



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**ASOCIACIÓN ENTRE DISFUNCIÓN FAMILIAR Y ESTRÉS POST
TRAUMÁTICO EN ESCOLARES DE NIVEL SECUNDARIO EN
COLEGIOS DE CHICLAYO DURANTE LA PANDEMIA DE COVID- 19**

PRESENTADO POR

**MARIA ALEJANDRA FERNÁNDEZ CANANI
STEFANY CAROLINA BURGA CACHAY**

ASESOR

MARIO JOSUE VALLADARES GARRIDO

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

CHICLAYO– PERÚ

2022



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**ASOCIACIÓN ENTRE DISFUNCIÓN FAMILIAR Y ESTRÉS POST
TRAUMÁTICO EN ESCOLARES DE NIVEL SECUNDARIO EN
COLEGIOS DE CHICLAYO DURANTE LA PANDEMIA DE COVID- 19**

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE
MÉDICO CIRUJANO**

PRESENTADO POR

**MARIA ALEJANDRA FERNÁNDEZ CANANI
STEFANY CAROLINA BURGA CACHAY**

ASESOR

DR. MARIO JOSUE VALLADARES GARRIDO

CHICLAYO, PERÚ

2022

JURADO

Presidente: Dr. Marco Antonio Usquiano Vitela

Miembro: Dr. Henry Lloclla Gonzales

Miembro: Dra. Emma Vanesa Arriaga Deza

DEDICATORIA

A Dios por permitirnos la oportunidad de estudiar esta hermosa profesión de ciencias de la salud y a una gran y calurosa familia.

A nuestros padres, quienes, con mucho sacrificio, entendimiento, esfuerzo y amor incondicional nos ayudaron a cumplir nuestro objetivo. Además, fueron nuestro motivo e inspiración para seguir adelante a lo largo de la carrera.

A nuestros queridos hermanos y hermanas por brindarnos cariño y apoyo en momentos cruciales, a quienes queremos mucho.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por ser nuestra guía en el sendero del saber y del bien, por brindarnos vida y salud a lo largo de estos años hasta el día de hoy.

A nuestros queridos padres por su apoyo en estos años de formación profesional.

A todos nuestros docentes y doctores de la escuela de Medicina Humana USMP, quienes fueron nuestros guías temporales en cada año logrado de esta carrera.

A nuestro asesor, Dr. Mario Valladares Garrido, por su apoyo incondicional, disposición y asesoramiento en la realización de este estudio de investigación.

ÍNDICE

RESUMEN	VI
ABSTRACT	VII
INTRODUCCIÓN	1
I. MATERIALES Y MÉTODOS	4
II. RESULTADOS	10
III. DISCUSIÓN	16
IV. CONCLUSIONES	20
V. RECOMENDACIONES	20
FUENTES DE INFORMACIÓN	21
ANEXOS	

RESUMEN

Objetivo: Determinar la asociación entre disfunción familiar y estrés post traumático en escolares de nivel secundario en colegios de Chiclayo durante la pandemia de covid-19. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo, transversal, analítico de enfoque cuantitativo. Se realizó una encuesta virtual a 800 alumnos de educación secundaria en edades entre 12 a 17 años de 3 colegios de Chiclayo: IEP Virgen Del Carmen, IEP Trilce, IEP Inmaculada Concepción. La variable dependiente fue Trastorno de estrés post traumático. La variable independiente principal fue disfunción familiar. **Resultados:** La edad promedio fue 14 años. Siendo un 12 % de sexo masculino y 88% de sexo femenino. El 42,5 % presentó algún trauma infantil. El 24,2 % de estudiantes presentó disfunción familiar leve, 18,2 % de estudiantes presentó disfunción familiar moderada y 20,7 % presentó disfunción familiar severa. El 60,3 % de estudiantes presentó estrés post traumático. Los factores asociados a estrés post traumático fueron: Buscar Soporte de salud mental $RP=0,83$, $IC=0,74 - 0,94$; Depresión leve $RP=2,11$, $IC=1,37-3,24$; Depresión moderado $RP=2,44$, $IC=1,57 - 3,79$; Depresión moderado grave $RP=2,57$, $IC=1,66-4,00$; Depresión grave $RP=2.62$, $IC=1.67 - 4.09$; Ansiedad leve $RP=1,68$, $IC= 1,29 - 2.18$; Ansiedad moderada $RP=1.62$, $IC=1.23 - 2.12$; Ansiedad Severa $RP=1.71$; $IC=1.31 - 2.24$; Resiliencia $RP=0.99$, $IC=0.98 - 1.00$. **Conclusiones:** Existe la relación entre disfunción familiar y TEPT, lo cual reafirma la importancia de desarrollar un ámbito familiar sano, ya que de esta manera se ayuda a los menores a afrontar las situaciones críticas vividas en pandemia.

Palabras claves: Trastorno de estrés postraumático, covid-19, disfunción familiar (Fuente: DeCS-BIREME).

ABSTRACT

Objective: To determine the association between family dysfunction and post-traumatic stress in secondary school students in Chiclayo schools during the covid-19 epidemic. **Materials and methods:** Descriptive, cross-sectional, analytical study with a quantitative approach. A virtual survey was conducted with 800 secondary school students from 3 schools in Chiclayo: IEP Virgen Del Carmen, IEP Trilce, IEP Inmaculada Concepción. The Redcap program was used for data analysis. **Results:** In the study, the average age of the adolescents surveyed was 14.41. Being 12 % male and 88% female. 42.5 % presented some childhood trauma. 24.2 % of students presented mild family dysfunction, 18.2 % of students presented moderate family dysfunction and 20.7 % presented severe family dysfunction. 60.3 % of students presented post traumatic stress. The factors associated with post traumatic stress in schoolchildren from three schools in Chiclayo were: Previous history of mental health disorder ($p < 0.001$), seeking mental health support ($p < 0.001$), depression ($p < 0.001$), anxiety ($p < 0.001$), resilience ($p < 0.001$), alcohol ($p = 0.179$), family dysfunction ($p < 0.001$). **Conclusions:** There is a relationship between family dysfunction and PTSD since adolescents who live in an unfavorable family environment or have a history of trauma are more likely to develop PTSD, which reaffirms the importance of developing a healthy family environment, since in this way minors are helped to cope with critical situations experienced in a pandemic.

Keywords: Post-traumatic stress disorder, covid-19, family dysfunction (**Source:** DeCS-BIREME).

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa de cambios biológicos, sociales y mentales(1) que asociado a circunstancias como influencia familiar, calidad de vida, desempeño escolar pueden generar trastornos a nivel psicológico y emocional como estrés, depresión y ansiedad (2). Antes de pandemia por covid-19, un estudio realizado en Estados Unidos sobre el Trastorno de Estrés Post Traumático (TEPT) en adolescentes estimó una prevalencia del 6,3 %(3) .Una revisión sistemática durante la pandemia de covid 19, estimó que el TEPT afecta al 48,0 % de niños y adolescentes de 0 a 18 años (4). En un trabajo realizado en niños y adolescentes víctimas de desastres naturales mostraron una prevalencia que va desde el 3 % hasta el 100 % para el desarrollo de síntomas de TEPT(3).

En un estudio realizado en Turquía (2021) por Selçuk EB, Demir AÇ, Erbay LG, Özcan ÖÖ, Gürer H, Dönmez sobre Síntomas de ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático en adolescentes durante el brote de covid-19 participaron un total de 447 adolescentes. Se encontró que el 40,3% (n = 180) de los participantes presentaba síntomas de ansiedad, el 50,8% (n = 227) presentaba síntomas depresivos y el 61,1% (n = 273) presentaba síntomas de TEPT. Cuando se examinó la gravedad de los síntomas, se reveló que el 28% de los participantes tenían síntomas de ansiedad moderados o altos, y esta tasa fue del 37,6% para los síntomas depresivos y del 28,5% para los síntomas de TEPT (5) .

En Arabia Saudita (2021) Sayed MH, Hegazi MA, El-Baz MS, Alahmadi TS, Zubairi NA, Altuwiriqi MA, realizaron un estudio sobre Trastorno de estrés postraumático relacionado con covid-19 en niños y adolescentes en Arabia Saudita, en el cual se inscribieron quinientos treinta y siete participantes. Los participantes fueron 262 niños y 275 niñas con una edad media de $12,25 \pm 3,77$ años. La edad, el sexo, el grado escolar y la residencia no fueron predictivos de los síntomas del TEPT. En la encuesta realizada después de 2 meses desde el inicio de la cuarentena por la pandemia covid-19, los resultados mostraron que una proporción significativa (71,5%) de los participantes tenían síntomas de TEPT mientras estaban en cuarentena, con 44,1% y 27,4% de los adolescentes participantes experimentó síntomas de TEPT mínimo y leve respectivamente, mientras que el TEPT potencial que justifica una evaluación y valoración adicionales se identificó en el 13% de los adolescentes participantes (6).

En Perú, el 29,6 % los adolescentes de 12 - 17 años presentan riesgo de padecer algún problema de salud mental o emocional. También se ha visto que el 30 % de niños durante cuarentena desarrollaron 4 veces más síntomas de TEPT, respecto a aquellos que no se encontraron en cuarentena (7). Los factores que influyen a mayor prevalencia de TEPT en adolescentes son tener una cuarentena prolongada, el miedo al contagio, frustración, el aburrimiento, el no ver a sus compañeros y profesores, la falta de espacio en casa y la pérdida de seres queridos desencadena problemas psicológicos en los niños y adolescentes (8). Por otro lado, el núcleo familiar es muy importante debido a que mantiene satisfactoriamente el equilibrio de sus integrantes(9) y representa un potencial factor protector para el desarrollo de trastornos de salud mental en niños y adolescentes (9). Los padres son el entorno más inmediato del adolescente, el apego entre padres e hijo es el motor de una adecuada integración social y salud mental del niño(9). En España se muestra un incremento de familias monopaternales (4,4 % a 11,7 %) entre los años 1995 y 2005. En Perú, en las últimas décadas (2000-2010) se ha dado un aumento del 51,52 % en el divorcio en las familias peruanas (10).

En Ecuador (2011) Jiménez M, Oswaldo N. Vásquez Coba, Claudio Xavier realizaron un estudio sobre el estrés postraumático y las condiciones familiares, en los niños y adolescentes. Se estableció una muestra de 30 casos de cuales fueron 29 de género femenino y 1 masculino, sus edades oscilan entre los 11 hasta los 16 años. Se concluyó que las condiciones familiares juegan un papel importante para el beneficio o agravamiento en cuanto a la relación con la persona que padece de dicho trastorno. Con ello se demuestra el papel fundamental que tiene la familia al momento de enfrentar una situación crítica, pero a su vez cuando existe una disfunción familiar provoca un agravamiento de los síntomas de la víctima con Trastorno por Estrés Postraumático (11) .

Se realizó un estudio en Ecuador (2013) por Abambari Ortiz CF, Zhunio D, Romero A, Redrován J, Atiencia R. sobre la disfuncionalidad familiar como factor asociado a Depresión y Ansiedad en la población adolescente de Santa Isabel. Se encuestaron 428 adolescentes, la prevalencia de disfuncionalidad familiar fue del 15.7% y de disfuncionalidad severa 4%; de depresión 25.7% y de ansiedad un 15.7%; la disfuncionalidad familiar aumenta el riesgo de depresión con un Odds Ratio de 1.68 (IC 95% 1.04-2.71) y de ansiedad con Odds ratio de 3.25 (IC 95% 1.84-5.74), en ambos casos con un valor de $P < 0.05$ (12).

En Lima (2019) Olivera AN, Rivera EG, Gutiérrez-Trevejo M, Méndez J. realizaron un estudio sobre funcionalidad familiar en la depresión de adolescentes de la Institución Educativa Particular «Gran Amauta de Motupe» Lima, 2018 en el cual encuestaron a 91 adolescentes de primero a quinto de secundaria entre 12 y 17 años de nivel secundario. El análisis general mostró un 51.6% de depresión mínima, 28.5% leve, 10.9% moderada y 8.7% severa. Mientras que la funcionalidad familiar mostró 65.9% de funcionalidad intermedia y 34% baja. Se concluyó que los adolescentes que presentan menor funcionalidad familiar tienden a presentar mayor sintomatología depresiva (13).

Otro estudio realizado en Pensilvania (2009) Alderfer MA, Navsaria N, Kazak AE. Realizaron un estudio sobre Family Functioning and Posttraumatic Stress Disorder in Adolescent Survivors of Childhood Cancer en el cual se evaluó 144 sobrevivientes de cáncer adolescentes de 1 a 12 años después del tratamiento del cáncer (M= 5.3 años) y sus padres completaron el Dispositivo de Evaluación Familiar (FAD). Para evaluar el trastorno de estrés postraumático (TEPT), se administró a los adolescentes una entrevista de diagnóstico estructurada. Casi la mitad (47%) de los adolescentes, una cuarta parte (25%) de las madres y un tercio (30%) de los padres informaron un funcionamiento familiar deficiente, excediendo el punto de corte clínico en cuatro o más subescalas de FAD. Tres cuartas partes de los adolescentes con TEPT procedían de familias con un funcionamiento familiar categóricamente deficiente y mayor frecuencia de TEPT en aquellos que presentaron mal funcionamiento familiar (14).

A pesar de que la pandemia del covid19 inició en el 2020, no se han realizado estos estudios sobre la asociación entre disfunción familiar y estrés postraumático en adolescentes en este contexto. En la actualidad hay escasos estudios para valorar la asociación entre disfunción familiar y estrés postraumático, uno en adolescentes con cáncer y el otro en adolescentes víctimas de violencia(11,15). Estudios similares no han medido otros desenlaces de salud mental (ansiedad, depresión, trauma infantil) (11,15), tampoco han medido variables potencialmente influyentes a TEPT (alcoholismo, cumplimiento de medidas de aislamiento social, historia previa de desórdenes de salud mental, familiar cercano con covid-19, familiar cercano fallecido por covid-19, búsqueda de soporte en salud mental durante periodo de aislamiento social obligatorio), los cuales si han sido considerados en esta investigación.

Además los estudios que valoraron esta asociación presentaron una muestra inferior en comparación con esta investigación, también presentaron sesgo de medición (no utilizaron instrumentos validados)(11) .

Por lo tanto, este estudio tiene como objetivo principal identificar si existe asociación entre disfunción familiar y TEPT en adolescentes de tres colegios del Perú, en el contexto de la pandemia de covid-19. Como objetivos específicos se desea determinar la asociación entre resiliencia y estrés post traumático, la asociación entre ansiedad y estrés post traumático, el grado de disfunción familiar y la asociación entre depresión y estrés post traumático en adolescentes de tres colegios del Perú, en el contexto de la pandemia de covid-19

I. MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño de estudio

Se realizó un estudio transversal analítico durante el mes de marzo-abril del 2021 en escolares de nivel secundaria de tres colegios de Chiclayo, Perú; con la finalidad de evaluar la asociación entre disfunción familiar y TEPT en el contexto de la pandemia por covid-19.

Población y muestra

La población estuvo conformada por 800 alumnos: IEP Virgen Del Carmen (120 alumnos), IEP Trilce (293 alumnos), IEP Inmaculada Concepción (387 alumnos). La muestra estuvo constituida 635 alumnos de educación secundaria de 3 colegios de Chiclayo: IEP Virgen Del Carmen, IEP Trilce, IEP Inmaculada Concepción; quienes tuvieron autorización de sus padres y completaron toda la encuesta. Se optaron por estos colegios debido a que tenían un buen soporte de aula virtual, además los directores de dichas instituciones nos brindaron la accesibilidad de realizar dichas encuestas para esta investigación. El muestreo fue no probabilístico.

Se incluyeron a estudiantes con edades comprometidas entre 12 a 17 años, cuyos padres y/o apoderados autorizaron el consentimiento informado de forma voluntaria y que firmaron el asentimiento informado de forma voluntaria. Se excluyeron a alumnos que no completaron debidamente el test aplicado.

Procedimientos de recolección de datos

Para la recolección de datos se solicitó la autorización de los directores de las instituciones educativas, posteriormente se explicó la finalidad de nuestra investigación a los padres de los menores para obtener el consentimiento de su realización. Se realizó la construcción de cuestionarios online, a través del sistema de ingreso de datos Redcap, con el control de calidad de test previo piloto. Se solicitó permiso para tener acceso a la plataforma online de la institución y de esta manera capturar la información deseada.

Instrumentos

El cuestionario Apgar Familiar

Instrumento formulado con la finalidad de evaluar la funcionalidad familiar de los estudiantes de secundaria. Consta de 5 ítems con escala tipo Likert de cinco puntos, donde cada uno de los ítems se puntuará en una frecuencia que va desde 0 (Nunca), 1 (Casi nunca), 2 (Algunas veces), 3 (Casi siempre), 4 (Siempre). Dividido en 5 dimensiones los cuales son; adaptación, participación, ganancia, afecto y recursos. El valor final que adoptará la variable es: buena función familiar (18 – 20 puntos), disfunción familiar leve (14 – 17 puntos), disfunción familiar moderada (10 – 13 puntos), y disfunción familiar severa (9 puntos a menos). Presenta índice de correlación de 0,80(16). Adicionalmente, el Apgar familiar se evaluó en múltiples investigaciones, mostrando índices de correlación que oscilaban entre 0,71 y 0,83, para diversas realidades(16). En su reporte original de validación en inglés, la APGAR mostró una adecuada consistencia interna (Alfa de Cronbach=0,86)(17). Subsecuentemente, se adaptó al español (en España) mostrando adecuada consistencia interna ($\alpha=0,84$) y a través de análisis factorial exploratorio (AFE), evidenció la presencia de un solo constructo: función familiar(18). Otras versiones disponibles en español se reportan en Perú(19), mostrando adecuada consistencia interna ($\alpha=0,729$ para español en Perú) y ratificando la presencia de un solo factor

Child PTSD Symptom Scale

CPSS es un instrumento de autoinforme, de 17 ítems. Abarca los tres grupos sintomáticos (reexperimentación, evitación y activación), equivalentes a los 17 síntomas considerados en los criterios diagnósticos DSM-IV de TEPT. El formato de respuesta es una escala de Likert de 4 puntos, de 0 a 3 (0=Solo un momento; 1=De vez en cuando; 2=Mitad del tiempo; 3=Casi siempre), un puntaje de 24 o más puntos permite obtener una sensibilidad de 82 % y especificidad de 88 % respecto del diagnóstico de TEPT con el DISC-IV (20). Fue desarrollado para evaluar la presencia de síntomas de TEPT en niños, niñas y adolescentes de 8 a 18 años. Bustos et al, llevaron a cabo un estudio de las propiedades psicométricas de este instrumento traducido al español en niños, niñas y adolescentes chilenos víctimas de abuso sexual, obteniendo valores apropiados de consistencia interna, análogos a los del instrumento original (alfa 0,91), y una capacidad de 90,7 % de discriminación de la escala respecto de la presencia/ no presencia de TEPT establecida por criterios clínicos. La escala mostró una consistencia interna apropiada (alfa 0,87)(20).

Escala de Resiliencia de Connor-Davidson 10

Presenta diez ítems en los que la persona, mediante una escala tipo Likert desde el 0 (“no ha sido verdadero en absoluto”) al 4 (“verdadera casi siempre”). Las puntuaciones totales oscilan entre 0 y 40, correspondiendo a mayor puntuación mayor nivel de resiliencia. El instrumento tiene buenas propiedades psicométricas en el estudio de validación en población estadounidense. Su índice de consistencia interna (alfa de Cronbach) fue de $\alpha = 0,85$; y su fiabilidad test-retest= 0,87. (21). Los 15 autores en su estudio de validación inicial identificaron un solo factor que explicaba un 32 % de la varianza. La adaptación española muestra buenas propiedades psicométricas en distintas muestras (22). Realizaron la validación de la escala reducida CD-RISC 10 en adultos jóvenes, obteniendo buenas propiedades psicométricas ($\alpha=0,85$) y el análisis factorial indica la existencia de un solo factor que explica un 44,1 % de la varianza. Por otro lado, Sánchez, de Pedro e Izquierdo (23) aplicaron la adaptación española de la escala CD-RISC 10 a una muestra multiocupacional, obteniendo buenas propiedades psicométricas ($\alpha=0,87$) y se

confirmó la estructura factorial de factor único de la versión reducida de diez ítems que explica un 55,8 % de la varianza.

Escala GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7, siglas en inglés)

Es un instrumento útil para detectar síntomas de ansiedad generalizada, y la severidad de los mismos. Consta de 7 ítems que evalúan 7 síntomas de ansiedad comunes, los tres primeros se basan en los criterios A y B del DSM-5, el resto incluyen criterios del DSM-5 y de otras pruebas de tamizaje. Se evalúan síntomas afectivos (miedo, ansiedad), síntomas cognitivos (desintegración mental, aprehensión) y síntomas somáticos. Cada ítem es calificado con valores de 0, 1, 2 y 3 de acuerdo a las categorías de respuesta de "para nada", "varios días", "la mayoría de los días" y "casi todos los días" respectivamente. Ofrece un puntaje total de 0 a 21, que determinan según intervalos la severidad de los síntomas de ansiedad, no se aprecia ansiedad (0-4 puntos), ansiedad leve (5-9 puntos), ansiedad moderada (10-14 puntos) ansiedad severa (15-21 puntos) (24) .Fue validado en el Perú por Ventura(24), demostrando adecuada consistencia interna (alfa de Cronbach=0,78)

Cuestionario sobre la salud del paciente-9 (PHQ-9)

El PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) es una herramienta útil para el tamizaje de síntomas de depresión y que indica la gravedad del cuadro, de rápido llenado y que puede ser autoaplicada. Consta de 9 ítems, basados en los 9 criterios para el diagnóstico de depresión mayor del DSM-5, calificados con valores de 0, 1, 2 y 3, de acuerdo con las categorías de respuesta de "para nada", "varios días", "la mayoría de los días" y "casi todos los días" respectivamente. El puntaje total para los 9 ítems varía de 0 a 27. Cuenta con una versión validada para la población peruana la actualidad de la información de la ENDES 2014-2015 y la validez y confiabilidad del cuestionario PHQ-9, (25–27) hacen confiar en la validez de su inferencia

Escala de trauma de Marshall

Evalúa la presencia (puntaje=1) o ausencia (puntaje=0) de eventos traumáticos antes de los 16 años, presentan siete categorías y un puntaje máximo de 7. La presencia de tres o más eventos traumáticos es considerada como “politrauma”. Esta escala fue validada por C.G Kooiman, A.W. Ouwehand en su estudio “The Sexual and Physical Abuse Questionnaire (SPAQ): A screening instrument for adults to assess past and currents experiences of abuse” (2002). Además, ha sido utilizado en estudios y validado en Latinoamérica (28).

Cuestionarios Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

El test AUDIT es un cuestionario de 10 preguntas con información sobre el consumo de alcohol. Presenta 3 cuestiones referidas al uso de bebidas alcohólicas (cantidad, frecuencia), 4 relacionadas con la dependencia y las 3 últimas para el análisis de sus consecuencias. Las preguntas puntúan del 0 al 4, salvo las preguntas 9 y 10 que pueden puntuar 0, 2 o 4. El rango de puntuación va del 0 al 40. Se considera positivo si ≥ 8 puntos, para la detección de consumo excesivo de alcohol, presenta una sensibilidad de 57-59 %; una especificidad de 91-96 %, un cociente de probabilidad positivo de 6,3-14,7 y un cociente de probabilidad negativo de 0,47-0,42 (29) Presenta riesgo bajo (0-7 puntos), riesgo medio (8-15 puntos), riesgo alto (16-19 puntos) probable adicción (20+ puntos)(30).

Variables

La variable dependiente fue TEPT, definida operativamente con el Child PTSD Symptom Scale cuando se obtiene un puntaje igual o mayor de 24.

Las variables de resultado fueron depresión y ansiedad. La depresión se definió como no mínima (1-4 puntos), leve (5-9 puntos), moderado (10-14 puntos), moderadamente severo (15-19 puntos) y severo (20-27 puntos) utilizando el PHQ-9 validado en español. La ansiedad se definió como ansiedad leve (5-9 puntos), ansiedad moderada (10-14 puntos) ansiedad severa (15-21 puntos)

La variable independiente principal fue disfunción familiar, definida operativamente como disfunción familiar leve cuando se obtuvo una puntuación de 14 a 17 puntos, disfunción familiar moderada cuando se obtuvo una puntuación de 10 a 13 puntos, y disfunción familiar severa cuando se obtuvo una puntuación de 9 puntos a menos con el cuestionario de APGAR

Las variables independientes secundarias fueron: Sexo, año escolar, Resiliencia, trauma infantil y consumo de alcohol, cumplimiento de medidas de aislamiento, grado de severidad de pandemia de covid-19, confianza en gobierno para manejar la epidemia de covid-19, familiar con padecimiento reciente de covid-19, familiar fallecido por covid-19, historia previa de desórdenes de salud mental.

Procesamiento y análisis de datos

Se realizó una base de datos en Excel y se colocaron los resultados del registro de la información de los instrumentos aplicados.

Posteriormente, se procedió a reportar frecuencias absolutas y relativas de las variables categóricas. Y el cálculo de las medidas de tendencia central (promedio) y medidas de dispersión (desviación estándar) de las variables categóricas.

En el análisis bivariado se utilizó prueba chi cuadrado para comparación de proporciones. En el caso de variables numéricas, se utilizó la prueba T de Student, caso contrario la prueba U de Mann Whitney. Se utilizó un nivel de significancia del 5 %.

En el análisis de regresión simple y múltiple, se estimaron razones de prevalencia (RP). En el análisis de regresión múltiple, se controló la asociación de interés con las variables confusas. Se trabajó con un intervalo de confianza al 95 %.

Para lo mencionado anteriormente, se usó el software estadístico STATA v.16.0

Aspectos éticos

La presente investigación fue aprobada por el Comité de Ética e Investigación de la Universidad San Martín de Porres. Durante la recolección de datos, se informó a los padres de los menores encuestados de los objetivos de la investigación, así como los beneficios que se obtendrían al realizar este estudio. Solo se incluyó a los

adolescentes cuyos padres aceptaron por medio del consentimiento informado la participación de sus menores hijos. Además, los menores también aceptaron participar por medio de un asentimiento informado. Durante la recolección, procesamiento y análisis de datos se respetó la confidencialidad de los adolescentes, debido a que fue una encuesta anónima. Los datos obtenidos en esta encuesta solo serán usados para esta investigación.

II. RESULTADOS

De 635 escolares, encontramos que la media de edad fue de 14,41 años, la mayoría es de sexo femenino (88 %) y cursaba el quinto año de nivel secundaria. El 48,5 % reportó haber tenido algún familiar fallecido de covid-19 y el 18,1 % ha buscado soporte de salud mental. La mayoría presentó depresión leve (29,9 %) y ansiedad (27,9 %) leve. El 42,5 % presentó trauma durante su infancia y el 60,3 % tenía trastorno de estrés postraumático. En cuanto a disfunción familiar, el 20,7 % presentó disfunción familiar de tipo severa (tabla 1).

Tabla 1. Características de escolares de tres colegios de Chiclayo, 2021 (n=635)

Características	n (%)
Edad (años)†	14,41 ± 1,41
Sexo	
Masculino	76 (12,0)
Femenino	559 (88,0)
Grado escolar†	
Primero	92 (14,5)
Segundo	72 (11,3)
Tercero	82 (12,9)
Cuarto	162 (25,5)
Quinto	227 (35,8)
Cumplimiento de medidas de aislamiento†	
No	28 (4,4)
Sí	605 (95,6)
Grado de severidad de pandemia de covid-19†	
Muy serio	459 (72,4)
Serio	117(18,5)
Neutral	31(4,9)
Sobrevalorado	13(2,1)
Muy Sobrevalorado	14(2,2)
Confianza en gobierno para manejar la epidemia de covid-19†	
Mucha confianza	21(3,3)
Algo de confianza	176(27,8)
Ni confianza, ni desconfianza	200(31,6)
Algo de desconfianza	135(21,3)

Mucha desconfianza	102(16,1)
Familiar con padecimiento reciente de covid-19†	
No	154(24,4)
Sí	478(75,6)
Familiar fallecido por covid-19	
No	326(51,5)
Sí	307 (48,5)
Historia previa de desórdenes de salud mental†	
No	557(87,9)
Sí	77(12,2)
Buscar soporte de salud mental†	
No	519(81,9)
Sí	115(18,14)
Lugar de búsqueda de soporte en salud mental	
Familia	45(39,1)
Colegio	2(1,7)
Centros de salud mental del MINSA	15(13,0)
Otros	53(46,1)
Depresión	
Mínima	112(23,6)
Leve	142(29,9)
Moderado	93(19,6)
Moderado grave	65(13,7)
Grave	63(13,3)
Ansiedad†	
No	175(37,8)
Leve	129(27,9)
Moderada	91(19,7)
Severa	68(14,7)
Resiliencia†	24,32 ± 8,09
Consumo de alcohol†	
Riesgo bajo	458(92,9)
Riesgo medio	29(5,9)
Riesgo alto	4(0,8)
Probable adicción	2(0,4)
Trauma infantil†	
No	263(57,6)
Sí	194(42,5)
Disfunción familiar†	
No	222(36,8)
Leve	146(24,2)
Moderada	110(18,2)
Severa	125(20,7)
Estrés postraumático†	
No	223(39,7)
Sí	339(60,3)

†Variables no suman 635 debido a valores perdidos

**Media y desviación estándar

En la tabla 2 encontramos que la prevalencia de estrés postraumático en escolares con disfunción familiar severa es 38,7 % mayor respecto a aquellos que no presentaron alteración en su AGPGAR familiar. Se observó una mayor proporción de estrés postraumático en escolares con depresión moderado-grave, respecto a los que no tenían depresión (92,3 % vs 18,8 %; $p < 0,001$). Los escolares con ansiedad severa tienen 69,4 % mayor frecuencia de estrés postraumático, en comparación con aquellos no ansiosos (98,5 % vs 29,1 %; $p < 0,001$). Adicionalmente, los factores asociados a presentar estrés postraumático fueron la edad ($p < 0,001$), sexo ($p < 0,001$), grado escolar ($p < 0,001$), tener confianza en el gobierno para manejar la pandemia de covid-19 ($p < 0,001$), reportar antecedente de salud mental ($p < 0,001$), haber buscado ayuda por su salud mental ($p < 0,001$), resiliencia ($p < 0,001$) y trauma infantil ($p < 0,001$).

Tabla 2. Factores asociados a estrés postraumático escolares colegios de Chiclayo, 2021

Variables	<i>Estrés postraumático</i>		<i>p</i> *
	No (n=223) n (%)	Si (n=339) n (%)	
Edad (años)¶**	14,16 ± 1,52	14,59 ± 1,31	0,001
Sexo			<0,001
Masculino	42 (63,6)	24 (36,4)	
Femenino	181 (36,5)	315 (63,5)	
Grado escolar			0,001
Primero	47(56,6)	36(43,4)	
Segundo	31(49,2)	32(50,8)	
Tercero	28(39,4)	43(60,6)	
Cuarto	46(31,5)	100(68,5)	
Quinto	71(35,7)	128(64,3)	
Cumplimiento de medidas de aislamiento			0,823
No	9(37,5)	15(62,5)	
Sí	214(39,8)	324(60,2)	
Grado de severidad de pandemia de covid -19			0,562
Muy serio	159(39,5)	244(60,6)	
Serio	43(39,5)	66(60,6)	
Neutral	12(44,4)	15(55,6)	
Sobrevalorado	2(20,0)	8(80,0)	
Muy sobrevalorado	7(5,9)	6(46,2)	
Confianza en el gobierno para manejar la epidemia de covid-19			<0,001
Mucha confianza	12(66,7)	6(33,3)	
Algo de confianza	79(51,0)	76(49,0)	
Ni confianza, ni desconfianza	55(30,9)	123(69,1)	
Algo de desconfianza	43(36,1)	76(63,9)	
Mucha desconfianza	34(37,0)	58(63,0)	
Familiar que ha padecido covid-19			0,224
No	60(44,1)	76(55,9)	
Sí	163(38,3)	263(61,7)	

Familiar fallecido por covid-19			0,907
No	114(39,5)	175(60,6)	
Sí	109(39,9)	164(60,1)	
Historia previa de desorden de salud mental			<0,001
No	219(44,4)	274(55,6)	
Sí	4(5,8)	65(94,2)	
Buscar soporte de salud mental			<0,001
No	205(44,5)	256(55,5)	
Sí	18(17,9)	83(82,2)	
Depresión			<0,001
Mínima	91(81,3)	21(18,8)	
Leve	59(41,6)	83(58,5)	
Moderado	21(22,6)	72(77,4)	
Moderado grave	5(7,7)	60(92,3)	
Grave	0(0,0)	63(100)	
Ansiedad			<0,001
No	124(70,9)	51(29,1)	
Leve	34(26,4)	95(73,6)	
Moderada	11(12,1)	80(87,9)	
Severa	1(1,5)	67(98,5)	
Resiliencia¶**	26,99 ± 8,26	22,78 ± 7,58	<0,001
Alcohol			0,179
Riesgo bajo	175(38,2)	283(61,8)	
Riesgo medio	8(27,6)	21(72,4)	
Riesgo alto	0(0,0)	4 (100,0)	
Probable adicción	0 (0,0)	2 (100,0)	
Trauma infantil			<0,001
No	124(47,2)	139(52,9)	
Sí	42(21,7)	152(78,4)	
Apgar familiar			<0,001
Normal	129 (62,9)	76 (37,1)	
Leve	42(30,9)	94(62,1)	
Moderada	23(22,8)	78(77,2)	
Severa	29(24,2)	91(75,8)	

* Valor p calculado con la prueba Chi Cuadrado de Independencia

** Media y desviación estándar

¶ Valor p calculado con la prueba t de Student

En el análisis de regresión simple, ajustado por las covariables de interés, observamos que la prevalencia de estrés postraumático incrementa 86 % (RP=1,86; IC=95 %: 1,51 - 2,30), 108 % (RP=2,08; IC=95 %: 1,69 - 2,56), 105 % (RP=2,05; IC=95 %: 1,67 - 2,51) en escolares con disfunción familiar leve, moderada y severa; respectivamente. Esto es similar a lo observado en la regresión múltiple, excepto en disfunción familiar severa. Los escolares con disfunción familiar leve y moderado tenían 37 % (RP=1,37; IC=95 %: 1,14 – 1,65) y 26 % (RP=1,26; IC=95 %: 1,04 – 1,54) mayor prevalencia de estrés postraumático, respecto a los escolares sin disfunción familiar. Adicionalmente, encontramos que los escolares que buscaron soporte de salud mental tenían 20 % mayor prevalencia de estrés postraumático (RP=0,83;

IC=95 %: 0,74 – 0,94). A mayor nivel de depresión, mayor es la prevalencia de estrés postraumático, dado que los escolares con depresión grave tenían 162 % mayor prevalencia de estrés postraumático (RP=2,62; IC=95 %: 1,67 – 4,09). Los escolares con ansiedad leve (RP=1,68; IC=95%: 1,29 - 2,18), moderada (RP=1,62; IC=95 %: 1,23 - 2,12) y severa (RP=1,71; IC=95 %: 1,31 - 2,24) se asociaron a una mayor prevalencia de estrés postraumático (tabla 3).

Tabla 3. Factores asociados a estrés postraumático en escolares de tres colegios de Chiclayo, 2021, en análisis de regresión simple y múltiple.

Características	Estrés postraumático					
	Regresión simple			Regresión múltiple*		
	PR	IC 95%	p**	PR	IC 95%	p**
Edad (años)	1.09	1.04 - 1.15	0.001	1.00	0.87-1.14	0.948
Sexo						
Masculino	Ref.			Ref.		
Femenino	1.75	1.26 -2.42	0.001	1.33	0.98-1,80	0.065
Grado escolar						
Primero	Ref.			Ref.		
Segundo	1.17	0.83 - 1.66	0.371	0.89	0.65 - 1.21	0.454
Tercero	1.40	1.02-1.90	0.035	0.78	0.54 - 1.13	0.196
Cuarto	1.58	1.21-2.07	0.001	0.88	0.57- 1.36	0.567
Quinto	1.48	1.14-1.94	0.004	0.91	0.53 - 1.57	0.738
Cumplimiento de medidas de aislamiento						
No	Ref.			Ref.		
Si	0.96	0.70 - 1.32	0.819	1.01	0.80-1.27	0.949
Grado de severidad de pandemia de COVID -19						
Muy serio	Ref.			Ref.		
Serio	1.00	0.84 - 1.19	0.999	1.00	0.88 - 1.14	0.998
Neutral	0.92	0.65 - 1.30	0.627	1.12	0.76 - 1.64	0.570
Sobrevalorado	1.32	0.96 - 1.82	0.088	1.10	0.77 - 1.56	0.614
Muy sobrevalorado	0.76	0.42 - 1.38	0.370	0.66	0.35 - 1.24	0.197
Confianza del manejo del gobierno						
Mucha confianza	Ref.			Ref.		
Algo de confianza	1.47	0.75 - 2.88	0.261	1.36	0.74 - 2.48	0.321
Ni confianza, ni desconfianza	2.07	1.07 - 4.02	0.031	1.59	0.88 - 2.89	0.126
Algo de desconfianza	1.92	0.98 - 3.74	0.056	1.65	0.90 - 3.02	0.102
Mucha desconfianza	1.89	0.97- 3.70	0.063	1.55	0.84 - 2.87	0.159
Familiar con padecimiento reciente de COVID-19						

No	Ref.			Ref.		
Si	1.10	0.93 - 1.31	0.243	0.98	0.85 - 1.22	0.731
Familiar cercano fallecido por COVID-19						
No	Ref.			Ref.		
Si	0.99	0.87 - 1.13	0.907	1.01	0.90 - 1.13	0.892
Historia previa de desórdenes de salud mental						
No	Ref.			Ref.		
Si	1.69	1.53 - 1.87	<0.001	0.98	0.87 - 1.10	0.711
Buscar Soporte de salud mental						
No	Ref.			Ref.		
Si	1.48	1.31 - 1.67	<0.001	1.20	1.06 - 1.35	0.003
Depresión						
Mínima	Ref.			Ref.		
Leve	3.12	2.07 - 4.70	<0.001	2.11	1.37 - 3.24	0.001
Moderado	4.13	2.76 - 6.17	<0.001	2.44	1.57 - 3.79	<0.001
Moderado grave	4.92	3.33 - 7.29	<0.001	2.57	1.66 - 4.00	<0.001
Grave	5.33	3.63 - 7.85	<0.001	2.62	1.67 - 4.09	<0.001
Ansiedad						
No	Ref.			Ref.		
Leve	2.53	1.96 - 3.26	<0.001	1.68	1.29-2.18	<0.001
Moderada	3.02	2.36 - 3.85	<0.001	1.62	1.23-2.12	0,001
Severa	3.38	2.68 - 4.27	<0.001	1.71	1.31-2.24	<0.001
Resiliencia						
	0.98	0.97 - 0.99	<0.001	0.99	0.98 - 1.00	0.006
Alcohol						
Riesgo bajo	Ref.			Ref.		
Riesgo medio	1.71	0.93 - 1.48	0.188	0.97	0.78 - 1.21	0.809
Riesgo alto	1.62	1.51 - 1.74	<0.001	1.11	0.75 - 1.66	0.603
Probable adicción	1.62	1.51 - 1.74	<0.001	1.51	0.91 - 2.53	0.114
Trauma infantil						
No	Ref.			Ref.		
Si	1.48	1.29 - 1.70	<0.001	1.04	0.93 - 1.17	0.479
Apgar familiar						
Normal	Ref.			Ref.		
Leve	1.86	1.51 - 2.30	<0.001	1.37	1.14 - 1.65	0.001
Moderada	2.08	1.69 - 2.56	<0.001	1.26	1.04 - 1.54	0.021
Severa	2.05	1.67 - 2.51	<0.001	1.08	0.89 - 1.31	0.461

*Ajustado por covariables de interés

**Valores p obtenidos con Modelos Lineales Generalizados (GLM), familia *Poisson*, función de enlace log, varianza robusta

III. DISCUSIÓN

En este estudio, encontramos que la mayoría de los escolares presentan disfunción familiar leve y alta frecuencia de estrés postraumático. Los escolares con disfunción familiar leve y moderada reportaron mayor frecuencia de estrés postraumático. Adicionalmente, los escolares con depresión, ansiedad tenían mayor frecuencia de presentar estrés postraumático. Por el contrario, el haber buscado soporte en salud mental disminuía la frecuencia de estrés postraumático.

Encontramos que 6 de cada 10 escolares presentaron estrés postraumático (60,3 %). Esto es similar a lo reportado en estudios realizados en adolescentes por Selçuk EB, donde la frecuencia de TEPT fue de 61,1 % durante el contexto covid-19 (5). Adicionalmente, Mohamed H, Moustafa A realizaron un estudio en niños y adolescentes, donde el 71,5 % de los participantes tenía síntomas de TEPT durante la cuarentena por la pandemia de covid-19 (6). Flora de la Barra Mac D, se observó que el 40 % de los niños presentó TEPT luego del terremoto (31). Sin embargo, nuestro hallazgo es contrario a un estudio realizado por Wathélet M, Jousset A. durante la cuarentena por covid-19, en el cual 19,5 % de los estudiantes presentaba probable estrés postraumático (32). Shek DTL, Zhao L, se encontraron que el 10,4 % de adolescentes presentaron TEPT bajo (33). La alta prevalencia de TEPT en los escolares evaluados podría ser explicada porque los adolescentes representan un grupo muy vulnerable, ya que esa etapa de la vida es un momento de transición difícil. Además, se sabe que los tiempos de desastres como de pandemia generan aumento de riesgo de trastorno de estrés postraumático. Las restricciones generadas por el covid-19, como cierre de áreas de juego, escuelas, lugares recreativos y playas; así como también el carácter, edad, condiciones de salud subyacentes en los adolescentes predisponen a tener mayor riesgo de estrés postraumático.

Asociación entre disfunción familiar y estrés postraumático

En la investigación se encontró que los escolares con disfunción familiar leve y moderada tenían 37 % y 26 % mayor frecuencia de presentar TEPT; respectivamente. No hemos identificado estudios que hayan evaluado la asociación de interés en contexto covid-19. Sin embargo, nuestro hallazgo es similar a lo descrito en otros estudios similares (11,34). Un estudio por Yang L, Wu M, Wang Y concluyó que una función familiar saludable puede aliviar el trastorno de ansiedad generalizada y la

ansiedad de los estudiantes universitarios durante la pandemia de covid-19 (35). Por el contrario, en un estudio realizado por Hinojos-Gallardo LC, Ruiz-Escalona dirigido a la población pediátrica para evaluar TEPT en un hospital en México, encontró que el hecho de que la familia esté o no integrada no sería factor determinante de riesgo para el desarrollo del trastorno de TETP (15). Acosta DC, Pérez GAC, realizaron un estudio en, los adolescentes y jóvenes víctimas de desplazamiento forzado en Colombia que tenían buen funcionamiento familiar presentaban menor frecuencia de trastornos de salud mental (34). Serva-Arbeláez D, Terán Cortés CY encontraron que las probabilidades de presentar depresión moderada/grave incrementaron cuando la disfunción familiar es mayor (36). Vásquez Coba CX, encontró que la disfunción familiar agrava los síntomas de TEPT en niños y adolescentes víctimas de violencia (11). Asimismo, Ortiz CFA, Zhunio D, Romero A, Redrován J encontraron que la disfuncionalidad familiar aumentaba la chance de depresión y de ansiedad (12). Olivera AN, Rivera EG, Gutierrez- Trevejo, se encontraron que a menor nivel en la funcionalidad familiar habría mayor nivel de depresión entre los adolescentes de una institución educativa particular (13). Otro estudio realizado en adolescentes con cáncer por Alderrfer MA, Navsaria N, Kazak AE, evidenciaron mayor frecuencia de TEPT en aquellos que presentaron mal funcionamiento familiar (14). Esta asociación podría ser explicada porque el ambiente familiar puede modificar los efectos que generan los eventos estresantes y traumáticos en los adolescentes. Una pobre unión familiar, ausencia de relaciones de apoyo o bajo nivel de comunicación se encuentran asociadas a un mayor riesgo de problemas conductuales y emocionales en los hijos.

Otros factores asociados a estrés postraumático

Se encontró que los escolares con depresión tenían mayor frecuencia de TEPT, y esta incrementa gradualmente conforme se acentuaban los síntomas depresivos. En China Yang Wang y Jiuping Xu, encontraron que hubo correlación entre TEPT y los síntomas de depresión en 10, 7 % de los adolescentes. La exposición relacionada con el terremoto, los eventos negativos de la vida, la exposición previa al terremoto de Wenchuan (China) de 2008 y el hecho de que los padres lo hayan dejado atrás contribuyeron al TEPT y los síntomas depresivos(37). No se encontró literatura contraria a esta asociación. La asociación encontrada podría ser explicada porque la monotonía, la decepción, la falta de contacto cara a cara con compañeros de clase, amigos y maestros, pérdidas económicas, cambios de rutina diaria, el confinamiento

en el hogar, la muerte de un familiar por covid-19 y el miedo a la infección podrían originar o intensificar aún más problemas mentales(38).

La asociación entre TEPT y el presentar trastorno de ansiedad severa fue del 98,5 %. Esto es similar al estudio realizado por Vásquez Coba, donde se observó que existe 28,6 veces más probabilidad de riesgo de presentar TEPT con Trastorno de Ansiedad en comparación con los que no presentan este trastorno (11). Marthoenis M, Ilyas A encontró que las asociaciones y comorbilidad entre TEPT, depresión y ansiedad fueron estadísticamente significativas ($p = 0,001$) (39). No se evidenció trabajo que demuestre lo contrario. La asociación encontrada puede deberse a miedo al contagio, la frustración, el aburrimiento, información inadecuada, falta de contacto en persona con compañeros de clase, amigos y maestros, falta de espacio personal en casa y pérdida económica familiar producen mayor ansiedad en los adolescentes y para el desarrollo de TEPT generalmente hay una vulnerabilidad psicológica que asociada a una ansiedad preexistente genera mayor riesgo de presentar TEPT (40).

Los adolescentes con mejores niveles de resiliencia tenían menor frecuencia de TEPT. Esto es similar a lo reportado por Yang D, Swekwi U, en escolares afectados por la pandemia por covid-19 en Wuhan-China, donde la resiliencia influyó positivamente en la salud mental de los escolares (41). Esto es contrario a una investigación realizada por Avanci JQ, Serpeloni F donde no encontraron asociación entre resiliencia y TEPT(42). No hubo estudios contrarios a lo encontrado en nuestro trabajo. Esta asociación podría deberse a que el confinamiento haya favorecido el desarrollo de factores de resiliencia familiares como el pasar más tiempo con los padres (43).

Otra asociación que se observó fue que los adolescentes que buscaron ayuda psicológica tuvieron mayor prevalencia de TEPT. Esto fue contrario con un estudio realizado por Wethington HR. donde se evidencia que la terapia cognitivo-conductual individual y grupal ayuda a atenuar el daño psicológico en niños y adolescentes con síntomas de TEPT expuestos a traumas (44) . Esta asociación se debe a que la psicoterapia pone las experiencias traumáticas del adolescente en un orden simbólico, llevándolo a un tiempo y espacio distintos al presente, que le permitan recordar el suceso traumático sin revivirlo (43).

Limitaciones y fortalezas

Esta investigación presenta algunas limitaciones. Primero, sesgo de medición, debido a que no es posible inferir los resultados en la siguiente investigación a toda la población escolar de nivel secundario, ya que en este estudio sólo fue posible seleccionar tres instituciones educativas. Segundo, sesgo de información, debido al estado de emergencia sanitaria por covid-19 las encuestas se realizaron de manera virtual y no todos los estudiantes tenían acceso a internet o no respondieron todas las preguntas de las encuestas. Tercero, debido al diseño transversal del estudio, no se puede atribuir causalidad entre las variables de interés por la ausencia de temporalidad entre la información recogida.

Sin embargo, la principal fortaleza de esta investigación radica en que ha sido posible capturar una amplia y diversa muestra de escolares de nivel secundaria de Lambayeque, una región severamente golpeada por la pandemia por covid-19, durante el periodo de distanciamiento social. Adicionalmente, la amplia muestra obtenida nos permite obtener resultados precisos y brinda una gran aproximación para comprender la potencial relación entre disfunción familiar y la presencia de TEPT, además de otros factores influyentes a este trastorno de salud mental.

Implicancias de hallazgos en la salud pública

Lo que se determinó en este estudio fue que la mayoría de los adolescentes presentó depresión leve (29,9 %) y ansiedad leve (27,9 %). El 42,5 % presentó trauma durante su infancia y el 60,3 % tenía trastorno de estrés postraumático. En cuanto a disfunción familiar, el 20,7 % presentó disfunción familiar severa. Esto es igual a lo encontrado en el trabajo de Vásquez Coba, donde se determinó que las medidas de aislamiento tomadas por el gobierno para frenar la propagación de la covid 19 como el cierre prolongado de las escuelas y el confinamiento en el hogar durante un brote de enfermedad pueden tener efectos negativos en la salud física y mental de los niños.
(11)

En este trabajo se encontró que los adolescentes que buscaron ayuda psicológica tuvieron mayor prevalencia de TEPT. Esto difiere a lo encontrado en el trabajo de R. Suárez G, donde evidencia que la psicoterapia tanto de manera individual como

colectiva, e incluso la intervención familiar resulta un tratamiento clave para disminuir el TEPT en adolescentes. (3)

IV. CONCLUSIONES

En este trabajo se concluye que existe la asociación entre disfunción familiar y TEPT ya que los adolescentes que tienen problemas en el ámbito familiar van a desarrollar mayor probabilidad de TEPT. Se evidenció la asociación entre el grado de disfunción familiar y el desarrollo de TEPT ya que los escolares con disfunción familiar leve y moderada tenían mayor frecuencia de presentar TEPT, lo cual reafirma la importancia de desarrollar un ámbito familiar sano, ya que de esta manera se ayuda a los menores a afrontar las situaciones críticas vividas en pandemia. También se encontró asociación entre resiliencia y TEPT, ya que los adolescentes con mejores niveles de resiliencia tenían menor frecuencia de TEPT. Además, se evidenció asociación entre ansiedad y TEPT, debido al miedo al contagio, la desinformación, la falta de contacto con amigos u otros familiares, falta de espacio personal en casa o la muerte de un ser querido.

La pandemia actual por la covid-19 tiene algunas características que pueden favorecer a la aparición de mayores niveles de reacción al estrés comparado con otras pandemias: es un virus nuevo, lo que genera cierta incertidumbre sobre su manejo y lleva a un futuro impredecible. El número de casos positivos y de fallecimientos crece día a día y la información se reproduce fácilmente en las redes sociales. Actualmente, a través de internet y de los teléfonos inteligentes existe más información, sin embargo, ese mecanismo también facilita la desinformación y la transmisión de mitos. En este contexto, no nos debe extrañar que en los estudios que se realicen se encontrarán altos niveles de reacción al estrés.

V. RECOMENDACIONES

Se recomienda estudios para mejorar las relaciones dentro de la familia, debido a que esta relación ha sido afectada por la pandemia de covid19 e influyen de manera

decisiva en el desarrollo del Trastorno por Estrés Postraumático, ya sea en la atenuación o empeoramiento de los síntomas de este.

Se recomienda brindar apoyo psicológico en los colegios para que los estudiantes puedan afrontar eventos traumáticos o problemas de ansiedad y depresión, que son muy comunes en esta pandemia de covid-19. También se debe proporcionar información a la población en general sobre el Trastorno por Estrés Postraumático para que sepan cómo identificarlo y brindar ayuda a las personas que lo padecen.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Cid Rodríguez M del C, Montes de Oca Ramos R, Hernandez Díaz O. La familia en el cuidado de la salud. Rev Médica Electrónica. agosto de 2014;36(4):462-72.
2. “La influencia de la funcionalidad familiar en el riesgo suicida y trastorno depresivo en adolescentes del cantón Puerto Quito” [Internet]. [citado 3 de marzo de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/12860>
3. Trastorno de estrés postraumático en niños y adolescentes. Revisión del concepto y actualizaciones. [Internet]. [citado 3 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/trastorno-de-estres-postraumatico-en-ninos-y-adolescentes-revision-del-concepto-y-actualizaciones>
4. Bhushan B, Basu S, Ganai UJ. Post-traumatic Stress and Growth Among the Children and Adolescents in the Aftermath of covid-19. Front Psychol [Internet]. 2022 [citado 9 de marzo de 2022];12. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2021.791263>
5. Selçuk EB, Demir AÇ, Erbay LG, Özcan ÖÖ, Gürer H, Dönmez YE. Anxiety, depression and post-traumatic stress disorder symptoms in adolescents during the covid-19 outbreak and associated factors. Int J Clin Pract. n/a(n/a):e14880.
6. Covid-19 related posttraumatic stress disorder in children and adolescents in Saudi Arabia [Internet]. [citado 4 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0255440>
7. La salud mental de niñas, niños y adolescentes en contexto de covid-19 [Internet]. [citado 3 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.unicef.org/peru/informes/salud-mental-ninas-ninos-adolescentes-contexto-covid-19-estudio-en-linea-peru-2020>
8. Palacio-Ortiz JD, Londoño-Herrera JP, Nanclares-Márquez A, Robledo-Rengifo P, Quintero-Cadavid CP. Trastornos psiquiátricos en los niños y adolescentes en tiempo de la pandemia por covid-19. Rev Colomb Psiquiatr. 1 de octubre de 2020;49(4):279-88.

9. Garibay-Ramirez J, Jiménez-Garcés C, Vieyra-Reyes P, Hernández-González MM, Villalón-López J. Disfunción familiar y depresión en niños de 8-12 años de edad. *Rev Med E Investig.* 1 de julio de 2014;2(2):107-11.
10. Escobar Sáez MJ. Disfunción familiar en adolescentes de quinto de secundaria de un Colegio público y un Colegio privado en el distrito de La Molina [Internet]. Universidad de Lima; 2015 [citado 3 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12724/1721>
11. Vásquez Coba CX. El estrés postraumático y las condiciones familiares, en los niños y adolescentes. 2011 [citado 11 de enero de 2022]; Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/1202>
12. Ortíz CFA, Zhunio D, Romero A, Redrován J, Atiencia R. La disfuncionalidad familiar como factor asociado a Depresión y Ansiedad en la población adolescente de Santa Isabel. *Rev MÉDICA HJCA.* 13 de marzo de 2013;5(1):69-69.
13. Olivera AN, Rivera EG, Gutiérrez-Trejejo M, Méndez J. Funcionalidad familiar en la depresión de adolescentes de la Institución Educativa Particular «Gran Amauta de Motupe» Lima, 2018. *Rev Estomatológica Hered.* julio de 2019;29(3):189-95.
14. Alderfer MA, Navsaria N, Kazak AE. Family Functioning and Posttraumatic Stress Disorder in Adolescent Survivors of Childhood Cancer. *J Fam Psychol JFP J Div Fam Psychol Am Psychol Assoc Div 43.* octubre de 2009;23(5):717-25.
15. Hinojos-Gallardo LC, Ruiz-Escalona L, Cisneros-Castolo M, Mireles-Vega E, Pando-Tarín GA, Bejarano-Marín JM. Estrés postraumático en la población pediátrica atendida en el Hospital Infantil del estado de Chihuahua, México. *Bol Méd Hosp Infant México.* agosto de 2011;68(4):290-5.
16. Suarez Cuba MA, Alcalá Espinoza M. APGAR FAMILIAR: UNA HERRAMIENTA PARA DETECTAR DISFUNCIÓN FAMILIAR. *Rev Médica Paz.* 2014;20(1):53-7.
17. Smilkstein G, Ashworth C, Montano D. Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function. *J Fam Pract.* agosto de 1982;15(2):303-11.
18. Bellón Saameño JA, Delgado Sánchez A, Luna del Castillo J de D, Lardelli Claret P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Aten Primaria.* 15 de octubre de 1996;18(6):289-96.
19. Cabello HC, Rodríguez TC, León JLV, Barboza MP, Valles MD la C. Análisis factorial confirmatorio de la escala de percepción del funcionamiento familiar de Smilkstein en adolescentes peruanos. *Salud Soc.* 2015;6(2):140-53.
20. Rincón P, Gysling M, Jiménez C, Lloyd S, Navarro MF, Retamal L, et al. Propiedades Psicométricas de la Escala de Síntomas de TEPT para Niños (CPSS) en Población Chilena Afectada por el Terremoto y Tsunami del 27-F de 2010. *Ter Psicológica.* abril de 2014;32(1):57-64.

21. Connor KM, Davidson JRT. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*. 2003;18(2):76-82.
22. Notario-Pacheco B, Solera-Martínez M, Serrano-Parra MD, Bartolomé-Gutiérrez R, García-Campayo J, Martínez-Vizcaíno V. Reliability and validity of the Spanish version of the 10-item Connor-Davidson Resilience Scale (10-item CD-RISC) in young adults. *Health Qual Life Outcomes*. 5 de agosto de 2011;9:63.
23. Soler Sánchez MI, Meseguer de Pedro M, García Izquierdo M. Propiedades psicométricas de la versión española de la escala de resiliencia de 10 ítems de Connor-Davidson (CD-RISC 10) en una muestra multiocupacional. *Rev Latinoam Psicol*. 1 de septiembre de 2016;48(3):159-66.
24. Ventura Bances MP. Eficacia de un programa de intervención grupal cognitivo-conductual para disminuir el trastorno de ansiedad generalizada en pacientes del Puesto de Salud Las Dunas-Surco. *Univ Nac Mayor San Marcos [Internet]*. 2009 [citado 11 de enero de 2022]; Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/618>
25. Sanz J, Izquierdo A, García-Vera MP. UNA REVISIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE LA VALIDEZ DE CONTENIDO DE LOS CUESTIONARIOS, ESCALAS E INVENTARIOS AUTOAPLICADOS MÁS UTILIZADOS EN ESPAÑA PARA EVALUAR LA DEPRESIÓN CLÍNICA EN ADULTOS. 2013;37.
26. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. septiembre de 2001;16(9):606-13.
27. Martina M, Ara MA, Gutiérrez C, Nolberto V, Piscocoya J. Depresión y factores asociados en la población peruana adulta mayor según la ENDES 2014-2015. *An Fac Med*. octubre de 2017;78(4):393-7.
28. Intento suicida y antecedente de experiencias traumáticas durante la infancia en adultos con diagnóstico de depresión, trasto [Internet]. [citado 11 de enero de 2022]. Disponible en: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:kllpdrLds9oJ:https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/download/1175/1207/+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=pe>
29. Álvarez Montero S, Gallego Casado P, Latorre de la Cruz C, Bermejo Fernández F. Papel del test AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) para la detección de consumo excesivo de alcohol. *Medifam*. noviembre de 2001;11(9):83-7.
30. Cuestionario AUDIT para la detección del consumo de alcohol [Internet]. [citado 11 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/medical-calculators/AlcoholScreen-es.htm>

31. Rev. chil. pediátr. - vol.84 número3 [Internet]. [citado 11 de enero de 2022]. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0370-410620130003&lng=es&nrm=iso
32. Wathelet M, Fovet T, Jousset A, Duhem S, Habran E, Horn M, et al. Prevalence of and factors associated with post-traumatic stress disorder among French university students 1 month after the covid-19 lockdown. *Transl Psychiatry*. 27 de mayo de 2021;11:327.
33. Shek DTL, Zhao L, Dou D, Zhu X, Xiao C. The Impact of Positive Youth Development Attributes on Posttraumatic Stress Disorder Symptoms Among Chinese Adolescents Under covid-19. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med*. abril de 2021;68(4):676-82.
34. Acosta DS, Pérez GAC, Hincapié GMS, Vásquez NSM, Zapata CS, Salazar JCB, et al. Salud mental de adolescentes y jóvenes víctimas de desplazamiento forzado en Colombia*. *CES Psicol*. 27 de mayo de 2019;12(3):1-19.
35. Yang L, Wu M, Wang Y, Peng B. The Influence of Family Function on State Anxiety of Chinese College Students During the Epidemic of covid-19. *Front Psychol*. 16 de septiembre de 2021;12:701945.
36. Serna-Arbeláez D, Terán-Cortés CY, Vanegas-Villegas AM, Medina-Pérez ÓA, Blandón-Cuesta OM, Cardona-Duque DV, et al. Depresión y funcionamiento familiar en adolescentes de un municipio de Quindío, Colombia. *Rev Habanera Cienc Médicas* [Internet]. octubre de 2020 [citado 4 de noviembre de 2021];19(5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1729-519X2020000600016&lng=es&nrm=iso&tlng=es
37. Asociaciones entre exposición a traumas, trastorno de estrés postraumático y síntomas de depresión en adolescentes sobrevivientes del terremoto de Lushan 2013 [Internet]. [citado 11 de enero de 2022]. Disponible en: <https://psiquiatria.com/depresion/asociaciones-entre-exposicion-a-traumas-trastorno-de-estres-postraumatico-y-sintomas-de-depresion-en-adolescentes-sobrevivientes-del-terremoto-de-lushan-2013/>
38. Dubey S, Biswas P, Ghosh R, Chatterjee S, Dubey MJ, Chatterjee S, et al. Psychosocial impact of covid-19. *Diabetes Metab Syndr*. 2020;14(5):779-88.
39. Marthoenis M, Ilyas A, Sofyan H, Schouler-Ocak M. Prevalence, comorbidity and predictors of post-traumatic stress disorder, depression, and anxiety in adolescents following an earthquake. *Asian J Psychiatry*. junio de 2019;43:154-9.
40. Wang G, Zhang Y, Zhao J, Zhang J, Jiang F. Mitigate the effects of home confinement on children during the covid-19 outbreak. *Lancet Lond Engl*. 2020;395(10228):945-7.
41. Yang D, Swekwi U, Tu CC, Dai X. Psychological effects of the covid-19 pandemic on Wuhan's high school students. *Child Youth Serv Rev*. diciembre de 2020;119:105634.

42. Avanci JQ, Serpeloni F, de Oliveira TP, de Assis SG. Posttraumatic stress disorder among adolescents in Brazil: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 5 de febrero de 2021;21(1):75.
43. Resultados preliminares del impacto de la covid-19 en niños/as y adolescentes expuestos a maltrato intrafamiliar | *Terapia Psicológica* [Internet]. [citado 11 de enero de 2022]. Disponible en: <https://teps.cl/index.php/teps/article/view/301>
44. Wethington HR, Hahn RA, Fuqua-Whitley DS, Sipe TA, Crosby AE, Johnson RL, et al. The effectiveness of interventions to reduce psychological harm from traumatic events among children and adolescents. A systematic review [Internet]. *Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE): Quality-assessed Reviews* [Internet]. Centre for Reviews and Dissemination (UK); 2008 [citado 11 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK75361/>

ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento informado a padres de familia

AUTORIZACIÓN DE PADRES DE FAMILIA PARA PARTICIPACIÓN DE MENORES DE EDAD EN ENCUESTA VIRTUAL

Estimado padre, madre o tutor:

Se le está pidiendo a su menor hijo que forme parte una encuesta virtual conducida por Stefany Carolina Burga Cachay y María Alejandra Fernández Canani, estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad San Martín de Porres. La presente investigación se titula "Asociación entre disfunción familiar y estrés post traumático en escolares de nivel secundario de un colegio privado de Chiclayo durante la pandemia de covid- 19",

Esta es una encuesta virtual de suma importancia ya que tiene como propósito conocer si en los escolares del nivel secundario existe asociación entre disfunción familiar y estrés post traumático en el ámbito de la pandemia por covid-19.

La participación de su menor hijo es voluntaria. La encuesta consta de 79 preguntas que le tomará 20 minutos de su tiempo.

La información obtenida en esta encuesta virtual será únicamente utilizada para la elaboración de una tesis. La identidad de su menor hijo(a) será tratada de manera anónima, es decir, el investigador no conocerá la identidad de quién completó la encuesta.

Asimismo, su información será analizada de manera conjunta con la respuesta de sus compañeros y servirá para la elaboración de artículos y presentaciones académicas.

Cualquier duda con respecto a la investigación u encuesta comunicarse con Stefany Carolina Burga Cachay al número 93935729º al correo electrónico: stefany_burga@usmp.pe así mismo con el Comité Institucional de Ética en Investigación de la FMH.USMP, presidente Dr. Amador Vargas Guerra a los teléfonos 365-2300 anexo 160 - 495 1390 (línea directa) al correo electrónico etica_fmh@usmp.pe

Si está de acuerdo con los puntos anteriores, complete sus datos a continuación:

Doy mi autorización para que mi hijo complete la encuesta

No doy mi autorización para que mi hijo complete la encuesta

Anexo 2: Asentimiento informado al alumno

Asociación entre disfunción familiar y estrés post traumático en escolares de nivel secundario de un colegio privado de Chiclayo durante la pandemia de covid- 19.

Hola, somos Alejandra Fernández y Stefany Burga, estudiantes de medicina humana de la Universidad San Martín de Porres Filial Norte. Actualmente estamos realizando un estudio que permitirá conocer la asociación que pudiese existir entre la disfunción familiar y estrés post traumático en los alumnos dentro de esta situación vivida por la pandemia del covid-19. Por lo cual, queremos pedirte que por favor nos apoyes.

Tu participación en el estudio consistiría en completar los cuestionarios. Este proceso es voluntario, es decir, aun cuando tus papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no.

Toda la información que nos proporcionas nos ayudará a conocer influencia psicológica que se puede generar la pandemia en los alumnos del nivel secundario.

Esta información será confidencial, esto quiere decir que los cuestionarios que contestes sólo lo podrán ver las personas que forman parte del equipo de este estudio. No se dará a conocer ningún tipo de información personal tuya.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una (X) en el cuadrado de abajo que dice "Sí quiero participar" y escribe tu nombre, grado.

Sí quiero participar

Edad: _____

Grado escolar: _____

Fecha: _____ de _____ de _____.

¡Muchas gracias por tu colaboración!

Datos generales

Edad: _____

Sexo: _____

Grado escolar: _____

Fecha: _____ de _____ de _____.

1. Actualmente, ¿Considera usted que está cumpliendo las medidas de aislamiento social?

Sí

No

2. ¿Cómo calificaría el grado de severidad de la pandemia del covid-19?

Muy serio
sobrevalorado

Serio

Neutral

Sobrevalorado

Muy

3. ¿Confía en la capacidad del gobierno para manejar la epidemia de covid- 19?

Mucha confianza	Algo de confianza	Ni confianza, ni desconfianza
Algo de desconfianza		Mucha desconfianza

4. ¿Tiene historia previa de desórdenes de salud mental?

Sí No

5. ¿Algún familiar cercano ha padecido recientemente de enfermedad covid-19?

Sí No

6. ¿Algún familiar cercano ha fallecido por enfermedad covid-19?

Sí No

7. ¿Ha buscado soporte en salud mental en cualquier momento desde que inicio el periodo de aislamiento social obligatorio?

Sí No

Anexo 2: CHILD PTSD Symptom Scale (CPSS)

Marca 0, 1, 2, 3 o 4 para indicar con qué frecuencia has tenido los siguientes problemas en las últimas dos semanas.

	Nunca	Solo 1 vez	Entre 2 y 3 veces	Entre 4 y 8 veces	9 veces o más
1. ¿Has tenido pensamientos o imágenes molestas acerca de lo que te pasó y que vienen a tu mente, aunque tú no hayas querido recordarlas?	0	1	2	3	4
2. ¿Has tenido sueños malos o pesadillas?	0	1	2	3	4
3. ¿Has tenido la sensación como si lo que te pasó estuviera ocurriendo de nuevo, como si estuvieras ahí otra vez? (por ejemplo, al escuchar o ver algo que te recuerde lo que a ti te pasó).	0	1	2	3	4
4. ¿Te has sentido mal cuando piensas acerca de lo que te pasó o cuando escuchas hablar acerca de lo que te pasó? (por ejemplo, sintiéndote asustado, enojado, triste, culpable, con miedo, etc.).	0	1	2	3	4
5. ¿Has tenido sensaciones en tu cuerpo cuando piensas o escuchas acerca de lo que te pasó? (por ejemplo, transpirando repentinamente o latiéndote muy rápido el corazón).	0	1	2	3	4

6. ¿Haces esfuerzos para no pensar, no hablar o de no tener sentimientos acerca de lo que te pasó?	0	1	2	3	4
7. ¿Has tratado de evitar actividades, personas o lugares que te recuerden lo que te pasó?	0	1	2	3	4
8. ¿Has olvidado una parte importante de lo que te pasó?	0	1	2	3	4
9. ¿Has tenido muy pocas ganas de hacer cosas que antes acostumbrabas a hacer?	0	1	2	3	4
10. ¿Has tenido dificultades para sentirte cercano(a) a tus seres queridos?	0	1	2	3	4
11. ¿Te cuesta mucho tener sentimientos fuertes? (por ejemplo, te cuesta mucho llorar o sentirte feliz).	0	1	2	3	4
12. ¿Has sentido que tus planes futuros o tus esperanzas no se harán realidad? (por ejemplo, has sentido que no terminarás la escuela, que no te casarás o que no tendrás hijos).	0	1	2	3	4
13. ¿Has tenido problemas para quedarte dormido(a) o para permanecer dormido(a) en la noche?	0	1	2	3	4
14. ¿Te enojas más fácilmente que antes de vivir lo que te pasó?	0	1	2	3	4

15. ¿Has tenido dificultades para concentrarte? (por ejemplo, perdiendo el hilo de una historia en la televisión, olvidando lo que leías, no poniendo atención en clases).	0	1	2	3	4
16. ¿Has estado demasiado vigilante? (por ejemplo, estás muy atento(a) de que personas están a tu alrededor).	0	1	2	3	4
17. ¿Te asustas más fácilmente que antes? (por ejemplo, cuando alguien se acerca por detrás de ti).	0	1	2	3	4

APGAR Familiar

Las siguientes preguntas son de gran ayuda para comprender mejor su salud integral. Familia es definida como el (los) individuo (s) con quien (es) usted usualmente vive. Si usted vive solo su "familia" consiste en la(s) personas(s) con quien(es) usted tiene ahora el lazo emocional más fuerte.

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad					
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas.					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface como compartimos en mi familia: a. El tiempo para estar junto b. los espacios en la casa c. el dinero					
¿Usted tiene algún amigo (a) cercano (a) a quien puede buscar cuando necesita ayuda?					
Estoy satisfecho (a) con el soporte que recibo de mis amigos y amigas.					

Versión española de la escala de resiliencia de 10 ítems de Connor-Davidson (CD-RISC 10)

Instructivo: Por favor, indique cuál es su grado de acuerdo con las siguientes frases o caso durante el último mes. Si alguna en particular no le ha ocurrido, responda según crea que se hubiera sentido.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
	0	1	2	3	4
1. Sé adaptarme a los cambios					
2. Puedo manejar cualquier situación					
3. Veo el lado positivo de las cosas					
4. Me puedo manejar bien a pesar de la presión o el estrés					
5. Después de un grave contratiempo suelo «volver a la Cara»					
6. Consigo alcanzar mis metas a pesar de las dificultades					
7. Puedo mantener la concentración bajo presión					
8. Dificilmente me desanimo por los fracasos					
9. Me defino como una persona fuerte					
10. Puedo manejar los sentimientos desagradables					

Cuestionario de la salud del paciente (PHQ 9)

En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido molestia por cualquiera de los siguientes problemas? (Marque su respuesta con una "x")

	Ningún día	Varios días (1 a 6 días)	La mayoría de días (7 a 11 días)	Casi todos los días (12 a más días)
1. ¿Pocas ganas o interés de hacer las cosas?	0	1	2	3
2. ¿Sentirse desanimado(a), deprimido(a), triste o sin esperanzas?	0	1	2	3
3. ¿Problemas para dormir o mantenerse dormido (a), o dormir demasiado?	0	1	2	3
4. ¿Sentirse cansado(a) o con poca energía?	0	1	2	3
5. ¿Poco apetito o comer en exceso?	0	1	2	3

<p>6. ¿Sentirse mal acerca de si mismo(a) o sentirse que es un(a) fracasado(a) o que ha fallado a si mismo/a o a su familia?</p>	0	1	2	3
<p>7. ¿Dificultad para poner atención o concentrarse en las cosas que hace?</p>	0	1	2	3
<p>8. ¿Moverse o hablar más lento de lo normal? ¿O estar tan inquieto(a) o intranquilo(a) que se ha estado moviendo más de lo normal?</p>	0	1	2	3
<p>9. ¿Pensamientos de que mejor sería estar muerto/a o que quisiera hacerse daño de alguna forma buscando morir?</p>	0	1	2	3

Escala del trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7)

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido molestias por los siguientes problemas? (Marque su respuesta con una "X")

	Ningún día	Varios días (1 a 6 días)	La mayoría de días (7 a 11 días)	Casi todos los días (12 a más días)
1. Sentirse nervioso/a. ansioso/a. o con los nervios de punta	0	1	2	3
2. No poder dejar de preocuparse o no poder controlar la preocupación	0	1	2	3
3. Preocuparse demasiado por diferentes cosas	0	1	2	3
4. Dificultad para relajarse	0	1	2	3
5. Estar tan inquieto/a que es difícil permanecer sentado/a tranquilamente	0	1	2	3
6. Molestarse o ponerse irritable fácilmente	0	1	2	3
7. Sentir miedo como si algo terrible pudiera pasar	0	1	2	3

Preguntas y alternativas de respuesta, del cuestionario AUDIT

	0	1	2	3	4
1. ¿Con que frecuencia toma bebidas alcohólicas?	Nunca	Cada mes o menos	2 a 4 veces al mes	2 a más veces a la semana	4 o más veces a la semana
2. ¿Cuántas copas toma en un día?	1 a 2	3 a 4	5 a 6	7 a 9	10 o más
3. ¿Con que frecuencia toma seis o más copas en una sola ocasión?	Nunca o casi a diario	Menos de una vez al mes	Una vez al mes	Una vez a la semana	Diario o casi diario
4. ¿Cuántas veces en el último año notó que cuando comenzó a tomar no podía parar?	Nunca o casi a diario	Menos de una vez al mes	Una vez al mes	Una vez a la semana	Diario o casi diario
5. ¿Cuántas veces en el último año el tomar bebidas alcohólicas interfirió en sus actividades normales?	Nunca o casi a diario	Menos de una vez al mes	Una vez al mes	Una vez a la semana	Diario o casi diario
6. ¿Cuántas veces en el último año tuvo que tomar un primer trago por la mañana para poder funcionar después de haber tomado el día anterior?	Nunca o casi a diario	Menos de una vez al mes	Una vez al mes	Una vez a la semana	Diario o casi diario
7. ¿Cuántas veces en el último año tuvo remordimiento o sentimientos de culpa luego de tomar bebidas alcohólicas	Nunca o casi a diario	Menos de una vez al mes	Una vez al mes	Una vez a la semana	Diario o casi diario
8. ¿Cuántas veces en el último año no ha podido recordar lo que pasó la noche anterior debido a que tomó bebidas alcohólicas?	Nunca o casi a diario	Menos de una vez al mes	Una vez al mes	Una vez a la semana	Diario o casi diario
9. ¿Debido a que tomó bebidas alcohólicas usted o alguien ha resultado lastimado?	No		Sí, pero no en el último año		Sí, durante el último año
10. ¿Existe algún amigo pariente o médico que conozca su consumo de bebidas alcohólicas o que le haya sugerido suspenderlo?	No		Sí, pero no en el último año		Sí, durante el último año

Escala de Trauma de Marshall

Tipo de evento	Sí	No
Separación traumática del padre, madre o cuidador por más de un mes		
Experiencia de haber sufrido castigo físico importante		
Haber presenciado violencia física entre los padres o cuidadores		
Abuso de alcohol o drogas por un miembro de la familia		
Contacto sexual forzado con un pariente		
Daño físico después de haber sido castigado		
Contacto sexual forzado con un no familia		

