

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



**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 presentada por los Bachilleres:

Manrique Velásquez, Marco André

Valdivia Begazo, Diego Alfredo

Para optar el Título Profesional de:

Médico Cirujano.

Asesora:

Dra. Llaza Loayza, Gloria

Arequipa - Perú

2021

DICTAMEN APROBATORIO

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

MEDICINA HUMANA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 24 de Mayo del 2021

Dictamen: 003815-C-EPMH-2021

Visto el borrador del expediente 003815, presentado por:

2013600081 - MANRIQUE VELASQUEZ MARCO ANDRE

2013701751 - VALDIVIA BEGAZO DIEGO ALFREDO

Titulado:

**DEPRESION Y ANSIEDAD RELACIONADA A FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DURANTE
CONFINAMIENTO POR COVID-19 EN ADOLESCENTES DE SECUNDARIA DEL COLEGIO
NACIONAL DE SEÑORITAS AREQUIPA ? AREQUIPA 2021**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

1335 - ALVARADO ACO JOSE ELISEO
DICTAMINADOR



2387 - FUENTES FUENTES DANTE MANUEL
DICTAMINADOR



3202 - CAM HURTADO DE MIRANDA YOICE ELIA
DICTAMINADOR



DEDICATORIA

A Dios quien tiene el control de todo y para todo tiene un propósito.

A mis padres Marco y Liana, por todo su amor y el apoyo incondicional en todo el proceso y poder ser quien soy.

A la Tuna Universitaria Católica de Santa María, por todos estos años de alegría y compartir y enseñarme de la familia en la universidad.

A mi enamorada, Ángela, por apoyarme en todo momento y creer en mí.

A mi amigo de toda la vida Luis; y mi amigo y colega desde el colegio Diego; a Samuel y a Hugo por todo su apoyo.

A mis maestros y amigos Dr. Pino, Díaz caídos en esta pandemia.

A todos los médicos y personal asistencial que luchó y cayó y a los que siguen en la lucha.

A mi madre Lourdes y mi padre Cesar, que son mi mayor motivo de seguir creciendo y continuar a pesar de las adversidades.

A mi hermano Arturo, mi primer amigo, un gran ejemplo que decidí seguir desde pequeño.

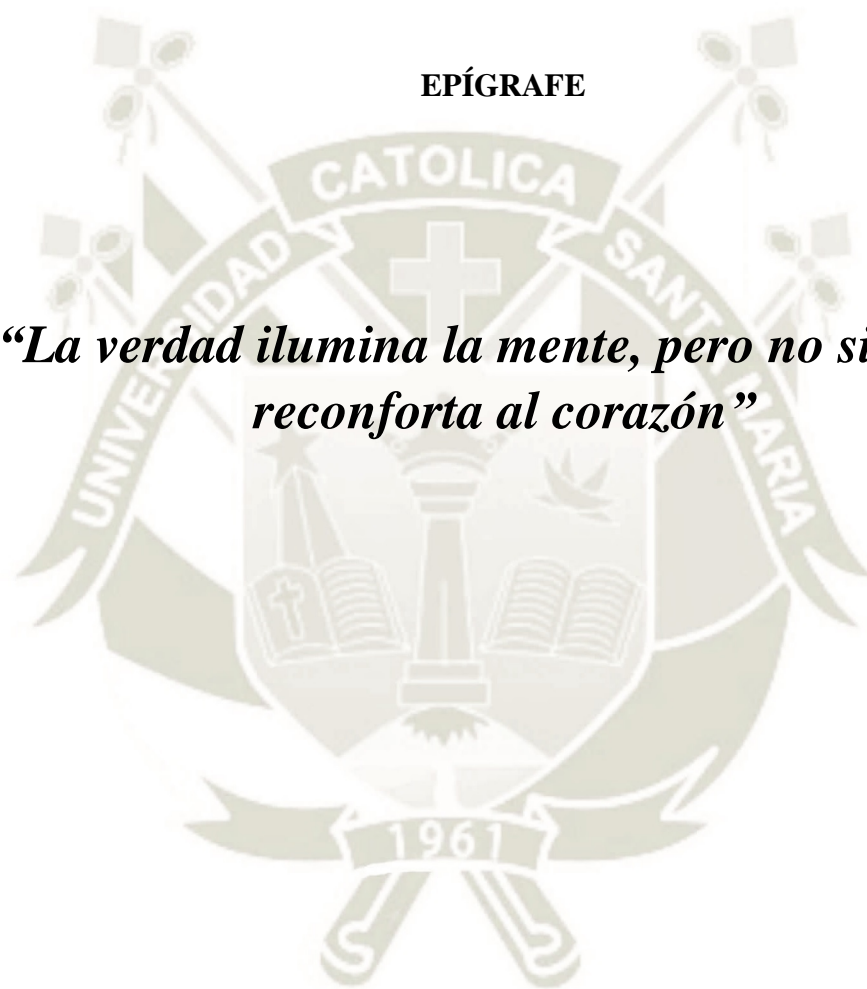
A mi amigo Marco, que desde el colegio queríamos este camino a pesar de lo difícil que sería.

A mis amigos, Fiorella, Renzo y Pedro; que desde el primer año de medicina fueron un gran apoyo en todo momento.

A mis amigos Gian Franco, Aldair y Giovani; amistades que iniciaron tarde, pero que aportaron mucho.

EPÍGRAFE

*“La verdad ilumina la mente, pero no siempre
reconforta al corazón”*



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.

PALABRAS CLAVE: Ansiedad, depresión, funcionamiento familiar, COVID-19.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To identify the relationship between depression, anxiety and how families function during the confinement due to COVID-19 in secondary school adolescents from the “Colegio Nacional de Señoritas Arequipa” school, 2021. **METHODS:** The research carried out was quantitative, relationship descriptive, observational and cross sectional. The study population was comprised of 147 high school students from the “Colegio Nacional de Señoritas Arequipa” school during the 2021 school year who met the selection criteria. To determine the relationship between the variables, a chi-square test was applied with a significance level of 5%. **RESULTS:** 36.05% of the adolescents presented mild depression, followed by 28.57% with moderate depression, 25.85% of the students did not present depression, while only 9.52% had severe depression. 51.70% of them had mild anxiety, followed by 38.78% of students without anxiety. 57.82% present mid-range family functioning, followed by 24.49% of adolescents with extreme family functioning, no statistical relationship was found between depression, anxiety and family functioning, and there was no relationship between anxiety and depression with a COVID-19 epidemiological history.

CONCLUSIONS: The null hypothesis was accepted since it was not proven that a family malfunction has a negative and significant influence on the presence and severity of symptoms of depression and anxiety in high school adolescents from the “Colegio Nacional de Señoritas Arequipa” school, as a result of confinement due to COVID-19

KEY WORDS: Anxiety, depression, family functioning, COVID-19

INTRODUCCIÓN

La crisis generada por la COVID 19, incide de manera negativa en la salud mental de los individuos, siendo los más afectados los ciudadanos vulnerables; aunado a la incertidumbre y temor generado por la creciente ola de contagios, conjunto al alejamiento social, acuartelado, recesión económica y social, factores claves en el incremento progresivo de los problemas de salud mental de los ciudadanos de todo el mundo (1). Siendo uno de los grupos de mayor sensibilidad los adolescentes, que experimentan modificaciones corpóreas y psicológicas especialmente conflictivas, lo cual impacta en el funcionamiento familiar, donde se desarrollan, y viceversa.

En la época de adolescencia, se generan relevantes relaciones tanto con símiles como con personas adultas, tanto con progenitores como con educadores y otros partícipes de su vida. Lo cual se ve interrumpido por los parámetros de aislamiento social, mitigando o anulando los movimientos sociales, como reuniones, deporte, religión, entre otras que generan problemas anímicos en los mismos.

Las consecuencias anímicas psicológicas originadas por el confinamiento, se muestran catastróficas en seres con mayor nivel de sensibilidad psicosocial, tanto niños como adolescentes (2). Sin embargo, no se cuenta con mayor información sobre la incidencia real que tiene la crisis generada por el COVID 19 en el estado de salud mental de los infantes y jóvenes; dentro de lo que los estudios anteriores acerca de las consecuencias del aislamiento manejado frente a otras enfermedades pandémicas ya advertían sobre los graves estragos que causan en la estabilidad emocional. Asimismo, existen autores que refieren que el 30% de la ciudadanía con categoría de infantes, apartada, por la afección de la gripe porcina (NH1N1) durante el periodo 2009, se alineaba al diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), contra los símiles que no habían contado con dicho contexto de aislamiento (3).

A su vez, por las condiciones que se viven hoy en día a causa de la pandemia por COVID-19, la convivencia familiar, y el confinamiento con el resto de la sociedad, juega un rol importante en el desarrollo de los niños y los adolescentes; siendo así que un mal funcionamiento familiar puede influenciar negativamente en la salud mental del adolescente (4).

Fue así que, mediante la observación de todos estos factores y la aparición de trastornos del estado del ánimo, tanto en el entorno familiar como de la comunidad cercana, es que se toma

interés en realizar un estudio en esta población vulnerable a los cambios y hoy en día afectada.

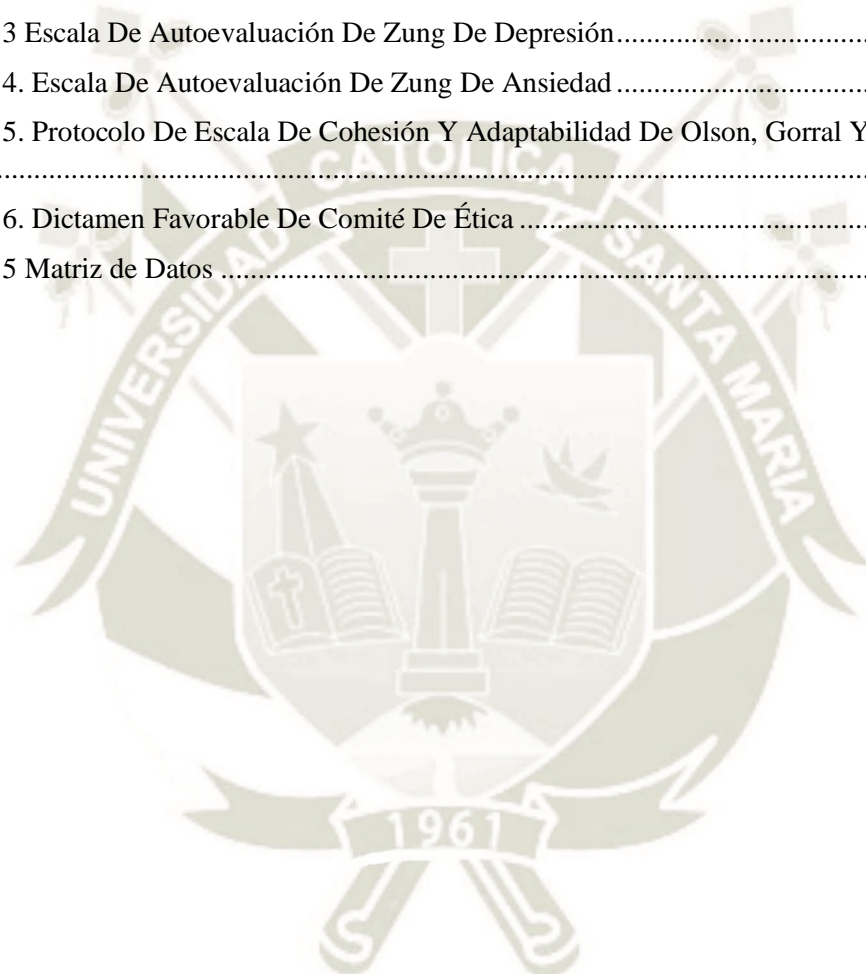
Por la información antes mencionada, se pretende identificar la severidad de síntomas de depresión y ansiedad relacionada al funcionamiento familiar durante el confinamiento por COVID-19 en adolescentes de secundaria de un colegio nacional de la ciudad de Arequipa, por lo que los resultados suscitados apoyaran a fijar métodos y lineamientos preventivos, que mejoren la relación familiar en la que son partícipes este grupo sensible de la sociedad.



ÍNDICE

DICTAMEN APROBATORIO.....	ii
DEDICATORIA	iii
EPÍGRAFE	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT.....	vi
INTRODUCCIÓN	vii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO	1
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	2
1.1. Enunciado del Problema.....	2
1.2. Descripción del Problema.....	2
1.3. Justificación del problema.....	4
2. OBJETIVOS.	5
2.1. General	5
2.2. Específicos	5
3. MARCO TEÓRICO	6
3.1. Conceptos Básicos.....	6
3.2. Revisión de antecedentes investigativos	27
4. HIPÓTESIS.....	37
CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	38
1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN	39
1.1. Técnicas:	39
1.2. Instrumentos :	39
1.3. Materiales de Verificación:	39
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	39
2.1. Ámbito:	39
2.2. Unidades de estudio:.....	39
2.3. Temporalidad:	39
2.4. Ubicación espacial.....	39
2.5. Tipo de Investigación	39
2.6. Nivel de Investigación:.....	40
2.7. Diseño de Investigación:	40
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	40
3.1. Organización	40
3.2. Recursos	40
3.3. Validación de los instrumentos.....	41
3.4. Criterios para manejo de resultados.....	44

CAPÍTULO III: RESULTADOS	46
DISCUSIÓN	64
CONCLUSIONES	70
RECOMENDACIONES	71
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72
ANEXOS	78
Anexo 1: Consentimiento informado	79
Anexo 2: Ficha de recolección de datos	80
Anexo 3 Escala De Autoevaluación De Zung De Depresión.....	81
Anexo 4. Escala De Autoevaluación De Zung De Ansiedad	82
Anexo 5. Protocolo De Escala De Cohesión Y Adaptabilidad De Olson, Gorral Y Tiesel (Faces III)	83
Anexo 6. Dictamen Favorable De Comité De Ética	84
Anexo 5 Matriz de Datos	94



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°1 Características sociodemográficas de adolescentes del Colegio Nacional de Señoritas Arequipa, durante el confinamiento por COVID-19, 2021	47
Tabla N°2 Prevalencia y severidad de síntomas de depresión en adolescentes del Colegio Nacional de Señoritas Arequipa, durante el confinamiento por COVID-19, 2021	48
Tabla N°3 Prevalencia y severidad de ansiedad en adolescentes del Colegio Nacional de Señoritas Arequipa, durante el confinamiento por COVID-19, 2021	50
Tabla N°4 Prevalencia de depresión y ansiedad en adolescentes del Colegio Nacional de Señoritas Arequipa, durante el confinamiento por COVID-19, 2021	52
Tabla N°5 Funcionamiento familiar durante el confinamiento por COVID-19 en adolescentes del Colegio Nacional de Señoritas Arequipa, 2021	53
Tabla N°6 Clasificación de cohesión familiar durante el confinamiento por COVID-19 en adolescentes del Colegio Nacional de Señoritas Arequipa, 2021	54
Tabla N°7 Clasificación de adaptabilidad familiar durante el confinamiento por COVID-19 en adolescentes del Colegio Nacional de Señoritas Arequipa, 2021	55
Tabla N°8 Relación que existe entre la depresión, ansiedad y el funcionamiento familiar durante el confinamiento por COVID-19 en adolescentes del Colegio Nacional de Señoritas Arequipa, 2021	56
Tabla N°9 Relación entre la depresión y la infección personal previa por COVID-19 en adolescentes del Colegio Nacional de Señoritas Arequipa, 2021	58
Tabla N°10 Relación entre la depresión y la infección familiar previa por COVID-19 en adolescentes del Colegio Nacional de Señoritas Arequipa, 2021	59
Tabla N°11 Relación entre la depresión y la pérdida de algún familiar por COVID-19 en adolescentes del Colegio Nacional de Señoritas Arequipa, 2021	60
Tabla N°12 Relación entre la ansiedad y la infección personal previa por COVID-19 en adolescentes del Colegio Nacional de Señoritas Arequipa, 2021	61
Tabla N°13 Relación entre la ansiedad y la infección familiar previa por COVID-19 en adolescentes del Colegio Nacional de Señoritas Arequipa, 2021	62
Tabla N°14 Relación entre la ansiedad y la pérdida de algún familiar por COVID-19 en adolescentes del Colegio Nacional de Señoritas Arequipa, 2021	63

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N°1 Prevalencia de síntomas de depresión según grado académico en adolescentes del Colegio Nacional de Señoritas Arequipa, durante el confinamiento por COVID-19, 2021.....	49
Gráfico N°2 Prevalencia de síntomas de depresión según grado académico en adolescentes del Colegio Nacional de Señoritas Arequipa, durante el confinamiento por COVID-19, 2021.....	51





**CAPÍTULO I:
PLANTEAMIENTO TEÓRICO**

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

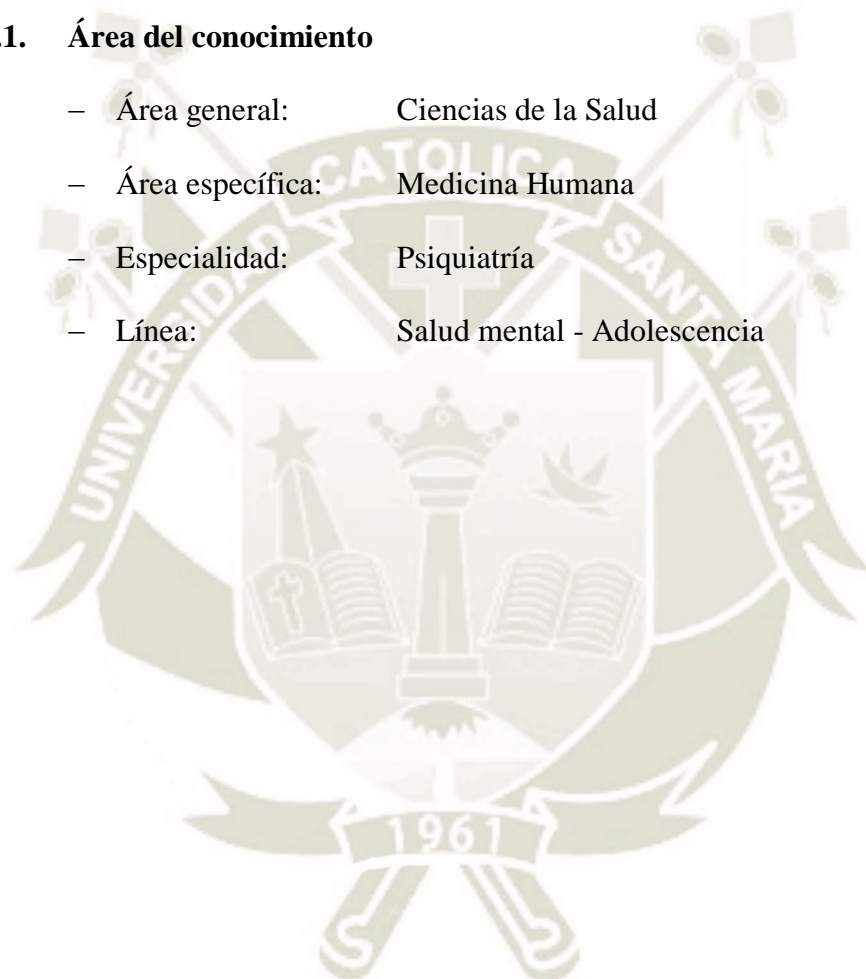
1.1. Enunciado del Problema

¿Cuál es la relación entre los síntomas de depresión y ansiedad con el funcionamiento familiar durante el confinamiento por COVID-19 en adolescentes de secundaria del Colegio Nacional de Señoritas Arequipa en Arequipa, 2021?

1.2. Descripción del Problema

1.2.1. Área del conocimiento

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



1.2.2. Análisis de Variables

Variable	Indicador	Unidad / Categoría	Escala
Variable independiente			
Funcionamiento familiar	Cohesión y Adaptabilidad según Escala FACES III	Balanceada, rango medio, extrema	Ordinal
Antecedente epidemiológico de COVID-19	Infección personal previa por COVID	Sí, No	Nominal
	Infección de familiar previa por COVID	Sí, No	Nominal
	Familiar fallecido por COVID	Sí, No	Nominal
Variable dependiente			
Depresión	Puntaje en escala de depresión de Zung.	25 - 49 rango normal 50-59 Ligeramente deprimido 60-69 Moderadamente deprimido 70 o más, Severamente deprimido	Ordinal
Ansiedad	Puntaje en escala de ansiedad de Zung	< 45 Sin ansiedad 45-59 ansiedad mínima 60-74 ansiedad marcada 75 a más, ansiedad máxima	Ordinal
Variables intervinientes			
Edad	Fecha de nacimiento	Años	De razón
Religión	Creencia religiosa	Católico, evangelista, adventista, testigo Jehová, agnóstico/ateo, otro	Nominal
Lugar de nacimiento	Departamento de nacimiento	Diversos	Nominal
Procedencia	Distrito donde vive	Diversos distritos	Nominal

1.2.3. Interrogantes básicas

1. ¿Cuál es la prevalencia y severidad de síntomas de depresión y ansiedad en adolescentes de secundaria del Colegio Nacional de Señoritas Arequipa, durante el confinamiento por COVID-19, 2021?
2. ¿Cómo es el funcionamiento familiar durante el confinamiento por COVID-19 en adolescentes de secundaria del Colegio Nacional de Señoritas Arequipa, 2021?
3. ¿Qué relación existe entre los síntomas de depresión y ansiedad y el funcionamiento familiar durante el confinamiento por COVID-19 en adolescentes de secundaria del Colegio Nacional de Señoritas Arequipa, 2021?
4. ¿Qué relación existe entre los síntomas de depresión y ansiedad y los antecedentes epidemiológicos de COVID-19 durante el confinamiento en adolescentes de secundaria del Colegio Nacional de Señoritas Arequipa, 2021?

1.2.4. Tipo de investigación:

Se trata de un estudio de campo.

1.2.5. Diseño de investigación:

Es un estudio observacional, transversal.

1.2.6. Nivel de investigación:

Descriptivo

1.3. Justificación del problema

El estudio en mención, pretende instaurar la relación entre los síntomas de depresión y ansiedad y el funcionamiento familiar durante el periodo de confinamiento por COVID-19, en un grupo de estudiantes adolescentes de secundaria de un colegio nacional de Arequipa. Teniendo como precedente, que no existen estudios similares estableciendo el impacto del aislamiento social en la salud mental de los adolescentes en el contexto actual, razón por la que el análisis se torna **original**.

Guardando **relevancia científica**, debido que instituye la influencia de las problemáticas socio familiares en la salud mental de un grupo susceptible como son los adolescentes, que se hallan en proceso de cambios y desarrollo corpóreo y

emocional, lo que rebosa en su **relevancia social**. Igualmente, guarda **relevancia práctica**, debido que consentirá la identificación de la dimensión de dos afecciones de salud mental y fundar medidas preventivas y a su vez optimizar la analogía familiar en el ámbito de crisis de salud originada por la pandemia.

Por otro lado, la investigación en mención se torna **contemporánea debido a que la** pandemia de COVID-19, es un suceso internacional de gran impacto social y económico, presente en el contexto actual y que permanecerá en el tiempo.

A su vez, el presente estudio se forja **factible** de realizar por la accesibilidad a la población de estudio y contar con la aprobación para la realización del estudio, al igual que el manejo de los instrumentos validados.

Además de satisfacer la **motivación personal** de realizar una investigación en el área de la medicina, se logrará una importante **contribución académica**, y por el desarrollo del proyecto en el área de pregrado en medicina, cumplimos con las **políticas de investigación** de la Universidad en esta etapa importante del desarrollo profesional.

2. OBJETIVOS.

2.1. General

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

2.2. Específicos

- 1) Conocer la frecuencia y severidad de los síntomas de depresión y ansiedad en adolescentes de secundaria del Colegio Nacional de Señoritas Arequipa, durante el confinamiento por COVID-19, 2021.
- 2) Describir el funcionamiento familiar durante el confinamiento por COVID-19 en adolescentes de secundaria del Colegio Nacional de Señoritas Arequipa, 2021.
- 3) Establecer la relación que existe entre los síntomas de depresión y ansiedad y los antecedentes epidemiológicos de COVID-19 durante el confinamiento en adolescentes de secundaria del Colegio Nacional de Señoritas Arequipa, 2021.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Conceptos Básicos

3.1.1. La pandemia de la COVID-19 en el mundo

La Organización Mundial de la Salud (OMS) comunico públicamente la aparición de una enfermedad antes no considerada por ningún país en el mundo, expuesta el 31 de diciembre de 2019, la misma que se tornaba altamente contagiosa y perjudicial, en su estado agravado, generando infecciones pulmonares y neumonías de difícil curación, con el agravante de ser una infección con causas desconocidas, las cuales fueron registrada por el gobierno Chino en la ciudad de Wuhan; virus que sería denominado 2019-nCoV, punto de numerosos estudios desde los inicios del año de origen, infección viral que pasaría a generar un nuevo coronavirus, con sintomatología de gripe, dolores pulmonares y padecimientos afebriles (5).

Por aquella razón, para diferenciar la nueva sepa de coronavirus el “Comité Internacional de Taxonomía de Virus (ICTV, por sus siglas en inglés)”, lo nombró “SARS-CoV-2 al nuevo virus. Mientras que el 11 de febrero, la OMS cambia el nombre del nuevo virus por COVID-19”, facilitando y apoyando el rápido reconocimiento del nombre para el entorno mundial (6).

El alto nivel de contagio y rápida difusión de la enfermedad en la población China y en otros países a lo largo del mundo, empujó a la OMS a proclamar el estado de emergencia sanitaria de relevancia y afectación mundial, con fecha 30 de enero, basando su alarma en el gran impacto que venía originando el virus en los diferentes países subdesarrollados. Como consecuencia de la rápida propagación, la enfermedad avanzó a lo largo de los territorios asiáticos y para el periodo de febrero ya se contaba con numerosos casos registrados dentro del país europeo, ante lo que la OMS, promulgó una pandemia mundial, brindando reportes de alerta a todos los países del globo para poder gestionar la protección de su ciudadanía (7).

Teniendo como primer caso peruano el derivado con fecha 6 de marzo del 2020 en la capital del país, al igual que el primer deceso por el temido virus el 19 de marzo de 2020 en la misma ciudad, semanas posteriores al primer registro; siendo hasta el 12 de abril del 2020, una enfermedad con gran expansión dentro

del Perú, siendo el departamento de Ucayali, la última entidad regional en brindar reporte de su primer caso positivo (8). Posteriormente, el 15 de marzo, se formuló el estado de emergencia nacional ante la gran incidencia de casos, medida adoptada para tratar de mitigar la propagación del virus, mediante el aislamiento obligatorio, cierre de las fronteras (8); impartido inicialmente por una semana y siendo ampliado sucesivamente por más de un año, teniendo para el 30 de abril 2021 un reporte total de 898,812 casos y 61477 fallecidos, con una letalidad del 3.42% (9).

3.1.1.1. Efectos de la Pandemia en la salud mental en la población

En un principio, la aparición del SARS-CoV-2 en China, trajo consigo una ola de alarma y estrés en todos sus habitantes. Un prominente número de casos confirmados, sospechosos y probables, que iba creciendo exponencialmente con el día a día, produjeron en la población una inquietud por miedo al contagio. La exagerada manipulación de los medios de comunicación, incluidas las redes sociales, con noticias erráticas y de complicado entendimiento, junto con rumores falsos que se pudieron generar alrededor del tema, exacerbaron el miedo en el público en general (10).

Una vez hubo la "declaración de emergencia" en China, un trabajo pudo dar a muestra un acrecentamiento de "emociones negativas" (ansiedad, depresión e indignación) y una mengua de las "emociones positivas" (felicidad y satisfacción). Todo esto llegó a suscitar un actuar errático entre las personas, lo cual es un fenómeno común, ya que hubo muchas conjeturas respecto a la forma y la prontitud de transmisión de la enfermedad, que hasta la actualidad, carece de un tratamiento concluyente (11). Además, el confinamiento ha llevado a agigantar la posibilidad de contraer algún trastorno de la patología mental, dado, en su mayoría, por el "distanciamiento entre las personas". La privación del contacto interpersonal, hace más probable la generación y el agravamiento de trastornos ansiosos y depresivos (12).

Por otro lado, el confinamiento puede llegar a restringir, o incluso anular, la disponibilidad de "intervenciones psicosociales" oportunas, como a su vez, un asesoramiento psicoterapéutico de rutina. Estos son algunos de los problemas de salud mental que ha podido florecer durante la actual pandemia.

3.1.1.2. Efectos de la pandemia en la salud mental de los adolescentes

La pandemia de COVID ha generado grandes cambios a nivel de la salud mental en toda la población, pero ha afectado de una manera especial a los niños y a los jóvenes. Hubo un incremento en el número de los adolescentes que presentan trastornos de ansiedad, trastornos depresivos y estrés post traumático. Por todo esto es de suma importancia lograr encontrar los casos en los que los adolescentes sean vulnerables para sufrir estos trastornos (4).

Existen muchos factores que desencadenan estrés en los adolescentes tomando en cuenta el contexto de la pandemia, como son la necesidad de un confinamiento por mucho tiempo, la pérdida de un familiar, el maltrato familiar, y la necesidad de las redes sociales para estar conectados con nuestros grupos de pares (4).

3.1.1.2.1. Ansiedad por la salud

Esto acontece al haber una alteración o alguna percepción corporal que pueden ser identificados o catalogados como síntomas de enfermedad. Se caracteriza por interpretaciones catastróficas: de sensaciones, cambios corporales; creencias disfuncionales acerca de la salud, la enfermedad; y los malos mecanismos adaptativos. En el contexto de la pandemia de COVID-19, las sensaciones corporales con similitudes a la infección por dicha enfermedad se presentan con mayor frecuencia en las personas con altos niveles de ansiedad por la salud propia; esto influye en su comportamiento y, casi siempre, en la capacidad para tomar decisiones. Todas estas alteraciones provocan “conductas desadaptativas”, como similitudes obsesivas al tener un excesivo lavado de manos, o ansiedad por las compras (p.ej. compras excesivas de jabones, materiales de protección personal como mascarillas o guantes, que genera desabastecimiento en la comunidad); a su vez, acudir continuamente a establecimientos de salud para el descarte de enfermedad (13).

3.1.1.2.2. Depresión

Un estudio chino, que fue realizado en la fase inicial de la pandemia, tuvo como resultados que el 13,8% de las personas mostradas, presentó síntomas depresivos leves; el 12,2%, síntomas moderados; y el 4,3%, síntomas graves. Al mismo tiempo, se pudo observar, que los mayores niveles de depresión se presentaban en varones, en personas que no tenían educación, personas que tuvieron algún malestar físico (como, por ejemplo: escalofríos, mialgia, mareo, coriza o dolor de garganta) y en aquellas personas que, por algún motivo, tenían recelo en las capacidades del personal de salud para el diagnóstico de COVID-19. Sin embargo, en las personas que tenían información del incremento de la tasa de pacientes recuperados y la disminución de infección en la población que continuaron con las sugerencias de salud pública, se encontraron niveles de depresión mucho menor. También se encontró que se podría desarrollar un duelo patológico, en aquellas personas que sufrieron la pérdida de algún ser querido a causa del COVID-19 sin haber podido despedirse, sustentándose en la generación de sentimientos negativos (ira, tristeza o resentimiento) (14).

Podrían existir semejanzas entre los síntomas del COVID-19 y un episodio depresivo, por ello es fundamental estudiarlos y diferenciarlos. Algunos síntomas que suelen presentarse en infecciones virales como en la depresión, son: fatiga, trastornos del sueño, trastornos del apetito, disminución de la interacción social y pérdida de interés en las actividades habituales. Por otro lado, existen síntomas casi patognomónicos de la depresión, entre ellos: desesperanza, inutilidad, pesimismo y culpa. De tal forma, la presencia de alguno de estos síntomas sería más “típicos” de la depresión (15).

3.1.1.2.3. Reacciones al estrés

Al igual que el anterior, otro estudio chino tuvo como resultado que el 35% de los participantes presentaron estrés psicológico, experimentando niveles más altos en el sexo femenino. A su vez, los niveles más altos fueron alcanzados por las personas con edades entre 18 y los 30 años, y los adultos mayores de 60 años. Estas puntuaciones elevadas en el grupo de

edades entre 18 y 30 años podrían ser relacionadas al uso de redes sociales como principal medio de comunicación y de información; y esto puede ser fácilmente un desencadenante de estrés. Y, por otro lado, no es razón de asombro que adultos mayores puedan tener altas posibilidades de sufrir de estrés, dado que la tasa de mortalidad más alta por la COVID-19 se produce en dicha población; agregando que los adultos mayores presentan un acceso limitado al Internet y al uso de “Smartphones” (teléfonos inteligentes); y de este modo, solamente un reducido porcentaje de esta población podría ser beneficiada con servicios de “salud en línea” incluyendo al de salud mental (16).

Del mismo modo, la pandemia ha tenido un impacto en la salud mental de los estudiantes universitarios. Se realizó un estudio en la primera fase de la pandemia a 7143 estudiantes de medicina, en donde se encontró que el 0,9% de ellos expresaron sintomatología de ansiedad grave; a su vez, el 2,7%, expresaron síntomas moderados y el 21,3% sintomatología leve. Además, se encontraron factores protectores para la ansiedad como: el tener una estabilidad económica familiar o el vivir en un área urbana. No obstante, también se vieron factores que influenciaban en el empeoramiento de los niveles de ansiedad, como por ejemplo el tener un conocido diagnosticado con la COVID-19 (17).

3.1.2. La adolescencia

La adolescencia es un periodo de maduración entre la infancia y la adultez, que se evidencia por signos a nivel psicológico y elevación de las hormonas de la pubertad. Es una etapa donde las relaciones con los compañeros se profundizan, su autonomía incrementa, las búsquedas intelectuales se identifican y nace un sentimiento de pertenencia social (18).

La adolescencia es un periodo crítico que se caracteriza por la maduración a nivel neurobiológico y físico, que lleva a una mejora de conciencia psicológica, y un nivel mayor de interacción social, cognitivo y emocional con sus pares y con los adultos (18).

La existencia de la hipótesis que la mayoría de los adolescentes experimenta sufrimiento psicológico severo, síntomas depresivos intensos, labilidad severa

del estado de ánimo, y cambios de su conducta usual, no fue confirmado por estudios epidemiológicos. Aunque ciertos desordenes psiquiátricos como la depresión mayor, esquizofrenia, desordenes bipolares, surgen con gran frecuencia en la adolescencia más que en la niñez, la mayoría de los adolescentes están libres de desórdenes psiquiátricos (18).

Los adolescentes con desordenes psiquiátricos tienen un mayor riesgo de presentar conflictos con sus familias y de sentirse alejados de ellos. Aunque más del 60 por ciento de los adolescentes sufren ocasionalmente de distrés o síntomas psiquiátricos, son un grupo que se describe a sí mismos como satisfechos con sus vidas (18).

Estados de la adolescencia:

- La adolescencia temprana va desde los 12 a los 14 años de edad, es el periodo donde se evidencia más cambios a nivel psicológico, actitudinal y de comportamiento. En esta edad muchos de ellos expresan su sentido de identificación con un particular grupo de pares, comúnmente del mismo sexo.
- La adolescencia media va desde los 14 a 16 años de edad, los grupos de pares se vuelven mixtos, y estos grupos toman una mayor importancia.
- La adolescencia tardía va desde los 17 a 19 años de edad, es una etapa donde los procesos cognitivos, control de impulsos y toma de decisiones comienza a desarrollarse más para ponerse al día con el cerebro social y el cambio de comportamiento que se evidenció en las etapas anteriores (5).

3.1.3. Depresión

La depresión se puede catalogar como una condición de ánimo alterado, que puede estar asociado a una serie de elementos, tales como, agentes etiopatogénicos, factores genéticos predisponentes, factores desencadenantes y factores agravantes; por lo tanto, dicha alteración del estado anímico tiene un carácter de persistencia variable (19).

Según el DSM-5 (manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 5ta edición), define a esta y la caracteriza como una evidencia esclarecida de un “estado anímico deprimido o aplanado”; donde el afectado puede mostrar sentimientos de tristeza y/o pesimismo; sobre todo, y como mayor característica,

el sentimiento de anhedonia y desinterés hacia actividades que anteriormente podían causarle placer que se puede extender a toda actividad realizable. También se expresan otras alteraciones típicas y atípicas como la alteración del apetito, que se puede cuantificar en la pérdida o ganancia de peso, estas siendo características, pero menos patognomónicas de la enfermedad (20).

Por otro lado, la OMS, tiene una descripción frente a la depresión como “el más común de los trastornos mentales”. Se ha visto una afectación por dicha enfermedad cercana a 340 millones de personas a lo largo del globo y se estima una prevalencia entre el 15 al 25%, siendo mayor en mujeres. Al mismo tiempo, se ha aproximado que de los pacientes que son atendidos en centros de atención primaria, un 20% padecen trastornos de depresión (18).

El continuo estudio sobre el trastorno depresivo mayor, ha dado lugar a poder obtener una tasa de proporción en la población, tanto adulta como no, que podrían padecer de este trastorno. Por lo que ahora se conoce que existe un riesgo para poseer un trastorno depresivo mayor variado entre el 10 al 25% en las mujeres y un 5 a 12% en varones para lo largo de la vida. Si bien se puede conocer las tasas de prevalencia para esta enfermedad, también se ha podido saber que no guardan una relación con la raza, nivel de estudio, ingresos económicos o estado civil (21).

Nuevas investigaciones desarrolladas han establecido una prevalencia de cuadros depresivos en niños y adolescentes; siendo esta del 2% en la niñez y presentando un aumento considerable en la adolescencia que oscila entre el 4 al 8% y llegando a los 18 años a una prevalencia de hasta el 20%. También se ha observado un riesgo de 2 a 3 veces más de tener un evento depresivo mayor en el sexo femenino. Un factor hereditario se observa en el aumento de 3 veces más riesgo de tener un evento depresivo mayor en aquellos adolescentes con antecedentes familiares con trastornos afectivos (18).

3.1.3.1. Aspectos clínicos de la depresión

Dentro del cuadro depresivo patológico, se puede identificar síntomas clínicos que se van a caracterizar sobre todo por: falta de energía o de “ánimo” de espontaneidad y de las actividades que solía llevar a cabo, también llamadas como tendencias instintivas normales, decaimiento; tendencia al

estado de tristeza, preocupación o zozobra; y con un poco de menos frecuencia a la angustia, miedo o pánico. También se puede llegar a interiorizar sentimiento de culpa y así el individuo acusarse de faltas, a las que por lo general suele dar más importancia de lo debido. Se asocia al pensamiento lento y dificultad para llevar a cabo decisiones o ejecutar acciones que anteriormente era capaz de realizar, aunque sean los hábitos más comunes; inestabilidad moral, estado de ánimo apagado y sentimientos de impotencia o pocas ganas de vivir (22).

Los síntomas patognomónicos de la depresión y existentes en todos los casos son el humor deprimido y la anhedonia, manifestada como la pérdida de interés o satisfacción en las actividades que antes le causaban estas. Es frecuente escuchar declaraciones de pacientes deprimidos como sentimientos de tristeza, desesperanza o que se sienten sumidos en la melancolía. El tiempo de enfermedad es de mucha importancia en el diagnóstico de un episodio o evento depresivo mayor, ya que se caracteriza por tener una duración de al menos 2 (dos) semanas en las cuales se puede evidenciar un estado de ánimo deprimido o anhedonia (18,22).

En los niños y adolescentes no se suelen encontrar los síntomas típicos, siendo más característicos los síntomas atípicos de la depresión, como, por ejemplo: el estado anímico suele verse irritable en lugar de triste; desafiante o negativista con la autoridad y presenta “arrebatos emocionales” que por lo general se suelen desarrollar en las instituciones educativas, pero también en el hogar; pueden mostrarse cambios de conducta como la impulsividad en la toma de decisiones y en sus actos como también pueden ser niños hiperactivos. Es de suma importancia la evaluación y el diagnóstico de trastornos depresivos en niños y adolescentes ya que a menor edad en presentar trastornos depresivos tienen mayor morbilidad y posibilidad de continuar con él a lo largo de la vida (23).

El diagnóstico de un evento depresivo en un adulto y un niño o adolescente difiere en algunos aspectos; si bien ambos se caracterizan por haber tenido por lo menos un episodio con duración de 2 semanas con anhedonia o un estado deprimido o irritable, en el adolescente se requieren otros signos y síntomas que tienen que cumplir, por lo menos cuatro de los siguientes:

pérdida o aumento de peso, incapacidad para lograr el incremento o aumento de peso esperado, pérdida o disminución del apetito; a su vez pueden presentar insomnio o hipersomnia; agitación psicomotriz o retraso psicomotor; cansancio o pérdida de energía para realizar actividades; sentimientos de culpa, subestimación o inutilidad o excesiva culpa o inapropiada; indecisión o disminución para la capacidad de la concentración o para pensar; pensamientos de muerte, ideas de suicidio, intento o planeación de suicidio. Es importante que todos estos síntomas generen un deterioro funcional o un malestar significativo (18).

Se ha observado que los síntomas suelen empeorar en la mañana y aliviarse en el transcurso del día en un 50% de los pacientes. Muchos sujetos refieren o muestran una alta irritabilidad. En otros son más características las alteraciones somáticas (p. ej., las molestias y los dolores físicos) al contrario de sentimientos de tristeza. Otros pacientes manifiestan con mayor intensidad la reducción del interés o el deseo sexual. El apetito disminuido y el esfuerzo para ingerir alimentos es algo que normalmente se puede observar (18).

Los cambios psicomotores incluyen agitación, enlentecimiento de lenguaje, pensamiento o movimientos corporales. Ambos deben ser lo suficientemente considerables para poder ser observados por las demás personas y no ser solamente una representación subjetiva de la persona. Muchos, además, refieren una disminución en la capacidad de pensar, concentrarse o tomar decisiones. Pueden distraerse con facilidad o quejarse de falta de memoria (24).

La mayor complicación de los episodios depresivos mayores, sin lugar a duda vienen a ser el suicidio o la tentativa de este, este riesgo se eleva significativamente en personas con trastornos psicóticos o con síntomas psicóticos, con antecedentes previos de intento de autolisis o de algún familiar con este y en las personas con historia de consumo de sustancias (18).

Los síntomas de los episodios depresivos se desarrollan en días o semanas. Como síntomas prodrómicos a este, se puede cursar con periodos ansiosos o depresivos leves que pueden tener una data de duración de semanas o meses. El periodo de duración frecuente en un episodio no tratado es de 6 meses o más, independientemente de la edad de inicio (18).

Los criterios para el diagnóstico del trastorno depresivo mayor que brinda el DSM-5 son (20).

A	Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer
	1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej. se le ve lloroso). (En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
	2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
	3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
	4. Insomnio o hipersomnía casi todos los días.
	5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
	6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
	7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
	8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
	9. Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir) ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
B	Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
C	El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Cuadro 1: Criterios diagnósticos para trastorno depresivo mayor.

Fuente: *American Psychiatric Association (2013) (20).*

Nota: Los Criterios A-C conforman un episodio de depresión mayor.

Nota: Como respuesta a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden traer consigo rumiación sobre la pérdida o insomnio o pérdida del apetito o de peso, así como un sentimiento de tristeza intensa, que se encuentran en el Criterio de diagnóstico “A”, y llegan a dar una similitud a un episodio depresivo.

Se debe, muy aparte de considerarse comprensible la relación de estos sentimientos a la pérdida, considerar un episodio depresivo mayor muy aparte de la respuesta a esta situación. Por lo tanto, se requiere de una revisión exhaustiva de la historia clínica y criterio para poder diferenciar una de otra (5).

D	El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
E	Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco.

Cuadro 2: Criterios diagnósticos para trastorno depresivo mayor.

Fuente: American Psychiatric Association (2013) (20).

3.1.4. Ansiedad

3.1.4.1. Definición

Se puede explicar a la ansiedad como un sentimiento similar a un temor, desagradable, que se prende como una señal de peligro amenazante que mantiene al individuo en estado de alerta y, casi siempre, aquella amenaza es desconocida, lo cual es un punto de partida para la diferenciación con el miedo. La ansiedad y la angustia son consideradas como sinónimos en el manejo clínico en la actualidad. Si bien es cierto que la ansiedad cumple con una función y tiene una utilidad cuando se presenta con una determinada frecuencia, intensidad y duración, y es por ello que no se considera una enfermedad en sí misma; también es cierto que un desborde de estas características puede llegar a ocasionar problemas en el comportamiento del individuo (25).

3.1.4.2. Manifestaciones clínicas

Como se había definido anteriormente, la ansiedad en sí no se puede definir como una enfermedad mental, pero la alteración y una desproporción de ella, se puede considerar un trastorno de ansiedad generalizada cuando interfiere en la vida cotidiana. Una crisis suele tener la característica de la aparición súbita, acompañada con síntomas que pueden definirse como miedo o terror e incluso, algunas veces, sentimiento de muerte. Es frecuente presentar otros síntomas que acompañan a los ya descritos, como por ejemplo la asfixia y el

miedo inminente de poder perder el control, palpitations, opresión o dolor torácico, que el paciente puede llegar a suponer de un ataque cardiaco, o falta de aliento; todo esto acompañándose con una experiencia afectiva de preocupación (25).

Por lo ya descrito, queda entendido que, en los momentos en que la ansiedad se expresa de una manera desproporcionada en intensidad y tiempo e interfiere con la normalidad o la actividad cotidiana de las personas, se le considera como un trastorno (26).

Se pueden clasificar a los síntomas de la ansiedad en (27).

<i>Síntomas Cognitivos</i>	<i>Síntomas Motores</i>	<i>Síntomas Fisiológicos</i>
Preocupación.	Hiperactividad.	Síntomas cardiovasculares: palpitations, pulso rápido, tensión arterial alta, accesos de calor.
Inseguridad.	Paralización motora.	Síntomas respiratorios: sensación de sofoco, ahogo, respiración rápida y superficial, opresión torácica.
Miedo o temor.	Movimientos torpes y desorganizados.	Síntomas gastrointestinales: náuseas, vómitos, diarrea, aerofagia, molestias digestivas.
Aprensión.	Tartamudeo y otras dificultades de expresión verbal	Síntomas genitourinarios: micciones frecuentes, enuresis, eyaculación precoz, frigidez, impotencia.
Pensamientos negativos (inferioridad, incapacidad).	Conductas de evitación.	Síntomas neuromusculares: tensión muscular, temblor, hormigueo, dolor de cabeza tensional, fatiga excesiva.
Anticipación de peligro o amenaza.		Síntomas neurovegetativos: sequedad de boca, sudoración excesiva, mareos.
Dificultad de concentración.		
Dificultad para la toma de decisiones.		
Sensación general de desorganización o pérdida de control sobre el ambiente.		

Cuadro 3: Síntomas característicos del trastorno de ansiedad.

Fuente: Navas W, Vargas MJ. (2012) (27).

3.1.4.3. Trastorno de ansiedad generalizada en el adolescente

Como se ha descrito anteriormente, la ansiedad generalizada se caracteriza por la preocupación excesiva e incontrolable a una serie de eventos característicos. En la población joven, los síntomas más característicos son la incapacidad de concentración, inquietud e irritabilidad; a ellos se les puede sumar también la fatiga, trastornos del sueño o tensión muscular. Es importante que estos síntomas interfieran en el desarrollo social, emocional o educativo y no solamente como una reacción hacia algún evento estresante reciente (18).

El trastorno de ansiedad generalizada, es una alteración relativamente frecuente en las edades tempranas, se ha reportado el diagnóstico en niños con una prevalencia de por vida que va alrededor del 9%. De igual manera, la prevalencia de este trastorno en edades adolescentes (13 a 18 años) tiene un aproximado entre el 2,3% y el 5%, en comparación con la prevalencia en etapas pre-escolares que oscilan entre el 0,5 al 6,5%; demostrándose así que, a diferencia de otros trastornos de ansiedad, el trastorno de ansiedad generalizada aumenta con la edad y tiene una edad de inicio promedio de 12 años. También se ha demostrado que el sexo femenino tiene 1 vez más posibilidades de cumplir con criterios diagnósticos que los varones (18).

En el periodo de la niñez y adolescencia, el trastorno de ansiedad generalizada, no suele presentarse de manera aislada, al contrario, suele acompañarse de otros trastornos del estado de ánimo, como por ejemplo la depresión; siendo así, en esta combinación un criterio de mayor comorbilidad (18).

3.1.4.4. Diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada en niños y adolescentes

El diagnóstico se realiza a través de la evaluación psiquiátrica, aplicando, ya sea los criterios del CIE 10, o los del DSM 5 (20,28,18).

A	Ansiedad y preocupación excesivas (expectativa aprensiva), que ocurren más días de los que no lo hacen durante al menos 6 meses, acerca de una serie de eventos o actividades (como el trabajo o el desempeño escolar).
B	Al individuo le resulta difícil controlar la preocupación.
C	La ansiedad y la preocupación están asociadas con tres (o más) de los siguientes seis síntomas (con al menos algunos síntomas que han estado presentes durante más días de los que no durante los últimos 6 meses): Nota: Solo se requiere un síntoma en los niños
	1. Inquietud o sensación de nerviosismo o nerviosismo
	2. Se fatiga con facilidad
	3. Dificultad para concentrarse o mente en blanco
	4. Irritabilidad
	5. Tensión muscular
D	Alteración del sueño (dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido, o sueño inquieto o insatisfactorio)
E	La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan angustia o deterioro clínicamente significativo en las áreas sociales, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento.
F	La alteración no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, un medicamento) u otra condición médica (por ejemplo, hipertiroidismo)
G	La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. Ej., Ansiedad o preocupación por tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, evaluación negativa en el trastorno de ansiedad social (fobia social), contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en trastorno de ansiedad por separación, recordatorios de eventos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, quejas físicas en el trastorno de síntomas somáticos, defectos de apariencia percibidos en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad o el contenido de creencias delirantes en esquizofrenia o trastorno delirante)

Cuadro 4: Criterios diagnósticos de la DSM-5 para el trastorno de ansiedad generalizada.

Fuente: Sadock V, Sadock J. Kaplan and Sadock (2017) (18).

3.1.5. La familia y su función.

3.1.5.1. Concepto

Cuando una persona es concebida, el conjunto de personas con las cuales tiene sus primeras interacciones es su grupo familiar. Por ello es importante tomar en cuenta no solo a la familia nuclear, sino también a la familia extendida. La familia nuclear se refiere a aquella conformada por el padre, la madre, donde se incluye a los hermanos si es que los hubiera. En cuanto a la familia extendida, además de incluir a los integrantes de la familia nuclear, toma en cuenta a los abuelos y tíos, al igual que bisabuelos o cuñados. Estos conceptos son importantes para tener clara la idea de familia, sin embargo, quienes más influencia tienen en el desarrollo de una persona es la familia nuclear (29).

“La familia es la célula fundamental de la sociedad”. En esta frase se desarrolla el sentimiento de seguridad, estima, respeto a ellos mismos como individuos y al resto. Así como se puede tener un desarrollo adecuado gracias a la familia, esta también puede ser contraproducente, desarrollando en los individuos inseguridad en sí mismos y rechazo hacia los otros (29).

Desde que los niños y niñas son concebidos buscarán satisfacer sus necesidades básicas en función a la edad que tengan, además estos buscarán los medios para poder desarrollar su personalidad, o por el contrario ocurrirán eventos que afectarán negativamente su potencial para cultivar sentimientos que sean positivos para que desarrollen una madurez afectiva (29).

3.1.5.2. Funciones

Actualmente existe muchas funciones que cumple la familia, y es necesario prestar atención a la más importante, que es la psicológica, y esto debido a que por medio de ella, la familia satisface en sus miembros ciertas necesidades humanas como son: la seguridad de amor, la seguridad emocional, independencia y creatividad, porque ayuda a que los infantes, que siguen en proceso de formación, logren desarrollar una psique más saludable y, en el ámbito social, logren encajar más adecuadamente en grupos de pares (30).

- a) **FUNCIÓN ECONÓMICA:** Al hablar de esta función se toma en cuenta las actividades que realizan los integrantes de la familia relacionadas con la reposición de las fuerzas de trabajo de sus integrantes; el presupuesto de gastos de la familia sobre la base de gastos de los ingresos, tareas de la casa que están enfocadas en el abastecimiento, consumo, satisfacción de una serie de necesidades materiales.

La manera en que se distribuyen los roles en cuanto a las tareas del hogar ayuda bastante para definir como es la familia en cuanto a esta dimensión. Además, se debe tener en cuenta el descanso, ya que nos permite tener una idea de cómo administra cada miembro su tiempo de ocio, y no solo verlo desde el punto de vista individual sino también desde el punto de vista familiar.

- b) **FUNCIÓN BIOSOCIAL:** Esta función aborda principalmente como es la esfera sexual y afectiva de la pareja que conforma la familia, siendo de mucha importancia para que los padres tengan una adecuada estabilidad emocional, y, por ende, de manera indirecta, influencia en el desarrollo emocional del resto de los miembros.
- c) **FUNCIÓN ESPIRITUAL - CULTURAL:** Comprende la necesidad que tienen los miembros de desarrollarse en la esfera cultural y superación personal, así también la forma en la que los padres buscan transmitir la cultura que fue heredada a sus hijos.
- d) **FUNCIÓN EDUCATIVA:** Abarca las funciones que se mencionaron con anterioridad, está centrada en educar a los hijos (5).

3.1.5.3. Características de la familia: cohesión y adaptabilidad

3.1.5.3.1. Cohesión

Esta dimensión tiene el objetivo de analizar el grado de unión entre los miembros de una familia. Presenta dos componentes: la conexión emocional que une a los miembros de la familia, y el nivel de independencia que tiene una persona dentro de su círculo familiar. La cohesión determina 4 niveles (31).

- **Dispersa:**
 - Excesiva desunión emocional.
 - Ausencia de lealtad en la familia.
 - Hay una escasa cooperación entre sus miembros.
 - Inhabitual reciprocidad afectiva entre sus miembros.
 - Carencia de proximidad entre padres e hijos.
 - Prevalece la desunión personal.
 - Es poco común el tiempo compartido entre sus miembros.
 - Priorizan tener su espacio propio y alejado del resto de sus miembros.
 - Su actuar es determinado de manera independiente.
 - Prefieren enfocarse en intereses que no incluyen su círculo familiar.
 - No mezclan su círculo de amigos con su familia
 - No comparten los mismos intereses.
 - Su tiempo de ocio prefieren disfrutarlo sin el resto de la familia.
- **Conectada:**
 - Existe conexión afectiva y emocional.
 - Presencia de lealtad hacia los demás miembros.
 - Se promueve la cooperación entre miembros, pero es permitido que se guarde una distancia personal.
 - Existencia y promoción de intercambio de afecto.
 - Existencia de cercanía entre padres e hijos.
 - Se respeta la decisión de separación, pero se valora que no exista esta.
 - Se da mucho valor al tiempo entre los miembros.
 - Se respeta el espacio propio de los miembros.
 - Se da prioridad a tomar decisiones entre todos los miembros
 - Se prioriza los intereses de toda la familia.
 - Mezclan su círculo de amigos con el resto de la familia
 - Casi siempre va a primar los intereses en común.
 - Se prioriza que el tiempo de ocio sea compartido por toda la familia.

- **Aglutinada:**

- Existe conexión afectiva y emocional exagerada.
- La lealtad hacia el resto de la familia es una obligación.
- La participación y cooperación entre los miembros es excesiva.
- Existe una dependencia marcada entre todos los miembros.
- Es evidente la dependencia afectiva que existe.
- Existencia de mucha reactividad emocional.
- Existencia de coaliciones parento-filiales.
- No se evidencian una demarcación de límites entre generaciones.
- Existe escasa individualidad personal de cada miembro.
- Los miembros pasan juntos casi la totalidad del tiempo.
- Solo es permitido en poca medida un espacio y tiempo individual de los miembros.
- Cuando se toman decisiones, estas están sujetas a lo que quiera el conjunto familiar.
- La familia es el cetro de la atención.
- Se da más prioridad a los amigos que tienen en común la familia, en vez de los que tiene cada miembro por separado.
- Se obliga a que haya tiempo de ocio entre los miembros.

- **Separada:**

- Presencia de separación emocional.
- La lealtad familiar es esporádica.
- Existe cooperación entre sus miembros, pero se prefiere el distanciamiento personal.
- En ocasiones existe reciprocidad de afecto entre sus miembros.
- Existencia de límites entre padres e hijos, con ligera cercanía entre ellos.
- Se promueve la individualidad personal.
- El tiempo para uno mismo tiene mucha importancia, sin embargo, existe tiempo compartido entre los miembros
- Se prefieren los espacios separados compartiendo el espacio familiar.
- Hay una preferencia por priorizar el espacio individual, pero también se comparte espacio entre los miembros.

- Se da preferencia a que la toma de decisiones sea individual, pero no se deja de lado la posibilidad en que sea en conjunto.
- La familia mayormente no es el centro de atención.
- No es común que la familia comparta tiempo con los amigos propios de cada miembro.
- Los miembros no tienen los mismos intereses.
- El tiempo libre y de ocio comúnmente se aprovecha de manera individual, algunas veces se comparte entre los miembros de la familia (31).

3.1.5.3.2. Adaptabilidad

Esta dimensión se considera como la capacidad dentro del matrimonio o a nivel de la familia para modificar la estructura de poder que posee, los roles que tiene cada miembro y las normas por medio de las cuales se relacionan, para responder en una situación determinada. Con el objetivo de que se puedan dar condiciones de adaptación es necesario la presencia de equilibrio entre cambios y estabilidad. Al hablar de esta dimensión, se puede encontrar cuatro tipos distintos.

- **Caótica:**

- Liderazgo escaso.
- Educación poco rígida, teniendo efectos poco consistentes.
- Los padres toman decisiones precipitadas.
- El rol de cada uno está poco definido. Es frecuente el cambio de estos entre los miembros.
- Las normas además de ser alteradas con mucha frecuencia, no son cumplidas a cabalidad.

- **Estructurada:**

- Al inicio se imparte autoridad por los miembros que llevan el liderazgo, pero en ocasiones el trato es llevado como iguales.

- No se requiere mucha rigurosidad cuando se instruye a otros miembros, debido a que se conoce las consecuencias que acarrearían tales comportamientos.
- Se toma en cuenta las opiniones del resto de los miembros.
- Quienes deciden son los progenitores.
- Aunque hay roles definidos, existe colaboración entre estos.
- No hay posibilidad a que las normas sean incumplidas.
- **Rígida:**
 - La autoridad se ejerce con mando, los padres supervisan con rigor a los hijos.
 - Se educa a los hijos con severidad.
 - No se toma en cuenta las opiniones del resto de los miembros.
 - Los progenitores deciden sin vacilación.
 - Las funciones de cada miembro no pueden ser cambiadas.
 - Las normas deben cumplirse con rigor y no se pueden negociar.
- **Flexible:**
 - El mando se reparte de manera equitativa.
 - No hay mucho rigor cuando los hijos son instruidos, ya que existe la posibilidad de diálogo en cuanto a las consecuencias.
 - Mayormente se toma en cuenta las decisiones del resto de los miembros.
 - Se toma decisiones en consenso de todos los miembros.
 - Los papeles de cada miembro se pueden intercambiar.
 - No existe rigor en cuanto al cumplimiento de las normas.
 - Las normas pueden ser alteradas (31).

3.1.5.4. Niveles de funcionamiento familiar

Cuando existe correspondencia entre adaptabilidad y cohesión se clasifican en tres niveles de funcionamiento familiar. En este contexto se divide a las familias en dos, familias de óptimo funcionamiento y familias no funcionales, siendo las primeras balanceadas, y las segundas se consideran en el espectro extremo (32).

3.1.5.4.1. Tipo balanceada

Aquí se logra clasificar a estas familias cuando el nivel de cohesión y adaptabilidad se encuentran en el espectro central en ambas dimensiones. Se toma en cuenta a las familias: flexiblemente separada, flexiblemente conectada, estructuralmente separada, estructuralmente conectada. En este tipo de familia se puede encontrar un equilibrio en cuanto a independencia y dependencia. Pueden decidir encontrarse de manera independiente o encontrarse más cercanos al integrante de la familia que ellos prefieran. No se refiere al tener un comportamiento estático. Se considera a este tipo de familias la más adecuada (32).

3.1.5.4.2. De rango medio

Aquí se encuentran las familias que solo presentan, o bien su nivel de cohesión, o bien el nivel de adaptación, en un rango extremo. Se debe tener presente a los siguientes tipos de familias: flexiblemente dispersa, flexiblemente aglutinada, caóticamente separada, caóticamente conectada, estructuralmente dispersa, estructuralmente aglutinada, rígidamente separada, rígidamente conectada. Debido a que estas familias se encuentran en una sola dimensión en rango extremo, se entiende que esto sucede por momentos de estrés (32).

3.1.5.4.3. Extremas

En esta estructura no se habla de una sola dimensión en rango extremo, sino ambas. Se puede encontrar a la familia: caóticamente dispersa, caóticamente aglutinada, rígidamente dispersa, rígidamente aglutinada. Esta no se comporta de una manera correcta. Olson toma en cuenta varios puntos sobre estas familias: al analizar a este tipo de familias se pueden encontrar similitudes a las que son de rango medio, pero con rasgos más

exagerados, ya que tienen un conjunto de características que hacen que estas varíen en intensidad, calidad y cantidad. Existen circunstancias en las que un rasgo extremo de la familia ayuda a la estabilidad de sus integrantes (32).

COHESIÓN \ FLEXIBILIDAD	DESLIGADA	SEPARADA	UNIDA	AGLUTINADA
CAÓTICA	EXTREMO	RANGO MEDIO	RANGO MEDIO	EXTREMO
FLEXIBLE	RANGO MEDIO	BALANCEADA	BALANCEADA	RANGO MEDIO
ESTRUCTURADA	RANGO MEDIO	BALANCEADA	BALANCEADA	RANGO MEDIO
RÍGIDA	EXTREMO	RANGO MEDIO	RANGO MEDIO	EXTREMO

Cuadro 5. Tipo de familias según el grado de cohesión y flexibilidad.

Fuente: Schmidt V, Barreyro JP, Maglio AL (2009) (33).

El funcionamiento familiar no se puede considerar en una dimensión plana, o sea, “lo que es causa puede pasar a ser efecto o consecuencia y viceversa” (34). Por ende, cuando existe una consecuencia, por ejemplo, un niño que no presta atención en clase, se considera que hay una disfunción familiar, entonces, el problema no es el infante, sino, se puede evidenciar que es reflejo de alguna problemática familiar (35). Se debe promover el bienestar tanto a nivel físico como emocional y psicológico de los miembros, y ese rol lo cumple la familia, entonces resulta sumamente importante que existan: jerarquías claras, límites claros, roles claros y definidos, comunicación abierta y explícita y capacidad de adaptación al cambio (36).

3.2. Revisión de antecedentes investigativos

3.2.1. A nivel local

Autor: Rojas LR

Título: “*El clima escolar y su relación con la ansiedad en el tiempo de cuarentena por covid-19 en los estudiantes de educación secundaria de la I.E.P. Balmer - Arequipa 2020*”

Resumen: “La presente investigación tiene como objetivo establecer la relación que existe entre la ansiedad y el clima escolar en tiempos del COVID-19 en

estudiantes de educación secundaria. La presente investigación es de tipo cuantitativo relacional; la población fueron estudiantes de educación secundaria de tercero a quinto años de la institución educativa privada Balmer, a los que se aplicó las escalas de ansiedad de Zung y la escala de clima escolar, previamente validadas. Se empleó estadística descriptiva y se relacionan variables mediante coeficiente de correlación de Pearson. Se encontró que los niveles de ansiedad son mínimos en 32% de casos, y que el clima escolar es percibido como bajo en 54% de casos, aunque la dimensión mejor percibida fue la relación entre docentes y estudiantes (alta en 73%). La relación entre los puntajes de ansiedad y de clima escolar fue inversa ($r = -0.9656$). Se concluye que existe una relación inversa y significativa entre la ansiedad y el clima escolar en tiempos del COVID-19 en estudiantes de educación secundaria de Arequipa 2020” (37).

Autor: Alfaro N, Castro N

Título: “Estrés académico en los estudiantes del cuarto grado de secundaria de la IE Inmaculada Concepción, Arequipa – 2020”

Resumen: “Métodos e instrumento: estudio de enfoque cuantitativo, aplicada, descriptivo y no experimental transversal; la muestra fue de 110 estudiantes entre los 14 a 17 años, donde 72 son mujeres y 38 son hombres; se usó como instrumento de investigación el Inventario para el Estrés Académico (SISCO) diseñado por Arturo Barraza Masías (2007) que mide tres dimensiones: Estresores, Síntomas (físicos, psicológicos y comportamentales) y Estrategias de Afrontamiento. Concluyendo, que: el nivel de estrés académico en los estudiantes es severo con un 50%. Los estresores académicos más frecuentes que se presentan en los estudiantes, son: Sobrecarga de tareas con un 88.2% y Tiempo limitado con un 86.4%. Los síntomas del estrés académico más recurrentes en los estudiantes, en el subdimensión de síntomas físicos es Fatiga crónica con un 65.5%, en el subdimensión de síntomas psicológicos es Sentimientos de depresión con un 70% y en el subdimensión de síntomas comportamentales es Desgano para realizar las labores escolares con un 62.7%. Las estrategias de afrontamiento más empleadas por los estudiantes, son: Concentrarse en resolver la situación con un 86.4% y Habilidad asertiva con un

77.3%. Y el nivel de estrés académico según el sexo: en las mujeres el nivel severo con un 56.9% y en los varones el nivel moderado con un 63.2%” (38).

Autor: Ochoa Torres, G.

Título: “Relación entre funcionamiento familiar y depresión en adolescentes de la academia preuniversitaria Alexander Fleming Arequipa 2015 ”

Resumen: “El adolescente se caracteriza por actitudes impulsivas, poco reflexivas, rebeldía e imprudencia; dadas por su poca experiencia y la búsqueda de una identidad. Dentro del contexto familiar la adolescencia también resulta crítica, en tanto que exige reajustes en el sistema de crianza infantil. La exposición de los adolescentes a contextos familiares hostiles, incongruentes y con patrones de educación autoritarios, está relacionada con diversos desajustes emocionales y cognitivos entre los que se encuentra la depresión. Si se comprende la relación que existe entre la funcionalidad familiar y la depresión, se podrá aportar en la prevención y manejo de dicho problema. Métodos: La población fue de 2000 adolescentes estudiantes de la academia preuniversitaria Alexander Fleming en enero del 2015, de los cuales estudiamos a 468 adolescentes a través de muestreo por conglomerados. Para la recolección, registro y procesamiento de datos se elaboró una matriz de datos en 2 una hoja de cálculo Excel a partir de la cual se elaboraron tablas de simple y doble entrada de acuerdo a los objetivos. El análisis se llevó a cabo en primer lugar calculando frecuencias absolutas y relativas. Así mismo para establecer si existe o no relación entre las variables motivo de la investigación se aplicó la prueba de Tau de Kendal a un 95% de confianza y el coeficiente de Correlación de Spearman con el apoyo de software EPI INFO versión 6.0. Resultados: Respecto a la función familiar se obtuvieron en un 25,6% familias de tipo Balanceada, en un 57,5% de Rango medio y en 16,9% familias de tipo Extrema. De los 468 adolescentes 58,7% presentaron depresión entre leve y moderada. Se encontró que sí existe relación entre la función familiar y la depresión en adolescentes ($P < 0.05$ y un índice de Correlación de Spearman de 0.693). Conclusión: Se puede concluir entonces, que mientras más extremo sea el tipo de familia mayor será el grado de depresión” (39).

Autor: Asillo Coaguila, E. Y

Título: *“Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes de un centro preuniversitario Arequipa 2020”*

Resumen: “Métodos: se realizó un estudio de tipo descriptivo relacional y transversal. La muestra de estudio estuvo constituida por 201 estudiantes que cumplieron los criterios de inclusión. Como técnica de recolección de datos se empleó la encuesta y los instrumentos fueron la Escala de dinámica familiar que evalúa la adaptabilidad y cohesión familiar (FACES III), el Cuestionario escala de depresión rasgo- estado (Inventario de depresión rasgo-estado (IDERE) y la Ficha de recolección de datos. Resultados: La funcionalidad familiar de los adolescentes del Centro Preuniversitario en las dimensiones de cohesión es disgregada en 46,27% y en la dimensión de adaptabilidad familiar es caótica en 37,31%. De forma general la funcionalidad familiar es extremo en 58,71%. La frecuencia de depresión rasgo y estado en los adolescentes es de 100%; el nivel de depresión rasgo es medio en el 51,24% y de depresión estado es alto en 93,03%. Se ha encontrado relación significativa entre la cohesión familiar y la depresión rasgo estado, así como también entre la adaptabilidad familiar y la depresión estado, no existe relación entre la adaptabilidad familiar y el nivel de depresión rasgo de los estudiantes del Centro Preuniversitario” (40).

3.2.2. A nivel nacional

Autor: Aliaga RL, Boyer MA

Título: *“Funcionalidad familiar y agresividad en adolescentes de instituciones educativas privadas de Lima Sur en contexto de pandemia COVID-19”*

Resumen: “El diseño de la investigación fue no experimental, de corte transversal tipo correlacional. La muestra estuvo conformada por 317 estudiantes del nivel secundario de ambos sexos. Los instrumentos utilizados para la medición de las variables de este estudio fueron la Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III) de Olson, Portner y Lavee (1985), para medir la funcionalidad familiar, conformada por 20 ítems distribuida por 2 dimensiones y el Cuestionario de Agresividad (AQ), creado por Buss y Perry (1992), mide agresividad en sus cuatro dimensiones, está conformado por 29

ítems. Las propiedades psicométricas de ambos instrumentos evidencian que son confiables y válidos. En los resultados se encontró que existe asociación significativa entre agresividad y funcionalidad familiar ($X^2 = 18.221$; $p=0.001$). Asimismo, en agresividad física ($X^2 = 10.112$; $p=0.039$), hostilidad ($X^2 = 20.707$, $p=0.000$) e ira ($X^2 = 17.382$; $p=0.002$) y a diferencia de agresividad verbal ($X^2 = 4.164$; $p=0.384$)” (41).

Autor: Gamarra FTE

Título: “*Ansiedad y la motivación en tiempos de pandemia Covid-19 en estudiantes de secundaria de una Institución Educativa de Pimentel*”.

Resumen: “La investigación es cuantitativa no experimental de diseño transversal correlacional, se trabajó con una muestra de 221 estudiantes de ambos sexos del nivel secundario de una Institución Educativa de Pimentel. Los instrumentos utilizados fueron la escala de Ansiedad de Zung y la escala de Motivación, los que fueron revisados y validados mediante criterios de expertos y posteriormente por estadísticos como el coeficiente de V de Aiken Ansiedad ($V=0,86$) Motivación (0,93) para determinar la confiabilidad se aplicó el coeficiente de Alfa de Cronbach para Ansiedad (0.92) Motivación (0.97). Por otro lado, utilizando el Rho Spearman para probar la hipótesis se obtuvo un coeficiente de correlación de -0.362; por lo que se concluye que en los estudiantes de la institución educativa de Pimentel existe una relación inversa negativa entre las variables de ansiedad y motivación durante la pandemia de COVID-19” (42).

Autor: Quispe Cruz, M. A

Título: “*Funcionalidad familiar en la depresión durante el confinamiento en estudiantes de 2do a 5to de secundaria de una institución educativa Cusco-2020*”

Resumen: “Este estudio es tipo de investigación básica, con enfoque cuantitativa, de diseño no experimental de cohorte transversal y nivel explicativo, con método hipotético deductivo, en cuya muestra se consideró a 43

estudiantes entre los 13 a 18 años de edad y aplicándose la escala FACES III, para la variable funcionalidad familiar y con una escala de medición Likert y el inventario de Beck II, para la variable depresión con una escala Likert de razón ordinal, y los resultados fueron mostrados en forma descriptiva e inferencial, mostrando que el 53,5% presenta la dimensión adaptabilidad flexible, mientras que el 30,2% estructurada y el 16,3% caótica. Y que el 65,1% presenta la dimensión cohesión conectada, mientras que el 27,9% aglutinada, 4,7% separada y el 2,3% dispersa. En cuanto a la depresión el 62,8% presentan depresión mínima, mientras que el 16,3% moderado, 14,0% leve y 7% severo. La medición de los datos con la prueba de normalidad de Shapiro Wilk da resultado de nivel de significancia $p=0.016 < 0.05$ y en la prueba no paramétrica con modelo de regresión lineal ANOVA $F= 0.022$ valor estadístico por debajo del 5% lo cual indica que entre las dos variables existe una relación de dependencia. En se demuestra que existe influencia de la variable funcionalidad familiar hacia la variable depresión” (43).

Autor: Bueno Suybate, D. L.

Título: “*Funcionalidad familiar y ansiedad en adolescentes de una institución educativa nacional*”

Resumen: “Este estudio tiene como objetivo determinar la relación entre la funcionalidad familiar y la ansiedad en adolescentes que cursan la secundaria en una institución educativa nacional del distrito de Breña, Lima Metropolitana. Para ello, se utilizó la Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar III (FACES III), de Olson (1985), que permite medir la funcionalidad familiar, y la Escala de Autovaloración de Ansiedad de Zung (1971), que permite evaluar la ansiedad. Esta última se adaptó con la muestra de estudio, que la constituyeron 190 estudiantes hombres y mujeres de cuarto año de secundaria. Los resultados exhiben que no existe relación entre la funcionalidad familiar, con sus variables (cohesión y adaptabilidad), y la ansiedad en los referidos adolescentes, lo cual se sustenta en la influencia multivariable presente en el desarrollo de la adolescencia. Por otro lado, se observa que la escala original elaborada por Zung, carece de consistencia interna y antecedentes sostenibles,

por lo cual se requiere de una adaptación a la muestra de estudio en futuras investigaciones” (44).

Autor: Santos Juanillo, B. K. A.

Título: “*Funcionalidad familiar y depresión en adolescentes escolares de instituciones educativas de ciudad nueva, Tacna 2018*”

Resumen: “La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre la funcionalidad familiar y depresión en adolescentes escolares de Instituciones Educativas de Ciudad Nueva, Tacna 2018. Para su estudio, se utilizaron los instrumentos Escala de evaluación de cohesión y adaptabilidad familiar por adjetivos FACES –III de David H. Olson y el Inventario de Depresión de Beck Segunda Edición Adaptado BDI-IIA de Aaron T. Beck, como muestra 313 estudiantes entre hombres y mujeres de 13 a 19 años de edad. Los resultados indican que el 64.22% de evaluados manifiesta un nivel de funcionalidad familiar medio. Así mismo el 41.53% de estudiantes presenta un nivel de depresión mínimo. Para demostrar la relación entre ambas variables se utilizó la prueba estadística de Tau c de Kendall donde se puede apreciar que el valor p es mayor a 0.05 por lo que no se demuestra relación entre ambas variables, esto quiere decir que el nivel de Funcionalidad Familiar no está relacionado con la presencia de Depresión en los estudiantes” (45).

3.2.3. A nivel internacional

Autor: Martínez A, Fernández-Fernández V, Alcántara-López M, López-Soler C, Castro Sáez M

Título: “*Resultados preliminares del impacto de la COVID-19 en niños/as y adolescentes expuestos a maltrato intrafamiliar*”

Resumen: “Los datos preliminares confirman el impacto psicológico que la crisis por COVID-19 está provocando en niños y adolescentes de población comunitaria. Se desconoce cómo afecta a la población infantil que sufre maltrato intrafamiliar. El objetivo del estudio fue examinar el impacto emocional adicional que supone la medida de confinamiento en menores de edad expuestos

a violencia de pareja hacia la mujer que recibían atención psicológica en la Región de Murcia. Ciento ochenta y cinco madres informaron vía telefónica cómo el confinamiento afectó a 269 niños/as de entre 0 y 18 años. También los 108 menores que tenían 6 años o más, cumplimentaron el listado sobre su propio estado emocional. El incremento en la incidencia de alteraciones psicológicas en esta población ha sido baja (1.1-4.8%), si bien entre aquellos que aumentó la sintomatología predominaron la desorganización comportamental y la alteración emocional. Asimismo, se comprobó que algunas variables (sexo, edad, días de confinamiento, conflicto familiar) contribuyeron al incremento de desorganización comportamental y estrés traumático/depresión. Es preciso desarrollar más trabajos en esta línea por las implicaciones que se pueden derivar tanto a nivel de diagnóstico como de tratamiento” (46).

Autor: Ozamiz-Etxebarria N et al.

Título: “Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España”

Resumen: “En marzo de 2020, el virus SARS-CoV-2 procedente de China ha llegado a España y desde el 14 de marzo se ha declarado el estado de alarma en todo el Estado español, llevando al confinamiento a toda la población. La presente investigación se contextualiza en la Comunidad Autónoma Vasca (situada al norte de España). Se han analizado los niveles de estrés, ansiedad y depresión a la llegada del virus y se han estudiado los niveles de sintomatología psicológica según edad, cronicidad y confinamiento. Se ha recogido una muestra de 976 personas y la medición de las variables ansiedad, estrés y depresión se ha hecho mediante la escala DASS (Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés). Los resultados demuestran que, aunque los niveles de sintomatología han sido bajos en general al principio de la alarma, la población más joven y con enfermedades crónicas ha referido sintomatología más alta que el resto de población. También se ha detectado un mayor nivel de sintomatología a partir del confinamiento, donde las personas tienen prohibido salir de sus casas. Se prevé que la sintomatología aumentará según vaya transcurriendo el confinamiento. Se defienden intervenciones psicológicas de prevención y tratamiento para bajar el impacto psicológico que pueda crear esta pandemia” (47).

Autor: Mariela Andrades-Tobar, Felipe E. García, Pablo Concha-Ponce, Carmen Valiente y Cibelle Lucero

Título: *“Predictores de síntomas de ansiedad, depresión y estrés a partir del brote epidémico de COVID-19”*

Resumen: “La pandemia de COVID-19 ha provocado una crisis mundial sin precedentes, con cambios drásticos en las condiciones de vida y en la salud mental de las personas. El propósito de este estudio es establecer predictores de depresión, ansiedad y estrés en personas afectadas por el brote epidemiológico de COVID-19. Participaron 2,376 personas mayores de 18 años, un 79.6% mujeres, quienes contestaron la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21), además de escalas para evaluar la severidad subjetiva, la búsqueda de apoyo social y datos relacionados con COVID-19. Se observó que sus principales predictores fueron tener menor edad, problemas para dormir, sentirse solo, no hablar de sus temores y la severidad subjetiva. Se concluye que existen grupos de población en riesgo de experimentar niveles más altos de depresión, ansiedad y estrés, lo que evidencia la necesidad de desarrollar estrategias de prevención e intervención para reducir el impacto psicológico de la pandemia” (48).

Autor: Zayas-Fajardo ML, Román-López IR, Rodríguez-Zayas L, Román-López MY

Título: *“Repercusión psicológica en niños, adolescentes y la familia relacionada con el aislamiento social por la COVID-19”*

Resumen: “Se buscó caracterizar aspectos de la repercusión psicológica en niños, adolescentes y la familia, relacionada con el aislamiento social por la COVID-19, durante el periodo marzo-junio de 2020, en el policlínico “Jimmy Hirzel”, Bayamo, Granma. Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal en una muestra de 47 niños y adolescentes, además de sus padres, todos pertenecientes a la referida área de salud. Se les realizó una entrevista y se aplicó a la familia la entrevista de afrontamiento familiar y la prueba FF-SIL. La mayor repercusión psicológica se encontró en niños de 5 a 9 años (48,8 %), sin diferencias significativas en relación al sexo; con antecedentes de patología psiquiátrica y seguimiento por la especialidad, a predominio de

trastorno por déficit de atención y trastornos neuróticos. La ansiedad (12,7 %) fue la manifestación psicológica más frecuente al mes, mientras que a los tres meses fueron la hiperactividad motora y verbal (48,8 %), temor a la muerte (46,8 %) y ansiedad somatizada (44,6 %). Con respecto a la familia, el resultado estuvo relacionado con alteraciones en su dinámica, con predominio de las manifestaciones de ansiedad y miedo (ambas con 57,4 %) y depresión (38,2 %), sobre todo en las madres” (49).

Autor: Reyes Cruz, K. G.

Título: *“Ansiedad y depresión en los adolescentes de 16-19 años en situación de aislamiento social que pertenecen a un grupo juvenil de Quito”.*

Fuente: “Trabajo de titulación modalidad proyecto de investigación previo a la obtención del Título de Psicóloga Infantil y Psicomotricista”

Resumen: “El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo principal describir los niveles de ansiedad y depresión en los adolescentes que se encuentran en situación de aislamiento social, por la pandemia. Esta investigación de enfoque cuantitativo de tipo descriptiva y de diseño no experimental y transversal estuvo conformada por 45 adolescentes con edades comprendidas entre los 16 y 19 años. Los instrumentos utilizados para medir estas variables fueron: el Inventario de ansiedad estado-rasgo (STAI) de Spielberger para determinar la ansiedad junto con el Inventario de depresión (BDI-II) para la variable depresión. Los resultados obtenidos del inventario de ansiedad demuestran que un 20% de los adolescentes presentan una ansiedad como estado (A/E) y un 22,2% una ansiedad como rasgo (A/R), es importante recalcar que los adolescentes con un alto nivel en A/R es muy probable que presenten altos niveles en la A/E. Con relación al inventario de depresión se obtuvo un 11,1% con depresión moderada y grave en la muestra tomada, con una frecuencia alta en los hombres” (50).

4. HIPÓTESIS

Es probable que un mal funcionamiento familiar influya de 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.





**CAPÍTULO II:
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL**

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnicas:

En la presente investigación se aplicó la técnica de la encuesta.

1.2. Instrumentos :

El instrumento que se utilizó consiste en una ficha de recolección de datos (Anexo 2), la escala de depresión de Zung (Anexo 3), la escala de ansiedad de Zung (Anexo 4) y la escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar FACES III (Anexo 5).

1.3. Materiales de Verificación:

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

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ámbito:

Todas las adolescentes que cumplen los criterios de inclusión de 11 salones de los grados 3ro, 4to y 5to de secundaria del Colegio Nacional de Señoritas Arequipa en el periodo de estudio 2021, en un número aproximado de 214 estudiantes.

2.2. Unidades de estudio:

Estudiantes adolescentes de secundaria de un colegio nacional de Arequipa.

2.3. Temporalidad:

El estudio se realizó en forma coyuntural durante los meses de abril y mayo del año 2021.

2.4. Ubicación espacial

La presente investigación se realizó en un colegio nacional de la ciudad de Arequipa (Colegio Nacional de Señoritas Arequipa).

2.5. Tipo de Investigación

Se trata de un estudio de campo.

2.6. Nivel de Investigación:

Descriptivo

2.7. Diseño de Investigación:

Es un estudio observacional, transversal.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

Se solicitó autorización a la sub-dirección de la institución educativa nacional para la realización del estudio, quien a su vez puso a cargo al maestro coordinador de tutoría.

Se contactó a los padres de familia a través de llamadas telefónicas o correo electrónico para explicar el motivo de la investigación y lograr la aceptación voluntaria para la participación de sus menores hijos. En los casos que aceptaron participar, se remitió los instrumentos de estudio vía correo o a través de formularios de Google (Google forms) en el horario de tutoría del centro.

Se recabaron los instrumentos y fueron organizados en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

3.2. Recursos

3.2.1. Humanos

- Investigadores, asesor.

3.2.2. Materiales

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.

3.2.3. Financieros

- Autofinanciado

3.3. Validación de los instrumentos

La ficha de datos no requiere de validación por tratarse de una ficha para recolectar información.

La escala de depresión de Zung consiste de 20 preguntas, es auto aplicada, lo que hace el paciente es señalar con que regularidad presenta los síntomas a explorar. Los ítems deben ser contestados tomando en cuenta la “escala de Linkert”, esta contiene 4 valores, de 1 a 4, siendo cada número indicativo de la frecuencia en las que se presentan los síntomas. El marco de referencia temporal es el momento actual. Con la finalidad de que no exista sesgo de acostumbramiento, se permuta los valores de la escala de Likert siendo de manera ascendente en preguntas con sentido negativo y descendente en preguntas con sentido positivo (51).

Para contar con una puntuación total de la gravedad se tiene que efectuar una suma de los resultados de los puntajes de los 20 ítems. Para los ítems en sentido negativo a mayor frecuencia de presentación mayor puntuación, es decir, la respuesta «nunca o casi nunca» tiene un valor de 4 puntos y la respuesta «siempre o casi siempre,» vale 1 punto.

Si bien la primera parte de la prueba consiste en obtener la puntuación por medio de la suma de cada valor de cada ítem en las respuestas, los puntos de corte están dados de acuerdo al índice EAD (índice de escala de autoevaluación de depresión de Zung), que se halla por la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{Puntaje Total} \times 100}{80}$$

Una vez obtenido el índice EAD se debe comparar con los puntos de corte para evaluar qué grado de depresión puede presentar la persona que contesta la encuesta (23):

<50	Ausencia de Depresión
50-59	Depresión Leve
60-69	Depresión Moderada
70 o más	Depresión Grave

Fuente: *Elaboración propia.*

Cuadro 6: Puntos de corte del índice de la Escala de Autoevaluación de Depresión

En el caso de la evaluación de ansiedad, se usa “la Escala de Autoevaluación de la Ansiedad de Zung”; esta consiste de 20 preguntas, todas ellas enfocadas en los distintos “signos y síntomas” que presentan los pacientes que sufren de ansiedad (51).

Se tiene un conjunto de preguntas con 4 posibles respuestas: “Nunca o casi nunca”, “A veces”, “Muchas veces” y “Siempre o casi siempre”. Al igual que en la prueba de depresión, las respuestas tienen un sentido distinto en función si la pregunta es positiva o negativa, se puede tomar de ejemplo lo siguiente, la primera frase “Me siento más intranquilo y nervioso que de costumbre” presenta un sentido más negativo, en tanto esta frase “Me siento tranquilo y puedo permanecer en calma fácilmente”, es más positivo.

Al igual que en la escala de autoevaluación de depresión, en esta se tiene que proceder a calcular la puntuación de las preguntas por medio de la suma de cada valor de cada ítem en las respuestas, los puntos de corte están dados de acuerdo a el índice EAA (Índice de Escala de Autoevaluación de Ansiedad de Zung), que se halla por la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{Puntaje Total} \times 100}{80}$$

Se interpreta el “Índice de la Escala de Autoevaluación de Ansiedad” ubicando el resultado en los intervalos de acuerdo a los puntos de corte:

<45	Ausencia de Ansiedad
45-59	Ansiedad Leve
60-74	Ansiedad Moderada
75 o más	Ansiedad Grave

Cuadro 7: Puntos de corte del índice de la Escala de Autoevaluación de Ansiedad

Fuente: Elaboración propia.

“La escala de ansiedad de Zung ha sido validada en nuestro país por Lozano-Vargas y Vega-Dienstmaier en el 2013” (52).

Para evaluar el funcionamiento familiar se cuenta con la escala de cohesión y adaptabilidad de Olson, Gorral y Tiesel (FACES III). La FACES III es usada para valorar dos dimensiones tomadas en cuenta en esta escala, las dimensiones de cohesión y adaptabilidad. Esta nos da la facilidad de ubicar a las familias que se va a estudiar, en 16 tipos específicos, o si no en tres grupos más generales (53).

A continuación, se puede observar que clasificaciones existen en este test:

Tipo de Cohesión	Desligada, Separada, Unida, Aglutinada
Tipo de Adaptabilidad	Rígida, Estructurada, Flexible, Caótica
Nivel de Funcionamiento Familiar	Balanceada, Rango medio, Extrema

Cuadro 8: Tipos de Cohesión, Adaptabilidad y nivel de Funcionamiento Familiar.

Fuente: Elaboración propia.

Se cuenta con 20 preguntas. Para cohesión y para adaptabilidad se cuenta con 10 ítems. Cada pregunta en este test está enfocada en distintas áreas:

Cohesión Familiar	Adaptabilidad
Lazos Emocionales (Ítem 11-19)	Liderazgo (Ítem 6-18)
Límites familiares (Ítem 7-5)	Control (Ítem 12-2)
Intereses comunes y recreación (Ítem 13-15)	Disciplina (Ítem 4-10)
Soporte (Ítem 1-17)	Reglas de relación (Ítem 8-14-16-20)
Tiempo y Amigos (Ítem 9-3)	

Cuadro 9: Áreas que evalúan cada Ítem del cuestionario de Faces III.

Fuente: Elaboración propia.

“La escala fue validada en Perú por Bazo-Alvarez y cols. (54). Posee una elevada consistencia interna ($r = 0.83$ para cohesión y $r = 0.80$ para adaptabilidad).”

3.4. Criterios para manejo de resultados

3.4.1. Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 fueron codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

3.4.2. Plan de Clasificación:

Se empleó una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz se diseñó en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2019).

3.4.3. Plan de Codificación:

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

3.4.4. Plan de Recuento.

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

3.4.5. 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 presentaron como proporciones. La comparación de variables categóricas entre grupos independientes se realizó con la prueba chi cuadrado. Para el análisis de datos se empleó el paquete SPSSv.24.0 para Windows.





CAPÍTULO III: RESULTADOS

Se obtuvo una población de 275 alumnas, que corresponden a 11 secciones del tercer, cuarto y quinto grado de secundaria; que fueron autorizados por coordinación de tutoría, previa solicitud por sub-dirección; de las cuales cumplían el criterio de inclusión de aceptación de participación en el estudio por parte de padres o tutores 214; de esta manera se calculó el tamaño de muestra para dicha población en 138 estudiantes. Se realizaron las encuestas a 208 alumnas, las cuales aceptaron ingresar en el estudio; se excluyeron a 61 participantes por no cumplir con criterios de inclusión y cumplir criterios de exclusión tales como: mal llenado de fichas o antecedente de patología mental; obteniéndose un total de 147 fichas válidas, de las cuales se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla N°1
Características sociodemográficas de adolescentes del Colegio Nacional de Señoritas Arequipa, durante el confinamiento por COVID-19, 2021

Sociodemográficos	N°.	%
Edad		
Catorce	45	30,61
Quince	59	40,14
Dieciséis	40	27,21
Diecisiete	3	2,04
Grado		
Tercero	36	24,49
Cuarto	64	43,54
Quinto	47	31,97

Fuente: Elaboración Propia.

Se muestra que la mayor cantidad de adolescentes corresponden a la edad de 15 años, siendo un total de 59 (40,14%) estudiantes; seguido por estudiantes de 14 años, obteniéndose un total 45 (30,61%) estudiantes; seguido por estudiantes de 16 años, con un total de 40 (27,21%) estudiantes; por último, se obtuvo una cifra menor de estudiantes de 17 años, correspondiendo solamente a 3 (2,04%) estudiantes.

Del mismo modo, se muestra que la mayor cantidad de encuestadas corresponden al cuarto y quinto de secundaria siendo en total 64 (43,54%) y 47 (31,97%) estudiantes respectivamente; mientras que del tercer año de secundaria se obtuvieron 36 encuestas que corresponden al 24,49%.

Tabla N°2

Prevalencia y severidad de síntomas de depresión en adolescentes del Colegio Nacional de Señoritas Arequipa, durante el confinamiento por COVID-19, 2021

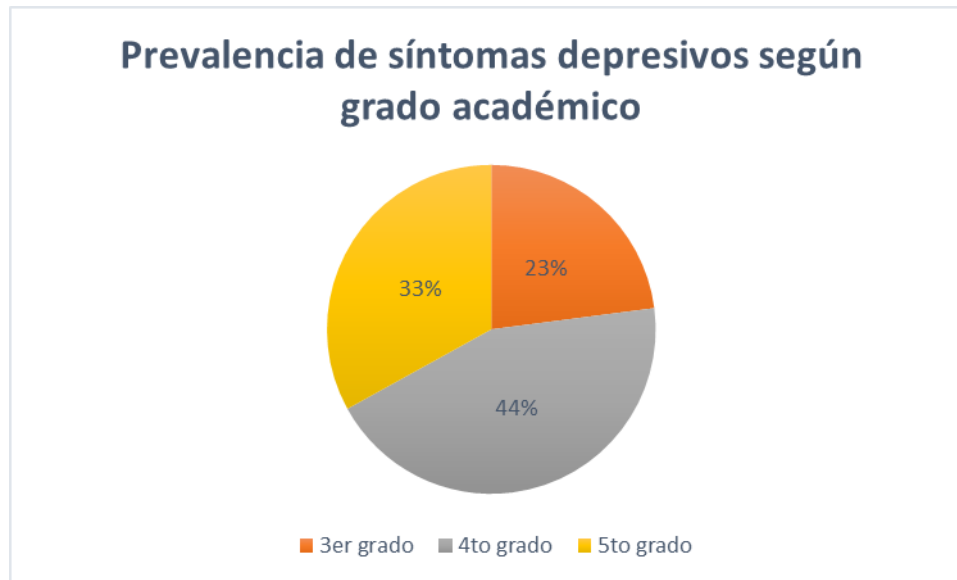
Síntomas de depresión	N°.	%
Ausencia	38	25,85
Leve	53	36,05
Moderado	42	28,57
Grave	14	9,52
TOTAL	147	100

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°2 muestra que 53 estudiantes, correspondientes al 36,05% de las adolescentes del estudio, presentan síntomas de depresión leve; mientras que el 28,54% presentó síntomas de depresión moderados, lo cual corresponde a 42 estudiantes; y un 9,52% presentó síntomas de depresión grave, correspondientes a 14 estudiantes. Del mismo modo se observó que 38 adolescentes no presentaron síntomas de depresión, correlacionado con el 25,85%. A su vez, existe una mayor prevalencia entre las adolescentes con síntomas depresivos (74,14%) comparado con las que no presentaron síntomas depresivos (28,85%).

Gráfico N°1

Prevalencia de síntomas de depresión según grado académico en adolescentes del Colegio Nacional de Señoritas Arequipa, durante el confinamiento por COVID-19, 2021



Fuente: Elaboración Propia.

El gráfico N°1 muestra que, del total de adolescentes con síntomas depresivos, el 44% pertenece al cuarto grado de secundaria; un 33%, al quinto grado de secundaria y un 23% al tercer grado de secundaria.

Tabla N°3

Prevalencia y severidad de ansiedad en adolescentes del Colegio Nacional de Señoritas Arequipa, durante el confinamiento por COVID-19, 2021

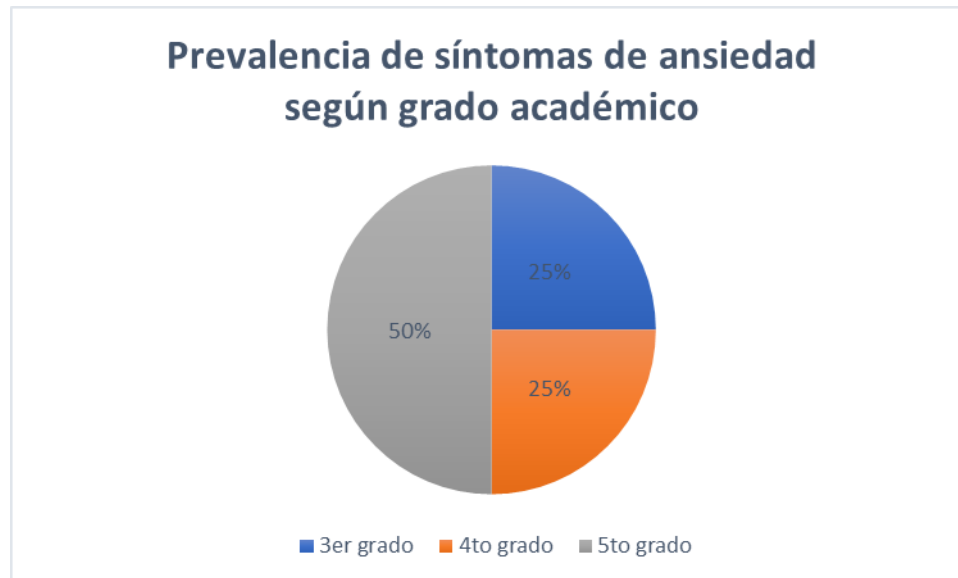
Ansiedad	N°.	%
Ausencia	57	38,78
Leve	76	51,70
Moderada	12	8,16
Grave	2	1,36
TOTAL	147	100

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°3 muestra que 76 estudiantes, correspondientes al 51,70% de las adolescentes del estudio, presentaron síntomas de ansiedad leve; mientras que el 8,16% presentó síntomas de ansiedad moderados, lo cual corresponde a 12 estudiantes; y solamente 2 estudiantes (1,36%) presentaron síntomas de ansiedad grave. Del mismo modo se observó que 57 adolescentes no presentaron síntomas de ansiedad, correspondientes con el 38,78%. A su vez, existe una mayor prevalencia de los estudiantes con síntomas de ansiedad de algún tipo (61,22%), en comparación de los que tienen ausencia de los mismos (38,78%).

Gráfico N°2

Prevalencia de síntomas de depresión según grado académico en adolescentes del Colegio Nacional de Señoritas Arequipa, durante el confinamiento por COVID-19, 2021



Fuente: Elaboración Propia.

El gráfico N°2 muestra que, del total de adolescentes con síntomas de ansiedad, el 50% pertenece al quinto grado de secundaria; un 25%, al cuarto grado de secundaria y un 25%, al tercer grado de secundaria.

Tabla N°4

Prevalencia de depresión y ansiedad en adolescentes del Colegio Nacional de Señoritas Arequipa, durante el confinamiento por COVID-19, 2021

	Ansiedad					
	Ausencia de síntomas		Presencia de síntomas			
	N°.	%	N°.	%		
Depresión						
Ausencia de síntomas	34	23,12	23	15,64	57	38,76
Presencia de síntomas	4	2,72	86	58,51	90	61,22
TOTAL	38	25,84	109	74,15	147	

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°4 muestra que el 58,51% de las adolescentes de secundaria del Colegio Nacional de Señoritas Arequipa presentan depresión y ansiedad de manera concomitante; un 2,72% presentan solamente síntomas de depresión, mientras que un 15,64% solamente de ansiedad. Al mismo tiempo, se observa que el 23,12% no presentan ninguno de estos dos.

Tabla N°5

**Funcionamiento familiar durante el confinamiento por COVID-19 en adolescentes del
Colegio Nacional de Señoritas Arequipa, 2021**

Funcionamiento familiar	N°.	%
Balanceada	26	17,69
Extrema	36	24,49
Rango medio	85	57,82
TOTAL	147	100

Fuente: Elaboración Propia.

La presente tabla muestra el funcionamiento familiar, dividido entre familia balanceada, extrema y de rango medio; en donde 85 estudiantes (57,82%) presentan una familia de rango medio; 26 adolescentes (17,69%), presentan una familia balanceada; y 36 adolescentes (24,49%), presentan una familia catalogada como rango extremo.

Tabla N°6

Clasificación de cohesión familiar durante el confinamiento por COVID-19 en adolescentes del Colegio Nacional de Señoritas Arequipa, 2021

Cohesión	N°.	%
Aglutinados	19	12,93
Desligados	46	31,29
Separados	41	27,89
Unidos	41	27,89
TOTAL	147	100

Fuente: Elaboración Propia.

Se puede evidenciar que, en el funcionamiento familiar según la cohesión de las adolescentes estudiadas, 46 estudiantes (31,29%) presentan una tipología familiar desligada; mientras que las tipologías separadas y unidas de la muestra, presentan la misma cantidad de 41 familias (27,89%); y solamente 19 familias (12,93%) de la muestra presentan una tipología familiar aglutinada.

Tabla N°7

Clasificación de adaptabilidad familiar durante el confinamiento por COVID-19 en adolescentes del Colegio Nacional de Señoritas Arequipa, 2021

Adaptabilidad	N°.	%
Caótica	91	61,9
Estructurada	17	11,6
Flexible	38	25,9
Rígida	1	0,7
TOTAL	147	100

Fuente: Elaboración Propia.

Se puede evidenciar que, en el funcionamiento familiar según la adaptabilidad de las adolescentes estudiadas, 91 estudiantes (61,9%) presentaron una tipología familiar caótica; mientras que solamente 1 estudiante (0,7%) presentó una familia ubicada en grado rígido; del mismo modo se observa que 38 adolescentes (25,9%) presentan familias ubicadas en rango flexible; y 17 (11,6%), en rango estructurado.

Tabla N°8

Relación que existe entre la depresión, ansiedad y el funcionamiento familiar durante el confinamiento por COVID-19 en adolescentes del Colegio Nacional de Señoritas Arequipa, 2021

Variable	Funcionamiento familiar						X ²	P
	Balanceado		Rango medio		Extremo			
	N°.	%	N°.	%	N°.	%		
Depresión								
Ausencia	7	4,76	20	13,61	11	7,48		
Leve	11	7,48	30	20,40	12	8,16	2,74	P>0,05
Moderada	5	3,40	28	19,05	9	6,12		P=0,84
Grave	3	2,04	7	4,76	4	2,72		
Ansiedad								
Ausencia	10	6,80	29	19,73	18	12,24		
Leve	15	10,20	48	32,65	13	8,84	5,77	P>0,05
Moderada	1	0,68	7	4,76	4	2,72		P=0,44
Grave	0	0,00	1	0,68	1	0,68		
TOTAL	26	17,69	36	57,82	85	24,49		

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°8 según la prueba de chi cuadrado muestra que la depresión y ansiedad no están relacionadas significativamente con el funcionamiento familiar ($P>0,05$).

Asimismo, se observa que, de las adolescentes con una familia con funcionamiento balanceado, el 7,48% presentaban síntomas depresivos leves; el 3,40%, síntomas depresivos moderados; y el 2,04%, síntomas depresivos graves; mientras que el 4,76% no presentaba síntomas depresivos. También, dentro del grupo con familias con funcionamiento en rango medio, el 20,40% presentaba síntomas de depresión leve; el 19,05%, síntomas de depresión moderados; y el 4,76%, síntomas de depresión grave; y un 13,61% no presentaban síntomas depresivos. Al mismo tiempo, en el grupo que presentaban familias con funcionalidad en rango extremo, el 8,16% presentaron síntomas de depresión leve; el 6,12%, síntomas de depresión moderados; y el 2,72%, síntomas de depresión grave; de igual manera un 7,48% no presentaron síntomas de depresión.

Del mismo cuadro, se puede obtener que de las adolescentes que presentaban un funcionamiento familiar balanceado, el 10,2% presentaban síntomas de ansiedad leve; el 0,68%, síntomas de ansiedad moderados; y no hubo adolescentes con síntomas de ansiedad grave en este grupo; asimismo se encontró que el 6,8% no presentaban síntomas de ansiedad. Del grupo de adolescentes que presentaban un funcionamiento familiar en rango medio, se puede obtener que el 32,65% presentan síntomas de ansiedad leve; el 4,76%, síntomas de ansiedad moderados; y el 0,68%, síntomas de ansiedad grave. Por último, se obtiene que, de las adolescentes estudiadas con funcionamiento familiar en rango extremo, el 8,84% presentan síntomas de ansiedad leve; el 2,72%, síntomas de ansiedad moderados; y el 0,68%, síntomas de ansiedad grave; mientras que el 12,24% no presentaron síntomas de ansiedad.

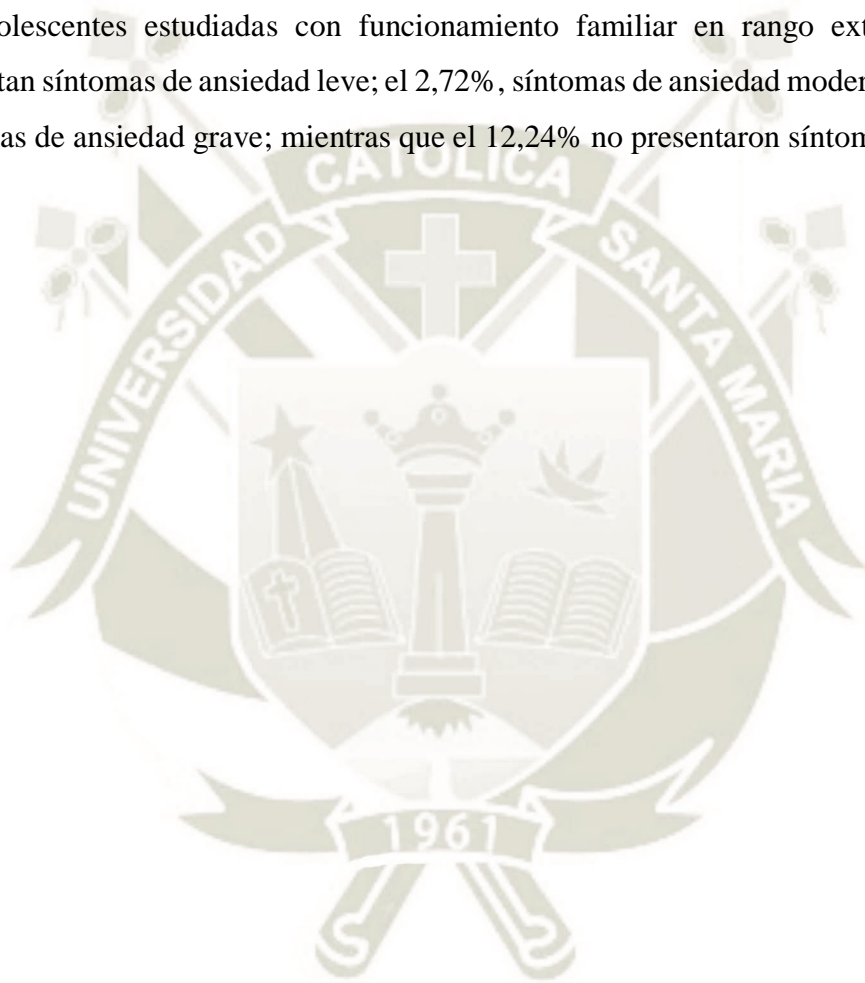


Tabla N°9

Relación entre la depresión y la infección personal previa por COVID-19 en adolescentes del Colegio Nacional de Señoritas Arequipa, 2021

COVID-19 durante la pandemia	Depresión								TOTAL	
	Ausencia		Leve		Moderada		Grave		N°.	%
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%		
No	27	18,37	40	27,21	33	22,45	8	5,44	108	73,47
Si	11	7,48	13	8,84	9	6,12	6	4,08	39	26,53
TOTAL	38	25,85	53	36,05	42	28,57	14	9,52	147	100

$X^2=2,69$ P>0,05 P=0,44

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°9 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=2,69$) muestra que la depresión y la infección personal previa por COVID-19 no presentan relación estadística significativa ($P>0,05$).

Asimismo, se observa que el 18,37% de las adolescentes no presentan síntomas de depresión y no han tenido una infección previa por COVID-19, mientras que el 7,48% de las adolescentes no presentan síntomas de depresión y han tenido una infección previa por COVID-19. De igual forma se puede observar que el 27,21% de las adolescentes han tenido síntomas de depresión leve y no han sufrido una infección previa por COVID-19; y el 8,84% de las adolescentes estudiadas han sufrido de síntomas de depresión leve como de COVID-19. En cuanto a los síntomas de depresión moderada, se observa que el 22,45% de las adolescentes estudiadas presentaron síntomas moderados y no tuvieron COVID-19; mientras que un 6,12% presentaron síntomas depresivos moderados y tuvieron una infección previa por COVID-19. De la misma forma se puede observar que 5,44% de la muestra tuvo síntomas de depresión grave pero no mostro un antecedente de infección previa por COVID-19; sin embargo, un 4,08% si la tuvieron.

Tabla N°10

Relación entre la depresión y la infección familiar previa por COVID-19 en adolescentes del Colegio Nacional de Señoritas Arequipa, 2021

Familiar dx con COVID- 19	Depresión								TOTAL	
	Ausencia		Leve		Moderada		Grave		N°.	%
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%		
No	9	6,12	17	11,56	16	10,88	1	0,68	43	29,25
Si	29	19,73	36	24,49	26	17,69	13	8,84	104	70,75
TOTAL	38	25,85	53	36,05	42	28,57	14	9,52	147	100

$$X^2=5,66 \quad P>0,05 \quad P=0,12$$

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°10 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=5,66$) muestra que la depresión y la infección familiar previa por COVID-19 no presentan relación estadística significativa ($P>0,05$).

Asimismo, se observa que el 6,12% de las estudiantes no presentan síntomas de depresión y tampoco han presentado antecedente de infección de algún familiar por COVID-19, mientras que el 19,73% de la muestra no presenta síntomas de depresión y sí un antecedente familiar de infección por COVID-19. El 11,56% de las adolescentes presentan síntomas leves de depresión, pero no un antecedente de infección familiar por COVID-19, sin embargo, un 24,49% presentan síntomas leves de depresión y algún antecedente de infección familiar por COVID-19. También se observa que el 10,88% de las adolescentes presentaron síntomas moderados de depresión y ningún antecedente de infección de un familiar por COVID-19, mientras que el 17,69% presentaron síntomas moderados de depresión y antecedente familiar de infección por COVID-19. Solamente un 0,68% presentó síntomas de depresión grave sin antecedente familiar de COVID-19, mientras que el 8,84% de adolescentes con depresión grave tienen algún familiar que se contagió de COVID-19.

Tabla N°11

Relación entre la depresión y la pérdida de algún familiar por COVID-19 en adolescentes del Colegio Nacional de Señoritas Arequipa, 2021

Pérdida debido al COVID	Depresión								TOTAL	
	Ausencia		Leve		Moderada		Grave		N°.	%
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%		
No	23	15,65	34	23,13	33	22,45	7	4,76	97	65,99
Si	15	10,20	19	12,93	9	6,12	7	4,76	50	34,01
TOTAL	38	25,85	53	36,05	42	28,57	14	9,52	147	100

$$X^2=5,14 \quad P>0,05 \quad P=0,16$$

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°11 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=5,14$) muestra que la depresión y pérdida de algún familiar por COVID no presentan relación estadística significativa ($P>0,05$).

Asimismo, se observa que el 15,65% de las estudiantes no presentan síntomas de depresión y tampoco han presentado antecedente de pérdida de algún familiar por COVID-19, mientras que el 10,20% de la muestra no presenta síntomas de depresión y sí un antecedente de pérdida familiar por COVID-19. El 23,13% de las adolescentes presentan síntomas leves de depresión, pero no un antecedente de pérdida familiar debido al COVID-19; sin embargo, un 12,93% presentan síntomas leves de depresión y antecedente de pérdida familiar por COVID-19. También se observa que el 22,45% de las adolescentes presentaron síntomas moderados de depresión y ningún antecedente de pérdida familiar por COVID-19, mientras que el 6,12% presentaron síntomas moderados de depresión y antecedente de pérdida familiar a causa de COVID-19. Un 4,76% presentaron síntomas de depresión grave tanto en el grupo que tuvo un antecedente de pérdida familiar debido al COVID-19, como en el que no.

Tabla N°12

Relación entre la ansiedad y la infección personal previa por COVID-19 en adolescentes del Colegio Nacional de Señoritas Arequipa, 2021

COVID durante la pandemia	Ansiedad								TOTAL	
	Ausencia		Leve		Moderada		Grave		N°.	%
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%		
No	43	29,25	60	40,82	4	2,72	1	0,68	108	73,5%
Si	14	9,52	16	10,88	8	5,44	1	0,68	39	26,5%
TOTAL	57	38,78	76	51,70	12	8,16	2	1,36	147	100

$$X^2=11,76 \quad P<0,05 \quad P=0,008$$

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°12 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=11,76$) muestra que la ansiedad y la infección personal previa por COVID-19 presentan relación estadística significativa ($P<0,05$).

Asimismo, se observa que el 29,25% de las adolescentes no presentan síntomas de ansiedad y no han tenido una infección previa por COVID-19; mientras que el 9,52% de las adolescentes no presentan síntomas de ansiedad y han tenido una infección previa por COVID-19. De igual forma se puede observar que el 40,82% de las adolescentes han tenido síntomas de ansiedad leve y no han sufrido una infección previa por COVID-19; y el 10,88% de las adolescentes estudiadas han sufrido de síntomas de ansiedad leve como de COVID-19. En cuanto a los síntomas de ansiedad moderados, se observa que el 2,72% de las adolescentes estudiadas presentaron síntomas moderados y no tuvieron COVID-19; mientras que un 5,44% presentaron síntomas de ansiedad moderados y tuvieron una infección previa por COVID-19. También se puede observar que un 0,68% presentan síntomas de ansiedad grave tanto en el grupo que tuvo antecedente de infección previa por COVID-19, como en el que no.

Tabla N°13

Relación entre la ansiedad y la infección familiar previa por COVID-19 en adolescentes del Colegio Nacional de Señoritas Arequipa, 2021

Familiar dx con COVID- 19	Ansiedad								TOTAL	
	Ausencia		Leve		Moderada		Grave		N°.	%
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%		
No	17	11,56	25	17,01	0	0,00	1	0,68	43	29,25
Si	40	27,21	51	34,69	12	8,16	1	0,68	104	70,75
TOTAL	57	38,78	76	51,70	12	8,16	2	1,36	147	100

$$X^2=5,87 \quad P>0,05 \quad P=0,11$$

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°13 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=5,87$) muestra que la ansiedad y la infección familiar previa por COVID-19 no presentan relación estadística significativa ($P>0,05$).

Asimismo, se observa que el 11,56% de las estudiantes no presentan síntomas de ansiedad y tampoco han presentado antecedente de infección de algún familiar por COVID-19; mientras que el 27,21% de la muestra no presenta síntomas de ansiedad y sí un antecedente familiar de infección por COVID-19. El 17,01% de las adolescentes presentan síntomas leves de ansiedad, pero no un antecedente de infección familiar por COVID-19; sin embargo, un 34,69% presentan síntomas leves de ansiedad y algún antecedente de infección familiar por COVID-19. También se observa que ninguna de las estudiantes presentó síntomas moderados de ansiedad y ningún antecedente de infección de un familiar por COVID-19; mientras que el 8,16% presentaron síntomas moderados de ansiedad y antecedente familiar de infección por COVID-19. Solamente un 0,68% presentó síntomas de ansiedad grave tanto en los que tienen antecedente de algún familiar que se contagió de COVID-19 como los que no.

Tabla N°14

Relación entre la ansiedad y la pérdida de algún familiar por COVID-19 en adolescentes del Colegio Nacional de Señoritas Arequipa, 2021

Pérdida debido al COVID-19	Ansiedad								TOTAL	
	Ausencia		Leve		Moderada		Grave		N°.	%
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%		
No	38	25,85	50	34,01	8	5,44	1	0,68	97	65,99
Si	19	12,93	26	17,69	4	2,72	1	0,68	50	34,01
TOTAL	57	38,78	76	51,70	12	8,16	2	1,36	147	100

$X^2=0,24$ $P>0,05$ $P=0,97$

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°14 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=0,24$) muestra que la ansiedad y la pérdida de algún familiar por COVID no presentan relación estadística significativa ($P>0,05$).

Asimismo, se observa que el 25,85% de las estudiantes no presentan síntomas de ansiedad y tampoco han presentado antecedente de pérdida de algún familiar por COVID-19; mientras que el 12,93% de la muestra no presenta síntomas de ansiedad y sí un antecedente de pérdida familiar por COVID-19. El 34,01% de las adolescentes presentan síntomas leves de ansiedad, pero no un antecedente de pérdida familiar debido al COVID-19; sin embargo, un 17,69% presentan síntomas leves de ansiedad y antecedente de pérdida familiar por COVID-19. También se observa que el 5,44% de las adolescentes presentaron síntomas moderados de ansiedad y ningún antecedente de pérdida familiar por COVID-19; mientras que el 2,72% presentaron síntomas moderados de ansiedad y antecedente de pérdida familiar a causa de COVID-19. Un 0,68% presentaron síntomas de ansiedad grave tanto en el grupo que tuvo un antecedente de pérdida familiar debido al COVID-19, como en el que no.

DISCUSIÓN

El presente estudio se realizó con el objetivo de identificar la relación entre la depresión, ansiedad y el funcionamiento familiar durante el confinamiento por COVID-19 en adolescentes de secundaria del Colegio Nacional de Señoritas Arequipa, 2021. Se realizó esta investigación debido a que será una importante contribución académica al generar nuevos conocimientos que servirán de fundamento para el desarrollo de estudios posteriores.

En este estudio se encontró que las alumnas con ausencia de síntomas de depresión fueron un 25,85% de la muestra, mientras que las que presentaron síntomas de depresión entre leves a graves fueron 74,14%; en contraste, Santos Juanillo, B. K. A. en su estudio determinó, que los estudiantes con un mínimo de síntomas depresivos representaban el 41,53% de la muestra, y que los que tenían síntomas entre leves a graves eran tan solo el 58,46% del total de ese estudio (45); por tanto, se puede evidenciar que existe una diferencia importante en cuanto a la prevalencia de los alumnos que presentan algún síntoma de depresión entre ambos estudios, llegando a ser de más del 15%, se debe tener en cuenta que el estudio con el que se compara fue antes de la pandemia del COVID-19, por ello permite inferir que este aumento es debido a algún factor del confinamiento actual que se está sufriendo por el estado de emergencia. Ho CS, Chee CY, Ho RC. afirma que la privación del contacto interpersonal influye mucho de manera directa en la aparición y empeoramiento de trastornos del estado del ánimo, ya sea depresión y ansiedad (12); lo cual explicaría los hallazgos demostrados y la diferencia entre prevalencia de síntomas depresivos y ansiosos entre los adolescentes, antes, durante y después del confinamiento de la pandemia de COVID-19. Lohoff FW define a la depresión como un estado variable del ánimo que se puede presentar por factores externos, por lo que es esperable encontrar alteraciones del estado del ánimo influenciados por la pandemia del COVID-19; esta puede producir un sinnúmero de factores estresantes que pueden provocar un trastorno depresivo en una edad vulnerable como la adolescencia (19), por ejemplo: el confinamiento, la escasa interacción interpersonal entre pares, un cambio del desempeño escolar, entre otros; lo cual se correlacionaría con este estudio. A su vez Kaplan and Sadock comenta sobre la relación que puede existir entre los trastornos del estado del ánimo y trastornos de ansiedad en niños y adolescentes, pudiéndose presentar juntos con mayor frecuencia que en los adultos; lo cual tiene relación con lo encontrado en el estudio, ya que en nuestra población se encontraron síntomas de ansiedad y depresión elevados, llegándose a presentar juntos en un 58,51% de la población estudiada (18).

Se encontró que el 38,78% de las adolescentes del presente estudio, tuvo una ausencia de síntomas de ansiedad; en tanto un 51,7% de las estudiantes presentó síntomas de ansiedad leve, teniendo en total 61,22% de adolescentes con síntomas de ansiedad. Rojas, L.R. en su estudio, utilizando los mismos instrumentos, concluyó que el 68% de su muestra, no presentaron síntomas de ansiedad y un 32% de su muestra de adolescentes presentó síntomas leves de ansiedad (37). Estos resultados difieren de alguna manera con los de este estudio, ya que se pudo encontrar que la mayoría de sujetos presentaron por lo menos algún síntoma de ansiedad. Esto puede deberse al momento en que se realizó el estudio, ya que Rojas, L.R. realizó su estudio a poco tiempo de haberse iniciado el confinamiento en Perú y es posible que en el momento del presente estudio ya se haya instaurado algunas secuelas o se estaría viendo los rezagos de más de un año de iniciada la pandemia del COVID-19 (37). Masqueraque PS. encontró que a medida que prosigue la pandemia, hay un aumento de trastornos de ansiedad, depresión y estrés post traumático (considerándose dentro de los trastornos de ansiedad); estos, pudiéndose desencadenar a causa de otros factores como el mismo confinamiento, maltrato familiar, pérdida de un familiar o la necesidad de usar las redes sociales que aumentan el estrés. Sobre todo, en las etapas dependientes de la vida como la niñez o la adolescencia, el individuo tiende a imitar las conductas de las personas que lo rodean como en el caso de la familia, las redes sociales o las noticias; por lo tanto, este aumento de la prevalencia de síntomas de ansiedad, podría ser una conducta aprendida, viendo el entorno en el que se vivió en estos tiempos de pandemia en la ciudad de Arequipa. Todos estos hallazgos se pueden correlacionar con lo estudiado, ya que se vio un aumento en la prevalencia de síntomas de ansiedad en adolescentes (4).

Además, el presente estudio fue realizado en una población femenina, y es por ello, que es posible que se obtengan niveles de ansiedad y depresión más elevados que la ausencia de ellos; como lo explican Kaplan and Sadock, que el sexo femenino puede estar relacionado a la aparición de síntomas de ansiedad y un diagnóstico más certero con relación de 2:1 que en varones; es por ello que a diferencia de otros estudios se podría encontrar niveles de ansiedad y depresión más elevados (18).

En cuanto al tercer objetivo el 57,82% de las adolescentes presentan funcionamiento familiar de rango medio, seguido del 24,49% de adolescentes con funcionamiento familiar extremo, mientras que solo el 17,69% tienen funcionamiento familiar balanceado. En otros estudios similares al actual, se puede evidenciar que las frecuencias con las que se presenta cada tipo de dimensión según la prueba de FACES III, se asemejan bastante; como es el caso del

estudio de Aliaga RL, Boyer MA (41), encontrándose valores muy similares en todas las familias de rango extremo, medio y balanceado. Al mismo tiempo, en otros estudios como en el de Ochoa Torres G. (39) y Bueno Suybate, D.L, se evidencia que las familias de rango medio casi siempre mantienen valores similares y son las más frecuentes (44); por lo tanto, hay una tendencia de las familias a presentar una de sus dimensiones, bien sea en el área de cohesión o de adaptabilidad, en rangos extremos; como suele suceder en situaciones donde se presenta estrés de algún tipo, como lo describe Araujo NA, Macedo F, Silva I, Oliveira SA, Macedo D, Carvalho SE. (32).

En el funcionamiento familiar según la cohesión, se encontró el 31,29% de las adolescentes presentaron una tipología familiar desligada, seguido del 27,89% de adolescentes con funcionamiento familiar de tipo separado, a su vez el 27,89 de adolescentes con funcionamiento familiar de tipo unido, y el 12,93% presentaron una tipología familiar aglutinada. El 61,9% de las adolescentes presentan un tipo de familia caótica, seguido del 25,9% de adolescentes con familias flexibles, el 11,6% pertenecen a familias estructuradas, mientras que solo el 0,7% tienen familias rígidas. Aliaga RL, Boyer MA en su investigación concluyó que existe asociación significativa entre agresividad y funcionalidad familiar ($X^2 = 18,221$; $p=0,001$). Asimismo, en agresividad física ($X^2 = 10,112$; $p=0,039$), hostilidad ($X^2 = 20,707$, $p=0,000$) e ira ($X^2 = 17,382$; $p=0,002$) y a diferencia de agresividad verbal ($X^2 = 4,164$; $p=0,384$) (41).

La depresión y ansiedad no están relacionadas significativamente con el funcionamiento familiar ($P>0,05$). Bueno Suybate DL. (44) y Santos Juanillo BKA. (45) en sus estudios llegaron a la misma conclusión de esta investigación, esto explica que probablemente se deba a la existencia de múltiples factores que influyen durante el desarrollo de la personalidad de los adolescentes y otros eventos que pueden desencadenar estos síntomas. Qiu J, Shen B, Zhao M, Wang Z, Xie B, Xu Y. (16) A., nos menciona que en un estudio chino, se evidenció niveles elevados de estrés en personas con edades comprendidas entre los 18 y 30 años durante la pandemia, y que esto se asociaba a la alta frecuencia de utilización de redes sociales como medio de interacción con su grupo de pares. Ochoa Torres G. (39) encontró que había una relación directa entre el funcionamiento familiar con los trastornos del estado del ánimo, este estudio fue realizado antes de la pandemia del COVID-19; Quispe Cruz MA. (43) encontró también una relación entre la función familiar y la depresión durante el inicio de la pandemia en la ciudad de Cusco, esto puede deberse a su vez a que la población en estudio era muy pequeña y por el momento se desconoce de otros factores que hayan

podido influir. Asillo Coaguila EY. encontró una relación parcial sobre el funcionamiento familiar y la depresión en una población similar a la nuestra, también de la ciudad de Arequipa, este estudio fue realizado a inicios de la pandemia del COVID-19 (40). Estos estudios, en contraste con el presente, se podrían explicar a que la frecuencia de síntomas de depresión y ansiedad encontrados en este, es mucho mayor que en los otros y se reparten en gran proporción tanto en las personas con buen funcionamiento familiar como en las que no; si bien se había demostrado que el entorno familiar influye en los trastornos del estado del ánimo en la niñez y la adolescencia temprana, es probable que otros factores negativos sean más influyentes durante este contexto. Además, se sabe que en la adolescencia se tiende a formar grupos afines y existe un cambio de roles con respecto a la infancia, donde los principales referentes son los padres; es por ello que los dispositivos electrónicos y redes sociales toman importancia en este sentido, volviéndose el principal medio de comunicación en estos tiempos, incluyendo, que muchas veces, no se tiene información adecuada y en el país la información no es regulada. Por lo tanto, se podría decir que la función familiar del adolescente podría ser un factor influyente pero no determinante para el desarrollo de un trastorno de depresión o ansiedad.

Rojas LR (37) obtuvo que existe una relación inversa y significativa entre la ansiedad y el clima escolar en tiempos del COVID-19 en estudiantes de educación secundaria de Arequipa 2020. Gamarra FT (42) realizó una investigación similar y concluyó que en los estudiantes de la institución educativa Pimentel existe una relación inversa negativa entre las variables de ansiedad y motivación durante la pandemia de COVID-19. Zayas-Fajardo ML, Román-López IR, Rodríguez-Zayas L, Román-López MY (49) obtuvieron como resultado que, con respecto a la familia, hay una relación con alteraciones en su dinámica, con predominio de las manifestaciones de ansiedad y miedo (ambas con 57,4 %) y depresión (38,2 %), sobre todo en las madres (49).

Después del cruce de variables entre la depresión con los antecedentes epidemiológicos de COVID-19, se determinó que no existe relación estadística significativa ($P > 0,05$). El 18,37% de las adolescentes que no presentan depresión, no han tenido una infección previa por COVID-19. El 10,88% de las adolescentes con depresión moderada, no han tenido un antecedente de infección de algún familiar por COVID-19. Mientras que el 8,84% de adolescentes con depresión grave, tienen algún familiar que se contagió de COVID-19. El 16,65% de las adolescentes de secundaria del Colegio Nacional de Señoritas Arequipa sin depresión, no han tenido una pérdida familiar por COVID-19.

Después del cruce de variables entre la ansiedad con los antecedentes epidemiológicos de COVID-19, se determinó que existe relación estadística significativa ($P < 0,05$), en la variable de infección personal previa por COVID-19. El 17% de las adolescentes de secundaria del Colegio Nacional de Señoritas Arequipa han presentado síntomas de ansiedad y una infección personal previa por COVID-19, y solamente 9,52% han sufrido una infección por COVID-19 pero no han tenido síntomas de ansiedad. Esto se debe a que los adolescentes han experimentado la infección por sí mismos, y hay que mencionar que el ser humano aprende tanto de manera observacional, como de experiencia propia; por ello, es posible que se haya generado temor que, con el tiempo, puede volverse ansiedad si no se recibe el manejo adecuado. Otro factor podría ser que viven en un entorno familiar, y podría aumentar el hecho de saber que hay la posibilidad de contagiar a un familiar vulnerable, esto está relacionado con ideas catastróficas (ver el futuro caótico), o incluso de temor a la muerte; o culpa, que, si bien son características de la depresión, pueden desencadenar síntomas ansiosos, tal como lo menciona Kaplan and Sadock (18). El 25,85% de las adolescentes sin ansiedad, no han tenido una pérdida familiar por COVID-19. Masqueraque PS. afirma que la pérdida de algún familiar, entre otras causas, se encuentran relacionadas con la aparición y el agravamiento de síntomas de depresión y ansiedad (4); esto no guarda relación con lo encontrado y puede deberse a las otras causas como el confinamiento, el uso de redes sociales o la gran ola de información y noticias catastróficas a las que se tiene acceso, porque cabe mencionar que este estudio fue realizado durante la tercera ola de COVID-19 en la ciudad de Arequipa, y es por ello que se encontró una gran prevalencia de síntomas de ansiedad y de depresión tanto en las adolescentes que tuvieron antecedentes epidemiológicos como las que no tuvieron.

Por último, se acepta la hipótesis nula al no encontrarse una relación significativa entre el funcionamiento familiar y el riesgo de tener depresión y ansiedad durante el confinamiento por COVID-19; esto se debe a que la depresión y la ansiedad es una enfermedad multifactorial, encontrándose factores genéticos, biológicos, socioculturales, intrínsecos y ambientales, tal como lo describe Sadock V, Sadock J; y no solamente un factor, como la familia, podría ser un determinante exhaustivo para contraer una enfermedad como la depresión o ansiedad; por ello es que se debe tener en cuenta otros factores que puedan haber afectado en conjunto, como lo ocurrido durante la pandemia del COVID-19, teniendo en cuenta que el estudio se ha realizado a más de un año de iniciada la pandemia y es probable

que todos estos factores hayan influenciado en las adolescentes e incluso ya hayan pasado por un periodo de adaptación (18).



CONCLUSIONES

PRIMERA: La depresión y ansiedad no están relacionadas significativamente con el funcionamiento familiar ($P>0,05$).

SEGUNDA: Existe una elevada prevalencia en los síntomas de depresión (74,14%) y de ansiedad (61,22%) y de ambas concomitantemente (58,51%) en las adolescentes de secundaria del Colegio Nacional de Señoritas Arequipa.

TERCERA: Más de la mitad de las adolescentes de secundaria del Colegio Nacional de Señoritas Arequipa presentan funcionamiento familiar de rango medio, seguido del poco menos de un tercio de adolescentes con funcionamiento familiar extremo, mientras que solo el 17,69% tienen funcionamiento familiar balanceado.

CUARTA: Existe relación estadística significativa entre la ansiedad y la infección personal por COVID-19. No existe relación estadística significativa entre la ansiedad y depresión con los otros antecedentes epidemiológicos de COVID-19.

RECOMENDACIONES

Primera: Se recomienda a la institución educativa en cuestión, que el servicio de psicología, evalúe periódicamente a las adolescentes y si se detectara alguna en situación de riesgo poder derivarla al centro de salud comunitario más cercano.

Segunda: A la institución para que se preocupe en la organización y diseño de planes, programas y actividades para la capacitación de padres y profesores respecto a problemas de salud mental durante la adolescencia, para poder identificar signos de alarma y de esa manera poder prevenir posibles complicaciones que se puedan desarrollar.

Tercera: Al ministerio de salud, mediante los planes y programas de salud mental se pueda detectar de forma activa a los adolescentes y sociedades vulnerables que podrían llegar a la autolesión o suicidio debido al confinamiento por la pandemia de COVID-19. Del mismo modo concientizar a la población sobre el área de salud mental.

Cuarta: Para futuras investigaciones al respecto, relacionar la depresión y ansiedad con otras posibles causas a raíz del confinamiento; investigar sobre otras consecuencias que puede traer la pandemia de COVID-19, como el estrés post traumático; hacer investigaciones en otras poblaciones vulnerables, ya que muchas veces son las menos estudiadas y las más afectada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hernández J. Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. *Medicentro Electrónica*. 2020; 24(3): p. 578-594.
2. van Gelder N, Peterman A, Peterman A, Potts A, O'Donnell M, Thompson K, et al. COVID-19: Reducing the risk of infection might increase the risk of intimate partner violence. *EClinicalMedicine*. 2020; 21.
3. Sprang G, Silman M. Posttraumatic stress disorder in parents and youth after health-related disasters. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*. 2013; 7(1): p. 105-110.
4. Masqueraque PS. Salud mental en adolescentes y COVID ¿qué hacemos? *Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*. 2020 octubre - noviembre; VIII(3).
5. Díaz-Castrillón FJ, Toro-Montoya AI. SARS-CoV-2/COVID-19: el virus, la enfermedad y la pandemia. *Medicina & laboratorio*. 2021; 24(3): p. 183-205.
6. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA*. 2020; 323(13): p. 1239-1242.
7. Shereen MA, Khan S, Kazmi A, Bashir N, Siddique R. COVID-19 infection: Origin, transmission, and characteristics of human coronaviruses. *J Adv Res*. 2020; 24: p. 91-98.
8. RPP noticias. Cronología del COVID-19 en el Perú y el mundo. [Online].; 2020 [cited 2021 abr 28]. Available from: <https://rpp.pe/vital/salud/coronavirus-esta-es-la-cronologia-del-covid-19-en-el-peru-y-el-mundo-noticia-1256724>.
9. Ministerio de Salud. (MINSA)-Perú Mds. Sala situacional COVID-19. [Online].; 2021 [cited 2021 abr 30]. Available from: https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp.
10. Bao Y, Sun Y, Meng S, Shi J, Lu L. 2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society. *Lancet*. 2020; 395(10224): p. e37-e8.

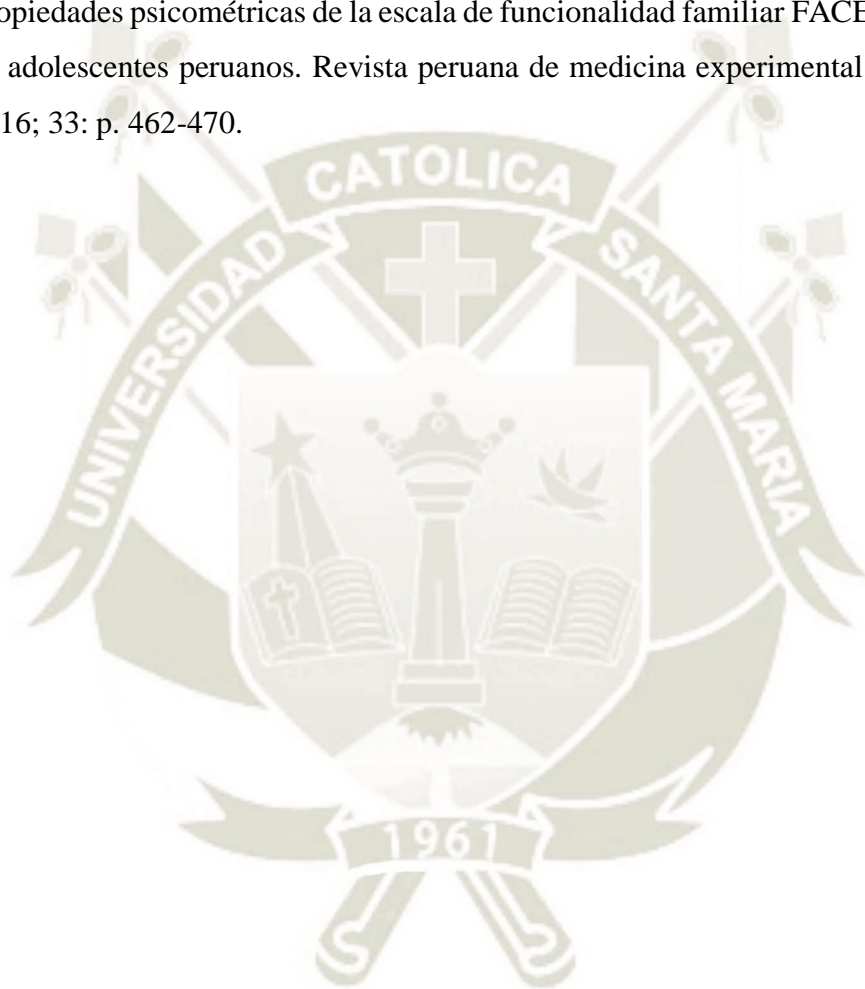
11. Xiao C. A Novel Approach of Consultation on 2019 Novel Coronavirus (COVID-19)-Related Psychological and Mental Problems: Structured Letter Therapy. *Psychiatry Investig.* 2020; 17(2): p. 175-6.
12. Ho CS, Chee CY, Ho RC. Mental Health Strategies to Combat the Psychological Impact of COVID-19 Beyond Paranoia and Panic. *Ann Acad Med Singapore.* 2020; 49(1): p. 1-3.
13. Asmundson GJ, Taylor S. How health anxiety influences responses to viral outbreaks like COVID-19: What all decision-makers, health authorities, and health care professionals need to know. *J Anxiety Disord.* 2020; 71: p. 102211.
14. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *Int J Environ Res Public Health.* 2020; 17(5).
15. Okusaga O, Yolken RH, Langenberg P, Lapidus M, Arling TA, Dickerson FB. Association of seropositivity for influenza and coronaviruses with history of mood disorders and suicide attempts. *J Affect Disord.* 2011; 130(1-2): p. 220-5.
16. Qiu J, Shen B, Zhao M, Wang Z, Xie B, Xu Y. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *Gen Psychiatr.* 2020; 33(2): p. e100213.
17. Cao W, Fang Z, Hou G, Han M, Xu X, Dong J. The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Res.* 2020; 287: p. 112934.
18. Sadock V, Sadock J. Kaplan and Sadock Comprehensive Textbook of Psychiatry. 10th ed. USA: Wolters and Klumers; 2017.
19. Lohoff FW. Overview of the genetics of major depressive disorder. *Curr Psychiatry Rep.* 2010; 12(6): p. 539-46.
20. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
21. Ministerio de Salud (MINSA). Guía de práctica clínica en depresión. Lima: MINSA; 2008.

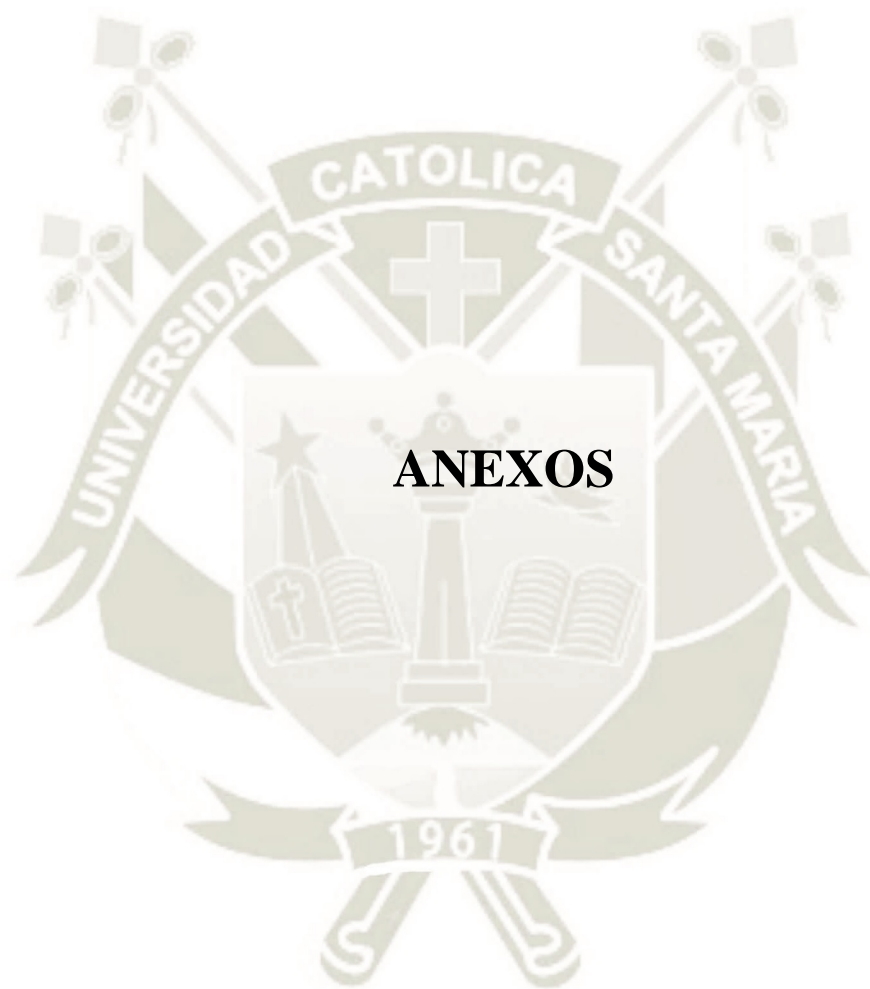
22. Botto A, Acuña J, Jiménez JP. La depresión como un diagnóstico complejo: Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. *Rev. méd. Chile.* 2014; 142(10): p. 1297-1305.
23. Cairns KE, Yap MB, Pilkington PD, Jorm AF. Risk and protective factors for depression that adolescents can modify: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Journal of Affective Disorders.* 2014; 169: p. 61-75.
24. Dominguez-Lara S. Dominguez-Lara. *Revista Chilena de Pediatría.* 2016; 87(5): p. 437-438.
25. Torres V, Chávez A. Ansiedad. *Rev Actual Clínica Investiga.* 2013; 35: p. 1788.
26. Benita I. Generalidades de la neurobiología de la ansiedad. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala.* 2017; 20(1): p. 239-251.
27. Navas W, Vargas MJ. Trastornos de Ansiedad: Revisión dirigida para atención primaria. *Rev méd Costa Rica Centroamérica.* 2012; 69(604): p. 497-507.
28. Tortella-Feliu M. Los trastornos de ansiedad en el DSM-5. *C Med Psicodom.* 2014; 110: p. 62-69.
29. Oliva E, Villa VJ. Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Justicia juris.* 2014; 10(1): p. 11-20.
30. Suárez PA, Vélez M. El papel de la familia en el desarrollo social del niño: una mirada desde la afectividad, la comunicación familiar y estilos de educación parental. *Psicoespacios: Revista virtual de la Institución Universitaria de Envigado.* 2018; 12(20): p. 173-198.
31. Villarreal-Zegarra D, Paz-Jesús A. Cohesión, adaptabilidad y composición familiar en adolescentes del Callao, Perú. *Propósitos y Representaciones.* 2017; 5(2): p. 21-64.
32. Araujo NA, Macedo F, Silva I, Oliveira SA, Macedo D, Carvalho SE. Funcionalidade de familias de adolescentes de escolas públicas: uma abordagem desitiva. *Cogitare Enferm.* 2012; 17(2): p. 224-231.
33. Vanina Schmidt Jpbalm. Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores? *Escritos de Psicología.* 2009 octubre; 3(2).

34. Berbesí FD, García JM, Segura CA, Posada SR. Evaluación de la dinámica familiar en familias de niños con diagnóstico de asma. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2013; 42(1): p. 63-71.
35. Gómez-Bustamante EM, Castillo-Ávila I, Cogollo Z. Predictores de disfunción familiar en adolescentes escolarizados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2013; 42(1): p. 72-80.
36. Barrón LS. Familias monoparentales: un ejercicio de clarificación conceptual y sociológica. *Revista del ministerio de trabajo y asuntos sociales*. 2014; 40: p. 177.
37. Rojas LR. El clima escolar y su relación con la ansiedad en el tiempo de cuarentena por covid-19 en los estudiantes de educación secundaria de la I.E.P. Balmer - Arequipa 2020: Tesis para obtener el título de licenciada en educación secundaria. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2021.
38. Alfaro N, Castro N. Estrés académico en los estudiantes del cuarto grado de secundaria de la IE Inmaculada Concepción, Arequipa - 2020: Tesis para obtener el título de licenciados en educación. Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad Nacional de San Agustín; 2020.
39. Ochoa Torres G. Relación entre funcionamiento familiar y depresión en adolescentes de la academia preuniversitaria Alexander Fleming Arequipa 2015: Tesis para obtener el título de médico cirujano. Facultad de Medicina, Universidad Nacional de San Agustín, 2015; 2015.
40. Asillo Coaguila EY. Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes en un centro preuniversitario Arequipa 2020: Tesis para obtener el título de médica cirujana. Facultad de Medicina Humana, Universidad Católica de Santa María; 2020.
41. Aliaga RL, Boyer MA. Funcionalidad familiar y agresividad en adolescentes de instituciones educativas privadas de Lima Sur en contexto de pandemia COVID-19: Tesis para obtener el título de licenciadas en psicología. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Peruana Unión; 2020.
42. Gamarra FT. Ansiedad y la motivación en tiempos de pandemia Covid-19 en estudiantes de secundaria de una Institución Educativa de Pimentel: Tesis de maestría en psicología educativa. Unidad de Posgrado de la Universidad César Vallejo; 2021.

43. Quispe Cruz MA. Funcionalidad familiar en la depresión durante el confinamiento en estudiantes de 2do a tto de secundaria de una institución educativa Cusco-2020: Tesis de maestría en psicología educativa. Unidad de Postgrado de la Universidad César Vallejo, 2020; 2020.
44. Bueno Suybate DL. Funcionalidad familiar y ansiedad en adolescentes de una institución educativa nacional: Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Psicología con mención en Psicología Clínica; 2019.
45. Santos Juanillo BKA. Funcionalidad familiar y depresión en adolescentes escolares de instituciones educativas de ciudad nueva, Tacna 2018: Tesis para obtener el título de licenciada en psicología. Facultad de Educación, Ciencias de la Comunicación y Humanidades, Universidad Privada de Tacna 2020; 2020.
46. Martínez A, Fernández-Fernández V, Alcántara-López M, López-Soler C, Castro Sáez M. Resultados preliminares del impacto de la COVID-19 en niños/as y adolescentes expuestos a maltrato intrafamiliar. *Terapia psicológica*. 2020; 38(3): p. 427-445.
47. Ozamiz-Etxebarria N et al. Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cadernos de Saúde Pública*. 2020 Mayo; 36(4).
48. Mariela Andrades-Tobar FEGPCPCVyCL. Predictores de síntomas de ansiedad, depresión y estrés a partir del brote epidémico de COVID-19. *Journal of Psychopathology and Clinical Psychology// Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2021 Enero; 26(1).
49. Zayas-Fajardo ML, Román-López IR, Rodríguez-Zayas L, Román-López MY. Repercusión psicológica en niños, adolescentes y la familia relacionada con el aislamiento social por la COVID-19. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*. 2020; 46(1).
50. Reyes Cruz KG. Ansiedad y depresión en los adolescentes de 16-19 años en situación de aislamiento social que pertenecen a un grupo juvenil de Quito: Trabajo de titulación modalidad proyecto de investigación previo a la obtención del Título de Psicóloga Infantil y Psicorrehabilitadora; 2021.
51. Bobes J, Portilla MP, Bascarán MT, editors. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 2nd ed. Madrid: Ed. Ars Medica; 2002.

52. Lozano-Vargas A, Vega-Dienstmaier J. Evaluación psicométrica y desarrollo de una versión reducida de la nueva escala de ansiedad en una muestra hospitalaria de Lima, Perú. Rev. perú. med. exp. salud publica. 2013; 30(2): p. 212-219.
53. Ponce ER, Gómez FJ, Terán M, Irigoyen AE, Landgrave S. Validez de constructo del cuestionario FACES III en español. Aten Primaria. 2002; 30: p. 624-30.
54. Bazo-Alvarez JC, Bazo-Alvarez OA, Aguila J, Peralta F, Mormontoy W, Bennett IM. Propiedades psicométricas de la escala de funcionalidad familiar FACES-III: un estudio en adolescentes peruanos. Revista peruana de medicina experimental y salud pública. 2016; 33: p. 462-470.





Anexo 1:
Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nos gustaría incluirte en nuestro estudio, que lleva como 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”**. Es un estudio sobre salud mental, donde evaluaremos: ansiedad, depresión y funcionamiento familiar en el contexto del confinamiento a causa del COVID-19. Este estudio consta del llenado de una encuesta simple que durará aproximadamente 30 minutos, y deberá ser llenada de manera individual.

Ser parte de este proyecto será de gran ayuda para determinar la influencia del contexto actual que vivimos por la pandemia, sobre la salud mental de alumnos de tu edad, y así brindar información importante para que se mejore en un futuro la salud mental de muchos adolescentes como tú.

Además, al acceder a este estudio, haremos una evaluación donde podremos identificar los problemas de salud mental que hemos descrito y así brindarte ayuda si es que existe alguna alteración.

Es importante resaltar que todos los datos brindado serán usados en estricta confidencialidad y su identidad se mantendrá anónima en todo momento. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria.

¿Deseas ser parte del estudio?

ACEPTO: _____ NO ACEPTO: _____



Anexo 2:

Ficha de recolección de datos

Nº de Ficha: _____

Iniciales de su Nombre Completo (Ejemplo: L.A.P.P): _____

Edad: _____ años

Sexo: M _____ F _____

Grado Y Sección: _____

Religión: _____

Lugar de nacimiento: _____

Lugar de procedencia: _____

1. ¿Has sufrido de COVID-19 durante la pandemia?: Sí _____ No _____
2. ¿Algún familiar ha sido diagnosticado de COVID-19?: Sí _____ No _____
3. ¿Has sufrido alguna pérdida debido al COVID-19?: Sí _____ No _____
4. ¿Alguna vez has recibido tratamiento psicológico o psiquiátrico?: Si _____ No _____



Anexo 3

Escala De Autoevaluación De Zung De Depresión

A continuación, se presentarán algunas presentarán algunas afirmaciones, marcar en cada casilla según como usted se sienta (“Nunca o casi nunca”, “a veces”, “con bastante frecuencia”, “siempre o casi siempre”). Trate de ser lo más sincero posible.

		Nunca o casi nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre
1	Me siento abatido y melancólico				
2	Por las mañanas es cuando me siento mejor				
3	Tengo acceso de llanto o ganas de llorar				
4	Duermo mal				
5	Tengo tanto apetito como antes				
6	Siento atracción por otras personas				
7	Noto que estoy perdiendo peso				
8	Tengo trastornos intestinales y estreñimiento				
9	Me late el corazón más a prisa que de costumbre				
10	Me canso sin motivo				
11	Tengo la mente tan clara como antes				
12	Hago las cosas con la misma facilidad que antes				
13	Me siento nervioso(a) y no puedo estar quieto				
14	Tengo esperanza en el futuro				
15	Estoy más irritable que antes				
16	Me es fácil tomar decisiones				
17	Me siento útil y necesario				
18	Me satisface mi vida actual				
19	Creo que los demás estarían mejor si yo muriera				
20	Disfruto las mismas cosas como antes				

Fuente: Ozamiz-Etxebarria N et al, (2020)

Anexo 4.

Escala De Autoevaluación De Zung De Ansiedad

A continuación, se presentarán algunas presentarán algunas afirmaciones, marcar en cada casilla según como usted se sienta (“Nunca o casi nunca”, “a veces”, “con bastante frecuencia”, “siempre o casi siempre”). Trate de ser lo más sincero posible.

		Nunca o casi nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre
1	Me siento más nervioso(a) y ansioso que de costumbre				
2	Me siento con temor sin razón				
3	Despierto con facilidad o siento pánico				
4	Me siento como si fuera a reventar y partirme en pedazos				
5	Siento que todo está bien y nada malo puede suceder				
6	Me tiemblan las manos y las piernas				
7	Me mortifican los dolores de cabeza, cuello o cintura				
8	Me siento débil y me canso fácilmente				
9	Me siento tranquilo(a) y puedo permanecer con calma fácilmente				
10	Puedo sentir que me late muy rápido el corazón				
11	Sufro de mareos				
12	Sufro de desmayos o siento que me voy a desmayar				
13	Puedo inspirar y expirar (respirar) fácilmente				
14	Se me adormecen o me hincan los dedos de las manos y pies				
15	Sufro de molestias estomacales o indigestión				
16	Orino con mucha frecuencia				
17	Generalmente mis manos están secas y calientes				
18	Siento bochornos				
19	Me quedo dormido con facilidad y descanso durante la noche				
20	Tengo pesadillas				

Fuente: Ozamiz-Etxebarria N et al, (2020)

Anexo 5.

Protocolo De Escala De Cohesión Y Adaptabilidad De Olson, Gorral Y Tiesel (Faces
III)

A continuación, encontrara una serie de enunciados acerca de cómo son las familias, teniendo cinco posibilidades de respuesta para cada pregunta.

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	Generalmente en desacuerdo	Indeciso	Generalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo

Le pediremos leer con detenimiento cada una de las proposiciones y contestar a ellas sinceramente, recuerde que no hay respuestas buenas ni malas. Marque con un aspa (X) la alternativa **QUE SEGUN USTED REFLEJA COMO VIVE O DESCRIBE MEJOR A SU FAMILIA.**

		1	2	3	4	5
1	Los miembros de nuestra familia se apoyan entre si.					
2	En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.					
3	Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.					
4	Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.					
5	Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.					
6	Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.					
7	Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de la familia.					
8	La familia cambia de modo de hacer las cosas.					
9	Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.					
10	Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.					
11	Nos sentimos muy unidos					
12	En nuestra familia los hijos toman las decisiones					
13	Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente.					
14	En nuestra familia las reglas cambian.					
15	Con facilidad podemos planear actividades en familia.					
16	Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.					
17	Consultamos unos con otros para tomar decisiones.					
18	En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.					
19	La unión familiar es muy importante.					
20	Es difícil decir que tarea tiene cada miembro de la familia.					

Fuente: Ozamiz-Etxebarria N et al, (2020)

Anexo 6.

Dictamen Favorable De Comité De Ética

COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM



DICTAMEN COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

Arequipa, 10 de mayo 2021

Investigador: Marco Manrique Velásquez y Diego Valdivia Begazo

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: "Depresión y ansiedad relacionada a funcionamiento familiar durante confinamiento por COVID-19 en adolescentes de secundaria del Colegio Nacional de Señoritas Arequipa – Arequipa 2021"

Investigadores a cargo de la investigación: Marco Antré Manrique Velásquez y Diego Alfredo Valdivia Begazo

TIPO Y DISEÑO: En cuanto al tipo de estudio observacional, transversal, descriptivo, nivel comparativo.

OBJETIVO: El estudio tiene como objetivo: Identificar la relación entre los síntomas de depresión y ansiedad y el funcionamiento familiar durante el confinamiento por COVID-19 en adolescentes de secundaria del Colegio Nacional de Señoritas Arequipa, 2021

PROCEDIMIENTOS: Medición de depresión mediante la toma de escala de depresión de Zung, medición de ansiedad mediante la toma de escala de ansiedad de Zung, Medición de Funcionamiento familiar mediante la escala de cohesión y adaptabilidad FACES III



COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM



**DICTAMEN COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION
UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA**

SUJETOS DE ESTUDIO:

Adolescentes de secundaria del Colegio Nacional de Señoritas Arequipa

RIESGO DEL ESTUDIO:

Mínimo

OBSERVACIONES, SUGERENCIAS:

Debe proteger confidencialidad de la data sensible

DICTAMEN:

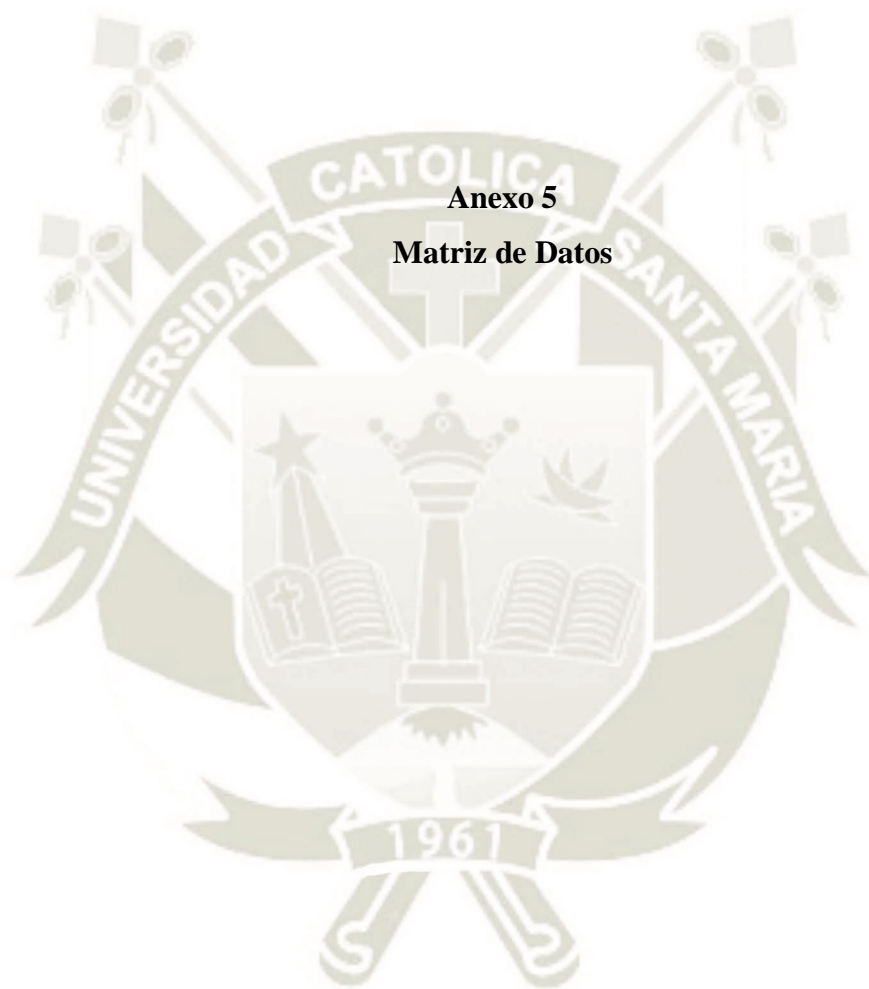
DICTAMEN FAVORABLE
249-2021



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



Anexo 5
Matriz de Datos



Numero de Ficha	Edad	Grado	Religión	Lugar de nacimiento	Lugar de procedencia (distrito en el que viven)	¿Alguna vez has recibido tratamiento psicológico o psiquiátrico?	¿Te has contagiado de COVID-19 durante la pandemia?	¿Algún familiar cercano ha sido diagnosticado de COVID-19?	¿Has sufrido alguna pérdida debido al COVID-19?	¿Se ha sentido afectado por el confinamiento a raíz del COVID-19?	nivel de depresión	Nivel de ansiedad	clasificación de cohesión	clasificación de adaptabilidad	subtipos de sistemas familiares
Ficha N° 1	15	4	Católica	Arequipa	Miraflores	No	No	Si	No	Si	ausencia de depresión	ausencia de ansiedad	Unidos	Caótica	Rango medio
Ficha N° 4	15	4	Católica	Arequipa	Cerro Colorado	No	No	No	Si	Si	depresión grave)	ansiedad grave	Desligadas	Flexible	Rango medio
Ficha N° 5	14	4	Católica	Arequipa	Cayma	No	No	No	Si	Si	depresión moderada	ansiedad leve	Unidos	Caótica	Rango medio
Ficha N° 6	15	4	Católica	Arequipa	Alto Selva Alegre	No	No	Si	No	Si	depresión grave)	ansiedad moderada	Desligadas	Estructurada	Rango medio

Ficha N° 7	14	4	Católica	Arequipa	Socabaya	No	No	No	No	Si	ausencia de depresión	ausencia de ansiedad	Unidos	Flexible	Balanceada
Ficha N° 8	14	4	Católica	Arequipa	Cerro Colorado	No	No	No	No	Si	depresión moderada	ansiedad leve	Unidos	Caótica	Rango medio
Ficha N° 9	15	4	Católica	Arequipa	Paucarpata	No	No	Si	No	No	depresión leve	ansiedad leve	Separados	Caótica	Rango medio
Ficha N° 10	14	4	Católica	Puno	Cerro Colorado	No	No	No	No	No	depresión leve	ausencia de ansiedad	Unidos	Caótica	Rango medio
Ficha N° 12	14	4	Católica	Puno	Cerro Colorado	No	No	No	No	No	depresión leve	ausencia de ansiedad	Unidos	Caótica	Rango medio
Ficha N° 14	15	4	Cristiana	Arequipa	Cerro Colorado	No	No	No	No	Si	depresión leve	ausencia de ansiedad	Separados	Flexible	Balanceada
Ficha N° 16	15	4	Católica	Puno	Tiabaya	No	No	Si	No	Si	depresión moderada	ausencia de ansiedad	Separados	Caótica	Rango medio

Ficha N° 17	15	4	Católica	Arequipa	Cercado	No	Si	Si	No	No	depresión leve	ansiedad leve	Unidos	Caótica	Rango medio
Ficha N° 19	15	4	Católica	Arequipa	Alto Selva Alegre	No	No	Si	Si	Si	ausencia de depresión	ausencia de ansiedad	Separados	Caótica	Rango medio
Ficha N° 20	15	4	Católica	Arequipa	Alto Selva Alegre	No	No	Si	Si	Si	depresión leve	ansiedad leve	Separados	Flexible	Balanceda
Ficha N° 22	15	4	Católica	Arequipa	Alto Selva Alegre	No	No	Si	Si	Si	depresión grave)	ansiedad moderada	Separados	Caótica	Rango medio
Ficha N° 24	15	4	Católica	Arequipa	Mariano Melgar	No	No	No	No	No	ausencia de depresión	ausencia de ansiedad	Desligadas	Flexible	Rango medio
Ficha N° 25	14	4	Católica	Arequipa	Characato	No	No	No	No	Si	depresión leve	ausencia de ansiedad	Aglutinados	Caótica	Extrema
Ficha N° 28	15	4	Católica	Arequipa	Cerro Colorado	No	No	No	No	No	depresión moderada	ansiedad leve	Aglutinados	Caótica	Extrema
Ficha N° 29	15	4	Cristiana	Apurímac	Apurímac	No	No	No	No	No	depresión leve	ansiedad leve	Unidos	Caótica	Rango medio

Ficha N° 30	15	4	Cristiana	Arequipa	Cerro Colorado	No	Si	Si	Si	Si	ausencia de depresión	ausencia de ansiedad	Aglutinados	Caotica	Extrema
Ficha N° 31	15	4	Católica	Venezuela	Miraflores	No	No	Si	No	Si	depresión moderada	ansiedad leve	Desligadas	Flexible	Rango medio
Ficha N° 32	15	4	Católica	Lima	Espinar - Cusco	No	No	Si	Si	No	depresión moderada	ausencia de ansiedad	Separados	Estructurada	Balanceada
Ficha N° 33	15	4	Católica	Arequipa	Alto Selva Alegre	No	No	Si	Si	Si	depresión leve	ansiedad leve	Separados	Flexible	Balanceada
Ficha N° 34	15	4	Cristiana	Arequipa	Miraflores	No	No	Si	Si	Si	ausencia de depresión	ausencia de ansiedad	Aglutinados	Caotica	Extrema
Ficha N° 35	15	4	Ninguna	Arequipa	Miraflores	No	No	No	No	Si	ausencia de depresión	ausencia de ansiedad	Aglutinados	Caotica	Extrema
Ficha N° 37	16	4	Cristiana	Venezuela	Mariano Melgar	No	Si	Si	Si	Si	ausencia de depresión	ausencia de ansiedad	Unidos	Flexible	Balanceada

Ficha N° 39	15	4	Católica	Arequipa	José Luis Bustamante y Rivero	No	No	Si	No	Si	ausencia de depresión	ausencia de ansiedad	Aglutinados	Flexible	Rango medio
Ficha N° 40	15	4	Ninguna	Arequipa	Alto Selva Alegre	No	No	Si	No	Si	depresión leve	ausencia de ansiedad	Aglutinados	Caótica	Extrema
Ficha N° 41	15	4	Católica	Arequipa	Alto Selva Alegre	No	Si	Si	No	Si	depresión leve	ansiedad leve	Separados	Caótica	Rango medio
Ficha N° 43	14	4	Católica	Arequipa	Cerro Colorado	No	No	Si	Si	Si	depresión moderada	ausencia de ansiedad	Desligadas	Rígida	Extrema
Ficha N° 44	15	4	Ninguna	Arequipa	Cerro Colorado	No	Si	Si	No	Si	depresión grave)	ansiedad moderada	Desligadas	Caótica	Extrema
Ficha N° 45	16	4	Católica	Venezuela	Socabaya	No	No	No	No	Si	depresión leve	ansiedad leve	Unidos	Caótica	Rango medio
Ficha N° 47	15	4	Ninguna	Arequipa	Socabaya	No	No	No	No	Si	depresión moderada	ansiedad leve	Desligadas	Caótica	Extrema
Ficha N° 50	15	4	Católica	Arequipa	José Luis Bustamante	No	Si	Si	Si	Si	depresión leve	ansiedad leve	Separados	Caótica	Rango medio

					te y Rivero										
Ficha N° 51	15	4	Cristian a	Arequip a	Cerro Colorado	No	No	Si	Si	Si	depresi on leve	ansieda d leve	Separado s	Caotica	Rango medio
Ficha N° 52	15	4	Católic a	Arequip a	Cerro Colorado	No	No	Si	No	Si	depresi on modera da	ansieda d leve	Desligad as	Caotica	Extrema
Ficha N° 53	15	4	Católic a	Arequip a	Cerro Colorado	No	Si	Si	Si	Si	ausenci a de depresi on	ansieda d leve	Unidos	Flexible	Balance ada
Ficha N° 55	14	4	Cristian a	Arequip a	Alto Selva Alegre	No	Si	Si	No	Si	ausenci a de depresi on	ausenci a de ansieda d	Unidos	Caotica	Rango medio
Ficha N° 56	15	4	Ningun a	Arequip a	Miraflores	No	No	No	No	No	depresi on leve	ansieda d leve	Unidos	Flexible	Balance ada
Ficha N° 58	15	4	Católic a	Piura	Miraflores	No	Si	Si	No	No	depresi on modera da	ansieda d leve	Unidos	Caotica	Rango medio
Ficha N° 59	15	4	Católic a	Arequip a	Cerro Colorado	No	No	Si	No	Si	depresi on modera da	ansieda d leve	Separado s	Flexible	Balance ada

Ficha N° 60	15	4	Católica	Arequipa	Cerro Colorado	No	No	Si	No	Si	depresión leve	ausencia de ansiedad	Unidos	Flexible	Balanceada
Ficha N° 62	15	4	Católica	La unión - Arequipa	Pampamarca	No	No	Si	No	No	depresión leve	ausencia de ansiedad	Separados	Caótica	Rango medio
Ficha N° 63	14	3	Católica	Arequipa	Miraflores	No	No	Si	No	No	depresión moderada	ansiedad leve	Desligadas	Caótica	Extrema
Ficha N° 64	14	3	Católica	Arequipa	Alto Selva Alegre	No	No	Si	No	No	depresión moderada	ansiedad leve	Desligadas	Estructurada	Rango medio
Ficha N° 65	14	3	Católica	Apurímac	Cerro Colorado	No	No	Si	Si	Si	ausencia de depresión	ausencia de ansiedad	Aglutinados	Caótica	Extrema
Ficha N° 66	14	3	Católica	Arequipa	Mariano Melgar	No	No	Si	No	No	ausencia de depresión	ausencia de ansiedad	Aglutinados	Caótica	Extrema
Ficha N° 67	14	3	Católica	Arequipa	Miraflores	No	No	No	No	Si	ausencia de	ausencia de	Desligadas	Caótica	Extrema

											depresi on	ansieda d			
Ficha N° 68	16	4	Cristian a	Arequip a	Socabaya	No	No	No	Si	Si	depresi on modera da	ansieda d leve	Separado s	Caotica	Rango medio
Ficha N° 69	14	3	Católic a	Arequip a	Alto Selva Alegre	No	No	No	No	No	ausenci a de depresi on	ausenci a de ansieda d	Aglutina dos	Caotica	Extrema
Ficha N° 71	14	3	Católic a	Venezu ela	Yanahuar a	No	No	No	No	Si	depresi on modera da	ansieda d leve	Desligad as	Estructura da	Rango medio
Ficha N° 72	14	3	Católic a	Arequip a	Cercado	No	No	Si	Si	Si	depresi on leve	ansieda d leve	Aglutina dos	Estructura da	Rango medio
Ficha N° 73	14	3	Católic a	Cusco	Chumbivi lcas	No	No	No	No	Si	depresi on modera da	ansieda d leve	Unidos	Caotica	Rango medio
Ficha N° 74	14	3	Cristian a	Arequip a	Socabaya	No	Si	Si	No	No	depresi on modera da	ansieda d leve	Separado s	Flexible	Balance ada
Ficha N° 75	14	3	Cristian a	Arequip a	Miraflores	No	No	No	Si	No	depresi on leve	ansieda d leve	Desligad as	Caotica	Extrema

Ficha N° 76	14	3	Católica	Arequipa	Alto Selva Alegre	No	No	Si	Si	Si	ausencia de depresión	ausencia de ansiedad	Separados	Estructurada	Balanceada
Ficha N° 77	14	3	Católica	Arequipa	Mariano Melgar	No	No	No	No	Si	depresión moderada	ausencia de ansiedad	Desligadas	Caótica	Extrema
Ficha N° 78	14	3	Ninguna	Arequipa	Cerro Colorado	No	Si	Si	No	No	depresión moderada	ansiedad leve	Desligadas	Estructurada	Rango medio
Ficha N° 79	14	3	Católica	Arequipa	Alto Selva Alegre	No	No	Si	Si	Si	depresión grave)	ansiedad leve	Separados	Flexible	Balanceada
Ficha N° 80	14	3	Cristiana	Arequipa	José Luis Bustamante y Rivero	No	No	Si	Si	No	ausencia de depresión	ansiedad leve	Unidos	Estructurada	Balanceada
Ficha N° 82	14	3	Católica	Arequipa	Alto Selva Alegre	No	No	No	No	No	depresión leve	ansiedad leve	Desligadas	Estructurada	Rango medio
Ficha N° 83	14	3	Católica	Arequipa	Cerro Colorado	No	Si	Si	No	Si	ausencia de depresión	ausencia de ansiedad	Unidos	Caótica	Rango medio

Ficha N° 84	14	3	Católica	Arequipa	Miraflores	No	No	Si	Si	Si	depression grave)	ansiedad leve	Desligadas	Estructurada	Rango medio
Ficha N° 86	14	3	Cristiana	Arequipa	Alto Selva Alegre	No	Si	Si	Si	Si	ausencia de depression	ausencia de ansiedad	Aglutinados	Caotica	Extrema
Ficha N° 87	15	3	Católica	Tacna	Cerro Colorado	No	No	No	No	Si	depression leve	ausencia de ansiedad	Unidos	Flexible	Balanceada
Ficha N° 88	16	5	Católica	Arequipa	Miraflores	No	Si	Si	No	Si	ausencia de depression	ausencia de ansiedad	Unidos	Caotica	Rango medio
Ficha N° 89	16	5	Católica	Cusco	Cerro Colorado	No	No	Si	Si	Si	depression leve	ansiedad leve	Unidos	Caotica	Rango medio
Ficha N° 90	16	5	Católica	Arequipa	Yura	No	Si	Si	No	Si	ausencia de depression	ausencia de ansiedad	Unidos	Caotica	Rango medio
Ficha N° 91	16	5	Cristiana	Arequipa	Alto Selva Alegre	No	Si	Si	No	Si	depression leve	ansiedad leve	Separados	Caotica	Rango medio
Ficha N° 92	16	5	Católica	Cotahuasi -	Miraflores	No	No	Si	No	No	depression leve	ansiedad leve	Desligadas	Caotica	Extrema

				Arequipa											
Ficha N° 94	17	5	Ninguna	Cusco	Cercado	No	No	No	No	Si	depression moderada	ansiedad leve	Separados	Caotica	Rango medio
Ficha N° 96	16	5	Católica	Islay - Arequipa	Cayma	No	No	Si	Si	Si	depression leve	ansiedad leve	Aglutinados	Caotica	Extrema
Ficha N° 99	16	5	Testigo de Jehová	Arequipa	Miraflores	No	Si	Si	Si	Si	depression leve	ausencia de ansiedad	Desligadas	Caotica	Extrema
Ficha N° 100	16	5	Católica	Arequipa	Cayma	No	No	Si	No	Si	depression leve	ansiedad leve	Separados	Flexible	Balanceada
Ficha N° 103	16	5	Católica	Arequipa	Paucarpatata	No	No	No	No	Si	ausencia de depression	ausencia de ansiedad	Separados	Estructurada	Balanceada
Ficha N° 107	16	5	Católica	Arequipa	Alto Selva Alegre	No	Si	Si	No	Si	depression grave)	ansiedad moderada	Desligadas	Flexible	Rango medio

Ficha N° 109	16	5	Católica	Arequipa	Miraflores	No	Si	Si	Si	No	depresión moderada	ausencia de ansiedad	Separados	Caótica	Rango medio
Ficha N° 110	16	5	Católica	Islay - Arequipa	Paucarpata	No	No	No	No	Si	depresión moderada	ansiedad leve	Desligadas	Flexible	Rango medio
Ficha N° 111	15	5	Católica	Arequipa	Miraflores	No	Si	Si	Si	Si	depresión leve	ansiedad leve	Desligadas	Caótica	Extrema
Ficha N° 114	16	5	Católica	Arequipa	Cercado	No	No	No	No	Si	depresión leve	ansiedad leve	Separados	Flexible	Balanceada
Ficha N° 115	15	5	Católica	Arequipa	Cerro Colorado	No	Si	Si	No	Si	depresión moderada	ansiedad leve	Separados	Caótica	Rango medio
Ficha N° 116	15	5	Católica	Arequipa	Paucarpata	No	Si	Si	No	Si	ausencia de depresión	ausencia de ansiedad	Unidos	Caótica	Rango medio
Ficha N° 121	16	5	Católica	Argentina	Cerro Colorado	No	No	Si	No	Si	depresión moderada	ansiedad leve	Desligadas	Flexible	Rango medio

Ficha N° 122	16	5	Católica	Arequipa	Alto Selva Alegre	No	Si	Si	Si	Si	depresión leve	ansiedad leve	Aglutinados	Caótica	Extrema
Ficha N° 124	16	5	Católica	Arequipa	Miraflores	No	No	Si	No	Si	depresión leve	ansiedad leve	Desligadas	Flexible	Rango medio
Ficha N° 125	15	5	Cristiana	Arequipa	Miraflores	No	Si	Si	No	Si	depresión leve	ansiedad leve	Separados	Flexible	Balanceada
Ficha N° 126	17	5	Católica	Arequipa	Cerro Colorado	No	Si	Si	No	Si	depresión leve	ansiedad moderada	Desligadas	Caótica	Extrema
Ficha N° 127	16	5	Católica	Arequipa	Cercado	No	No	Si	Si	Si	ausencia de depresión	ausencia de ansiedad	Aglutinados	Caótica	Extrema
Ficha N° 129	16	5	Católica	Arequipa	Cayma	No	No	Si	Si	Si	depresión grave)	ansiedad leve	Separados	Flexible	Balanceada
Ficha N° 130	16	5	Cristiana	Arequipa	Cercado	No	No	No	Si	Si	ausencia de depresión	ausencia de ansiedad	Separados	Caótica	Rango medio

Ficha N° 133	16	5	Católica	Arequipa	Mariano Melgar	No	Si	Si	No	Si	depresión leve	ansiedad leve	Desligadas	Flexible	Rango medio
Ficha N° 134	16	5	Católica	Arequipa	Alto Selva Alegre	No	No	Si	Si	Si	depresión leve	ansiedad leve	Unidos	Caótica	Rango medio
Ficha N° 135	16	5	Ninguna	Arequipa	Miraflores	No	Si	Si	No	Si	depresión grave)	ansiedad leve	Unidos	Flexible	Balanceada
Ficha N° 136	15	4	Ninguna	Arequipa	Cerro Colorado	No	Si	Si	No	No	depresión grave)	ansiedad moderada	Desligadas	Estructurada	Rango medio
Ficha N° 137	15	4	Cristiana	Cusco	Cerro Colorado	No	No	No	No	Si	depresión leve	ansiedad leve	Desligadas	Flexible	Rango medio
Ficha N° 138	15	4	Católica	Arequipa	Paucarpata	No	No	No	No	Si	depresión moderada	ausencia de ansiedad	Desligadas	Flexible	Rango medio
Ficha N° 139	15	4	Cristiana	Arequipa	Cerro Colorado	No	No	Si	No	No	ausencia de depresión	ausencia de ansiedad	Unidos	Caótica	Rango medio

Ficha N° 140	15	4	Católica	Arequipa	Ilo - Moquegua	No	Si	Si	No	Si	depresión moderada	ansiedad moderada	Desligadas	Flexible	Rango medio
Ficha N° 141	16	4	Católica	Arequipa	Miraflores	No	No	No	No	Si	depresión moderada	ansiedad leve	Desligadas	Flexible	Rango medio
Ficha N° 142	14	4	Católica	Arequipa	Cercado	No	No	Si	Si	Si	depresión leve	ansiedad leve	Unidos	Caótica	Rango medio
Ficha N° 145	15	4	Católica	Lima	Cerro Colorado	No	No	Si	Si	No	ausencia de depresión	ansiedad leve	Separados	Caótica	Rango medio
Ficha N° 147	15	4	Católica	Arequipa	Miraflores	No	No	No	No	Si	depresión leve	ansiedad leve	Desligadas	Flexible	Rango medio
Ficha N° 148	14	4	Ninguna	Puno	Alto Selva Alegre	No	No	Si	Si	Si	depresión grave)	ansiedad moderada	Desligadas	Caótica	Extrema
Ficha N° 149	16	5	Católica	Arequipa	Paucarpata	No	No	Si	Si	Si	depresión leve	ausencia de ansiedad	Desligadas	Caótica	Extrema

Ficha N° 151	15	4	Católica	Cusco	Yura	No	Si	No	No	No	depresión leve	ausencia de ansiedad	Separados	Caótica	Rango medio
Ficha N° 153	15	3	Católica	Arequipa	Paucarpata	No	No	Si	No	Si	depresión leve	ansiedad leve	Unidos	Caótica	Rango medio
Ficha N° 154	14	3	Católica	Arequipa	Socabaya	No	Si	Si	No	Si	depresión moderada	ansiedad moderada	Desligadas	Estructurada	Rango medio
Ficha N° 155	15	3	Adventista	Arequipa	Cerro Colorado	No	No	Si	Si	Si	depresión grave)	ansiedad moderada	Desligadas	Flexible	Rango medio
Ficha N° 157	14	3	Cristiana	Arequipa	Cayma	No	No	Si	No	Si	depresión moderada	ansiedad leve	Desligadas	Caótica	Extrema
Ficha N° 158	14	3	Ninguna	Puno	Miraflores	No	No	No	No	Si	depresión moderada	ausencia de ansiedad	Unidos	Caótica	Rango medio
Ficha N° 159	14	3	Budista	Arequipa	Alto Selva Alegre	No	No	Si	Si	Si	ausencia de depresión	ausencia de ansiedad	Unidos	Caótica	Rango medio

Ficha N° 162	15	3	Católica	Arequipa	Miraflores	No	No	Si	No	Si	depresión leve	ansiedad leve	Separados	Caótica	Rango medio
Ficha N° 163	14	3	Católica	Arequipa	Alto Selva Alegre	No	No	Si	No	Si	ausencia de depresión	ausencia de ansiedad	Aglutinados	Caótica	Extrema
Ficha N° 164	14	3	Católica	Arequipa	Cayma	No	No	Si	No	Si	depresión leve	ausencia de ansiedad	Unidos	Caótica	Rango medio
Ficha N° 165	14	3	Católica	Arequipa	Cerro Colorado	No	No	Si	No	No	depresión moderada	ansiedad leve	Unidos	Caótica	Rango medio
Ficha N° 167	14	3	Católica	Arequipa	José Luis Bustamante y Rivero	No	No	Si	No	Si	depresión moderada	ansiedad leve	Unidos	Caótica	Rango medio
Ficha N° 168	14	3	Católica	Venezuela	Miraflores	No	Si	Si	No	No	ausencia de depresión	ausencia de ansiedad	Unidos	Caótica	Rango medio
Ficha N° 169	14	3	Ninguna	Arequipa	Alto Selva Alegre	No	Si	Si	Si	Si	depresión leve	ausencia de ansiedad	Separados	Estructurada	Balanceda

Ficha N° 171	14	3	Católica	Arequipa	Miraflores	No	No	Si	No	Si	depresión moderada	ansiedad leve	Desligadas	Flexible	Rango medio
Ficha N° 172	14	3	Católica	Arequipa	Miraflores	No	No	Si	No	Si	depresión moderada	ansiedad leve	Desligadas	Flexible	Rango medio
Ficha N° 173	15	4	Cristiana	Arequipa	Cerro Colorado	No	No	No	No	No	ausencia de depresión	ausencia de ansiedad	Separados	Caótica	Rango medio
Ficha N° 174	16	5	Católica	Arequipa	Mariano Melgar	No	No	No	No	No	ausencia de depresión	ansiedad leve	Desligadas	Flexible	Rango medio
Ficha N° 175	16	5	Católica	Arequipa	Alto Selva Alegre	No	No	Si	No	Si	ausencia de depresión	ausencia de ansiedad	Aglutinados	Caótica	Extrema
Ficha N° 176	16	5	Católica	Venezuela	Miraflores	No	Si	No	Si	Si	depresión moderada	ansiedad leve	Unidos	Estructurada	Balanceda
Ficha N° 178	16	5	Cristiana	Arequipa	Miraflores	No	No	Si	Si	Si	ausencia de	ausencia de	Separados	Caótica	Rango medio

											depresi on	ansieda d			
Ficha N° 179	15	5	Católic a	Arequip a	Cercado	No	No	Si	No	Si	depresi on leve	ausenci a de ansieda d	Separado s	Caotica	Rango medio
Ficha N° 180	15	5	Católic a	Lima	Alto Selva Alegre	No	No	Si	No	Si	ausenci a de depresi on	ausenci a de ansieda d	Separado s	Caotica	Rango medio
Ficha N° 182	16	5	Católic a	Arequip a	Cerro Colorado	No	Si	Si	No	Si	depresi on grave)	ansieda d grave	Desligad as	Caotica	Extrema
Ficha N° 184	17	5	Ningun a	Arequip a	Alto Selva Alegre	No	No	Si	Si	Si	depresi on modera da	ansieda d leve	Separado s	Caotica	Rango medio
Ficha N° 185	16	5	Católic a	Arequip a	Paucarpata	No	Si	Si	Si	No	depresi on leve	ansieda d leve	Separado s	Caotica	Rango medio
Ficha N° 186	16	5	Adventi sta	Cusco	Socabaya	No	No	No	No	Si	depresi on leve	ansieda d leve	Unidos	Flexible	Balance ada
Ficha N° 187	16	5	Católic a	Arequip a	Alto Selva Alegre	No	No	Si	Si	Si	depresi on	ansieda d leve	Unidos	Caotica	Rango medio

											moderada				
Ficha N° 188	15	5	Católica	Arequipa	Miraflores	No	No	Si	Si	Si	depresión leve	ausencia de ansiedad	Aglutinados	Caótica	Extrema
Ficha N° 189	15	5	Católica	Castilla - Arequipa	Cercado	No	No	Si	No	Si	depresión leve	ausencia de ansiedad	Separados	Caótica	Rango medio
Ficha N° 190	16	5	Católica	Arequipa	Miraflores	No	Si	Si	Si	No	depresión moderada	ansiedad moderada	Separados	Estructurada	Balanceda
Ficha N° 191	15	4	Católica	Arequipa	Miraflores	No	No	Si	No	Si	depresión moderada	ansiedad leve	Desligadas	Flexible	Rango medio
Ficha N° 192	14	4	Católica	Venezuela	Socabaya	No	No	No	No	Si	depresión leve	ansiedad leve	Unidos	Caótica	Rango medio
Ficha N° 193	14	4	Ninguna	Arequipa	Cerro Colorado	No	Si	Si	No	Si	depresión grave)	ansiedad moderada	Desligadas	Caótica	Extrema

Ficha N° 194	16	5	Católica	Cusco	Cerro Colorado	No	No	Si	Si	Si	depresión leve	ansiedad leve	Unidos	Caótica	Rango medio
Ficha N° 196	14	4	Católica	Arequipa	Paucarpatá	No	No	Si	No	No	depresión leve	ansiedad leve	Separados	Caótica	Rango medio
Ficha N° 197	16	5	Católica	Arequipa	Miraflores	No	No	Si	No	Si	depresión moderada	ansiedad leve	Desligadas	Flexible	Rango medio
Ficha N° 202	15	4	Católica	Arequipa	Cerro Colorado	No	No	No	No	No	depresión moderada	ansiedad leve	Aglutinados	Caótica	Extrema
Ficha N° 203	15	4	Católica	Arequipa	Paucarpatá	No	Si	Si	No	Si	ausencia de depresión	ausencia de ansiedad	Unidos	Caótica	Rango medio
Ficha N° 204	16	5	Cristiana	Arequipa	Miraflores	No	No	No	Si	No	depresión leve	ansiedad leve	Desligadas	Caótica	Extrema
Ficha N° 206	15	4	Ninguna	Arequipa	Socabaya	No	No	No	No	Si	depresión moderada	ansiedad leve	Desligadas	Caótica	Extrema

Ficha N° 207	15	4	Católica	Arequipa	Alto Selva Alegre	No	No	Si	Si	Si	ausencia de depresión	ausencia de ansiedad	Separados	Estructurada	Balanceada
Ficha N° 208	16	5	Católica	Arequipa	Miraflores	No	No	Si	No	Si	ausencia de depresión	ausencia de ansiedad	Unidos	Caótica	Rango medio

