

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



**“EVALUACIÓN DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y DINÁMICA FAMILIAR EN
INGRESANTES A LA U.C. S.M. ENTRE LOS AÑOS, 2018-2019, AREQUIPA
2020”**

Tesis presentada por la Bachiller:

Mamani Yto, Gloria Danitza

para optar el Título Profesional de:

Médico Cirujana

Asesor:

Dr. Chuctaya Huarca, Angelo Shandeir

Arequipa - Perú

2020



Universidad Católica
de Santa María

76

AREQUIPA-PERU

(51 54) 382038 <http://www.ucsm.edu.pe> [facebook.com/ucsm.edu.pe/](https://www.facebook.com/ucsm.edu.pe/)

INFORME DICTAMEN BORRADOR DE TESIS
DECRETO N° 125 - FMH-2020

Visto el Borrador de Tesis titulado:

**"EVALUACIÓN DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y DINÁMICA FAMILIAR EN INGRESANTES A LA U.C.S.M
ENTRE LOS AÑOS, 2018 - 2019, AREQUIPA 2020"**

Presentado por el (la) Sr(ta):

MAMANI YTO, GLORIA DANITZA

Nuestro dictamen es:

Favorable

OBSERVACIONES:

Arequipa, *12 Marzo 2020*

Gloria Llaiza Loayza
.....
Dra. Gloria Llaiza Loayza
PSIQUIATRA
Mgtra. En Salud Pública
Doctora en Medicina
C.M.E. 17340 - R.N.E. 8408
DRA. GLORIA LLAIZA LOAYZA

Juan Manuel Zevallos Rodríguez
.....
Dr. Juan Manuel Zevallos Rodríguez
Especialista en Salud Mental del Niño, Adolescente y Familia
Médico Psiquiatra - Psicoterapeuta
C.M.E. 33203 - R.N.E. 15203
DR. JUAN MANUEL ZEVALLOS RODRIGUEZ

Agueda Muñoz del Carpio Toia
.....
DRA. AGUEDA MUÑOZ DEL CARPIO TOIA

Scanned by TapScanner

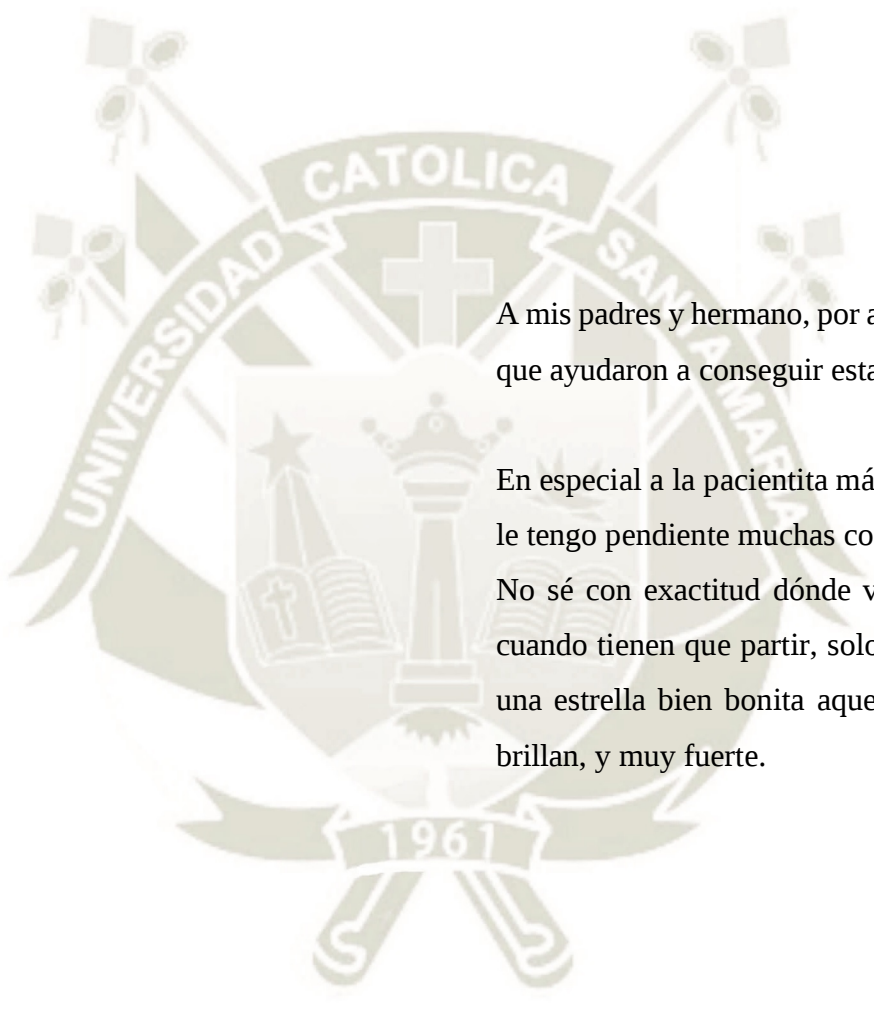
AGRADECIMIENTO:

Primero que nada agradecer a mi familia, mis padres y hermano, quienes con su paciencia y cariño me permiten llegar hasta donde estoy hoy por hoy.

También expresar mis agradecimientos al servicio de shock trauma, hacia el Dr. Almeida, Dra. Dania Murillo, y Dr. Suclla a quienes en tan poco tiempo dejaron en mí grandes lecciones, por su apoyo, sus palabras y su actuar, mi cariño y gratitud es infinita, de la misma manera agradecer a los residentes y compañeros que me apoyaron en todo momento quienes con sus palabras me transmitían calma y así yo poder transmitir ello a mi familia.

Aquellos quienes contribuyeron en mi formación, no solo académicamente si no con lecciones de vida, de ser y como no ser, a mis asistentes, residentes, ex amigos internos ahora ya médicos, compañeros de aulas e internado, gracias.

DEDICATORIA



A mis padres y hermano, por apoyo y esfuerzo
que ayudaron a conseguir esta meta.

En especial a la pacientita más difícil, a quien
le tengo pendiente muchas cosas.

No sé con exactitud dónde van las personas
cuando tienen que partir, solo deseo que seas
una estrella bien bonita aquellas de las que
brillan, y muy fuerte.

RESUMEN

El presente trabajo busca evaluar el nivel de ansiedad, depresión y dinámica familiar en ingresantes a la universidad católica de santa maría entre los años, 2018-2019

Para ellos se realizó un estudio analítico, observacional, transversal de campo, se midió el nivel de depresión y ansiedad con la ayuda de la Escala Zung además del nivel de dinámica familiar con la Prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL):

Para ello se realizó una revisión de cuestionarios tomados a los alumnos ingresantes como parte de su evaluación medica.

Encontrando que el 95.9% de los ingresantes a la Universidad Católica de Santa María no presentan ansiedad, seguido del 4.0% de ingresantes con ansiedad moderada, mientras que el 0.1% de ellos presentan ansiedad severa. El 83.7% no presentan depresión, seguido del 14.8% de ingresantes con depresión leve, el 1.3% tienen depresión moderada, mientras que con 0.2% los ingresantes tienen depresión severa. El 45.4% (1098 alumnos) de los ingresantes tienen familias moderadamente funcionales, seguido del 44.0% (229 alumnos) con familias funcionales, el 9.5% tienen familia disfuncional, mientras que el 1.1% (26 alumnos) presentan dinámica familiar severamente disfuncional.

Según la prueba de chi cuadrado ($\chi^2=131.78$) muestra que la dinámica familiar y el nivel de ansiedad presenta relación estadística significativa ($p<0.05$) Asimismo se observa que el 43.1% de los ingresantes a la universidad católica de santa maría con dinámica familiar funcional no presentan ansiedad, mientras que el 1.2% de los ingresantes con familia disfuncional presentan ansiedad moderada. Según la prueba de chi cuadrado ($\chi^2=605.60$) muestra que la dinámica familiar y el nivel de depresión presenta relación estadística significativa ($p<0.05$). Asimismo se observa que el 41.6% de los ingresantes a la universidad católica de santa maría con dinámica familiar funcional no presentan depresión, mientras que el 3.5% de los ingresantes con familia disfuncional presentan depresión leve.

Concluyendo que sí se cuenta con alumnos con síntomas de ansiedad y depresión sea leve moderada o severa. Además que existe relación significativa entre la ansiedad, depresión y dinámica familiar.

PALABRAS CLAVE: ansiedad depresión, dinámica familiar, alumnos ingresantes

ABSTRACT

This research looks for evaluate the level of anxiety, depression and family dynamics in entrants to the Catholic University of Santa Maria between the years, 2018-2019.

For them, we made an analytical, observational, cross-sectional field study was carried out, the level of depression and anxiety was measured with the help of the Zung scale in addition to the level of family dynamics with the family function perception test (ff-sil):

For this, we made a review of questionnaires was taken from the incoming students as part of their medical evaluation.

Finding that 95.9% of the entrants to the Catholic University of Santa Maria don't present anxiety, followed by 4.0% of entrants with moderate anxiety, while 0.1% of them present severe anxiety. 83.7% don't have depression, followed by 14.8% of entrants with mild depression, 1.3% have moderate depression, while 0.2% of entrants have severe depression. 45.4% (1098 students) of the entrants have moderately functional families, followed by 44.0% (229 students) with functional families, 9.5% have a dysfunctional family, while 1.1% (26 students) have severely dysfunctional family dynamics.

According to the chi square test ($\chi^2 = 131.78$), it shows that the family dynamics and the level of anxiety have a significant statistical relationship ($p < 0.05$). It is also observed that 43.1% of the entrants to the Catholic University of Santa Maria with family dynamics functional they do not present anxiety, while 1.2% of the entrants with dysfunctional family present moderate anxiety. According to the chi square test ($\chi^2 = 605.60$) it shows that the family dynamics and the level of depression have a significant statistical relationship ($p < 0.05$). Also it observed that 41.6% of the entrants to the Catholic University of Santa Maria with dynamics functional family members don't have depression, while 3.5% of those with dysfunctional family have mild depression.

Concluding that there are students with symptoms of anxiety and depression it is mild, moderate or severe. Furthermore, there is a significant relationship between anxiety, depression and family dynamics.

Key words: anxiety, depression, family dynamics, incoming students

INTRODUCCION

La etapa universitaria es algo que va más allá de asistir a clases, estudiar o rendir exámenes, algunos la definen como una de las mejores etapas, pero ya no se trata de solo aprender por obligación, ni de memorizar conceptos que simplemente olvidaremos, este es un tiempo de conexión con aquello que nos gusta y que permita formarnos como profesionales, en donde se tiene aciertos como errores, es un tramo de la vida en la que descubres y/o experimentas cosas nuevas, socializas formando lazos entre amistades quienes más adelante serán como familia, además de conocerte a ti mismo en diferentes aspectos, siendo dueño de uno mismo como de su tiempo, además de ser responsable en la toma de decisiones, dependiendo menos de nuestros padres sin dejar de guiar nuestro desarrollo como persona.

No hay nada mejor que dar la bienvenida a ingresantes sanos, llenos de vitalidad y ánimos de estudiar, pero nuestra realidad es distinta, muchos ingresantes traen consigo, crisis emocionales, baja autoestima, trastornos psicosomáticos, depresión, ansiedad, pensamientos suicidas, sentimientos de culpa, alteraciones de la conducta, problemas en la dinámica familiar, etc.

Detrás de cada alumno hay un hogar, un grupo de amigos que bien pueden ser apoyo o verdugos de este, siendo propensos a desarrollar cuadros de ansiedad y/o depresión.

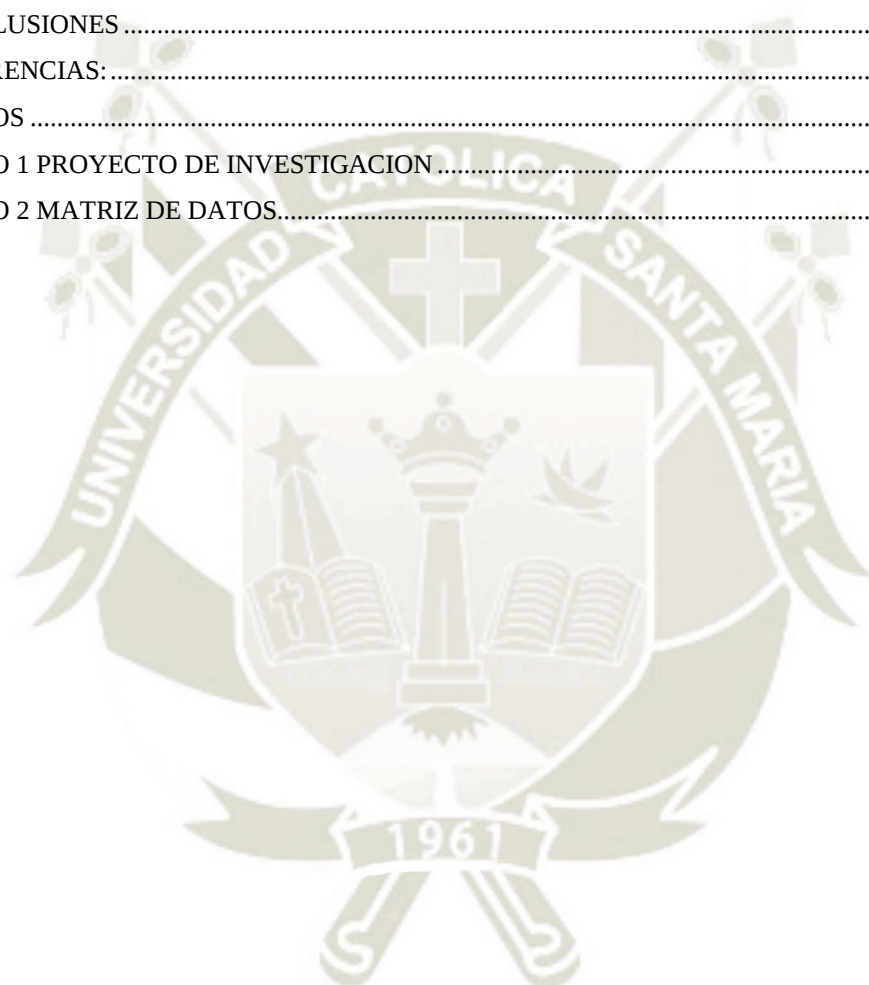
Durante los últimos años de mi universitaria he sido testigo del arduo trabajo que se da en el departamento de psicología de la Universidad Católica de Santa María y el gran apoyo que fue para aquellos que presentaron desequilibrio o estados de desorganización emocional, situación que engendra aflicción y que ponía en prueba sus recursos personales.

Por tal motivo el estudio planteado que busca dar a conocer el porcentaje de esta población afectada, además de la importancia de la identificación a tiempo de aquellos ingresantes que puedan estar en riesgo o presentar ansiedad, depresión y/o problemas en la dinámica familiar, haciendo de ellos un grupo vulnerable, quienes muchas veces no buscan ayuda por sí mismos, sea por desconocimiento, falta de recursos, y/o apoyo de entorno, sin embargo debemos prevenir estas situaciones a fin de que estén preparados y darles mejores condiciones para su desarrollo eficaz dentro y fuera de la nueva vida universitaria.

Al término de este estudio, podremos tener un análisis ajustado a nuestra realidad dentro de la universidad, el cual dejara un precedente de la importancia de la salud mental.

ÍNDICE

RESUMEN	v
ABSTRACT.....	vi
INTRODUCCION	vii
CAPITULO I MATERIALES Y METODOS	1
CAPITULO II RESULTADOS	7
CAPITULO III DISCUSIÓN	29
CAPITULO IV CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	35
CONCLUSIONES	36
SUGERENCIAS:.....	37
ANEXOS	42
ANEXO 1 PROYECTO DE INVESTIGACION.....	43
ANEXO 2 MATRIZ DE DATOS.....	85



ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N°. 1 ESCUELA PROFESIONAL A AL QUE PERTENECEN LOS INGRESANTES A LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARIA ENTRE LOS AÑOS, 2018-2019, AREQUIPA 2020	8
TABLA N°. 2 SEXO DE LOS INGRESANTES A LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARIA ENTRE LOS AÑOS, 2018-2019, AREQUIPA 2020.....	10
TABLA N°. 3 NIVEL ANSIEDAD EN LOS ALUMNOS INGRESANTES A LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA ENTRE LOS AÑOS 2018-2019.....	12
TABLA N°. 4 NIVEL DE DEPRESION EN LOS ALUMNOS INGRESANTES A LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA ENTRE LOS AÑOS 2018-2019.....	14
TABLA N°. 5 DINAMICA FAMILIAR EN LOS ALUMNOS INGRESANTES A LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA ENTRE LOS AÑOS 2018-2019.....	16
TABLA N°. 6 RELACIÓN ENTRE LA DINÁMICA FAMILIAR Y ANSIEDAD ENTRE LOS INGRESANTES A LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA ENTRE LOS AÑOS 2018-2019	18
TABLA N°. 6 RELACIÓN ENTRE LA DINÁMICA FAMILIAR Y ANSIEDAD ENTRE LOS INGRESANTES A LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA ENTRE LOS AÑOS 2018-2019	19
TABLA N°. 7 RELACIÓN ENTRE LA DINÁMICA FAMILIAR Y DEPRESION ENTRE LOS INGRESANTES A LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA ENTRE LOS AÑOS 2018-2019	20
TABLA N°. 7 RELACIÓN ENTRE LA DINÁMICA FAMILIAR Y DEPRESION ENTRE LOS INGRESANTES A LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA ENTRE LOS AÑOS 2018-2019	21
TABLA N°. 8 A NIVEL ANSIEDAD EN LOS ALUMNOS INGRESANTES A LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA ENTRE LOS AÑOS 2018-2019 SEGÚN LA ESCUELA PROFESIONAL	22
TABLA N°. 8 B NIVEL ANSIEDAD EN LOS ALUMNOS INGRESANTES A LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA ENTRE LOS AÑOS 2018-2019 SEGÚN LA ESCUELA PROFESIONAL	23
TABLA N°. 9ª NIVEL DE DEPRESION EN LOS ALUMNOS INGRESANTES A LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA ENTRE LOS AÑOS 2018-2019 SEGÚN LA ESCUELA PROFESIONAL	24
TABLA N°. 9B NIVEL DE DEPRESION EN LOS ALUMNOS INGRESANTES A LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA SEGÚN LA ESCUELA PROFESIONAL.....	25
TABLA N°. 10ª DINAMICA FAMILIAR EN LOS ALUMNOS INGRESANTES A LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA SEGÚN LA ESCUELA PROFESIONAL	26
TABLA N°. 10B DINAMICA FAMILIAR EN LOS ALUMNOS INGRESANTES A LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA SEGÚN LA ESCUELA PROFESIONAL	27
TABLA N°. 10C DINAMICA FAMILIAR EN LOS ALUMNOS INGRESANTES A LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA SEGÚN LA ESCUELA PROFESIONAL	28

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRAFICO N°. 1 ESCUELA PROFESIONAL A AL QUE PERTENECEN LOS INGRESANTES A LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARIA ENTRE LOS AÑOS, 2018-2019, AREQUIPA 2020	9
GRAFICO N°. 2 SEXO DE LOS INGRESANTES A LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARIA ENTRE LOS AÑOS, 2018-2019, AREQUIPA 2020	11
GRAFICO N°. 3 NIVEL ANSIEDAD EN LOS ALUMNOS INGRESANTES A LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA ENTRE LOS AÑOS 2018-2019.....	13
GRAFICO N°. 4 NIVEL DE DEPRESION EN LOS ALUMNOS INGRESANTES A LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA ENTRE LOS AÑOS 2018-2019.....	15
GRAFICO N°. 5 DINAMICA FAMILIAR EN LOS ALUMNOS INGRESANTES A LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA ENTRE LOS AÑOS 2018-2019.....	17





CAPITULO I
MATERIALES Y METODOS

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

1.1. TECNICA:

Se realizó una revisión y puntuación de las encuestas tomadas a los alumnos ingresantes como parte de su examen médico, el cual incluía una evaluación psicológica.

1.2. INSTRUMENTOS:

- La escala de Zung para ansiedad (Anexo 1)
- La escala de Zung para depresión(Anexo 2)
- Instrumento FF-SIL: Evaluación del funcionamiento familiar(anexo 3)

1.3. MATERIALES:

- Escala de Zung para depresión
- Escala de Zung para ansiedad
- Prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL) Papel
- Computadora
- Sujetos dentro de la investigación

1.4. Campo de verificación

1.4.1. Ubicación espacial

El estudio se realizó en las instalaciones de la Universidad Católica de Santa María.

1.4.2. Ubicación temporal

El estudio se desarrolló en el periodo comprendido entre abril del 2018 a febrero 2019.

1.4.3. Unidades de estudio

Universo: Estudiantes que ingresaron a la Universidad Católica de Santa María entre los años 2018-2019.

1.4.4. Población:

- **Muestra:** Estudiantes que ingresaron a la Universidad Católica de Santa María entre los años 2018-2019, que cumplieron los criterios de inclusión.
- **Criterios de inclusión:**

- Todos los alumnos que ingresaron a dicha casa de estudio en los diversos procesos durante los años 2018 a febrero 2019

- **Criterios de exclusión:**

- Encuestas que no fueron llenadas en su totalidad
- Encuestas que fueron llenadas erróneamente.
- Aquellos alumnos que no hayan realizado su examen médico.
- Aquellos que no se hayan matriculado después de haber ingresado.
- Aquellos alumnos que se nieguen a ser evaluados.

1.5. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1.5.1. Organización

- Se solicitó autorización al departamento de psicología de la Universidad Católica de Santa María, para poder hacer uso de dichas encuestas tomadas.
- Se procedió a la clasificación y selección de alumnos según los resultados que se vaya obteniendo según las escalas Zung,o FF-SIL
- Los resultados serán procesados estadísticamente

1.5.2. Recursos

1.5.2.1. Humanos

- Investigadora: Gloria Danitza Mamani Yto
- Asesor: Dr. Angelo Shandeir Chuctaya Huarca
- Apoyo del departamento de psicología de la UCSM
- Estudiantes que asistieron a su evaluación médica.

1.5.2.2. Materiales

- Se contó con hojas para cuestionarios, se elaboró plantillas para facilitar la evaluación de cada encuesta, se utilizó el programa Excel para elaborar una matriz de datos además de útiles de escritorio.
- **Financieros**
Autofinanciado

1.5.3. Validación de los instrumentos

1.5.3.1. Escala Zung

Los instrumentos empleados en el presente estudio fueron desarrollados y creados por Zung, en 1961 con la escala auto administrada de depresión (8), y en 1975 con la escala autoadministrada de ansiedad (13). Los cuales han sido utilizados ampliamente en diversos tipos de pacientes y población en general, lo cual ha permitido su validación de su idioma inglés original, al español; a manos de Conde V, en 1970 con la escala de depresión de Zung (16), y por Lusilla MP en 1990 con la escala de ansiedad de Zung (17). Además existe una amplia experiencia de su uso en nuestro país, contando incluso con validación nacional, en cuanto a la escala de depresión de Zung (18). Dicha validez es apoyada por otros autores quienes refieren que al haberse utilizado extensamente en poblaciones variadas, estos confieren datos para su validez (19).

1.5.3.2. Test FF-SIL de funcionalidad familiar

Creado en Cuba por Pérez, Mide el funcionamiento familiar (dinámica relacional sistémica que se da entre los miembros de una familia), a través de la percepción de uno de los miembros.

Consta de 14 proposiciones (preguntas) y 7 categorías que definen el funcionamiento familiar, las cuales son:

- **“Cohesión:** unión familia, física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la forma de decisión de las tareas cotidianas.
- **Armonía:** correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia, en un equilibrio emocional positivo.
- **Comunicación:** los miembros son capaces de transmitir sus experiencias y conocimientos de forma clara y directa.
- **Adaptabilidad:** habilidad para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas, ante una situación que lo requiera.
- **Afectividad:** capacidad de los miembros de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.
- **Rol:** cada uno cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.

- **Permeabilidad:** capacidad de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones” (36).

Obteniéndose como resultados tras la evaluación un puntaje el cual estará dentro de estos rangos, de esta manera podremos ubicar en qué tipo de familia nos ubicamos.

- 70 a 57 - Funcional
- 56 a 43 - Moderadamente funcional
- 42 a 28 – Disfuncional
- 27 a 14 - Severamente disfuncional (36).

1.5.4. Criterios o estrategia para el manejo de resultados

▪ **PLAN DE RECOLECCIÓN**

La recolección y revisión de los datos se desarrolló tras la autorización del departamento de psicología de la Universidad Católica de Santa María.

• **PLAN DE PROCESAMIENTO:**

Las encuestas fueron ordenadas según número y se les colocó puntaje a los instrumentos, tras lo cual los datos obtenidos fueron transcritos en una matriz de sistematización elaborada en una hoja de cálculo digital mediante Excel 2013.

▪ **PLAN DE CLASIFICACIÓN:**

Los datos presentes en la matriz de sistematización, fueron distribuidos según las variables presentadas en este estudio.

▪ **PLAN DE CODIFICACIÓN:**

Se realizó la codificación numérica de aquellos datos, cuya variable contenía un indicador en escala ordinal y nominal, para agilizar la tabulación del dato en el programa SPSS versión 23.0.

▪ **PLAN DE TABULACIÓN**

Se elaboraron tablas para el cálculo de frecuencias, y tablas cruzadas para relaciones y concordancia.

▪ PLAN DE ANÁLISIS

Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2013 con su complemento analítico y el paquete SPSS v.23.0.



CAPITULO II
RESULTADOS

**“EVALUACIÓN DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y DINÁMICA FAMILIAR EN
INGRESANTES A LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARIA ENTRE
LOS AÑOS, 2018-2019, AREQUIPA 2020”**

TABLA N°. 1

**ESCUELA PROFESIONAL A AL QUE PERTENECEN LOS INGRESANTES A
LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARIA ENTRE LOS AÑOS, 2018-
2019, AREQUIPA 2020**

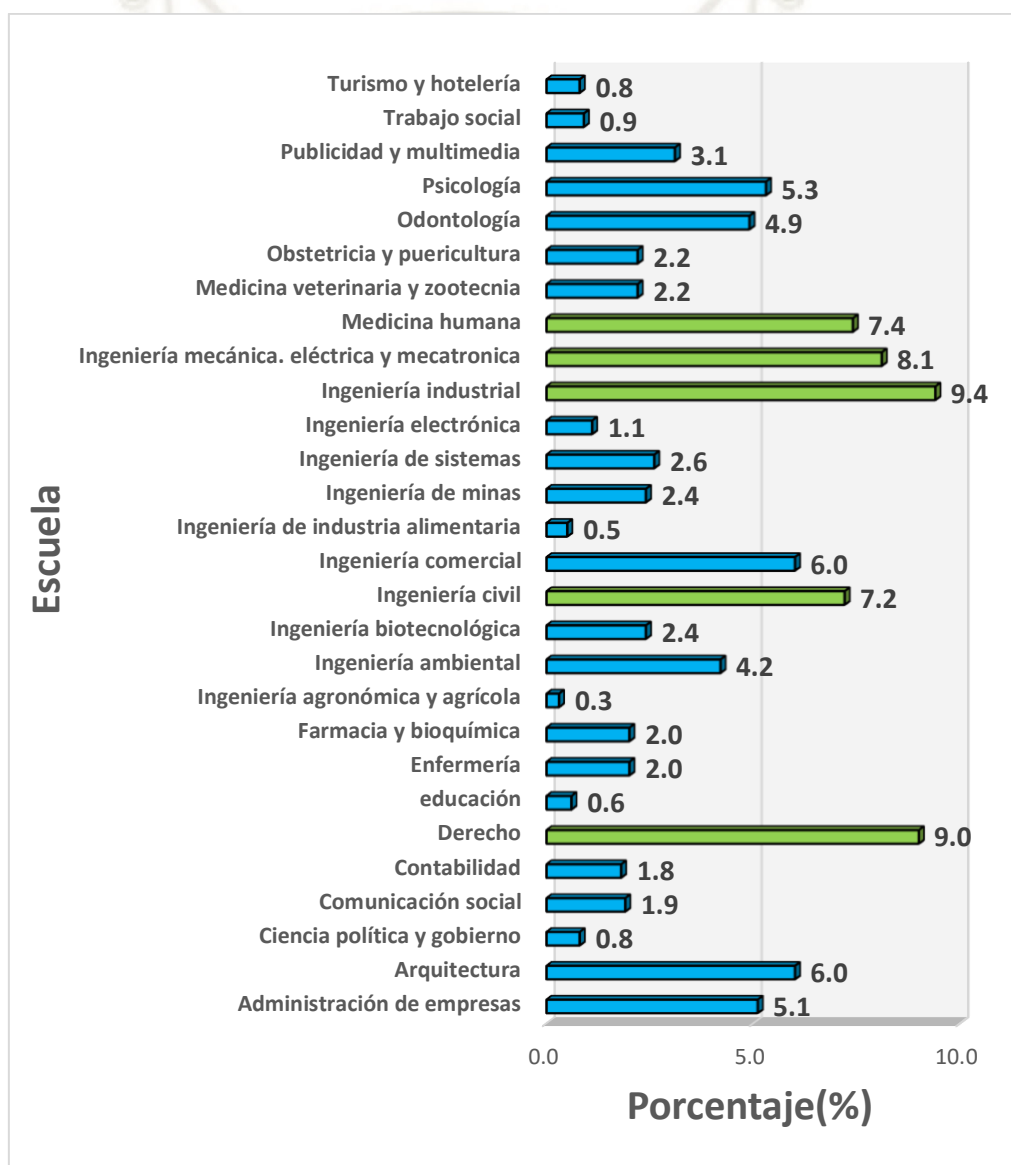
Escuela	N°.	%
Administración de empresas	124	5.1
Arquitectura	144	6.0
Ciencia política y gobierno	19	0.8
Comunicación social	46	1.9
Contabilidad	43	1.8
Derecho	217	9.0
educación	15	0.6
Enfermería	49	2.0
Farmacia y bioquímica	48	2.0
Ingeniería agronómica y agrícola	7	0.3
Ingeniería ambiental	101	4.2
Ingeniería biotecnológica	59	2.4
Ingeniería civil	174	7.2
Ingeniería comercial	145	6.0
Ingeniería de industria alimentaria	11	0.5
Ingeniería de minas	58	2.4
Ingeniería de sistemas	63	2.6
Ingeniería electrónica	27	1.1
Ingeniería industrial	228	9.4
Ingeniería mecánica. eléctrica y mecatronica	195	8.1
Medicina humana	178	7.4
Medicina veterinaria y zootecnia	54	2.2
Obstetricia y puericultura	52	2.2
Odontología	119	4.9
Psicología	127	5.3
Publicidad y multimedia	74	3.1
Trabajo social	21	0.9
Turismo y hotelería	20	0.8
TOTAL	2418	100

Fuente: Elaboración propia.

**“EVALUACIÓN DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y DINÁMICA FAMILIAR EN
INGRESANTES A LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARIA ENTRE
LOS AÑOS, 2018-2019, AREQUIPA 2020”**

GRAFICO N°. 1

**ESCUELA PROFESIONAL A LA QUE PERTENECEN LOS INGRESANTES A
LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARIA ENTRE LOS AÑOS, 2018-
2019, AREQUIPA 2020**



Fuente: Elaboración propia.

**“EVALUACIÓN DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y DINÁMICA FAMILIAR EN
INGRESANTES A LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARIA ENTRE
LOS AÑOS, 2018-2019, AREQUIPA 2020”**

TABLA N°. 2

**SEXO DE LOS INGRESANTES A LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA
MARIA ENTRE LOS AÑOS, 2018-2019, AREQUIPA 2020**

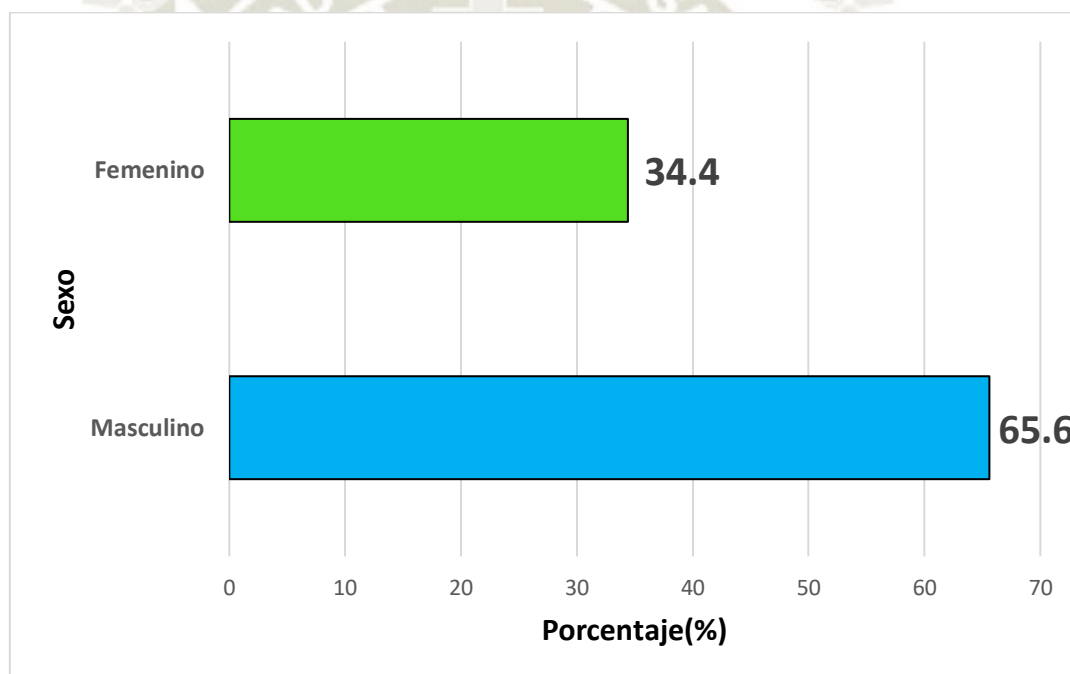
Sexo	N°.	%
Masculino	1585	65.6
Femenino	833	34.4
TOTAL	2418	100

Fuente: Elaboración propia.

**“EVALUACIÓN DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y DINÁMICA FAMILIAR EN
INGRESANTES A LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARIA ENTRE
LOS AÑOS, 2018-2019, AREQUIPA 2020”**

GRAFICO N°. 2

**SEXO DE LOS INGRESANTES A LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA
MARIA ENTRE LOS AÑOS, 2018-2019, AREQUIPA 2020**



Fuente: Elaboración propia.

**“EVALUACIÓN DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y DINÁMICA FAMILIAR EN
INGRESANTES A LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARIA ENTRE
LOS AÑOS, 2018-2019, AREQUIPA 2020”**

TABLA N°. 3
NIVEL ANSIEDAD EN LOS ALUMNOS INGRESANTES A LA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE SANTA MARÍA ENTRE LOS AÑOS 2018-2019

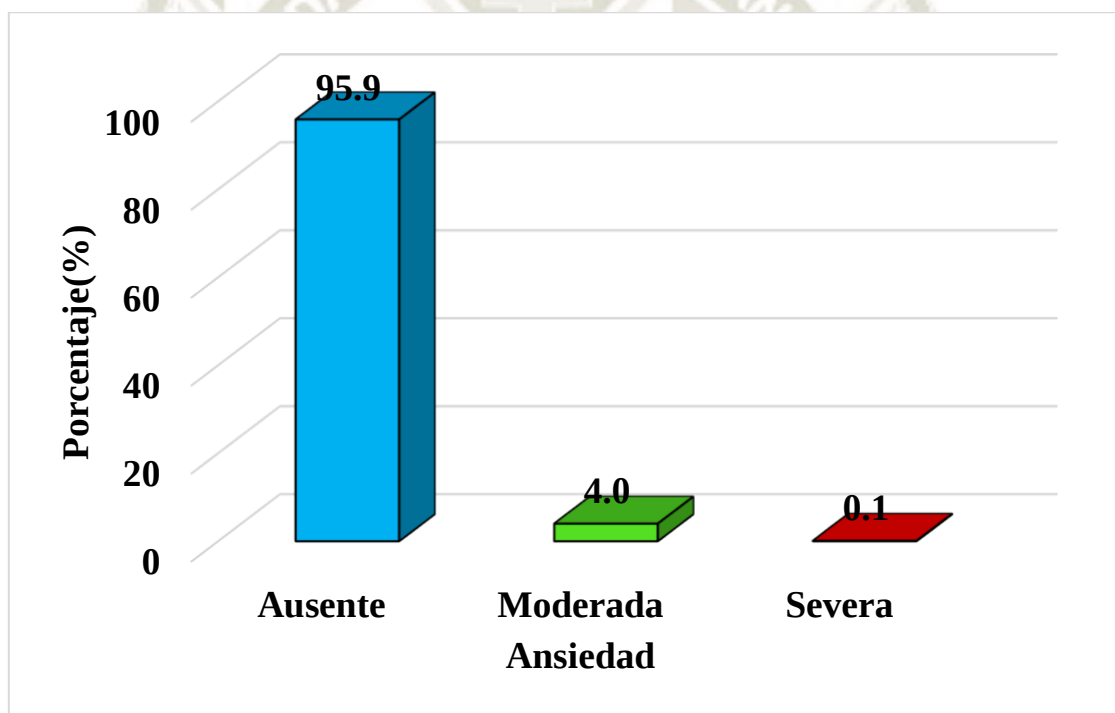
Ansiedad	N°.	%
Ausente	2319	95.9
Moderada	97	4.0
Severa	2	0.1
TOTAL	2418	100

Fuente: Elaboración propia.

**“EVALUACIÓN DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y DINÁMICA FAMILIAR EN
INGRESANTES A LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARIA ENTRE
LOS AÑOS, 2018-2019, AREQUIPA 2020”**

GRAFICO N°. 3

**NIVEL ANSIEDAD EN LOS ALUMNOS INGRESANTES A LA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE SANTA MARÍA ENTRE LOS AÑOS 2018-2019**



Fuente: Elaboración propia.

**“EVALUACIÓN DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y DINÁMICA FAMILIAR EN
INGRESANTES A LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARIA ENTRE
LOS AÑOS, 2018-2019, AREQUIPA 2020”**

TABLA N°. 4

**NIVEL DE DEPRESION EN LOS ALUMNOS INGRESANTES A LA
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA ENTRE LOS AÑOS 2018-2019**

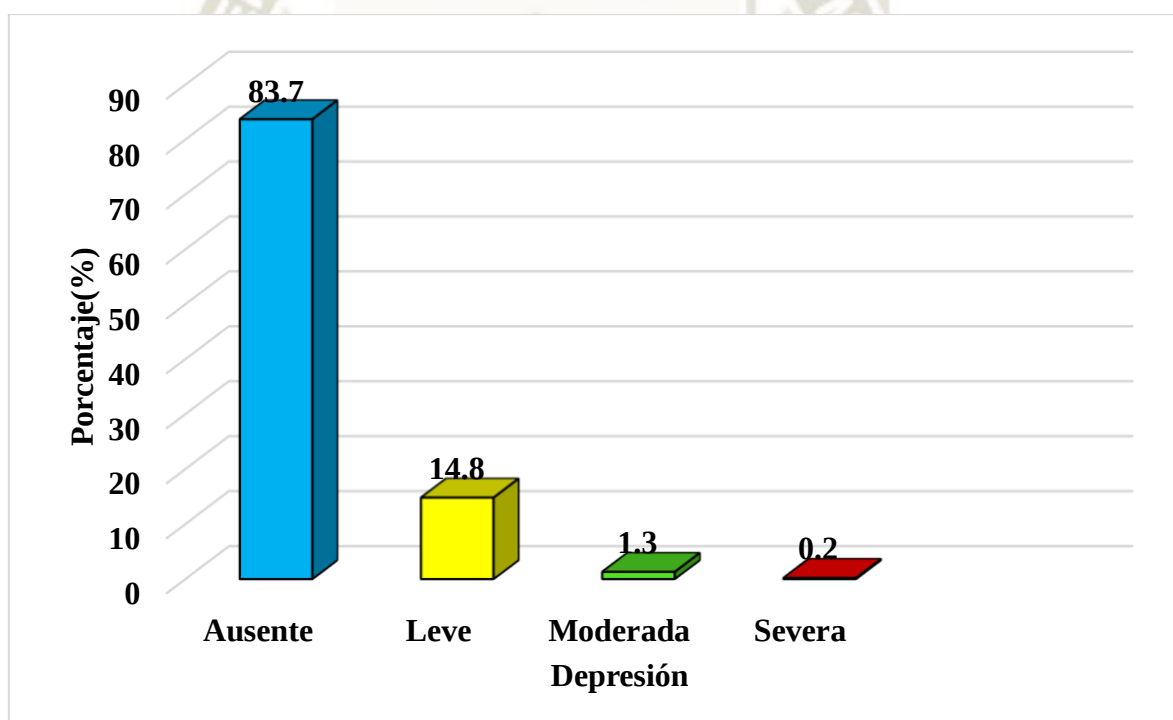
Depresión	N°.	%
Ausente	2023	83.7
Leve	359	14.8
Moderada	31	1.3
Severa	5	0.2
TOTAL	2418	100

Fuente: Elaboración propia.

**“EVALUACIÓN DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y DINÁMICA FAMILIAR EN
INGRESANTES A LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARIA ENTRE
LOS AÑOS, 2018-2019, AREQUIPA 2020”**

GRAFICO N°. 4

**NIVEL DE DEPRESION EN LOS ALUMNOS INGRESANTES A LA
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA ENTRE LOS AÑOS 2018-2019**



Fuente: Elaboración propia.

**“EVALUACIÓN DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y DINÁMICA FAMILIAR EN
INGRESANTES A LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARIA ENTRE
LOS AÑOS, 2018-2019, AREQUIPA 2020”**

TABLA N°. 5
**DINAMICA FAMILIAR EN LOS ALUMNOS INGRESANTES A LA
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA ENTRE LOS AÑOS 2018-2019**

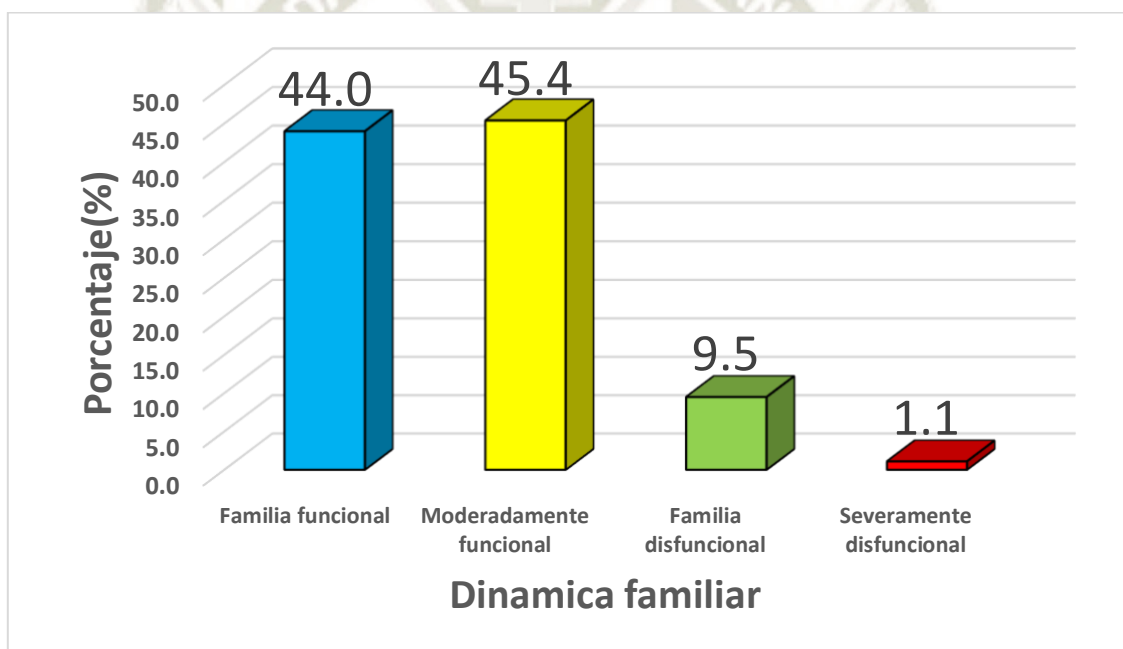
Dinámica familiar	N°.	%
Familia funcional	1065	44.0
Moderadamente funcional	1098	45.4
Familia disfuncional	229	9.5
Severamente disfuncional	26	1.1
TOTAL	2418	100

Fuente: Elaboración propia.

**“EVALUACIÓN DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y DINÁMICA FAMILIAR EN
INGRESANTES A LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARIA ENTRE
LOS AÑOS, 2018-2019, AREQUIPA 2020”**

GRAFICO N°. 5

**DINAMICA FAMILIAR EN LOS ALUMNOS INGRESANTES A LA
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA ENTRE LOS AÑOS 2018-2019**



Fuente: Elaboración propia.

**“EVALUACIÓN DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y DINÁMICA FAMILIAR EN
INGRESANTES A LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA ENTRE
LOS AÑOS, 2018-2019, AREQUIPA 2020”**

TABLA N°. 6

**RELACIÓN ENTRE LA DINÁMICA FAMILIAR Y ANSIEDAD ENTRE LOS
INGRESANTES A LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA ENTRE
LOS AÑOS 2018-2019**

Ansiedad	Dinámica familiar								TOTAL	
	Funcional		Moderadamente funcional		Disfuncional		Severamente disfuncional			
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Ausente Moderada Severa	1042	43.1	1058	43.8	201	8.3	18	0.7	2319	95.9
	23	1.0	39	1.6	28	1.2	7	0.3	97	4.0
	0	0.0	1	0.0	0	0.0	1	0.0	2	0.1
TOTAL	1065	44.0	1098	45.4	229	9.5	26	1.1	2418	100

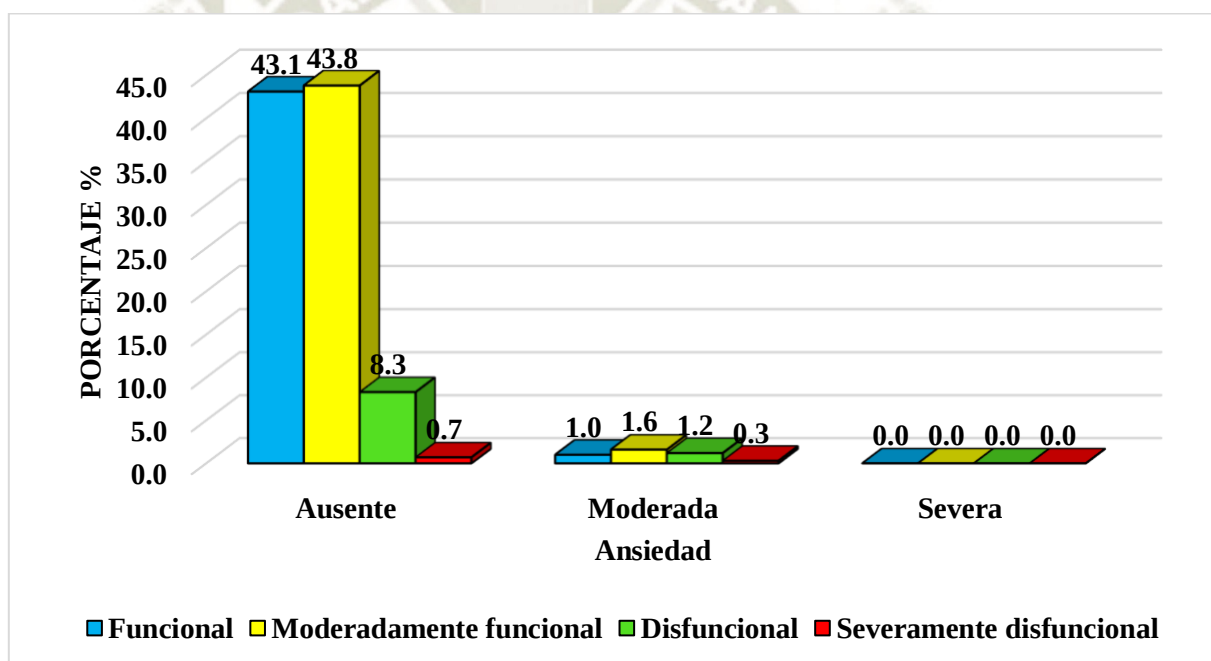
$$X^2=131.78 \quad P<0.05 \quad P=0.00$$

Fuente: Elaboración propia.

**“EVALUACIÓN DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y DINÁMICA FAMILIAR EN
INGRESANTES A LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA ENTRE
LOS AÑOS, 2018-2019, AREQUIPA 2020”**

TABLA N°. 6

**RELACIÓN ENTRE LA DINÁMICA FAMILIAR Y ANSIEDAD ENTRE LOS
INGRESANTES A LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA ENTRE
LOS AÑOS 2018-2019**



Fuente: Elaboración propia.

**“EVALUACIÓN DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y DINÁMICA FAMILIAR EN
INGRESANTES A LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA ENTRE
LOS AÑOS, 2018-2019, AREQUIPA 2020”**

TABLA N°. 7
RELACIÓN ENTRE LA DINÁMICA FAMILIAR Y DEPRESION ENTRE LOS
INGRESANTES A LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA ENTRE
LOS AÑOS 2018-2019

Depresión	Dinámica familiar								TOTAL	
	Funcional		Moderadamente funcional		Disfuncional		Severamente disfuncional			
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Ausente	1006	41.6	887	36.7	124	5.1	6	0.2	2023	83.7
Leve	57	2.4	205	8.5	85	3.5	12	0.5	359	14.8
Moderada	2	0.1	5	0.2	19	0.8	5	0.2	31	1.3
Severa	0	0.0	1	0.0	1	0.0	1	0.0	3	0.1
Crónica	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	0.1	2	0.1
TOTAL	1065	44.0	1098	45.4	229	9.5	26	1.1	2418	100

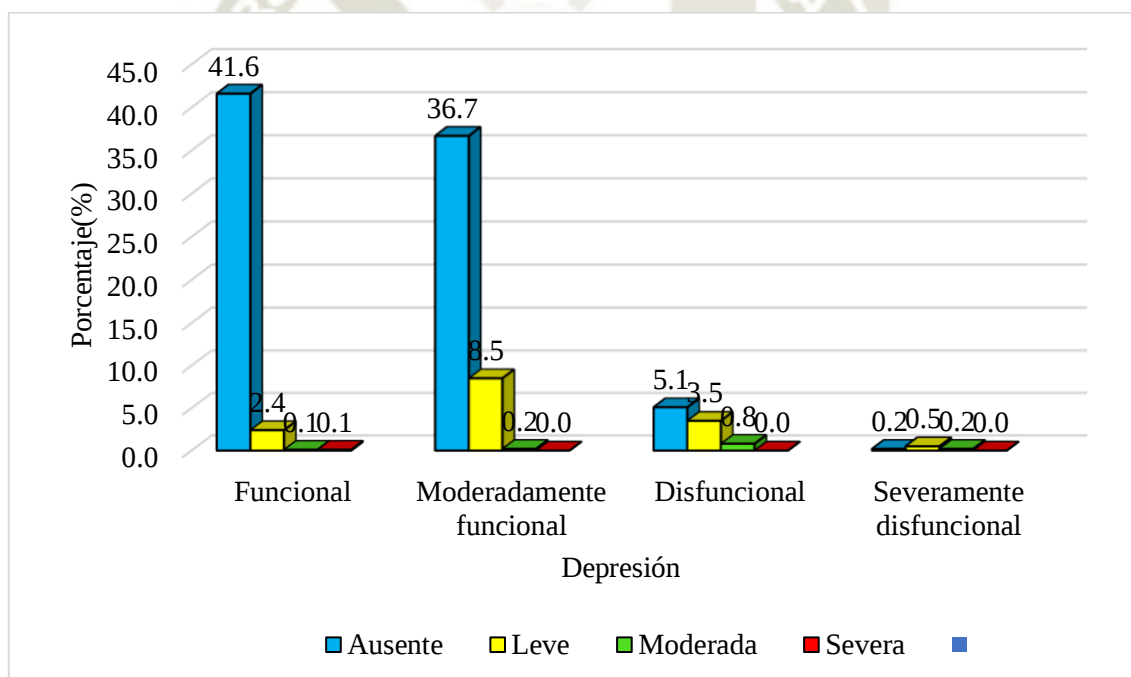
$X^2=605.60$ $P<0.05$ $P=0.00$

Fuente: Elaboración propia.

**“EVALUACIÓN DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y DINÁMICA FAMILIAR EN
INGRESANTES A LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA ENTRE
LOS AÑOS, 2018-2019, AREQUIPA 2020”**

TABLA N°. 7

**RELACIÓN ENTRE LA DINÁMICA FAMILIAR Y DEPRESION ENTRE LOS
INGRESANTES A LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA ENTRE
LOS AÑOS 2018-2019**



Fuente: Elaboración propia.

**EVALUACIÓN DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y DINÁMICA FAMILIAR EN
INGRESANTES A LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARIA ENTRE
LOS AÑOS, 2018-2019, AREQUIPA 2020”**

TABLA N°. 8 A

**NIVEL ANSIEDAD EN LOS ALUMNOS INGRESANTES A LA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE SANTA MARÍA ENTRE LOS AÑOS 2018-2019 SEGÚN LA
ESCUELA PROFESIONAL**

Escuela	N°.	%
Administración de empresas		
Ausente	118	95,2
Moderada	6	4,8
Arquitectura		
Ausente	140	97,2
Moderada	4	2,8
Ciencia política y gobierno		
Ausente	18	94,7
Moderada	1	5,3
Comunicación social		
Ausente	43	93,5
Moderada	3	6,5
Contabilidad		
Ausente	43	100,0
Moderada	0	0,0
Derecho		
Ausente	207	95,4
Moderada	10	4,6
Educación		
Ausente	14	93,3
Moderada	1	6,7
Enfermería		
Ausente	48	98,0
Moderada	1	2,0
Farmacia y bioquímica		
Ausente	47	97,9
Moderada	1	2,1
Ingeniería agronómica y agrícola		
Ausente	7	100,0
Moderada	0	0,0
Ingeniería ambiental		
Ausente	97	96,0
Moderada	4	4,0
Ingeniería biotecnológica		
Ausente	57	96,6
Moderada	2	3,4
Ingeniería civil		
Ausente	167	96,0
Moderada	5	2,9
Severa		
Moderada	2	1,1
Ingeniería comercial		
Ausente	139	95,9
Moderada	6	4,1

Fuente: Elaboración propia.

TABLA N°. 8 B
NIVEL ANSIEDAD EN LOS ALUMNOS INGRESANTES A LA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE SANTA MARÍA ENTRE LOS AÑOS 2018-2019 SEGÚN LA
ESCUELA PROFESIONAL

Escuela	N°.	%
Ingeniería de industria alimentaria		
Ausente	10	90,9
Moderada	1	9,1
Ingeniería de minas		
Ausente	56	96,6
Moderada	2	3,4
Ingeniería de sistemas		
Ausente	62	98,4
Moderada	1	1,6
Ingeniería electrónica		
Ausente	25	92,6
Moderada	2	7,4
Ingeniería industrial		
Ausente	217	95,2
Moderada	11	4,8
Ingeniería mecánica, eléctrica y mecatrónica		
Ausente	191	97,9
Moderada	4	2,1
Medicina humana		
Ausente	175	98,3
Moderada	3	1,7
Medicina veterinaria y zootecnia		
Ausente	52	96,3
Moderada	2	3,7
Obstetricia y puericultura		
Ausente	49	94,2
Moderada	3	5,8
Odontología		
Ausente	114	95,8
Moderada	5	4,2
Psicología		
Ausente	120	94,5
Moderada	7	5,5
Publicidad y multimedia		
Ausente	67	90,5
Moderada	7	9,5
Trabajo social		
Ausente	17	81,0
Moderada	4	19,0
Turismo y hotelería		
Ausente	19	95,0
Moderada	1	5,0

Fuente: Elaboración propia.

**EVALUACIÓN DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y DINÁMICA FAMILIAR EN
INGRESANTES A LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA ENTRE LOS
AÑOS, 2018-2019, AREQUIPA 2020”**

TABLA N°. 9ª

**NIVEL DE DEPRESION EN LOS ALUMNOS INGRESANTES A LA
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA ENTRE LOS AÑOS 2018-2019
SEGÚN LA ESCUELA PROFESIONAL**

Escuela	N°.	%
Administración de empresas		
Ausente	95	76,6
Leve	28	22,6
Moderada	1	0,8
Arquitectura		
Ausente	125	86,8
Leve	18	12,5
Moderada	1	0,7
Ciencia política y gobierno		
Ausente	14	73,7
Leve	4	21,1
Moderada	1	5,3
Comunicación social		
Ausente	32	69,6
Leve	13	28,3
Moderada	1	2,2
Contabilidad		
Ausente	37	86,0
Leve	6	14,0
Moderada	0	0,0
Derecho		
Ausente	178	82,0
Leve	36	16,6
Moderada	3	1,4
Educación		
Ausente	12	80,0
Leve	3	20,0
Moderada	0	0,0
Enfermería		
Ausente	41	83,7
Leve	8	16,3
Moderada	0	0,0
Farmacia y bioquímica		
Ausente	43	89,6
Leve	5	10,4
Moderada	0	0,0
Ingeniería agronómica y agrícola		
Ausente	7	0,0
Ingeniería ambiental		
Ausente	84	83,2
Leve	17	16,8
Ingeniería biotecnológica		
Ausente	53	89,8
Leve	6	10,2
Ingeniería civil		
Ausente	149	85,6
Leve	21	12,1
Moderada	2	1,1
Severa	1	0,6
Crónica	1	0,6
Ingeniería comercial		
Ausente	114	78,6
Leve	27	18,6
Moderada	4	2,8

Fuente: Elaboración propia.

TABLA N°. 9B
NIVEL DE DEPRESION EN LOS ALUMNOS INGRESANTES A LA
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA SEGÚN LA ESCUELA
PROFESIONAL

Escuela	N°.	%
Ingeniería de industria alimentaria		
Ausente	7	63,6
Leve	4	36,4
Ingeniería de minas		
Ausente	50	86,2
Leve	8	13,8
Ingeniería de sistemas		
Ausente	50	79,4
Leve	10	15,9
Moderada	3	4,8
Ingeniería electrónica		
Ausente	24	88,9
Leve	2	7,4
Moderada	1	3,7
Ingeniería industrial		
Ausente	187	82,0
Leve	33	14,5
Moderada	7	3,1
Crónica	1	0,4
Ingeniería mecánica, eléctrica y mecatronica		
Ausente	164	84,1
Leve	30	15,4
Moderada	1	0,5
Medicina humana		
Ausente	168	94,4
Leve	8	4,5
Moderada	1	0,6
Severa	1	0,6
Medicina veterinaria y zootecnia		
Ausente	45	83,3
Leve	8	14,8
Moderada	1	1,9
Obstetricia y puericultura		
Ausente	46	88,5
Leve	6	11,5
Odontología		
Ausente	111	93,3
Leve	8	6,7
Psicología		
Ausente	99	78,0
Leve	27	21,3
Moderada	1	0,8
Publicidad y multimedia		
Ausente	57	77,0
Leve	14	18,9
Moderada	3	4,1
Trabajo social		
Ausente	14	66,7
Leve	7	33,3
Turismo y hotelería		
Ausente	17	85,0
Leve	2	10,0
Severa	1	5,0

Fuente: Elaboración propia.

**EVALUACIÓN DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y DINÁMICA FAMILIAR EN
INGRESANTES A LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA ENTRE
LOS AÑOS, 2018-2019, AREQUIPA 2020”**

TABLA N°. 10ª

**DINAMICA FAMILIAR EN LOS ALUMNOS INGRESANTES A LA
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA SEGÚN LA ESCUELA
PROFESIONAL**

Escuela	N°.	%
Administración de empresas		
Familia funcional	46	37,1
Moderadamente funcional	54	43,5
Familia disfuncional	22	17,7
Severamente disfuncional	2	1,6
Arquitectura		
Familia funcional	69	47,9
Moderadamente funcional	67	46,5
Familia disfuncional	8	5,6
Ciencia política y gobierno		
Familia funcional	5	26,3
Moderadamente funcional	11	57,9
Familia disfuncional	2	10,5
Severamente disfuncional	1	5,3
Comunicación social		
Familia funcional	18	39,1
Moderadamente funcional	22	47,8
Familia disfuncional	4	8,7
Severamente disfuncional	2	4,3
Contabilidad		
Familia funcional	16	37,2
Moderadamente funcional	20	46,5
Familia disfuncional	7	16,3
Derecho		
Familia funcional	109	50,2
Moderadamente funcional	84	38,7
Familia disfuncional	23	10,6
Severamente disfuncional	1	0,5
Educación		
Familia funcional	5	33,3
Moderadamente funcional	8	53,3
Familia disfuncional	1	6,7
Severamente disfuncional	1	6,7
Enfermería		
Familia funcional	35	71,4
Moderadamente funcional	12	24,5
Familia disfuncional	2	4,1
Farmacia y bioquímica		
Familia funcional	25	52,1
Moderadamente funcional	23	47,9
Ingeniería agronómica y agrícola		
Familia funcional	2	28,6
Moderadamente funcional	4	57,1
Familia disfuncional	1	14,3
Ingeniería ambiental		
Familia funcional	39	38,6
Moderadamente funcional	48	47,5
Familia disfuncional	12	11,9
Severamente disfuncional	2	2,0

Fuente: Elaboración propia.

TABLA N°. 10B
DINAMICA FAMILIAR EN LOS ALUMNOS INGRESANTES A LA
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA SEGÚN LA ESCUELA
PROFESIONAL

Escuela	N°.	%
Ingeniería biotecnológica		
Familia funcional	33	55,9
Moderadamente funcional	24	40,7
Familia disfuncional	2	3,4
Ingeniería civil		
Familia funcional	73	42,0
Moderadamente funcional	83	47,7
Familia disfuncional	17	9,8
Severamente disfuncional	1	0,6
Ingeniería comercial		
Familia funcional	50	34,5
Moderadamente funcional	80	55,2
Familia disfuncional	13	9,0
Severamente disfuncional	2	1,4
Ingeniería de industria alimentaria		
Familia funcional	5	45,5
Moderadamente funcional	5	45,5
Familia disfuncional	1	9,1
Ingeniería de minas		
Familia funcional	23	39,7
Moderadamente funcional	27	46,6
Familia disfuncional	8	13,8
Ingeniería de sistemas		
Familia funcional	19	30,2
Moderadamente funcional	33	52,4
Familia disfuncional	10	15,9
Severamente disfuncional	1	1,6
Ingeniería electrónica		
Familia funcional	5	18,5
Moderadamente funcional	18	66,7
Familia disfuncional	3	11,1
Severamente disfuncional	1	3,7
Ingeniería industrial		
Familia funcional	94	41,2
Moderadamente funcional	99	43,4
Familia disfuncional	31	13,6
Severamente disfuncional	4	1,8
Ingeniería mecánica, eléctrica y mecatronica		
Familia funcional	74	37,9
Moderadamente funcional	98	50,3
Familia disfuncional	21	10,8
Severamente disfuncional	2	1,0
Medicina humana		
Familia funcional	110	61,8
Moderadamente funcional	59	33,1
Familia disfuncional	8	4,5
Severamente disfuncional	1	0,6

Fuente: Elaboración propia.

TABLA N°. 10C
DINAMICA FAMILIAR EN LOS ALUMNOS INGRESANTES A LA
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA SEGÚN LA ESCUELA
PROFESIONAL

Escuela	N°.	%
Medicina veterinaria y zootecnia		
Familia funcional	20	37,0
Moderadamente funcional	30	55,6
Familia disfuncional	3	5,6
Severamente disfuncional	1	1,9
Obstetricia y puericultura		
Familia funcional	30	57,7
Moderadamente funcional	18	34,6
Familia disfuncional	3	5,8
Severamente disfuncional	1	1,9
Odontología		
Familia funcional	67	56,3
Moderadamente funcional	45	37,8
Familia disfuncional	7	5,9
Psicología		
Familia funcional	50	39,4
Moderadamente funcional	63	49,6
Familia disfuncional	13	10,2
Severamente disfuncional	1	0,8
Publicidad y multimedia		
Familia funcional	20	27,0
Moderadamente funcional	49	66,2
Familia disfuncional	5	6,8
Trabajo social		
Familia funcional	12	57,1
Moderadamente funcional	8	38,1
Familia disfuncional	1	4,8
Turismo y hotelería		
Familia funcional	11	55,0
Moderadamente funcional	6	30,0
Familia disfuncional	1	5,0
Severamente disfuncional	2	10,0

Fuente: Elaboración propia.



Dada la alta incidencia de depresión y ansiedad en nuestra sociedad, es importante la identificación de este grupo vulnerable, no solo por ser considerados un problema de salud pública si no porque puede traer repercusiones no solo emocionales si no también física, académicamente como también en el ámbito social.

El presente estudio tiene como objetivo determinar el nivel ansiedad, depresión y dinámica familiar en los alumnos ingresantes a la Universidad Católica de Santa María entre los años 2018-2019.

El número de alumnos ingresantes entre los años 2018-2019 fue de 4256 alumnos, matriculándose al primer semestre 3736 alumnos, es decir un 88% de ellos, de los cuales acudieron a su examen médico 3328 (89%), cumpliendo los criterios de inclusión 2418, formando parte de este estudio.

La tabla n°. 1 muestra que el 9.4% de los ingresantes a la Universidad católica de santa maría son de la escuela profesional de ingeniería industrial, seguido 9% de ingresantes a la escuela de derecho, 8.1% de ingresantes a ingeniería mecánica eléctrica y mecatronica, mientras que el 7.4% pertenecen a la escuela de medicina humana. Esto puede deberse a distintos factores externos que estarían al margen de los objetivos planteados en dicha investigación.

La tabla n°. 2 muestra que el 65.6% de los ingresantes a la universidad católica de santa maría son de sexo masculino, mientras que el 34.4% de los ingresantes son de sexo femenino. En la tabla 1 se hace evidente que el mayor número de ingresantes se registra en escuelas de ingenierías, según la investigación de Nivia T. Álvarez-Águila, Valeria P González, Duñez, Jaime A Castillo-Elizondo realizada en la ciudad de México en 2019 titulado Mujeres y Carreras de Ingeniería en la Universidad Autónoma de Nuevo León, en México: una Mirada desde las Vivencias de las Estudiantes en donde se estudia a 389 universitarios de 9 carreras de ingenierías el trabajo de investigación tenía como objetivo estudiar los factores sociales y personales que inciden en la elección, tiempo de estudios y proyecciones laborales futuras de mujeres en diferentes carreras de ingeniería. Estudiándose sus percepciones, en una facultad donde el porcentaje de mujeres es muy bajo con respecto a los hombres. La metodología se corresponde con una investigación no experimental, aplicando un cuestionario con preguntas cerradas de opción múltiple, y tipo Likert dirigido a estudiantes mujeres de nueve carreras de ingenierías de la Universidad Autónoma de Nuevo León, en México. Hallándose que la presencia de la mujer en las carreras de Ciencia y Tecnología, en particular en ingenierías, aún es escasa, los resultados obtenidos muestran

que persisten los mitos y esteiotipos sociales que influyen en distintos contextos donde se desenvuelven las estudiantes mujeres, además de afirmar que hay una diferencia en cuanto a percepción en aquellas que empezaron sus estudios y las que están por culminar, percibiéndose un buen nivel de satisfacción de las estudiantes mujeres por la carrera elegida (38).

En el estudio realizado por Héctor Hernández y José rivera titulado “NIVELES DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE LIMA METROPOLITANA en donde su muestra estuvo formada por 500 estudiantes universitarios de la UNMSM, distribuidos por género y por bloque académico evidenciándose que las áreas de ingenierías, humanidades y ciencias de la salud tienen el mayor número de estudiantes. En donde el sexo masculino tiene mayor preferencia por el área de ingeniería que las mujeres con un 77.9 % frente a 22.1% correspondientemente, mostrando porcentajes casi equitativos entre ambos sexos (40).

La tabla n°. 3 muestra que el 95.9% de los ingresantes a la Universidad Católica de Santa María no presentan ansiedad, seguido del 4.0% de ingresantes con ansiedad moderada, mientras que el 0.1% de ellos presentan ansiedad severa. Se considera que la presencia de ansiedad en las personas es consecuencia normal, sobre todo cuando el organismo se prepara ante diversas situaciones e incluso necesaria porque prepara al organismo ante emociones mayores, pero en bajos niveles, la presencia constante o en altos niveles puede atentar contra la adaptación del grupo de alumnos al nuevo ambiente universitario e incluso disminuir su rendimiento académico, donde su reciente ingreso puede verse afectado (28,29).

La tabla n°. 4 muestra que el 83.7% de los ingresantes a la universidad católica de santa maría no presentan depresión, seguido del 14.8% de ingresantes con depresión leve, el 1.3% tienen depresión moderada, mientras que con 0.2% los ingresantes tienen depresión severa, prácticamente se presenta la depresión en 16.3%(395 alumnos) en sus tipos leve, moderada y severa, cualitativamente son distintas pero básicamente es la presencia de depresión.

En el estudio realizado por Katherine arrieta , Shyrley Díaz y Farith González ,En su estudio titulado “SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN JÓVENES UNIVERSITARIOS: PREVALENCIA Y FACTORES” relacionados, realizado en Colombia en el año 2014,Se utilizó “un instrumento anónimo de auto-reportre que incluyó: variables sociodemográficas (sexo, edad, estrato socioeconómico), el cuestionario de cribado para ansiedad y depresión, cuestionario Goldberg (E.A.D.G), el APGAR familiar para determinar la función familiar y otras preguntas que indagaban por factores asociados.

Los datos fueron analizados a partir de frecuencias y proporciones, razones de disparidad y regresión logística nominal. Resultados: La prevalencia de síntomas ansiosos y depresivos fue del 76,2% y 74,4% respectivamente. Los factores asociados con síntomas ansiosos fueron: dificultades económicas, problemas familiares y consumo de alcohol; los relacionados con síntomas depresivos fueron: problemas familiares, dificultades económicas, ansiedad y antecedentes familiares de ansiedad o depresión. Concluyendo que La sintomatología de ansiedad y depresión fue alta en los universitarios, siendo las dificultades económicas y los problemas familiares los factores que más intervinieron para su aparición. Por lo tanto son necesarias las intervenciones que modifiquen estos comportamientos en beneficio de la calidad de vida de estos jóvenes” (39).

En el estudio realizado por hector hernandez y jose rivera titulado “NIVELES DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE LIMA METROPOLITANA” en lima en el año 2007, su muestra estuvo formada por 500 estudiantes universitarios de la UNMSM, distribuidos por género y por bloque académico, se evaluó la prevalencia de depresión y ansiedad mediante la prueba denominada HADS en donde los niveles de depresión leve son de 9.07%, depresión moderada 2.80%, además de depresión severa con un 0.005%, además de mostrar que la población masculina es mayor a la femenina sin embargo la depresión se manifiesta con intensidad mayor en mujeres que en varones: 15,35% (depresión leve) y 2,30% (depresión moderada), frente a un 5,30 % (depresión leve) y un 2,30% (depresión moderada) de los varones. . La ansiedad es también mayor en mujeres que en hombres, con una media de 9,25 frente a 8,97 (40).

La tabla n°. 5 muestra que el 45.4% (1098 alumnos) de los ingresantes a la universidad católica de santa maría tienen familias moderadamente funcionales, seguido del 44.0% (229 alumnos) con familias funcionales, el 9.5% tienen familia disfuncional, mientras que el 1.1% (26 alumnos) presentan dinámica familiar severamente disfuncional.

En el estudio realizado por garrido garduño, torres velasquez, nadia Rigoni y adrian reyes con el título de: “DINÁMICA FAMILIAR DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS”, Se aplicó un cuestionario a 46 alumnos universitarios. Los resultados encontrados se analizaron con base en las diferencias entre los padres que viven juntos y los padres que viven separados, en los ejes que conforman la dinámica familiar en el instrumento utilizado, tales como la autoridad, sistema de valores, manejo del conflicto, comunicación, formación de identidad, disciplina e integración social” (41).

En el estudio realizado por Edith Ruiz Estrada con el título de “Aspectos de la dinámica familiar y motivacionales asociados al desempeño académico en estudiantes universitarios condicionales en una institución privada de México”

El estudio se llevó a cabo en una universidad privada, la muestra fue de 31 alumnos, 20 alumnos son del sexo masculino y 11 del sexo femenino.

Las edades oscilaron entre los veinte y veinticinco años. Los instrumentos que se aplicaron para recabar la información fueron la Escala Atribucional de Motivación del Logro (EAML) y la Escala de Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (ERI). El método que se utilizó fue de corte cuantitativo

En cuanto a la dinámica familiar de la población osciló entre un nivel bajo y un nivel medio, el 51.6% de la población se encontró en el nivel más alto de la dimensión dificultades, lo que denota que el perfil de los estudiantes que cursan el programa de éxito académico son alumnos con problemáticas o ambientes familiares hostiles y con un nivel bueno de motivación” (41).

Consideramos al grupo familiar funcional cuando se encuentran presentes los padres o han un vínculo constante con ellos, apoyan a sus hijos y no tienen interferencias familiares que impidan su normal desarrollo. Este grupo promueve el desarrollo integral y la salud física y emocional de sus miembros, es flexible a los cambios, se permite la comunicación entre sus miembros (35, 36,37).

El grupo familiar es disfuncional cuando existen interferencias de tipo físico con la ausencia permanente de alguno de los padres o la falta de apoyo de alguno de ellos. Esta forma de funcionamiento se considera como un factor de riesgo ya que propicia la aparición de enfermedades psicosomáticas entre sus miembros. En este grupo, la familia es muy rígida, no acepta cambios, hay incompetencia intrafamiliar en general, incumplimiento de sus funciones básicas: económica, biológica y social (35, 36,37).

La tabla nº. 6 según la prueba de chi cuadrado ($\chi^2=131.78$) muestra que la dinámica familiar y el nivel de ansiedad presenta relación estadística significativa ($p<0.05$).

Asimismo, se observa que el 43.1% de los ingresantes a la universidad católica de santa maría con dinámica familiar funcional no presentan ansiedad, mientras que el 1.2% de los ingresantes con familia disfuncional presentan ansiedad moderada.

En el estudio realizado por Balanza Galindo, Morales Moreno, Guerrero Muñoz, titulado “Prevalencia de Ansiedad y Depresión en una Población de Estudiantes Universitarios: Factores Académicos y Sociofamiliares Asociados” formada por 4.821 estudiantes matriculados en la Universidad Católica San Antonio de Murcia, durante el curso 2004-2005 en donde se evidencia “La elevada frecuencia de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios está relacionada con factores sociales, familiares y por el estrés académico. El objetivo es analizar la prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión y factores académicos y socio familiares asociados. El estudio se realizó en una muestra de 700 alumnos, aplicando la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG). Como factores de estudio se utilizaron variables que medían diversas situaciones estresantes relacionadas con factores socio familiares y académicos. El 47,1% de los estudiantes sufrían trastornos de ansiedad y el 55,6% depresión. En el análisis multivalente, el sexo femenino es quienes presentan mayor riesgo de ansiedad y de depresión” (42). Corroborando dicha relación, por tanto La familia debe trabajar la parte afectiva de sus miembros, proporcionando espacios para la comunicación y comprensión, creando la predisposición para asistir y formar parte del proceso de enseñanza-aprendizaje para el bienestar de sus hijos (42).

La tabla nº. 7 según la prueba de chi cuadrado ($\chi^2=605.60$) muestra que la dinámica familiar y el nivel de depresión presenta relación estadística significativa ($p<0.05$).

Asimismo, se observa que el 41.6% de los ingresantes a la universidad católica de santa maría con dinámica familiar funcional no presentan depresión, mientras que el 3.5% de los ingresantes con familia disfuncional presentan depresión leve.

CAPITULO IV
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

PRIMERO: El 14.8% de los ingresantes a la Universidad Católica de Santa María presentaron síntomas de ansiedad leve, 4.0% de ingresantes presenta ansiedad moderada, mientras que el 0.2% de ellos presentan ansiedad severa

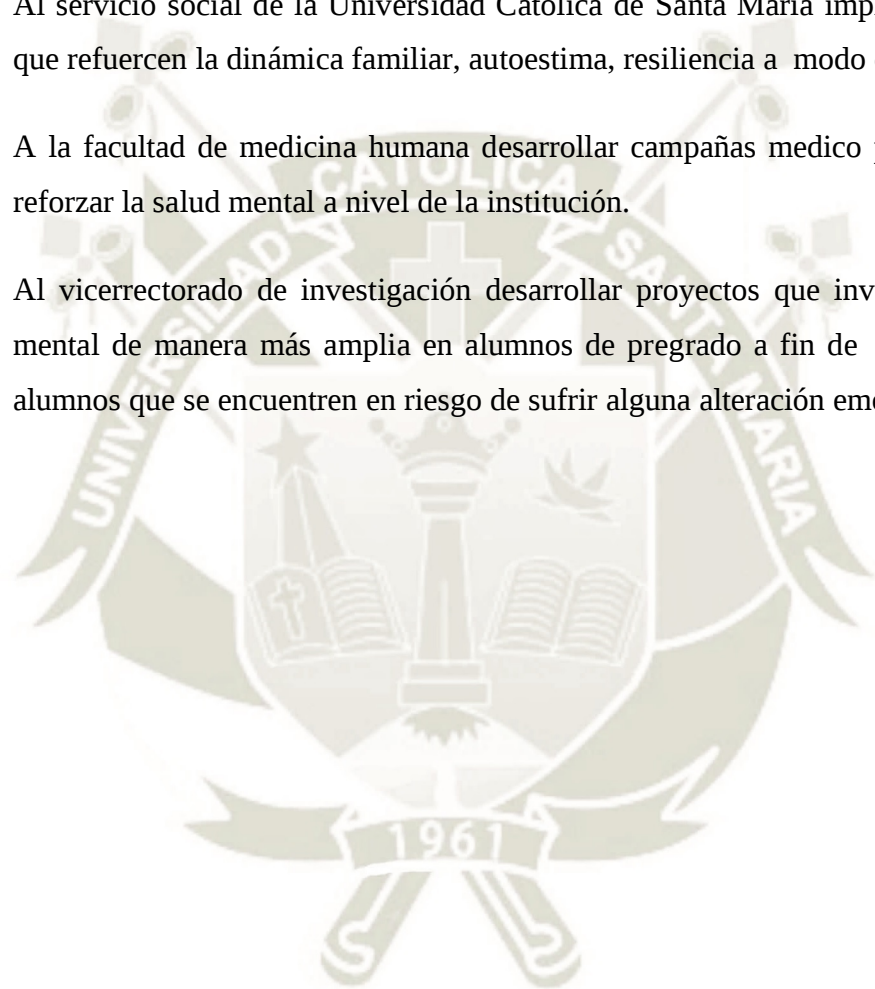
SEGUNDO: El 14.8% de ingresantes a la Universidad Católica de Santa María presenta depresión leve, el 1.3% tienen depresión moderada, mientras que con 0.2% de los ingresantes tienen depresión severa

TERCERO: El 45.4% (1098 alumnos) de los ingresantes a la universidad católica de santa maría tienen familias moderadamente funcionales, el 9.5% (229 alumnos) tienen familia disfuncional, mientras que el 1.1% (26 alumnos) presentan dinámica familiar severamente disfuncional.

CUARTO: Según la prueba chi cuadrado, muestran la dinámica familiar y el nivel de ansiedad y depresión presenta relación estadística significativa ($p < 0.05$)

SUGERENCIAS:

1. Se sugiere al programa de psicología de la Universidad Católica de Santa María hacer más extensiva la evaluación con el fin de valorar el nivel de ansiedad y depresión en ingresantes tratando de cubrir el 100%.
2. Al servicio social de la Universidad Católica de Santa María implementar talleres que refuercen la dinámica familiar, autoestima, resiliencia a modo de prevención.
3. A la facultad de medicina humana desarrollar campañas médico preventivas para reforzar la salud mental a nivel de la institución.
4. Al vicerrectorado de investigación desarrollar proyectos que involucren la salud mental de manera más amplia en alumnos de pregrado a fin de identificar a los alumnos que se encuentren en riesgo de sufrir alguna alteración emocional.



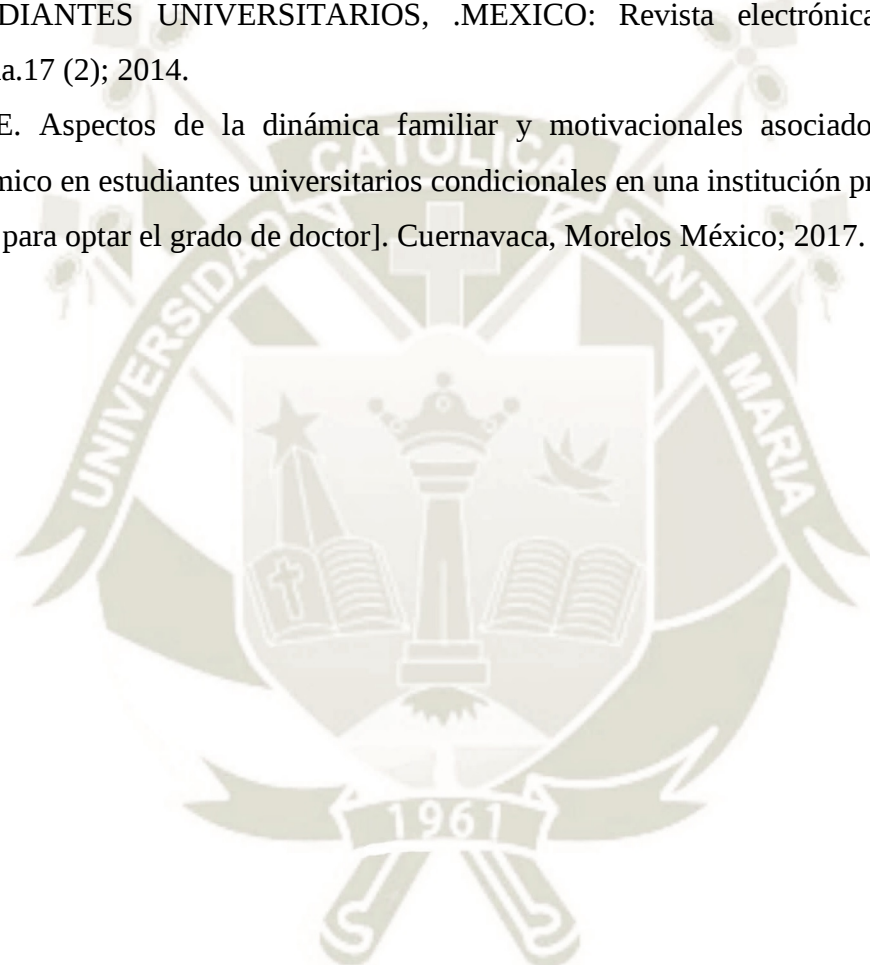
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

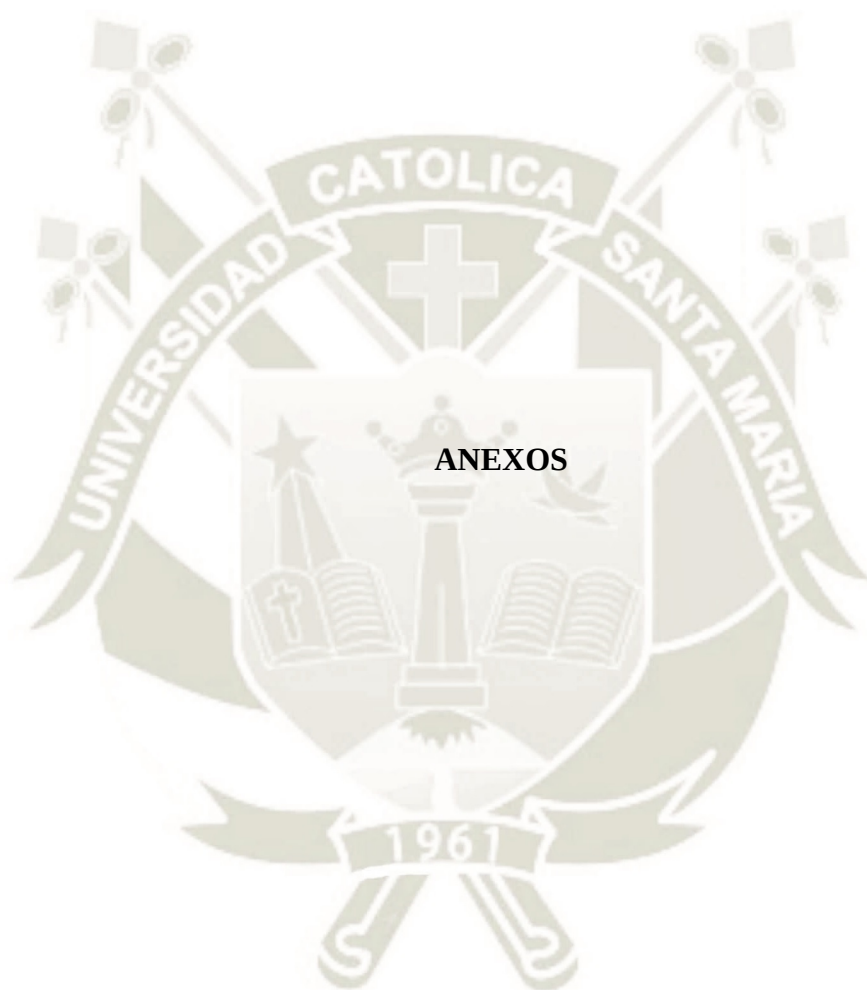
1. Organización Mundial de la Salud (OMS) | Depresión [Internet]. WHO. [citado el 20 de diciembre de 2019]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
2. Asociación Americana de Psiquiatría. DSM-5: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5a ed. España: Editorial Médica Panamericana; 2016.
3. Sadock BJ, Kaplan HI, Sadock VA, Artigot Cánovas RM, Ovid Technologies I. Kaplan & Sadock sinopsis de psiquiatría ciencias de la conducta/psiquiatría clínica. 10a ed. Barcelona: Wolter Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
4. World Health Organization. [Online]. Trastornos mentales.; 2016 [Citado 6 Diciembre 2019]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>
5. National Collaborating Centre for Mental Health. Depression. The treatment and management of depression in adults. London: The British Psychological Society; 2010. Informe No.: 90.
6. Machado, Andrés Vázquez. Depresión. Diferencias de género. Rev. Multimed. 2013; 17(3).
7. Organización Panamericana de la Salud. [Online]. Día Mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente.; 2012 [Citado 6 enero 2020]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305%3A2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=1926&lang=es
8. Rondón, Marta B. Salud mental: un problema de salud pública en el Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2006; 23(4):237-238.
9. Black DW, Andreasen NC. Texto introductorio de psiquiatría. 1a ed. Mexico, DF: Editorial El Manual Moderno; 2015.
10. Beck AT, Beamesderfer A. Assessment of depression: the depression inventory. Mod Probl Pharmacopsychiatry. 1974; 7(0):151–69.
11. Sadock B, Sadock V. Kaplan y Sadock Manual de Bolsillo de Psiquiatría Clínica. Cuarta ed. Health WK, editor. España: Lippicott Williams and Wilkins; 2008.
12. Llaza Loayza e. casos clínicos en psiquiatría. 1st ed. Arequipa; 2011.
13. Fortes J, Landa E, Alvites M, Pulido la Torre M, Benito Ruiz A. Terapia electroconvulsiva ¿Cuándo y cómo se aplica? Revista fml. 2013; 17(31):1-6.
14. Zung WW. A Self-rating depression scale. Arch Gen Psychiatry. 1965 Jan; 12:63–70
15. Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. Br J Soc Clin Psychol. 1967 Dec; 6(4):278–96.

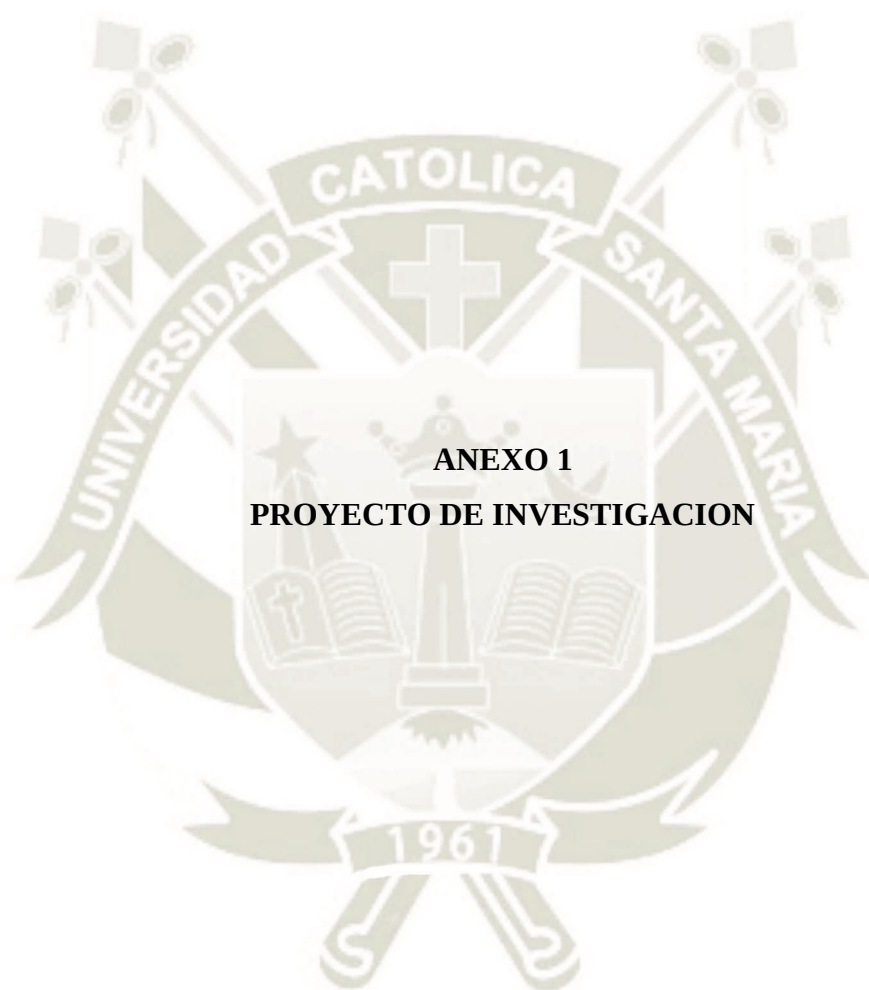
16. Ministerio de la Salud. Dirección General de Promoción de la Salud; Universidad Peruana Cayetano Heredia. Facultad de Salud Pública y Administración "Carlos Vidal Layseca". Unidad de Salud Mental. Módulo de Atención Integral en Salud Mental dirigido a trabajadores de primer nivel de atención. Módulo 6: La depresión [Online]. Lima: Ministerio de Salud; 2005. [Citado 7 enero 2017]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/820_MS-PROM14.pdf
17. Ana González Pinto, Purificación López Peña, Iñaki Zorrilla Martínez. Depresión unipolar y otras depresiones. En: Palomo, Tomás; Jiménez-Arriero, editores. M. A. Manual de Psiquiatría. Madrid: Ene Life Publicidad SA y Editores; 2009. p. 325-343.
18. Goodwin RD, Jacobi F, Wittchen. Epidemiología de los trastornos del estado de ánimo. En: Stein, Kupfer, Schatzberg, editores. Textbook of mood disorders. Barcelona: Medical Trences; 2006. p. 29-47.
19. Toro R, Yepes L, Palacio C. Fundamentos de Medicina - Psiquiatría. Quinta ed. Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas; 2010
20. Silva, Hernán. Nuevas Perspectivas En La Biología De La Depresión. Revista Chilena De Neuro-Psiquiatría. 2002; 40: 9-20.
21. González Ceinos M. Reflexión sobre los trastornos de ansiedad en la sociedad occidental. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2007 Mar; 23(1):0-0.
22. Kessler, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas, Walters E. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. 2005; 62(6): 593-602
23. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao Replicación 2012. Informe General. Anales de Salud Mental. 2013; Vol. XXIX. 2013, Suplemento 1.
24. Orozco, Wendy Navas; Baldares, María Jesús Vargas. Trastornos de ansiedad: revisión dirigida para atención primaria. Revista médica de costa rica y Centroamérica. 2012; 69(604): 497-507
25. James Morrison. DSM-5 Guía para el diagnóstico clínico. 1a Ed. México, D.F.: Editorial El Manual Moderno; 2015.
26. Campo-Arias, Adalberto; Miranda, Carlos Arturo Cassiani. Trastornos mentales más frecuentes: prevalencia y algunos factores sociodemográficos asociados. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2008; 37(4): 598-613
27. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. J Consult Clin Psychol. 1988 Dec;56(6):893-

28. González Ceinos Martha. Reflexión sobre los trastornos de ansiedad en la sociedad occidental. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2007 Mar [citado 2020 Mar 08]; 23(1).
29. Grupo de Trabajo de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid, 2008
30. Tyrer P, Baldwin D. Generalised anxiety disorder. Lancet. 2006; 368(9553):2156-2166.
31. F. Muñoz Cobos, J. M. Espinosa Almendro, J. Portillo Strempele y G. Rodríguez González de Molina. La familia en la enfermedad terminal. Revista de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC). 2010
32. Olson D.H. Circumplex model of family systems VII: Family assessment and intervention. 1979
33. Guía de Implementación del Programa Familias y Viviendas Saludables: Lima, Ministerio de Salud, 2005
34. Parra, H. Relaciones que dan origen a la familia. Monografía de grado presentado para optar al título de abogada. Universidad de Antioquia, Medellín. 2005
35. Palacios, K. y Sánchez, H. Funcionamiento familiar y resiliencia en alumnos de 2° a 5° de secundaria de una institución educativa pública de Lima Este, 2015 (Tesis de Licenciatura). Universidad Peruana disponible en: http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/139/Kimberly_Tesis_bachiller_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y
36. Pérez, E., De la Cuesta, D., Louro, I. y Bayarbe, H. Funcionamiento familiar. Construcción y validación de un instrumento. Ciencias de la salud humana, 4 (1), 63-66. 1997
37. Bazo-Álvarez Juan Carlos, Bazo-Álvarez Oscar Alfredo, Águila Jinés, Peralta Frank, Momento Wilfredo, Bennett Ion M. Propiedades psicométricas de la escala de funcionalidad familiar faces-III: un estudio en adolescentes peruanos. Rev. Perú. med. exp. salud pública [Internet]. 2016 Jul [citado 2020 Mar 09]; 33(3): 462-470. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000300011&lng=es. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.333.2299>.
38. Álvarez-Aguilar, Nivia T., González-Duñez, Valeria P, & Castillo-Elizondo, Jaime A. Mujeres y Carreras de Ingeniería en la Universidad Autónoma de Nuevo León, en México:

- una Mirada desde las Vivencias de las Estudiantes. Formación universitaria, 2019 12(4), 85-94. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-50062019000400085>
39. Arrieta V, Díaz C y González M. Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados.COLOMBIA.2014.
40. Riveros M, Hernández P, Rivera J. Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes de lima metropolitana. Revista de investigación en Psicología UNMSM vol10 n°1; 2007.pp91-102.
41. Garrido G, Torres V, Navarro C, Rigoni Z, Reyes L, DINÁMICA FAMILIAR DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS, .MEXICO: Revista electrónica de Psicología Iztacala.17 (2); 2014.
42. Ruiz E. Aspectos de la dinámica familiar y motivacionales asociados al desempeño académico en estudiantes universitarios condicionales en una institución privada de México [Tesis para optar el grado de doctor]. Cuernavaca, Morelos México; 2017.







ANEXO 1
PROYECTO DE INVESTIGACION

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



**“EVALUACIÓN DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y DINÁMICA FAMILIAR EN
INGRESANTES A LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARIA ENTRE
LOS AÑOS, 2018-2019, AREQUIPA 2020”**

Proyecto de Tesis presentado por la Bachiller:

Mamani Yto, Gloria Danitza

para optar el Título Profesional de:

Médico Cirujana

Asesor:

Dr. Chuctaya Huarca, Angelo Shandeir

Arequipa - Perú

2020

1. PREÁMBULO

La etapa universitaria es algo que va más allá de asistir a clases, estudiar o rendir exámenes, algunos la definen como una de las mejores etapas, pero ya no se trata de solo aprender por obligación, ni de memorizar conceptos que simplemente olvidaremos, este es un tiempo de conexión con aquello que nos gusta y que permita formarnos como profesionales, en donde se tiene aciertos como errores, es un tramo de la vida en la que descubres y/o experimentas cosas nuevas, socializas formando lazos entre amistades quienes más adelante serán como familia, además de conocerte a ti mismo en diferentes aspectos, siendo dueño de uno mismo como de su tiempo, además de ser responsable en la toma de decisiones, dependiendo menos de nuestros padres sin dejar de guiar nuestro desarrollo como persona.

No hay nada mejor que dar la bienvenida a ingresantes sanos, llenos de vitalidad y ánimos de estudiar, pero nuestra realidad es distinta, muchos ingresantes traen consigo, crisis emocionales, baja autoestima, trastornos psicosomáticos, depresión, ansiedad, pensamientos suicidas, sentimientos de culpa, alteraciones de la conducta, problemas en la dinámica familiar, etc.

Detrás de cada alumno hay un hogar, un grupo de amigos que bien pueden ser apoyo o verdugos de este, siendo propensos a desarrollar cuadros de ansiedad y/o depresión.

Durante los últimos años de mi universitaria he sido testigo del arduo trabajo que se da en el departamento de psicología de la Universidad Católica de Santa María y el gran apoyo que fue para aquellos que presentaron desequilibrio o estados de desorganización emocional, situación que engendra **aflicción** y que ponía en prueba sus recursos personales.

Por tal motivo el estudio planteado que busca dar a conocer el porcentaje de esta población afectada, además de la importancia de la identificación a tiempo de aquellos ingresantes que puedan estar en riesgo o presentar ansiedad, depresión y/o problemas en la dinámica familiar, haciendo de ellos un grupo vulnerable, quienes muchas veces no buscan ayuda por sí mismos, sea por desconocimiento, falta de recursos, y/o apoyo de entorno, sin embargo debemos prevenir estas situaciones a fin de que estén preparados y darles mejores condiciones para su desarrollo eficaz dentro y fuera de la nueva vida universitaria.

Al término de este estudio, podremos tener un análisis ajustado a nuestra realidad dentro de la universidad, el cual dejara un precedente de la importancia de la salud mental.

2. PLANTEAMIENTO TEÓRICO:

2.1. Problema de investigación

2.1.1. Enunciado del Problema

- ¿Cuál es la frecuencia de síntomas de ansiedad y depresión, en ingresantes a la universidad católica de santa maría entre los años 2018-2019?
- ¿Cuál es el nivel de dinámica familiar en ingresantes a la universidad católica de santa maría entre los años 2018-2019?

2.1.2. Descripción del Problema

2.1.2.1. área del conocimiento

Área general: Ciencias de la Salud

Área Específica: Medicina Humana

Especialidad: Psiquiatría

Línea: Ansiedad, depresión y dinámica familiar

2.1.2.2. Operacionalización de Variables

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS INGRESANTES

VARIABLE	INDICADOR	UNIDAD /CATEGORÍA	ESCALA
Sexo	Género	Masculino	Dicotómica
		Femenino	
Escuela profesional		- Administración de empresas - Arquitectura - Ciencia política y gobierno - Comunicación social - Contabilidad - Derecho - Educación - Enfermería - Farmacia y bioquímica - Ingeniería agronómica y agrícola - Ingeniería ambiental - Ingeniería biotecnológica - Ingeniería civil - Ingeniería comercial - Ingeniería de industria alimentaria - Ingeniería de minas - Ingeniería de sistemas - Ingeniería electrónica - Ingeniería industrial - Ingeniería mecánica-eléctrica y macarrónica - Medicina humana - Medicina veterinaria y zootecnia - Obstetricia y puericultura	Cuantitativo Ordinal

		- Odontología - Psicología - Publicidad y multimedia - Trabajo social - Teología - Turismo y hotelería	

VARIABLE	INDICADOR	SUB INDICADOR	ESCALA
Depresión	- Nivel de depresión según escala de evaluación Zung	- ≤ 40 : Depresión ausente - 41 – 47: Depresión leve - 48 – 55: Depresión moderada - >55 : Depresión severa	- Ordinal
Ansiedad	- Nivel de ansiedad según escala de evaluación Zung	- < 36 : Ansiedad ausente - 36 – 47 : Ansiedad leve - 48 – 59 : Ansiedad moderada - ≥ 60 : Ansiedad severa	- Ordinal
Disfuncion familiar	Evaluación del funcionamiento familiar según instrumento FF-SIL	- 70 -57 :Familias funcional - 56 - 43 :Familia moderadamente funcional - 42-28:Familia disfuncional - 27 -14: Familia severamente disfuncional	-Ordinal

2.2. Interrogantes básicas

1. ¿Cuál es la frecuencia de ansiedad entre los ingresantes a la universidad católica de santa maría entre los años 2018-2019?
2. ¿Cuál es la frecuencia de depresión entre los ingresantes a la universidad católica de santa maría entre los años 2018-2019?
3. ¿Cuál es el nivel de dinámica familiar entre los ingresantes a la universidad católica de santa maría entre los años 2018-2019?
4. ¿Existe relación entre dinámica familiar y ansiedad entre los ingresantes a la universidad católica de santa maría entre los años 2018-2019?
5. ¿Existe relación entre dinámica familiar y depresión entre los ingresantes a la universidad católica de santa maría entre los años 2018-2019?

2.3. Tipo de investigación:

- **TIPO DE INVESTIGACIÓN:** Analítica
- **DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:** Observacional, transversal, de campo.
- **NIVEL DE INVESTIGACIÓN:** Descriptivo, relacional

2.4. Justificación del problema

El trabajo de investigación presentado se ve justificado por las siguientes razones:

1. **Originalidad:** Esta sería la primera vez que se presentaría un estudio sobre esta población, así mismo resaltar la importancia del estado mental y dinámica familiar de los alumnos ingresantes a la universidad católica de santa maría y su repercusión en el ámbito académico, afectivo, social, cobrando real importancia al hacer seguimiento a dichas entrevistas e identificando a aquellos que estén en riesgo.
2. **Justificación Científica:** La depresión y ansiedad afectan no solo la salud mental de quienes la padecen, sino también su salud corporal; siendo así un factor importante para el desarrollo de patologías posteriores. De tal forma es importante determinar que individuos son más susceptibles, y en que situaciones; y así poder prevenirlas y tratarlas.

Al evaluar la dinámica familiar nos permitirá tener una imagen de la funcionabilidad de esta, tomando un rol importante, en aquellos que presenten

problemas emocionales, sea leve, moderado o severo, o identificar a aquellos alumnos ingresantes que vengan de un hogar disfuncional y el impacto psicológico que pueda tener en ellos.

3. **Justificación Humana:** la estabilidad emocional y la salud mental de los alumnos ingresantes a veces es puesta a prueba bajo situaciones de estrés, algunos de ellos sin saber que sufren de depresión o ansiedad, por ello es importante poder identificar a estos alumnos e intervenir. Y el poder saber cómo es que ellos perciben la funcionabilidad de su hogar nos da una idea, a que en realidad nos estamos enfrentando, de si serán hogares en donde se encontrara apoyo o no.
4. **Justificación Social:** El grado de afectación emocional de los alumnos se podría ver reflejado en su desempeño como estudiantes, en la relación con su familia e incluso ámbito social. Afectando de tal forma su calidad de vida y su lugar como miembros de una sociedad.
5. **Justificación Contemporánea:** la depresión y ansiedad es una enfermedad que está en aumento, muchas veces minimizada por la sociedad, muy pocas veces estudiada, y aun en menor medida tratada, sea por desconocimiento, falta de apoyo o en algunos casos falta de recursos, conocedores de su gran impacto que puede tener en la persona y en su deterioro físico, emocional y social es importante un mayor aporte de estos conocimientos de acuerdo al tiempo en que estamos.
6. **Factibilidad:** El desarrollo de este estudio es factible porque ayudaría en el conocimiento sobre el estado mental de los alumnos ingresantes. Permitiendo así un estudio adecuado, al contar con instrumentos validados.
7. **Interés Personal:** Este proyecto se desarrolla con la finalidad de dar a conocer cuál es el nivel de ansiedad, depresión y dinámica familiar en los alumnos ingresantes a la universidad católica de santa maría, y también para poder dejar ciertas bases de conocimiento en pro de que en adelante se pueda tal vez hacer un seguimiento y cuál es su tendencia a dicha actualidad, la salud mental de las personas es muy importante, poco visto y con pocas intervenciones pero enfermedad.

3. MARCO CONCEPTUAL

3.1. DEPRESION

3.1.1. DEFINICION:

La depresión es un trastorno del estado de ánimo, estos son considerados como una pérdida del sentido de control de este, afectando en mayor o menor medida a quien lo padece, limitando su desenvolvimiento en sociedad, o en su mismo ámbito personal, pudiendo afectar su calidad de vida, llevando al sujeto a sentirse triste, eufórico o irritable, con sentimientos de culpa, a presentar baja o nula autoestima, alteraciones del sueño, del apetito, sensación de adinamia, falta de concentración entre otros (4). Pero de manera exagerada y patológica, experimentando así también una sensación de gran malestar teniendo o no conciencia de sus síntomas, además el paciente presenta síntomas somáticos, cognitivos, o volitivos, todo este malestar psicológicos repercute en la salud mental del individuo sea a corto o largo plazo, deteriorándolo mental, física y socialmente alterando así sus relaciones interpersonales y afectivas (2,5).

La definición de la OMS es que se trata “un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos de sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración” (1). La Asociación Americana de Psiquiatría en el DSM-V refiere que los trastornos depresivos tienen en común un ánimo irritable, triste o vacío, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que tienen un efecto importante en la capacidad funcional del individuo, siendo diferenciados por su duración, el tiempo en que se presentan o la causa probable que los originan. Destacando al trastorno depresivo mayor, describiéndolo como episodios que ocurren durante por lo menos dos semanas, teniendo en cuenta que la mayor parte de los episodios ocurren en un tiempo más prolongado, en los que se ve implicados cambios evidentes en el afecto, cognición y funciones neurovegetativas, con la presencia de remisiones entre los episodios (2).

Kaplan y Sadock incluye la depresión dentro de los trastornos del estado de ánimo, misma que se caracteriza por la pérdida del sentido de control y por un sentimiento subjetivo de gran malestar, experimentando sentimientos de

culpabilidad, pérdida de interés, dificultad para concentrarse, apetito excesivo o inapetencia, decaimiento hasta pensamientos de muerte o suicidas (3).

3.1.2. EPIDEMIOLOGIA:

“La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas”, Siendo principal causa de discapacidad mundial contribuyendo de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad (1). Los trastornos del estado de ánimo presentan una frecuencia alta, hallándose que el trastorno depresivo mayor posee la prevalencia más alta a lo largo de la vida (aproximadamente 17%) entre los demás trastornos psiquiátricos (3).

La incidencia anual de la depresión mayor es del 1.59% (2). Independientemente de la cultura nacionalidad, este trastorno tiene una mayor prevalencia en mujeres que en hombres hasta un 20% de las mujeres adultas y un 10 % de hombres adultos (2,3). Es más prevalente en poblaciones de entre 18 y 29 años que en aquellos pacientes de 60 años a más (2). Cuando la depresión es severa, en el peor escenario puede llevar al suicidio. Anualmente se suicidan cerca de 800 000 personas, y este es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años, La carga mundial de depresión y de otros trastornos mentales asociados se encuentra en aumento (1).

Otros datos epidemiológicos mundiales y nacionales relevantes son:

- “En América Latina y el Caribe, 5% de adultos padece depresión, de los cuales 60% y 65% de personas que necesitan atención no la reciben, Entre los trastornos mentales en América Latina y el Caribe, la depresión es la más común (5%), seguida por los trastornos de ansiedad (3,4%)” (7).
- En Perú se cuenta con estudios que indican que hasta el 37% de la población presenta probabilidades de presentar un trastorno mental alguna vez en su vida (8).
- “En el 2006, la prevalencia de depresión en Lima Metropolitana era de 18,2%, en la sierra de 16,2% y en la Selva de 21,4%” (8).

3.1.3. ETIOLOGIA:

La causa específica de la depresión se desconoce, pero parece ser el resultado de la interacción de varios factores causales complejos incluyendo desordenes biológicos, genéticos y ambientales” (17).

3.1.3.1. Modelo Biológico:

a) Bioquímica: Dentro de este grupo, encontramos como factores etiológicos a las monoaminas; neurotransmisores del sistema nervioso central que presentan un grupo amino (NH₂):

a.1. “Catecolaminas:

Son aminas biógenas derivadas de la Tirosina o de la Fenilalanina; pertenecen a este grupo, la adrenalina, noradrenalina y a dopamina.

En los trastornos afectivos depresivos hay una disminución central de noradrenalina (NA); esto se determinó porque en estudios se detectaron niveles bajos de 3-metoxi-4-hidroxifenil glicol (3 MHPG) (metabolito de la NA) en orina y sangre de pacientes con depresión. Por otro lado, el Ácido Homovanílico (metabolito de la Dopamina) se encuentra aumentado en la manía y disminuido en trastornos depresivos. Otro factor que apoya este modelo es la buena respuesta que tienen pacientes con trastornos depresivos a los distintos fármacos que tienen un mecanismo de acción consistente en bloquear la recaptura de NA (antidepresivos tricíclicos) y serotonina (inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina), haciendo que aumenten en la hendidura sináptica y tengan mayor tiempo de acción sobre sus receptores. Así mismo los inhibidores de la Mono-amino oxidasa (IMAO), disminuyen la degradación de las monoaminas, aumentando así su concentración.

a.2. Indolaminas: Son derivadas del Triptófano, en este grupo está la Serotonina (5-HT); que está muy relacionada con la depresión, además la serotonina interviene en la regulación de funciones fisiológicas como el humor, apetito, sueño, dolor, actividad sexual, entre otros.

Las mediciones del ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA) (metabolito de la serotonina) en LCR, demostraron que éste se encuentra disminuido en la depresión, lo que indicaría que un déficit de serotonina sería un factor etiológico muy importante y hay estudios que relacionaron los niveles bajos de serotonina con síntomas de suicidio y pérdida de control de impulsos.

a.3. Hipersensibilidad colinérgica: De acuerdo a ésta, un desequilibrio permanente entre agentes colinérgicos y adrenérgicos originaría síntomas depresivos. El desequilibrio a favor de los colinérgicos en pacientes depresivos y a favor de los adrenérgicos en pacientes con cuadros de manía.

b) Regulación neuroendocrina: Es el Hipotálamo quien se encarga de la regulación neuroendocrina y utiliza aminas como neurotransmisores, debido a algunos síntomas depresivos se pensó en una disfunción hipotalámica; por otro lado, el aumento de cortisol por mucho tiempo o periodos prolongados, destruiría centros nerviosos serotoninérgico.

c) Neurofisiología y Neuroanatomía: En estudios que utilizaron neuroimagen se señalan que en pacientes con depresión hay alteraciones a nivel del sistema límbico y en la corteza prefrontal y temporal” (17).

3.1.3.2. Modelo Genético:

“El trastorno depresivo mayor es 1,5 a 3 veces más común en los familiares biológicos de primer grado de personas que sufren éste, que en la población general” (19). “Además habría una posible participación de la mitocondria en

cuanto a lo genético de la depresión, así pues, la persona tendrá un tipo de reacción diferente a lo normal ante eventos de estrés” (6). “esto implicaría también que las mujeres se vean más afectadas que los varones. El aspecto genético influiría más sobre la respuesta ante eventos adversos que sobre enfermar en sí” (20).

3.1.3.3. **Modelo psicológico:**

Cualquier sujeto puede presentar un cuadro depresivo si presenta factores etiológicos y está sometido a circunstancias que lo provoquen a desarrollar depresión.

3.1.3.3.1. **Lo cognoscitivo:**

Existen pensamientos distorsionados que son causa probable de llevar al sujeto a desarrollar un cuadro depresivo. Estas alteraciones del pensamiento consisten en: llegar a conclusiones inadecuadas y sobregeneralizadas, aplicar estas conclusiones en situaciones que no corresponden, tener un pensamiento polarizado y negativo. Como señaló Beck (18). “el problema psicológico básico de la depresión es un pensamiento distorsionado que produce una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro, el estado depresivo sería secundario a estos fenómenos cognoscitivos”(18).

3.1.3.3.2. **Lo conductual:**

Se habla de una “desesperanza aprendida” refiere que este se presenta cuando el sujeto está constantemente sometido a estímulos desagradables que no puede anticipar, y del cual no tiene control, no puede sentirse bien y por eso se deprime, se resigna ante una situación y presentando dificultad para adaptarse adecuadamente a esta (17).

3.1.3.3.3. **Lo psicosocial:**

Se presenta un aumento de casos tras situaciones de estrés intenso como guerras, desastres naturales, pérdida de seres allegados o de la pareja sea por muerte, separación o divorcio, entre otros. Sin embargo, “a pesar del aumento de casos por motivos de separación o pérdida de seres queridos, ciertos estudios indicarían que tales motivos si bien pueden precipitar los

casos de depresión, no serían por sí solos suficientes para ocasionar cuadros depresivos” (17).

3.1.4. PRESENTACION CLINICA:

Entre los síntomas relacionados al trastorno depresivo mayor tenemos tendencia llanto fácil, irritabilidad, hipocondría, quejas de dolor (cefaleas, dolor articular, abdominal, entre otros), rumiación obsesiva, fobias, así mismo estos síntomas guardan semejanza con los planteados por la OMS como pérdida de peso, pérdida de interés o gozo, ausencia de reacciones emocionantes ante aquellas que podrían generar una respuesta emocional, despertar precozmente por la mañana, humor depresivo, enlentecimiento psicomotor o agitación, inapetencia, pérdida de peso y disminución de la libido y recordar que la depresión tiene como comorbilidad frecuente a la ansiedad o estados de angustia (2,16).

3.1.5. CRITERIOS DIAGNOSTICOS:

Se toma como base los criterios planteados por la Asociación Americana de Psiquiatría en el manual DSM-V, que incluye la información actualizada para el diagnóstico psiquiátrico, y que, citando a autores como Black y Andreasen; “ahora sigue el desarrollo humano a lo largo de la vida del individuo” (9). Así mismo el cribado y seguimiento del trastorno puede ser apoyado por entrevistas o encuestas utilizando instrumentos validados tales como la escala de depresión de Zung (14), la escala de clasificación de depresión, Hamilton (15) y el inventario de depresión de Beck (10).

El manual DSM-V presenta criterios diagnósticos para el trastorno de depresión mayor, el cual tiene la mayor prevalencia dentro de los trastornos del ánimo.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA TRASTORNO DE DEPRESIÓN MAYOR

“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 (2). Estado de ánimo deprimido o (3). Pérdida de interés o de placer.

Nota: No incluir síntomas atribuibles con claridad a otra afección médica.

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). (Nota: 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 de un 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 hipersomnia 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 (2).

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...” (2).

“D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un 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” (2).

3.1.6. TRATAMIENTO:

El tratamiento está indicado en aquellos pacientes que presenten depresión mayor. Aproximadamente un 80% se pueden tratar (11). Los trastornos depresivos tienen varias formas de tratamiento sea con fármacos, apoyo psicológico o electroconvulsivo (12).

3.1.6.1. Tratamiento farmacológico:

La elección del antidepresivo se debe basar en la condición médica en que se encuentre el paciente, el perfil de los efectos secundarios que pueda causar la droga y los antecedentes personales y familiares de respuesta previa a agentes terapéuticos, un 70% de estos pacientes tiene una respuesta favorable ante cualquier antidepresivo y su efecto se evidencia de 10 a 14 días, después de iniciar con el tratamiento, mayormente los signos objetivos tienden a la mejoría antes que los subjetivos (12).

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS): Actúan inhibiendo la recaptura de serotonina, manteniéndola así en la hendidura sináptica y permitiendo mayor acción sobre sus receptores. Presentan menos efectos secundarios que los otros grupos, lo que permitiría mayor adherencia por parte del paciente. Entre sus efectos secundarios están el insomnio (por lo que se suele indicar administrarlos por las mañanas), agitación, disfunción sexual. Algunos ejemplos son la Fluoxetina, Sertralina, Citalopram, Escitalopram, Paroxetina, entre otros. En la actualidad son los fármacos más usados para tratamiento de trastornos depresivos (11).

Inhibidores no específicos de la recaptación de aminas:

“Los tricíclicos eran las drogas de elección hasta que aparecieron los inhibidores de la recaptación de la serotonina” (12).

“En este grupo están los compuestos tricíclicos y tetracíclicos; actúan bloqueando la recaptura de noradrenalina y serotonina, aumentando la concentración de éstos en la hendidura sináptica y alargando de esta manera su acción sobre los receptores. Las ventajas son su eficacia, facilidad de administración y bajo costo; sin embargo poseen variedad de efectos secundarios por los que su uso ya no es de primera línea, entre sus efectos secundarios tenemos xerostomía, sedación, visión borrosa, hipotensión

ortostática, trastornos en la sexualidad, entre otros. Podemos citar como ejemplos de este grupo a la Clomipramina, Imipramina, Amitriptilina, Maprotilina, etc. Actualmente fármacos de segunda o tercera línea debido a sus efectos secundarios y a su posible letalidad en caso de intoxicación” (11).

Inhibidores de la Monoaminoxidasa (IMAO): “Estos fármacos actúan inhibiendo a la Mono amino oxidasa (MAO), evitando que ésta enzima actúe degradando a las monoaminas (noradrenalina, serotonina, feniletilamina, dopamina y tiramina), hay dos tipos de MAO, ambas comparten a la Dopamina y a la Tiramina como su sustrato. Dentro de sus efectos secundarios se encuentran la hipertensión, cefalea intensa, palpitaciones, sudoración profusa, temblor y arritmias cardíacas; todos estos debido a que los IMAO también actúan sobre la MAO presente en hígado e intestino, por lo que al ingerir compuestos con tiramina, ésta no se metaboliza y actúa sobre terminaciones nerviosas correspondientes del sistema simpático. Ejemplos de este grupo son la Fenelzina, Moclobemida. Etc. Actualmente fármacos de segunda o tercera línea debido a sus efectos secundarios y a su posible letalidad en caso de intoxicación” (11).

Antidepresivos atípicos: denominados así porque no cumplían con todas las características de los IMAO o de los tricíclicos; estos inhiben la recaptación de noradrenalina y de serotonina (presentan doble acción inhibitoria), presentan menos efectos secundarios principalmente cardiotóxicos pero su precio es elevado. En este grupo se encuentran la Mirtazapina (único antidepresivo que se prescribe de noche, por sus propiedades hipnóticas), Duloxetina, Venlafaxina, etc (11).

3.1.6.2. Tratamiento Psicológico:

Cuando la psicoterapia va acompañada con el tratamiento farmacológico, se torna eficaz. El tratamiento psicológico incluye terapia cognitiva (es decir busca corregir las distorsiones de pensamiento y los sentimientos negativos además de desesperanza), conductual (busca refuerzos positivos para el paciente, basados en condicionamiento), interpersonal (trabaja en la relación con uno mismo), psicoanalítica (es decir tratar de comprender los problemas y razones que puedan estar manteniendo o agravando la depresión; esto se hace mediante la introspección), de apoyo, de grupo (no apta para pacientes

con ideas o intentos suicidas) y de familia (junto a la terapia de grupo es de gran ayuda para los pacientes) (11).

3.1.6.3. Tratamiento Electroconvulsivo:

La terapia electroconvulsiva es útil en pacientes con depresión severa, con síntomas psicóticos o melancólicos, en aquellos en quienes no haya respuesta al tratamiento farmacológico y en aquellos pacientes con alto riesgo suicida (12,13). “A pesar de las ideas que la relacionen con dolor o castigo y que éstas no generen su aceptación por todos; en la actualidad se volvió en una técnica segura, con pocos efectos adversos. Consiste en inducir una convulsión tónico-clónica generalizada y controlada que dure unos 20 a 30 segundos, mediante estimulación eléctrica; de esta manera se liberan monoaminas, además de opiáceos endógenos, incremento de receptores de serotonina y cambios dopaminérgicos” (13).

3.2. ANSIEDAD

3.2.1. DEFINICION:

La Asociación Americana de Psiquiatría en el DSM-V define que los trastornos de ansiedad están caracterizados por una sensación excesiva y desproporcionada de ansiedad, como una respuesta que se anticipa a una futura amenaza, y de miedo como respuesta emocional a una amenaza que es inminente ya sea real o imaginaria, Por tal motivo se debe establecer una diferencia entre el miedo y la ansiedad (2).

MIEDO: El miedo es una señal de alerta análoga a la ansiedad, como respuesta a una amenaza conocida, externa, definida o no conflictiva, que es inminente, real o imaginaria (2,3).

ANSIEDAD: la ansiedad es una respuesta a una amenaza desconocida, interna, vaga o conflictiva, la cual es futura (2,3).

“La principal diferencia psicológica entre las dos respuestas emocionales es la brusquedad del miedo y la naturaleza gradual de la ansiedad” (3). Así como la angustia de la ansiedad, “La angustia es más física, más inmovilizante y más sobrecogedora; mientras que la ansiedad es más psíquica, y es vivenciada con inquietud y sobresalto” (21).

Black y Andreasen la definen como “la presencia de temor o aprensión desproporcionado para la situación.” (9). Kaplan y Sadock definen a los trastornos de ansiedad, como una forma excesiva de ansiedad dentro de lo que se considera normal, que se caracteriza por “una sensación de aprensión difusa, desagradable y vaga, a menudo acompañada de síntomas vegetativos como cefalea, diaforesis, taquicardia, opresión torácica, malestar epigástrico e inquietud, y que se manifiesta por la incapacidad de estar sentado o de pie durante mucho tiempo” (3).

3.2.2. EPIDEMIOLOGIA:

Los trastornos de ansiedad son más frecuentes en mujeres que en varones en relación de 2:1, salvo excepciones como fobia social u otras causas de ansiedad como el trastorno obsesivo compulsivo (2,3). Siendo más frecuente en mujeres y en estratos socioeconómicos altos (3). La edad promedio de inicio es más temprana aproximadamente a los 11 años, en comparación con otro trastorno como los trastornos del estado de ánimo en el cual la edad promedio es de 30 años (22).

En el Perú, tras la realización de “El Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002”, realizado por el INSM “HD-HN” en lima y callao; permitió contar con estadística nacional, revelando Los trastornos de ansiedad tienen una prevalencia aproximada de hasta un 8%, correlacionado con datos previos como el del estudio epidemiológico de salud mental en ciudades de la costa en el año 2006 que reveló una prevalencia del 4.2% (23,24).

3.2.3. ETIOLOGÍA:

Existen varios factores implicados y que tendrían relación entre sí, en la etiología de los trastornos de ansiedad; agrupándose en biológicos, genéticos, psicosociales-ambientales, traumáticos y de aprendizaje (24, 29).

3.2.3.1. Factores biológicos:

- a) **Bioquímica:** las alteraciones se presentan en el sistema gabaérgico y serotoninérgico; la función del GABA como neurotransmisor inhibitorio, de tal manera que cumpliría un rol ansiolítico en determinadas ocasiones, al encontrarse alterado este sistema, actuaría como generador de angustia. En cuanto al sistema serotoninérgico, la relación que tiene al

interactuar con la adrenalina y dopamina le brinda un rol de tranquilizante y al estar alterada esta relación haría lo contrario (24,29).

b) Neuroendocrina: “Las hormonas involucradas son las que intervienen en la respuesta a situaciones de estrés como el Cortisol y la Adrenocorticotropina” (29).

c) Neuroanatomía: Algunas zonas del tallo cerebral como el locus ceruleus serían la base de los trastornos de ansiedad puesto que intervienen en el desarrollo y transmisión de la angustia, además existen alteraciones estructurales a nivel del sistema límbico (córtex paralímbico, hipocampo y amígdala) (24,29).

3.2.3.2. Factores genéticos:

Se sugiere una base genética como un factor predisponente y al interactuar con el entorno desarrollaría la aparición de trastornos de ansiedad, dicha predisposición se vio en general en los trastornos de ansiedad pero es más notorio en el trastorno de pánico y la fobia social, también en el trastorno obsesivo-compulsivo (29,30).

3.2.3.3. Factores psicosociales-ambientales:

Aquí se encuentran los agentes estresores socio-ambientales como el entorno familiar, de trabajo, interpersonal, etc., que actuarían no sólo como factor etiológico, sino también como factor que precipita y agrava el desarrollo de los trastornos de ansiedad. “Otros agentes son los psicosociales como: un patrón de respuesta aprendida e hipersensibilidad que conllevan a un estado de preocupación constante y excesiva ante situaciones de la vida diaria” (24, 29).

3.2.3.4. Factores traumáticos:

Aquellas situaciones extremadamente estresantes y poco comunes, en relación a la vida cotidiana del individuo, como desastres naturales, violaciones, accidentes de gran magnitud, tortura, etc., ocasionaría no sólo daño psicológico, sino además alteraciones biológicas a nivel cerebral que luego generan síntomas de ansiedad (3, 29).

3.2.3.5. Factores cognitivos y conductuales:

Aquí se hace referencia a los pensamientos distorsionados de negatividad, miedo premeditado a situaciones, pero estando de por medio un tipo de pensamiento en el cual uno no es capaz de hacer algo al respecto ni de combatir ese miedo, sensación de la que no podrá tener el control (2, 29).

3.2.4. CRITERIOS DIAGNOSTICO

Para el adecuado diagnóstico, al igual que en el caso de depresión, se utilizan como herramienta el manual DSM-V. De la misma manera el seguimiento y cribado puede ser apoyado por entrevistas o encuestas utilizando instrumentos que sean validados tales como la escala autoadministrada de ansiedad de Zung (14), la escala de clasificación de ansiedad de Hamilton (15), y el inventario de ansiedad de Beck (27).

Las manifestaciones sintomatológicas de la ansiedad son muy variadas, no todas las personas presentan los mismos síntomas, ni lo experimentarán de la misma intensidad, “cada persona según su predisposición biológica y/o psicológica, se muestra más vulnerable o susceptible a unos u otros síntomas” (2). La Asociación Americana de Psiquiatría describe una serie de síntomas expuestos en los diversos trastornos de ansiedad, de acuerdo a los criterios diagnósticos del manual DSM-V y pueden clasificarse en diferentes grupos:

- “Físicos: taquicardia, palpitaciones, opresión en el pecho, disnea, temblores, sudoración, molestias digestivas, náuseas, vómitos, "nudo" en el estómago, alteraciones de la alimentación, tensión y rigidez muscular, cansancio, hormigueo, sensación de mareo e inestabilidad. Si la activación neurofisiológica es muy alta pueden aparecer alteraciones del sueño, la alimentación y la respuesta sexual.
- Psicológicos: inquietud, agobio, sensación de amenaza o peligro, ganas de huir o atacar, inseguridad, sensación de vacío, sensación de extrañeza o despersonalización, temor a perder el control, celos, sospechas, incertidumbre y dificultad para tomar decisiones; en casos más extremos, el suicidio.
- De conducta: estado de alerta e hipervigilancia, bloqueos, torpeza o dificultad para actuar, impulsividad, inquietud motora, dificultad para estar quieto y

en reposo. Estos síntomas vienen acompañados de cambios en la expresividad corporal y el lenguaje corporal (posturas cerradas, rigidez, movimientos torpes de manos y brazos tensión de las mandíbulas, cambios en la voz, expresión facial de asombro, duda o crispación, etcétera).

- Intelectuales o cognitivos: dificultades de atención, concentración y memoria, aumento de los despistes y descuidos, preocupación excesiva, expectativas negativas, pensamientos distorsionados e importunos, incremento de las dudas y la sensación de confusión, tendencia a recordar sobre todo cosas desagradables, sobrevalorar pequeños detalles desfavorables, abuso de la prevención y de la sospecha, interpretaciones inadecuadas, susceptibilidad, etcétera.
- Sociales: irritabilidad, ensimismamiento, dificultades para iniciar o seguir una conversación, en unos casos, y verborrea en otros, bloquearse o quedarse en blanco a la hora de preguntar o responder, dificultades para expresar las propias opiniones o hacer valer los propios derechos y temor excesivo a posibles conflictos” (28).

3.2.5. **TRATAMIENTO:**

Los trastornos de la ansiedad poseen diversas etiologías, por tal motivo el manejo clínico de cada uno de estos será distinto. Si se conociera la causa y se diagnosticara un trastorno en específico, se puede tratar de distintas formas como a continuación:

- En aquellos casos de trastorno de ansiedad por separación y mutismo selectivo, la terapia ha de incluir al paciente y sus padres, requiriendo medicación (9,12).
- En los casos leves de pánico se utiliza la terapia cognitiva-conductual, asociada al uso de los ISRS, y tendiendo como segunda línea a los IMAO y ATC (9).
- En pacientes con agorafobia se alienta a salir a explorar y hacer frente a los lugares y situaciones que le causa temor, se ha demostrado que los tratamientos psicológicos han demostrado ser muy eficaces y de gran apoyo (9,12).

- En pacientes con trastorno de ansiedad social y fobias específicas se aplican terapias conductuales como exposición, desensibilización, saturación, asociándose a ISRS y venlafaxina (9).
- En aquellos pacientes con ansiedad generalizada el tratamiento de primera elección son los antidepresivos de inhibidores de la receptación de serotonina, y de noradrenalina (IRSN), inhibidores selectivos de la receptación de serotonina (ISRS) o tricíclicos no sedativos ,se suele utilizar también terapias conductuales como la relajación, asociado a estos medicamentos y en algunos casos benzodiacepinas (9,12).

En general los pacientes deben minimizar el consumo de cafeína (9).

3.3. DINÁMICA FAMILIAR

3.3.1. DEFINICIÓN

“La dinámica familiar es el sistema de intercambio en las interacciones familiares, concretamente los vínculos emocionales que los miembros de la familia tienen entre sí y el grado de autonomía individual que un individuo percibe en la familia (cohesión). Así como la habilidad del sistema familiar para combinar su estructura de poder, sus roles, sus reglas de relación en respuesta a estrés situacional y de desarrollo (adaptabilidad)” (32). La dinámica familiar guarda relación con el proceso salud enfermedad. Una familia que funciona adecuada o inadecuadamente puede contribuir a desarrollar problemas de salud hacerlo más llevadero o a contrarrestar su efecto. Al mismo tiempo, una enfermedad o problema de salud puede afectar el funcionamiento de la familia (31).

3.3.2. LA FAMILIA:

La OMS define familia como "Los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos, a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial", a la vez también considera a la familia como “conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un

modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan” (1). Según el Ministerio de Salud del Perú considera que la familia se constituye en la unidad básica de salud (33).

Por otro lado, Olson, manifiesta que “la familia es un conjunto organizado e interdependiente de unidades ligadas entre sí por pautas de comportamiento y por funciones dinámicas en constante interacción entre sí y en intercambio permanente con el exterior” (32).

La familia peruana. Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2014), señaló que, en el año 2013, existieron en el Perú alrededor de 8 millones de hogares. A su vez que las estructuras del hogar, el 60% son de tipo nuclear y en el caso de los hogares monoparentales, predominan aquellos que son lideradas solo por las mujeres (32).

3.3.3. TIPOS DE FAMILIA:

- **La familia nuclear:** también es llamada elemental o básica está formada por ambos padres (hombre y mujer) y los hijos de estos, que viven bajo el mismo techo o comparten el mismo hogar.
- **Familia compuesta:** conformada por padres, hijos y abuelos.
- **Familia monoparental:** la conforman la madre o el padre solo con los hijos
- **La familia extensa:** formada por todo un conjunto de individuos que incluye abuelos, padres, hijos, nietos y personas acogidas (yernos, nueras, cuñados, tíos).
- **Familia Binuclear:** Familia desintegrada en la que parte de los niños de la familia original se queda con padres diferentes (vínculo intenso a través de los hermanos).
- **Familia Reconstituida:** Aquella familia en la que dos adultos previamente separados o divorciados se hacen cónyuges, y por lo menos uno de ellos tiene hijo(s) de su compromiso anterior que lleva a vivir hogar común, pudiendo tener o no nueva descendencia (34,35).

3.3.4. EVALUACIÓN DE LA DINÁMICA FAMILIAR:

El estudio de la dinámica familiar nos ayuda a percibir mejor los componentes, roles e interacciones dentro de una familia. Los sucesos vitales estresantes, los cambios y las separaciones de las etapas del ciclo vital familiar los que en el ámbito individual producen un conjunto de respuestas motoras, cognitivas y psicofisiológicas en un intento de acomodarse a la nueva situación causada por el factor estresante; esto puede originar cambios en la salud, la aparición de enfermedades o el agravamiento de las preexistentes. Pero a su vez estos factores repercuten en la familia, lo que da lugar a una reacción más o menos intensa que ocasiona disfunciones familiares o crisis, tomando importancia en diferentes etapas de nuestras vidas al igual que los diferentes contextos (35,36,37).

3.3.4.1. PRUEBAS PSICOLÓGICAS DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR:

Hoy en día se cuentan con variados instrumentos que permiten evaluar el grado de funcionabilidad familiar, los cuales haremos mención a continuación.

- Escala de funcionalidad familiar Faces-III
- Cuestionario de Evaluación del Sistema Familiar CESF
- apgar familiar
- Test FF-SIL de funcionalidad familiar (37).

4. Análisis de antecedentes investigativos

4.1. A nivel local:

No existen estudios publicados sobre ansiedad, depresión y/o dinámica familiar en alumnos ingresantes a alguna universidad de nuestra localidad.

4.2. A nivel nacional:

Autor: “Marcelino Riveros, Héctor Hernández, José rivera”

Título: “NIVELES DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN ESTUDIANTES DE LIMA METROPOLITANA”

Resumen:

“En esta investigación presentamos el nivel de ansiedad y depresión en los estudiantes universitarios de la UNMSM. La muestra representativa estuvo formada por 500 estudiantes universitarios de la UNMSM, distribuidos por género y por bloque académico, se evaluó la prevalencia de depresión y ansiedad mediante la prueba denominada HADS, constituida por siete ítems para cada trastorno, con un puntaje de 0 a 3, traducida al español. Dado que dicha prueba ha sido utilizada en América del Norte y países asiáticos, se partió del supuesto de que ya existe una tendencia que incluso es internacional. En Lima no existen trabajos con el HADS” (40).

4.3. A nivel internacional:

Autor: “Adriana Garrido Garduño, Laura Evelia Torres Velázquez, Nadia Navarro Ceja, Nadia Rigoni Zacarías, Adriana Guadalupe Reyes Luna”

Título: “DINÁMICA FAMILIAR DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS”

Resumen: “La familia es considerada la primera institución social, donde cada individuo va adquiriendo aprendizajes básicos para la interacción social, los cuales son construidos según el contexto y la cultura donde se encuentren. Las familias tienden a cambiar, a irse modificando, de tal manera que se van construyendo un conjunto de relaciones que pueden ser de cooperación, intercambio, poder y conflicto denominado: dinámica familiar. El objetivo de esta investigación es analizar la dinámica familiar de un grupo de estudiantes universitarios del Estado de Tabasco, examinando las diferencias en la dinámica de familias nucleares y familias

monoparentales. Se aplicó un cuestionario a 46 alumnos universitarios. Los resultados encontrados se analizaron con base en las diferencias entre los padres que viven juntos y los padres que viven separados, en los ejes que conforman la dinámica familiar en el instrumento utilizado, tales como la autoridad, sistema de valores, manejo del conflicto, comunicación, formación de identidad, disciplina e integración social” (41).

Autor: Edith Ruiz Estrada

Título: “Aspectos de la dinámica familiar y motivacionales asociados al desempeño académico en estudiantes universitarios condicionales en una institución privada de México”

Resumen: “El objetivo de la presente investigación fue describir las características sobre motivación y la dinámica familiar que conforman el perfil de alumnos universitarios con estatus condicional que se encuentran en el programa llamado Éxito académico, (la inclusión al programa se debe a que el alumno ha reprobado cierto número de materias durante un semestre o a lo largo de su carrera). El planteamiento del problema se derivó de la observación de que cada semestre el porcentaje de alumnos condicionados incrementa, llegando algunos a ser bajas definitivas de la institución. El estudio se llevó a cabo en una universidad privada, la muestra fue de 31 alumnos, 20 alumnos son del sexo masculino y 11 del sexo femenino. Las edades oscilaron entre los veinte y veinticinco años. Los instrumentos que se aplicaron para recabar la información fueron la Escala Atribucional de Motivación del Logro (EAML) y la Escala de Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (ERI). El método que se utilizó fue de corte cuantitativo; la obtención de datos se hizo a través de la estadística descriptiva y correlación de Pearson. Algunos de los resultados fueron que más de la mitad de la muestra el 61.2% de la población se encontró en un nivel bueno de motivación, el resto se ubicó entre alta motivación y buena, nadie tuvo un nivel bajo. En cuanto a las correlaciones encontradas entre las subsescalas para medir motivación, se encontró que existe relación lineal positiva entre esfuerzo-interés (.537), seguidas de esfuerzo-capacidad (.514), estos datos destacan la importancia de la competencia cognitiva que se refiere a la propia capacidad y habilidad intelectual que tiene el individuo para cumplir con sus tareas cognitivas. En cuanto a la dinámica familiar de la población osciló entre

un nivel bajo y un nivel medio, el 51.6% de la población se encontró en el nivel más alto de la dimensión dificultades, lo que denota que el perfil de los estudiantes que cursan el programa de éxito académico son alumnos con problemáticas o ambientes familiares hostiles y con un nivel bueno de motivación” (42).

5. OBJETIVOS:

5.1. Objetivo general:

Determinar el nivel ansiedad, depresión y dinámica familiar en los alumnos ingresantes a la universidad Católica de Santa María entre los años 2018-2019.

5.2. Objetivos específicos:

1. Determinar el nivel ansiedad en los alumnos ingresantes a la universidad Católica de Santa María entre los años 2018-2019.
2. Determinar el nivel de depresión en los alumnos ingresantes a la universidad Católica de Santa María entre los años 2018-2019
3. Determinar el nivel dinámica familiar en los alumnos ingresantes a la universidad Católica de Santa María entre los años 2018-2019
4. Determinar la relación entre dinámica familiar y ansiedad entre los ingresantes a la universidad católica de santa maría entre los años 2018-2019
5. Determinar la relación entre dinámica familiar y depresión entre los ingresantes a la universidad católica de santa maría entre los años 2018-2019

6. HIPÓTESIS:

- Dado que el promedio de edad con los que ingresan en su mayoría a la universidad es una etapa en la que aún se está dando la madurez emocional, es probable que encontremos alumnos con indicios de ansiedad y depresión.
- Es posible encontrar casos de ansiedad, como depresión, en los alumnos ingresantes a la universidad católica de santa maría entre los años 2018-2019.
- Es posible encontrar casos de disfunción familiar en los alumnos ingresantes a la universidad católica de santa maría entre los años 2018-2019.
- Existe relación entre dinámica familiar y ansiedad.
- Existe relación entre dinámica familiar y depresión.

7. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

7.1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

7.1.1. TECNICA:

Se realizó una revisión y puntuación de las encuestas tomadas a los alumnos ingresantes como parte de su examen médico, el cual incluía una evaluación psicológica.

7.1.2. INSTRUMENTOS:

- La escala de Zung para ansiedad (Anexo 1)
- La escala de Zung para depresión (Anexo 2)
- Instrumento FF-SIL: Evaluación del funcionamiento familiar (anexo 3)

7.1.3. MATERIALES:

- Escala de Zung para depresión
- Escala de Zung para ansiedad
- Prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL) Papel
- Computadora
- Sujetos dentro de la investigación

7.2. Campo de verificación

7.2.1. Ubicación espacial

El estudio se realizó en las instalaciones de la Universidad Católica de Santa María.

7.2.2. Ubicación temporal

El estudio se desarrolló en el periodo comprendido entre abril del 2018 a febrero 2019.

7.2.3. Unidades de estudio

Universo: Estudiantes que ingresaron a la Universidad Católica de Santa María entre los años 2018-2019.

7.2.4. Población:

- **Muestra:** Estudiantes que ingresaron a la Universidad Católica de Santa María entre los años 2018-2019, que cumplieron los criterios de inclusión.

- **Criterios de inclusión:**

- Todos los alumnos que ingresaron a dicha casa de estudio en los diversos procesos durante los años 2018 a febrero 2019

- **Criterios de exclusión:**

- Encuestas no llenadas en su totalidad o llenadas erróneamente.
- Aquellos alumnos que no hayan realizado su examen médico.
- Aquellos que no se hayan matriculado después de haber ingresado.
- Aquellos alumnos que se nieguen a ser evaluados.

7.3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

7.3.1. Organización

- Se solicitó autorización al departamento de psicología de la Universidad Católica de Santa María, para poder hacer uso de dichas encuestas tomadas.
- Se procedió a la clasificación y selección de alumnos según los resultados que se vaya obteniendo según las escalas Zung, o FF-SIL
- Los resultados serán procesados estadísticamente

7.3.2. Recursos

7.3.2.1. Humanos

- Investigadora: Gloria Danitza Mamani Yto
- Asesor: Dr. Angelo Shandeir Chuctaya Huarca
- Apoyo del departamento de psicología de la UCSM
- Estudiantes que asistieron a su evaluación médica.

7.3.2.2. Materiales

- Se contó con hojas para cuestionarios, se elaboró plantillas para facilitar la evaluación de cada encuesta, se utilizó el programa Excel para elaborar una matriz de datos además de útiles de escritorio.

7.3.2.3. Financieros

- Autofinanciado

7.3.3. Validación de los instrumentos

- **Escala Zung**

Los instrumentos empleados en el presente estudio fueron desarrollados y creados por Zung, en 1961 con la escala auto administrada de depresión (8). y en 1975 con la escala autoadministrada de ansiedad (13). Los cuales han sido utilizados ampliamente en diversos tipos de pacientes y población en general, lo cual ha permitido su validación de su idioma inglés original, al español; a manos de Conde V, en 1970 con la escala de depresión de Zung (16), y por Lusilla MP en 1990 con la escala de ansiedad de Zung (17). Además existe una amplia experiencia de su uso en nuestro país, contando incluso con validación nacional, en cuanto a la escala de depresión de Zung (18). Dicha validez es apoyada por otros autores quienes refieren que al haberse utilizado extensamente en poblaciones variadas, estos confieren datos para su validez (19).

- **Test FF-SIL de funcionalidad familiar**

Creado en Cuba por Pérez, Mide el funcionamiento familiar (dinámica relacional sistémica que se da entre los miembros de una familia), a través de la percepción

De uno de los miembros.

Consta de 14 proposiciones (preguntas) y 7 categorías que definen el funcionamiento familiar, las cuales son:

- **“Cohesión:** unión familia, física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la forma de decisión de las tareas cotidianas.
- **Armonía:** correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia, en un equilibrio emocional positivo.
- **Comunicación:** los miembros son capaces de transmitir sus experiencias y conocimientos de forma clara y directa.
- **Adaptabilidad:** habilidad para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas, ante una situación que lo requiera.
- **Afectividad:** capacidad de los miembros de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.
- **Rol:** cada uno cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.

- **Permeabilidad:** capacidad de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones” (36).

Obteniéndose como resultados tras la evaluación un puntaje el cual estará dentro de estos rangos, de esta manera podremos ubicar en qué tipo de familia nos ubicamos.

- 70 a 57 - Funcional
- 56 a 43 - Moderadamente funcional
- 42 a 28 – Disfuncional
- 27 a 14 - Severamente disfuncional (36).

7.3.4. Criterios o estrategia para el manejo de resultados

▪ PLAN DE RECOLECCIÓN

La recolección y revisión de los datos se desarrolló tras la autorización del departamento de psicología de la Universidad Católica de Santa María.

• PLAN DE PROCESAMIENTO:

Las encuestas fueron ordenadas según número y se les colocó puntaje a los instrumentos, tras lo cual los datos obtenidos fueron transcritos en una matriz de sistematización elaborada en una hoja de cálculo digital mediante Excel 2013.

▪ PLAN DE CLASIFICACIÓN:

Los datos presentes en la matriz de sistematización, fueron distribuidos según las variables presentadas en este estudio.

▪ PLAN DE CODIFICACIÓN:

Se realizó la codificación numérica de aquellos datos, cuya variable contenía un indicador en escala ordinal y nominal, para agilizar la tabulación del dato en el programa SPSS versión 23.0.

▪ PLAN DE TABULACIÓN

Se elaboraron tablas para el cálculo de frecuencias, y tablas cruzadas para relaciones y concordancia.

PLAN DE ANÁLISIS

Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2013 con su complemento analítico y el paquete SPSS v.23.0.

8. CRONOGRAMA DE TRABAJO

Actividades	DIC 2018	ENE 2019	FEB 2019	ENE 2019	ENE 20	FEB 3 - 26	MAR 3	MAR 4	MAR 5-6	MAR 9
1. Elección del tema										
2. Revisión bibliográfica										
3. Sistematización de bibliografía sobre ansiedad y depresión										
4. Redacción del proyecto										
5. Aprobación proyecto de tesis por Asesor y profesores de curso taller de tesis										
6. Dictamen de comité de ética de investigación										
7. Proceso de revisión y calificación de encuestas de ingresantes al proceso 2019										
8. Ejecución										
9. Análisis e interpretación										

10. Informe final												
----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

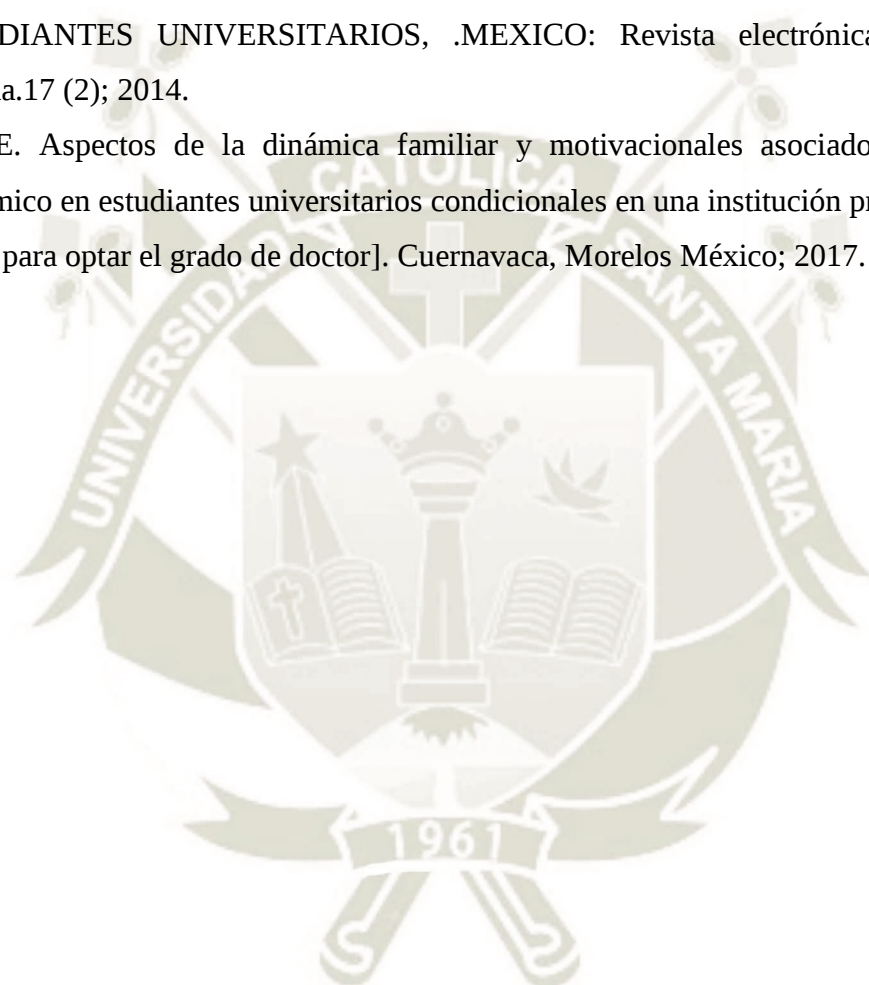
43. Organización Mundial de la Salud (OMS) | Depresión [Internet]. WHO. [citado el 20 de diciembre de 2019]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
44. Asociación Americana de Psiquiatría. DSM-5: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5a ed. España: Editorial Médica Panamericana; 2016.
45. Sadock BJ, Kaplan HI, Sadock VA, Artigot Cánovas RM, Ovid Technologies I. Kaplan & Sadock sinopsis de psiquiatría ciencias de la conducta/psiquiatría clínica. 10a ed. Barcelona: Wolter Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
46. World Health Organization. [Online]. Trastornos mentales.; 2016 [Citado 6 Diciembre 2019]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>
47. National Collaborating Centre for Mental Health. Depression. The treatment and management of depression in adults. London: The British Psychological Society; 2010. Informe No.: 90.
48. Machado, Andrés Vázquez. Depresión. Diferencias de género. Rev. Multimed. 2013; 17(3).
49. Organización Panamericana de la Salud. [Online]. Día Mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente.; 2012 [Citado 6 enero 2020]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305%3A2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=1926&lang=es
50. Rondón, Marta B. Salud mental: un problema de salud pública en el Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2006; 23(4):237-238.
51. Black DW, Andreasen NC. Texto introductorio de psiquiatría. 1a ed. Mexico, DF: Editorial El Manual Moderno; 2015.
52. Beck AT, Beamesderfer A. Assessment of depression: the depression inventory. Mod Probl Pharmacopsychiatry. 1974; 7(0):151-69.
53. Sadock B, Sadock V. Kaplan y Sadock Manual de Bolsillo de Psiquiatría Clínica. Cuarta ed. Health WK, editor. España: Lippicott Williams and Wilkins; 2008.
54. Llaza Loayza e. casos clínicos en psiquiatría. 1st ed. Arequipa; 2011.
55. Fortes J, Landa E, Alvites M, Pulido la Torre M, Benito Ruiz A. Terapia electroconvulsiva ¿Cuándo y cómo se aplica? Revista fml. 2013; 17(31):1-6.
56. Zung WW. A Self-rating depression scale. Arch Gen Psychiatry. 1965 Jan; 12:63-70
57. Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. Br J Soc Clin Psychol. 1967 Dec; 6(4):278-96.

58. Ministerio de la Salud. Dirección General de Promoción de la Salud; Universidad Peruana Cayetano Heredia. Facultad de Salud Pública y Administración "Carlos Vidal Layseca". Unidad de Salud Mental. Módulo de Atención Integral en Salud Mental dirigido a trabajadores de primer nivel de atención. Módulo 6: La depresión [Online]. Lima: Ministerio de Salud; 2005. [Citado 7 enero 2017]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/820_MS-PROM14.pdf
59. Ana González Pinto, Purificación López Peña, Iñaki Zorrilla Martínez. Depresión unipolar y otras depresiones. En: Palomo, Tomás; Jiménez-Arriero, editores. M. A. Manual de Psiquiatría. Madrid: Ene Life Publicidad SA y Editores; 2009. p. 325-343.
60. Goodwin RD, Jacobi F, Wittchen. Epidemiología de los trastornos del estado de ánimo. En: Stein, Kupfer, Schatzberg, editores. Textbook of mood disorders. Barcelona: Medical Trences; 2006. p. 29-47.
61. Toro R, Yepes L, Palacio C. Fundamentos de Medicina - Psiquiatría. Quinta ed. Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas; 2010
62. Silva, Hernán. Nuevas Perspectivas En La Biología De La Depresión. Revista Chilena De Neuro-Psiquiatría. 2002; 40: 9-20.
63. González Ceinos M. Reflexión sobre los trastornos de ansiedad en la sociedad occidental. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2007 Mar; 23(1):0-0.
64. Kessler, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas, Walters E. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. 2005; 62(6): 593-602
65. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao Replicación 2012. Informe General. Anales de Salud Mental. 2013; Vol. XXIX. 2013, Suplemento 1.
66. Orozco, Wendy Navas; Baldares, María Jesús Vargas. Trastornos de ansiedad: revisión dirigida para atención primaria. Revista médica de costa rica y Centroamérica. 2012; 69(604): 497-507
67. James Morrison. DSM-5 Guía para el diagnóstico clínico. 1a Ed. México, D.F.: Editorial El Manual Moderno; 2015.
68. Campo-Arias, Adalberto; Miranda, Carlos Arturo Cassiani. Trastornos mentales más frecuentes: prevalencia y algunos factores sociodemográficos asociados. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2008; 37(4): 598-613
69. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. J Consult Clin Psychol. 1988 Dec;56(6):893-

70. González Ceinos Martha. Reflexión sobre los trastornos de ansiedad en la sociedad occidental. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2007 Mar [citado 2020 Mar 08]; 23(1).
71. Grupo de Trabajo de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid, 2008
72. Tyrer P, Baldwin D. Generalised anxiety disorder. Lancet. 2006; 368(9553):2156-2166.
73. F. Muñoz Cobos, J. M. Espinosa Almendro, J. Portillo Strempele y G. Rodríguez González de Molina. La familia en la enfermedad terminal. Revista de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC). 2010
74. Olson D.H. Circumplex model of family systems VII: Family assessment and intervention. 1979
75. Guía de Implementación del Programa Familias y Viviendas Saludables: Lima, Ministerio de Salud, 2005
76. Parra, H. Relaciones que dan origen a la familia. Monografía de grado presentado para optar al título de abogada. Universidad de Antioquia, Medellín. 2005
77. Palacios, K. y Sánchez, H. Funcionamiento familiar y resiliencia en alumnos de 2° a 5° de secundaria de una institución educativa pública de Lima Este, 2015 (Tesis de Licenciatura). Universidad Peruana disponible en: http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/139/Kimberly_Tesis_bachiller_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y
78. Pérez, E., De la Cuesta, D., Louro, I. y Bayarbe, H. Funcionamiento familiar. Construcción y validación de un instrumento. Ciencias de la salud humana, 4 (1), 63-66. 1997
79. Bazo-Álvarez Juan Carlos, Bazo-Álvarez Oscar Alfredo, Águila Jinés, Peralta Frank, Momento Wilfredo, Bennett Ion M. Propiedades psicométricas de la escala de funcionalidad familiar faces-III: un estudio en adolescentes peruanos. Rev. Perú. med. exp. salud pública [Internet]. 2016 Jul [citado 2020 Mar 09]; 33(3): 462-470. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000300011&lng=es. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.333.2299>.
80. Álvarez-Aguilar, Nivia T., González-Duñez, Valeria P, & Castillo-Elizondo, Jaime A. Mujeres y Carreras de Ingeniería en la Universidad Autónoma de Nuevo León, en México:

una Mirada desde las Vivencias de las Estudiantes. Formación universitaria, 2019 12(4), 85-94. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-50062019000400085>

81. Arrieta V, Díaz C y González M. Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados.COLOMBIA.2014.
82. Riveros M, Hernández P, Rivera J. Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes de lima metropolitana. Revista de investigación en Psicología UNMSM vol10 n°1; 2007.pp91-102.
83. Garrido G, Torres V, Navarro C, Rigoni Z, Reyes L, DINÁMICA FAMILIAR DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS, .MEXICO: Revista electrónica de Psicología Iztacala.17 (2); 2014.
84. Ruiz E. Aspectos de la dinámica familiar y motivacionales asociados al desempeño académico en estudiantes universitarios condicionales en una institución privada de México [Tesis para optar el grado de doctor]. Cuernavaca, Morelos México; 2017.



ANEXOS DEL PROYECTO DE TESIS

SOLICITUD DE PERMISO DIRIGIDO A JEFE DEL DEPARTAMENTO DE
PSICOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARIA.

**SOLICITO: “permiso para apoyar en
revisión de encuestas aplicadas por el
departamento de psicología a los
alumnos ingresantes al proceso 2019-
UCSM y posterior uso de datos
adquiridos”**

**SEÑOR(A) DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE
PSICOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA
MARIA.**

Yo, Gloria Danitza Mamani Yto, con
DNI 74061537, bachiller en Medicina
Humana, me dirijo a Usted
respetuosamente y digo:

Por medio de la presente, solicito Permiso para apoyar en revisión de
encuestas aplicadas por el departamento de psicología a los alumnos
ingresantes al proceso 2019-UCSM y posterior uso de datos
adquiridos, pudiendo así ejecutar mi tesis titulada: “EVALUACIÓN
DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y DINÁMICA FAMILIAR EN
INGRESANTES A LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA
MARIA ENTRE LOS AÑOS, 2018-2019, AREQUIPA 2020”; por lo
que señor director, solicito ante su digna autoridad se sirva autorizarme
para realizar dicho apoyo.

Por lo expuesto:

Pido a usted, acceder a mi petición por ser de justicia

Arequipa, 04 de 12 del 2019

Gloria Danitza Mamani Yto
DNI 74061537

Anexo 1: Escala de autoevaluación zung para evaluar ansiedad

NOMBRES: _____ Edad: ____ Sexo: _____

Fecha de nacimiento. ____/____/____

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

Anexo 2: escala de autoevaluación zung para evaluar depresión

ESCALA DE ZUNG (EAMD)

Nombre:.....

Fecha:.....fecha de nacimiento:.....Sexo:.....

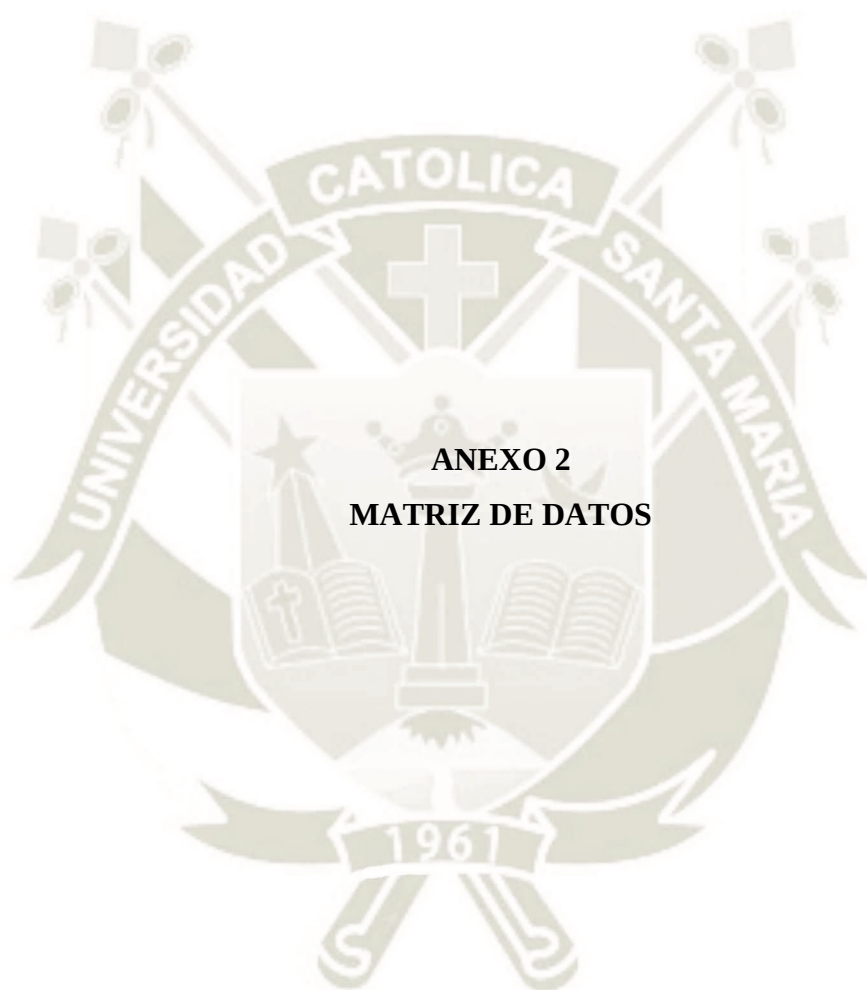
ITEMS	NUNCA O RARAS VECES	ALGUNAS VECES	BUEN NUMERO DE VECES	LA MAYORIA DE VECES
1. Me siento triste y decaído.				
2. Por las mañanas me siento mejor.				
3. Tengo ganas de llorar y a veces lloro..				
4. Me cuesta mucho dormir por la noche..				
5. Como igual que antes.				
6. Aun tengo deseos sexuales.				
7. Noto que estoy adelgazando.				
8. Estoy estreñado.				
9. El corazón me late más rápido que antes.				
10. Me canso sin motivo.				
11. Mi mente esta tan despejada como siempre.				
12. Hago las cosas con la misma facilidad que antes.				
13. Me siento intranquilo u no puedo mantenerme quieto.				
14. Tengo confianza en el futuro.				
15. Estoy más irritable que antes.				
16. Encuentro fácil tomar decisiones.				
17. Siento que soy útil y necesario.				
18. Encuentro agradable vivir.				
19. Creo que sería mejor para los demás si estuviera muerto.				
20. Me gustan las mismas cosas que antes.				

Anexo 3: Evaluación del funcionamiento familiar según instrumento ff-sil.

Nombre:.....

Fecha:.....fecha de nacimiento:.....Sexo:.....

	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
2. En mi casa predomina la armonía					
3. En mi casa cada uno cumple con sus responsabilidades					
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa					
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos					
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles					
8. Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan					
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado					
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
11. Podemos conversar diversos temas sin temor					
12. Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas					
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar					
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos					



ANEXO 2
MATRIZ DE DATOS

