

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**UNIDAD DE POSGRADO**

**IDENTIFICAR LA TIPOLOGÍA FAMILIAR DE LOS ADOLESCENTES  
CON SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD DE LA IE JOSE  
MARIA ARGUEDAS PERIODO 2022**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

**PARA OPTAR**

**EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR Y  
COMUNITARIA**

**PRESENTADO POR**

**RODRIGO MANUEL PASTOR LEON**

**ASESOR**

**CARLOS FRANCISCO SANTILLAN SALAS**

**LIMA - PERÚ**

**2023**



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada**

**CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

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



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**SECCION DE POSGRADO**

**IDENTIFICAR LA TIPOLOGÍA FAMILIAR DE LOS  
ADOLESCENTES CON SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y  
ANSIEDAD DE LA IE JOSE MARIA ARGUEDAS PERIODO 2022**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

**PARA OPTAR**

**EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR Y  
COMUNITARIA**

**PRESENTADO POR**

**RODRIGO MANUEL PASTOR LEON**

**ASESOR**

**DR. CARLOS FRANCISCO SANTILLAN SALAS**

**LIMA, PERÚ**

**2023**

## Índice

	Págs.
Portada .....	i
Índice .....	ii
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....</b>	<b>1</b>
1.1. Descripción situación problemática .....	1
1.2. Formulación del problema .....	2
1.3. Objetivos.....	2
1.4. Justificación .....	3
1.5. Limitaciones.....	4
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>5</b>
2.1. Antecedentes .....	5
2.2. Base teórica.....	10
2.3. Definición términos.....	18
<b>CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES .....</b>	<b>19</b>
3.1. Formulación .....	19
3.2. Variables.....	19
<b>CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA.....</b>	<b>21</b>
4.1. Diseño metodológico.....	21
4.2. Diseño muestral .....	21
4.3. Técnicas y recolección información .....	21
4.4. Procesamiento información .....	23
4.5. Aspectos éticos.....	23
<b>CRONOGRAMA.....</b>	<b>25</b>
<b>PRESUPUESTO.....</b>	<b>25</b>
<b>FUENTES INFORMACIÓN .....</b>	<b>26</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>30</b>

NOMBRE DEL TRABAJO

**IDENTIFICAR LA TIPOLOGÍA FAMILIAR D  
E LOS ADOLESCENTES CON SÍNTOMAS  
DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD DE LA IE**

AUTOR

**RODRIGO MANUEL PASTOR LEON**

RECuento de palabras

**9377 Words**

RECuento de caracteres

**53097 Characters**

RECuento de páginas

**43 Pages**

Tamaño del archivo

**197.0KB**

Fecha de entrega

**Feb 6, 2024 9:00 AM GMT-5**

Fecha del informe

**Feb 6, 2024 9:01 AM GMT-5**

● **15% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 15% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 4% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Base de datos de trabajos entregados
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)
- Material bibliográfico
- Material citado

## **CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1. Descripción de situación problemática**

La adolescencia está catalogada como un periodo clave de la vida, pues sienta las bases de la salud y bienestar en edad adulta (1). Esta fase se particulariza por presencia de cambios a nivel físico, hormonales y conductuales vertiginosos, que en la mayoría de casos actúan como limitantes y generan desajustes en la esfera personal, familiar y social, transformándose incluso en el punto de partida de un conglomerado de problemáticas de salud mental, como los síntomas depresivos además de ansiedad (2,3).

Estas condiciones inciden significativamente en la vida del adolescente, quien se vuelve incapaz de hacer frente a factores estresantes, desplegar su potencial y funcionar de manera fructífera y productiva en la sociedad (2); además evidencian problemas para establecer relaciones familiares constructivas, crear y mantener vínculos amicales, y desarrollar autodependencia (1).

Desgraciadamente, este escenario se ha agravado durante pandemia COVID-19, que ha expuesto a adolescentes a una serie de peligros psicosociales, como la pérdida de los progenitores (deceso), crisis económica y respectiva dificultad del cuidado, negligencia, violencia y explotación. Por otro lado, el cierre total de las instituciones educativas no solo ha afectado el procedimiento de enseñanza – aprendizaje de millones de adolescentes, sino también su salud emocional (4).

Conforme con Organización Mundial de la Salud (OMS-2021) 1 de cada 7 adolescentes (10-19 años) sufre algún trastorno de salud mental, que supone 13% de carga global del padecimiento en este grupo etario. De ellos, 3.6% de adolescentes entre 10 y 14 años, y 4.6% entre 15 y 19 años experimentan trastornos de ansiedad; mientras que el 1.1 y 2.8% síntomas de depresión (5).

América Latina y El Caribe no son impasibles a esta realidad, debido a que el último estudio de carga mundial de enfermedades del Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud (INHE) reportó una prevalencia de 47.7% para ansiedad y depresión en adolescentes, entre los cuales el 62.6% correspondió al sexo femenino y 33.8% al sexo masculino (6).

En Perú, un análisis epidemiológico de salud a nivel mental en menores además de adolescentes de Lima además del Callao en la circunstancia de pandemia por COVID-19 (2020) informó una prevalencia de 28 y 10.8% para los episodios de depresión mayor además de ansiedad generalizada en adolescentes (7).

En ese marco, se torna esencial identificar aquellas características o condiciones que actúen como generadores de síntomas depresivos y ansiedad en la población de estudio (8). Entre ellos destaca la tipología familiar, que actúa frecuentemente como mediador (nuclear, extendida, ampliada) o limitante (monoparental, reconstituid) de adolescentes y su entorno, incurriendo incluso en entidad del sistema de pensamiento y proceso de adaptación al periodo de transición. Sin embargo, la influencia de cada tipo de familia aún es motivo de controversia y algunos autores la independizan totalmente de los trastornos emocionales, atribuyendo la presencia o no de sintomatologías depresivos y ansiedad al nivel de autoeficacia adquirido de experiencias directas, aprendizajes vicarios y estados fisiológicos y emocionales (9); por ello, es requerido llevar a cabo un estudio que ayude a detectar la tipología familiar de adolescentes con síntomas de depresión además de ansiedad.

## **1.2. Formulación del problema**

¿Cuál es la tipología familiar de adolescentes con síntomas de depresión y ansiedad de la I.E. José María Arguedas, periodo 2022?

## **1.3. Objetivos**

### **1.3.1 Objetivo general**

Identificar la tipología familiar de los adolescentes con síntomas de depresión y ansiedad de I.E. José María Arguedas, periodo 2022

### **1.3.2 Objetivos específicos**

Determinar las características generales de adolescentes de I.E. José María Arguedas, periodo 2022.

Identificar la tipología familiar de adolescentes con síntomas de depresión de IE José María Arguedas periodo 2022.

Identificar la tipología familiar de adolescentes con síntomas de ansiedad de IE José María Arguedas periodo 2022.

## **1.4. Justificación**

### **1.4.1 Importancia**

La estructura familiar aparentemente incide en la salud mental de los adolescentes, ya que media o limita, la adquisición de elementos esenciales para alcanzar un desarrollo psicoemocional óptimo y eludir la presencia de trastornos de salud mental. Por ello, es requerido identificar la proporción de síntomas depresivos y ansiedad adolescente en cada tipo de familia, pues además de exteriorizar la realidad institucional, ayudaría a determinar acciones de prevención y corrección que mermen tendencia epidemiológica de casos además de muertes por suicidio.

Así mismo, la publicación de los resultados permitirá mermar brechas del saber, discrepar hallazgos y efectuar guías, normativas y protocolos abocados a la prevención, psicoeducación y autoayuda. Por otro lado, los datos teóricos y metodológicos servirán como modelos en la generación de futuros estudios estructurados en enfoque temático.

### **1.4.2 Viabilidad y factibilidad**

El análisis posee viabilidad, debido a que posee la autorización del colegio para poder recolectar con la aplicación de historia clínica del servicio de Atención diferenciada del Adolescente y se puede tener acceso a las

características de la familia de los adolescentes de dicha entidad de educación.

Asimismo, este trabajo es factible, ya que las historias clínicas y los familiogramas se encuentran archivadas en la oficina del programa de Atención diferenciada del Adolescente que se halla a disposición de los residentes de medicina Familiar y además tenemos permiso del médico a cargo del Programa y la ayuda de todo el personal del Programa de Atención diferenciada del Adolescente y también es un tema de interés para ellos. El investigador dispone de elementos materiales, humanos, además de económicos requeridos para elaboración y efectucción. Sobresale que el estudio será financiado por el autor.

#### **1.5. Limitaciones**

La mayor restricción de la investigación será la disposición a participar de los adolescentes y sus progenitores que visitan la organización objeto de estudio, ya que es posible que los usuarios se nieguen a participar, lo que puede afectar la cantidad de la muestra. Además, los hallazgos obtenidos no podrán generalizarse a otras instituciones, ya que cada entidad tiene sus propias circunstancias.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes

#### Internacionales

Guaranga E, en el 2022, en Ecuador, publicó un análisis que tuvo como propósito establecer relación entre familias disfuncionales además de ansiedad en adolescentes de unidad de educación de Chimborazo. Fue un estudio descriptivo, observacional, correlacional además de transversal que involucró a 127 personas. Los hallazgos detallaron un grado de ansiedad moderada (40.3%), que se relacionó de forma inversa, media y significativa a las familias disfuncionales ( $r: -0.610$   $p:0.00$ ) (10).

Serna - Arbeláez et al., en el 2020, en Colombia, tuvo como propósito establecer la vinculación entre depresión con funcionamiento familiar de adolescentes de Circasia. El diseño fue observacional, analítico además de transversal, así mismo la muestra se conformó por 240 personas. Los hallazgos detallaron una asociación significativa entre variables ( $p<0.05$ ); no obstante, el sexo, etapa de la adolescencia, estrato socioeconómico, estado civil, religión y estructura familiar (nuclear 87 casos, monoparental 70, extensa 40 y reconstruida 11) no se asociaron al trastorno emocional ( $p>0.05$ ) (11).

Hernández J et al., en el 2020, en México, tuvo como propósito indicar prevalencia de depresión además de sus factores vinculados en niños además de adolescentes de Guerrero. Su método fue observacional, transversal además de analítica y la muestra se conformó por 238 personas. Los hallazgos detallaron prevalencia de 5.9% para depresión y como único factor asociado al sobrepeso u obesidad ( $OR:4.5$   $p:0.008$ ). La clase de familia no se asoció a la depresión ( $p:0.3$ ); sin embargo, la familia nuclear (42.9%) y nuclear extensa (35.7%) reportaron mayor cantidad de casos (12).

Bhardwaj R et al., en el 2020, en India, tuvo como propósito indicar la prevalencia de depresión y ansiedad entre educandos de secundaria de

las escuelas de Chandigarh. Fue un estudio observacional, prospectiva además de transversal involucró a 288 participantes. Los hallazgos detallaron prevalencia de 29.9 además 26.5% para depresión y ansiedad moderada, que correspondieron en la mayoría de casos a familias nucleares y conjuntas (13).

Arias L y Ríos Y, en el 2018, en Colombia, efectuaron un estudio que indicó como propósito detallar los tipos de familia de niños con trastornos emocionales que cursan el primero y quinto de primaria de I.E. Joaquín Aristibal. El análisis fue observacional, prospectivo además de transversal, además la muestra se constituyó por 50 personas. Los hallazgos indicaron un índice de depresión además de ansiedad más alto en menores que pertenecieron a familias monoparentales (CDI:18 puntos) y nucleares (CMAS-R: 68 puntos) respectivamente (14).

Jayashree K et al., en el 2018, en India, efectuaron un análisis que tuvo como propósito indicar prevalencia de depresión además de ansiedad en adolescentes de un área urbana del sur de India. Su método fue prospectiva, observacional además de transversal, y la muestra se conformó por 201 personas. Los hallazgos indicaron una prevalencia de 40.8 y 49.3% para depresión y ansiedad, preponderante en familias nucleares (63 y 84 casos) (3).

Lok N et al., en el 2017, en Turquía, efectuaron un análisis que tuvo como propósito indicar factores que afectan salud mental de los adolescentes. Fue observacional, descriptivo además de transversal que involucró a 176 personas. Los hallazgos detallaron los principales factores vinculados: sexo femenino ( $p:0.00$ ), madre trabajadora ( $p:0.03$ ), padre que no trabaja ( $p:0.03$ ), educación básica en el padre y madre ( $p<0.05$ ) y tipo de familia separada ( $p:0.01$ ) (15).

Ahsan M et al., en el 2017, en Pakistán, efectuaron un estudio cuya finalidad fue indicar la vinculación entre depresión, ansiedad, estrés y características sociodemográficas de estudiantes universitarios de

Lahore. El diseño fue observacional, prospectivo además de transversal, además de muestra se conformó por 361 personas. Los hallazgos indicaron prevalencia de depresión (28.8%), ansiedad (16.9%) y estrés (26.9%) moderada, preponderante en el sexo masculino, familia conjunta, área rural y nivel de instrucción secundario en la madre (16).

Ochoa J y Orozo S, en 2017, en Colombia, efectuaron un análisis que tuvo como propósito describir las variables sociodemográficas de adolescentes con síntomas ansiosos y depresivos del municipio de Puerto de Berrio. Su método fue observacional, transversal, y la muestra se conformó por 112 personas (femenino y masculino). Los hallazgos indicaron mayor prevalencia de síntomas ansiosos además de depresivos en adolescentes de 15 y 14 años (F: 26.2% y M: 23.5%), 9º y 10º grado (F: 42.6% y M: 31.4%), estrato 1 y 2 (F: 45.9% y M: 47.1%), zona urbana (F: 98.4% y M: 88.2%), tipo de vivienda propia (F: 73.8% y M: 72.5%), disponibilidad de servicios complementarios (F: 86.9% y M: 80.4%), situación marital unión libre y casados (F: 45.9% y M: 39.3%), y tipo de familia nuclear (F: 44.3% y M: 54.9%) (17).

Buitrago J et al., en el 2017, en Colombia, efectuaron un análisis que tuvo como propósito indicar la vinculación entre sintomatología depresiva con la cohesión familiar en adolescentes de I.E. de Boyacá. Fue observacional, correlacional además de transversal que involucró a 244 personas. Los hallazgos indicaron una vinculación inversa, baja además de significativa entre las variables de estudio ( $r: -0.161$   $p:0.012$ ); además, la sintomatología depresiva fue superior en grupo etario 16-17 años (180 casos), sexo masculino (126 casos), estrato socioeconómico 2 (129 casos) y tipo de familia nuclear (200 casos) (18).

Chen Y et al., en el 2017, en China, efectuaron un análisis que tuvo como propósito indicar efectos de estructura familiar en salud mental de pobladores chinos. Fue observacional, prospectiva, y la muestra se conformó por 1025 personas. Los hallazgos indicaron que el efecto de la

estructura familiar en salud mental de pobladores urbanos o rurales no fue significativo ( $p > 0.05$ ) (19).

Zahid B y Sultana S, en el 2011, en Pakistán, efectuaron un análisis que estableció como propósito indicar si la familia monoparental es un elemento de riesgo de depresión en los correspondientes adolescentes. Su método fue observacional además de transversal, y la muestra se conformó por 240 personas. Los hallazgos detallaron que el nivel de depresión fue mayor en adolescentes que proceden de familias monoparentales ( $F:23.375$   $df:4.235$   $p < 0.05$ ) (20).

Londoño Y, en el 2009, en Colombia, efectuaron un análisis que tuvo como propósito indicar el contexto familiar de los adolescentes depresivos. Fue observacional, descriptivo además de transversal que involucró a 13 personas. Los hallazgos indicaron una estructura familiar nuclear y monoparental (5 casos c/u) en adolescentes deprimidos, con distante u ocasional comunicación familiar (7 casos) y normatividad establecida por la madre (6 casos) (21).

### **Antecedentes Nacionales**

Mamani Z, en 2022, en Puno, efectuó un análisis que tuvo como propósito indicar la vinculación entre depresión y las características sociofamiliares de adolescentes inscritos en la I.E. secundaria San Juan del Oro Sandía. El estudio fue observacional, además de descriptiva, correlacional así mismo transversal, así mismo 50 personas conformaron la muestra. Los hallazgos indicaron una vinculación significativa entre variables ( $p:0.0155$ ), especialmente en adolescentes del sexo masculino (26 casos), área rural (30 casos), región selva (46 casos), tipo de familia nuclear (45 casos), comunicación familiar difusa (48 casos), funcionalidad inadecuada (49 casos), afectividad familiar ausente (35 casos) e insatisfacción con el entorno familiar (50 casos) (22).

García-Rodríguez D y García-Rodríguez C, en el 2021, en Trujillo, efectuaron un análisis que tuvo como fin indicar la vinculación entre

funcionamiento familiar y ansiedad estado-rasgo en adolescentes. Su método fue observacional, correlacional además de transversal, y la muestra se conformó por 212 personas. Los hallazgos detallaron un nivel de ansiedad medio (estado: 44.81% y rasgo: 42.92%), que se relacionó al funcionamiento familiar ( $r: -0.16$   $p:0.04$ ) y cada una de sus dimensiones: cohesión, flexibilidad, comunicación familiar y satisfacción familiar (8).

Tafur-Orahulio Y, en el 2020, en Lima, efectuó un estudio que tuvo como fin indicar la vinculación entre sintomatología ansiosa-depresiva y el funcionamiento familiar en un conglomerado de adolescentes. Fue observacional, descriptiva, correlacional además de transversal que involucró a 190 participantes. Los hallazgos detallaron prevalencia de 67 y 51% para sintomatología ansiosa y depresiva; además se ubicó una vinculación significativa entre variables ( $p<0.05$ ). Este último se relacionó al rendimiento académico ( $p:0.000$ ), clase de familia ( $p:0.001$ ) además de número de hermanos ( $p:0.033$ ). El tipo de familia más asiduo en adolescentes depresivos y ansiosos fue la nuclear (62.75 y 45.10%) (23).

Costa M y Leiva G, en el 2020, en Arequipa, realizó una investigación que tuvo como fin indicar la autoestima y ansiedad de menores procedentes de clanes familiares nucleares además de monoparentales. El diseño fue observacional, así mismo descriptivo además de transversal, por su parte 398 personas conformaron la muestra. Los hallazgos detallaron un grado de ansiedad media (74.37%) y un grado de autoestima bajo (39.2%), preponderante en las familias nucleares (322 casos) (24).

Rivera R et al., en el 2018, en Arequipa, efectuó un análisis que tuvo como propósito indicar el perfil familiar de los adolescentes con sintomatología depresiva. Su método fue observacional, descriptiva además de prospectiva, así mismo la muestra se conformó por 1225 personas. Los hallazgos detallaron una prevalencia de 49.9% para altibajos normales (depresión) que se asoció al sexo femenino ( $p:0.000$ ) presencia de medios hermanos ( $p:0.022$ ), ausencia de núcleo familiar ( $p:0.015$ ) y falta de comunicación entre los padres ( $p:0.000$ ) (25).

Lescano M, en el 2017, en Lima, publicó una investigación que tuvo como objeto indicar la vinculación entre correspondientes rasgos caracterológicos y la depresión en adolescentes que se hallan en casa monoparentales. Fue observacional, descriptiva además de transversal que abarcó a 100 personas. Los hallazgos detallaron una proporción de adolescentes procedentes de hogares monoparentales con depresión, de ellos el 32% estuvo flemático, 32% sanguíneo, 11% nervioso, 8% apático, 8% sentimental, 5% amorfo, 3% colérico y 3% pasional (26).

González-Poves J et al., en el 2013, en Lima, efectuaron un análisis que tuvo como fin determinar factores que influyen en los síntomas depresivos de adolescentes de un colegio nacional mixto. El diseño fue descriptivo, observacional, además de transversal, así mismo 163 personas fue la muestra. Los hallazgos detallaron una relación estadísticamente significativa entre manifestaciones depresivas y funcionamiento familiar ( $p:0.030$ ); sin embargo, el tipo de familia no exteriorizó correspondencia ( $p:0.712$ ). Así mismo, es necesario precisar que las manifestaciones depresivas fueron mayores en los adolescentes que procedieron de familias extendidas (66 casos) y nucleares (44 casos) (27).

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1. Adolescencia**

Según OMS la adolescencia está conceptualizada como la fase de crecimiento que acontece posterior a la infancia y previa la adultez, en particular entre edades de 10 hasta 19 años (28).

Esta se divide en 3 (28):

- Adolescencia temprana: Etapa que acontece entre los 10 hasta 13 años, y que se particulariza por la presencia de modificaciones físicas, como crecimiento acelerado, aparición de vello púbico además de axilar, modificaciones en el tono de la voz, incremento de la sudoración

y acné. Los adolescentes tempranos tienen la necesidad de expandir su entorno amical (28).

- Adolescencia media: Etapa que acontece entre los 14 y 16 años, y que se particulariza por la presencia de modificaciones a nivel psicológico, edificación de la identidad e independencia; sin embargo, la adolescencia media también se encuentra asociada a una serie de escenarios de riesgo (28).
- Adolescencia tardía: Etapa que inicia a 17 años y que puede prolongarse hasta los 21. Los adolescentes tardíos empiezan a sentir conformidad con su cuerpo y buscan constantemente la aceptación para establecer su identidad. Ellos están preocupados por su futuro, los grupos ya no son lo principal y empiezan a formar relaciones más estrechas o pequeñas (28).

### **2.2.2. Tipología familiar de los adolescentes**

Según Organización de Naciones Unidas (ONU) la familia está catalogada como la unidad más importante de la sociedad (2), ya que además de cumplir con las funciones básicas (cuidar, brindar afecto, estatus y reproducción), es responsable del desarrollo de los individuos y la socialización de cada miembro; por ello, la disfunción familiar incide en cada una de las esferas de la vida, especialmente si el sujeto se halla en el periodo de transición niñez - adultez (30).

El ciclo vital de la familia incluye las siguientes etapas (31):

- Familia en formación: Aquella pareja que aún no conforma un matrimonio o convivencia, y que no ha concebido (31).
- Familia en expansión: Aquella pareja que tiene hijos por primera vez o en edad preescolar, escolar, adolescente o adulto (31).
- Familia en dispersión: Hace referencia a la partida de los hijos (31).
- Familia en contracción: Incluye 3 eventos básicos “jubilación, retiro y deceso de cónyuge” (31).

Por otro lado, es necesario mencionar la tipología familiar, pues alguna de ellas presenta mayor riesgo de disfuncionalidad y facilita la emersión de crisis o eventos psicológicos severos en sus miembros (31).

- Familia nuclear: Conformada por ambos progenitores y sus hijos. Este tipo de familia es considerada la ideal y está enfocada en los menores además de adolescentes, que se hallan en este entorno fuertes sistemas de apoyo (30,31).
- Familia monoparental: Conformada por uno de los progenitores e hijos. Esta clase de familia usualmente se asocia a la disfuncionalidad, descuido del cuidado de niños además de adolescentes (desequilibrio entre la familia y trabajo), y subsecuente desarrollo de problemas psicoemocionales en los mismos (30,31).
- Familia extendida: Conformada por ambos progenitores, hijos y parientes de tercera generación (31).
- Familia ampliada: Conformada por ambos progenitores, hijos, primos, cuñados, sobrinos, entre otros (31).
- Familia reconstituida: Conformada por uno progenitor, nueva pareja e hijos (31).

### **2.2.3. Depresión en adolescentes**

La depresión es una perturbación a nivel mental que se particulariza por presencia de un humor depresivo, anhedonia y fatiga. Estas manifestaciones reducen la calidad vital y suscitan contrariedades en el contexto sociofamiliar (32).

En adolescentes, la depresión se puede manifestar mediante periodos extensos o persistentes de irritabilidad, tristeza y desdicha, que interfieren en los intereses, entorno escolar, vida familiar y actividades sociales. En la mayoría de casos esta afección pasa desapercibida; por ello, el peligro de autolesión o suicidio es mayor (33).

## **Tipos**

En relación a la intensidad de los síntomas la depresión puede ser leve, además de moderada o severa, y en base al número de episodios (34):

- Trastorno depresivo de un solo episodio: El adolescente exterioriza un primer y único episodio de depresión (34).
- Trastorno depresivo recurrente: El adolescente ya ha experimentado como mínimo dos episodios de depresión (34).
- Trastorno bipolar: Episodio de depresión que cursa con periodos maniacos (irritabilidad, energía, euforia) y otras manifestaciones clínicas, como la conductas impulsivas y precipitadas, insomnio y pensamientos raudos (34).

## **Etiología**

La etiología de la depresión aún es desconocida; sin embargo, en adolescentes frecuentemente se halla atribuida a eventos desapacibles, como problemas familiares, violencia doméstica, abuso, violencia escolar, ruptura del núcleo familiar, pérdidas materiales y al deceso de un familiar o ser emocionalmente cercano (33).

La depresión también puede surgir como resultado de periodos prolongados de estrés e incluso se encuentra atribuida a la carga hereditaria y a perturbaciones en los neurotransmisores cerebrales, como dopamina, serotonina y noradrenalina (32).

## **Signos y síntomas**

Entre principales signos además de síntomas destacan la tristeza patológica, desgano y anhedonia, ansiedad, insomnio, perturbaciones somáticas, en el pensamiento y comportamiento, cambios en el peso y apetito, pérdida del placer, reducción de la energía, culpa desmesurada y pensamiento suicida (32).

## **Diagnóstico**

Según la Categorización Internacional de Enfermedades de OMS los criterios diagnósticos de los síntomas de depresión son el humor depresivo, anhedonia, reducción de la vitalidad, sentimientos de inferioridad, pérdida de autoconfianza, pensamiento de inutilidad o culpa, perturbaciones del sueño y del apetito, pensamientos suicidas y actos suicidas (32).

Por otro lado, para el diagnóstico de depresión se precisa de una duración de 2 semanas, aunque periodos de menor plazo se pueden aceptar si las manifestaciones son severas e inician de manera violenta. Así mismo, es necesario resaltar que la identificación de los síntomas es confusa; por ello al menos 5 de las siguientes manifestaciones deben estar presentes e incidir en la vida cotidiana (32):

- Animo irascible e iracundo y desasosiego.
- Pérdida del interés en actividades que anteriormente generaban placer.
- Reducción del peso, bulimia o anorexia y quejas asiduas relacionadas a patologías físicas.
- Mirar televisión hasta elevadas horas de la noche y falta de ánimo para acudir al colegio en las mañanas.
- Hablar o intentar con frecuencia escapar de casa.
- Aburrimiento constante.
- Conducta negativa.
- Disminución del rendimiento en el colegio.
- Ideas o conductas suicidas reiterativas.

Sobre la base información, se puede concluir que el diagnóstico de depresión es clínico; por ello, usualmente se utilizan escalas auxiliares, como “Escala de depresión de Hamilton” (32).

Finalmente, el diagnóstico diferencial incluye al trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo, infecciones (hepatitis viral, SIDA, tuberculosis, mononucleosis infecciosa), afecciones endocrinológicas

(hiperparatiroidismo, enfermedad de Cushing, hipo-hipertiroidismo, diabetes mellitus inmunológica, enfermedad de Addison), neurológicas (crisis convulsivas, traumatismo encefalocraneano, tumor cerebral, demencia, apnea del sueño) y nutricionales (déficit vitamínico), y afecciones relacionadas a la administración de fármacos (talio, corticoesteroides, insecticidas, reserpina, metildopa, indometacina, entre otros) (32).

### **Tratamiento**

- Fase aguda (remisión de síntomas 8-12 semanas): En niños mayores de 8 años se aconseja administración de 10 a 20 mg/día de fluoxetina y en menores de más de 12 años se recomienda escitalopram (10-20 mg/día) (32).
- Fase de continuación (6 meses): El propósito de la fase es prevenir las recaídas. Si la recaída ocurre al año de la remisión inicial se aconseja administrar la misma dosis de antidepresivo que se usó durante la fase aguda (32).
- Fase de mantenimiento: El propósito es prevención de emersión de recurrencias y como en la fase anterior el esquema es el mismo que se utilizó en la fase aguda (32).

#### **2.2.4. Ansiedad en adolescentes**

##### **Definición**

El miedo se refiere a un estado de alerta automático en el que el cuerpo reacciona con una respuesta de huida o lucha ante la valoración cognitiva de un peligro, percibido o real, presente o inminente(35). Por otro lado, ansiedad se halla estrechamente vinculada con el miedo y se expresa como un estado de ánimo vinculado hacia el futuro. Este estado de ansiedad implica un complejo sistema de respuestas cognitivas, afectivas, fisiológicas y conductuales asociadas con preparación para anticipados acontecimientos o situaciones vistas como peligrosas(36). La ansiedad a

nivel patológico surge cuando se manifiesta una exageración de amenaza percibida o evaluación errónea del riesgo de un contexto, lo que provoca réplicas inapropiadas además de excesivas(37).

Algunos adolescentes experimentan ansiedad de forma crónica, lo que puede afectar su capacidad para asistir a la escuela y alcanzar su máximo potencial académico. Además, puede dificultar su participación en actividades extracurriculares, el establecimiento y mantenimiento de amistades y el mantenimiento de una relación familiar flexible y de apoyo. A veces, la ansiedad se limita a una sensación general de incomodidad, mientras que en otros casos puede manifestarse como ataques de pánico y fobias(38).

### **Manifestaciones clínicas**

La presentación de trastornos de ansiedad varía con la edad, desde ansiedad por separación, preocupaciones indiferenciadas y quejas somáticas en niños más pequeños, hasta fobias específicas, trastorno de pánico y ansiedad social en niños mayores y adolescentes(39).

Síntomas cognitivos: Entre los síntomas que se presentan en la ansiedad, se encuentran el temor a no poseer control, a poseer lesiones a nivel físico o incluso la muerte, y el temor a "volverse loco". Además, se pueden experimentar pensamientos, imágenes o recuerdos que causan terror, así como la sensación de irrealidad o desapego. La falta de concentración, distraerse, la confusión y la estrechez de la atención, así como la hipervigilancia ante la amenaza, también son comunes. Asimismo, se puede experimentar una mala memoria y dificultades para conversar(40).

Síntomas a nivel fisiológico: La ansiedad puede manifestarse físicamente a través de un aumento en el palpitations, ritmo cardíaco, problemas respirar de forma rápida y dolor o presión en pecho. Además, también puede causar sensación de asfixia, escalofríos, náuseas, malestar estomacal y diarrea.(35).

Síntomas conductuales: evitación de signos o circunstancias de peligro; huida, búsqueda de seguridad, tranquilidad; agitación, inquietud, ritmo; hiperventilación; inmóvil; congelado además de problemas para hablar(36).

En caso de que los síntomas de ansiedad sean inusuales o se detecten anomalías durante el examen físico, se puede recomendar una evaluación más detallada para determinar o descartar posibles condiciones médicas subyacentes. Entre los procedimientos que se pueden realizar se encuentran la electroencefalografía, la tomografía computarizada cerebral (TC) y la electrocardiografía(39).

### **Diagnóstico**

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se particulariza por una tensión a nivel crónico, incluso cuando no hay ningún estímulo que lo provoque. Este estado de nerviosismo o preocupación excesiva se produce casi de forma diaria y se determina como TAG si dura al menos seis meses. Los niños y adolescentes que padecen TAG se preocupan por variadas problemáticas al mismo tiempo, como salud de sus padres, la labor de su madre, sus relaciones con otros menores, entre otros temas(38).

El trastorno de pánico o ataque de angustia (TP) se refiere a la presencia reiterada de crisis de angustia que ocurren de manera espontánea. Este trastorno se caracteriza por una ansiedad crítica además de extrema, en la que es común que el individuo afectado e imagine que va a fallecer o sufrir un ataque cardíaco o perder el control. Estos sucesos repentinos de miedo en gran intensidad no poseen un motivo evidente. A veces, las personas con este problema pueden desarrollar una angustia anticipatoria en relación al siguiente ataque, lo que se conoce como "ansiedad anticipatoria"(41).

Trastorno Fóbico Simple (TFS): es un trastorno caracterizado por la existencia de un miedo injustificado y duradero ante un objeto, actividad o

situación específica, que lleva a la persona a evitar la fuente del temor. Algunos ejemplos de fobias específicas pueden incluir miedo a abordar un avión, miedo a aves o miedo a entornos abiertos(41).

Trastorno Fóbico Social (TFSO): se caracteriza por un miedo intenso además de persistente a circunstancias sociales o de desempeño, como hablar en público, conocer gente nueva o ser evaluado por los demás. La persona afectada teme ser juzgada o ridiculizada y puede evitar estas situaciones o soportarlas con una gran ansiedad. En niños y adolescentes, este trastorno puede manifestarse como una timidez extrema (42).

### **2.3. Definición de términos**

- Adolescente: Etapa evolutiva que acontece entre 10 hasta 19 años (28).
- Depresión: Trastorno emocional particularizado por la presencia de un humor depresivo, anhedonia y fatiga (32).
- Ansiedad: Emociones asociadas al miedo, aprensión y desastres inminentes, que no llegan a ser incapacitantes (43).
- Tipología familiar: Estructura o configuración del núcleo de la sociedad (31).

## **CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES**

### **3.1. Formulación**

Ho: No existe relación significativa entre tipología de familia y síntomas de depresión y ansiedad de I.E. José María Arguedas, 2022.

Hi: Existe relación significativa entre tipología de familia y síntomas de depresión y ansiedad de I.E. José María Arguedas, 2022.

### **3.2. Variables**

Variable 1

Tipología de familia

Variable 2

Depresión

Variable 3

Ansiedad

## Operacionalización de variable

Variable	Definición	Tipo por naturaleza	Indicador	Escala de medida	Categoría y valor	Medio para verificar
Tipología familiar	Composición de habitantes en hogar del adolescente	Cualitativa	Tipo	Nominal	1=Familia nuclear 2=Familia extensa 3=Familia monoparental 4=Familia binuclear 5=Otro	Ficha recolección
Depresión	Trastorno caracterizado por la tristeza profunda, baja autoestima y disminución de funciones psíquicas.	Cualitativa	Sintomatología depresiva	Nominal	1=Con depresión 2=Sin depresión	Inventario de depresión infantil (CDI)
Ansiedad	Sensación de miedo, temor o inquietud en el adolescente.	Cualitativa	Estado Riesgo	Ordinal	1=Bajo 2=Medio 3=Alto 4=Muy alto	Ansiedad Estado y Rasgo (STAI)

## **CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA**

### **4.1. Diseño metodológico**

Análisis transversal, analítico además de retrospectivo.

### **4.2. Diseño muestral**

Población

Totalidad de adolescentes estudiantes de la I.E. José María Arguedas durante el periodo 2022

Criterios de selección

Criterios de inclusión

Adolescentes (entre 10 y 19 años) de ambos sexos con matrícula vigente en la I.E. José María Arguedas durante el periodo 2022 que deseen colaborar del estudio.

Criterios de exclusión

Adolescentes que no accedan participar del estudio.

Muestra

Estará conformada por la totalidad de población de análisis, en otras palabras, por todos los adolescentes estudiantes de la institución educativa en mención en el lapso 2022.

Tipo y técnica de muestreo

El tipo de muestreo será no probabilístico además la técnica correspondiente será censal, debido a que se considerarán a la totalidad de unidades de población de análisis.

### **4.3. Técnicas y recolección de información**

Como técnica de recogida se usará la encuesta y como técnica los cuestionarios, específicamente para variables de ansiedad y depresión. Entonces estará conformado por correspondientes secciones:

- A. Particularidades generales: Este apartado estará conformada por variables como la edad, sexo, grado educativo, distrito de procedencia y tipo de familia.
- B. Tipología familiar
- C. Depresión: Por medio del Inventario de depresión infantil (CDI) de Kovacs compuesto por 27 preguntas, donde la puntuación de respuestas varía entre 0 y 2, es decir que 0 equivale a la intensidad más baja y 2 la aparición o mayor intensidad. Con respecto a la puntuación global, se tendrá un punto de corte de 19 puntos, es decir:

Con depresión: (>19 puntos)

Sin depresión: ( $\leq$  19 puntos)

Validez y confiabilidad: De acuerdo con la confiabilidad en estudio de Kovacs (. Inventario de depresión infantil (CDI)., 2004) se obtuvo un puntaje Alpha de Cronbach que osciló entre 0.70 y 0.94, mientras que, en Perú, Ramírez (2009) consiguió una consistencia interna de 0.81.

- D. Ansiedad: Será evaluada por medio del cuestionario de Ansiedad Estado – Rasgo (STAI), conformada por 40 ítems (dimensiones Estado y Rasgo) con respuestas en escala Likert, donde 0=” Casi nunca”, 2= “A veces”, 3=” A menudo” y 3= “Casi siempre. Para proseguir la evaluación se invertirán a las preguntas de inversas que no impliquen que un mayor puntaje sea síntoma de depresión. A continuación, se presenta el baremo de clasificación (Dueñas, 2021):

Tabla 1. Baremos instrumento Ansiedad Estado – Rasgo (STAI)

Dimensión	Categorías	
	Hombre	Mujer
Ansiedad Estado	Bajo (0-12 puntos) Medio (13-20 puntos) Alto (21-27 puntos) Muy Alto (28 a más)	Bajo (0-13 puntos) Medio (14-21 puntos) Alto (22-27 puntos) Muy Alto (29 a más)
Ansiedad Rasgo	Bajo (0-16 puntos) Medio (17-22 puntos) Alto (23-28 puntos) Muy Alto (29 a más)	Bajo (0-20 puntos) Medio (21-26 puntos) Alto (27-32 puntos) Muy Alto (33 a más)

Validación y confiabilidad: A nivel Nacional Castro (2016) realizó la validación del instrumento, obteniéndose un valor V de Aiken de 0.93, mientras que confiabilidad se estimó coeficiente Alpha de Cronbach, en el que se consiguió un  $\alpha=0.90$  para ansiedad de estado y  $\alpha=0.87$  para ansiedad de rasgo.

#### **4.4. Procesamiento y análisis de información**

Se efectuará una base correspondiente de información en SPSS v.25, posteriormente será valorada a nivel calidad, considerando los criterios de selección para proseguir a efectuar el correspondiente estudio:

Análisis descriptivo: Para identificar la tipología familiar de adolescentes con síntomas de depresión y ansiedad se estimarán frecuencias absolutas además de relativas. Por otro lado, para detallar variables cuantitativas se efectuará la estimación de medidas de tendencia centra además dispersión como media e igualmente desviación estándar.

Análisis inferencial: Para establecer si se manifiesta una vinculación significativa entre la tipología de familia y síntomas de depresión y ansiedad de I.E. José María Arguedas, 2022 se aplicará la prueba Chi Cuadrado, considerando una significancia de 5%, en otras palabras, que p-valores inferiores a 0.05 serán tomado en consideración como significativos.

Finalmente, los hallazgos serán presentados en tablas y gráficos conforme con operacionalización de variables. Se empleará de herramienta al software Excel 2019.

#### **4.5. Aspectos éticos**

Se efectuará el permiso al Comité de Ética e Investigación de USMP además de dirección de I.E. José María Arguedas, para realización y efectuación del estudio. Por ser un análisis prospectivo se accederá a registros con la información de los adolescentes para la pronta comunicación y el llenado de los cuestionarios a través de un cuestionario elaborado en Google Forms, posteriormente la información se codificará

para su identificación, sin ubicar nombres de las personas. Si se llegase efectuar la publicación del análisis los hallazgos conseguidos se manipularan por personas ligadas con el estudio. Se solicitará la firma de un consentimiento informado por parte de padre y/o apoderado facultando de forma expresa su colaboración en estudio. A los adolescentes que admitieron colaborar del estudio se solicitará firmen el “asentimiento informado” confirmando su participación voluntaria en el estudio.

## CRONOGRAMA

<b>PASO</b> <b>2022 - 2023</b>	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb
Documentar el estudio	<b>X</b>					
Aprobar proyecto de estudio		<b>X</b>				
Recolectar Datos		<b>X</b>	<b>X</b>			
Procesar y analizar de información			<b>X</b>	<b>X</b>		
Elaborar informe				<b>X</b>		
Corregir investigación				<b>X</b>	<b>X</b>	
Aprobar investigación					<b>X</b>	
Publicar artículo científico						<b>X</b>

## PRESUPUESTO

<b>Recursos</b>	<b>Detalle</b>	<b>Unidades</b>	<b>Coste/unidad</b>	<b>Costo general</b>
<b>Humanos</b>	Profesional en estadística	1	S/. 750	S/. 750
	Recolector información	1	S/. 385	S/. 385
	Digitador	1	S/. 250	S/. 250
<b>Bienes</b>	Papel A4	01 mil	S/. 20	S/. 20
	Fólder	10	S/. 3.50	S/. 35
	Lápices	5	S/. 1	S/. 5
	Archivadores	2	S/. 10	S/. 20
<b>Servicios</b>	Transporte	Mes	-	S/. 190
	Internet	Mes	-	S/. 80
	Copias	Mes	-	S/. 30
	Recargas móvil (Coordinación)	Mes	S/. 10.00	S/. 30
			<b>TOTAL</b>	<b>S/. 1,795</b>

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Al-Zawaadi A, Hesso I, Kayyali R. Mental Health Among School-Going Adolescents in Greater London: A Cross-Sectional Study. *Front Psychiatry*. 2021;(12):592624.
2. Morales-Rodríguez M, Bedolla-Maldonado L. Depresión y Ansiedad en Adolescentes: El papel de la Implicación Paterna. *Rev Electrónica Sobre Cuerpos Académicos Grup Investig*. 2022;9(17):1-20.
3. Jayashree K, Mithra P, Nair M, Unnikrishnan B, Pai K. Depression and Anxiety Disorders among Schoolgoing Adolescents in an Urban Area of South India. *Indian J Community Med Off Publ Indian Assoc Prev Soc Med*. 2018;43(1):S28-32.
4. Lampert M. Salud mental en niños, niñas y adolescentes: Situación en Chile antes y durante la pandemia por COVID-19 [Internet]. Chile: Biblioteca del Congreso Nacional de Chile /BCN; 2021. Disponible en: [https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/32545/1/BCN\\_salud\\_mental\\_jovenes\\_y\\_ninos\\_\\_\\_COVID\\_19\\_\\_\\_FINAL.pdf](https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/32545/1/BCN_salud_mental_jovenes_y_ninos___COVID_19___FINAL.pdf)
5. Organización Mundial de la Salud. Salud mental del adolescente [Internet]. 2021 [citado 23 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
6. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Estado mundial de la infancia 2021: En mi mente - Promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia [Internet]. Ginebra; 2021. Disponible en: <https://www.unicef.org/media/108166/file/Resumen%20regional:%20América%20Latina%20El%20Caribe%20.pdf>
7. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado Hideyo Noguchi. Estudio epidemiológico de salud mental en niños y adolescentes en Lima Metropolitana en el contexto de la COVID-19, 2020. *An Salud Ment*. 2021;37(2):1-113.
8. García-Rodríguez D, García-Rodríguez C. Funcionamiento familiar y ansiedad estado-rasgo en adolescentes. *J Neurosci Public Health*. 2021;1(1):19-26.

9. Suárez P, Vélez M. El papel de la familia en el desarrollo social del niño: Una mirada desde la afectividad, la comunicación familiar y estilos de educación parental1. *Psicoespacios*. 2018;12(20):173-97.
10. Guaranga E. Familias disfuncionales y ansiedad de los adolescentes de una unidad educativa de la provincia de Chimborazo [Internet] [Tesis de Maestría]. [Ecuador]: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2022. Disponible en: <https://repositorio.pucesa.edu.ec/bitstream/123456789/3761/1/78194.pdf>
11. Serna-Arbeláez D, Terán-Cortés C, Vanegas-Villegas A, Medina-Pérez O, Blandón-Cuesta O, Cardona-Duque D. Depresión y funcionamiento familiar en adolescentes de un municipio de Quindío, Colombia. *Rev Habanera Cienc Médicas* [Internet]. 2020 [citado 23 de septiembre de 2022];19(5). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1729-519X2020000600016&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1729-519X2020000600016&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
12. Hernández J, Joanico B, Juanico G, Salgado M, Zaragoza I. Depresión y factores asociados en niños y adolescentes de 7 a 14 años de edad. *Aten Fam*. 2020;27:38-42.
13. Bhardwaj R, Kaur S, Gupta N, Kaur N, Singh D. A Descriptive study to assess Depression, Anxiety & Stress among higher secondary students of Government schools of Chandigarh, India. *J IPHA Chandigarh State Branch Chandigarh*. 2020;1-15.
14. Arias L, Ríos Y. Relación entre tipos de familias y variables cognitivas y emocionales de estudiantes de primero a quinto de primaria de la Institución Educativa Joaquín Aristizabal [Internet] [Tesis de Especialidad]. [Colombia]: Corporación Universitaria Lasallista Facultad de Ciencias Sociales y Educación Programa de Psicología; 2018. Disponible en: [http://repository.unilasallista.edu.co/dspace/bitstream/10567/2593/1/Relacion\\_tipos\\_familias\\_variables\\_cognitivas\\_emocionales.pdf](http://repository.unilasallista.edu.co/dspace/bitstream/10567/2593/1/Relacion_tipos_familias_variables_cognitivas_emocionales.pdf)
15. Lok N, Bademli K, Canbaz. Factors affecting adolescent mental health. *New Trends Issues Proc Humanit Soc Sci*. 2017;4(2):1-7.
16. Ahsan M, Sajjad I, Aslam M, Khalid Q. Psychometric study of depression, anxiety and stress among university students. *J Public Health*. 2017;26(2):211-7.

17. Ochoa J, Orozco S. Variables sociodemográficas y síntomas ansiosos y depresivos en adolescentes entre 14 y 16 años que se encuentran escolarizados en el municipio de Puerto Berrio [Internet] [Tesis de Grado]. [Colombia]: Universidad de Antioquía; 2017. Disponible en: [https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/15873/1/OchoaJuan\\_2017\\_VariablesSociodemograficasSintomas.pdf](https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/15873/1/OchoaJuan_2017_VariablesSociodemograficasSintomas.pdf)
18. Buitrago J, Pulido L, Güichá-Duitama A. Relación entre sintomatología depresiva y cohesión familiar en adolescentes de una institución educativa de Boyacá. *Psicogente*. 2017;20(38):1-10.
19. Cheng Y, Zhang L, Wang F, Zhang P, Ye B, Liang Y. The effects of family structure and function on mental health during China's transition: a cross-sectional analysis. *BMC Fam Pract*. 2017;18(1):59.
20. Zahid R, Sultana S. Single parenting a risk factor for depression In adolescents. *Pak J Psychol*. 2011;42(1):87-100.
21. Londoño Y. Contexto familiar y depresión en adolescentes [Internet] [Tesis de Grado]. [Colombia]: Universidad Católica Popular del Risaralda; 2009. Disponible en: <https://repositorio.ucp.edu.co/bitstream/10785/2246/1/CDMPSI79.pdf>
22. Mamani Z. Características sociofamiliares y su relacion con la de`resion en adolescentes escolarizados de la Institución Educativa Secundaria Agropecuaria de San Juan del Oro-Sandia, 2021 [Internet] [Tesis de Grado]. [Puno]: Universidad Privada San Carlos; 2022. Disponible en: [http://repositorio.upsc.edu.pe/bitstream/handle/UPSC%20S.A.C./32/Zenaida\\_MAMANI\\_LIPA.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.upsc.edu.pe/bitstream/handle/UPSC%20S.A.C./32/Zenaida_MAMANI_LIPA.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
23. Tafur-Orahulio Y. Sintomatología ansiosa-depresiva en relación con el funcionamiento familiar en un grupo de adolescentes de Lima Norte. *CASUS*. 2020;5(1):18-25.
24. Costa M, Leiva G. Autoestima y ansiedad en niños provenientes de familias nucleares y monoparentales [Internet] [Tesis de Grado]. [Arequipa]: Universidad Católica San Pablo; 2020. Disponible en: [http://repositorio.ucsp.edu.pe/bitstream/20.500.12590/16500/1/COSTA\\_GO MEZ\\_MAR\\_NUC.pdf](http://repositorio.ucsp.edu.pe/bitstream/20.500.12590/16500/1/COSTA_GO MEZ_MAR_NUC.pdf)

25. Rivera R, Arias-Gallegos W, Cahuana-Cuentas M. Perfil familiar de adolescentes con sintomatología depresiva en la ciudad de Arequipa, Perú. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr.* 2018;56(2):117-26.
26. Lescano M. Rasgos caracterológicos y depresión en adolescentes que viven en hogares monoparentales, Lima 2016 [Internet] [Tesis de Grado]. [Lima]: Universidad Alas Peruanas; 2017. Disponible en: [https://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12990/2530/tesis\\_rasgos%20caracterol%c3%b3gicos\\_depresi%c3%b3n%20adolescentes\\_hogares%20monoparentales\\_Lima%202016.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12990/2530/tesis_rasgos%20caracterol%c3%b3gicos_depresi%c3%b3n%20adolescentes_hogares%20monoparentales_Lima%202016.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
27. Gonzáles-Poves J, Macuyama-Aricari T, Silva-Mathews Z. Factores familiares que influyen en las manifestaciones depresivas en adolescentes del 1.º al 5.º de secundaria de un colegio nacional mixto. *Rev Enferm Hered.* 2013;6(2):66-77.
28. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. ¿Qué es la adolescencia? [Internet]. 2020 [citado 22 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.unicef.org/uruguay/que-es-la-adolescencia>
29. Organización de las Naciones Unidas. Día de las familias [Internet]. 2018 [citado 22 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://guatemala.un.org/articulos/dia-de-las-familias/>
30. Ordóñez Y, Gutiérrez R, Méndez E, Alvarez N, Lopez D, De La Cruz C. Asociación de tipología familiar y disfuncionalidad en familias con adolescentes de una población mexicana. *Aten Primaria.* 2020;52(10):680-9.
31. Ministerio de Salud. Aporte para la operativización del modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad en el primer nivel [Internet]. Lima: Gobierno del Perú; 2013. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1880.pdf>
32. Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de depresión en niños y adolescentes [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/RD%20N%C2%B0%20000189-2020-DG-INSNSB%20GPC%20Depresi%C3%B3n%202020.pdf>
33. United Nations Children's Fund. What is depression? [Internet]. 2022 [citado 22 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.unicef.org/parenting/mental-health/what-is-depression>

34. Organización Mundial de la Salud. Depresión [Internet]. 2021 [citado 22 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
35. Lahousen T, Kapfhammer HP. [Anxiety disorders - clinical and neurobiological aspects]. *Psychiatr Danub*. diciembre de 2018;30(4):479-90.
36. Domhardt M, Geßlein H, von Rezori RE, Baumeister H. Internet- and mobile-based interventions for anxiety disorders: A meta-analytic review of intervention components. *Depress Anxiety*. marzo de 2019;36(3):213-24.
37. Hawken T, Turner-Cobb J, Barnett J. Coping and adjustment in caregivers: A systematic review. *Health Psychol Open*. 9 de noviembre de 2018;5(2):2055102918810659.
38. Thabrew H, Stasiak K, Hetrick SE, Wong S, Huss JH, Merry SN. E-Health interventions for anxiety and depression in children and adolescents with long-term physical conditions. *Cochrane Database Syst Rev*. 15 de agosto de 2018;2018(8):CD012489.
39. Wehry AM, Beesdo-Baum K, Hennelly MM, Connolly SD, Strawn JR. Assessment and Treatment of Anxiety Disorders in Children and Adolescents. *Curr Psychiatry Rep*. julio de 2015;17(7):591.
40. Remes O, Wainwright N, Surtees P, Lafortune L, Khaw KT, Brayne C. Generalised anxiety disorder and hospital admissions: findings from a large, population cohort study. *BMJ Open*. 27 de octubre de 2018;8(10):e018539.
41. Cobham VE, Hickling A, Kimball H, Thomas HJ, Scott JG, Middeldorp CM. Systematic Review: Anxiety in Children and Adolescents With Chronic Medical Conditions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. mayo de 2020;59(5):595-618.
42. Walter HJ, Bukstein OG, Abright AR, Keable H, Ramtekkar U, Ripperger-Suhler J, et al. Clinical Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Anxiety Disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2020;59(10):1107-24.
43. Organización Panamericana de la Salud. Ansiedad [Internet]. 2020 [citado 23 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://decs2020.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/>

## ANEXO

### 1. Matriz de consistencia

Título	Pregunta	Objetivos	Hipótesis	Tipo diseño	Población procesamiento información	Instrumento
Identificar la tipología familiar de los adolescentes con síntomas de depresión de la IE José María Arguedas periodo 2022.	¿Cuál es la tipología familiar de los adolescentes con síntomas de depresión y ansiedad de I.E. José María Arguedas, periodo 2022?	<p>Identificar tipología familiar de adolescentes con síntomas de depresión y ansiedad de I.E. José María Arguedas, periodo 2022</p> <p><b>Objetivos específicos</b> Determinar características generales de adolescentes de I.E. José María Arguedas, periodo 2022.</p> <p>Identificar tipología familiar de adolescentes con síntomas de depresión de IE José María Arguedas periodo 2022.</p> <p>Identificar tipología familiar de adolescentes con síntomas de ansiedad de IE José María Arguedas periodo 2022.</p>	<p>Ho: No existe relación significativa entre tipología de familia y síntomas de depresión y ansiedad de I.E. José María Arguedas, 2022.</p> <p>Hi: Existe relación significativa entre tipología de familia y síntomas de depresión y ansiedad de I.E. José María Arguedas, 2022.</p>	Investigación observacional, analítica y prospectiva	<p>Población Todos los adolescentes estudiantes del la I.E. José María Arguedas durante el periodo 2022</p> <p>Procesamiento de información Frecuencias absolutas Además de relativas MEdia Desviación estándar Chi cuadrado</p>	Encuesta/Cuestionario

## 2. Instrumentos de recolección de datos

Identificar la tipología familiar de adolescentes con síntomas de depresión y ansiedad de la IE José María Arguedas periodo 2022

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ID: \_\_\_\_\_

---

### A. Características generales

Edad: \_\_\_\_ años 10 hasta 13 años ( )

14 hasta 16 años ( )

17 hasta 19 años ( )

Sexo: Masculino ( )

Femenino ( )

Grado: \_\_\_\_\_

Distrito de procedencia: \_\_\_\_\_

### B. Tipología familiar: Nuclear ( )

Extensa ( )

Monoparental ( ) Madre ( ) Padre ( )

Binuclear ( )

Otro: \_\_\_\_\_

### C. Depresión: *Por medio del Inventario de depresión infantil (CDI)*

Cada grupo está compuesto por 3 oraciones, marque la que mejor describa su estado actual durante las dos últimas semanas. Para esta sección no hay respuestas incorrectas o correctas.

1. ( ) De vez en cuando estoy triste ( ) Muchas veces estoy triste ( ) Siempre estoy triste	2. ( ) Nunca me va a salir nada bien. ( ) No estoy muy seguro de si las cosas me van a salir bien. ( ) Las cosas me van a salir bien.
3. ( ) La mayoría de las cosas las hago bien. ( ) Muchas cosas las hago mal. ( ) Todo lo hago mal.	4. ( ) Muchas cosas me divierten. ( ) Algunas cosas me divierten. ( ) Nada me divierte.
5. ( ) Siempre soy malo o mala. ( ) Muchas veces soy malo o mala.	6. ( ) A veces pienso que me puedan pasar cosas malas.

<input type="checkbox"/> Algunas veces soy malo o mala.	<input type="checkbox"/> Me preocupa que pasen cosas malas. <input type="checkbox"/> Estoy seguro de que me pasarán cosas muy malas.
7. <input type="checkbox"/> Me odio. <input type="checkbox"/> No me gusta como soy. <input type="checkbox"/> Me gusta como soy.	8. <input type="checkbox"/> Todas las cosas malas son por mi culpa. <input type="checkbox"/> Muchas cosas malas son por mi culpa. <input type="checkbox"/> Generalmente no tengo la culpa de que pasen cosas malas.
9. <input type="checkbox"/> No pienso en matarme. <input type="checkbox"/> Pienso en matarme pero no lo haría. <input type="checkbox"/> Quiero matarme.	10. <input type="checkbox"/> Todos los días tengo ganas de llorar. <input type="checkbox"/> Muchos días tengo ganas de llorar. <input type="checkbox"/> De vez en cuando tengo ganas de llorar.
11. <input type="checkbox"/> Siempre me preocupan las cosas <input type="checkbox"/> Muchas veces me preocupan las cosas. <input type="checkbox"/> De vez en cuando me preocupan las cosas.	12. <input type="checkbox"/> Me gusta estar con la gente. <input type="checkbox"/> Muchas veces no me gusta estar con la gente. <input type="checkbox"/> Nunca me gusta estar con la gente.
13. <input type="checkbox"/> No puedo decidirme. ( <input type="checkbox"/> Me cuesta decidirme. ( <input type="checkbox"/> Me decido fácilmente.	14. <input type="checkbox"/> Soy simpático o simpática. <input type="checkbox"/> Hay algunas cosas de mi apariencia que no me gustan. <input type="checkbox"/> Soy feo o fea.
15. <input type="checkbox"/> Siempre me cuesta hacer las tareas. <input type="checkbox"/> Muchas veces me cuesta hacer las tareas. <input type="checkbox"/> No me cuesta hacer las tareas	16. <input type="checkbox"/> Todas las noches me cuesta dormir. <input type="checkbox"/> Muchas veces me cuesta dormir. <input type="checkbox"/> Duermo muy bien.
17. <input type="checkbox"/> De vez en cuando estoy cansado o cansada <input type="checkbox"/> Muchos días estoy cansado o cansada. <input type="checkbox"/> Siempre estoy cansado o cansada.	18. <input type="checkbox"/> La mayoría de los días no tengo ganas de comer <input type="checkbox"/> Muchos días no tengo ganas de comer. <input type="checkbox"/> Como muy bien.
19. <input type="checkbox"/> No me preocupan el dolor ni la enfermedad.	20. <input type="checkbox"/> Nunca me siento solo o sola. <input type="checkbox"/> Muchas veces me siento solo o sola.

<input type="checkbox"/> Muchas veces me preocupan el dolor y la enfermedad. <input type="checkbox"/> Siempre me preocupan el dolor y la enfermedad	<input type="checkbox"/> Siempre me siento solo o sola.
21. <input type="checkbox"/> Nunca me divierto en el colegio. <input type="checkbox"/> Sólo a veces me divierto en el colegio. <input type="checkbox"/> Muchas veces me divierto en el colegio.	22. <input type="checkbox"/> Tengo muchos amigos. <input type="checkbox"/> Tengo algunos amigos, pero me gustaría tener más. <input type="checkbox"/> No tengo amigos.
23. <input type="checkbox"/> Mi trabajo en el colegio es bueno. <input type="checkbox"/> Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes. <input type="checkbox"/> Llevo muy mal los cursos que antes llevaba muy bien.	24. <input type="checkbox"/> Nunca podré ser tan bueno como otros niños. <input type="checkbox"/> Si quiero, puedo ser tan bueno como otros niños. <input type="checkbox"/> Si quiero, puedo ser tan bueno como
25. <input type="checkbox"/> Nadie me quiere. <input type="checkbox"/> No estoy seguro de que alguien me quiera. <input type="checkbox"/> Estoy seguro de que alguien me quiere.	26. <input type="checkbox"/> Generalmente hago lo que me dicen. <input type="checkbox"/> Muchas veces no hago lo que me dicen. <input type="checkbox"/> Nunca hago lo que me dicen.
27. <input type="checkbox"/> Me llevo bien con la gente. <input type="checkbox"/> Muchas veces me peleo. <input type="checkbox"/> Siempre me peleo.	

#### D. Ansiedad: *Ansiedad Estado y Rasgo (STAI)*

A continuación, se presentan las siguientes preguntas, marcar la opción que más se equipare a su situación actual. Considerar que las respuestas no serán consideradas correctas o incorrectas por las que no habrá puntos a favor, ni en contra.

Ítems	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
	0	1	2	3
1. Me siento calmado				
2. Me siento seguro.				
3. Me siento tenso.				
4. Estoy contrariado.				
5. Me siento cómodo (estoy a gusto).				

6. Me siento alterado.				
7. Estoy ahora preocupado por posibles desgracias futuras.				
8. Me siento descansado.				
9. Me siento angustiado.				
10. Me siento confortable.				
11. Tengo confianza en mí mismo.				
12. Me siento nervioso.				
13. Estoy desasosegado.				
14. Me siento muy "atado" (como oprimido).				
15. Estoy relajado.				
16. Me siento satisfecho.				
17. Estoy preocupado.				
18. Me siento aturdido y sobreexcitado.				
19. Me siento alegre.				
20. En este momento me siento bien.				
21. Me siento bien				
22. Me canso rápidamente.				
23. Siento ganas de llorar.				
24. Me gustaría ser tan feliz como otros.				
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto.				
26. Me siento descansado.				
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada.				
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas.				
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.				
30. Soy feliz.				
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente				
32. Me falta confianza en mí mismo.				
33. Me siento seguro.				
34. Evito enfrentarme a las crisis o dificultades.				
35. Me siento triste (melancólico).				
36. Estoy satisfecho.				
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia.				
38. Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos.				
39. Soy una persona estable.				
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado.				

### **3. Consentimiento informado**

**“Identificar la tipología familiar de adolescentes con síntomas de depresión y ansiedad de la I.E. José María Arguedas, periodo 2022”**

**Investigador:** Rodrigo Manuel Pastor Leon

#### **Propósito**

Lo invitando a colaborar en estudio con el propósito de detectar la tipología familiar de adolescentes con síntomas de depresión y ansiedad de I.E. José María Arguedas, periodo 2022. Aparte de esta finalidad, se conseguirá un saber apropiado para establecer en el futuro actividades de gestiones que se hallan efectuando en la entidad.

#### **Riesgos del Estudio**

La colaboración en este análisis no envuelve algún riesgo ni para usted ni para su menor hijo. Lo único necesario para participar es su consentimiento.

#### **Beneficios del Estudio**

Su colaboración en esta investigación no envuelve riesgo alguno, ya que solo se le requerirá completar un cuestionario con un conglomerado de preguntas. Es relevante destacar que su colaboración en el estudio no generará algún tipo de beneficio ni compensación económica. Si decide participar, recibirá un formulario de Google que tomará aproximadamente 30 minutos (aprox.) para completar.

#### **Costo de participación**

La colaboración en estudio no posee algún coste para usted.

#### **Confidencialidad**

La privacidad y confidencialidad de la totalidad de colaboradores en el estudio son de suma importancia para nosotros. Por lo tanto, toda la información que se recolecte será completamente confidencial y solo será accesible por los miembros del equipo de investigación. Se le asignará un número o código a su menor hijo y este número será utilizado en el análisis, presentación de hallazgos y publicaciones, garantizando así que el nombre de su menor hijo permanezca en total anonimato. De esta manera, ninguna persona ajena al equipo de estudio poseerá acceso a la identidad de participantes.

#### **Requisitos de participación**

Si considera la decisión de permitir que su hijo colabore en el estudio, deberá firmar el formulario de consentimiento informado para confirmar su autorización y aceptación voluntaria. No obstante, si en cualquier instante decide que no

desea que su hijo colabore en el análisis, puede retirarlo sin ninguna obligación o consecuencia negativa. Su decisión de retirar a su hijo no tendrá ningún costo ni se le requerirá ninguna explicación.

Declaración voluntaria: Declaro de manera voluntaria que he recibido información sobre el propósito del análisis, así como riesgos, beneficios además de confidencialidad de datos conseguidos. Comprendo que la colaboración en estudio es libre de costo alguno. Se me ha explicado la forma en que se efectuará el estudio y el registro de información. Además, estoy consciente de que puedo decidir dejar de colaborar en cualquier momento, sin tener que enfrentar alguna represalia o consecuencia negativa por parte del equipo o de la USMP. En base a lo mencionado anteriormente, brindo mi autorización voluntaria para permitir que mi menor hijo colabore en el estudio.

Iniciales \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ apoderado:

\_\_\_\_\_ Iniciales \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ participante:

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2021

Firma del apoderado \_\_\_\_\_

## Asentimiento informado

En fecha \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del año 2021

### HOJA INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE

Mi nombre es Rodrigo Manuel Pastor Leon. El presente trabajo consiste en identificar la tipología familiar de adolescentes con síntomas de depresión y ansiedad de I.E. José María Arguedas, periodo 2022.

Proporcionaré la información y extenderé una invitación para que forme parte de este estudio de investigación, lo cual implica lo siguiente:

Tú tienes la libertad de decidir si deseas formar parte de esta investigación. Hemos hablado con tus padres o apoderado acerca de este estudio. Si decides unirte, tus padres también deberán estar de acuerdo, pero si concluyes no realizarlo, respetaremos tu comentario, aunque tus progenitores hayan admitido participar.

No es necesario que respondas de inmediato, puedes tomar tu tiempo para reflexionar y hablarlo con tus familiares o amigos si lo deseas. No tienes que tomar una decisión de manera apresurada, puedes darnos tu respuesta cuando te sientas más seguro(a). Si hay algún término o concepto que no entiendas, no dudes en preguntar y te explicaremos de manera clara y sencilla.

Si decide colaborar en el estudio:

1. En un primer momento se te brindará un cuestionario para evaluar la presencia de síntomas ansiosos o depresivos.

Si decides unirte al estudio, ten en cuenta que es completamente voluntario y que puedes retirarte en cualquier momento si así lo deseas, sin que nadie se moleste contigo. Si decides participar, firmarás esta hoja de consentimiento que guardará junto con información que ya tengo sobre ti.

## Asentimiento escrito

### Proyecto de estudio

Identificar la tipología familiar de adolescentes con síntomas de depresión y ansiedad de la I.E. José María Arguedas, periodo 2022

Yo,

---

[Nombres y apellidos].

Declaro:

1. Me han leído o he leído la Hoja de Información además he comprendido la totalidad de lo que indica en ella.
2. La persona a cargo ha brindado respuesta a la totalidad de dudas que poseía respecto al estudio.
3. Sé que puedo tomar la decisión de no colaborar y que nada pasará.
4. Sé que si cuando inicie el estudio tenga consultas, puedo consultar las veces que requiera.
5. Sé que, en el cualquier instante, aún posterior de iniciar, puedo indicar que ya no deseo y nadie se enfurecerá por eso.
6. He decido colaborar.

---

Firma del niño(a)

---

Firma del evaluador

¿Los apoderados o padres han efectuado la firma del informado?

( ) SI

( ) NO

#### 4. Validación

**Considerado juez especialista:**

---

Considerando como base ítems que se detalla correspondientemente, se indica brindar su comentario respecto al instrumento de recopilación de información:

Señale con (X) en NO o SI, en cada ítem conforme su criterio.

Id	Ítem	Si	No	Comentario
1	El correspondiente instrumento recopila datos ayuda a responder a la problemática de estudio.			
2	El instrumento da respuesta a propósitos del estudio.			
3	La distribución del correspondiente instrumento es apropiado.			
4	Ítems del correspondiente instrumento dan respuesta a operacionalización de variables			
5	El orden detallado permite desarrollo apropiado del instrumento.			
6	Ítems son entendibles además de claros.			
7	La cantidad de ítems es apropiado para la ejecución.			

**Comentarios:**

---

Firma y sello