptación de la modalidad de trabajo, con el fin de evitar el incremento y expansión de la enfermedad.

Sin embargo, no solo ha demostrado ser una emergencia médica, sino que será considerada como una de las mayores tragedias humanas después de la Segunda Guerra Mundial. Ha afectado gravemente a las actividades económicas y ha tenido inmensos efectos socioeconómicos y amplias implicaciones en el comercio mundial, los viajes y las cadenas de suministro, y ha perturbado considerablemente la vida cotidiana de las personas en todo el mundo.

3.1.4 Medidas sanitarias

Ante la alerta epidemiológica lanzada a nivel mundial, en nuestro país también se contextualizaron las acciones a desarrollar acorde a los protocolos mundiales, considerando: 1) Cuarentena y aislamiento, a través de la restricción del libre desplazamiento 2) Protocolos de limpieza y desinfección, en los hogares,

instituciones, mercados, y cualquier espacio habitable; así como de la protección y desinfección de manera individual.

El equipo de trabajo del MINSA se ha enfocado no solo en la atención física sino también han generado una serie de pautas a seguir en el cuidado de la salud mental, y así no sea ajena al contexto actual; a través de la Resolución Ministerial N° 186-2020-MINSA, nos brindan una “Guía técnica para el cuidado de la salud mental de la población afectada, familias y comunidad, en el contexto del COVID-19” con la finalidad de contribuir a la reducción del impacto psicológico de la pandemia por COVID-19 en la población mediante acciones de 20 promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud mental. De manera general, el documento nos brinda las pautas para la asistencia a la población en general, pero en este caso la revisión se enfoca en las medidas brindadas para las niñas, niños y adolescentes; ya que, debido al distanciamiento social, cambio en la rutina, los periodos prolongados de cuarentena pueden generar cuadros de mayor ansiedad, irritabilidad, tristeza, preocupación, cambios en el comportamiento, rendimiento académico disminuido. Además, que puede incrementar la presencia de maltrato infantil. Este procedimiento de atención a los niños, niñas y adolescentes en el contexto de emergencia sanitaria por COVID-19, brinda las recomendaciones para el cuidado de la salud mental en la población objetivo, durante el aislamiento domiciliario o cuarentena (15). Así como, las pautas para informarle al menor si ha contraído la enfermedad o si un familiar cercano está contagiado, con ello buscan que el niño o adolescente entienda la situación y no dejarse llevar únicamente por lo que puede ver o escuchar por algún medio de comunicación, e incluso la información errada que puede recibir en el hogar (16).

3.1.5 Estilos de vida y convivencia durante la emergencia sanitaria

Estilos de vida a raíz de la emergencia sanitaria

Las restricciones en cuanto al desarrollo de actividades de los niños y adolescentes en la emergencia sanitaria por COVID-19 se ve caracterizada por la alteración de la rutina, práctica de ejercicio físico y horas de sueño. En base a evidencia preliminar, Bates nos recuerdan que, a nivel mundial, miles de escuelas y colegios tuvieron que cesar sus actividades presenciales y adaptarse a un contexto virtual,

en el caso de Perú, los actores de la educación: docentes, padres de familia y menores no contaban al inicio con los recursos tecnológicos, de conocimiento, gestión de la autonomía y económicos, para acomodarse a esa nueva situación. El hecho de pasar entre 8 horas de manera diaria en la escuela, con el contacto de los compañeros y las experiencias del día a día, a sentarse frente a una pantalla para recibir la clase y luego continuar en la misma pantalla para desarrollar las actividades, sumado a los momentos de ocio navegando en internet, redes sociales, etc., modificando la actuación de estos; es decir, han pasado de un estado de actividad continua a un estado sedentario (17). Muchos factores asociados al confinamiento representan una experiencia de estrés en los niños y adolescentes, caracterizado por la modificación de los horarios de sueño, horas de alimentación, recreación, estudio; e incluso también a la propensión de sufrir violencia o maltrato en sus hogares (18). En los menores, el estrés impacta de manera directa en su salud mental debido a un aumento de la ansiedad, dificultado por no tener las herramientas o recursos humanos para poder atravesar de manera adecuada este problema.

A) Tiempo frente a la pantalla móvil, televisión o de ordenador

En los primeros años, los padres por diversas razones exponen a sus hijos a consumir activamente programas de televisión y actualmente el uso del celular, como forma de distracción o entretenimiento. Este consumo, va disminuyendo a medida que el niño crece y tiene más actividades recreativas en el jardín y la escuela, sumado a las actividades académicas. Una vez llegada la etapa de la adolescencia, el consumo de la televisión es menor, pero se incrementa el uso de teléfonos móviles u ordenadores con acceso a internet para tener contacto con su grupo de pares, acceso a páginas de entretenimiento y académicos. En esta pandemia, ha sido para todos, un recurso vital el poder tener acceso a internet, así como un dispositivo adecuado para los requerimientos académicos, desde los niños en edad preescolar hasta los universitarios. Con ello, han incrementado las horas frente a una pantalla, reduciendo el espacio para la actividad física; y en efecto las reuniones sociales, debido a la problemática. Además, esta situación puede propiciar la exposición de los niños y adolescentes a la explotación sexual y el acoso en; no olvidemos que los depredadores en internet están a la expectativa

de cazar a menores para fines violentos o negativos, siendo esta pandemia la excusa más palpable para aprovechar la conectividad de estos y darle paso a la captación de víctimas.

B) Cambios en las horas de sueño

El número de horas de sueño cambia a lo largo de la niñez y adolescencia, dependiendo de las actividades que desarrollen durante el día. Por ejemplo, como un requisito típico de sueño de la edad de 5 a 10 años oscila en un promedio de 10 horas, mientras que a partir de los 11 a los 18 años, el promedio de sueño es de 8 horas (21). Durante esta pandemia, el ritmo de las horas de sueño ha variado, ya que no se posee un horario fijo para acostarse y levantarse, así como realizar las actividades domésticas y escolares. Al incrementarse las horas de exposición a una pantalla, afecta directamente a la falta de sueño a través de varios mecanismos, incluida la exposición nocturna a luces de alta gama. De manera que se ve afectada la producción de melatonina como principal hormona, encargada de la regulación del sueño-vigilia, no permitiendo un buen descanso y reparación de la energía gastada durante el día (19). Los problemas persistentes del sueño pueden indicar una condición emocional, fisiológica o neurológica, a la que se debe prestar atención, ya que influye directamente en la realización de las actividades al siguiente día, la concentración, la memoria y la atención.

C) Cambios en la alimentación

Uno de los problemas del sedentarismo es la obesidad. Entre 2003 y 2006, se realizó un estudio con niños estadounidenses, donde encontraron que más de 12% de los niños de dos a cinco años tenían un índice de masa corporal (IMC) en el percentil 95 o por encima acorde a su edad, y alrededor de 12% más estaba en el percentil 85 (21). Existe una predisposición al estar en casa todo el día hacia el consumo de productos chatarra o piqueos, entre comidas, también como resultado del incremento de la ansiedad o algún trastorno alimenticio anterior a la pandemia. Mientras, por otro lado, en comunidades con pobreza o pobreza extrema, surge lo opuesto, la desnutrición. Debido al cierre de establecimientos, limitación de tránsito libre y situación laboral no estable, muchos padres de familia no han

tenido el dinero o los medios suficientes como para dar una adecuada alimentación a sus hijos (21). En muchos de los casos los padres se han visto en la obligación de priorizar temas de salud a nivel de la compra de medicamentos, mascarillas, utensilios de desinfección y el ámbito escolar, dejando poco a casi nada para la preparación de la dieta de los menores. Ambas situaciones afectan de manera directa no solo al crecimiento de los niños y adolescentes sino también en el desarrollo cognoscitivo y psicosocial.

D) Cambios en la recreación y actividad física

La actividad física es crucial para el desarrollo y crecimiento de los niños y adolescentes, influyendo directamente en el desarrollo de habilidades motoras, la densidad ósea, la regulación emocional y la salud psicológica. El juego contribuye a consolidar muchas áreas del desarrollo, estimulando los sentidos, ejercitando los músculos, adquiriendo dominio sobre el cuerpo y los movimientos, incluso asociado a un grupo de pares, adquieren nuevas habilidades como la toma de decisiones y la disminución del estrés y la ansiedad (21). Desde el inicio de la pandemia COVID, no hay muchos estudios que investiguen los cambios en los niveles de actividad física, tanto de niños como adolescentes, no obstante, hay resultados preliminares que demuestran una tendencia a la baja en esta área; como parte de las medidas adoptadas mundialmente, como la restricción del contacto presencial, la población objetivo han encontrado una dificultad para la participación en deportes, u otras formas de actividad física; incluso desde las limitaciones de los padres de familia, ya que también se encuentran limitados a un trabajo remoto, no encuentran los mecanismos para que sus menores puedan mantenerse físicamente activos.

E) Cambio en la educación

Una de las motivaciones del niño y adolescente, más allá de la educativa en sí, es el hecho de ganar experiencias con sus compañeros, lo cual le permite desarrollar habilidades sociales y de gestión de sus emociones, encontrando en ellos, personas que lo puedan escuchar, entender y aconsejar fuera de la asistencia familiar. Ya en el campo netamente educativo, el niño y adolescente en este contexto de

pandemia, para una buena adaptación ha tenido que obligarse a desarrollar la autonomía, puesto que a no 27 existir horarios o exigencias, de manera directa por parte de sus docentes, a modo de no fracasar en el año escolar, han tenido que realizar sus actividades independientemente, quizás este cambio ha sido beneficioso, en cuanto a su desarrollo de los descrito, así como implementar su bagaje en el manejo de recursos informáticos y tecnológicos, impulsados por la creatividad y el crecimiento personal (19).

3.2. SALUD MENTAL:

Se define salud mental como la capacidad que se posee para manejar las emociones de manera adecuada y lograr superar obstáculos de la vida diaria, haciendo uso de la capacidad resolutive adquirida a lo largo de la vida, cuando esta se ve alterada ocasiona cambios en el comportamiento y en el estado emocional de las personas, los cuales se manifiestan con la aparición de distintos trastornos entre los que destacan la ansiedad y depresión. (22)

De acuerdo con la OMS, la salud mental es un *“Estado de bienestar donde la persona es capaz de desarrollar su potencial, hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva y contribuir a su comunidad”*. (23)

Los principales determinantes de la salud mental son factores sociales, psicológicos y biológicos, los cuales si son negativos suponen un riesgo de ver afectada la salud mental. (23)

Una adecuada salud mental es fundamental para el crecimiento intrínseco individual, y este contribuye de manera directa a construir y mejorar la sociedad, por eso es fundamental darle la importancia debida, promover su promoción, protección, y rápido diagnóstico (23). La alteración en la salud mental de niños y adolescentes es de difícil diagnóstico, considerado a veces un reto clínico, por la presentación atípica de los síntomas en este grupo etario (22).

3.2.1. Trastorno de ansiedad:

3.2.1.1. Definición

La ansiedad es una respuesta natural ante la sensación de peligro real o imaginario, que ayuda a la adaptación y supervivencia del ser humano. Se convierte en un trastorno cuando se ve alterada, siendo de mayor duración e intensidad, volviéndose intolerable y desproporcionada a la situación o si aparece de la nada sin ningún estímulo o factor que la justifique (25) llegando a dificultar o incapacitar a la persona que la padece, en situaciones de la vida diaria, como en el trabajo, estudio e incluso en la forma en que convive con su entorno (24). Los síntomas son variados, desde neurovegetativos (inquietud psicomotriz, taquicardia, piloerección, sudoración), hasta cognitivos y conductuales, destacando entre ellos la inhibición (25).

Es de etiología multifactorial y tiene gran variedad de factores de riesgo como son genéticos, ambientales, temperamentales, familiares y sociales (26) y los factores que la desencadenan pueden ser del ambiente o propios de la persona como recuerdos, imágenes, ideas o deseos (25).

3.2.1.2. Epidemiología

Es el trastorno más frecuente en la infancia y adolescencia con una prevalencia que oscila entre el 6 y 20%, su presencia es mayor en niñas que en niños, en una relación de 3:1 respectivamente (25).

Según el Manual Diagnóstico Y Estadístico De Los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-V) los trastornos de ansiedad más habituales en la infancia son: Trastorno por Ansiedad de Separación 4% (TAS), Trastorno por Ansiedad Generalizada 3-4 % (TAG), Fobias específicas 4%, Fobia social 1%, Trastorno de pánico 0.6% y en menor medida, el mutismo selectivo y la agorafobia (25,26).

La comorbilidad es este trastorno es muy frecuente, pudiendo padecer el mismo paciente varios trastornos ansiosos y/o la comorbilidad con otros trastornos en mayor frecuencia la depresión (27).

3.2.1.3. Clínica

Es de manifestación atípica y varía según el grupo etario y grado de desarrollo cognitivo de cada niño (25).

- En adolescentes se presentan síntomas parecidos agregándose mareos, dolor torácico, y miedos sociales, aparecen también síntomas de despersonalización (sentimiento de vacío y extrañeza hacia uno mismo) y desrealización (se percibe el mundo como algo imaginario) (25).

3.2.1.4. Diagnóstico

Es de difícil diagnóstico, ya que, generalmente, los niños y adolescentes que padezcan de trastornos de ansiedad llegan a la consulta manifestando quejas somáticas con la presencia de síntomas neurológicos, gastrointestinales y/o cardiovasculares, orientando al médico más hacia otras patologías alejándose del diagnóstico de Trastornos de ansiedad, también, la dificultad de los niños para expresar bien sus síntomas, el inicio y desencadenante va a dificultar la valoración objetiva del pediatra de los síntomas en relación a los cuadros ansiosos (27).

El diagnóstico de los trastornos de ansiedad es fundamentalmente clínico y se realiza siguiendo los criterios diagnósticos de las clasificaciones internacionales: CIE 11 y DSM-V (25) pero también existen otras escalas clínicas que pueden ayudar a la detección de estas patologías, siendo una de las más utilizadas la escala STAIC (State-Trait Anxiety Inventory for Children) o cuestionario de ansiedad “ESTADO-RASGO” para niños, que evalúa la ansiedad en el momento actual y la predisposición que tiene el niño a sufrir de ansiedad respectivamente (27).

3.2.1.5. Tratamiento

El tratamiento de los trastornos de ansiedad es multidisciplinario y debe tener un enfoque terapéutico global, tiene como objetivo disminuir la sintomatología, evitar complicaciones a larga data, prevenir la aparición de comorbilidades y desarrollo de trastornos depresivos y ansiosos en la edad adulta (25).

De primera elección tenemos el tratamiento médico en el cual se encuentra la psicoterapia teniendo mejores resultados la psicoterapia cognitivo-conductual, esta va a variar de acuerdo a la edad del paciente, ya que cuanto más pequeño sea el niño debe de haber mayor intervención por parte de los padres (25,28).

En segunda línea se encuentra el tratamiento farmacológico para niños con trastornos de ansiedad de grado moderado o grave y con fracaso al tratamiento

médico, siendo de elección los ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina) (28), la elección del medicamento dependerá del médico tratante pero la edad recomendada para el uso de fármacos varía de acuerdo al fármaco que se desea usar, la sertralina se usa en niños de 6 años, la fluoxetina en niños mayores de 7 años, la fluvoxamina para niños a partir de 8 años y el escitalopram para adolescentes a partir de 12 años (25).

3.2.2. Depresión

3.2.2.1. Definición

La depresión mayor es una alteración negativa en el estado de ánimo de la persona, se presenta de forma episódica pero recurrente, está constituido por un conjunto de diversos síntomas, entre los que predominan los de tipo afectivo, como sentimientos de desesperanza, apatía, tristeza desproporcionada, irritabilidad, pérdida de disfrute de las actividades que antes eran satisfactorias o de actividades cotidianas, sensación subjetiva de malestar general y anhedonia; sin embargo, también pueden presentar síntomas de tipo cognitivo, volitivo y físicos entre los que destacan la falta de energía, la dificultad para concentrarse en todo tipo de actividad, alteraciones en la memoria y alteraciones del apetito y el sueño, pudiendo verse aumentados o disminuidos (25,28,29), con todos estos síntomas relacionados, se verá afectada la parte afectiva de la persona teniendo una repercusión negativa en el funcionamiento global del paciente (25).

La depresión se considera que es de etiología multifactorial, y se han descrito múltiples causas las cuales se dividen en factores genéticos, factores ambientales, eventos vitales o traumáticos y las características de la personalidad (28).

3.2.2.2. Epidemiología

La prevalencia de depresión en niños y adolescentes depende de varios factores entre los que se encuentran: la población que los rodea, el periodo de tiempo, el informante que puede ser el padre, el niño o ambos, y los criterios que van a ser utilizados para su diagnóstico (29). En términos generales se considera que la depresión tiene una relación directa con la edad, en niños prepuberales alrededor

del 1 al 2% sufre de depresión y aproximadamente el 5% de adolescentes han sufrido en algún momento de su vida una depresión clínicamente significativa (25).

En edades prepuberales, el grado de depresión no varía de acuerdo con el género, pero es en la adolescencia donde las mujeres aumentan el riesgo de padecerla, en una relación de 2:1 con respecto al género masculino (25,29). Es considerada como uno de los principales factores de riesgo de suicidio en los adolescentes (28).

Al igual que en el trastorno de ansiedad la depresión también está fuertemente asociada con otros trastornos psicopatológicos aproximadamente en un 40 y 90%, destacando la comorbilidad con los trastornos de ansiedad, problemas en la conducta, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, TOC y dificultades en el aprendizaje (28,29).

3.2.2.3. Clínica

En la clínica base se tiene similitudes con las manifestaciones de un adulto, pero al ser niños y adolescentes van a presentar síntomas que varían según su edad (25).

- En la adolescencia, los síntomas suelen ser similares a los de la época escolar, pero pueden aparecer otros síntomas de acuerdo con su edad como son: presencia de conductas disociales, como el exceso de consumo de alcohol, drogas y otros tipos de sustancias, agresividad y trastornos de conducta alimentaria. Es en esta edad donde aparecen con más frecuencia la ideación y los intentos autolíticos, como cortes en su mayoría superficiales, golpearse contra las paredes, quemarse, pellizcarse, rasguñarse, etc. (25,28).

Al estar asociado con varias comorbilidades, los niños y adolescentes presentaran también síntomas ansiosos y manifestaciones somáticas (cefaleas, dolores musculares, cansancio, dolor abdominal, parálisis, etc.), por ello es muy importante prestar atención en la consulta a los síntomas considerados como “inexplicables” para alguna otra patología médica y que presenten pruebas complementarias normales (25).

3.2.2.4. Diagnostico

Para el diagnóstico de depresión mayor, se debe realizar una detallada entrevista clínica y exploración psicopatológica, utilizando cuestionarios como apoyo y método de cribado, para poder detectar a tiempo a los niños y adolescentes que sufran de depresión mayor (25). Es importante enfocar la entrevista clínica de acuerdo a la edad del paciente, con el fin de lograr que exprese sus ideas adecuadamente, para ello podemos ayudarnos de técnicas verbales y no verbales, en especial en la primera infancia, ya que es la etapa en donde es más complicado establecer una comunicación fluida con el niño (25).

El diagnóstico de depresión en la infancia sigue los mismos criterios diagnósticos que en la edad adulta, por eso, en niños pequeños y escolares, se debe explorar los síntomas nucleares de forma adaptada a la edad (28), dichos criterios están establecidos por la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y por la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-V) teniendo ambos como criterio fundamental la presencia de un episodio o ánimo depresivo durante dos semanas seguidas (25,28,29).

- Según la CIE-10: “Se establece que el episodio depresivo debe tener una duración de al menos dos semanas y deben de estar presentes como mínimo dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión: ánimo depresivo, pérdida de interés o de la capacidad para disfrutar (anhedonia), aumento de la fatigabilidad” (25)
- Según el DSM-V: “Un estado de ánimo depresivo y/o irritable, o una disminución del interés o de la capacidad para el placer que está presente la mayor parte del día durante las 2 últimas semanas, y que se acompaña de cinco de los siguientes síntomas: pérdida o ganancia de peso, insomnio, enlentecimiento motor o agitación psicomotriz, fatiga, sentimientos de inutilidad o culpa, dificultades para concentrarse y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.” (28).

3.2.2.5. Tratamiento

La guía de la American Academy of Children and Adolescent Psychiatry (AACAP) recomienda diferentes intervenciones según la gravedad de la depresión. “En depresión leve, dar terapia de apoyo con vigilancia de la respuesta durante las

primeras 6-8 semanas. En depresión moderada, iniciar terapia cognitivo-conductual y/o un antidepresivo. Y en depresión severa, recomienda antidepresivo inicialmente siempre asociado con algún tipo de psicoterapia” (28,30).

La guía de la National Collaborating Centre for Mental Health (NCCMH) del Reino Unido recomienda “psicoterapia como primera línea en cualquier tipo de gravedad de la depresión durante 12 semanas, y luego poder evaluar, si no hay respuesta, la necesidad de un antidepresivo” (28,31).

El tratamiento psicoterapéutico es similar al del trastorno de ansiedad, si bien existen una gran variedad de terapias, la más utilizada y con mejores resultados es la terapia Cognitivo-Conductual (TCC), esta debe adaptarse a la edad del niño, y puede ser individual, grupal o familiar (25).

En el tratamiento farmacológico se utilizan los antidepresivos como herramienta importante; sin embargo, muchos de estos como los antidepresivos tricíclicos pueden ser eficaces en los adultos, mas no lo son en niños (29).

El único fármaco aprobado por las principales agencias reguladoras, y por tanto el fármaco de elección, es la fluoxetina (ISRS) (28), el cual puede ser usado en pacientes a partir de los 8 años (25).

3.2.3. FUNCIONABILIDAD FAMILIAR

La familia es un sistema que a su vez se compone de subsistemas; el primero de ellos el conyugal (papá y mamá), el segundo paternofilial (padres e hijos) y el fraternal (hermanos). Todas las familias tienen características que las pueden hacer distintas o similares a otras, algunas características tipológicas son: la composición (nuclear, extensa o compuesta) y el desarrollo (tradicional o moderno) (32).

La familia por si sola es un contexto muy complicado e integrador, en la que interactúan diversos sistemas biológicos, psicosociales y ecológicos en las que se ejecutan los procesos fundamentales del desarrollo humano (33).

La Funcionalidad Familiar o una familia funcional, es aquella que logra promover el desarrollo integral de sus miembros, es en donde se dan las condiciones para el inicio y fortalecimiento de las habilidades sociales en los adolescentes (33), las

familias funcionales se definen, por ser sanas y por presentar una comunicación clara, y directa, delimitan roles entre sus miembros, habilidad para resolver inconvenientes, cohesión, comprensión y solidaridad, lo que les permite avanzar (34). La familia disfuncional, es aquella que se caracteriza por el fracaso en los papeles parenterales, ausencia total de reglas explícitas, los límites son generalmente confusos, y presencia de crisis cíclicas y repetitivas (33).

Dentro de la familia, se pueden evidenciar tanto factores de riesgo como de protección hacia el adolescente, los factores de riesgo hacen referencia a las características internas y/o externas del individuo, que aumentan la probabilidad o predisposición de que se produzca un determinado fenómeno. Asimismo, la falta de apoyo, el trato violento, la deserción escolar y la poca estancia en el hogar que experimentan los adolescentes, forman parte de dichos factores. Los factores de Protección son relaciones familiares basadas en la comunicación, factores psicológicos o sociales que modifican la acción de un factor de riesgo para desestimular o evitar la aparición de algún problema en las personas (32).

Las relaciones distantes aumentan la probabilidad de conductas tales como el consumo descontrolado de sustancias psicoactivas (drogas, alcohol, tabaco), delincuencia, deserción escolar y relaciones sexuales precoces, cuando las relaciones familiares no son armónicas surgen dificultades de adaptación y problemas de comportamiento en los adolescentes que a su vez impactan recíprocamente en la funcionalidad familiar; mientras que las relaciones afectivas aumentan significativamente la seguridad, la autoestima, el autoconcepto y factores determinantes en el desarrollo de destrezas emocionales, cognitivas y sociales del adolescente, tienen un grado alto de adaptabilidad, una fuerte vinculación emocional entre sus miembros y mayor satisfacción familiar, perciben mayor apoyo en cuanto a sus relaciones personales significativas (32).

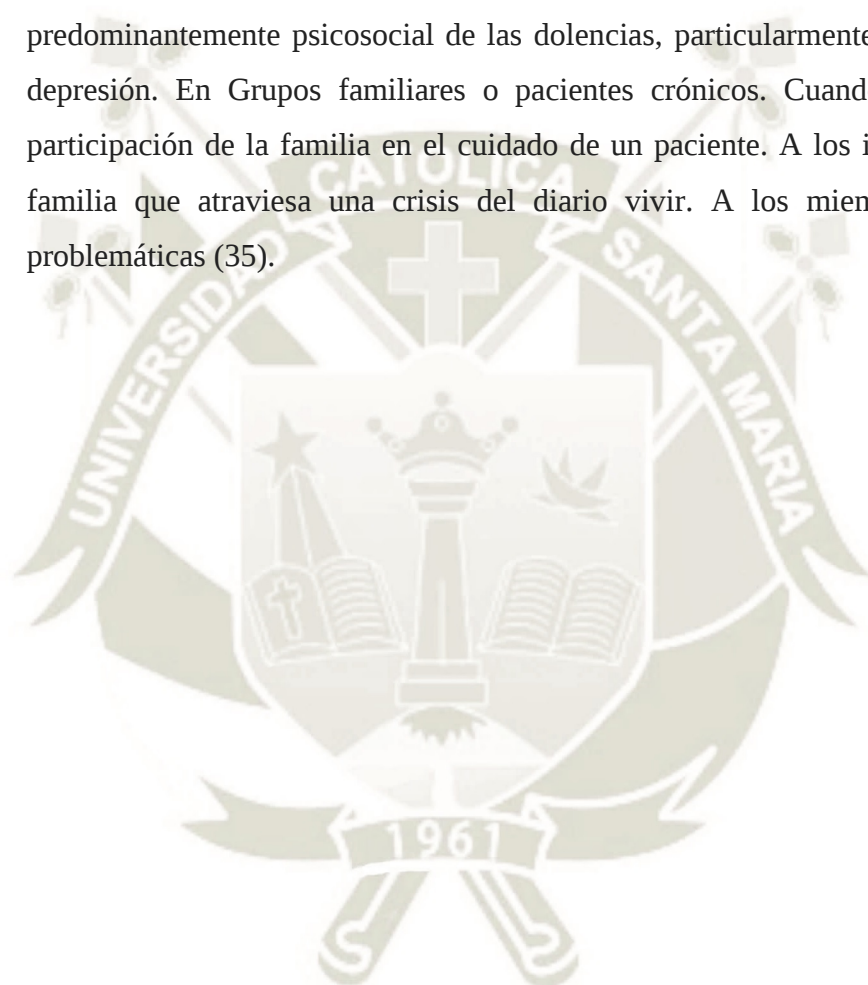
3.2.3.1 Instrumentos para evaluar funcionabilidad familiar:

El APGAR familiar es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global es un cuestionario de cinco preguntas, que evalúa cinco funciones básicas de la familia considerada las más importantes por el autor: Adaptación, Participación, Gradiente

de recurso personal, Afecto, y Recursos. Estos cinco elementos son muy importantes, considerando su presencia en toda la tipología de los diferentes tipos de familia, pudiendo ser en base a su estructura, desarrollo, integración o en base a su demografía (35).

3.2.3.2. Cuando aplicar el Apgar familiar

Pacientes polisintomáticos, en los cuales se perciba un componente predominantemente psicosocial de las dolencias, particularmente en la ansiedad o depresión. En Grupos familiares o pacientes crónicos. Cuando es necesaria la participación de la familia en el cuidado de un paciente. A los integrantes de una familia que atraviesa una crisis del diario vivir. A los miembros de familias problemáticas (35).



5. OBJETIVOS

5.1. GENERAL

Determinar la relación entre los niveles de ansiedad-depresión y funcionabilidad familiar en adolescentes de 12-17 años durante la restricción sanitaria por el estado de emergencia en Arequipa

5.2. ESPECÍFICOS

- Conocer los niveles de ansiedad en adolescentes de 12 a 17 años durante la restricción sanitaria por estado de emergencia.
- Conocer los niveles de depresión en adolescentes de 12 a 17 años durante la restricción sanitaria por estado de emergencia.
- Describir la funcionabilidad familiar en adolescentes de 12 a 17 años durante la restricción sanitaria por estado de emergencia.
- Determinar la relación entre los niveles de ansiedad y la funcionabilidad familiar en adolescentes de 12 a 17 años durante la restricción sanitaria por estado de emergencia
- Determinar la relación entre los niveles de depresión y la funcionabilidad familiar en adolescentes de 12 a 17 años durante la restricción sanitaria por estado de emergencia

6. HIPÓTESIS

Existe un impacto negativo de la restricción social por el estado de emergencia sobre los niveles de ansiedad, depresión y funcionalidad familiar en adolescentes de 12 a 17 años en Arequipa 2021.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. TÉCNICAS:

Se empleará la técnica de la encuesta.

Primero se recolectarán los datos personales de cada adolescente, luego se les aplicara tres escalas, para ansiedad, depresión y funcionabilidad familiar respectivamente

1.2. INSTRUMENTOS:

- El instrumento que se utilizará consistirá en una ficha de recolección de datos (anexo 1).
- Escala para trastorno de ansiedad generalizada: Generalized Anxiety Disorder (GAD 7) (anexo 2)
- Escala para trastorno de depresion: Patient Health Questionnaire (PHQ-9) (anexo 3)
- Escala para funcionabilidad familiar: Apgar Familiar De Smilkstein (anexo 4)

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. UBICACIÓN ESPACIAL:

La presente investigación será realizada en la I.E. PNP 7 de agosto de la Provincia y Departamento de Arequipa.

2.2. UBICACIÓN TEMPORAL:

El estudio se desarrollará en el periodo comprendido entre septiembre 2021 y enero 2022

2.3. UNIDADES DE ESTUDIO:

Adolescentes en etapa escolar de la institución educativa I.E. PNP 7 de agosto de la Provincia y Departamento de Arequipa, en el periodo comprendido entre septiembre 2021 y enero 2022, que cumplen con los criterios de selección. Se trabajará con el total de adolescentes.

Criterios de selección:

- Criterios de inclusión

- Adolescentes que se encuentren cursando el año académico en la institución educativa I.E. PNP 7 de agosto de la Provincia y Departamento de Arequipa.
- Adolescentes que se encuentren cursando el año académico en la institución educativa I.E. PNP 7 de agosto de la Provincia y Departamento de Arequipa
- Adolescentes escolares en el rango de 12 a 17 años.
- Adolescentes que tengan autorización por parte de sus padres para responder la encuesta y escalas correspondientes
- Adolescentes que respondan todas las preguntas realizadas en la encuesta y escalas de manera correcta

- Criterios de exclusión

- Adolescentes que no cuenten con la autorización de sus padres.
- Adolescentes que no se encuentren cursando el año académico en la institución educativa I.E. PNP 7 de agosto de la Provincia y Departamento de Arequipa.
- Encuesta y escalas respondidas de manera incompleta.
- Encuesta y escalas con respuestas no incluidas en las alternativas dadas.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. ORGANIZACIÓN

- Una vez aprobado el proyecto de tesis, se solicitarán los permisos respectivos de la institución educativa para la aplicación de encuestas a sus estudiantes.
- Se tomará el total de estudiantes que cumplan los criterios de inclusión y exclusión.

- Se tomarán los datos en una ficha elaborada para esta investigación y se aplicará los cuestionarios.
- Se realizará una base de datos en el programa Excel y análisis estadístico de los mismos en SPSS. Luego se procederá a elaborar el informe final de acuerdo con los objetivos planteados.

3.2. RECURSOS

3.2.1. Humanos

- Investigadoras, asesor, informático.

3.2.2. Materiales

- Fichas impresas de recolección de datos
- Material de escritorio: lapiceros, lápices, borradores, corrector, papel bond A-4 de 75gr, rotuladores, archivadores, perforador, engrapador.
- Computadora portátil HP y Huawei con Windows 10, Microsoft Word, Excel y SPSS 19.0.
- Impresora Epson L310 y Epson L395
- Cartuchos de tinta negra para impresora Epson L310 y Epson L395
- Disco duro externo Toshiba.

3.2.3 Financieros

- Autofinanciado

3.3. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

PHQ-9: Para la evaluación de depresión se usará el PHQ- 9, es una prueba llenada por el mismo paciente, muy utilizada en la actualidad por su rapidez y porque además de su utilidad diagnóstica, permite valorar la gravedad de la patología. En el contexto nacional, el PHQ-9 ha sido validado para su uso en el Perú por la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud del Perú y el Instituto Nacional de Salud, según juicio de expertos, en una reunión técnica que incluyó a médicos psiquiatras y psicólogos. Dichos profesionales concluyeron que dicha prueba es un instrumento válido para el diagnóstico de depresión en el Perú, además de observar que podía ser de fácil uso por los profesionales médicos no psiquiatras pertenecientes a la atención primaria de salud. Recomendaron además

múltiples correcciones en la forma en que se formulaban las preguntas de la prueba con el fin de perfeccionarla para su mejor uso y adecuarla al contexto peruano.

GAD-7: Para la evaluación de ansiedad se usará la escala GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7), la cual es un instrumento útil para detectar síntomas de ansiedad generalizada, y la severidad de estos. Consta de 7 ítems que evalúan 7 síntomas de ansiedad comunes, los tres primeros se basan en los criterios A y B del DSM-5, el resto incluyen criterios del DSM-5 y de otras pruebas de tamizaje. En general, se evalúan síntomas afectivos (miedo, ansiedad), síntomas cognitivos (desintegración mental, aprehensión) y; síntomas somáticos.

Fue validado en el Perú por Ventura que dentro de su estudio de intervención grupal cognitivo-conductual efectuado para disminuir la ansiedad generalizada, realizó un piloto conformado por 81 personas que acudían al Puesto de Salud Las Dunas de Surco, demostrando una consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0.78 indicando su confiabilidad.

APGAR FAMILIAR: Para la evaluación de la funcionalidad familiar se usará la Escala APGAR – familiar, es una escala de auto aplicación desarrollada por Smilkstein (1978) La escala en sí evalúa la percepción del funcionamiento familiar, mediante la exploración de su satisfacción en las relaciones que tiene con sus familiares, por medio de cinco áreas diferentes: adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutive. Estos componentes son evaluados a través de 5 preguntas cerradas, construidas según una escala de tipo Likert de cinco alternativas. El instrumento fue validado en la ciudad de Lima por Castilla, H., Caycho, T., Shimabukuro, M., & Valdivia, A. (2014), los coeficientes alfa de Cronbach para cada uno de los 5 ítems, en donde todos los valores alfa son significativos, en un rango que va de .718 a .763.

3.4. CRITERIOS PARA MANEJO DE RESULTADOS

Posterior a la recolección de datos se procederá a la sistematización de las variables en Excel para facilitar su uso. Se valorará cada ítem de la ficha de recolección de datos y se analizarán de acuerdo con las frecuencias. Se culminará el análisis buscando asociación de variables para ver si existe relación entre la COVID 19, funcionabilidad familiar y salud mental de niños y adolescentes. Se compararán variables entre grupos

mediante prueba de independencia chi cuadrado de Pearson, y la asociación de variables ordinales se establecerá mediante coeficiente de correlación de Spearman.



IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

ACTIVIDADES	AÑO									
	2021								2022	
	J U N I O	J U L I O	A G O S T O	S E P T I E M B R E	O C T U B R E	N O V I E M B R E	D I C I E M B R E	E N E R O	F E B R E R O	M A R Z O
Elección del tema										
Búsqueda de bibliografía										
Redacción del proyecto de investigación										
Aprobación proyecto de tesis										
Dictamen de comité de ética de investigación										
Ejecución de proyecto										
Recolección de datos										
Análisis e Interpretación de resultados										
Informe final										

- Fecha de inicio: 01 Junio 2021
- Fecha probable de término: 30 marzo 2022

V. REFERENCIAS

1. World Health Organization (WHO). Nuevo coronavirus 2019 [Internet]. Who.int. [citado el 1 de agosto de 2021]. Disponible en: https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019?gclid=CjwKCAjwjJmIBhA4EiwAQdCbqxqOndxuon2xItvX84xOdU1z-ja6TnEhPgi3ZmupRGtQAcdovtFW73BoC_coQAvD_BwE
2. UNICEF- Perú. Pandemia y salud mental de niñas, niños y adolescentes venezolanos en Perú [Internet]. Unicef.org. [citado el 1 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.unicef.org/peru/informes/pandemia-salud-mental-ninas-ninos-adolescentes-venezolanos-en-peru>
3. World Health Organization (WHO). Salud mental del adolescente [Internet]. Who.int. [citado el 1 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
4. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" [Internet]. Gob.pe. [citado el 1 de agosto de 2021]. Disponible en: <http://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2012/011.html>
5. Ministerio de Salud (MINSA-Perú). COVID-19 Perú Sala Situacional [Internet]. google. 2021 [citado 4 agosto 2021]. Disponible en: https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp
6. Balluerka N, Gómez J, Hidago MD, Gorostiaga A, Espada JP, Padilla JL, et al. Las consecuencias psicológicas de la COVID-19 y el confinamiento. Universidad del País Vasco. 2020 [citado 04/08/2021]. Disponible en: https://www.ub.edu/web/ub/ca/menu_eines/noticies/docs/Consecuencias_psicologicas_COVID-19.pdf
7. Sánchez IM. Impacto psicológico de la COVID-19 en niños y adolescentes. MEDISAN [Internet]. 2021 Feb [citado 2021 Ago 04] ; 25(1): 123-141. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192021000100123&lng=es. Epub 15-Feb-2021
8. Chumbe DI. Repercusión de la COVID-19 en la salud mental de los usuarios de un centro de salud del distrito de San Juan de Lurigancho, 2021 [Enfermería]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2021.
9. Hernández J. Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. Mediacentro Electrónica [Internet]. 2020 Sep [citado 2021 Ago 04] ; 24(3): 578-594. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432020000300578&lng=es. Epub 01-Jul-2020
10. Sierra JC, Ortega V, Zubeidat I. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. Rev. Mal-Estar Subj [Internet]. 2003 [citado 04 agosto 2021]; 3(1):10-59. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/271/27130102.pdf>
11. Valero-Cedeño NJ, Mina-Ortiz JB, Veliz-Castro TI, Merchán-Villafuerte KM, Perozo-Mena AJ.COVID-19: La nueva pandemia con muchas lecciones y nuevos retos. Revisión Narrativa. 2020; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5281/ZENODO.3745322>
13. Cortés ME. Coronavirus zoonótico SARS-CoV-2: La búsqueda del misterioso hospedero intermediario. Rev Medica Hered. 2020; 31 (2): 138-40.
16. Shereen MA, Khan S, Kazmi A, Bashir N, Siddique R. Infección por COVID-19: origen, transmisión y características de los coronavirus humanos. J Adv Res. 2020; 24: 91-8.
17. Ministerio de Salud (MINSA-Perú). Recomendaciones para el cuidado de la Salud Mental de Niñas, Niños y Adolescentes durante el aislamiento domiciliario o cuarentena. MINSA; 2020.

18. Ministerio de Salud (MINSA-Perú). Guía técnica para el cuidado de la salud mental de la población afectada, familias y comunidad, en el contexto del COVID-19. Resolución Ministerial N° 186-2020-MINSA
19. Nagata JM, Abdel HS, Pettee K. Tiempo de pantalla para niños y adolescentes durante la pandemia de la enfermedad por coronavirus 2019. *Obesidad* (Silver Spring). 2020; 28 (9): 1582–3.
20. Medeiros A, Daponte A, Moreira DC, Gil-García E, Kalache A. Letalidad de la COVID-19: ausencia de patrón epidemiológico. *Gac Sanit.* 2021; 35 (4): 355–7.
21. Papalia DE, Martorell G, Feldman RD. *A child's world: Infancy through adolescence*. 13a ed. Nueva York, NY, Estados Unidos de América: McGraw-Hill Professional; 2013.
22. Ospina-Ospina F del C, Hinestrosa-Upegui MF, Paredes MC, Guzmán Y, Granados C. Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en Chía, Colombia. *Rev Salud Publica* (Bogota). 2011;13(6):908–20.
23. World Health Organization (WHO). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta [Internet]. Who.int. [citado el 11 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
24. Cardenas EM, Palacios L, Feria M, De la Peña F. Guía clínica para los trastornos de ansiedad en niños y Adolescentes [Internet]. 2010. Disponible en: http://inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/trastornos_de_ansiedad.pdf
25. Sánchez PS, Cohen D. Ansiedad y depresión en niños y adolescentes. *ADOLESCERE, Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia* [Internet]. el 28 de febrero de 2020;VIII(01):115. Disponible en: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Adolescere%202020%201%20WEB.pdf>
26. American Psychiatric Association. Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5.
27. Ochando G, Peris S (Eds). Actualización de la ansiedad en la edad pediátrica [Internet]. Vol. XXI. 2017. Disponible en: https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2017/03/Pediatría-Integral-XXI-1_WEB.pdf
28. Pacheco P, Chaske R. Depresión en niños y adolescentes. *PRECOP - Sociedad Colombiana de Pediatría* [Internet]. 2016;15:9. Disponible en: <https://scp.com.co/wp-content/uploads/2016/04/3.-Depresi%C3%B3n.pdf>
29. Rey J, Bella-Awusah T, Jing L. *DEPRESIÓN EN NIÑOS Y ADOLESCENTES-Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP* [Internet]. 2017. Disponible en: <https://iacapap.org/content/uploads/E.1-Depresi%C3%B3n-Spanish-2017.pdf>
30. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP). Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. Washington (DC): AACAP; 2007.
31. Birmaher B, Brent D; AACAP Work. Depression in children and young people: identification and management in primary, community and secondary care. NICE 2005. National Collaborating Centre for Mental Health. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10970/29856/29856.pdf> 39.

32. Moreno J, Chauta L. Funcionalidad familiar, conductas externalizadas y rendimiento académico en un grupo de adolescentes de la ciudad de Bogotá. *Psychologia*, 2012; 6(1): 155–166.
33. Esteves AR, Paredes RP, Calcina CR, Yapuchura CR. Habilidades Sociales en adolescentes y Funcionalidad Familiar. *Comuni@cción*, 2020; 11(1): 16–27.
34. Higueta-Gutiérrez LF, Cardona-Arias JA. Percepción de funcionalidad familiar en adolescentes escolarizados en instituciones educativas públicas de Medellín (Colombia), 2014. *CES Psicología*, 2016; 167–178.
35. Suarez MA, Alcalá M. APGAR FAMILIAR: UNA HERRAMIENTA PARA DETECTAR DISFUNCIÓN FAMILIAR. *Revista médica - Colegio Médico de La Paz*, 2014; 20(1): 53–57.

