



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
MEDICINA

**FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN
ADOLESCENTES DE TRES INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE LIMA,
PERÚ DURANTE EL AÑO 2022 LUEGO DE LA PANDEMIA DE
COVID-19**

**FREQUENCY OF ANXIETY AND DEPRESSION SYMPTOMS IN
ADOLESCENTS OF THREE EDUCATIONAL INSTITUTIONS IN LIMA,
PERÚ IN 2022 AFTER THE COVID-19 PANDEMIC**

**TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO
CIRUJANO**

ALUMNOS:

ANDREA GABRIELA LI VALVERDE

DENISSE OQUELIS GONZALES

ASESOR:

OLGA PATRICIA POLO UBILLUS

CO - ASESOR:

JOSE LUIS ROJAS VILCA

LIMA - PERÚ

2024

JURADO

PRESIDENTE: Johann Martín Vega Dienstmaier

VOCAL: Paulo Jorge Martín Ruiz Grosso

SECRETARIO: Paola Albinagorta Ariza

Fecha de Sustentación: 31 de enero del 2024

Calificación: Aprobado

ASESORES DE TESIS

ASESOR

OLGA PATRICIA POLO UBILLUS

Departamento de Consulta Externa

Departamento del Área de Atención Diferenciada del Adolescente

ORCID: 0009-0006-5816-320X

CO-ASESOR

JOSE LUIS ROJAS VILCA

Departamento de Epidemiología Clínica

Departamento de Epidemiología y Estadística del Cáncer

ORCID: 0000-0001-7864-113X

DEDICATORIA

“Quiero dedicar este libro al niño que esta persona mayor fue en otro tiempo.
Todas las personas mayores han sido niños antes. (Pero pocas lo recuerdan).”

- Antoine de Saint-Exupéry

Dedicado a las adolescentes que fuimos.

AGRADECIMIENTOS

Terminar la carrera ha sido el esfuerzo conjunto de las personas que nos rodean.
Agradecemos especialmente a nuestros padres: Rogger Oquelis Cabredo, Denise
Gonzales Girón, Roberto Li Valencia y Jessica Valverde Paredes, el apoyo
incondicional de nuestros hermanos: Valeria, Rogger, Alessandra, Luciana y
Joaquín, y de nuestros amigos: Roberto Medina, Marcia Lazo y Alexandra Vegas.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Autofinanciado

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés que pudiera haber influido los resultados del presente trabajo de investigación

RESULTADO DEL INFORME DE SIMILITUD

FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE TRES INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE LIMA, PERÚ DURANTE EL AÑO 2022 LUEGO DE LA PANDEMIA DE COVID-19

INFORME DE ORIGINALIDAD

18%	17%	6%	5%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
2	www.researchgate.net Fuente de Internet	1%
3	www.binasss.sa.cr Fuente de Internet	1%
4	pesquisa.bvsalud.org Fuente de Internet	1%
5	repositorio.uap.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	1%
7	duict.upch.edu.pe Fuente de Internet	1%
8	es.scribd.com Fuente de Internet	1%

TABLA DE CONTENIDOS

I. INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVOS	6
III. MATERIALES Y MÉTODOS	7
IV. RESULTADOS	20
V. DISCUSIÓN	25
VI. LIMITACIONES	38
VII. FORTALEZAS	39
VIII. CONCLUSIONES	39
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41

RESUMEN

Antecedentes: Considerando que la pandemia COVID-19 generó impactos en los distintos ámbitos de la salud en la población peruana, se podría esperar un aumento en los trastornos de salud mental en los adolescentes. La adolescencia es la última etapa con mayor flexibilidad para generar un cambio en el desarrollo de la persona. Sin embargo, las intervenciones desarrolladas en el marco de ese problema no son suficientes. **Objetivos:** Determinar la frecuencia de síntomas de ansiedad y depresión, evaluados con la Escala de ansiedad y depresión de Goldberg (EADG), en adolescentes de tres instituciones educativas de Lima Norte, durante el periodo escolar 2022, luego de la pandemia de la COVID-19. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo transversal, donde se incluyó todas las historias clínicas brindadas por el Área de Atención diferenciada del Adolescente (AADA) del periodo escolar 2022. La información se codificó para mantener la confidencialidad de los participantes y se llenó en una base de datos en Google Sheets y fue procesada en STATA vs 18.0 para su análisis. **Resultados:** La muestra fue de 458 adolescentes de tres instituciones educativas de Lima, Perú; con una media de edad de 13.64 años y la mayoría en etapa de adolescencia temprana. La muestra se distribuyó en 359 mujeres (78.38%) y 99 hombres (21.62%). Se usó la EADG para evaluar la presencia de síntomas de ansiedad y depresión, 183 estudiantes (40.22%) tenían síntomas de ansiedad y 249 (54.73%) síntomas de depresión, siendo el sexo femenino el más afectado. Del total, 166 estudiantes (36.48%) tuvieron síntomas de ambos diagnósticos. El tipo de funcionalidad familiar más frecuente fue el rango medio-extremo (73.03%). Las variables asociadas para síntomas de ansiedad fueron las etapas de

adolescencia (OR = 1.85), el sexo femenino (OR = 1.79), la disfuncionalidad familiar (OR = 1.68), sufrir de violencia psicológica (OR = 2.19), haber tenido hallazgos de indicadores de maltrato (OR = 1.91) y tener un nivel de irritabilidad por encima del promedio (OR = 2.67). Los factores protectores fueron vivir con ambos padres (OR = 0.56) y tener nivel de autoestima por encima del promedio (OR = 0.42). En el caso de los síntomas de depresión, las variables asociadas fueron el sexo femenino (OR = 1.81), el nivel de disfuncionalidad familiar (OR = 1.60), haber tenido hallazgos de indicadores de maltrato psicologico (OR = 2.30) y tener un nivel de irritabilidad mayor al promedio (OR = 2.63). Los factores protectores fueron el mayor nivel de cohesión familiar (OR = 0.75), el tener niveles por encima del promedio de asertividad (OR = 0.53) y de autoestima (OR = 0.50). **Conclusiones:** La prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión, evaluada con la EADG en los adolescentes fue mayor a la reportada antes y durante la pandemia. Los resultados encontrados en este estudio podrían explicarse por el componente multifactorial del desarrollo del adolescente y demuestran que hay un aumento en la frecuencia de síntomas de ansiedad y depresión tras la pandemia. Al ser una población que no tiene un acceso fácil a los servicios de salud mental, es importante continuar con intervenciones de tamizaje y brindar una atención integral.

Palabras clave: Adolescente, síntomas de depresión, síntomas de ansiedad, funcionalidad familiar.

ABSTRACT

Background: Considering that the COVID-19 pandemic generated an impact in different areas of health in the Peruvian population, an increase in mental health disorders in adolescents could be expected. Adolescence is the last stage with the greatest flexibility to generate a change in the development of a person. However, the interventions developed within the framework of this problem are not enough.

Objectives: Determine the frequency of anxiety and depression symptoms, assessed with the Goldberg Anxiety and Depression Scale (GADS), in adolescents from 3 high schools in Lima Norte during the 2022 school year after the COVID-19 pandemic. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study was carried out where the totality of the medical records of the Adolescent

Differentiated Care Area (AADA) from the 2022 school year were included. The information was coded to maintain the confidentiality of the participants and was filled out in a database in Google Sheets and was processed in STATA vs 18.0 for analysis.

Results: The sample consisted of 458 adolescents from three high schools in Lima, Peru; with an average age of 13.64 years and the majority of participants in early adolescence. The sample was distributed in 359 women (78.38%) and 99 men (21.62%). The GADS was used to evaluate the presence of anxiety and depression symptoms; 183 students (40.22%) had anxiety symptoms and 249 (54.73%) had depression symptoms, with females being the most affected. Of the total, 166 students (36.48%) had symptoms of both diagnoses.

The most frequent type of family functionality was mid-extreme range (73.03%). The associated variables for anxiety symptoms were the stages of adolescence (OR = 1.85), female sex (OR = 1.79), family dysfunction (OR = 1.68), suffering

from psychological violence (OR = 2.19), presenting evidence of abuse (OR = 1.91), and having an above average level of irritability (OR = 2.67). The protective factors were living with both parents (OR = 0.56) and having an above average level of self-esteem (OR = 0.42). In the case of depression symptoms, the associated variables were the female sex (OR = 1.81), family dysfunction (OR = 1.60), presenting evidence of psychological abuse (OR = 2.30), and a higher than average level of irritability (OR = 2.63) and the protective factors were the level of family cohesion (OR = 0.75) and having above average levels of assertiveness (OR = 0.53) and self-esteem (OR = 0.50). **Conclusions:** The prevalence of anxiety and depression symptoms evaluated with the GADS in adolescents was higher than that reported before and during the pandemic. The results found in this study could be explained by the multifactorial component of adolescent development and demonstrate that there is an increase in the frequency of anxiety and depression symptoms after the pandemic. As a population that does not have easy access to mental health services, it is important to continue with screening interventions and provide comprehensive care.

Keywords: Adolescent, depression symptoms, anxiety symptoms, family functionality.

I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como la etapa entre los 10 a 19 años de edad (1). Sin embargo, en Perú, la norma técnica de salud del adolescente ubica esta etapa entre los 12 años hasta los 17 años 11 meses 29 días, la cual representa un periodo de desarrollo importante e influyente en la toma de decisiones, sentimientos, pensamientos e interacciones con el entorno. La literatura clasifica esta etapa en 3 grupos; temprana, media y tardía. Los rangos de edades que establecen estos límites no están totalmente definidos. El Ministerio de Salud (MINSA) del Perú define la etapa temprana entre los 10 y 13 años; la media, entre los 14 y 16 años; y la tardía entre los 17 y 19 años. Esta clasificación es similar a la establecida por la Organización Panamericana de la Salud (2) y por otras guías internacionales (3) (4), aunque cabe mencionar que algunas consideran esta etapa hasta los 19 o 21 años, teniendo en cuenta la mayoría de edad legal establecida en cada país respectivamente. Dentro del plan de atención integral del adolescente, una de las prestaciones que se brinda es la identificación de riesgos psicosociales, que comprende dentro de sus parámetros el rol del adolescente en la familia y su relación con esta, además de la identificación de signos de alarma de depresión, ansiedad, entre otras enfermedades de salud mental (5).

La pandemia de COVID-19 fue declarada por la OMS el 11 de marzo de 2020 por el aumento de casos a nivel mundial y la rápida expansión de la enfermedad causada por el SARS-CoV-2 (6). En Perú, se declaró cuarentena obligatoria el 15 de marzo de dicho año, medida que fue necesaria para evitar el contagio de la

enfermedad, pero que a su vez generó un impacto en otros ámbitos de la salud, entre ellos, la salud mental (7). En ese contexto se realizaron estudios sobre el impacto de la pandemia en la familia y sus miembros. Feinberg et al, encontraron que los padres tuvieron más del doble de probabilidad de encontrarse en el rango clínico de depresión durante la pandemia comparado con el periodo pre pandémico. Esto tuvo impacto en las relaciones intrafamiliares, así como en el manejo de problemas que presentaban los hijos, lo cual generó un mayor nivel de estrés, ansiedad y complicaciones en la salud mental de los miembros de las familias (8). Del mismo modo, Fosco et al, encontraron que la angustia emocional de los padres frente a la COVID-19, así como su salud mental durante la pandemia, tenía una repercusión en la salud y manera de adaptarse de sus hijos frente a dicha situación (9).

La depresión y la ansiedad son los trastornos mentales más comunes a nivel mundial, cuyas tasas aumentaron en un 25% en el primer año de la pandemia de COVID-19, convirtiéndose también en una crisis mundial con un sistema de atención en deficiencia. (10). En el año 2020, en Lima, Perú, se encontró que 28% de adolescentes tenían un episodio depresivo mayor y 10.8% ansiedad generalizada. Asimismo, se encontró que de los adolescentes con problemas emocionales y/o de conducta, el 83.7% no recibió ningún tipo de atención para dicho problema (11).

La familia es el primer contexto en el que se desarrolla un individuo para después tomar contacto con la sociedad, se genera un espacio para formar una identidad y

aprender a relacionarse, experimentando sus primeras vivencias e incorporando lo que aprende en su entorno más cercano. Para hablar de una familia funcional debemos hablar de aquella en la que las relaciones interpersonales de los miembros favorezcan de manera sana el crecimiento personal, familiar y social de cada uno de estos (12). La funcionalidad familiar según el modelo de Olson contiene 2 dimensiones, la cohesión, definida como el vínculo emocional que existe entre los miembros de la familia, y la adaptabilidad, descrita como la capacidad de la familia para cambiar con el objetivo de superar dificultades que puedan presentarse a lo largo del tiempo. La cohesión familiar consiste en 4 niveles: No relacionada (muy baja), semirelacionada (baja-moderada), relacionada (moderada-alta) y aglutinada (muy alta); de los cuales se considera que los niveles centrales (semirelacionada y relacionada) permiten una funcionalidad familiar adecuada. Por el contrario, los extremos (no relacionada y aglutinada) pueden generar inconvenientes en las relaciones familiares. Del mismo modo, la adaptabilidad familiar tiene 4 niveles: Rígida (muy baja), estructurada (baja-moderada), flexible (moderada-alta) y caótica (muy alta); similar a la cohesión familiar, los niveles centrales (estructurada y flexible) son los que se consideran adecuados para una buena funcionalidad en la familia, mientras que los extremos (rígida y caótica) pueden ser problemáticos a largo plazo en la dinámica familiar (13).

Se ha observado que la disfuncionalidad familiar está asociada con la presencia de síntomas psiquiátricos en adolescentes (14). En un estudio realizado en el periodo escolar 2016 en adolescentes de una institución educativa de Lima Norte, se

encontró que el 38.6% de adolescentes presentaban síntomas de depresión y 23.9% presentaban síntomas de ansiedad. Así mismo, se observó que si bien la funcionalidad familiar global no presentaba asociación con estos síntomas, al separarla en sus dimensiones de adaptabilidad y cohesión, se encontró que ambas tenían una relación inversamente proporcional a la frecuencia de los síntomas de depresión. Además, se vio que la adaptabilidad familiar estaba relacionada de manera significativa e inversamente con los síntomas de ansiedad (15). En un estudio realizado en Colombia, se encontró como factor asociado de la depresión en adolescentes la disfuncionalidad familiar grave, así como el ser mujer, tener ansiedad y no vivir con ambos padres. En el caso de ansiedad, los factores asociados fueron ser mujer, tener depresión o algún trastorno de afecto y haber presenciado al menos un evento traumático. Además mencionan que conforme aumenta la edad hay mayor probabilidad de tener estos diagnósticos. Otro factor que puede estar asociado es el estado civil de los padres y el nivel educativo de los mismos (16). Del mismo modo, en un metaanálisis se vió que las mujeres adolescentes tenían mayor riesgo para desarrollar depresión en comparación con los hombres. Además, a nivel global los adolescentes tenían más riesgo de desarrollar depresión en comparación con la etapa de vida adulta, haciendo relevante el tamizaje y manejo de problemas de salud mental en esta etapa de vida (17). Crockett y Martinez obtuvieron resultados similares en una muestra de adolescentes, donde se observó que el género femenino tenía mayor riesgo de ansiedad y depresión, mientras que el vivir solo con uno o ninguno de los padres se asociaba con depresión a diferencia de vivir con ambos (18). Otro factor que se ha encontrado asociado es el sedentarismo, se ha planteado que aquellos

adolescentes que realizan poca actividad física a la semana tienen mayor tendencia a presentar síntomas de depresión y ansiedad (19). En la misma línea, se ha observado asociación entre un mayor índice de masa corporal (IMC) y mayor insatisfacción corporal del adolescente, así como con mayor presencia de síntomas ansiosos y depresivos (20).

Como conductas de riesgo asociadas a estos trastornos, los adolescentes que presentan abuso de sustancias tienen mayor probabilidad de tener el diagnóstico de trastornos de salud mental y viceversa (21). De manera más específica, en un estudio en Noruega se encontró que los adolescentes hombres y mujeres con síntomas de depresión y las mujeres con síntomas de ansiedad tenían mayor probabilidad de desarrollar patrones poco saludables de consumo de alcohol (22), lo cual también se ha reportado en estudios latinoamericanos, así como la asociación que se ha encontrado entre presentar estas patologías con el consumo de tabaco (23). Con respecto a la asociación entre estos trastornos de salud mental y ser víctima de violencia, Nekane et al. encontraron asociación entre ser víctima de acoso escolar con mayor probabilidad de presentar ansiedad y depresión (24). Asimismo, Patel et al. reportaron que las adolescentes que sufren cualquier tipo de violencia, sea física, psicológica o sexual, tienen mayor probabilidad de presentar síntomas depresivos (25).

Por otro lado se han reportado como factores protectores para estas patologías, las diferentes habilidades sociales como son la asertividad (26), autoestima (24), comunicación (27) y toma de decisiones (28). El pertenecer y participar en

pandillas, así como el presentar conductas agresivas son factores que se han visto asociados a mayor riesgo de presentar trastornos de salud mental como la ansiedad. (29). Por último, cabe recalcar que la irritabilidad es una de las principales manifestaciones de los trastornos de ansiedad y depresión en la infancia y adolescencia, lo que hace que se considere dentro de los criterios diagnósticos (30, 31).

Como se ha visto, el desarrollo de los adolescentes es el resultado de la interacción de eventos y factores en distintos ámbitos de su vida. Si se tratan como problemas independientes se falla en entender el panorama completo. Perú es un país cuyas cifras de enfermedades de salud mental han incrementado luego de la pandemia de COVID-19; sin embargo, las intervenciones desarrolladas en el marco de ese problema no son suficientes, sobre todo en la etapa de la adolescencia (32). Por ello, hemos decidido evaluar la frecuencia de síntomas de ansiedad y depresión en un contexto posterior a la pandemia de COVID-19, que generó un gran impacto en la población. A su vez es importante estudiar cómo se relacionan los problemas de funcionalidad familiar y salud mental, así como otros factores asociados que no se deben postergar por su impacto en el desarrollo de la persona. Consideramos que esto puede ayudar a guiar futuras intervenciones en esta etapa de vida.

II. OBJETIVOS

Objetivo principal

Determinar la frecuencia de síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes de tres instituciones educativas de Lima Norte durante el periodo escolar 2022 luego de la pandemia de la COVID-19.

Objetivos secundarios

- Determinar la frecuencia de síntomas de ansiedad según el nivel de adaptabilidad y cohesión familiar.
- Determinar la frecuencia de síntomas de depresión según el nivel de adaptabilidad y cohesión familiar.

Objetivos exploratorios

- Evaluar la asociación entre la funcionalidad familiar con los síntomas de ansiedad y depresión respectivamente.
- Evaluar la asociación entre los factores demográficos, nutricionales, de riesgo, de violencia, de habilidades sociales y de manejo de emociones evaluados en esta etapa de vida, con los síntomas de ansiedad y depresión respectivamente.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

- 1. Diseño del estudio:** Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo.
- 2. Población:** Adolescentes de 12 años a 17 años 11 meses 29 días de las instituciones educativas que trabajaron con el AADA en el periodo 2022. La población de alumnos de secundaria de los 3 colegios sumó un total de 2955 alumnos en dicho periodo. Luego de que el AADA aplicara los

paquetes de tamizaje de atención integral del adolescente, obtuvieron 458 historias clínicas en total (Anexo 1).

Criterios de inclusión

- Adolescente hombre o mujer entre los 12 años hasta los 17 años 11 meses 29 días.
- Que haya cursado estudios en los colegios Clorinda Matto de Turner, José María Arguedas, Mercedes Cabello de Carbonera durante el periodo escolar 2022.
- Que haya sido evaluado por el equipo de AADA del Hospital Cayetano Heredia (HCH) y cuente con historia clínica de tamizaje del paquete básico de cuidado integral de salud.

Criterios de exclusión

- Alumno que haya cursado en las instituciones educativas mencionadas durante la aplicación de los cuestionarios, que no esté dentro del rango de edad.

3. Muestra de estudio:

- **Muestreo:** Se incluyó la totalidad de historias clínicas disponibles brindadas por el AADA. Los criterios de inclusión se cumplieron en todas las historias, por lo que el tamaño total de la muestra comprendió una población de 458 participantes (Anexo 1).
- **Tamaño de muestra:** Para calcular el tamaño muestral se usó el programa OpenEpi versión 3. Se consideró una frecuencia esperada de síntomas de ansiedad de 23.9% y de síntomas de depresión de 38.6% en base al estudio “Funcionalidad familiar y

síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes mujeres del primer año de educación secundaria de una institución educativa del distrito del Rímac, Lima-Perú 2016” (15), y se obtuvo un tamaño de muestra mínimo de 280 participantes (para ansiedad) y 365 participantes (para depresión), con una precisión absoluta del 5% (Anexos 2 y 3).

4. Definición operacional de variables, cuestionarios y escalas:

- **Etapas de la adolescencia:** Variable cualitativa nominal dicotómica. Indica la etapa de la adolescencia en la que se encuentra el participante. Etapa temprana (12-13 años), media (14-16 años) y tardía (17 años).
- **Sexo:** Variable cualitativa nominal dicotómica. Indica características genotípicas y fenotípicas masculinas o femeninas.
- **Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG):** Herramienta de tamizaje para síntomas de Depresión Mayor y de Trastorno de Ansiedad Generalizada. Para cada diagnóstico hay una subescala con 9 preguntas (18 en total). Utiliza primero 4 preguntas como punto de corte, de contestar de manera positiva por lo menos 2/4 en el caso de ansiedad y 1/4 en el caso de depresión, se pasa a las siguientes 5 preguntas. Finalmente, si tiene ≥ 4 puntos en la subescala de ansiedad se considera como que tiene un 50% de probabilidad de tener diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada y si tiene ≥ 2 puntos en la subescala de depresión se considera que tiene un 50% de probabilidad de tener diagnóstico de

Depresión Mayor (33). En el año 2019, en Ecuador, se validó el uso de la EADG para jóvenes universitarios, con edades que comprendían desde la adolescencia tardía en adelante (34).

- **Presencia de síntomas de Ansiedad:** Variable cualitativa nominal dicotómica. La presencia de ≥ 4 puntos en la subescala indica probable Trastorno de Ansiedad Generalizada.
- **Presencia de síntomas de Depresión:** Variable cualitativa nominal dicotómica. La presencia de ≥ 2 puntos en la subescala indica probable Depresión Mayor.
- **Presencia de ambos padres de familia:** Variable cualitativa nominal dicotómica. Indica la presencia de uno o ambos padres de familia en casa.
- **Grado de instrucción del padre o madre:** Variable cualitativa nominal politómica. Indica el mayor grado educativo completado.
- **Escala de evaluación de la cohesión y adaptabilidad familiar (FACES III):** La escala FACES III es una herramienta para el estudio y la medición de la funcionalidad familiar según el modelo circumplejo de Olson. Esta emplea los componentes de cohesión y adaptabilidad familiar, cada una con cuatro niveles, de los cuales los niveles en los extremos de cada una se considera que favorecen la disfuncionalidad y los que se encuentran en el medio favorecen la funcionalidad familiar. De este modo, se crea un sistema con 16 tipos de familias, según la combinación de cada tipo de cohesión

familiar con cada tipo de adaptabilidad familiar respectivamente. Estos tipos de familia se clasifican en balanceada (combinación de dos niveles centrales), rango medio (combinación de un nivel central con un nivel extremo) y extrema (combinación de dos niveles extremos). Esta escala fue validada en el año 2016 para su uso en una población de adolescentes peruanos (35)

- **Nivel de cohesión familiar:** Variable cualitativa nominal politómica. Clasificada en desvinculada, semirelacionada, relacionada y aglutinada según el puntaje obtenido en la escala de FACES III.
- **Nivel de adaptabilidad familiar:** Variable cualitativa nominal politómica. Clasificada en rígida, estructurada, flexible y caótica según el puntaje obtenido en la escala de FACES III.
- **Nivel de funcionalidad familiar:** Variable cualitativa nominal politómica. Clasificada en balanceada, rango medio y extrema según el puntaje obtenido en la escala de FACES III.
- **Índice de masa corporal (IMC):** Variable cuantitativa discreta. Indica la relación entre el peso y talla de la persona según su edad de acuerdo a las tablas de percentiles de IMC por edad del Centro para el control y prevención de las enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés).

- **Sedentarismo:** Variable cualitativa nominal dicotómica. Indica si el adolescente realiza menos de 180 minutos de actividad física semanales (36) según la información obtenida de la Ficha de cuidados preventivos y seguimiento de riesgos del MINSA.
- **Estadios de Tanner femenino**
 - **Desarrollo mamario:** Variable cuantitativa discreta. Indica el grado de desarrollo mamario según la escala de Estadios puberales femeninos Tanner.
 - **Desarrollo de vello pubiano:** Variable cuantitativa discreta. Indica el grado de vello pubiano según la escala de Estadios puberales femeninos Tanner.
- **Estadios de Tanner masculino**
 - **Desarrollo genital:** Variable cuantitativa discreta. Indica el grado de desarrollo genital según la escala de Estadios puberales masculinos de Tanner.
 - **Desarrollo de vello pubiano:** Variable cuantitativa discreta. Indica el grado de vello pubiano según la escala de Estadios puberales masculinos de Tanner.
- **Ficha de cuidados preventivos y seguimiento de riesgos del MINSA:** Herramienta de registro de riesgos, elaborada por el MINSA en la “Norma técnica de salud para la gestión de la historia clínica”, aceptada en el marco de la resolución ministerial N 214-2018 (37).

- **Consumo de alcohol:** Variable cualitativa nominal dicotómica. Indica el consumo o no de sustancias alcohólicas.
 - **Consumo de tabaco:** Variable cualitativa nominal dicotómica. Indica el consumo o no de tabaco.
 - **Consumo de otras drogas:** Variable cualitativa nominal dicotómica. Indica el consumo o no de otras drogas.
 - **Participación en pandillas:** Variable cualitativa nominal dicotómica. Indica la participación o no en pandillas.
 - **Bullying escolar:** Variable cualitativa nominal dicotómica. Indica si sufre o ha sufrido de bullying en la escuela.
- **Cuestionario de Tamizaje de violencia basada en género (VBG) del MINSA:** Herramienta de tamizaje de violencia, elaborada por el MINSA en la “Guía técnica para la atención integral de las personas afectadas por la violencia basada en género”, aceptada en el marco de la resolución ministerial N 141-2007 (38).
 - **Violencia psicológica:** Variable cualitativa nominal dicotómica. Indica el haber sufrido o no violencia psicológica.
 - **Violencia física:** Variable cualitativa nominal dicotómica. Indica el haber sufrido o no violencia física
 - **Violencia sexual:** Variable cualitativa nominal dicotómica. Indica el haber sufrido o no violencia sexual.

- **Hallazgos de indicadores de maltrato:** Variable cualitativa nominal politómica. Indica si se encontró hallazgos de maltrato de tipo físico, psicológico, sexual o de negligencia.
- **Hallazgos de indicadores de maltrato de tipo psicológico:** Variable cualitativa nominal dicotómica. Indica si se encontró hallazgos de maltrato de tipo psicológica.
- **Hallazgos de indicadores de maltrato de tipo físico:** Variable cualitativa nominal dicotómica. Indica si se encontró hallazgos de maltrato de tipo físico.
- **Hallazgos de indicadores de maltrato de tipo sexual:** Variable cualitativa nominal dicotómica. Indica si se encontró hallazgos de maltrato de tipo sexual.
- **Hallazgos de indicadores de maltrato de tipo negligencia:** Variable cualitativa nominal dicotómica. Indica si se encontró hallazgos de maltrato de tipo negligencia.
- **Escala de habilidades sociales del MINSA:** Herramienta para evaluar el nivel de habilidades sociales, según el Manual de habilidades sociales en adolescentes de la dirección nacional de salud del Perú, con adaptación psicométrica del Equipo Técnico del Departamento de promoción de salud mental y de Prevención

de problemas psicosociales del Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) Honorio Delgado - Hideyo Noguchi (39).

- **Nivel de asertividad:** Variable cualitativa nominal dicotómica. Clasificada en por debajo o igual al promedio (incluye los niveles: muy bajo, bajo, promedio bajo, promedio) y por encima del promedio (incluye los niveles: promedio alto, alto y muy alto).
- **Nivel de comunicación:** Variable cualitativa nominal dicotómica. Clasificada en por debajo o igual al promedio (incluye los niveles: muy bajo, bajo, promedio bajo, promedio) y por encima del promedio (incluye los niveles: promedio alto, alto y muy alto).
- **Nivel de autoestima:** Variable cualitativa nominal dicotómica. Clasificada en por debajo o igual al promedio (incluye los niveles: muy bajo, bajo, promedio bajo, promedio) y por encima del promedio (incluye los niveles: promedio alto, alto y muy alto).
- **Nivel de toma de decisiones:** Variable cualitativa nominal dicotómica. Clasificada en por debajo o igual al promedio (incluye los niveles: muy bajo, bajo, promedio bajo, promedio) y por encima del promedio (incluye los niveles: promedio alto, alto y muy alto).
- **Nivel de habilidades sociales:** Variable cualitativa nominal dicotómica. Clasificada en por debajo o igual al promedio

(incluye los niveles: muy bajo, bajo, promedio bajo, promedio) y por encima del promedio (incluye los niveles: promedio alto, alto y muy alto)

- **Cuestionario de cólera, irritabilidad y agresividad (CIA) del MINSA:** Herramienta para evaluar el nivel de emociones negativas, según el Manual de habilidades sociales en adolescentes de la dirección nacional de salud del Perú, con adaptación psicométrica del Equipo Técnico del Departamento de promoción de salud mental y de Prevención de problemas psicosociales del Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) Honorio Delgado - Hideyo Noguchi (39).
 - **Nivel de cólera:** Variable cualitativa nominal dicotómica. Clasificada en por debajo o igual al promedio (incluye los niveles: muy bajo, bajo, promedio) y por encima del promedio (incluye los niveles: alto y muy alto).
 - **Nivel de irritabilidad:** Variable cualitativa nominal dicotómica. Clasificada en por debajo o igual al promedio (incluye los niveles: muy bajo, bajo, promedio) y por encima del promedio (incluye los niveles: alto y muy alto).
 - **Nivel de agresividad:** Variable cualitativa nominal dicotómica. Clasificada en por debajo o igual al promedio (incluye los niveles: muy bajo, bajo, promedio) y por encima del promedio (incluye los niveles: alto y muy alto).

5. Procedimientos y técnicas (Anexo 1):

- a. El AADA del HCH durante el periodo escolar 2022, buscó la participación de los grados de secundaria de colegios de Lima Norte cuyos directivos estuvieran dispuestos a que sus alumnos reciban el tamizaje del paquete de atención integral de salud del adolescente.
- b. Los colegios que aceptaron fueron: José María Arguedas, Clorinda Matto de Turner y Mercedes Cabello de Carbonera. Durante el periodo escolar 2022.
- c. Para obtener la autorización por parte de los padres y adolescentes, el colegio enviaba una solicitud que debía ser firmada por los padres con los datos del alumno y solo quienes aceptaban, recibían la evaluación y atención. Una vez aceptado el permiso, se obtenía el asentimiento de los adolescentes tras explicarles en qué consistía el paquete básico de cuidado integral.
- d. El equipo del AADA ejecutó las intervenciones y llenado de historias clínicas de tamizaje de la etapa de vida del adolescente en las instituciones educativas, intentando alcanzar la mayor cantidad de salones posibles tomando en cuenta la cantidad de personal del AADA con la que disponían en el tiempo planificado para la intervención. En total se evaluó a 458 alumnos.
- e. Se aplicaron los paquetes básicos de cuidado integral que incluían los test de tamizaje para identificar riesgos individuales, familiares y sociales en ellos y poder saber en qué ámbito realizar las

intervenciones correspondientes. En este marco se encuentran las escalas de Goldberg y FACES III, así como la Ficha de cuidados preventivos y seguimiento de riesgos, el cuestionario de Tamizaje de VBG, la Escala de habilidades sociales, y el Cuestionario de CIA.

- f. Una vez recopilada la información en las historias clínicas de tamizaje del paquete de atención integral del adolescente, estas se almacenaron en el AADA del HCH.
- g. Para la realización de este estudio se solicitó el permiso correspondiente al AADA para poder utilizar sus historias clínicas, del cual se obtuvo la aprobación. Posterior a esto, los datos de las historias clínicas que se encontraban en el AADA fueron pasados a una ficha de datos en Google Sheets. En total, se obtuvieron 458 historias clínicas del periodo escolar 2022 de los colegios mencionados.

6. Plan de análisis:

a. Manejo de datos

- i. Se construyó una base de datos con la información de las historias clínicas de los adolescentes que formaron parte del estudio.
- ii. Las historias clínicas fueron almacenadas en forma segura en la oficina del AADA, y a su vez fueron digitalizadas y verificadas en el área del proyecto.

iii. El equipo investigador en su totalidad veló por mantener la privacidad de los datos de cada participante, por lo que se generó un código aleatorio específico para cada historia clínica, realizado específicamente para este estudio y así evitar el uso de cualquier identificador como nombre, apellido, DNI, fecha de nacimiento o número de historia clínica.

b. Procedimientos estadísticos

Análisis Descriptivo: La información obtenida fue ingresada en una hoja de Google Sheets y posteriormente se analizó la base de datos con STATA versión 18.0 (StataCorpLP, Texas). Primero se ejecutó la estadística descriptiva y se construyeron tablas de distribución de frecuencias (expresada en porcentajes) y medidas de tendencia central (media). En el análisis bivariado, las variables categóricas se evaluaron con regresión logística. Finalmente se realizó un análisis multivariado donde se utilizó la regresión paso a paso o “stepwise” hacia adelante o “forward selection” que permitió evaluar los factores asociados a la variable dependiente. El factor de asociación de las variables independientes tanto en el análisis bivariado como en el multivariado se explicó con el odds ratio y su respectivo intervalo de confianza. Se consideró un resultado estadísticamente significativo cuando p fue menor a 0.05.

7. **Aspectos éticos:** El estudio fue aprobado por el Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) para seres humanos de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y por el Comité de Ética del Hospital Cayetano Heredia. Los investigadores fueron los únicos con acceso a la base de datos del estudio, la cual contó con un código aleatorio específico para cada historia clínica, generados específicamente para este estudio y así evitar el uso de cualquier tipo de identificador como nombre, apellidos, DNI, fecha de nacimiento o número de historia clínica.

IV. RESULTADOS

La población fue de 458 participantes de 1ro a 4to año de secundaria de tres instituciones educativas públicas de Lima Norte. Todos cumplieron los criterios de inclusión. La media de edad fue de 13.64 años, con un rango desde los 12 a los 17 años 11 meses y 29 días. En el grupo de adolescencia temprana hubo 228 participantes (49.78%); y en adolescencia media, 226 (49.34%). Dos de las instituciones fueron exclusivamente de mujeres y una mixta, con la muestra distribuida en 359 mujeres (78.38%) y 99 (21.62%) hombres. Se usó la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg para evaluar la presencia de síntomas de estas patologías y se encontró que 183 estudiantes (40.22%) tenían síntomas de ansiedad y 249 estudiantes (54.73%) tenían síntomas de depresión. Del total de participantes, 166 (36.48%) tuvieron síntomas de ambos trastornos (Ver Tabla 1).

Del total, 233 estudiantes (51.78%) contaban con la presencia de ambos padres de familia en su hogar. Respecto al nivel de educación de los padres, el más frecuente fue educación secundaria en 252 padres (67.02%) y 273 madres (65.31%). El siguiente nivel más común fue educación superior en 76 padres (20.21%) y 75 madres (17.94%). En el grupo de educación básica se consideró la educación primaria y el analfabetismo (Ver Tabla 1).

Respecto a la cohesión familiar, 134 estudiantes (29.39%) tenían una familia semirrelacionada; 129 (28.29%), una no relacionada; 126 (27.63%), una relacionada; y 67 (14.69%), una aglutinada. En cuanto a la adaptabilidad familiar, 184 estudiantes (40.35%) tenían una familia caótica; 128 (28.07%), una flexible; 104 (22.81%), una estructurada; y 40 (8.77%), una rígida. Finalmente, el nivel de funcionalidad familiar más frecuente fue el del grupo que incluía las familias de tipo “rango medio” y “extremo” en 333 estudiantes (73.03%) (Ver Tabla 1).

Al explorar los datos de la evaluación física, 275 estudiantes (60.18%) tenían un IMC normal, 99 (21.66%) tenían sobrepeso y 77 (16.85%) obesidad. De las 458 historias revisadas, en 454 se registró si se realizaba o no actividad física. De estas, solo en 257 se especificó el tiempo. Estas fueron las historias empleadas para evaluar sedentarismo, considerando como sedentarios a aquellos con < 180 minutos semanales de actividad física. De dicho grupo, 116 participantes (44.62%) se clasificaron como

sedentarios. Respecto a los estadios de Tanner femeninos, el desarrollo mamario más frecuente fue el S4 en 175 mujeres (49.02%) y el de vello pubiano fue el P3 en 181 (50.70%) de ellas. En los estadios de Tanner masculinos, el desarrollo genital más frecuente fue el G4 en 44 hombres (45.36%) y el de vello pubiano fue el P3 en 54 (55.67%) de ellos (Ver Tabla 1).

Se encontró que 20 (4.38%) estudiantes consumían alcohol, ninguno consumía tabaco y 1 (0.22%) consumía otras drogas. Además, 1 estudiante (0.22%) refirió participar en pandillas y 9 (2.01%) reportaron ser víctimas de bullying escolar. El tipo de violencia más común reportado fue el psicológico en 71 estudiantes (15.54%), seguido por el físico en 39 estudiantes (8.53%) y sexual en 36 estudiantes (7.88%). Los evaluadores reportaron haber encontrado hallazgos de indicadores de maltrato en 72 estudiantes (15.75%). En 67 (14.66%) estudiantes se encontró hallazgos compatibles con maltrato psicológico; en 7 (1.53%), físico; en 7 (1.53%), sexual; y en 5 (1.09%), de tipo negligencia (Ver Tabla 1).

En cuanto a las habilidades sociales, se encontró que 292 (64.04%) participantes estuvieron en niveles por encima del promedio de asertividad. En el ítem de comunicación, 270 (59.21%) participantes estuvieron en el promedio o por debajo. Respecto a la autoestima, 360 (78.95%) participantes estuvieron en el promedio o por debajo. En el ítem de toma de decisiones, 299 (65.57%) participantes estuvieron por encima

del promedio. Finalmente, en la suma total de habilidades sociales, 225 (49.34%) participantes estuvieron por encima del promedio. Con el Cuestionario de Cólera, Irritabilidad y Agresividad, se encontró que 368 (80.53%) participantes, estuvieron en el promedio o por debajo de cólera. En irritabilidad, 341 (74.62%) participantes estuvieron en el promedio o por debajo. Por último, en el ítem de agresividad 421 (92.12%) participantes estuvieron en el promedio o por debajo (Ver Tabla 1).

Para el análisis bivariado se evaluó por separado los factores asociados a síntomas de ansiedad y los factores asociados a síntomas de depresión. En el análisis para síntomas de ansiedad, las variables asociadas de manera directa fueron la etapas de adolescencia media (OR = 1.89), el sexo femenino (OR = 2.43), el nivel de disfuncionalidad familiar (OR = 1.80) consumir alcohol (OR = 2.88), ser víctima de violencia psicológica (OR = 3.32), física (OR = 3.30) o sexual (OR = 3.27), haber encontrado indicadores de maltrato (OR = 3.18), indicadores de maltrato psicológico (OR = 3.43), y tener niveles por encima del promedio de cólera (OR = 2.18), irritabilidad (OR = 3.45) y agresividad (OR = 2.86). Por otro lado, las variables con asociación inversa fueron vivir con ambos padres (OR = 0.59), el nivel de cohesión familiar semirrelacionada (OR = 0.62), el nivel de cohesión familiar relacionada (OR = 0.38), el nivel de cohesión familiar aglutinada (OR = 0.54), tener niveles por encima del promedio de asertividad (OR = 0.59), comunicación (OR = 0.48), autoestima (OR = 0.37), toma de decisiones (OR = 0.51) y de habilidades sociales (OR =

0.47) (Ver tabla 2). En el análisis para síntomas de depresión, las variables asociadas de manera directa fueron el sexo femenino (OR = 2.35), el nivel de disfuncionalidad familiar (OR = 1.79), consumir alcohol (OR = 3.45), sufrir violencia psicológica (OR = 2.05), física (OR = 2.58) o sexual (OR = 3.14), haber encontrado indicadores de maltrato (OR = 2.66), indicadores de maltrato psicológico (OR = 3.06), y tener niveles por encima del promedio de cólera (OR = 2.30), irritabilidad (OR = 3.41) y agresividad (OR = 2.66). Las variables que se asociaron de manera inversa fueron el nivel de cohesión familiar semirrelacionada (OR = 0.55), el nivel de cohesión familiar relacionada (OR = 0.22), el nivel de cohesión familiar aglutinada (OR = 0.31), y tener niveles por encima del promedio de asertividad (OR = 0.40), comunicación (OR = 0.46), autoestima (OR = 0.29), toma de decisiones (OR = 0.43) y de habilidades sociales (OR = 0.40) (Ver Tabla 3).

Finalmente, en el análisis multivariado para síntomas de ansiedad, las variables con asociación significativa fueron las etapas de adolescencia (OR = 1.85), el sexo femenino (OR = 1.79), la disfuncionalidad familiar (OR = 1.68), sufrir de violencia psicológica (OR = 2.19), haber tenido hallazgos de indicadores de maltrato (OR = 1.91) y tener un nivel de irritabilidad por encima del promedio (OR = 2.67). Como factores protectores estuvieron la presencia de ambos padres de familia (OR = 0.56) y tener nivel de autoestima por encima del promedio (OR = 0.42) (Ver Tabla 2). En el caso del análisis multivariado de síntomas

depresivos, las variables que tuvieron asociación fueron el sexo femenino (OR = 1.81), el nivel de disfuncionalidad familiar (OR = 1.60), haber tenido hallazgos de indicadores de maltrato psicológico (OR = 2.30) y tener un nivel de irritabilidad mayor al promedio (OR = 2.63). Por otro lado, los factores protectores fueron el mayor nivel de cohesión familiar (OR = 0.75), el tener niveles por encima del promedio de asertividad (OR = 0.53) y de autoestima (OR = 0.50) (Ver Tabla 3).

V. DISCUSIÓN

La población del presente estudio estuvo constituida por adolescentes de primer a cuarto año de secundaria de tres instituciones educativas públicas de Lima Norte, quienes retornaron a las clases presenciales tras el periodo de confinamiento por la pandemia de COVID-19. Todos los participantes cumplieron los criterios de inclusión.

Al evaluar las etapas de la adolescencia, se encontró asociación estadísticamente significativa y de manera directamente proporcional con tener síntomas de ansiedad. Los adolescentes en la etapa media tenían casi el doble de riesgo de presentar síntomas de ansiedad, que aquellos en la etapa temprana. Gómez et al. en un estudio transversal descriptivo en el que usaron los criterios DSM-IV para depresión y ansiedad en adolescentes, encontraron que existía asociación significativa entre tener mayor edad y el diagnóstico de cualquiera de esos trastornos (16). Esto

podría ser porque a mayor edad existen mayores responsabilidades y cambios fisiológicos, sociales y psicológicos en el adolescente, que lo sitúa en contextos más complejos y de mayor estrés. En el caso de la presencia de síntomas de depresión no hubo asociación, lo cual podría explicarse por la baja potencia en esta variable (42.44%). Al realizar el análisis, también se encontró asociación significativa entre el sexo femenino y la presencia de síntomas ansiosos y depresivos. De igual manera, la literatura revisada, reporta asociación de estas patologías con el sexo femenino (16, 17, 18). Esto podría explicarse por la presencia de factores hormonales, químicos y sociales que fisiológicamente exponen al sexo femenino a eventos más estresantes que podrían desencadenar la predisposición a padecer estos trastornos (40).

Se encontró una mayor prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión, utilizando la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg, en comparación a cifras reportadas previamente. Al revisar acerca de los trastornos de salud mental en el adolescente peruano, el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) Honorio Delgado - Hideyo Noguchi, encontró en el año 2012 que un 7% de los adolescentes encuestados tenía el diagnóstico de episodio depresivo y que el 3% padecía de trastorno de ansiedad generalizada (41). Del mismo modo, el INSM, en el año 2020, en el contexto de la COVID-19, reportó una prevalencia de episodio depresivo mayor en el 28% de los adolescentes y de trastorno de ansiedad generalizada en el 10.8% (42). Este aumento en la prevalencia puede ser

principalmente por dos razones: en primer lugar las escalas empleadas para medir las variables de depresión y ansiedad son distintas a las que utiliza el INSM, ya que este busca el diagnóstico de dichas patologías, en cambio, en este estudio se buscó evaluar la presencia de síntomas mediante la EADG, la cual ha demostrado una alta sensibilidad (83%) y especificidad (82%) (43); en segundo lugar, se encuentra el impacto de la pandemia en la salud mental de las personas, considerando que los estudios del INSM se realizaron previos a la pandemia de COVID-19, mientras que este estudio se realizó posterior a ella. De igual manera, en un estudio hecho por Polo en el año 2016, en una población de adolescentes de Lima Norte similar a la muestra actual, la frecuencia en ese momento fue de 23.9% para síntomas de ansiedad y 38.6% para síntomas de depresión (15), cifras menores a las encontradas. Feinberg et al., mencionan que en el contexto de la pandemia de COVID-19, la salud mental de los niños y adolescentes, así como las relaciones intrafamiliares se vieron expuestos a mayores niveles de estrés, ansiedad y complicaciones (8). Los resultados encontrados concuerdan con la prevalencia latinoamericana (44). Del mismo modo, Shorey et al., en un metaanálisis de 72 estudios realizados a nivel mundial, encontraron una tendencia al aumento en la prevalencia de síntomas depresivos y del diagnóstico de depresión mayor en adolescentes (17). En el caso de ansiedad, los resultados difieren con el metaanálisis de Barendse et al., si bien encontraron un aumento de la prevalencia de síntomas de depresión, no hubo un aumento significativo en la prevalencia de los síntomas de

ansiedad (45). La coexistencia de síntomas de ambos diagnósticos fue mayor a las cifras reportadas por otros autores de Latinoamérica y Europa. En un estudio descriptivo transversal, con el uso del CDI para depresión y de la Escala para Trastornos de Ansiedad del Niño (SCARED, por sus siglas en inglés), encontraron una prevalencia de 8,9% en Colombia (46). De manera similar, Johansson et al., en un estudio descriptivo en Suecia, reportó una prevalencia de 8,3%, usando el Cuestionario de salud del paciente, escala de tamizaje para depresión (PHQ-9, por sus siglas en inglés) y la Escala de desorden de ansiedad generalizada (GAD-7, por sus siglas en inglés) para ansiedad (47). En una encuesta realizada en América Latina y el Caribe, se encontró que uno de los servicios de salud que se percibió como más afectado durante la pandemia fue la salud mental (48). Una revisión sobre la cuarentena al inicio de la pandemia, sugiere que el impacto psicológico de esta, por la presencia de múltiples factores estresores, podría ser sustancial y de largo plazo. Los principales estresores tanto durante como luego de la cuarentena fueron la falta de acceso a productos básicos (agua, comida), la desinformación, el aburrimiento y las pérdidas financieras. Además, la literatura demuestra que una mayor duración de la pandemia se asocia con un mayor deterioro en la salud mental (49) y se sabe que Perú tuvo una de las cuarentenas más estrictas y largas, lo cual generó un mayor impacto psicológico en la población (50).

Al realizar el análisis estadístico, hubo asociación inversamente proporcional entre la presencia de ambos padres de familia en casa con la presencia de síntomas de ansiedad. Esta variable fue un factor protector para los síntomas de ansiedad, probablemente al crear en ellos un entorno de mayor seguridad y estabilidad al ser constantes en su crianza. Aunque no se encontró asociación con los síntomas de depresión, cabe destacar que de este grupo fueron más quienes no contaban con ambos padres en el hogar. Morales et al., en un estudio descriptivo correlacional en México, donde utilizaron la Escala de ansiedad manifiesta, la Escala de depresión y la Escala de implicación paterna, concluyeron que a mayor participación de los progenitores en la crianza de los adolescentes, estos tenían menores rasgos depresivos y ansiosos (51). Es importante recalcar que la potencia para el análisis de las variables presencia de ambos padres de familia y síntomas de depresión fue de 28.65%, lo cual podría explicar la ausencia de asociación.

Dentro de los componentes de la funcionalidad familiar, se encontró que la cohesión familiar está asociada inversamente con la presencia de síntomas de depresión. Gómez et al., en un estudio transversal en adolescentes donde usaron la Escala de cohesión familiar validada para Colombia, y la escala Zhung para depresión, obtuvieron resultados similares, encontrando que había asociación significativa entre la cohesión familiar y la ausencia de síntomas depresivos (52). La cohesión familiar según el modelo de Olson, es el vínculo emocional que se forma entre los miembros de la

familia. Considerando que el manejo de la depresión es multifactorial y requiere de sistemas de apoyo, como el entorno familiar, se entiende que si estos vínculos no están consolidados, podría haber mayor riesgo para padecer el trastorno. En cuanto al componente de adaptabilidad familiar, no hubo asociación significativa con la presencia de síntomas de ansiedad ni depresión. Esto concuerda con lo reportado en un estudio transversal correlacional por Olivera et al., donde usaron la Escala FACES IV y el Inventario de depresión de Beck (IDB-II) y encontraron que si bien existía asociación inversamente proporcional entre la funcionalidad familiar y la depresión en los adolescentes, no existía asociación significativa entre este diagnóstico y el componente de cohesión ni el de adaptabilidad (53). Del mismo modo García et al. determinaron que no existía relación estadísticamente significativa entre adaptabilidad y ansiedad (54).

Se encontró que conforme aumentaba el nivel de disfuncionalidad familiar (siendo las categorías balanceada y rango medio-extrema), existía casi el doble de riesgo de presentar síntomas de ansiedad y de depresión. En el estudio realizado por Taffur, con el APGAR familiar para medir la funcionalidad familiar, encontraron que a mayor disfuncionalidad, mayor era la sintomatología ansiosa (55). Berryhill et al., en un estudio de asociaciones hecho en Alabama, usaron la escala de funcionalidad familiar FACES IV, la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D, por sus siglas en inglés) y el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI, por sus siglas en inglés). Ansiedad-Estado

es el periodo transitorio de tensión, aprensión y de actividad del sistema nervioso autónomo que varía en duración e intensidad en situaciones de estrés, y Ansiedad-Rasgo es la tendencia a percibir estas situaciones como más amenazantes (56). Encontraron que las familias disfuncionales, específicamente las caóticas-no relacionadas, podrían ser una fuente estresora para la salud mental. Esto podría ser porque en este tipo de familias, las interacciones y el apoyo intrafamiliar son casi nulos o inexistentes (57).

Si bien la mayoría de participantes tuvo un IMC en rango normal, uno de cada tres estudiantes estuvo en rango de sobrepeso u obesidad. No hubo asociación significativa con la presencia de síntomas de ansiedad ni depresión. Se debe tener en cuenta que las potencias para el análisis de esta variable fue de 27.06% para síntomas de ansiedad y de 10.19% para síntomas de depresión. Sin embargo, las cifras de sobrepeso y obesidad que se encontraron son alarmantes ya que se conoce que estas patologías tienen consecuencias en los distintos sistemas del organismo (58). Los resultados difieren de un estudio en Barcelona de tipo descriptivo transversal realizado por Calderón et al., quienes utilizaron el CDI para depresión, STAI para ansiedad y el Inventario de Trastornos de Conducta Alimentaria (EDI-2, por sus siglas en inglés). Encontraron que los jóvenes con IMC mayor al rango normal podrían tener conductas alimentarias asociadas a mayor presencia de síntomas ansiosos y depresivos. Esto podría ser porque confunden sus dificultades emocionales y situaciones

estresantes con hambre, lo que los lleva a comer para aliviar dicha carencia (20). Aunque no se encontró una asociación estadísticamente significativa con el sedentarismo, con una potencia de 35.03% para síntomas de ansiedad y 3.46% para síntomas de depresión, cabe resaltar que cerca de la mitad de los participantes tenían una vida sedentaria. Los resultados difieren con lo encontrado por Pantoja et al., en España (19), quienes en un estudio transversal descriptivo hecho en adolescentes usando el CDI, el Cuestionario de autoevaluación de ansiedad y el Cuestionario de exploración física, encontraron asociación estadísticamente significativa. La literatura indica que a mayor sedentarismo suele haber mayor prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión (59). Así mismo, los estudios señalan que el ejercicio ayuda a reducir los niveles de ansiedad en las personas e incluso se considera un factor protector para el desarrollo de depresión. Hay distintas hipótesis tanto fisiológicas como bioquímicas que explicarían esto. Algunas de las más reconocidas señalan como causalidad al aumento de la liberación de endorfinas, el impacto en la función mitocondrial y consecuentemente en la neuroplasticidad, y el aumento de actividad serotoninérgica y adrenérgica, entre otros (60).

El consumo de sustancias nocivas estuvo presente pese a que los participantes eran menores de edad, siendo el más común el consumo de alcohol. No se encontró asociación entre el consumo de alcohol y la presencia de síntomas de ansiedad y de depresión. Esto discrepa con lo expuesto por Valarezo et al., en Ecuador, en un estudio transversal donde

aplicaron el IDB II para depresión, la Escala de Ansiedad de Hamilton y la Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias, y encontraron que a mayor nivel de ansiedad o depresión, mayor era el riesgo de consumo de alcohol (23). Del mismo modo, en el estudio de Johannessen et al., en Noruega, usando el Cuestionario de síntomas de Hopkins para depresión y ansiedad, encontraron que a más síntomas depresivos en los adolescentes, el inicio de consumo de alcohol era antes de los 15 años y tenían mayor frecuencia de intoxicación por su consumo. En el caso de ansiedad también encontraron asociación, pero solo en el sexo femenino (22). La potencia en este caso fue de 63.48% para síntomas de ansiedad y de 71.07% para síntomas de depresión. No se encontró asociación significativa entre el bullying y los síntomas de ansiedad ni de depresión. Sin embargo, es importante recalcar que aún existe estigmatización con respecto al bullying y muchas de las víctimas no reportan padecer estos abusos, además, la percepción de acoso escolar puede variar entre las personas (61), lo cual puede haber generado un subdiagnóstico de este. Además, la potencia para el análisis de esta variable fue de 36.86% para síntomas de ansiedad y de 1.47% para síntomas de depresión. Nekane et al. en España, hallaron una relación directa entre ser víctima de acoso con sufrir ansiedad y depresión (24), así como el factor protector que era el mayor nivel de autoestima del adolescente contra ser víctima de acoso. La discrepancia con los resultados del presente estudio puede deberse a la existencia de distintas herramientas para evaluar estas variables y por la participación de otros factores en el

entorno del adolescente, como la funcionalidad familiar, las habilidades sociales, entre otros, que pueden servir como factores protectores en estos casos.

La violencia más común que padecieron los participantes fue la psicológica, dato que concuerda con las cifras nacionales, donde este tipo de violencia se reporta en primer lugar, seguido de la de tipo sexual y física (62), además se encontró asociación entre la violencia psicológica con la presencia de síntomas de ansiedad. Los adolescentes que sufrían este tipo de violencia tenían más del doble de probabilidad de tener síntomas de ansiedad en comparación a quienes no. Esto podría deberse a que sufrir cualquier tipo de violencia se convierte en un estresor constante en el día a día, que los puede llevar a un estado de alerta persistente (16). Estos resultados concuerdan con Patel et al., quienes en un estudio descriptivo en la India, encontraron que las adolescentes mujeres que sufrían directa o indirectamente de violencia física, sexual o psicológica tenían el doble o mayor riesgo de tener síntomas de depresión en comparación a quienes no sufrían de violencia (25). En el presente estudio no se encontró asociación significativa con síntomas de depresión, pero es importante recalcar que la potencia para esta variable fue de 75.12%. De igual manera se encontró asociación entre haber tenido indicadores de maltrato con la presencia de síntomas de ansiedad, así como con haber tenido indicadores de maltrato psicológico con la presencia de síntomas de

depresión. Los participantes que tuvieron estos hallazgos tenían el doble de probabilidad de tener síntomas de dichas patologías.

Al tener la mayoría de participantes niveles de habilidades sociales en el promedio o por debajo de este, sugiere que aún necesitan consolidar dichas habilidades e incrementarlas. Con respecto a la asertividad, la mayoría de participantes tuvo niveles por encima del promedio, lo cual indica que son personas competentes en el manejo de esta categoría (63). Esta variable tuvo asociación significativa e inversa con la presencia de síntomas de depresión. Aquellos participantes con niveles por encima del promedio tenían el doble de probabilidad de no presentar síntomas de depresión. Esto concuerda con Fuspita et al., quienes en un estudio cuasi-experimental, aplicando intervenciones para el manejo y mejora de la asertividad, encontraron que tras sesiones en las que se obtuvo mejoría en dicha habilidad social, los niveles de depresión disminuyeron (26). Como se ha visto, un mayor nivel de desarrollo de las habilidades sociales genera en el adolescente más herramientas para poder desenvolverse en distintos entornos y manejar sus emociones con mayor asertividad. La potencia para esta variable con la presencia de síntomas de ansiedad, donde no hubo asociación, fue de 76.61%. No se encontró asociación entre el nivel de comunicación y la presencia de síntomas de ansiedad ni de depresión, pero es importante considerar que el nivel más frecuente de esta habilidad en los participantes fue promedio o por debajo de este, lo que indica que poseen un manejo básico de dicha habilidad y aún necesitan

reforzar y mejorarla (63). Esto además es importante ya que se ha visto que al mejorar los niveles de comunicación, los lazos familiares se estimulan y disminuye el estrés psicológico (27). De igual manera, el nivel de autoestima más común en los participantes fue de tipo promedio o por debajo de este. Se encontró una asociación inversa entre esta variable y la presencia de síntomas de ansiedad y depresión, donde en ambos casos, los participantes que tenían un nivel por encima del promedio tenían el doble de probabilidad de no presentar síntomas de estas patologías. Nekane et al. también encontraron una asociación inversamente proporcional entre los niveles de autoestima y el sufrir ansiedad y depresión (24). Esto puede deberse a que un mayor nivel de autoestima, genera mayor confianza en los adolescentes y en sus acciones, además de servir como factor protector ante situaciones adversas, como el acoso escolar u otros tipos de violencia. En cuanto a la toma de decisiones, la mayoría de los participantes estuvo en un nivel por encima del promedio respecto a esta habilidad. No se encontró una asociación significativa con los síntomas de ansiedad ni de depresión, a pesar de tener potencias de 92.65% y 98.78%, respectivamente. Es importante considerar que la literatura describe que esta habilidad puede verse comprometida en individuos con estos trastornos (28). Del mismo modo, se ha encontrado que durante la pandemia de COVID-19, los niveles constantes de estrés, afectaban los procesos cognitivos de planear y tomar decisiones, así como de resolver problemas (64).

Del cuestionario CIA, menos de la tercera parte de participantes obtuvieron niveles por encima del promedio, es decir, ese grupo no tiene adecuados mecanismos emocionales para controlar sus reacciones (63). Se encontró asociación significativa sólo entre el componente de irritabilidad y la presencia de síntomas de ansiedad y depresión. Aquellos participantes que tenían niveles de irritabilidad por encima del promedio tuvieron más del doble de probabilidad de tener síntomas de ambas patologías. Esto fue lo esperado, considerando que la irritabilidad es uno de los principales criterios para el diagnóstico de depresión (30) y una de las principales manifestaciones de la ansiedad en esta etapa de vida (31).

Los resultados encontrados en este estudio podrían explicarse por el componente multifactorial del desarrollo del adolescente, así como por la resiliencia individual que estos desarrollan en base a sus herramientas para enfrentar los problemas (65). Aunque la etapa de la adolescencia está marcada por la búsqueda de la identidad e independencia, es importante recordar que al ser menores de edad aún dependen de sus apoderados; esto los vuelve una población vulnerable, ya que las atenciones de salud a las que pueden acudir dependen en gran medida de otras personas (66). Por esto, las intervenciones de tamizaje son importantes, porque identifican de manera oportuna los distintos problemas que puedan presentar, permitiendo un manejo y tratamiento más temprano. Los resultados respaldan lo mencionado por otros autores sobre el aumento de la

frecuencia de ansiedad y depresión tras la pandemia, lo cual recalca la importancia de una atención integral del eje de salud mental.

VI. LIMITACIONES

Algunos datos de los cuestionarios no fueron encontrados al momento de revisar las historias clínicas. Por otro lado, al ser un estudio de tipo transversal, si bien permitió evaluar las asociaciones existentes con los síntomas de ansiedad y depresión en la muestra, no fue posible determinar la dirección de la causalidad. Si bien para el presente estudio se analizó las 458 historias clínicas recopiladas por el AADA, es importante recalcar que la aplicación de los paquetes de tamizaje de atención integral del adolescente se realizó según la disponibilidad de recurso humano del AADA y del tiempo ofrecido por los colegios, por lo que no abarcaron la totalidad de la población accesible de las tres instituciones educativas. Por lo tanto, aunque el tamaño de muestra es el adecuado para el objetivo principal del estudio, al no realizar muestreo probabilístico, las potencias de algunas variables que se esperaba fueran significativas en base al marco teórico, fueron bajas. Por último, se usó el modelo de historia clínica del MINSA y si bien las escalas son usadas a nivel nacional, algunas no cuentan con un estudio de validación correspondiente para esta población.

VII. FORTALEZAS

Como sabemos, el desarrollo de los adolescentes está influido por múltiples factores y al utilizar la mayor cantidad de datos disponibles en las historias clínicas, considerando que podían tener relación con la presencia de síntomas de ansiedad o depresión, permitió hallar las diferentes asociaciones existentes en nuestra población de estudio. En el año 2022 el AADA trabajó con varios grados escolares de tres colegios estatales. Esto permitió obtener un tamaño de muestra mayor al necesario para el estudio, aumentando la potencia de este para el objetivo principal. Los resultados del estudio, brindan datos importantes sobre las asociaciones que existen entre el entorno del adolescente y la presencia de síntomas de ansiedad y depresión, así como el aumento de la prevalencia de estas patologías luego del contexto de la pandemia de COVID-19. Estos resultados dan cabida a futuras investigaciones para determinar la causalidad de estos.

VIII. CONCLUSIONES

La frecuencia encontrada de síntomas de ansiedad y depresión evaluadas con la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg en la población estudiada fue de 40.72% y 54.73%, respectivamente. Estas cifras fueron mayores a las reportadas antes y durante la pandemia.

Al evaluar los componentes de funcionalidad familiar, se encontró asociación significativa e inversa entre la cohesión familiar con la presencia de síntomas de depresión. Por otro lado, no hubo asociación entre el nivel de adaptabilidad familiar con la presencia de síntomas de ninguno de los trastornos. Se encontró también que cuando aumentaba el nivel de disfuncionalidad familiar, existía casi el doble de riesgo de presentar síntomas de ansiedad y de depresión.

Las otras variables que tuvieron asociación significativa directa con la presencia de síntomas de ansiedad fueron las etapas de la adolescencia, el sexo femenino, la disfuncionalidad familiar, sufrir de violencia psicológica, haber tenido hallazgos de indicadores de maltrato y tener nivel de irritabilidad por encima del promedio. Los factores protectores fueron la presencia de ambos padres de familia y el nivel de autoestima por encima del promedio. En el caso de síntomas depresivos, las variables que se asociaron de manera directa fueron el sexo femenino, la disfuncionalidad familiar, haber tenido hallazgos indicadores de maltrato psicológico, y el nivel de irritabilidad por encima del promedio, mientras que los factores protectores fueron la cohesión familiar y el nivel de asertividad y de autoestima por encima del promedio.

Los resultados encontrados respaldan la importancia y la necesidad de una atención integral en salud mental en la población adolescente.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Salud del Adolescente. World Health Organization. [Internet]. [Citado 14 Abr 2023]. Disponible en:
https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
2. Breinbauer C, Maddaleno M. Youth: Choices and change: Promoting healthy behaviors in adolescents. 1ra ed. Genève, Switzerland: World Health Organization; 2005.
3. Gaete V. Desarrollo psicosocial del adolescente. Rev Chil Pediatr [Internet]. 2015 [citado 20 Nov 2023]; 86(6): 436–43. Disponible en:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0370-41062015000600010&lng=es&nrm=iso
4. Hagan J, Shaw J, Duncan P. Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents [Internet]. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics; 2017 [Citado 21 Nov 2023]. Disponible en:
https://downloads.aap.org/AAP/PDF/Bright%20Futures/BF4_Introduction.pdf
5. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de Adolescentes 2019 [Internet]. Biblioteca Virtual en Salud. MINSA. DGIESP. DVICI. EVAJ; 2019 [Citado 14 Abr 2023]. Disponible en:
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4942.pdf>

6. Organización Panamericana de la Salud. Respuesta a la emergencia por COVID-19 en el Perú [Internet]. [Citado 15 May 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/respuesta-emergencia-por-covid-19-peru>
7. Lippi G, Henry BM, Bovo C, Sanchis-Gomar F. Health risks and potential remedies during prolonged lockdowns for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Diagnosis*. [Internet] 2020 [Citado 16 May 2023];7(2):85–90. Disponible en: <https://doi.org/10.1515/dx-2020-0041>
8. Feinberg ME, A. Mogle J, Lee J, Tornello SL, Hostetler ML, Cifelli JA, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on parent, child, and family functioning. *Family Process*. 2021 Abr 8;61(1):361–74. doi:10.1111/famp.12649
9. Fosco GM, Sloan CJ, Fang S, Feinberg ME. Family vulnerability and disruption during the Covid-19 pandemic: Prospective pathways to child maladjustment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2021 Jun 7;63(1):47–57. doi:10.1111/jcpp.13458
10. OMS. Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos. Panorama general. [Internet] Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 [Citado 16 May 2023]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1433519/retrieve>
11. Alvarez M, Arias J-P, Morón G, Ramírez R, Cayo J, Pomalima R. Impacto en la Salud mental de los niños y adolescentes de Lima

- metropolitana en el Contexto de la Covid-19. *Revista Psicológica Herediana*. 2021;37(2):21–34. doi:10.20453/rph.v15i1.4301
12. Arés Muzio P. *Psicología de la Familia: Una aproximación a su estudio* [Internet]. La Habana: Universidad de la Habana; 2002 [Citado 14 Abr 2023]. Disponible en: <https://pdfcoffee.com/libro-de-familia-patricia-ares-5-pdf-free.html>
13. Olson DH. Circumplex model of marital and Family Systems. *Journal of Family Therapy* [Internet]. 2000 [citado 23 Ago 2023];22(2):144–67. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/1467-6427.00144>
14. Guerrero-Muñoz D, Salazar D, Constain V, Perez A, Pineda-Cañar CA, García-Perdomo HA. Association between family functionality and depression: A systematic review and meta-analysis. *Korean Journal of Family Medicine* [Internet]. 2021 Mar [Citado 15 Abr 2023];42(2):172–80. Disponible en: <https://doi.org/10.4082/kjfm.19.0166>
15. Polo O. *Funcionalidad familiar y síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes mujeres del primer año de educación secundaria de una institución educativa del distrito del Rímac, Lima-Perú 2016*. Lima; 2017
16. Gómez-Restrepo C, Bohórquez A, Tamayo Martínez N, Rondón M, Bautista N, Rengifo H, et al. Trastornos depresivos y de ansiedad y factores asociados en la Población de Adolescentes colombianos, Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Revista*

Colombiana de Psiquiatría. 2016 Dec;45:50–7.
doi:10.1016/j.rcp.2016.09.009

17. Shorey S, Ng ED, Wong CH. Global prevalence of depression and elevated depressive symptoms among adolescents: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Clinical Psychology*. 2021;61(2):287–305. doi:10.1111/bjc.12333
18. Crockett MA, Martínez V. Depresión, ansiedad generalizada y riesgo de consumo problemático de sustancias en estudiantes secundarios [Internet]. *Sociedad Chilena de Pediatría*.; 2023 [citado 23 Ago 2023]. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S2452-60532023000200161&script=sci_arttext
19. Pantoja A, Zuleta K. Depresión, Ansiedad y Actividad Física en Escolares: Estudio Comparado. *Rev Iberoam Diagn Eval - Aval Psicol* [Internet]. 2019;52(3). Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/4596/459661296012/459661296012.pdf>
20. Calderón C, Forns M, Varea V. Implicación de la ansiedad y la depresión en los trastornos de alimentación de jóvenes con obesidad. *Nutr Hosp* [Internet]. 2010 [citado 20 Nov 2023]; 25(4):641–7. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112010000400017&script=sci_arttext

21. National Institute on Drug Abuse. Why is there comorbidity between substance use disorders and mental illnesses? [Internet]. National Institute on Drug Abuse. [citado el 13 de enero de 2024]. Disponible en: <https://nida.nih.gov/publications/research-reports/common-comorbidities-substance-use-disorders/why-there-comorbidity-between-substance-use-disorders-mental-illnesses>
22. Johannessen E, Andersson H, Bjorngaard J, Pape K. Anxiety and depression symptoms and alcohol use among adolescents - a cross sectional study of Norwegian secondary school students. BMC Public Health [Internet]. 2017 [citado 20 Nov 2023]; 17(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-017-4389-2>
23. Valarezo O, Erazo R, Muñoz Z. Síntomas de ansiedad y depresión asociados a los niveles de riesgo del consumo de alcohol y tabaco en adolescentes de la ciudad de Loja, Ecuador. Health and addictions [Internet]. 2021 [citado 20 Nov 2023]; 21(1):279-293. Disponible en: doi:10.21134/haaj.v21i1.584
24. Nekane B, Aliri J, Goñi O, Gorostiaga A. Asociación entre el bullying, la ansiedad y la depresión en la infancia y la adolescencia: el efecto mediador de la autoestima. Rev psicodidact [Internet]. 2023 [citado 17 Nov 2023]; 28(1):26–34. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1136103422000302>

25. Patel R, Gupte S, Srivastava S, Kumar P, Chauhan S, Govindu M, et al. Experience of gender-based violence and its effect on depressive symptoms among Indian adolescent girls: Evidence from UDAYA survey. PLoS One [Internet]. 2021 [citado 22 Nov 2023]; 16(3):e0248396. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0248396>
26. Fuspita H, Susanti H, Eka D. The influence of assertiveness training on depression level of high school students in Bengkulu, Indonesia. Enferm Clin [Internet]. 2018 [citado 20 Nov 2023]; 28(1):300–303. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-pdf-S1130862118301748>
27. Huang X, Zhang Y, Wu X, Jiang Y, Cai H, Deng Y, et al. A cross-sectional study: family communication, anxiety, and depression in adolescents: the mediating role of family violence and problematic internet use. BMC Public Health [Internet]. 2023 [citado 20 Nov 2023]; 23(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-023-16637-0>
28. Bishop S, Gagne C. Anxiety, depression, and decision making: A computational perspective. Annu Rev Neurosci [Internet]. 2018 [citado 16 Nov 2023]; 41(1):371–88. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-neuro-080317-062007>
29. Macfarlane A. Gangs and adolescent mental health: A narrative review. J Child Adolesc Trauma [Internet]. 2019 [citado el 15 de

- enero de 2024];12(3):411–20. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.1007/s40653-018-0231-y>
30. Rey J, Bella T, Jing L. Depresión en niños y adolescentes. Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP. Prieto-Tagle MF, ed [Internet]. 2017 [citado 21 Nov 2023]. Disponible en:
<https://iacapap.org/Resources/Persistent/883344f93c51becb1a17259846a99aa88abdc7ec/E.1-Depresi%C3%B3n-Spanish-2017.pdf>
31. Ricardo G. Trastornos ansiosos y depresivos en adolescentes. Rev médica Clín Las Condes [Internet]. 2011;22(1):77–84. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864011703959>
32. Minsa: Más de 300 mil casos de depresión fueron atendidos durante el 2021 [Internet]. Noticias - Ministerio de Salud - Plataforma del Estado Peruano. [Citado 15 Abr 2023]. Disponible en:
<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/575899-minsa-mas-de-300-mil-casos-de-depresion-fueron-atendidos-durante-el-2021>
33. Goldberg D, Bridges K, Duncan P, Grayson D. Detecting anxiety and depression in general medical settings. BMJ [Internet]. 1988 [citado el 15 de enero de 2024];297(6653):897–9. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.297.6653.897>

34. Reivan G, Pineda G, León B. Psychometric properties of the Goldberg Anxiety and Depression Scale (GADS) in Ecuadorian population. *Int J Psychol Res (Medellin)* [Internet]. 2019;12(1):41–8. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/ijpr/v12n1/2011-2084-ijpr-12-01-41.pdf>
35. Bazo J, Bazo O, Aguila J, Peralta F, Mormontoy W, Bennett I. Propiedades psicométricas de la escala de funcionalidad familiar FACES-III: un estudio en adolescentes peruanos. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2016 [citado el 13 de enero de 2024];33(3):462. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000300011
36. Organización Mundial de la Salud. Actividad física [Internet]. WHO. [citado 20 Nov 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
37. Ministerio de Salud. NTS N°139— MINSA/2018/DGAIN NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA [Internet]. Bvsalud.org. [citado el 12 de enero de 2024]. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/02/969231/rm_214-2018_minsa.pdf

38. Ministerio de Salud - Dirección General de Promoción de la Salud. Guía Técnica para la Atención Integral de las Personas Afectadas por la Violencia Basada en Género [Internet]. Perú: Ministerio de Salud; 2009 [citado el 13 de enero del 2024]. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3172.pdf>
39. Ministerio de Salud - Dirección General de Promoción de la Salud. Manual de Habilidades Sociales en Adolescentes Escolares [Internet]. Perú: Ministerio de Salud; 2005 [citado el 13 de enero del 2023]. Disponible en: https://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/170_adolesc.pdf.
40. Castillo M, Morales C, Romero J, Villacís J. Ansiedad y depresión en estudiantes de 12 a 18 años en un colegio de la ciudad de Quito – Ecuador: Anxiety and Depression in Students from 12 to 18 Years Old in a School in the City Of Quito - Ecuador. LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades [Internet]. 2023 [citado 20 Nov 2023]; 4(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.56712/latam.v4i1.291>
41. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao - Replicación 2012. Lima: Anales de Salud Mental [Internet]; 2013 [citado 18 Nov 2023]. Vol. 29: 191-226. Disponible en: <https://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2012%20ASM%20-EESM%20-LM.pdf>

42. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Niños y Adolescentes en Lima Metropolitana en el Contexto de la COVID-19, 2020. Lima: Anales de Salud Mental [Internet]; 2021 [citado 18 Nov 2023]. Vol. 37: 77-85. Disponible en:
https://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/_notes/ESM_Ninos_y_Adolescentes_en_LM_ContextoCOVID19-2020.pdf
43. Martín M, Pérez R, Riquelme A. Valor diagnóstico de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EAD-G) en adultos cubanos. Univ Psychol [Internet]. 2016 [citado 22 Nov 2023];15(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.11144/javeriana.upsy15-1.vdea>
44. Arreaga I, Galindo P, Alfaro A, Martínez M, Pivaral M, et al. Depresión y ansiedad en adolescentes de Santa Rosa, Guatemala. Cienc Tecnol Salud [Internet]. 2017 [citado 20 Nov 2023]; 4(2):273. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.36829/63cts.v4i2.497>
45. Barendse M, Flannery J, Cavanagh C, Aristizabal M, Becker S, Berger E, et al. Longitudinal change in adolescent depression and anxiety symptoms from before to during the COVID-19 pandemic. J Res Adolesc [Internet]. 2023 [citado 20 Nov 2023]; 33(1):74–91. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/jora.12781>
46. Del Carmen F, Hineyrosa M, Paredes M, Guzmán Y, Granados C. Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años. Scielo [Internet]. 2011. [citado 20 Nov 2023]

Disponible en:

<https://www.scielo.org/pdf/rsap/v13n6/v13n6a04.pdf>

47. Johansson R, Carlbring P, Heedman A, Paxling B, Andersson G. Depression, anxiety and their comorbidity in the Swedish general population: point prevalence and the effect on health-related quality of life. PeerJ [Internet]. 2013 [citado 20 Nov 2023]; 1:98. Disponible en: <https://peerj.com/articles/98/>
48. Villalobos P, Maddaleno M, Granizo Y, Valenzuela P, Castro A, Vance C, et al. Interrupción de servicios de salud para embarazadas, recién nacidos, niños y niñas, adolescentes y mujeres durante la pandemia de COVID-19: Proyecto ISLAC 2020. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2021 [citado 20 Nov 2023]; 45:1. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.26633/rpsp.2021.140>
49. Brooks S, Webster R, Smith L, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. Lancet [Internet]. 2020 [citado 25 Nov 2023]; 395(10227): 912–20. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30460-8](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30460-8)
50. Lossio J. Covid-19 en el Perú: respuestas estatales y sociales. Hist Cienc Saude Manguinhos [Internet]. 2021 [citado 20 Nov 2023]; 28(2): 581–5. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/Jm4F4MvZ6DHvT5jKvvdLShy/>
51. Morales M, Bedolla L. Depresión y Ansiedad en Adolescentes: El papel de la Implicación Paterna. CAGI [Internet]. 2022 [citado 20

- Nov 2023]; 9(17). Disponible en:
<https://www.cagi.org.mx/index.php/CAGI/article/view/251>
52. Gómez S, Matagira G, Agudelo M, Berbesi D, Morales S. Cohesión familiar y factores relacionados en adolescentes escolarizados. Univ Salud [Internet]. 2021[citado 19 Nov 2023]; 23(3):198–206. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.22267/rus.212303.233>
53. Olivera A, Rivera E, Gutiérrez M, Méndez J. Funcionalidad familiar en la depresión de adolescentes de la Institución Educativa Particular “Gran Amauta de Motupe” Lima, 2018. Rev Estomatol Hered [Internet]. 2019 [citado 20 Nov 2023]; 29(3):189–95. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552019000300004
54. García D, García C. Funcionamiento familiar y ansiedad estado-rasgo en adolescentes. Neuroscience [Internet]. 2020 [citado 12 Nov 2023]; 1(1):19–26. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.46363/jnph.v1i1.3>
55. Tafur Y. Sintomatología ansiosa-depresiva en relación con el funcionamiento familiar en un grupo de adolescentes de Lima Norte. CASUS Revista de Investigación y Casos en Salud [Internet]. 2020 [citado 17 Nov 2023]; 5(1):18–25. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.35626/casus.1.2020.228>

56. Guillen A, Buela G. Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema* [Internet]. 2011 [citado 17 Nov 2023]; 23 (3):510-515. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72718925025>
57. Berryhill M, Smith J. College student chaotically-disengaged family functioning, depression, and anxiety: The indirect effects of positive family communication and self-compassion. *Marriage Fam Rev* [Internet]. 2021 [citado 19 Nov 2023]; 57(1):1–23. Disponible en: <https://self-compassion.org/wp-content/uploads/2020/09/Berryhill2020.pdf>
58. Ceballos J, Pérez R, Flores J, Vargas J, Ortega G, Madriz R, et al. Obesidad. Pandemia del siglo XXI. *Rev Sanid Milit* [Internet]. 2018 [citado 20 Nov 2023]; 72(5–6):332–8. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0301-696X2018000400332
59. Stanton R, Reaburn P. Exercise and the treatment of depression: A review of the exercise program variables. *J Sci Med Sport* [Internet]. 2014 [citado 20 Nov 2023]; 17(2):177–82. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23602562/>
60. Mikkelsen K, Stojanovska L, Polenakovic M, Bosevski M, Apostolopoulos V. Exercise and mental health. *Maturitas* [Internet]. 2017 [citado 20 Nov 2023]; 106:48–56. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378512217308563>

61. Sawyer A, Bradshaw C, O’Brennan L. Examining ethnic, gender, and developmental differences in the way children report being a victim of “bullying” on self-report measures. *J Adolesc Health* [Internet]. 2008 [citado 20 Nov 2023]; 43(2):106–14. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X08001055>

62. Grupo Impulsor para poner fin a la violencia contra niñas, niños y adolescentes. Informe sobre la violencia contra niñas, niños y adolescentes en el Perú para el examen periódico universal [Internet]. Save the Children. 2022 [citado 20 Nov 2023]. Disponible en:

<https://www.savethechildren.org.pe/wp-content/uploads/2022/10/Informe-del-GIVNNA-Violencia-contraNNA-al-EPU2022-VF-12.07.22.pdf>

63. Ministerio de Salud. Orientaciones para la atención integral de salud del adolescente en el primer nivel de atención. 1ra ed. Lima, Perú: MINSA; 2006.

64. Lavigne R, Costa B, Juárez R, Real M, Sánchez M, Navarro I. Consequences of COVID-19 confinement on anxiety, sleep and executive functions of children and adolescents in Spain. *Front*

Psychol [Internet]. 2021 [citado 22 Nov 2023];12. Disponible en:

<http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2021.565516>

65. Esteves A, Paredes R, Calcina C, Yapuchura C. Habilidades Sociales en adolescentes y Funcionalidad Familiar. Scielo [Internet]. 2020 [citado 20 Nov 2023]; 11(1):16–27. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2219-71682020000100016&script=sci_arttext&tlng=pt
66. Rodríguez J, Kohn R, Aguilar-Gaxiola S. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. 1ra ed. Pan American Health Org; 2009.

X. TABLAS

1. Tabla 1: Características generales de la población estudiada

Variable	
Edad (años)	13.64 [12-17]
Etapas de adolescencia	
Temprana	228 (49.78%)
Media	226 (49.34%)
Tardía	4 (0.87%)
Sexo	
Masculino	99 (21.62%)
Femenino	359 (78.38%)
Síntomas de Ansiedad (EADG)	
Sí	183 (40.22%)
No	272 (59.78%)
Síntomas de Depresión (EADG)	
Sí	249 (54.73%)
No	206 (45.27%)
Presencia de ambos padres de familia	
Sí	233 (51.78%)
No	217 (48.22%)
Grado de instrucción del padre	
Básica	48 (12.77%)
Secundaria	252 (67.02%)
Superior	76 (20.21%)
Grado de instrucción de la madre	

Básica	70 (16.75%)
Secundaria	273 (65.31%)
Superior	75 (17.94%)
Cohesión familiar	
No relacionada	129 (28.29%)
Semirrelacionada	134 (29.39%)
Relacionada	126 (27.63%)
Aglutinada	67 (14.69%)
Adaptabilidad familiar	
Rígida	40 (8.77%)
Estructurada	104 (22.81%)
Flexible	128 (28.07%)
Caótica	184 (40.35%)
Nivel de funcionalidad familiar	
Balanceado	123 (26.97%)
Rango medio - Extremo	333 (73.03%)
IMC	
Bajo	6 (1.31%)
Normal	275 (60.18%)
Sobrepeso	99 (21.66%)
Obesidad	77 (16.85%)
Sedentarismo	
Sí	116 (44.62%)
No	144 (55.38%)
Tanner femenino: Desarrollo mamario	
S1	0 (0%)
S2	15 (4.20%)
S3	150 (42.02%)
S4	175 (49.02%)
S5	17 (4.76%)
Tanner femenino: Desarrollo vello pubiano	
P1	10 (2.80%)
P2	79 (22.13%)
P3	181 (50.70%)
P4	84 (23.53%)
P5	3 (0.84%)
Tanner masculino: Desarrollo genital	
G1	1 (1.03%)
G2	6 (6.19%)
G3	40 (41.24%)
G4	44 (45.36%)
G5	6 (6.19%)
Tanner masculino: Desarrollo vello pubiano	
P1	0 (0.00%)
P2	16 (16.49%)
P3	54 (55.67%)
P4	27 (27.84%)

P5	0 (0.00%)
Consumo de alcohol	
Sí	20 (4.38%)
No	437 (95.62%)
Consumo de tabaco	
Sí	0 (0.00%)
No	457 (100.00%)
Consumo de otras drogas	
Sí	1 (0.22%)
No	456 (99.78%)
Participación en pandillas	
Sí	1 (0.22%)
No	448 (99.78%)
Bullying escolar	
Sí	9 (2.01%)
No	439 (97.99%)
Violencia psicológica	
Sí	71 (15.54%)
No	386 (84.46%)
Violencia física	
Sí	39 (8.53%)
No	418 (91.47%)
Violencia sexual	
Sí	36 (7.88%)
No	421 (92.12%)
Hallazgos de indicadores de maltrato	
Sí	72 (15.75%)
No	385 (84.25%)
Hallazgos de indicadores de maltrato psicológico	
Sí	67 (14.66%)
No	390 (85.34%)
Hallazgos de indicadores de maltrato físico	
Sí	7 (1.53%)
No	450 (98.47%)
Hallazgos de indicadores de maltrato sexual	
Sí	7 (1.53%)
No	450 (98.47%)
Hallazgos de indicadores de maltrato negligencia	
Sí	5 (1.09%)
No	452 (98.91%)
Nivel de asertividad	
Promedio y debajo del promedio	164 (35.96%)
Por encima del promedio	292 (64.04%)
Nivel de comunicación	
Promedio y debajo del promedio	270 (59.21%)
Por encima del promedio	186 (40.79%)
Nivel de autoestima	

Promedio y debajo del promedio	360 (78.95%)
Por encima del promedio	96 (21.05%)
Nivel de toma de decisiones	
Promedio y debajo del promedio	157 (34.43%)
Por encima del promedio	299 (65.57%)
Nivel de habilidades sociales	
Promedio y debajo del promedio	231 (50.66%)
Por encima del promedio	225 (49.34%)
Nivel de cólera	
Promedio y debajo del promedio	368 (80.53%)
Por encima del promedio	89 (19.47%)
Nivel de irritabilidad	
Promedio y debajo del promedio	341 (74.62%)
Por encima del promedio	116 (25.38%)
Nivel de agresividad	
Promedio y debajo del promedio	421 (92.12%)
Por encima del promedio	36 (7.88%)

2. Tabla 2: Análisis bivariado y multivariado de síntomas de Ansiedad

Variables	Análisis bivariado			Análisis multivariado		
	Probable Ansiedad Sí	Probable Ansiedad No	Valor de <i>p</i>	Odds Ratio (IC 95%)	Valor de <i>p</i>	Odds Ratio (IC 95%)
Etapas adolescencia						
Temprana	74 (32.46%)	154 (67.54%)			<0.001	1.85[1.21-2.83]
Media	106 (47.53%)	117 (52.47%)	<0.001	1.89 [1.29-2.76]		
Tardía	3 (75.00%)	1 (25.00%)	0.12	6.24 [0.64-61.04]		
Sexo						
Masculino	24 (24.74%)	73 (75.26%)			0.04	1.79[1.03-3.11]
Femenino	159 (44.41%)	199 (55.59%)	<0.001	2.43 [1.47-4.03]		
Presencia de ambos padres de familia						
No	101 (46.76%)	115 (53.24%)			0.01	0.56[0.36-0.85]
Sí	79 (34.05%)	153 (65.95%)	0.01	0.59 [0.40-0.86]		
Grado de instrucción del padre						
Básica	18 (37.50%)	30 (62.50%)				
Secundaria	99 (39.44%)	152 (60.56%)	0.80	1.09 [0.57-2.05]		
Superior	31 (41.33%)	44 (58.67%)	0.67	1.17 [0.56-2.47]		
Grado de instrucción de la madre						
Básica	26 (37.14%)	44 (62.86%)				
Secundaria	110 (40.29%)	163 (59.71%)	0.63	1.14 [0.66-1.96]		
Superior	32 (43.84%)	41 (56.16%)	0.42	1.32 [0.68-2.58]		
Cohesión familiar						
No relacionada	67 (52.34%)	61 (47.65%)			0.84	
Semirrelacionada	54 (40.60%)	79 (59.40%)	0.058	0.62 [0.38-1.02]		
Relacionada	37 (29.37%)	89 (70.63%)	<0.001	0.38 [0.23-0.63]		
Aglutinada	25 (37.31%)	42 (62.69%)	0.047	0.54 [0.30-0.99]		
Adaptabilidad familiar						
Rígida	16 (40.00%)	24 (60.00%)				
Estructurada	38 (37.25%)	64 (62.75%)	0.76	0.89 [0.42-1.88]		
Flexible	52 (40.63%)	76 (59.38%)	0.94	1.03 [0.50-2.12]		

Caótica	77 (41.85%)	107 (58.15%)	0.83	1.08 [0.54-2.17]		
Nivel de funcionalidad familiar						
Balanceado						
Rango medio-Extremo	37 (30.33%)	85 (69.67%)			0.04	1.68 [1.03-2.75]
	146 (43.98%)	186(56.02%)	0.01	1.80 [1.16-2.81]		
IMC						
Bajo	4 (66.67)	2 (33.33%)				
Normal	102 (37.36%)	171 (62.64%)	0.17	0.30 [0.05-1.66]		
Sobrepeso	43 (43.43%)	56 (56.57%)	0.28	0.38 [0.07-2.19]		
Obesidad	34 (44.16%)	43 (55.84%)	0.30	0.40 [0.07-2.29]		
Sedentarismo						
No	67 (47.18%)	75 (52.82%)				
Sí	43 (37.39%)	72 (62.61%)	0.12	0.67 [0.40-1.10]		
Consumo de alcohol						
No	170 (39.17%)	264 (60.83%)			0.71	
Sí	13 (65.00%)	7 (35.00%)	0.03	2.88 [1.13-7.37]		
Bullying escolar						
No	174 (39.82%)	263 (60.18%)				
Sí	6 (66.67%)	3 (33.33%)	0.12	3.02[0.75-12-25]		
Violencia psicológica						
No	137 (35.68%)	247 (64.32%)			0.01	2.19[1.18-4.04]
Sí	46 (64.79%)	25 (35.21%)	<0.001	3.32 [1.95-5.64]		
Violencia física						
No	157 (37.74%)	259 (62.26%)			0.73	
Sí	26 (66.67%)	13 (33.33%)	<0.001	3.30 [1.65-6.61]		
Violencia sexual						
No	159 (37.95%)	260 (62.05%)			0.88	
Sí	24 (66.67%)	12 (33.33%)	<0.001	3.27 [1.59-6.72]		
Hallazgos de indicadores de maltrato						
No	137 (35.77%)	246 (64.23%)			0.04	1.91[1.04-3.50]
Sí	46 (63.89)	26 (36.11%)	<0.001	3.18 [1.88-5.37]		
Hallazgos de						

indicadores de maltrato psicológico

No	139 (35.82%)	249 (64.18%)			
Sí	44 (65.67%)	23 (34.33%)	<0.001	3.43 [1.99-5.91]	0.95

Hallazgos de indicadores de maltrato físico

No	181 (40.40%)	267 (59.60%)			
Sí	2 (28.57%)	5 (71.43%)	0.53	0.59 [0.11-3.07]	

Hallazgos de indicadores de maltrato sexual

No	179 (39.96%)	269 (60.04%)			
Sí	4 (57.14%)	3 (42.86%)	0.37	2.00 [0.44-9.06]	

Hallazgos de indicadores de maltrato negligencia

No	179 (39.78%)	271 (60.22%)			
Sí	4 (80.00%)	1 (20.00%)	0.11	6.06 [0.67-54.62]	

Nivel de asertividad

Promedio y debajo del promedio	79 (48.47)	84 (51.53%)			0.15
Por encima del promedio	104 (35.62%)	188 (64.38%)	0.01	0.59 [0.40-0.87]	

Nivel de comunicación

Promedio y debajo del promedio	127 (47.21%)	142 (52.79%)			0.27
Por encima del promedio	56 (30.11%)	130 (69.89%)	<0.001	0.48 [0.32-0.71]	

Nivel de autoestima

Promedio y debajo del promedio	161 (44.85%)	198 (55.15%)			<0.001	0.42[0.24-0.75]
Por encima del promedio	22 (22.92%)	74 (77.08%)	<0.001	0.37 [0.22-0.61]		

Nivel de toma de decisiones

Promedio y debajo del promedio	80 (50.96%)	77 (49.04%)			0.54
Por encima del promedio	103 (34.56%)	195 (65.44%)	<0.001	0.51 [0.34-0.75]	
Nivel de habilidades sociales					
Promedio y debajo del promedio	113 (49.13%)	117 (50.87%)			0.70
Por encima del promedio	70 (31.11%)	155 (68.89%)	<0.001	0.47 [0.32-0.69]	
Nivel de cólera					
Promedio y debajo del promedio	134 (36.51%)	233 (63.49%)			0.89
Por encima del promedio	49 (55.68%)	39 (44.32%)	<0.001	2.18 [1.36-3.50]	
Nivel de irritabilidad					
Promedio y debajo del promedio	111 (32.65%)	229 (67.35%)			<0.001
Por encima del promedio	72 (62.61%)	43 (37.39%)	<0.001	3.45 [2.22-5.37]	2.67[1.64-4.34]
Nivel de agresividad					
Promedio y debajo del promedio	160 (38.19%)	259 (61.81%)			0.46
Por encima del promedio	23 (63.89%)	13 (36.11%)	<0.001	2.86 [1.41-5.81]	

3. Tabla 3: Análisis bivariado y multivariado de síntomas de Depresión

Variables	Análisis bivariado			Análisis multivariado		
	Probable Depresión Sí	Probable Depresión No	Valor de <i>p</i>	Odds Ratio (IC 95%)	Valor de <i>p</i>	Odds Ratio (IC 95%)
Etapas adolescencia						
Temprana	115 (50.44%)	113 (49.56%)				
Media	131 (58.74%)	92 (41.26%)	0.07	1.40 [0.96-2.03]		
Tardía	3 (75.00%)	1 (25.00%)	0.93	2.95 [0.30-28.76]		
Sexo						
Masculino	37 (38.14%)	60 (61.86%)				
Femenino	212 (59.22%)	146 (40.78%)	<0.001	2.35 [1.49-3.73]	0.02	1.81 [1.09-3.01]
Presencia de ambos padres de familia						
No	125 (57.87%)	91 (42.13%)				
Sí	119 (51.29%)	113 (48.71%)	0.16	0.77 [0.53-1.11]		
Grado de instrucción del padre						
Básica	25 (52.08%)	23 (47.92%)				
Secundaria	138 (54.98%)	113 (45.02%)	0.71	1.12 [0.61-2.09]		
Superior	41 (54.67%)	34 (45.33%)	0.78	1.10 [0.54-2.29]		
Grado de instrucción de la madre						
Básica	44 (62.86%)	26 (37.14%)				
Secundaria	143 (52.38%)	130 (47.62%)	0.12	0.65 [0.38-1.12]		
Superior	39 (53.42%)	34 (46.58%)	0.25	0.68 [0.35-1.32]		
Cohesión familiar						
No relacionada	93 (72.66%)	35 (27.34%)				
Semirrelacionada	79 (59.40%)	54 (40.60%)	0.03	0.55 [0.33-0.93]	0.01	0.75 [0.61-0.93]
Relacionada	47 (37.30%)	79 (62.70%)	<0.001	0.22 [0.13-0.38]		
Aglutinada	30 (44.78%)	37 (55.22%)	<0.001	0.31 [0.16-0.57]		
Adaptabilidad familiar						
Rígida	23 (57.50%)	17 (42.50%)				

Estructurada	58 (56.86%)	44 (43.14%)	0.95	0.97 [0.47-2.04]	
Flexible	71 (55.47%)	57 (44.53%)	0.82	0.92 [0.45-1.89]	
Caótica	97 (52.72%)	87 (47.28%)	0.58	0.82 [0.41-1.64]	
Nivel de funcionalidad familiar					
Balanceado	54 (44.26%)	68 (55.74%)			0.05
Rango medio-Extremo	195 (58.73%)	137 (41.27%)	0.01	1.79 [1.18-2.72]	1.60 [1.01-2.53]
IMC					
Bajo	3 (50.00%)	3 (50.00%)			
Normal	146 (53.48%)	127 (46.52%)	0.87	1.15 [0.23-5.80]	
Sobrepeso	56 (56.57%)	43 (43.43%)	0.75	1.30 [0.25-6.77]	
Obesidad	44 (57.14%)	33 (42.86%)	0.74	1.33 [0.25-7.03]	
Sedentarismo					
No	81 (57.04%)	61 (42.96%)			
Sí	64 (55.65%)	51 (44.35%)	0.82	0.95 [0.58-1.55]	
Consumo de alcohol					
No	233 (51.32%)	201 (44.27%)			0.26
Sí	16 (80.00%)	4 (20.00%)	0.03	3.45[1.14-10.49]	
Bullying escolar					
No	240 (54.92%)	197 (45.08%)			
Sí	5 (55.56%)	4 (44.44%)	0.97	1.03 [0.27-3.87]	
Violencia psicológica					
No	200 (52.08%)	184 (47.92%)			0.80
Sí	49 (69.01%)	22 (30.99%)	0.01	2.05 [1.19-3.52]	
Violencia física					
No	220 (52.88%)	196 (47.12%)			0.59
Sí	29 (74.36%)	10 (25.64%)	0.01	2.58 [1.23-5.44]	
Violencia sexual					
No	221 (52.74%)	198 (47.26%)			
Sí	28 (77.78%)	8 (22.22%)	0.01	3.14 [1.40-7.04]	0.37
Hallazgos de indicadores de maltrato					
No	196 (51.17%)	187 (48.83%)			
Sí	53 (73.61%)	19 (26.39%)	<0.001	2.66 [1.52-4.66]	0.95

Hallazgos de indicadores de maltrato psicológico

No	198 (51.03%)	190 (48.97%)			0.01	2.30[1.20-4.39]
Sí	51(76.12%)	16 (23.88%)	<0.001	3.06 [1.69-5.55]		

Hallazgos de indicadores de maltrato físico

No	246 (54.91%)	202 (45.09%)				
Sí	3 (42.86%)	4 (57.14%)	0.53	0.62 [0.14-2.78]		

Hallazgos de indicadores de maltrato sexual

No	245 (54.68%)	203 (45.31%)				
Sí	4 (57.14%)	3 (42.86%)	0.90	1.10 [0.24-4.99]		

Hallazgos de indicadores de maltrato negligencia

No	245 (54.44%)	205 (45.56%)				
Sí	4 (80.00%)	1 (20.00%)	0.28	3.35 [0.37-30.18]		

Nivel de asertividad

Promedio y debajo del promedio	112 (68.71%)	51 (31.29%)			0.01	0.53[0.34-0.84]
Por encima del promedio	137 (46.92%)	155 (53.08%)	<0.001	0.40 [0.27-0.60]		

Nivel de comunicación

Promedio y debajo del promedio	168 (62.45%)	101 (37.55%)			0.34	
Por encima del promedio	81 (43.55%)	105 (56.45%)	<0.001	0.46 [0.32-0.68]		

Nivel de autoestima

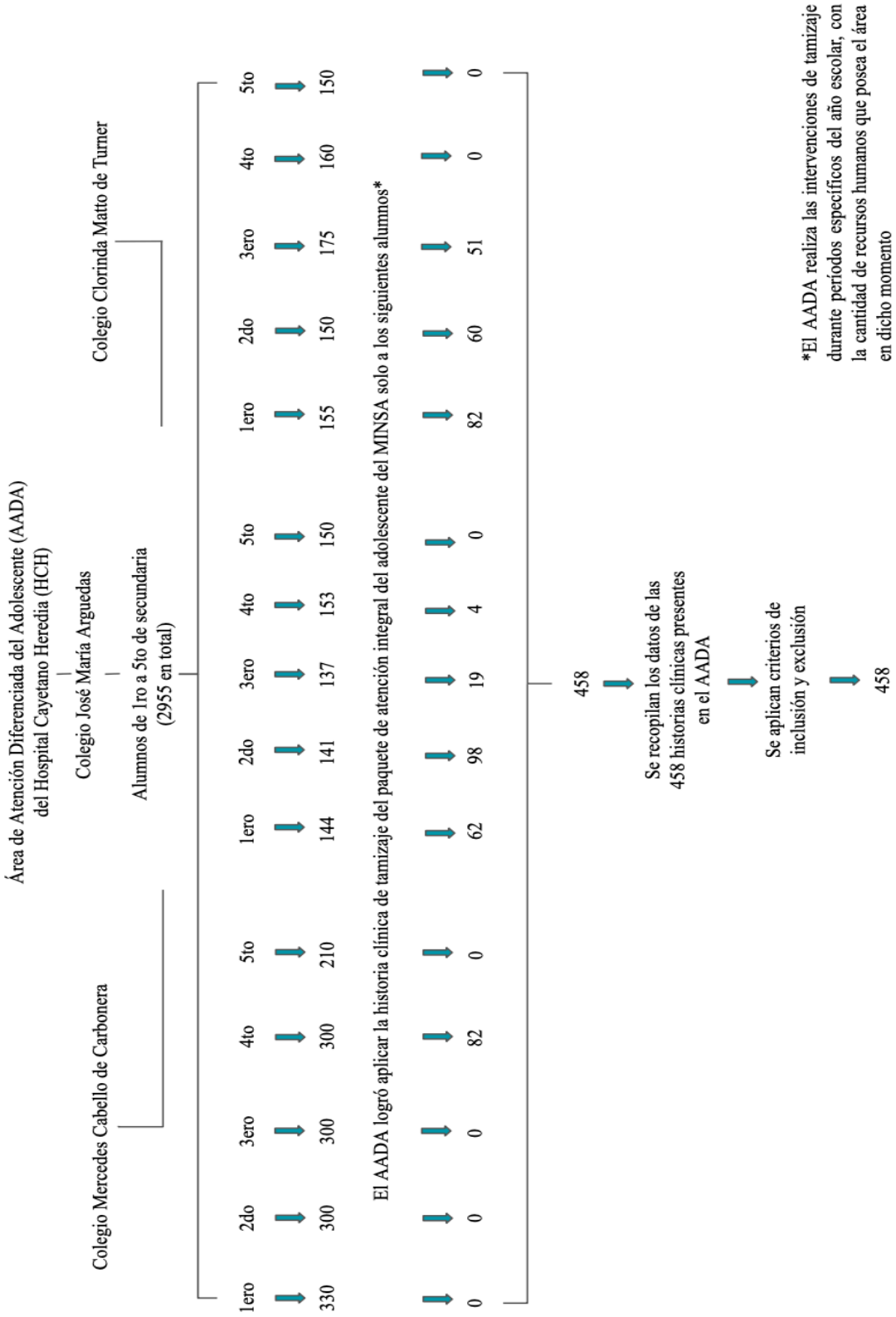
Promedio y debajo del promedio	219 (61%)	140 (39%)			0.01	0.50 [0.29-0.86]
Por encima del promedio	30 (31.25%)	66 (68.75%)	<0.001	0.29 [0.18-0.47]		

Nivel de toma de decisiones

Promedio y debajo del promedio	107 (68.1%)	50 (31.85%)			0.37
Por encima del promedio	142 (47.65%)	156 (52.35%)	<0.001	0.43 [0.28-0.64]	
Nivel de habilidades sociales					
Promedio y debajo del promedio	151 (65.65%)	79 (34.35%)			0.44
Por encima del promedio	98 (43.55%)	127 (56.45%)	<0.001	0.40 [0.28-0.59]	
Nivel de cólera					
Promedio y debajo del promedio	187 (50.95%)	180 (49.05%)			0.49
Por encima del promedio	62 (70.45%)	26 (29.55%)	<0.001	2.30 [1.39-3.79]	
Nivel de irritabilidad					
Promedio y debajo del promedio	162 (32.65%)	178 (67.35%)			<0.001
Por encima del promedio	87 (75.65%)	28 (24.35%)	<0.001	3.41 [2.12-5.50]	2.63 [1.58-4.39]
Nivel de agresividad					
Promedio y debajo del promedio	222 (52.99%)	197 (47.01%)			0.74
Por encima del promedio	27 (75%)	9 (25%)	0.01	2.66 [1.22-5.80]	

XI. ANEXOS

1. Gráfico de la población del estudio



2. Tamaño muestral para síntomas de ansiedad

Tamaño de la muestra para la frecuencia en una población

Tamaño de la población (para el factor de corrección de la población finita o fcp)(N):	1000000
frecuencia % hipotética del factor del resultado en la población (p):	23.9%+/-5
Límites de confianza como % de 100(absoluto +/-%)(d):	5%
Efecto de diseño (para encuestas en grupo- $EDFF$):	1

Tamaño muestral (n) para Varios Niveles de Confianza

IntervaloConfianza (%)	Tamaño de la muestra
95%	280
80%	120
90%	197
97%	343
99%	483
99.9%	788
99.99%	1101

3. Tamaño muestral para síntomas de depresión

Tamaño de la muestra para la frecuencia en una población

Tamaño de la población (para el factor de corrección de la población finita o fcp)(N):	1000000
frecuencia % hipotética del factor del resultado en la población (p):	38.6%+/-5
Límites de confianza como % de 100(absoluto +/-%)(d):	5%
Efecto de diseño (para encuestas en grupo- $EDFF$):	1

Tamaño muestral (n) para Varios Niveles de Confianza

IntervaloConfianza (%)	Tamaño de la muestra
95%	365
80%	156
90%	257
97%	447
99%	629
99.9%	1026
99.99%	1434

4. Ficha de recolección de datos

Ficha de recolección de datos					
Datos generales					
Sexo	Femenino	<input type="checkbox"/>	Masculino	<input type="checkbox"/>	
Edad (años)					
Grado escolar (1ro-5to)					
Numeración de HC					
Ambos padres de familia en casa	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	
Grado de instrucción de padre	Primaria	<input type="checkbox"/>	Secundaria	<input type="checkbox"/>	Superior
Grado de instrucción de madre	Primaria	<input type="checkbox"/>	Secundaria	<input type="checkbox"/>	Superior
Bienestar físico y nutricional					
IMC	Puntos	<input type="checkbox"/>	Bajo	<input type="checkbox"/>	Normal
Actividad física	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	
Estadio de Tanner	Desarrollo mamario/genital	<input type="checkbox"/>	Desarrollo de vello pubiano	<input type="checkbox"/>	
Ficha de cuidados preventivos y seguimiento de riesgos					
Consumo de alcohol	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	
Consumo de tabaco	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	
Consumo de otras drogas	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	
Participación en pandillas	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	
Bullying escolar	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	
Escala de Goldberg					
Total subescala de ansiedad					
Total subescala de depresión					
Escala FACES III					
	Puntaje total	Tipo de familia			
Nivel de cohesión familiar		No relacionada (10-34)	<input type="checkbox"/>		
		Semirelacionada (35-40)	<input type="checkbox"/>		
		Relacionada (41-45)	<input type="checkbox"/>		
		Aglutinada (46-50)	<input type="checkbox"/>		
Nivel de adaptabilidad familiar		Rígida (10-19)	<input type="checkbox"/>		
		Estructurada (20-24)	<input type="checkbox"/>		
		Flexible (25 a 28)	<input type="checkbox"/>		
		Caótica (29 a 50)	<input type="checkbox"/>		
Nivel de funcionalidad familiar		Funcional	<input type="checkbox"/>	Balanceada	<input type="checkbox"/>
		Disfuncional	<input type="checkbox"/>	Rango medio	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Extrema	<input type="checkbox"/>
Tamizaje de violencia basada en género					
Violencia psicológica	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	
Violencia física	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	
Violencia sexual	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	
Hallazgos de indicadores de maltrato	De tipo físico	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	
	De tipo sexual	<input type="checkbox"/>			
	De tipo psicológico	<input type="checkbox"/>			
	De tipo negligencia	<input type="checkbox"/>			
Escala de habilidades sociales					
	Puntaje Total	Categoría			
Nivel de asertividad		Muy bajo (0-20)	<input type="checkbox"/>		
		Bajo (20-32)	<input type="checkbox"/>		
		Promedio bajo (33-38)	<input type="checkbox"/>		
		Promedio (39-41)	<input type="checkbox"/>		
		Promedio alto (42-44)	<input type="checkbox"/>		
		Alto (45-49)	<input type="checkbox"/>		
Nivel de comunicación		Muy alto (>= 50)	<input type="checkbox"/>		
		Muy bajo (<19)	<input type="checkbox"/>		
		Bajo (19-24)	<input type="checkbox"/>		
		Promedio bajo (25-29)	<input type="checkbox"/>		
		Promedio (30-32)	<input type="checkbox"/>		
		Promedio alto (33-35)	<input type="checkbox"/>		
Nivel de autoestima		Alto (36-39)	<input type="checkbox"/>		
		Muy alto (>=40)	<input type="checkbox"/>		
		Muy bajo (<21)	<input type="checkbox"/>		
		Bajo (21-34)	<input type="checkbox"/>		
		Promedio bajo (35-41)	<input type="checkbox"/>		
		Promedio (42-46)	<input type="checkbox"/>		
Nivel de toma de decisiones		Promedio alto (47-50)	<input type="checkbox"/>		
		Alto (51-54)	<input type="checkbox"/>		
		Muy alto (>=55)	<input type="checkbox"/>		
		Muy bajo (<16)	<input type="checkbox"/>		
		Bajo (16-24)	<input type="checkbox"/>		
		Promedio bajo (25-29)	<input type="checkbox"/>		
Nivel de habilidades sociales (puntaje global)		Promedio (30-33)	<input type="checkbox"/>		
		Promedio alto (34-36)	<input type="checkbox"/>		
		Alto (37-40)	<input type="checkbox"/>		
		Muy alto (>=41)	<input type="checkbox"/>		
		Muy bajo (0-21)	<input type="checkbox"/>		
		Bajo (22-26)	<input type="checkbox"/>		
Cuestionario de cólera, irritabilidad y agresión					
	Puntaje Total	Categoría			
Nivel de cólera		Muy alto (>= 28)	<input type="checkbox"/>		
		Alto (22-27)	<input type="checkbox"/>		
		Promedio (15-21)	<input type="checkbox"/>		
		Bajo (11-14)	<input type="checkbox"/>		
Nivel de irritabilidad		Muy bajo (0-10)	<input type="checkbox"/>		
		Muy alto (>= 40)	<input type="checkbox"/>		
		Alto (33-39)	<input type="checkbox"/>		
		Promedio (27-32)	<input type="checkbox"/>		
Nivel de agresividad		Bajo (22-26)	<input type="checkbox"/>		
		Muy bajo (0-21)	<input type="checkbox"/>		
		Muy alto (>= 91)	<input type="checkbox"/>		
		Alto (73-90)	<input type="checkbox"/>		
	Promedio (53-72)	<input type="checkbox"/>			
	Bajo (42-52)	<input type="checkbox"/>			
	Muy bajo (0-41)	<input type="checkbox"/>			

5. Escala de ansiedad y depresión de Goldberg

ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG

SUBESCALA DE ANSIEDAD

- | | Sí | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Se ha sentido muy irritable?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Subtotal

(Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)

- | | Sí | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Ha estado preocupado por su salud?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

TOTAL ANSIEDAD

SUBESCALA DE DEPRESIÓN

- | | Sí | No |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Se ha sentido con poca energía?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Ha perdido Ud. su interés por las cosas?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Se ha sentido Ud. desesperanzado, sin esperanzas?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Subtotal

(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)

- | | Sí | No |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Se ha sentido Ud. enlentecido? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Cree Ud. que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

TOTAL DEPRESIÓN

6. Escala FACES III

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



7. Ficha de cuidados preventivos y seguimiento de riesgos

CUIDADOS PREVENTIVOS - SEGUIMIENTO DE RIESGO DEL ADOLESCENTE						
Nota: Colocar SI, NO, N (normal), anl (anormal) o valores.				FECHA		
CADA CONSULTA						COMENTARIO
Fiebre en los últimos 15 días						
Tos por más de 15 días						
Secreción o lesión en genitales						
Fecha de última regla						
PERIODICAMENTE						COMENTARIO
Físico	Peso					
	Talla					
	IMC					
	Estado Nutricional según IMC					
	Perímetro abdominal (P.A)					
	Riesgo CV según P.A					
	Mamas					
	Vello Púbico					
	Genitales					
	Desarrollo Sexual (Tanner)					
Protección de la piel						
Evaluación físico -postural						
Vacunas	Antitetánica (3 dosis)					
	Antiamarilla (zona de riesgo)					
	Anti Hepatitis B (3 dosis)					
	Contra Rubéola y Sarampión					
	Contra Influenza					
Examen Bucal	Encías					
	Caries Dental					
	Estado Higiene Dental					
	Urgencia de Tratamiento					
Exámenes	Agudeza Visual (cartilla de Snellen)					
	Ojo izquierdo					
	Ojo derecho y desagregado					
	Hemoglobina					
	Parasitológico simple					
	Test de Graham					
	Agudeza auditiva					
	Glucosa					
	Colesterol					
	Triglicéridos					
Examen completo de orina						
Descarte de embarazo						
Psicosocial	Habilidades para la vida					
	Autoestima					
	Comunicación					
	Asertividad					
	Toma de Decisiones					
	Ansiedad-depresión					
	Trastornos de la alimentación					
	Violencia Familiar					
	Violencia Política					
	Violencia Sexual					
Bullying						
Pandillas						
Hábitos	Actividad Física					
	Uso de Alcohol					Edad de inicio/frecuencia:
	Uso de tabaco					Edad de inicio/cantidad
	Uso de drogas					Edad de inicio/cuál, cuáles?
	Sueño normal / horas					
	Alimentación adecuada					
N° Comidas por día con familia						
Sexualidad	Actividad Sexual					
	Planificación Familiar					
OTROS						
OBSERVACIONES:						

Apellidos y Nombres::

N° HC:

8. Cuestionario de tamizaje de violencia basada en género

 PERÚ Ministerio de Salud		Hospital Cayetano Heredia		AADA - Área de Atención Diferenciada del Adolescente (Centro Juvenil)			
Fecha: _____ FICHA DE TAMIZAJE DE VBG							
Lea al Paciente:							
Debido a que la Violencia Familiar es dañina para la salud de las personas, en todos los programas de salud estamos preguntando a los pacientes si actualmente están en esta situación para participar con ellas en la solución de su problema, por favor, conteste a estas preguntas:							
Preguntas:							
Si es adulto (a):							
¿Alguna vez ha sido maltratada psicológicamente?				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
				¿Quién?.....			
				¿Desde cuándo?.....			
				¿Cuánto fue la última vez?.....			
¿Alguna vez ha sido maltratada físicamente?				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
				¿Quién?.....			
				¿Desde cuándo?.....			
				¿Cuánto fue la última vez?.....			
¿Ha sido forzada a tener relaciones sexuales?				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
				¿Quién?.....			
				¿Desde cuándo?.....			
				¿Cuánto fue la última vez?.....			
Si es niña - adolescente							
¿Te castigan tu papá o tu mamá? ¿Cómo?				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
				¿Quién?.....			
				¿Desde cuándo?.....			
				¿Cuánto fue la última vez?.....			
¿Alguna persona extraña o de tu propia familia te ha tocado de manera desagradable?				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
				¿Quién?.....			
				¿Desde cuándo?.....			
				¿Cuánto fue la última vez?.....			
Marque con aspa (x) todos los indicadores de maltrato, que observe							
En todos los casos niña (o), adolescente, adulta mayor (o)							
FSICOS		Retraimiento		Intento de suicidio			
Hematomas y contusiones inexplicables		Lianto frecuente		Uso de alcohol, drogas			
Cicatrices o quemaduras		Exagerada necesidad de ganar		Tranquilizantes o analgésicos			
Fracturas inexplicables		Demandas excesivas de atención		SEXUALES			
Marca de mordeduras		Mucha agresividad o pasividad frente a otros niños		Conocimiento y conducta sexual inapropiada (niños)			
Lesiones de vulva, perineo y recto, etc.		Tartamudeo		Irritación, dolor, lesión y hemorragia en zona genital			
Laceraciones en la boca, mejilla, ojos, etc.		Temor a los padres o de llegar al		Embarazo precoz			
Quejas crónicas sin causa física; cefalea, problemas de sueño (mucho sueño, interrupción del sueño)		Robo, mentira, fatiga, desobediencia, agresividad		Abiertos o amenaza de infecciones de transmisión sexual			
Enuresis niños		Llegar muy temprano a la escuela o retirarse muy tarde		NEGLIGENCIA			
PSICOLOGICO		Bajo rendimiento académico		Falta de peso o pobre patrón de crecimiento			
Extrema falta de confianza en si mismo		Aislamiento de personas		No tiene vacunas o atención de			
Tristeza, depresión o angustia				Accidente o enfermedades muy frecuentes			
				Descuido en la higiene y falta de estimulación del desarrollo			
				Fatiga, sueño, hambre.			
Nombre del profesional que atención el caso: FIRMA Y SELLO:							
Referencia a: PSICOLOGIA <input type="checkbox"/>		MAMIS <input type="checkbox"/>		SERVICIO SOCIAL <input type="checkbox"/>		OTROS <input type="checkbox"/>	
Apellidos y Nombres:						N° HC:	

9. Escala de habilidades sociales

EVALUACION DE HABILIDADES SOCIALES

Fecha: _____

ASERTIVIDAD (1-12 ÍTEMS) – RESULTADO:		N	RV	AV	AM	S
1.	Prefiero mantenerme callado (a) para evitarme problemas	5	4	3	2	1
2.	Si un amigo(a) habla mal de mí lo(a) insulto	5	4	3	2	1
3.	Si necesito ayuda la pido de buena manera	1	2	3	4	5
4.	Si un amigo (a) se saca una buena nota en el examen no le felicito	5	4	3	2	1
5.	Agradezco cuando alguien me ayuda	1	2	3	4	5
6.	Me acerco a saludar a mi amigo(a) cuando cumple años	1	2	3	4	5
7.	Si un amigo(a) falta a una cita acordada le expreso mi amargura	1	2	3	4	5
8.	Cuando me siento triste prefiero no hablar de lo que me pasa	5	4	3	2	1
9.	Le digo a mi amigo(a) cuando hace algo que no me agrada	1	2	3	4	5
10.	Si una persona mayor me insulta me defiendo sin agredirlo, exigiendo mi derecho a ser respetado.	1	2	3	4	5
11.	Reclamo agresivamente con insultos, cuando alguien quiere entrar al cine sin hacer su cola	5	4	3	2	1
12.	No hago caso cuando mis amigos(as) me presionan para consumir alcohol	1	2	3	4	5

COMUNICACIÓN (13-21 ÍTEMS) – RESULTADO:		N	RV	AV	AM	S
13.	Me distraigo fácilmente cuando alguien me habla	5	4	3	2	1
14.	Pregunto cada vez que sea necesario para entender lo que me dicen	1	2	3	4	5
15.	Miro a los ojos cuando alguien me habla	1	2	3	4	5
16.	No pregunto a las personas si me he dejado comprender.	5	4	3	2	1
17.	Me dejo entender con facilidad cuando hablo	1	2	3	4	5
18.	Utilizo un tono de voz con gestos apropiados para que me escuchen y me entienda mejor	1	2	3	4	5
19.	Expreso mis opiniones sin calcular las consecuencias	5	4	3	2	1
20.	Si estoy “nervioso(a)” trato de relajarme para ordenar mis pensamientos	1	2	3	4	5
21.	Antes de opinar ordeno mis ideas con calma	1	2	3	4	5

AUTOESTIMA (22-32 ÍTEMS) – RESULTADO:		N	RV	AV	AM	S
22.	Evito hacer las cosas que pueden dañar mi salud	1	2	3	4	5
23.	No me siento contento (a) con mi aspecto físico	5	4	3	2	1
24.	Me gusta verme arreglado(a)	1	2	3	4	5
25.	Puedo cambiar mi comportamiento cuando me doy cuenta que estoy equivocado(a)	1	2	3	4	5
26.	Me da vergüenza felicitar a un amigo(a) cuando realiza algo bueno.	5	4	3	2	1
27.	Reconozco fácilmente mis cualidades positivas y negativas	1	2	3	4	5
28.	Puedo hablar sobre mis temores	1	2	3	4	5
29.	Cuando algo me sale mal no sé como expresar mi cólera	5	4	3	2	1
30.	Comparto mis alegrías con mis amigos(as)	1	2	3	4	5
31.	Me esfuerzo para ser mejor estudiante.	1	2	3	4	5
32.	Puedo guardar los secretos de mis amigos(as)	1	2	3	4	5

TOMA DE DECISIONES (33-42 ÍTEMS) – RESULTADO:		N	RV	AV	AM	S
33.	Rechazo hacer las tareas de la casa.	5	4	3	2	1
34.	Pienso en varias soluciones frente a un problema	1	2	3	4	5
35.	Dejo que otros decidan por mí cuando no puedo solucionar un problema.	5	4	3	2	1
36.	Pienso en las posibilidades consecuencias de mis decisiones.	1	2	3	4	5
37.	Tomo decisiones importantes para mi futuro sin el apoyo de otras personas.	5	4	3	2	1
38.	Hago planes para mis vacaciones.	1	2	3	4	5
39.	Realizo cosas positivas que me ayudarán en mi futuro.	1	2	3	4	5
40.	Me cuesta decir no por miedo a ser criticado.	5	4	3	2	1
41.	Defiendo mi idea cuando veo que mis amigos(as) están equivocados(as)	1	2	3	4	5
42.	Si me presionan para ir a la playa escapándome del colegio, puedo rechazarlo sin sentir temor y vergüenza a los insultos	1	2	3	4	5

HABILIDADES SOCIALES:

RESULTADO GLOBAL:

Apellidos y Nombres: _____ N° HC: _____

10. Cuestionario de cólera, irritabilidad y agresión

NOMBRES Y APELLIDOS _____ FECHA: _____
 EDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ N° DNI: _____
 I.E: _____ AÑO Y SECCIÓN: _____

A continuación encontraras una lista de preguntas, las cuales vas a señalar tus respuestas marcando con una X uno de los casilleros que se ubica en la columna derecha, utilizando los siguientes criterios:

N = NUNCA RV = RARA VEZ AV = A VECES AM = A MENUDO S = SIEMPRE

CUESTIONARIO DE COLERA, IRRITABILIDAD Y AGRESIÓN (CIA)					
ESTADO DE ANIMO	N	RV	AV	AM	S
1. Soy un (una) renegón (a).					
2. No puedo evitar ser algo tosco (a) con la persona que no me agrada.					
3. Siento como que me hierva la sangre cuando alguien se burla de mí.					
4. Paso mucho tiempo molesto (a) más de lo que la gente cree.					
5. Cuando estoy molesto siento como si tuviera algo pesado sobre mis hombros.					
6. Me molesta que la gente se acerque mucho a mí alrededor.					
7. Fácilmente me molesto pero se me pasa rápido.					
8. Con frecuencia estoy muy molesto (a) y a punto de explotar.					
9. No me molesto (a) si alguien no me trata bien.					
10. Yo soy muy comprensible con todas las personas.					
11. Yo no permito que cosas sin importancia me molesten.					
12. Es muy seguido estar muy amargo (a) acerca de algo y luego rápidamente sentirme tranquilo.					
13. Cambio rápidamente de ser capaz de controlar mi amargura a no ser capaz de controlarlo.					
14. Cuando estoy molesto (a) no puedo dejar de gritar; mientras que en otras veces no grito.					
15. Algunas veces me siento bien, y en el minuto siguiente cualquier cosa me molesta.					
16. Hay momentos en la que estoy tan molesto (a) que siento que el corazón me palpita rápidamente y luego de un cierto tiempo me siento bastante relajado.					
17. Normalmente me siento tranquilo y de pronto de un momento a otro, me enfurezco a tal punto que podría ser capaz de golpear cualquier cosa.					
18. Hay épocas en las cuales he estado tan molesto (a) que he explotado todo el día frente a los demás, pero luego me vuelvo más tranquilo.					
19. Pienso que la gente que constantemente fastidia, está buscando un puñete o una cachetada.					
20. Peleo con casi toda la gente que conozco.					
21. Si alguien me levanta la voz, le insulto para que se calle.					
22. En ocasiones no puedo controlar mi necesidad de hacer daño a otras personas.					
23. Cuando estoy amargo puedo ser capaz de cachetear a alguien.					
24. Pienso que cualquiera que me insulte o insulte a mi familia está buscando pelea.					
25. Generalmente tengo una buena razón para golpear a alguien.					
26. Si alguien me golpea primero, yo le respondo de igual manera.					
27. Puedo usar los golpes para defender mis derechos si fuera necesario.					
28. Yo golpeo a otro (a) cuando el (ella) me insulta primero.					
29. Se me hace difícil conversar con una persona para resolver un problema.					
30. No puedo evitar discutir con la gente que no está de acuerdo conmigo.					
31. Si alguien me molesta, soy capaz de decirle lo que pienso sobre él (ella).					
32. Cuando la gente me grita, yo también le grito.					
33. Cuando me enoja digo cosas feas.					
34. Generalmente hago amenazas o digo cosas feas que después no cumplo.					
35. Cuando discuto rápidamente abo la voz.					
36. Aun cuando este enojado (a), no digo malas palabras, ni maldigo.					
37. Prefiero darle la razón un poco a una persona antes que discutir.					
38. Cuando está enojado (a) algunas veces golpeo la puerta.					
39. Yo me podría molestar tanto que podría agarrar el objeto más cercano y romperlo.					
40. A veces expreso mi cólera golpeando sobre la mesa.					
41. Me molesto lo suficiente como para arrojar objetos.					
42. Cuando me molesto mucho boto las cosas.					

