

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

“RELACIÓN ENTRE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES CON
FAMILIAS INTEGRADAS Y DESINTEGRADAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE
SALUD MENTAL COMUNITARIO CAMINANDO JUNTOS DE BAÑOS DEL
INCA, ENERO – JUNIO 2024”

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

AUTOR:

CHÁVEZ PRETEL MARGARET HEIDI

ORCID: 0009-0004-0509-922X

ASESOR:

DR. EDWIN ADMIR SANTOS HURTADO

ORCID: 0000000242942456

Cajamarca, Perú

2025

CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

1. Investigador: Margaret Heidi Chavez Pretel
DNI: 70171876
Escuela Profesional: Medicina Humana
2. Asesor: Dr. Edwin Admir Santos Hurtado
Facultad/ Unidad UNC: Facultad de Medicina
3. Grado Académico o título Profesional: Título de Médico Cirujano
4. Tipo de Investigación: Tesis
5. Título de Trabajo de Investigación: "RELACIÓN ENTRE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES CON FAMILIAS INTEGRADAS Y DESINTEGRADAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO CAMINANDO JUNTOS DE BAÑOS DEL INCA, ENERO - JUNIO 2024"
6. Fecha de Evaluación: 05/03/2025
7. Software Antiplagio: TURNITIN
8. Porcentaje de Informe de Similitud: 24%
9. Código Documento: oid: 3117: 436514000
10. Resultado de la Evaluación de Similitud: **APROBADO**

Cajamarca, 05 de marzo del 2025



DEDICATORIA

A Carmen y Amy, mis hermanas, por ser las principales protagonistas de mi vida y mi fortaleza en todo momento. Es su apoyo y motivación incondicional, los que me permiten seguir con mis metas personales y profesionales día a día.

A mi madre, Biky Pretel, quien con su dulce amor, apoyo y confianza me enseñó a perseguir mis sueños, siempre vivirás en mi corazón, mamita.

A mi padre, Horlando Chávez, por sus enseñanzas, apoyo material e intelectual, los cuales han permitido mi desarrollo profesional y personal.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradezco a mi familia por su apoyo incondicional para poder cumplir todos mis objetivos personales y académicos. Ellos son los que con su amor me han impulsado siempre a perseguir mis metas y persistir frente a las adversidades.

A mi asesor, el Dr. Edwin Admir Santos Hurtado, quien ha sido pieza clave en la elaboración y esquematización de la presente tesis, mi agradecimiento por su orientación técnica, científica y su apoyo en todo momento.

Al personal del Centro de Salud Mental Comunitario Caminando Juntos de Baños del Inca, quienes de la manera más amable colaboraron en la presente investigación, facilitando la recolección de datos.

INDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO.....	iv
INDICE DE CONTENIDOS	v
INDICE DE TABLAS	vi
RESUMEN.....	ix
ABSTRACTS.....	x
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	3
1.1. Planteamiento del problema:	3
1.2. Formulación del problema:	5
1.3. Justificación del problema:	6
1.4. Objetivos de la investigación:	6
1.5. Limitaciones de la investigación:	7
1.6. Consideraciones éticas:	7
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	7
2.1. Antecedentes del problema.	7
2.2. Bases teóricas:	13
2.2.1. Ansiedad:.....	13
2.2.2. Depresión:	21
2.2.3. Familia:	29
2.3. Términos básicos	30
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	33
3.1. Hipótesis.	33
3.2. Operacionalización de variables.	33
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	37
4.1. Material y métodos:	37
4.2. Consideraciones éticas:	38
CAPÍTULO V: RESULTADOS	39
CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN	59
CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES	64
CAPÍTULO VIII: RECOMENDACIONES	65
CAPÍTULO IX: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
CAPÍTULO X: ANEXOS	74

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Género de los adolescentes con familias integradas y desintegradas que sufren de ansiedad y acuden al Centro de Salud Mental Comunitario Caminando Juntos de Baños del Inca.	39
Tabla 2. Edad de los adolescentes con familias integradas y desintegradas que sufren de ansiedad y acuden al Centro de Salud Mental Comunitario Caminando Juntos de Baños del Inca.	40
Tabla 3. Lugar de procedencia de los adolescentes con familias integradas y desintegradas que sufren de ansiedad y acuden al Centro de Salud Mental Comunitario Caminando Juntos de Baños del Inca.	41
Tabla 4. Grado de instrucción de los adolescentes con familias integradas y desintegradas que sufren de ansiedad y acuden al Centro de Salud Mental Comunitario Caminando Juntos de Baños del Inca.	41
Tabla 5. Personas con las que viven los adolescentes con familias integradas y desintegradas que sufren de ansiedad y acuden al Centro de Salud Mental Comunitario Caminando Juntos de Baños del Inca.	42
Tabla 6. Tipo de familia de los adolescentes que sufren de ansiedad y acuden al Centro de Salud Mental Comunitario Caminando Juntos de Baños del Inca.	43
Tabla 7. Interacción familiar de los adolescentes que sufren de ansiedad y acuden al Centro de Salud Mental Comunitario Caminando Juntos de Baños del Inca.	43
Tabla 8. Soporte familiar actual de los adolescentes que sufren de ansiedad y acuden al Centro de Salud Mental Comunitario Caminando Juntos de Baños del Inca.	44
Tabla 9. Frecuencia con la que asisten los adolescentes con familias integradas y desintegradas que sufren de ansiedad y acuden al Centro de Salud Mental Comunitario Caminando Juntos de Baños del Inca.	45

Tabla 10. Nivel de ansiedad en los adolescentes con familias integradas y desintegradas que sufren de ansiedad y acuden al Centro de Salud Mental Comunitario Caminando Juntos de Baños del Inca.	45
Tabla 11. Reciben tratamiento psicológico o psiquiátrico los adolescentes que sufren de ansiedad y acuden al Centro de Salud Mental Comunitario Caminando Juntos de Baños del Inca.	46
Tabla 12. Existe consumo de sustancias psicoactivas por parte de los adolescentes que sufren de ansiedad y acuden al Centro de Salud Mental Comunitario Caminando Juntos de Baños del Inca.....	46
Tabla 13. Relación entre Tipo de familia y Nivel de ansiedad de los adolescentes con familias integradas y desintegradas que sufren de ansiedad y acuden al Centro de Salud Mental Comunitario Caminando Juntos de Baños del Inca.	47
Tabla 14. Género de los adolescentes con familias integradas y desintegradas que sufren de depresión y acuden al Centro de Salud Mental Comunitario Caminando Juntos de Baños del Inca.	49
Tabla 15. Edad de los adolescentes con familias integradas y desintegradas que sufren de depresión y acuden al Centro de Salud Mental Comunitario Caminando Juntos de Baños del Inca.	49
Tabla 16. Lugar de procedencia de los adolescentes con familias integradas y desintegradas que sufren de depresión y acuden al Centro de Salud Mental Comunitario Caminando Juntos de Baños del Inca.	50
Tabla 17. Grado de instrucción de los adolescentes con familias integradas y desintegradas que sufren de depresión y acuden al Centro de Salud Mental Comunitario Caminando Juntos de Baños del Inca.	51
Tabla 18. Personas con las que viven los adolescentes con familias integradas y	

desintegradas que sufren de depresión y acuden al Centro de Salud Mental Comunitario Caminando Juntos de Baños del Inca.	52
Tabla 19. Tipo de familia de los adolescentes que sufren de depresión y acuden al Centro de Salud Mental Comunitario Caminando Juntos de Baños del Inca.....	53
Tabla 20. Interacción familiar de los adolescentes que sufren de depresión y acuden al Centro de Salud Mental Comunitario Caminando Juntos de Baños del Inca.....	53
Tabla 21. Soporte familiar actual de los adolescentes que sufren de depresión y acuden al Centro de Salud Mental Comunitario Caminando Juntos de Baños del Inca.....	54
Tabla 22. Frecuencia con la que asisten los adolescentes con familias integradas y desintegradas que sufren de depresión y acuden al Centro de Salud Mental Comunitario Caminando Juntos de Baños del Inca.	54
Tabla 23. Nivel de depresión en los adolescentes con familias integradas y desintegradas que sufren de depresión y acuden al Centro de Salud Mental Comunitario Caminando Juntos de Baños del Inca.	55
Tabla 24. Reciben tratamiento psicológico o psiquiátrico los adolescentes que sufren de depresión y acuden al Centro de Salud Mental Comunitario Caminando Juntos de Baños del Inca.	56
Tabla 25. Existe consumo de sustancias psicoactivas por parte de los adolescentes que sufren de depresión y acuden al Centro de Salud Mental Comunitario Caminando Juntos de Baños del Inca.....	56
Tabla 26. Relación entre Tipo de familia y Nivel de depresión de los adolescentes con familias integradas y desintegradas que sufren de depresión y acuden al Centro de Salud Mental Comunitario Caminando Juntos de Baños del Inca.	57

RESUMEN

El presente trabajo de tesis titulado: "Relación entre ansiedad y depresión en adolescentes con familias integradas y desintegradas que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario Caminando Juntos de Baños del Inca, enero – junio 2024", es un análisis no experimental, correlacional, el cual buscó analizar y descubrir la posible relación que existe en ansiedad y depresión durante la adolescencia tomando en cuenta la integración o desintegración familiar, para la cual se realizó un análisis documental de historias clínicas donde se encontraba la información referente a las pacientes. Con una población total de 55 adolescentes, entre los 12 a 18 años, que asisten al Centro de Salud Mental Comunitario Caminando Juntos.

En relación a los resultados obtenidos se puede observar que en la población en estudio no se diagnostica a ningún adolescente con ambos trastornos, puesto que, por el rango de edad y el seguimiento clínico de dichos pacientes, el Centro de Salud Caminando juntos de Baños del Inca, los agrupa en que únicamente presentan un tipo de enfermedad. Asimismo, existe correlación positiva y significativa entre la ansiedad de los adolescentes según familias integradas y desintegradas. Además, se encontró correlación significativa entre la depresión y los adolescentes según familias integradas y desintegradas.

ABSTRACTS

The present thesis work entitled: "Relationship between anxiety and depression in adolescents with integrated and disintegrated families who attend the Caminando Juntos Community Mental Health Center in Baños del Inca, January - June 2024", is a non-experimental, correlational analysis, which sought to analyze and discover the possible relationship that exists in anxiety and depression during adolescence taking into account family integration or disintegration, for which a documentary analysis of clinical histories was carried out where the information referring to the patients was found. With a total population of 55 adolescents, between 12 and 18 years old, who attend the Caminando Juntos Community Mental Health Center.

In relation to the results obtained, it can be observed that in the population under study no adolescent is diagnosed with both disorders, since, due to the age range and the clinical follow-up of said patients, the Caminando Juntos Health Center in Baños del Inca groups them into those who only present one type of disease. There is also a positive and significant correlation between anxiety in adolescents from integrated and disintegrated families. In addition, a significant correlation was found between depression and adolescents from integrated and disintegrated families.

INTRODUCCIÓN

La ansiedad y la depresión son trastornos psiquiátricos muy comunes que pueden generar un alto grado de discapacidad. La ansiedad se manifiesta como una sensación de tensión provocada por estímulos internos, como recuerdos, pensamientos, fantasías o preocupaciones. Por su parte, la depresión se caracteriza por la pérdida de la capacidad de disfrutar del trabajo, la vida sexual y la sensación de bienestar y satisfacción personal, en distintos niveles de intensidad. Estas condiciones pueden ser temporales, dejando una marca significativa en la persona, o volverse crónicas, en cuyo caso sea necesario recibir tratamiento psiquiátrico.

En las últimas décadas, el número de familias desintegradas ha aumentado en todas las regiones del mundo. Cuando una familia atraviesa un proceso de disolución, la relación entre padres e hijos se ve significativamente afectada, generando repercusiones emocionales y psicológicas que se intensifican durante la adolescencia, una etapa marcada por importantes cambios en el desarrollo humano. Comprender esta dinámica nos permitirá realizar estrategias para prevenir un cuadro mucho más severo en la adultez. El presente trabajo de investigación se realiza con el propósito de identificar la relación entre la ansiedad y la depresión en los adolescentes con integración o desintegración familiar. Para ello, nos proponemos principalmente dar respuesta a la siguiente interrogante: ¿Existe relación entre la ansiedad y la depresión en los adolescentes con integración o desintegración familiar que acuden al Centro de Salud Mental comunitario Caminando juntos de Baños del Inca entre enero a junio del 2024? tomando a esta población como objeto de estudio debido a que al Centro de Salud Mental Comunitario “Caminando juntos” de Baños del Inca acude población de diversos lugares de Cajamarca con problemas o padecimientos de salud mental.

El trabajo de investigación se realizó en el Centro de Salud Mental Comunitario

“Caminando Juntos” – Baños del Inca, con una población total de 55 adolescentes, los cuales tienen entre 12 a 18 años, y asisten de manera activa al Centro de Salud Mental. Teniendo en cuenta por lo tanto que, los resultados del presente trabajo de investigación solamente asumen validez en el lugar donde se llevó cabo el estudio, es decir, en el Centro de Salud Mental Comunitario “Caminando Juntos”, Baños del Inca.

La presente investigación es un estudio correlacional, no experimental y de diseño transversal. Las técnicas e instrumentos de recojo de información empleados fueron: el análisis documental, debido a que se buscó realizar un recojo y análisis especializado de los documentos oficiales donde se encontraba la información referente a las pacientes (historias clínicas).

El tratamiento y procesamiento de los datos se lo ha realizado tomando en cuenta la estadística básica descriptiva, así como el programa estadístico IBM SPSS Statistics 25, el cual ha servido para almacenar y procesar datos estadísticos, al igual que para construir cuadros y gráficos referidos a esta información.

El trabajo de investigación se encuentra dividido en diez capítulos: En los que se hace referencia al Planteamiento, Formulación y Objetivos de la Investigación; Marco Teórico; Metodología de la Investigación; Resultados y Discusión, obtenidos como consecuencia de la aplicación práctica del presente trabajo de investigación.

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema:

La adolescencia es una etapa del ciclo vital que trae consigo diversos cambios, los cuales originan crisis en el individuo y en los sistemas en los que se inserta, generándose un estado de vulnerabilidad; esto podría provocar algunos desajustes tanto a nivel personal y con su entorno. Así mismo, el apoyo o rechazo por parte de la familia, puede afianzar o afectar su salud mental.

Los trastornos mentales constituyen el 16% de las enfermedades en las personas entre 10 y 19 años (ONU,2020). Según el Informe Mundial de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de junio de 2022, la depresión y la ansiedad aumentaron un 25% en el primer año de la pandemia. Con ello, el número de personas que padecen una enfermedad mental asciende casi 1.000 millones (1).

Más de 300 millones de personas en todo el mundo padecen depresión, siendo la principal causa de discapacidad, y más de 260 millones tienen trastornos de ansiedad. La OMS define a la depresión como una enfermedad caracterizada por una tristeza constante y por la pérdida de interés en actividades que habitualmente se disfrutarían, así como por la incapacidad realizar actividades cotidianas, durante al menos dos semanas (1).

La depresión es una condición que no distingue edades, niveles socioeconómicos ni fronteras, afectando a personas en todo el mundo. Genera desde angustia hasta la imposibilidad para realizar incluso las tareas diarias más sencillas. En los casos más severos, puede conducir al suicidio, siendo la segunda causa de muerte en jóvenes de entre 15 y 29 años. Cerca de 800.000 personas se suicidan cada año, esto representa una cifra alarmante (2).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado que la tasa de mortalidad entre los jóvenes en América Latina ha aumentado y el suicidio es una de las principales causas, representando un aproximado del 30%, lastimosamente el 50% no fueron diagnosticados ni recibieron tratamiento oportuno, además la misma organización estima que dichas cifras irán en incremento (1).

En Perú, durante el año 2022, el Ministerio de Salud atendió 247 171 casos de depresión, de los cuales el 17.27 % fueron menores de edad y el 75.24 % mujeres. En lo que respecta a la ansiedad, una emoción que puede volverse patológica si no se maneja adecuadamente, esta ocupa el primer lugar entre los problemas o trastornos de salud mental atendidos en el país, con un total de 433,816 casos diagnosticados en el año 2022 (3,4).

En los adolescentes, la depresión y la ansiedad pueden provocar sentimientos de vacío, inseguridad, alteraciones en el estado de ánimo, agotamiento emocional, preocupación constante, desesperanza e irritabilidad. Lo más preocupante del inicio de la depresión en esta etapa, es el impacto que ésta tendrá a lo largo de la vida de los adolescentes (5).

Según el análisis de la situación de Salud de la provincia de Cajamarca, 2022, de la Red Integrada de Salud Cajamarca, el suicidio se encuentra dentro de las diez primeras causas de Mortalidad en Curso de Vida Adolescente (10%), lo que refleja los problemas de salud mental.

Respecto a intentos de suicidio, el “Plan Regional de formación profesional y formación laboral del personal de la salud – plandes 2024 – 2026” informa que para el año 2023 se atendieron 236 personas, pero se reportaron 249 eventos (algunos pacientes presentaron el episodio dos veces en 1 año), concentrados en las provincias de Jaén (100), Cajamarca (94), Cutervo (32), Hualgayoc (9) y Cajabamba (5). La

mayoría de pacientes se concentran en el curso de vida joven 46.2% y adolescente 28.1%. La edad del primer intento de suicidio fue la adolescencia 26.9% y el número de intentos por año reportó que el 56.2% cometió de uno a más intentos de suicidio y el 22.1% estaban con tratamiento psicológico o psiquiátrico.

Para episodios de depresión moderado y graves, en el 2023 la Dirección Regional de Salud Cajamarca reporta 586 casos reportados por las provincias de: Cajamarca (217), Jaén (142), Cutervo (87), Santa Cruz (48), Chota (24), Contumazá (19), Hualgayoc (18) y San Pablo (9). Mayormente están concentrados en el curso de vida joven 35.0% y adulto 33.6%, sexo femenino 79.2%, con grado de instrucción educación secundaria 44.4% y superior 30.5%.

Por otro lado, cuando hablamos de la familia nos referimos al sistema humano más relevante pues en él se facilitan el mejoramiento de la calidad de vida favoreciendo la salud física y psíquica de los individuos. No obstante, es frecuente encontrar en la consulta problemas de índole psicológico donde uno de los actores principales es la familia y la relación entre sus miembros. Otro elemento a tomar en cuenta al hablar de la familia son las diferencias intrínsecas que existen entre ellas, pese a que pueden ser muy similares en su forma y estructura. En la familia se producen una serie de etapas las cuales dan lugar a determinados roles. Estos a su vez establecen ciertas conductas que generan un equilibrio y estructura a la familia, cuando estos roles no se asumen degeneran en trastornos psicológicos, incluso psiquiátricos (5).

1.2. Formulación del problema:

¿Existe relación entre la ansiedad y la depresión en los adolescentes con integración o desintegración familiar que acuden al Centro de Salud Mental comunitario Caminando juntos de Baños del Inca entre enero a junio del 2024?

1.3. Justificación del problema:

La ansiedad y depresión en adolescentes es una problemática que ha ido en aumento a lo largo de los años, afectando significativamente las relaciones con la familia, los amigos y su desempeño académico y formación, generando un impacto negativo en las personas que la padecen e incluso poniendo en riesgo su salud y su vida. La presente investigación nos permitirá conocer la relación entre ansiedad y depresión en adolescentes, en función al tipo de familia, ya sea integrada o desintegrada. Esto facilitará la identificación temprana de posibles indicios de estas problemáticas, posibilitando la implementación de un plan de salud adecuado. Asimismo, se busca fortalecer los mecanismos de afrontamiento de los adolescentes, brindarles un apoyo sólido por parte de su entorno, buscar soluciones frente a los problemas y contribuir en el desarrollo de la sociedad.

1.4. Objetivos de la investigación:

1.4.1. Objetivo general: Identificar la relación entre ansiedad y depresión en adolescentes de familias integradas y desintegradas que acuden al Centro de Salud Mental comunitario Caminando juntos de Baños del Inca entre enero a junio del 2024.

1.4.2. Objetivos específicos:

- Determinar los adolescentes con ansiedad con familia integrada que acuden al Centro de Salud Mental comunitario Caminando juntos de Baños del Inca, Enero – Junio 2024.
- Identificar los adolescentes con ansiedad con familia desintegrada que acuden al Centro de Salud Mental comunitario Caminando juntos de Baños del Inca,

Enero – Junio 2024.

- Determinar los adolescentes con depresión con familia integrada que asisten al Centro de Salud Mental comunitario Caminando juntos de Baños del Inca, Enero – Junio 2024.
- Identificar los adolescentes con depresión con familia desintegrada que asisten al Centro de Salud Mental comunitario Caminando juntos de Baños del Inca, Enero – Junio 2024.

1.5. Limitaciones de la investigación:

Los adolescentes muchas veces no optan por ir al Centro de Salud mental cuando presentan manifestaciones propias de la ansiedad y depresión, esto por el estigma que rodea ir al psiquiatra o al psicólogo o por falta de apoyo por parte de sus familiares y entorno.

1.6. Consideraciones éticas:

Se solicitará el permiso respectivo al Director del Centro de Salud Mental comunitario Caminando juntos de Baños del Inca, para poder trabajar con la población objetivo, informando el propósito y objetivos de la presente investigación, manteniendo total discreción con la información obtenida.

Así mismo, se solicitará la evaluación y aprobación del Comité de Ética de la Dirección Regional de Salud Cajamarca.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del problema.

2.1.1. Antecedentes internacionales:

1. Osorio. (6), en su tesis doctoral titulada: Modelo relacional: Sentido de vida, optimismo y trascendencia y su vínculo con ansiedad o depresión en adolescentes y jóvenes. Que tiene como objetivo proponer y validar un modelo explicativo de la depresión o la ansiedad en jóvenes y adolescentes a partir de los planteamientos teóricos y empíricos encontrados sobre las variables. Estudio cuantitativo no experimental. El autor utilizó la Escala Dimensional de Sentido de Vida (EDSV), La Escala para la Experiencia Espiritual Diaria (DSES), la Escala de Optimismo Disposicional (EOP) y la Escala para la Depresión, la Ansiedad y el Estrés (DASS-21). Los resultados encontrados presentan implicaciones para la investigación, y también, se constituyen en sustento empírico para incluir las variables en programas de intervención y prevención que puedan evaluarse objetivamente y consigan disminuir las puntuaciones de ansiedad y depresión en adolescentes y jóvenes, y así mismo, disminuir algunas de las consecuencias negativas asociadas con ambas patologías (6).

2. Serpa, Cornejo. (7), en su tesis de licenciatura titulada: Prevalencia de la ansiedad y su relación con los factores sociodemográficos en adolescentes del colegio Luis Monsalve Pozo, periodo 2021-2022. Cuyo objetivo es conocer la prevalencia de ansiedad de los adolescentes del Colegio “Luis Monsalve Pozo” y su relación con los factores sociodemográficos. Se empleó una metodología cuantitativa de tipo no experimental, con una población de 30 adolescentes de 15 y 16 años, del primer y segundo año de bachillerato del colegio “Luis Monsalve Pozo”, utilizando como instrumento la ficha sociodemográfica y el test de ansiedad de Beck (BAI). Obtuvieron como resultados que: 60% de la muestra

seleccionada fueron varones y 40% mujeres, de todos los participantes 83% presentan ansiedad muy baja, el 17% ansiedad moderada y ansiedad severa, hay mayor índice de ansiedad en mujeres, en adolescentes de 16 años que cursan el segundo de bachillerato, así como en estudiantes con nivel socioeconómico bajo (7).

3. Vallenilla. (8), en su tesis para obtener el grado de Magister titulada: La relación entre flexibilidad psicológica y la ansiedad y depresión en adolescentes: una revisión sistemática y metaanálisis. Que tiene por objetivo aclarar y unificar cuál es el papel de la flexibilidad psicológica en los trastornos de depresión y ansiedad en la población adolescente. Utilizó el método PRISMA, realizando una búsqueda bibliográfica inicial para definir y concretar la pregunta de investigación. Concluyendo que: La flexibilidad psicológica es un aspecto a tener en cuenta y que juega un papel significativo en los síntomas tanto de ansiedad como de depresión en esta población (8).

4. Morales, Bedolla. (9), en su artículo: Depresión y Ansiedad en Adolescentes: El papel de la Implicación Paterna. Busca determinar la presencia de rasgos de ansiedad y depresión en adolescentes y su relación con la implicación paterna. Se basó en una metodología cuantitativa, diseño no experimental de alcance descriptivo-correlacional. Con una muestra de 246 adolescentes con edad promedio de 11 años; los instrumentos utilizados fueron: Escala de Ansiedad Manifiesta, Escala de Depresión y la Escala de Implicación Paterna. Obteniendo como resultado que existen indicadores de depresión y ansiedad en casi una tercera parte de la muestra de estudio, lo cual resulta significativo. Cuanto más se

involucra el padre en la crianza y cuidado de los hijos adolescentes, menores son los rasgos depresivos y de ansiedad en ellos, con ello resalta que el involucramiento afectivo del padre actúa como factor protector en los hijos, favoreciendo a potenciar estrategias de afrontamiento efectivas, a la vez de beneficiar el desarrollo de conductas saludables (9).

2.1.2. Antecedentes nacionales:

1. Jimenez, Lopes. (10), en su tesis de licenciatura titulada: “Ansiedad y depresión en adolescentes de 5to de secundaria del colegio San Martín de Porres, Arequipa 2021”. Cuyo objetivo es determinar la relación que existe entre la ansiedad y la depresión en adolescentes de 5to de secundaria del Colegio San Martín de Porres. Se empleó una metodología de cuantitativa de tipo no experimental de corte transversal; los instrumentos fueron la escala de evaluación de ansiedad de Zung-EAA y la escala de evaluación de depresión de Zung - EAMD. Concluyendo que existe una relación favorable de grado moderado entre las dos variables que es ansiedad y depresión en los adolescentes de 5to de secundaria del colegio San Martín de Porres (10).

2. Oyola. (11), en su tesis para optar el Grado Académico de Magíster titulada: Ansiedad y depresión en adolescentes con familias integradas y desintegradas de Lima Centro. Que tiene como objetivo conocer la relación entre ansiedad estado-rasgo y depresión en los adolescentes de 15 a 16 años de familia integrada y desintegradas de las instituciones educativas PNP - Lima Centro. Mediante un análisis no experimental descriptivo, correlacional; se aplicó la tarjeta con antecedentes socio-demográficos, cuestionario de depresión de Kovacs (CDI) e

inventarios de ansiedad estado-rasgo (STAIC). Obtuvieron como resultado que existe correlación positiva y significativa entre la ansiedad de los adolescentes según familias integradas y desintegradas. Asimismo, se encontró correlación significativa entre la depresión y los adolescentes según familias integradas y desintegradas. Por otro lado, depresión y ansiedad en adolescentes de familias integradas es menor al de adolescente de familia desintegrada de las instituciones educativas PNP - Lima Centro (11).

3. Ramírez. (12), en su tesis titulada: Prevalencia de la ansiedad y depresión en adolescentes entre los 13 y 17 años de la I. E. 3080 Perú-Canadá del distrito de los Olivos desde el mes de enero a septiembre del 2022. Cuyo objetivo es cuantificar la prevalencia de la depresión y ansiedad en adolescentes entre los 13 y 17 años, así como determinar la prevalencia entre el género, edad y grado de instrucción. También, determinar el grado de coexistencia de dichas patologías. Un diseño de tipo descriptivo, retrospectivo, observacional de corte transversal; que utilizó como medio de recolección de datos el cuestionario SQR-18 y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). Concluyendo que la depresión y la ansiedad tienen una alta prevalencia entre los adolescentes por lo que es necesario darle la debida importancia. Así mismo, se precisa que la ideación suicida es un factor de riesgo fundamental que debe ser tratado con la mayor atención y cuidado posible por los profesionales de la salud como por los familiares del menor (12).

4. Huari, Rivera. (5), en su tesis de licenciatura titulada: Habilidades sociales y depresión en adolescentes del quinto de secundaria de la Institución Educativa Emblemática Mariscal Castilla, el Tambo 2020. Plantearon como objetivo

determinar la relación que existe entre las habilidades sociales y la depresión en adolescentes del quinto de secundaria de la Institución Educativa Emblemática Mariscal Castilla, El Tambo 2020. Usando el método científico en un diseño no experimental de tipo básica y nivel relacional. Se emplearon como instrumentos La lista de chequeo de habilidades sociales de Goldstein y el inventario de depresión de Beck II. Concluyeron que existe relación entre habilidades sociales y la depresión en los adolescentes de la institución educativa evaluada (5).

2.1.3. Antecedentes regionales:

1. Diaz. (13), en su tesis de titulación denominada: “La depresión y ansiedad en adolescentes de una Universidad de Cajamarca 2021”. Que tiene por objetivo determinar la relación que existe entre la depresión y la ansiedad en adolescentes de una Universidad de Cajamarca -2021. Cuyo enfoque es cuantitativo, de tipo correlacional. La muestra está integrada por 70 estudiantes, que cumplimentaron con los cuestionarios Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y Escala de autovaloración de la Ansiedad. Se llegó a la conclusión que existe una relación directa entre la depresión y la ansiedad, que el nivel de depresión un 91% se encuentran dentro de los límites normales, el 7% presentan un desorden emocional y un 1% presentan un nivel de depresión situacional. Además, que el nivel de ansiedad el 99% se encuentran dentro de los límites normales, el 1% presentan un nivel de Ansiedad Moderada (13).

2. Goicochea. (14), en su tesis de titulación denominada: “Depresión en estudiantes de pregrado de la facultad de medicina Humana de la Universidad Nacional de Cajamarca, 2023”. Que tuvo como objetivo determinar la prevalencia

de depresión y su asociación con factores personales y académicos en los estudiantes de pregrado de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Cajamarca, 2023. Investigación de tipo descriptiva, correlacional, no experimental y transversal. Utilizó el Inventario de Depresión de Beck, versión II (BDI II) para evaluar la depresión y el cuestionario de factores personales y académicos. Consiguiendo como resultado que: la prevalencia de depresión fue el 43.9%. Se observó una mayor prevalencia en el sexo femenino, en la edad de 18 a 25 años y en el sexto año académico. El único factor asociado fue la práctica de actividad física o recreativa. Se identificó el nivel de depresión leve con un valor mayor de prevalencia y a 18 estudiantes de medicina con depresión severa (14).

3. Rodríguez, Salazar. (15), en su estudio: Niveles de depresión en adolescentes de una Institución Educativa estatal de mujeres de Cajamarca. Cuyo objetivo fue conocer la sintomatología y el nivel de depresión presente en adolescentes de sexo femenino. Metodología cuantitativa; instrumento Escala Zung (EAMD). Los resultados obtenidos mostraron que el 39% de adolescentes está dentro de un nivel normal de depresión; un 37.7% presentan depresión leve; 17.7% tienen depresión moderada y un 5.6% manifiestan depresión severa. Además, se evidenció que la edad promedio, en la que se presenta este trastorno con más frecuencia, es a los 16 años (15).

2.2. Bases teóricas:

2.2.1. Ansiedad:

2.2.1.1. La ansiedad en la historia

a. Los inicios de la ansiedad en la historia:

Se ha dicho que la historia de los trastornos de ansiedad es reciente y apenas se

conocía como un trastorno antes del siglo XIX, pero, puede que esto no sea completamente cierto (16).

En escritos filosóficos estoicos latinos, Cicerón y Séneca, exponen puntos de vista modernos de las características clínicas y el abordaje de la ansiedad (16).

En las Disputas de Tusculan, libros escritos por Cicerón (106 a.C-43 a.C), menciona que la aflicción (molestia), la preocupación (sollicitudo) y la ansiedad (angor) se denominan trastornos (aegritudo), debido a la analogía entre una mente con problemas y un cuerpo enfermo. Además, brinda una descripción clínica de los efectos anormales: el angor (ansiedad) se define como un trastorno “constrictor” u opresivo (premens); mientras que la molestia (aflicción) es permanente, y sollicitudo (preocupación) cum cogitatione (como rumiante). Haciendo una primitiva diferenciación entre: una ansiedad estado y una ansiedad rasgo (16).

Séneca (4 a.C. – 65 d.C.), en su libro De tranquillitate animi, enseña cómo liberarse de la ansiedad, determina el estado ideal de “*paz mental*” como una situación en la que el individuo permanece libre de perturbaciones. Según su perspectiva, el miedo a la muerte es lo que nos impide gozar de una vida sin preocupaciones (16).

b. Ansiedad como neurosis

Morel, en 1866, da inicio a la historia moderna de lo que hoy conocemos como ansiedad con su artículo “*Sobre el delirio emotivo, neurosis del sistema nervioso ganglionar visceral*”. Pese a no emplear el término ansiedad, recoge en un mismo cuadro los estados en los que se puede identificar el trastorno de ansiedad generalizada, las crisis de pánico, obsesiones y fobias. A su parecer, todo ello revelaba una perturbación de la “*emotividad*” que tenía como base fisiológica

el “*sistema nervioso ganglionar visceral*” (sistema nervioso autónomo) (16).

En 1880, el neurólogo americano Beard, en su obra “*Tratado práctico del agotamiento nervioso*” (neurastenia), introduce una nueva neurosis atribuida por su autor a lo que hoy se conoce como “estrés de la vida moderna”. El agotamiento físico y mental es su síntoma principal, acompañada de otros, somáticos y físicos. En 1895 Sigmund Freud se interesó por el estudio de la histeria y, más en general, de las neurosis, realizando la clasificación de la neurastenia en dos neurosis distintas, la neurosis de angustia y la neurastenia propiamente dicha (16).

Los aportes de Freud fueron esenciales, para la delimitación y clasificación del grupo de las neurosis, se incluyeron cinco entidades distintas, la histeria, la hipocondría, y las neurosis de angustia, fóbica y obsesiva (16).

La primera edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, el DSM-I, publicado en 1952, mantenía la influencia del psicoanálisis y posee un capítulo de los “*trastornos psiconeuróticos*”. Definiendo como característica principal de éstos “*la ansiedad que puede percibirse directamente o ser controlada automáticamente mediante diversos mecanismos psicológicos de defensa*”. Se describen seis categorías entre las que se encontraban la “*reacción ansiosa*”, la “*reacción fóbica*” y la reacción obsesiva-compulsiva, volviéndose prácticamente en un grupo de trastornos de ansiedad (16).

En 1962, el psiquiatra americano Donald Klein notó que, en las personas con agorafobia los medicamentos psicotrópicos producían distintas acciones. Diferenciando así ansiedad (anxiety) -presencia continua de una espera ansiosa, denominada hoy “trastorno de ansiedad generalizada”- de lo que Klein terminó designando como “*crisis de pánico*” -aparición frecuente, de crisis de pánico, el “trastorno de pánico” hoy aceptado (16).

El DSM-II en 1968, caracteriza las neurosis de ansiedad como una preocupación ansiosa excesiva que llega hasta el pánico, acompañada de síntomas somáticos.

A finales de los años sesenta, la ansiedad comenzó a conceptualizarse como una experiencia subjetiva caracterizada por una sensación de tensión y activación fisiológica que se produce en respuesta a estímulos internos (pensamiento) y externos (ambientales) (16).

En 1980, el DSM-III marcó el comienzo de una verdadera revolución conceptual; se alejó de la concepción psicoanalista para acercarse a la de la psiquiatría biológica y con enfoque social. El capítulo de “Neurosis” se sustituye por “Trastornos de la ansiedad” que incluye la antigua neurosis de angustia, ya dividida en “Trastorno pánico” y “Trastorno de ansiedad generalizada”. La sintomatología en la definición de los “Trastornos de ansiedad” llevó a la inclusión de dos entidades nuevas, el “estado de estrés postraumático” y el “estado de estrés agudo” (16).

Desde el Manual diagnóstico de 1980 hasta el actual, el DSM-V, no hubo cambios importantes, la perspectiva es similar: categorizar los trastornos en función de los síntomas y, de forma secundaria, los posibles factores que los generan. Sin embargo, la investigación continúa para en un futuro establecer una clasificación considerando factores genéticos, ambientales y sociales (16).

2.2.1.2. Concepto de ansiedad:

En la semiología psiquiátrica la ansiedad se conceptualiza como sentimiento, síntoma, síndrome y enfermedad:

- Ansiedad como sentimiento: sensación normal de tensión provocado por estímulos internos como recuerdos, pensamientos, fantasías o problemas (17).

- Ansiedad como síntoma (ej. "siento como si me van a dar una mala noticia" o "un mal presentimiento", "nerviosismo", etc.) forma parte de cualquier enfermedad psiquiátrica y constituye el componente psicológico esencial de los trastornos de ansiedad (17).
- Ansiedad como síndrome: conjunto de síntomas psíquicos, físicos y conductuales, mediados por mecanismos neurobiológicos y asociados a diversas etiologías, secundario a intoxicación, abuso, abstinencia, efecto secundario de sustancias; hipertiroidismo, hipoglicemia, insuficiencia cardíaca, o producido por cualquier trastorno de ansiedad (17).
- La ansiedad como enfermedad: cuadro clínico ansioso bien definido, con su propia etiopatogenia, evolución, pronóstico y tratamiento (17).

2.2.1.3. Síntomas de ansiedad

- a. Síntomas cognitivos: Preocupación profunda y persistente, miedo irracional e injustificado, excesiva anticipación ante los peligros y amenazas que conduce a una desadaptación, dificultad para tomar una decisión acompañada de entorpecimiento, dificultad para concentrarse, pérdida del control sobre las circunstancias, alteración del pensamiento (10).
- b. Síntomas motores: desorganización de los movimientos, alteración en la comunicación verbal como la disfemia, lentitud a nivel motor, comportamientos cambiantes, compulsivos, aislamiento social acompañado de retraimiento, conductas de evitación (10).
- c. Síntomas psicofisiológicos: temblores, dolor de cabeza, agitación, nerviosismo, sudoración, mareos y sequedad de la boca, dificultad para respirar, aumento del ritmo cardíaco, problemas gastrointestinales, opresión torácica (10).

2.2.1.4. Tipos de trastornos de ansiedad:

- Trastorno de ansiedad por separación: ansiedad excesiva, superior a la que se espera, ante el alejamiento del hogar o de las personas a quienes el sujeto está vinculado (18,19).
- Trastorno de ansiedad social: Miedo constante a interactuar con personas ajenas al entorno familiar o situaciones sociales donde pueda ser juzgado. Las situaciones sociales temidas se evitan o se experimentan con malestar intenso (18,19).
- Fobia específica. Temor persistente, excesivo o irracional, causado por la presencia o anticipación a un objeto o situación específicos (p. ej., volar, alturas, animales, administración de una inyección, ver sangre) (18,19).
- Trastorno de pánico: ataques de pánico repentinos y recurrentes. Miedo o malestar intenso, que alcanza su máximo en cuestión de minutos, y durante ese tiempo ocurren cuatro o más síntomas físicos y cognitivos (18,19).
- Agorafobia: miedo intenso provocado por la exposición real o anticipatoria a una amplia gama de situaciones (uso del transporte público, estar en sitios cerrados, en medio de una multitud, estar fuera de casa solo) (18,19).
- Trastorno de ansiedad generalizada: ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y constante durante más días de los que ha estado ausente durante al menos seis meses. Asociado a tres o más de los siguientes síntomas: inquietud, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño (18,19).
- Trastorno por estrés postraumático: exposición a un evento altamente traumático en el que la integridad física de una persona o de otros se ve amenazada y se

caracteriza por la reexperimentación del suceso como recuerdos recurrentes e intrusos que generan malestar, síntomas asociados al aumento de la activación (hipervigilancia, sobresalto, dificultad para conciliar el sueño), evitación de los estímulos relacionados con el trauma (18,19).

- Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica: ansiedad clínicamente significativa cuya mejor explicación es el efecto fisiológico de una enfermedad orgánica (18,19).
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias: síntomas de ansiedad secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga o fármaco (18,19).
- Otro trastorno de ansiedad especificado: síntomas característicos de un trastorno de ansiedad, malestar significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas del funcionamiento, pero no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de ansiedad. El médico comunica el motivo específico por el que no cumple los criterios de un trastorno de ansiedad específico (18,19).
- Otro trastorno de ansiedad no especificado: síntomas característicos de un trastorno de ansiedad, malestar significativo o deterioro social, laboral u otras áreas del funcionamiento, pero no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de ansiedad. El médico no especifica el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno de ansiedad específico (18,19).

2.2.1.5. Tratamiento de ansiedad

Ansiedad intensa, mayor a la capacidad del sujeto para reaccionar de forma adaptativa, interfiriendo con sus actividad diarias.

Tratamientos no farmacológicos

- Minimizar la cafeína, alcohol y otros sedantes o hipnóticos (20).
- Regular el ejercicio, que dure más de 20 minutos.
- Involucrar al paciente en un programa de salud mental o grupo de apoyo (20).
- Estrategias para manejo de la ansiedad: psicoterapia, técnicas de relajación (20).

Psicoterapia

Las psicoterapias dinámicas suponen que la conducta está determinada por la realidad presente y las experiencias pasadas. El sector conflictivo de la experiencia personal puede estar oculto en el inconsciente, desempeñando un papel importante en la determinación de la situación actual y en el funcionamiento del sujeto. Se estimula al sujeto para que hable libremente sobre cualquier pensamiento, sentimiento que surja a su mente, sin que intente rechazarlos (20).

La terapia cognitiva-conductual ha mostrado resultados eficaces, comparables a los psicofármacos en algunos casos (20).

Intervenciones psicoterapéuticas menores como el consejo médico, psico-educación, terapia de apoyo y de resolución de problemas pueden ser útiles y fácilmente aplicables en la Atención Primaria para patologías ansiosas leves o reactivas (20).

El objetivo de la terapia de apoyo es construir una relación empática, que transmita confianza, proporcionar una explicación racional de los síntomas del paciente, informar sobre el tratamiento y evolución, guiar al paciente en su relación con el entorno e involucrar a la familia en el tratamiento, todo ello dentro de objetivos realistas (20).

Tratamientos farmacológicos

Si los síntomas son graves estará indicado el tratamiento farmacológico inicial.

Las benzodiacepinas son el grupo psicofarmacológico utilizado con mayor frecuencia como ansiolítico y sedante (20).

En casos de urgencia usar benzodiazepinas de alta potencia, como alprazolam, clonazepam, diazepam, cloracepato dipotásico o lorazepam. Cuando se administran por vía oral, las benzodiazepinas se absorben fácilmente. La absorción por vía intramuscular y rectal es errática. Con la vía intravenosa hay riesgo de paro respiratorio, disponer de medidas de reanimación incluyendo flumanezilo (20).

El uso prolongado de benzodiazepinas debe ser supervisado cuidadosamente para detectar efectos adversos, abuso, tolerancia, dependencia y el síndrome de abstinencia (20).

Contraindicaciones para el uso de benzodiazepinas: *miastenia gravis*, insuficiencia respiratoria grave, síndrome de apnea del sueño, insuficiencia hepática grave, coma, shock o intoxicación etílica aguda, embarazo y lactancia (20).

En el tratamiento a largo plazo de los trastornos de ansiedad, los ISRS son los primeros agentes recomendados (20).

La buspirona tiene una serie de ventajas sobre las benzodiazepinas, como la ausencia de dependencia física y síntomas de abstinencia, carece de efecto sedante y amnesiante, no altera el rendimiento psicomotor, no interacciona con el alcohol ni con otros depresores del SNC. Pero presenta algunas desventajas, como el inicio tardío del efecto ansiolítico (hasta dos semanas) y es ineficaz en pacientes tratados previamente con benzodiazepinas (20).

2.2.2. Depresión:

2.2.2.1. Origen y génesis de la depresión:

El término depresión se origina en la cultura griega, con Hipócrates y la teoría humoral, el cuerpo humano contiene 4 humores distintos, entre los cuales se encontraba la “bilis negra” o en griego, melancolía, que hacía referencia a la falta de energía, malestar constante y tristeza, desagrado por la gente y deseo de morir (21).

En el siglo XVII, Thomas Willis, considerado el padre de la neurología, intentó demostrar que las enfermedades mentales, como la melancolía, eran originadas por daños en el tejido cerebral y, dependiendo del deterioro de las habilidades cognitivas, la melancolía podía dividirse en dos: universal o particular (21).

En el siglo XVIII la melancolía sufre un cambio, el componente emocional deja de ser el más importante, sustituido por el delirio como insignia de la enfermedad. Pinel redefinió la melancolía como un delirio orientado a una idea fija, asociado a una pasión. Clasificó la melancolía en: expansiva (delirios de poder) y depresiva (tristeza, sufrimiento). Introdujo el tratamiento moral, cuyo objetivo era humanizar a los enfermos mentales y curarlos por medio de la razón (21).

A partir del siglo XVI, la palabra “melancholia” podía traducirse del latín al inglés como “melancholia” o “melancholy”, adquiriendo cada uno su propio significado, “melancholia” siguió refiriéndose a la enfermedad ocasionada por la bilis negra y “melancholy” hacía énfasis en los síntomas emocionales, acercándose a lo que hoy se considera como depresión. Se puede ver cómo en los siglos XIX y XX, en el mundo psiquiátrico, la melancolía dejó de considerarse como un diagnóstico válido y abre paso para que se pueda acuñar la depresión como enfermedad mental (21).

Durante la segunda mitad del siglo XVIII e inicios del siglo XIX, los psiquiatras europeos crean sistemas para clasificar las enfermedades mentales y el modelo de clasificación adoptado fue el botánico. En este las enfermedades mentales, al igual que las plantas, tienen un orden natural con características específicas y deben agruparse entorno a éstas. De esta tradición botánica surgieron clasificaciones como la de Sauvage, quien situó la melancolía dentro de los delirios; la de Linneo, quien postuló que la melancolía formaba parte del apartado de enfermedades

mentales ideales; Kraepelin clasificó la melancolía entre las psicosis afectivas; Esquirol dividió la melancolía en 2, la monomanía (síntomas delirantes) y lipemanía (síntomas emocionales depresivos). El aporte más significativo fue el de Delasiauve, quien introdujo el término “depresión”, de forma técnica. A partir de ese momento, el término “melancolía” desaparece del lenguaje psiquiátrico y es sustituido por “depresión”, término usado actualmente (21).

2.2.2.2. La depresión definición:

Según la OMS, la depresión es la principal causa de discapacidad y advierte que una de cada cinco personas desarrollará un cuadro depresivo a lo largo de su vida, esta cifra aumentará si se presentan otros factores como enfermedades médicas o situaciones de estrés (22).

Entre los primeros indicadores relacionados con la depresión o estado depresivo, se encuentran la pérdida de la capacidad para disfrutar el trabajo, la vida sexual, de la sensación de bienestar y satisfacción personal; en mayor o menor intensidad. Los principales síntomas de un estado depresivo son: La falta de interés por generar nuevas conexiones sociales, y el desentendimiento de las ya existentes. También falta de prospección, esto es trazarse metas a futuro, generar nuevos proyectos tanto en el ámbito personal como en el profesional (22).

2.2.2.4. Clasificación de los trastornos depresivos:

- Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo: irritabilidad crónica, severa y persistente. Accesos de cólera frecuentes, en respuesta a la frustración, que pueden ser verbales o conductuales. Deben ocurrir tres o más veces a la semana, en al menos un año y en al menos dos ambientes, y deben ser

inapropiados para el grado de desarrollo. Estado de ánimo constantemente irritable o de enfado crónico entre los graves accesos de cólera, característico del niño, la mayor parte del día, casi a diario, y debe ser apreciable por las personas que lo rodean (18, 23).

- Trastorno de depresión mayor: período de tiempo de al menos dos semanas durante el cual existe ánimo depresivo o pérdida del interés o del placer en casi todas las actividades. Además, el paciente debe experimentar al menos cuatro síntomas adicionales que incluyen cambios en el apetito o peso y en la actividad psicomotora, disminución de la energía, sentimientos de inutilidad o culpa, dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte, intentos de suicidio. Para que un síntoma cuente como parte de un trastorno depresivo mayor debe ser nuevo o haber empeorado notablemente en comparación con el estado de la persona antes del episodio. Los síntomas deben persistir la mayor parte del día, casi todos los días (18, 23).
- Trastorno depresivo persistente (distimia): estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, la mayoría de los días, durante al menos dos años o al menos un año en los niños y los adolescentes. La depresión mayor puede anteceder al trastorno depresivo persistente, y los episodios de depresión mayor pueden suceder durante el trastorno depresivo persistente (18, 23).
- Trastorno disfórico premenstrual: labilidad afectiva, síntomas de ansiedad que se repiten en la fase premenstrual del ciclo y que remiten al inicio de la menstruación o poco después, pueden ir acompañados de síntomas conductuales y físicos. Síntomas la mayoría de los ciclos menstruales del último año, que afectan al funcionamiento laboral o social (18, 23).
- Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento: síntomas de un

trastorno depresivo relacionados al consumo, la inyección o la inhalación de una sustancia, que persisten más tiempo de lo que cabría esperar de los efectos fisiológicos o del período de intoxicación o de abstinencia (18, 23).

- Trastorno depresivo debido a otra afección médica: período de tiempo significativo y persistente de estado de ánimo deprimido, o una marcada pérdida del interés o del placer en todas o casi todas las actividades, que predomina en el cuadro clínico y se cree está relacionado con los efectos fisiológicos directos de la otra afección médica (18, 23).
- Otro trastorno depresivo especificado: síntomas típicos de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. El médico comunica el motivo específico por el que la presentación no cumple con los criterios de un trastorno depresivo específico (18, 23).
- Otro trastorno depresivo no especificado: síntomas característicos de un trastorno depresivo, que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos. El clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno depresivo específico (18, 23).

2.2.2.5. Causas de depresión:

Algunos tipos de depresión afectan a varios miembros de una misma familia, lo cual sugiere una predisposición biológica. Sin embargo, existen otros factores que influyen en el desencadenamiento de la enfermedad: tensiones en la vida, problemas familiares, laborales o de estudio. En algunas familias, la depresión severa se presenta de generación en generación. Sin embargo, también puede

afectar a personas sin antecedentes familiares de depresión. Sea hereditario o no, el trastorno depresivo severo suele estar relacionado con causas biológicas (24).

La investigación científica en los últimos años ha demostrado que algunas enfermedades físicas pueden provocar problemas de salud mental (accidentes cerebro vasculares, cáncer, enfermedades crónicas como la tuberculosis). La persona enferma y deprimida se siente apática, y sin deseos de atender sus propias necesidades físicas, lo cual afecta su recuperación. Los episodios de depresión pueden ser precipitados por la pérdida de seres queridos, problemas en las relaciones sociales y personales, violencia familiar, problemas económicos. Las causas suelen incluir una combinación de factores genéticos, psicológicos y ambientales. Después del episodio inicial, otros episodios depresivos pueden ser desencadenados por un estrés leve, o incluso, sin que exista la situación de estrés (24).

2.2.2.6. Tratamiento para la depresión:

El objetivo es la remisión, control de los síntomas y recuperación de la funcionalidad, identificar las características del cuadro depresivo para iniciar el manejo. Considerar: la gravedad de los síntomas, tiempo de evolución, presencia de episodios previos, duración de los mismos y el tratamiento previo recibido; respecto a este último, conocer el grado de adherencia del paciente, efectos adversos, si presenta comorbilidades y probables interacciones farmacológicas (25).

La psicoterapia se recomienda como tratamiento inicial, también cuando hay contraindicación de manejo farmacológico, como en el embarazo, lactancia, enfermedad médica compleja, interacciones con otros medicamentos, antecedente

de buena respuesta a la psicoterapia en episodios previos o de mala respuesta a la monoterapia con fármacos. Así como en los casos en los que existan desencadenantes o alteraciones en el contexto psicosocial (25).

La terapia cognitiva-conductual ha mostrado evidencia positiva, tanto para los trastornos de ansiedad como para el trastorno depresivo de leve a moderado. Tiene como propósito promover en el paciente el aprendizaje de mejores respuestas adaptativas al estrés. Utilizando múltiples elementos y estrategias. Por ejemplo, centrarse en la resolución de problemas, asertividad, la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en la comunicación familiar, etc (25).

El estilo de vida saludable ha mostrado tener efectos positivos en la reducción y control los síntomas depresivos, considerándose incluso como factor protector (25).

Tratamiento farmacológico

En episodios depresivos únicos o recurrentes con gravedad moderada - grave y en casos leves cuando los síntomas persisten a pesar del uso de otras medidas como la psicoterapia, ejercicio o cambios en el estilo de vida (25).

Existen varios grupos de antidepresivos que incluyen: Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), inhibidores de la recaptación de serotonina-norepinefrina (ISRS), antidepresivos atípicos, moduladores de serotonina, inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), antidepresivos tricíclicos (ATC).

Existen diferentes opciones farmacológicas, sin embargo múltiples estudios muestran que la respuesta no varía mucho en cuanto a la eficacia o la velocidad en la respuesta; pero sí varía en las propiedades farmacológicas y los efectos secundarios a corto y largo plazo (25).

Elección del antidepresivo

Las GPC indican como tratamiento de primera línea para el trastorno depresivo mayor: (ISRS) como la fluoxetina, sertralina, mirtazapina y la amitriptilina; esta última no está recomendada en adultos mayores o con contraindicaciones para su uso (25).

Como segunda línea de tratamiento, se recomiendan las alternativas de la primera línea que no se utilizaron: otros ISRS, la amitriptilina o la mirtazapina. Las guías canadienses consideran como segunda línea los antidepresivos triciclicos (ATC), trazodona y un antipsicótico: la quetiapina; estos medicamentos presentan mayor riesgo de efectos secundarios (25).

Las GPC recomiendan la imipramina, clomipramina, paroxetina, escitalopram, citalopram, fluvoxamina, venlafaxina, duloxetina, desvenlafaxina, trazodona y bupropión como tratamiento de tercera línea; mientras que las guías canadienses incluyen inhibidores de la MAO, enfatizando la mayor carga de efectos secundarios y potenciales interacciones con algunos alimentos y medicamentos, estos aparecen como cuarta línea de tratamiento en las GPC (25).

La elección de un antidepresivo requiere una evaluación de las necesidades de cada paciente y el perfil de reacciones adversas de los medicamentos, las más importantes son: taquicardia sinusal, hipotensión y alteraciones en la conducción cardíaca, los cuales están más asociados con los antidepresivos tricíclicos, principalmente en adultos mayores, personas con enfermedad cardíaca o en quienes tienen polifarmacia. La hipertensión arterial es más común con el uso de antidepresivos duales especialmente con la venlafaxina a dosis altas (25).

La somnolencia con la trazodona, mirtazapina, agomelatina y ATC. Síntomas gastrointestinales, hiponatremia, sangrado gastrointestinal, con los ISRS (25).

Toxicidad por sobredosis: puede ocurrir con todos los antidepresivos, pero es

mucho mayor con los antidepresivos tricíclicos y los antidepresivos duales (25).

2.2.3. Familia:

2.2.3.1. Familia como sistema:

Esta teoría se enfoca en las conexiones entre las distintas partes del sistema, es decir, cómo cada componente contribuye o desvirtúa el funcionamiento del sistema”. En este sentido, provienen conceptos que pueden aplicarse para trabajar con la familia, así es en “desviaciones” - “disfunciones”, que por lo general no se evidencian como parte de la visión sistémica de la familia (11).

Es necesario que exista la familia, cuya función principal es incorporar nuevos miembros al sistema, tanto a través de la reproducción biológica como de la socialización. Es decir, las funciones de la familia son reproducirse biológicamente y transmitir a los miembros nuevos, las normas culturales permitidas para la sociedad en la que se desarrolla (11).

2.2.3.2. Desintegración familiar:

El núcleo familiar está compuesto por ambos progenitores y los hijos, pero debido a diversas circunstancias alguno de los padres puede estar ausente, lo que da lugar a lo que se denomina familia desintegrada, siendo esta la disolución o rompimiento de la estructura y funciones sociales. Cuando uno o ambos padres están ausentes o distantes en la crianza de los hijos, podemos hablar de familia desintegrada. Este término engloba diversas circunstancias que, en muchos casos, pueden derivar en dificultades que desencadenan problemas psicológicos en los hijos. En este sentido, se señala que cuando ocurre la muerte de uno o ambos padres, divorcio o no existe la presencia de estos, genera carencias tanto económicas como emocionales en los niños y jóvenes, lo que se conoce como desintegración familiar. Este proceso finaliza cuando se pierden los lazos

afectivos que mantienen unida a la pareja, así como el vínculo con sus hijos y entre ellos mismos. La ruptura de estos lazos, sumada a las tensiones y conflictos, puede desencadenar una separación familiar, ya sea parcial o total. Es importante comprender que el vivir bajo un techo y los vínculos consanguíneos que definen a la familia no bastan para unir a sus miembros. El amor es el verdadero vínculo que fortalece la comunicación y fomenta una relación armoniosa entre todos sus miembros (11).

2.3. Términos básicos

Neurosis: Trastorno de evolución crónica o recurrente que, a diferencia de las psicosis, no provoca una desconexión con la realidad. Se caracteriza principalmente por la presencia de ansiedad o angustia. Puede manifestarse como un rasgo persistente a lo largo de la vida, variando en intensidad desde niveles leves y manejables, que son los más frecuentes, hasta casos severamente incapacitantes que podrían requerir hospitalización (26).

Se considera que los factores ambientales juegan un papel predominante en este tipo de enfermedad (26).

En el DSM-IV-TR el término de neurosis ha desaparecido y fue sustituido por trastorno, mientras que en la CIE-10 se le ha hecho sinónimo del término de trastorno de ansiedad (26).

Pánico: Ansiedad extrema o miedo intenso que surge de manera repentina y que en algunos casos provoca pensamientos o conductas irracionales. Es posible que el pánico se acompañe de síntomas como pulso acelerado, sofoco (cara enrojecida y caliente), sudoración y dificultad para respirar (27).

Fobia: Miedo irracional, desproporcionado, incontrolable y persistente, ante un objeto o situación. La exposición a dicho estímulo causa, casi invariablemente, ansiedad (28).

Neurastenia: Trastorno neurótico caracterizado por una sensación persistente de agotamiento tras el esfuerzo mental o una marcada debilidad física ante esfuerzos mínimos (28).

Frecuentemente, se presenta junto con dolores musculares, mareos, cefalea tensional, alteraciones del sueño, dificultad para relajarse, irritabilidad y dispepsia (28).

Histeria: Trastorno mental caracterizado por la presencia de fenómenos de conversión o disociativos. En su manifestación conversiva, el síntoma principal, o en algunos casos el único, es la alteración de una función corporal de origen psicológico, por ejemplo: parálisis, temblor, episodios convulsivos (28).

En la variante disociativa, el aspecto más notable es la restricción del campo de la conciencia, que parece servir a un propósito inconsciente y que suele ir seguido o acompañado de amnesia selectiva (28).

Hipocondría: es una preocupación excesiva por la salud, con la creencia o el temor infundado de padecer una enfermedad grave (p. ej., SIDA, cáncer, etc.), a pesar de tener una información médica tranquilizadora (28).

Estrés: En el campo de la medicina, el estrés se define como la reacción del organismo ante una presión física, mental o emocional. Esta respuesta

desencadena cambios químicos que elevan la presión arterial y la frecuencia cardíaca. Además, puede generar emociones como ansiedad, frustración, ira o depresión. Las actividades diarias o situaciones específicas, como una enfermedad o un evento traumático, pueden ser desencadenantes del estrés. El estrés intenso o prolongado puede provocar problemas de salud física y mental (29).

Disfemia: Es una alteración involuntaria en la fluidez del habla, caracterizada por la repetición de sonidos, sílabas o palabras, lentitud en el habla o largas pausas entre sonidos y palabras (30).

Hiperactividad: Incremento anormal de la actividad, que suele manifestarse como una tendencia a pasar de una tarea a otra sin finalizar ninguna. Es típica del síndrome hiperactivo de la infancia, de los trastornos maníacos y de algunas formas de esquizofrenia (28).

Frustración: reacción que de forma natural que muestra un estado emocionalmente desagradable cuando hay una interferencia ante la persecución de un objetivo propuesto (31).

Labilidad afectiva: Inestabilidad emocional caracterizada por cambios de humor frecuentes, abruptos, breves e intensos, a menudo desencadenados por estímulos externos o internos de escasa intensidad o importancia (28).

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

3.1. Hipótesis.

Hipótesis de investigación: Existe relación directa entre ansiedad y depresión en adolescentes de familias integradas y desintegradas, siendo significativamente más alta en familias desintegradas.

Hipótesis nula: No existe relación directa entre ansiedad y depresión en adolescentes de familias integradas y desintegradas, siendo significativamente baja en familias desintegradas.

3.2. Operacionalización de variables.

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS
Variable 1: Ansiedad	La ansiedad es un trastorno que suele manifestarse por medio del miedo y preocupación de manera intensa y excesiva.	<ul style="list-style-type: none">- Tensión física.- Síntomas conductuales.- Síntomas	<ul style="list-style-type: none">- Número de adolescentes que tienen sensaciones físicas ansiosas.- Número de adolescentes con	<ul style="list-style-type: none">- Análisis documental de historias clínicas.

	Estos sentimientos suelen ir acompañados de tensión física y otros síntomas conductuales y cognitivos. Son difíciles de controlar, pueden durar mucho tiempo, interfieren en las actividades de la vida cotidiana y pueden deteriorar la vida familiar, social y escolar o laboral de una persona. (32)	cognitivos.	cambios en su conducta. - Porcentaje de adolescentes con pensamientos negativos.	
Variable 2: Depresión	La depresión es un trastorno mental del estado de ánimo, caracterizado por una tristeza profunda y pérdida de interés general por las cosas de forma	- Cambios emocionales. - Cambios físicos. - Cambios conductuales.	- Número de adolescentes que manifiestan tener tristeza profunda. - Número de adolescentes que no tienen interés por su	- Análisis documental de historias clínicas.

	<p>mantenida. Es muy frecuente en el mundo y está caracterizada por cambios en el ánimo con síntomas cognitivos, físicos y del comportamiento. La depresión suele asociarse a muchas causas, las cuales pueden ser genéticas, biológicas, psicológicas, sociales y ambientales. (33)</p>		<p>cuidado físico.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Porcentaje de adolescentes que consumen sustancias psicoactivas. 	
<p>Variable 3: Tipo de familia</p>	<p>Tipo de familia se define como un grupo de dos o más personas que viven juntas y relacionadas unas con otras por lazos consanguíneos, de matrimonio</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Integrada - Desintegrada 	<ul style="list-style-type: none"> - Número de adolescentes provenientes de familias integradas. - Número de adolescentes provenientes de familias 	<ul style="list-style-type: none"> - Análisis documental de historias clínicas.

	o adopción y que ejercen interacción recíproca porque saben que existen ellos y se consideran unidad. Que según su integración se clasifican en integradas y desintegradas. (34)		desintegradas.	
--	--	--	----------------	--

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Material y métodos:

El presente trabajo de investigación fue según la intervención del investigador observacional, según el alcance correlacional, según el número de medición transversal, según el momento de la recolección prospectivo. La población universo fueron los adolescentes de 12 a 18 años, que se encuentran diagnosticados con ansiedad y depresión, y que asisten al Centro de Salud Mental Comunitario “Caminando juntos” de Baños del Inca, para ser atendidos y recibir su tratamiento, de Enero- Junio del año 2024, los mismos que hacen un tamaño de 55 adolescentes.

Los criterios de inclusión fueron:

- Pacientes que asisten al Centro de Salud Mental comunitario Caminando Juntos de Baños del Inca.
- Adolescentes de ambos sexos.
- Adolescentes de cualquier nivel socio-económico.
- Pacientes con una edad mínima de 12 años

Los criterios de exclusión fueron:

- Pacientes menores de 12 años y mayores de 18 años.
- Pacientes que no asistan al Centro de Salud Mental comunitario Caminando Juntos de Baños del Inca.

El presente trabajo de investigación, no contó con una muestra poblacional, esto debido a que se buscó trabajar con toda la población objetivo, es decir con todos los pacientes adolescentes atendidos durante el periodo de Enero a Junio del año 2024, para así obtener un resultado representativo.

La técnica de recolección de datos fue un análisis documental, que permitió realizar un recojo y análisis especializado de las diversas historias clínicas, donde se encontraron los datos necesarios para identificar a profundidad la información que se buscó recopilar.

Para efectuar el procesamiento y análisis de datos, se utilizó el programa estadístico IBM SPSS Statistics 25, el cual sirvió para almacenar y procesar los datos obtenidos por medio del instrumento, al igual que para construir tablas y gráficos estadísticos referidos a esta información.

Además, se realizó un análisis descriptivo de los datos, para determinar la relación entre ansiedad y depresión en adolescentes con familias integradas y desintegradas que acuden al Centro de Salud Mental comunitario “Caminando juntos” de Baños del Inca; se buscó por medio de esto, validar o falsear la hipótesis planteada en el presente estudio.

4.2. Consideraciones éticas:

El plan de tesis fue revisada y aprobado por el Comité de Ética Institucional de la Dirección Regional de Salud Cajamarca. Después del cual se procedió a la recolección de los datos.

CAPÍTULO V: RESULTADOS

ANÁLISIS DE RESULTADOS

“Relación entre ansiedad y depresión en adolescentes con familias integradas y desintegradas que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario Caminando Juntos de Baños del Inca, Enero – Junio 2024”

Después de conocer y analizar los principales enfoques teóricos en los que se basa la presente investigación, y habiendo aplicado el instrumento de recojo de información, se muestran los resultados obtenidos través de las siguientes tablas:

- VARIABLE: ANSIEDAD

1. Género de los pacientes:

GENERO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Femenino	14	51.9	51.9	51.9
	Masculino	13	48.1	48.1	100.0
	Total	27	100.0	100.0	

Tabla 1. Género de los adolescentes con familias integradas y desintegradas que sufren de ansiedad y acuden al Centro de Salud Mental Comunitario Caminando Juntos de Baños del Inca.

A partir de los resultados obtenidos, se puede afirmar por medio de la Tabla 1, que del total de historias clínicas analizadas (27), el 51.9% de la población en estudio son mujeres, siendo por otro lado, el 48.1% de los demás encuestados, varones. Lo cual hace visible que es ligeramente más alto el porcentaje de mujeres que sufren de ansiedad, en lo que concierne a la población en estudio.

2. Edad de los pacientes:

EDAD					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	12	1	3.7	3.7	3.7
	13	10	37.0	37.0	40.7
	14	4	14.8	14.8	55.6
	15	8	29.6	29.6	85.2
	16	4	14.8	14.8	100.0
	Total	27	100.0	100.0	

Tabla 2. Edad de los adolescentes con familias integradas y desintegradas que sufren de ansiedad y acuden al Centro de Salud Mental Comunitario Caminando Juntos de Baños del Inca.

A partir de los resultados obtenidos, se puede afirmar por medio de la Tabla 2, que del total de historias clínicas analizadas (27), el 37% de pacientes que tienen ansiedad, se encuentran en los 13 años; así mismo, el 29.6% de estos, están en el rango de edad de 15 años; siendo además un total del 14.8% los adolescentes con ansiedad que tienen 14 y 16 años. Y encontrando que el porcentaje más bajo, 3.7%, es referente a los pacientes que tienen 12 años de edad.

3. Lugar de procedencia de los pacientes (provincia, distrito, centro poblado, etc.):

LUGAR DE PROCEDENCIA					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	CAJAMARCA	15	55.6	55.6	55.6
	BAÑOS DEL INCA	4	14.8	14.8	70.4
	TARTAR CHICO	2	7.4	7.4	77.8
	NAMORA	1	3.7	3.7	81.5
	PUYLLUCANA	1	3.7	3.7	85.2
	TARTAR GRANDE	1	3.7	3.7	88.9
	BAÑOS PUNTA ALTA	1	3.7	3.7	92.6
	LA COLPA	1	3.7	3.7	96.3
	MOROBAMBA	1	3.7	3.7	100.0
	Total	27	100.0	100.0	

Tabla 3. Lugar de procedencia de los adolescentes con familias integradas y desintegradas que sufren de ansiedad y acuden al Centro de Salud Mental Comunitario Caminando Juntos de Baños del Inca.

De los resultados obtenidos, se puede afirmar por medio de la Tabla 3, que del total de historias clínicas analizadas (27), el 55.6% de adolescentes que tienen ansiedad, provienen del distrito de Cajamarca; así mismo, el 14.8% de estos, viven en Baños del Inca; siendo además un total de 7.4% los pacientes con ansiedad que habitan en Tartar Chico. Y encontrando que el porcentaje más bajo, 3.7%, es referente a los pacientes que provienen de: Namora, Puyllucana, Tartar Grande, Baños Punta Alta, La Colpa, Morobamba.

4. Grado de Instrucción de los pacientes:

GRADO DE INSTRUCCIÓN /NIVEL DE ESCOLARIDAD					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Primaria Incompleta	1	3.7	3.7	3.7
	Primaria Completa	1	3.7	3.7	7.4
	Secundaria Incompleta	24	88.9	88.9	96.3
	Secundaria Completa	1	3.7	3.7	100.0
	Total	27	100.0	100.0	

Tabla 4. Grado de instrucción de los adolescentes con familias integradas y desintegradas que sufren de ansiedad y acuden al Centro de Salud Mental Comunitario Caminando Juntos de Baños del Inca.

Por medio de los resultados obtenidos, se puede afirmar en la Tabla 4, que del total de historias clínicas analizadas (27), el 88.9% de adolescentes con ansiedad, tienen secundaria incompleta; siendo además un total de 3.7% los pacientes que tienen primaria incompleta, primaria completa y secundaria completa; esto debido al rango de edades en las que se encuentra la población en estudio.

5. Personas con las que viven los pacientes:

PERSONAS CON LAS QUE VIVE					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Solo Mamá	3	11.1	11.1	11.1
	Solo Papá	1	3.7	3.7	14.8
	Mamá y Hermanos	6	22.2	22.2	37.0
	Mamá, Papá y Hermanos	9	33.3	33.3	70.4
	Mamá y Abuelos(as)	2	7.4	7.4	77.8
	Otros	3	11.1	11.1	88.9
	Mamá y Papá	2	7.4	7.4	96.3
	Papá, Hermanos y Abuelos(as)	1	3.7	3.7	100.0
	Total	27	100.0	100.0	

Tabla 5. Personas con las que viven los adolescentes con familias integradas y desintegradas que sufren de ansiedad y acuden al Centro de Salud Mental Comunitario Caminando Juntos de Baños del Inca.

En base a los resultados obtenidos, se puede afirmar en la Tabla 5, que del total de historias clínicas analizadas (27), el 33.3% de adolescentes que tienen ansiedad, viven con mamá, papá y hermanos, es decir que tiene una familia integrada, así mismo, el 22.2%, viven en casa solo con su mamá y sus hermanos; por otro lado, el 11.1% de estos, viven únicamente con mamá, o provienen de otro tipo de hogares (como por ejemplo, alberges); también se observa que el 7.4% procede de una familia conformada por mamá y abuelos, o por otro lado conformada por mamá y papá. Siendo que, únicamente el 3.7% vive solo con su papá, o con hermanos y abuelos. Es así que al sumar los porcentajes, la mayoría de estos pacientes, provienen de familias desintegradas, como familias de origen.

6. Tipo de familia de los pacientes:

TIPO DE FAMILIA					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Integrada	11	40.7	40.7	40.7
	Desintegrada	16	59.3	59.3	100.0
	Total	27	100.0	100.0	

Tabla 6. Tipo de familia de los adolescentes que sufren de ansiedad y acuden al Centro de Salud Mental Comunitario Caminando Juntos de Baños del Inca.

A través de los resultados obtenidos, se puede afirmar en la Tabla 6, que del total de pacientes con ansiedad atendidos en el Centro de Salud Metal “Caminando Juntos” (27 personas), el 40.7% tiene una familia integrada; siendo por otro lado, el 59.3% los adolescentes que provienen de una familia desintegrada; lo cual nos muestra que predomina en los pacientes en estudio, la presencia de una familia desintegrada (16).

7. Interacción familiar de los pacientes:

INTERACCIÓN FAMILIAR					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Armoniosa	7	25.9	25.9	25.9
	Conflictiva	10	37.0	37.0	63.0
	Inestable	10	37.0	37.0	100.0
	Total	27	100.0	100.0	

Tabla 7. Interacción familiar de los adolescentes que sufren de ansiedad y acuden al Centro de Salud Mental Comunitario Caminando Juntos de Baños del Inca.

A partir de los resultados obtenidos, se puede afirmar en la Tabla 7, que del total de pacientes con ansiedad atendidos en el Centro de Salud Metal “Caminando Juntos” (27 personas), el 37% tiene una interacción familiar conflictiva, así como inestable. Siendo únicamente, el 25.9% de los adolescentes los que cuentan con una relación armoniosa en

su familia. Prevalciendo de esta manera, la cantidad de adolescentes que tienen una interacción negativa con su familia.

8. Soporte familiar actual de los pacientes:

SOPORTE FAMILIAR ACTUAL					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Deficiente	10	37.0	37.0	37.0
	Sin Red	5	18.5	18.5	55.6
	Con Red	12	44.4	44.4	100.0
	Total	27	100.0	100.0	

Tabla 8. Soporte familiar actual de los adolescentes que sufren de ansiedad y acuden al Centro de Salud Mental Comunitario Caminando Juntos de Baños del Inca.

Por medio de los resultados obtenidos, se puede afirmar en la Tabla 8, que del total de pacientes con ansiedad atendidos en el Centro de Salud Metal “Caminando Juntos” (27 personas), el 44.4% actualmente tiene un soporte familiar “con red”; siendo por otro lado, el 37% los que tienen un soporte familiar “deficiente” en la actualidad. Es así que únicamente, un 18.5% de pacientes no cuentan con una red de soporte en su familia. Prevalciendo de esta manera, la cantidad de adolescentes con ansiedad que tienen un soporte familiar con red de apoyo (12), ya sea cercano o lejano.

9. Frecuencia con la que asisten los pacientes al Centro de Salud Mental:

FRECUENCIA CON LA QUE ASISTE AL CENTRO DE SALUD MENTAL					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Semanalmente	2	7.4	7.4	7.4
	Quincenalmente	6	22.2	22.2	29.6
	Mensualmente	13	48.1	48.1	77.8
	Trimestralmente	6	22.2	22.2	100.0
	Total	27	100.0	100.0	

Tabla 9. Frecuencia con la que asisten los adolescentes con familias integradas y desintegradas que sufren de ansiedad y acuden al Centro de Salud Mental Comunitario Caminando Juntos de Baños del Inca.

En base a los resultados obtenidos, se puede afirmar en la Tabla 9, que del total de pacientes con ansiedad atendidos en el Centro de Salud Metal “Caminando Juntos” (27 personas), el 48.1% asisten mensualmente al Centro para atender su enfermedad; siendo que el 22.2% tiene programado asistir quincenal y trimestralmente; así mismo, observamos que solo el 7.4% asiste semanalmente al CSM.

10. Nivel de Ansiedad de los pacientes:

NIVEL DE ANSIEDAD					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Leve	18	66.7	66.7	66.7
	Moderado	8	29.6	29.6	96.3
	Grave	1	3.7	3.7	100.0
	Total	27	100.0	100.0	

Tabla 10. Nivel de ansiedad en los adolescentes con familias integradas y desintegradas que sufren de ansiedad y acuden al Centro de Salud Mental Comunitario Caminando Juntos de Baños del Inca.

De los resultados obtenidos, se puede afirmar en la Tabla 10, que del total de adolescentes con ansiedad atendidos en el Centro de Salud Metal “Caminando Juntos” (27 personas), el 66.7% han sido diagnosticados con un nivel de ansiedad Leve; así mismo, el 29.6% presenta una ansiedad Moderada; y el 3.7% tiene un nivel de ansiedad Grave. Siendo visible que es predominante que la mayoría de adolescentes en estudio, han sido diagnosticados con un nivel de ansiedad Leve.

11. ¿Los pacientes están recibiendo tratamiento psicológico o psiquiátrico actualmente?:

¿ESTÁ RECIBIENDO TRATAMIENTO PSICOLÓGICO O PSIQUIÁTRICO ACTUALMENTE?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	23	85.2	85.2	85.2
	No	4	14.8	14.8	100.0
	Total	27	100.0	100.0	

Tabla 11. Reciben tratamiento psicológico o psiquiátrico los adolescentes que sufren de ansiedad y acuden al Centro de Salud Mental Comunitario Caminando Juntos de Baños del Inca.

En base a los resultados obtenidos, se puede afirmar en la Tabla 11, que del total de adolescentes con ansiedad que son pacientes del Centro de Salud Metal “Caminando Juntos” (27 personas), el 85.2%, “sí” se encuentra llevando un tratamiento psicológico o psiquiátrico, para sobrellevar su enfermedad en la actualidad; así mismo, observamos que solo el 14.8% de los pacientes en estudio, “no” recibe algún tipo de tratamiento, ya sea psicológico o psiquiátrico frente a este trastorno. Esto da a conocer que en la mayoría de los adolescentes es necesaria la medicación para controlar y tratar dicha enfermedad.

12. ¿Los pacientes consumen algún tipo de sustancia psicoactiva?:

¿CONSUME ALGÚN TIPO DE SUSTANCIA PSICOACTIVA?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	27	100.0	100.0	100.0

Tabla 12. Existe consumo de sustancias psicoactivas por parte de los adolescentes que sufren de ansiedad y acuden al Centro de Salud Mental Comunitario Caminando Juntos de Baños del Inca.

A través de los resultados obtenidos, se puede afirmar en la Tabla 12, que del total de pacientes con ansiedad atendidos en el Centro de Salud Metal “Caminando Juntos” (27 personas), el 100% no consume algún tipo de sustancia psicoactiva, siendo esto importante de conocer, puesto que este tipo de sustancias pueden producir algún tipo de alteración del sistema nervioso en quien las consume.

13. Tipo de familia en relación al Nivel de ansiedad de los pacientes:

		NIVEL DE ANSIEDAD			Total	
		Leve	Moderado	Grave		
TIPO DE FAMILIA	Integrada	Recuento	9	2	0	11
		% dentro de TIPO DE FAMILIA	81.8%	18.2%	0.0%	100.0%
		% dentro de NIVEL DE ANSIEDAD	50.0%	25.0%	0.0%	40.7%
		% del total	33.3%	7.4%	0.0%	40.7%
	Desintegrada	Recuento	9	6	1	16
		% dentro de TIPO DE FAMILIA	56.3%	37.5%	6.3%	100.0%
		% dentro de NIVEL DE ANSIEDAD	50.0%	75.0%	100.0%	59.3%
		% del total	33.3%	22.2%	3.7%	59.3%
	Total	Recuento	18	8	1	27
		% dentro de TIPO DE FAMILIA	66.7%	29.6%	3.7%	100.0%
		% dentro de NIVEL DE ANSIEDAD	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	66.7%	29.6%	3.7%	100.0%

Tabla 13. Relación entre Tipo de familia y Nivel de ansiedad de los adolescentes con familias integradas y desintegradas que sufren de ansiedad y acuden al Centro de Salud Mental Comunitario Caminando Juntos de Baños del Inca.

Por medio de los resultados obtenidos en el análisis documental, se puede afirmar en la tabla 13, que del total de adolescentes con ansiedad (27), los pacientes que manifiestan

tener una *Familia Integrada* como tipo de familia, presentan en su mayoría un nivel de Ansiedad Leve (33.3%). Así mismo, también en lo que refiere a proceder de una *Familia Integrada*, tenemos que el 7.4% de adolescentes, presentan un nivel de Ansiedad Moderado.

Por otro lado, al observar el tipo de familia *Desintegrada*, vemos que un total del 33.3% de adolescentes presenta un nivel de Ansiedad Leve; siendo un 22.2% de estos, los que tienen un nivel de Ansiedad Moderado; por otro lado, pero no menos importante, se muestra que el 3.7% de pacientes con *Familia Desintegrada*, presenta un nivel de Ansiedad Grave.

- VARIABLE: DEPRESIÓN

14. Género de los pacientes:

GENERO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Femenino	18	64.3	64.3	64.3
	Masculino	10	35.7	35.7	100.0
	Total	28	100.0	100.0	

Tabla 14. Género de los adolescentes con familias integradas y desintegradas que sufren de depresión y acuden al Centro de Salud Mental Comunitario Caminando Juntos de Baños del Inca.

A partir de los resultados obtenidos, se puede afirmar por medio de la Tabla 14, que del total de historias clínicas analizadas (28), el 64.3% de la población en estudio son mujeres, siendo por otro lado, el 35.7% de los demás encuestados, varones. Lo cual hace visible que es más alto el porcentaje de mujeres que sufren de depresión, en lo que concierne a la población en estudio.

15. Edad de los pacientes:

EDAD					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	12	2	7.1	7.1	7.1
	13	7	25.0	25.0	32.1
	14	4	14.3	14.3	46.4
	15	8	28.6	28.6	75.0
	16	6	21.4	21.4	96.4
	17	1	3.6	3.6	100.0
	Total	28	100.0	100.0	

Tabla 15. Edad de los adolescentes con familias integradas y desintegradas que sufren de depresión y acuden al Centro de Salud Mental Comunitario Caminando Juntos de Baños del Inca.

A partir de los resultados obtenidos, se puede afirmar por medio de la Tabla 15, que del total de historias clínicas analizadas (28), el 28.6% de pacientes que tienen depresión, se encuentran en los 15 años; así mismo, el 25% de estos, están en el rango de edad de 13 años; siendo además un total del 21.4% los adolescentes con depresión que tienen 16 años. Por otro lado, el 14.3%, tienen 14 años y un 7.1% se encuentran en la edad de 12 años. En lo que concierne al porcentaje más bajo (3.6%), es referente a los pacientes que tienen 17 años de edad.

16. Lugar de procedencia de los pacientes (provincia, distrito, centro poblado, etc.):

LUGAR DE PROCEDENCIA					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	CAJAMARCA	11	39.3	39.3	39.3
	BAÑOS DEL INCA	8	28.6	28.6	67.9
	PUYLLUCANA	2	7.1	7.1	75.0
	OTUZCO	2	7.1	7.1	82.1
	HUAMBOCANCHA	1	3.6	3.6	85.7
	BAJA SAMANA CRUZ	1	3.6	3.6	89.3
	SHAULLO CHICO	1	3.6	3.6	92.9
	CASERIO SIGUISPAMPA	1	3.6	3.6	96.4
	CAS HUAYRAPONGO	1	3.6	3.6	100.0
	Total	28	100.0	100.0	

Tabla 16. Lugar de procedencia de los adolescentes con familias integradas y desintegradas que sufren de depresión y acuden al Centro de Salud Mental Comunitario Caminando Juntos de Baños del Inca.

De los resultados obtenidos, se puede afirmar por medio de la Tabla 16, que del total de historias clínicas analizadas (28), el 39.3% de adolescentes que tienen depresión, provienen del distrito de Cajamarca; así mismo, el 28.6% de estos, viven en Baños del

Inca; siendo además un total de 7.1% los pacientes con depresión que habitan en Puyllucana y Otuzco. Y encontrando que el porcentaje más bajo, 3.6%, es referente a los pacientes que provienen de: Huambocancha Baja, Samana Cruz, Shaullo Chico, Caserío Siguispampa, Cashuayrapongo.

17. Grado de Instrucción de los pacientes:

GRADO DE INSTRUCCIÓN /NIVEL DE ESCOLARIDAD					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Primaria Completa	3	10.7	10.7	10.7
	Secundaria Incompleta	22	78.6	78.6	89.3
	Secundaria Completa	3	10.7	10.7	100.0
	Total	28	100.0	100.0	

Tabla 17. Grado de instrucción de los adolescentes con familias integradas y desintegradas que sufren de depresión y acuden al Centro de Salud Mental Comunitario Caminando Juntos de Baños del Inca.

Por medio de los resultados obtenidos, se puede afirmar en la Tabla 17, que del total de historias clínicas analizadas (28), el 78.6% de adolescentes con depresión, tienen secundaria incompleta; siendo además un total de 10.7% los pacientes que tienen primaria completa y secundaria completa; esto debido al rango de edades en las que se encuentra la población en estudio.

18. Personas con las que viven los pacientes:

PERSONAS CON LAS QUE VIVE					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Solo Mamá	3	10.7	10.7	10.7
	Solo Papá	2	7.1	7.1	17.9
	Mamá y Hermanos	6	21.4	21.4	39.3

Papá y Hermanos	1	3.6	3.6	42.9
Mamá, Papá y Hermanos	9	32.1	32.1	75.0
Mamá, Papá, Hermanos y Abuelos(as)	2	7.1	7.1	82.1
Mamá e Hijos Propios	1	3.6	3.6	85.7
Otros	3	10.7	10.7	96.4
Mamá, Hermanos y Abuelos(as)	1	3.6	3.6	100.0
Total	28	100.0	100.0	

Tabla 18. Personas con las que viven los adolescentes con familias integradas y desintegradas que sufren de depresión y acuden al Centro de Salud Mental Comunitario Caminando Juntos de Baños del Inca.

En base a los resultados obtenidos, se puede afirmar en la Tabla 18, que del total de historias clínicas analizadas (28), el 32.1% de adolescentes que tienen ansiedad, viven con mamá, papá y hermanos, es decir que tiene una familia integrada, así mismo, el 21.4%, viven en casa solo con su mamá y sus hermanos; por otro lado, el 10.7% de estos, viven únicamente con mamá, o provienen de otro tipo de hogares (como por ejemplo, alberges); también se observa que el 7.4% procede de una familia conformada solo por papá, o por otro lado conformada por mamá, papá, hermanos y abuelos. Siendo que, el 3.7% de adolescentes vive con papá y hermanos, o con sus hijos. Es así que al sumar los porcentajes, la mayoría de estos pacientes, provienen de familias desintegradas, como familias de origen.

19. Tipo de familia de los pacientes:

TIPO DE FAMILIA					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Integrada	13	46.4	46.4	46.4
	Desintegrada	15	53.6	53.6	100.0
	Total	28	100.0	100.0	

Tabla 19. Tipo de familia de los adolescentes que sufren de depresión y acuden al Centro de Salud Mental Comunitario Caminando Juntos de Baños del Inca.

A través de los resultados obtenidos, se puede afirmar en la Tabla 19, que del total de adolescentes con depresión atendidos en el Centro de Salud Metal “Caminando Juntos” (28 personas), el 53.6% tiene una familia desintegrada; siendo por otro lado, el 46.4% los adolescentes que provienen de una familia integrada; lo cual nos muestra que predomina en los pacientes en estudio, la presencia de una familia desintegrada (15).

20. Interacción familiar de los pacientes:

INTERACCIÓN FAMILIAR					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Armoniosa	13	46.4	46.4	46.4
	Conflictiva	9	32.1	32.1	78.6
	Inestable	6	21.4	21.4	100.0
	Total	28	100.0	100.0	

Tabla 20. Interacción familiar de los adolescentes que sufren de depresión y acuden al Centro de Salud Mental Comunitario Caminando Juntos de Baños del Inca.

A partir de los resultados obtenidos, se puede afirmar en la Tabla 20, que del total de pacientes con depresión atendidos en el Centro de Salud Metal “Caminando Juntos” (28 personas), el 46.4% tiene una interacción familiar armoniosa. Siendo, el 32.1% de los adolescentes los que cuentan con una relación conflictiva y el 21.4% los que tienen una interacción familiar inestable. Prevalciendo de esta manera, la cantidad de adolescentes que tienen una interacción familiar conflictiva e inestable, lo cual viene a ser una relación negativa con su familia.

21. Soporte familiar actual de los pacientes:

SOPORTE FAMILIAR ACTUAL					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Deficiente	14	50.0	50.0	50.0
	Sin Red	4	14.3	14.3	64.3
	Con Red	10	35.7	35.7	100.0
	Total	28	100.0	100.0	

Tabla 21. Soporte familiar actual de los adolescentes que sufren de depresión y acuden al Centro de Salud Mental Comunitario Caminando Juntos de Baños del Inca.

Por medio de los resultados obtenidos, se puede afirmar en la Tabla 21, que del total de adolescentes con depresión atendidos en el Centro de Salud Metal “Caminando Juntos” (28 personas), el 50% actualmente tiene un soporte familiar “deficiente”; siendo por otro lado, el 35.7% los que tienen un soporte familiar “con red” en la actualidad. Es así que únicamente, un 14.3% de pacientes no cuentan con una red de soporte en su familia. Prevalciendo de esta manera, la cantidad de adolescentes con depresión que tienen un soporte familiar deficiente (14), ya sea cercano o lejano.

22. Frecuencia con la que asisten los pacientes al Centro de Salud Mental:

FRECUENCIA CON LA QUE ASISTE AL CENTRO DE SALUD MENTAL					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Semanalmente	4	14.3	14.3	14.3
	Quincenalmente	7	25.0	25.0	39.3
	Mensualmente	11	39.3	39.3	78.6
	Trimestralmente	6	21.4	21.4	100.0
	Total	28	100.0	100.0	

Tabla 22. Frecuencia con la que asisten los adolescentes con familias integradas y desintegradas que sufren de depresión y acuden al Centro de Salud Mental Comunitario Caminando Juntos de

Baños del Inca.

En base a los resultados obtenidos, se puede afirmar en la Tabla 22, que del total de pacientes con depresión atendidos en el Centro de Salud Metal “Caminando Juntos” (28 personas), el 39.3% asisten mensualmente al Centro para atender su enfermedad; siendo que el 25% tiene programado asistir quincenalmente y el 21.4% acude trimestralmente; así mismo, observamos que solo el 14.3% asiste semanalmente al CSM.

23. Nivel de Depresión de los pacientes:

NIVEL DE DEPRESION					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Leve	13	46.4	46.4	46.4
	Moderado	13	46.4	46.4	92.9
	Moderado-Grave	2	7.1	7.1	100.0
	Total	28	100.0	100.0	

Tabla 23. Nivel de depresión en los adolescentes con familias integradas y desintegradas que sufren de depresión y acuden al Centro de Salud Mental Comunitario Caminando Juntos de Baños del Inca.

De los resultados obtenidos, se puede afirmar en la Tabla 23, que del total de adolescentes con depresión atendidos en el Centro de Salud Metal “Caminando Juntos” (28 personas), el 46.4% han sido diagnosticados con un nivel de depresión Leve; así como Moderado; y el 7.1% tiene un nivel de depresión Moderado-Grave. Siendo visible que es predominante que la mayoría de adolescentes en estudio, han sido diagnosticados con un nivel de depresión Leve, así como Moderado.

24. ¿Los pacientes están recibiendo tratamiento psicológico o psiquiátrico actualmente?:

¿ESTÁ RECIBIENDO TRATAMIENTO PSICOLÓGICO O PSIQUIÁTRICO ACTUALMENTE?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	17	60.7	60.7	60.7
	No	11	39.3	39.3	100.0
	Total	28	100.0	100.0	

Tabla 24. Reciben tratamiento psicológico o psiquiátrico los adolescentes que sufren de depresión y acuden al Centro de Salud Mental Comunitario Caminando Juntos de Baños del Inca.

En base a los resultados obtenidos, se puede afirmar en la Tabla 24, que del total de adolescentes con depresión que son pacientes del Centro de Salud Metal “Caminando Juntos” (28 personas), el 60.7%, “sí” se encuentra llevando un tratamiento psicológico o psiquiátrico, para sobrellevar su enfermedad en la actualidad; así mismo, observamos que el 39.3% de los pacientes en estudio, “no” recibe algún tipo de tratamiento, ya sea psicológico o psiquiátrico frente a este trastorno. Esto da a conocer que en la mayoría de los adolescentes es necesaria la medicación para controlar y tratar dicha enfermedad.

25. ¿Los pacientes consumen algún tipo de sustancia psicoactiva?:

¿CONSUME ALGÚN TIPO DE SUSTANCIA PSICOACTIVA?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	28	100.0	100.0	100.0

Tabla 25. Existe consumo de sustancias psicoactivas por parte de los adolescentes que sufren de depresión y acuden al Centro de Salud Mental Comunitario Caminando Juntos de Baños del Inca.

A través de los resultados obtenidos, se puede afirmar en la Tabla 25, que del total de pacientes con depresión atendidos en el Centro de Salud Metal “Caminando Juntos” (28 personas), el 100% no consume algún tipo de sustancia psicoactiva, siendo esto importante de conocer, puesto que este tipo de sustancias pueden producir algún tipo de alteración del sistema nervioso en quien las consume.

26. Tipo de familia en relación al Nivel de depresión de los pacientes:

		NIVEL DE DEPRESION			Total	
		Leve	Moderado	Moderado-Grave		
TIPO DE FAMILIA	Integrada	Recuento	9	3	1	13
		% dentro de TIPO DE FAMILIA	69.2%	23.1%	7.7%	100.0%
		% dentro de NIVEL DE DEPRESION	69.2%	23.1%	50.0%	46.4%
		% del total	32.1%	10.7%	3.6%	46.4%
	Desintegrada	Recuento	4	10	1	15
		% dentro de TIPO DE FAMILIA	26.7%	66.7%	6.7%	100.0%
		% dentro de NIVEL DE DEPRESION	30.8%	76.9%	50.0%	53.6%
		% del total	14.3%	35.7%	3.6%	53.6%
	Total	Recuento	13	13	2	28
		% dentro de TIPO DE FAMILIA	46.4%	46.4%	7.1%	100.0%
		% dentro de NIVEL DE DEPRESION	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	46.4%	46.4%	7.1%	100.0%

Tabla 26. Relación entre Tipo de familia y Nivel de depresión de los adolescentes con familias integradas y desintegradas que sufren de depresión y acuden al Centro de Salud Mental Comunitario Caminando Juntos de Baños del Inca.

Por medio de los resultados obtenidos en el análisis documental, se puede afirmar en la tabla 26, que del total de adolescentes con depresión (28), los pacientes que manifiestan

tener una *Familia Integrada* como tipo de familia, presentan en su mayoría un nivel de Depresión Leve (32.1%). Así mismo, también en lo que refiere a proceder de una *Familia Integrada*, tenemos que el 10.7% de adolescentes, presentan un nivel de Depresión Moderado; y únicamente el 3.6% tiene un nivel de Depresión Moderado-Grave.

Por otro lado, al observar el tipo de familia *Desintegrada*, vemos que un total del 35.7% de adolescentes presenta un nivel de Depresión Moderado; siendo un 14.3% de estos, los que tienen un nivel de Depresión Leve; por otro lado, pero no menos importante, se muestra que el 3.6% de pacientes con *Familia Desintegrada*, presenta un nivel de Depresión Moderado-Grave.

CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN

En el presente trabajo de investigación se realizó un análisis teórico y estadístico respecto a la relación entre las variables ansiedad y depresión en adolescentes con familias integradas y desintegradas que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario Caminando Juntos de Baños del Inca, en la ciudad de Cajamarca. Estas variables, fueron de interés para la autora de este trabajo, debido a que la ansiedad y depresión en adolescentes es una problemática muy prevalente en la actualidad y la cual no solo se observa a nivel nacional e internacional, sino que también está presente en nuestra localidad. Frente a este problema, surge la importancia de tratar la ansiedad y depresión oportunamente y con el mayor soporte profesional posible, entendiendo que de no llevarse un tratamiento óptimo y adecuado a tiempo, podrían darse consecuencias irreparables frente a la vida de estos adolescentes.

El objetivo general buscó identificar la relación entre ansiedad y depresión en adolescentes de familias integradas y desintegradas que acuden al Centro de Salud Mental comunitario Caminando juntos de Baños del Inca entre enero a junio del 2024, en base al cual se hizo el recojo y análisis de datos, dando como resultado que en la población en estudio no se diagnostica a ningún adolescente con ambos trastornos, puesto que por el rango de edad y el seguimiento clínico de dichos pacientes, el Centro de Salud Caminando juntos de Baños del Inca, los agrupa en que únicamente presentan un tipo de enfermedad; pese a esto, se observa que sí existe una clara relación entre la población en estudio, en lo concerniente a su tipo de familia, lo cual permite encontrar una notoria relación entre el porcentaje de adolescentes que sufren ansiedad y depresión frente a si provienen de una familia desintegrada, o por el contrario, si proceden de una familia integrada.

Es interesante comparar estos resultados, con los obtenidos en la investigación de Jimenez, Lopes. (10); la cual se ha basado en las mismas variables, tomando como unidad de análisis a adolescentes de 5to de secundaria del colegio San Martín de Porres, Arequipa y proponiendo como objetivo el determinar la relación que existe entre ansiedad y depresión en adolescentes. Es así que los autores, encontraron como principal conclusión que existe una relación favorable de grado moderado entre las dos variables en estudio, que vienen a ser ansiedad y depresión, en los adolescentes de 5to de secundaria del colegio San Martín de Porres.

Así mismo, al contrastar los resultados obtenidos en este estudio, con lo encontrado por Oyola. (11), en su investigación titulada: “Ansiedad y depresión en adolescentes con familias integradas y desintegradas de Lima Centro”, podemos afirmar que existe similitud en los hallazgos con el presente estudio, ya que ellos encontraron que hay una correlación positiva y significativa entre la ansiedad de los adolescentes según familias integradas y desintegradas. Asimismo, se encontró correlación significativa entre la depresión y los adolescentes según familias integradas y desintegradas. Por otro lado, afirman que la depresión y ansiedad en adolescentes de familias integradas es menor al de adolescente de familia desintegrada de las instituciones educativas de Lima Centro. Esto a su vez coincide con los resultados de Morales, Bedolla. (9), en su artículo: Depresión y Ansiedad en Adolescentes: El papel de la Implicación Paterna; el cual afirma que existen indicadores de depresión y ansiedad en casi una tercera parte de la muestra de estudio, lo cual se relaciona en que cuanto más se involucra el padre en la crianza y cuidado de los hijos adolescentes, menores son los rasgos depresivos y de ansiedad en ellos, con ello resalta que el involucramiento afectivo del padre actúa como factor protector en los hijos, favoreciendo a potenciar estrategias de afrontamiento efectivas, a la vez de beneficiar el desarrollo de conductas saludables.

Estos datos encontrados, permiten afirmar la hipótesis planteada en la presente investigación, la cual viene a ser que: Existe relación directa entre ansiedad y depresión en adolescentes de familias integradas y desintegradas, siendo significativamente más alta en familias desintegradas.

Como primer objetivo específico, se buscó determinar los adolescentes con ansiedad con familia integrada que acuden al Centro de Salud Mental comunitario Caminando juntos de Baños del Inca. Lo cual podemos determinar por medio de la Tabla 6, en donde se observa que del total de pacientes con ansiedad atendidos en el Centro de Salud Metal “Caminando Juntos” (27 personas), el 40.7% proviene de una familia integrada; así mismo, para responder a este primer objetivo, la Tabla 13, nos permite afirmar que del total de adolescentes con ansiedad (27), los pacientes que manifiestan tener una Familia Integrada como tipo de familia, presentan en su mayoría un nivel de Ansiedad Leve (33.3%). Así mismo, también en lo que refiere a proceder de una Familia Integrada, tenemos que el 7.4% de adolescentes, presentan un nivel de Ansiedad Moderado.

Al contrastar estos resultados con el estudio de Oyola. (11), se puede afirmar que existe correlación positiva y significativa entre la ansiedad de los adolescentes según familias integradas. Asimismo, la ansiedad en adolescentes de familias integradas es menor al de adolescente de familia desintegrada.

El segundo objetivo específico, buscó identificar los adolescentes con ansiedad con familia desintegrada que acuden al Centro de Salud Mental comunitario Caminando juntos de Baños del Inca, durante el periodo de enero a junio del año 2024. Lo cual se analiza en las Tablas 6 y 13, en donde se observa que un 59.3% de los adolescentes en estudio provienen de una familia desintegrada; lo cual nos muestra que predomina en estos pacientes la presencia de una familia desintegrada (16). Asimismo, al observar el

tipo de familia Desintegrada, vemos que un total del 33.3% de adolescentes presenta un nivel de Ansiedad Leve; siendo un 22.2% de estos, los que tienen un nivel de Ansiedad Moderado; por otro lado, pero no menos importante, se muestra que el 3.7% de pacientes con Familia Desintegrada, presenta un nivel de Ansiedad Grave.

Estos resultados coinciden con lo manifestado por Morales, Bedolla. (9), en su trabajo investigativo, donde se afirma que cuanto más se involucra el padre en la crianza y cuidado de los hijos adolescentes, menores son los rasgos de ansiedad en ellos, con ello resalta que el involucramiento afectivo del padre actúa como factor protector en los hijos, favoreciendo a potenciar estrategias de afrontamiento efectivas, a la vez de beneficiar el desarrollo de conductas saludables.

Respecto al tercer objetivo específico, el cual buscó determinar los adolescentes con depresión con familia integrada que asisten al Centro de Salud Mental comunitario Caminando juntos de Baños del Inca. Lo cual podemos determinar por medio de la Tabla 19, en donde se observa que del total de adolescentes con depresión atendidos en el Centro de Salud Metal “Caminando Juntos” (28 personas), el 46.4% provienen de una familia integrada; así mismo, para responder a este tercer objetivo, la Tabla 26, nos permite afirmar que del total de adolescentes con depresión (28), los pacientes que manifiestan tener una Familia Integrada como tipo de familia, presentan en su mayoría un nivel de Depresión Leve (32.1%). Así como, también en lo que refiere a proceder de una Familia Integrada, tenemos que el 10.7% de adolescentes, presentan un nivel de Depresión Moderado; y únicamente el 3.6% tiene un nivel de Depresión Moderado-Grave. Esto tiene mucha similitud con lo hallado por Rodríguez, Salazar. (15), en su investigación enmarcada en la depresión, en la cual los resultados obtenidos mostraron que el 39% de adolescentes está dentro de un nivel normal de depresión; un 37.7% presentan depresión

leve; 17.7% tienen depresión moderada y un 5.6% manifiestan depresión severa.

Por último, en lo concerniente al cuarto objetivo específico, el cual plantea identificar a los adolescentes con depresión con familia desintegrada que asisten al Centro de Salud Mental comunitario Caminando juntos de Baños del Inca, de enero a junio del 2024. Se analiza en las Tablas 19 y 28, que un 53.6% tiene una familia desintegrada, lo cual nos muestra que predomina en los pacientes en estudio, la presencia de familias desintegradas (15). Asimismo, al observar el tipo de familia Desintegrada, vemos que un total del 35.7% de adolescentes presenta un nivel de Depresión Moderado; siendo un 14.3% de estos, los que tienen un nivel de Depresión Leve; por otro lado, pero no menos importante, se muestra que el 3.6% de pacientes con Familia Desintegrada, presenta un nivel de Depresión Moderado-Grave.

Estos resultados coinciden con lo manifestado por Oyola. (11), en su trabajo investigativo, donde mediante un análisis no experimental descriptivo, correlacional, se afirma que existe correlación significativa entre la depresión y los adolescentes según familias integradas y desintegradas. Por otro lado, depresión en adolescentes de familias desintegradas es mayor al de adolescentes de familias integradas.

CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES

1. La depresión y ansiedad en adolescentes de familias integradas es menor al de adolescentes de familias desintegradas que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario Caminando Juntos.
2. En su mayoría los adolescentes (59.3%) de los adolescentes con ansiedad provienen de una familia desintegrada.
3. En los adolescentes que proceden de familias desintegradas, un tercio de ellos se categorizan con cuadros de ansiedad moderado y grave.
4. Los adolescentes procedentes de familias integradas presentaron clasificación de depresión moderada y moderada- grave en un porcentaje bajo (14%), presentándose a nivel de familias desintegradas mayor cantidad de casos de depresión moderada y depresión moderada- grave (39%).

CAPÍTULO VIII: RECOMENDACIONES

1. Al Gobierno Peruano, por medio del Ministerio de Salud, los gobiernos locales y regionales, se recomienda sincerar el presupuesto destinado a los Centros y áreas encargadas de la salud mental, en base a líneas de investigación en Salud mental para que los sistemas de salud tengan sustento en priorizar las intervenciones. Promover mecanismos de acceso en salud individual y colectiva a través de un trabajo intersectorial vigilado por los Consejo Regional de Salud.
2. A los profesionales de la salud y especialmente a los que laboran en los Centros de Salud Mental, se recomienda enfatizar la población adolescente proveniente de familias desintegradas con trabajo en equipo e interdisciplinario, siendo muy importante el abordaje comunitario en las comunidades educativas para abordar a las familias.
3. El apoyo y soporte del entorno familiar o cuidadores directos más cercanos de los pacientes con depresión y/o ansiedad debe ser parte de una guía clínica de terapia.
4. Crear mecanismos de mayor accesibilidad física y sobre todo emocional a los adolescentes para priorizar su salud mental, regulando sus temores y emociones para lograr una ayuda médica o psicológica en esta etapa crítica del desarrollo humano para otorgarles herramientas cotidianas que logren tranquilidad en base a su autocuidado.

CAPÍTULO IX: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Schwaller F. La depresión y la ansiedad aumentan en todo el mundo [Internet]. Berlín: Made for Minds; 2022 [Citado 13 Nov 2023]. Disponible en: <https://www.dw.com/es/la-depresi%C3%B3n-y-la-ansiedad-aumentan-en-todo-el-mundo/a-63398425>.
2. National Institute of Mental Health. ¿Qué es la depresión? [Internet]. Estados Unidos: National Institute of Mental Health; 2021 [Citado 13 Nov 2023]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression-sp>
3. Ministerio de Salud. Salud mental: ¿Cómo detectar y superar la ansiedad? [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2023 [Citado 15 Nov 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/696706-salud-mental-como-detectar-y-superar-la-ansiedad>
4. Ministerio de Salud. Día Mundial de Lucha Contra la Depresión [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2022 [Citado 15 Nov 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/688484-dia-mundial-de-lucha-contra-la-depresion-en-el-2022-el-minsa-atendio-mas-de-240-000-casos-en-sus-diferentes-establecimientos-de-salud>
5. Huari H. y Rivera J. Habilidades sociales y depresión en adolescentes del quinto de secundaria de la Institución Educativa Emblemática Mariscal Castilla, El Tambo 2020 [Tesis para optar el grado de licenciado en Psicología]. Huancayo: Universidad Peruana los Andes; 2020. Disponible en:

[https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/1889/TESIS%20FINA
L.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/1889/TESIS%20FINA%20L.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

6. Osorio C. Modelo relacional: Sentido de vida, optimismo y trascendencia y su vínculo con ansiedad o depresión en adolescentes y jóvenes [Tesis para optar el grado de Doctor]. Bogotá: Universidad Católica de Colombia; 2021. Disponible en: <https://repository.ucatolica.edu.co/server/api/core/bitstreams/4cb2fe07-d7cc-4de4-a1f7-05c393616957/content>
7. Serpa E. y Cornejo M. Prevalencia de la ansiedad y su relación con los factores sociodemográficos en adolescentes del Colegio Luis Monsalve Pozo, período 2021 – 2022 [Tesis para optar el grado de licenciado en Psicología]. Cuenca: Universidad Politécnica Salesiana; 2022. Disponible en: <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/22648/1/UPS-CT009798.pdf>
8. Vallenilla E. La relación entre flexibilidad psicológica y la ansiedad y depresión en adolescentes: una revisión sistemática y metaanálisis [Tesis para optar el grado de Máster]. España: Universidad Pontificia Comillas; 2022. Disponible en: [https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/66328/TFM%20Valle
nilla%20Castaneda%2c%20Eugenia.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/66328/TFM%20Vallenilla%20Castaneda%2c%20Eugenia.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
9. Morales M. y Bedolla L. Depresión y Ansiedad en Adolescentes: El papel de la Implicación Paterna [Publicación periódica en línea] 2022. Enero [Citado 22 Nov 2023]; 9 (17): [20 pp.]. Disponible en: <http://cagi.org.mx/index.php/CAGI/article/view/251/484https://repositorio.comillas.e>

du/xmlui/bitstream/handle/11531/66328/TFM%20Vallenilla%20Castaneda%2c%20Eugenia.pdf?sequence=1&isAllowed=y

10. Jimenez L. y Lopes J. Ansiedad y depresión en adolescentes de 5to de secundaria del colegio San Martín de Porres, Arequipa 2021 [Tesis para optar el grado de Licenciado]. Ica: Universidad Autónoma de Ica; 2021. Disponible en: <http://repositorio.autonmadeica.edu.pe/bitstream/autonmadeica/1852/1/Liset%20Janet%20Jimenez%20Tineo.doc.pdf>
11. Oyola P. Ansiedad y depresión en adolescentes con familias integradas y desintegradas de Lima Centro [Tesis para optar el grado de Magíster en Psicología]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2021. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/17680/Oyola_vp.pdf?sequence=1&isAllowed=y
12. Ramírez A. Prevalencia de la ansiedad y depresión en adolescentes entre los 13 y 17 años de la I. E. 3080 Perú-Canadá del distrito de los Olivos desde el mes de enero a septiembre del 2022 [Tesis para optar el grado de Licenciado]. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2022. Disponible en: http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/7054/UNFV_Abrego_Ramirez_Ariana_Titulo_profesional_2023.pdf?sequence=1&isAllowed=y
13. Diaz R. La Depresión y Ansiedad en Adolescentes de una Universidad de Cajamarca 2021 [Tesis para optar el grado de Licenciado en Psicología]. Cajamarca: Universidad Privada del Norte; 2021. Disponible en:

<https://repositorio.upn.edu.pe/bitstream/handle/11537/30716/Tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

14. Goicochea L. Depresión en estudiantes de Pregrado de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Cajamarca, 2023 [Tesis para optar el grado de Médico Cirujano]. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca; 2023. Disponible en:

https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/5701/T016_71874958_T.pdf?sequence=1

15. Rodríguez E. y Salazar L. Niveles de Depresión en Adolescentes de una Institución Educativa Estatal de Mujeres de Cajamarca [Tesis para optar el grado de Licenciado en Psicología]. Cajamarca: Universidad Privada “Antonio Guillermo Urrulo”; 2018. Disponible en:

<http://65.111.187.205/bitstream/handle/UPAGU/688/TESIS%20NIVELES%20DE%20DEPRESI%c3%93N%20EN%20ADOLESCENTES%20DE%20UNA%20INSTITUCI%c3%93N%20EDUCATIVA%20ESTATAL%20DE%20MUJERES%20DE%20CAJAMARCA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

16. Puerta V. La ansiedad en la historia [Internet]. Madrid: Fundación AMADAG; 2018 [Citado 05 Dic 2023]. Disponible en: <https://amadag.com/la-ansiedad-en-la-historia/>

17. Biblioteca Virtual en Salud Honduras. El trastorno de Ansiedad [Internet]. Honduras: Biblioteca Virtual en Salud; 2020 [Citado 05 Dic 2023]. Disponible en: <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>

18. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales. Arlington: Asociación Americana de Psiquiatría; 2014. Disponible en: <https://www.federaciocatalanatdah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manualdiagnosticoyestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf>
19. Martínez M. y López D. Trastornos de ansiedad [Publicación periódica en línea] 2011. Julio [Citado 08 Dic 2023]; 44 (3): [7 pp.]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2011/nnp113d.pdf>
20. Garrido M. Terapéutica en Atención Primaria: Manejo de la ansiedad en Atención Primaria [Publicación periódica en línea] 2008. Octubre [Citado 10 Dic 2023]; 34 (8): [4 pp.]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-terapeutica-atencion-primaria-manejo-ansiedad-13127219>
21. García D. Depresión en el siglo XX: concepción y tratamientos [Tesis para optar el grado de Licenciado en Psicología]. Bogotá: Universidad del Rosario; 2017. Disponible en: <https://repository.urosario.edu.co/server/api/core/bitstreams/5e090760-3cec-423b-a8fd-80c60851992f/content>
22. Navas W. y Vargas M. Abordaje de la depresión: Intervención en crisis [Publicación periódica en línea] 2012. Febrero [Citado 12 Dic 2023]; 26 (2): [16 pp.]. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v26n2/art3.pdf>

23. American Psychiatric Association. Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5TM. Arlington: Asociación Americana de Psiquiatría; 2013. Disponible en: <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
24. Ministerio de Salud. Módulo de Atención Integral en Salud mental: La Depresión [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2005 [Citado 15 Dic 2023]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/208_PROM14.pdf
25. Vergel J. y Barrera M. Manejo del trastorno depresivo ¿Qué tratamiento elegir? [Publicación periódica en línea] 2021. Mayo [Citado 16 Dic 2023]; 27 (1). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-06672021000100085
26. Interpsiquis. Definición de Neurosis [Internet]. Interpsiquis: Psiquiatría y Psicología en Internet; 2013 [Citado 18 Dic 2023]. Disponible en: <https://psiquiatria.com/glosario/neurosis>
27. Instituto Nacional del Cáncer. Definición de Pánico [Internet]. Estados Unidos: Instituto Nacional del Cáncer; 2018 [Citado 18 Dic 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/panico>
28. Clínica Universidad de Navarra. Diccionario Médico [Internet]. Madrid: Clínica Universidad de Navarra; 2023 [Citado 18 Dic 2023]. Disponible en:

<https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/fobia-griego-phobos-temor>

29. Instituto Nacional del Cáncer. Definición de Estrés [Internet]. Estados Unidos: Instituto Nacional del Cáncer; 2018 [Citado 18 Dic 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/estres>
30. Kadaoui M., Molina M. y Gómez D. Enfoque y manejo de la tartamudez [Publicación periódica en línea] 2015. Enero [Citado 20 Dic 2023]; 17 (65). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322015000100011#:~:text=La%20tartamudez%20o%20disfemia%20es,entre%20sonidos%20y%20palabras1.
31. Top Doctors Colombia. Definición de Frustración [Internet]. Colombia: Top Doctors; 2020 [Citado 20 Dic 2023]. Disponible en: <https://www.topdoctors.com.co/diccionario-medico/frustracion/>
32. Organización Mundial de la Salud. Trastornos de ansiedad [Internet]. Estados Unidos: Organización Mundial de la Salud; 2023 [Citado 25 Dic 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders#:~:text=Datos%20y%20cifras%201%20Los%20trastornos%20de%20ansiedad,eficaces%20para%20este%20tipo%20de%20trastornos.%20Más%20elementos>
33. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. La Depresión: Información para pacientes, familiares y allegados [Internet]. España: Ministerio de Sanidad, Servicios

Sociales e Igualdad; 2014 [Citado 25 Dic 2023]. Disponible en:
<https://feafesgalicia.org/img/documentacion/guias/La-depresion-Informacion-para-pacientes-y-allegados.pdf>

34. De la Cerda M, Riquelme H. eprints.uanl.mx. [Internet].; 2020 [Citado 27 Febrero 2025]. Disponible en:
<http://eprints.uanl.mx/7577/1/Tipo%20de%20Familias%20con%20PCI-INA.pdf>.

CAPÍTULO X: ANEXOS
ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

MATRIZ DE CONSISTENCIA									
Título del proyecto: Prevalencia de Ansiedad y Depresión en adolescentes que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario Caminando Juntos de Baños del Inca, Enero – Junio 2024.									
Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Fuentes o instrumentos de recolección de datos	Nivel o tipo de investigación	Muestra y población
¿Existe relación entre la ansiedad y la depresión en los adolescentes con integración o desintegración familiar que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario Caminando Juntos de Baños del	General: - Identificar la relación entre ansiedad y depresión en adolescentes de familias integradas y desintegradas que acuden al Centro de Salud Mental	Hipótesis de investigación: Existe relación directa entre ansiedad y depresión en adolescentes de familias integradas y desintegradas, siendo	Variable 1: Ansiedad.	La ansiedad es un trastorno que suele manifestarse e por medio del miedo y preocupación de manera intensa y excesiva. Estos sentimientos suelen ir acompañados de tensión	-Tensión física. -Síntomas conductuales. -Síntomas cognitivos.	-Número de adolescentes que tienen sensaciones físicas ansiosas. -Número de adolescentes con cambios en su conducta. -Porcentaje de adolescentes con pensamientos negativos.	-Análisis documental.	- Correlacional. - Transversal.	Adolescentes entre el rango de edades de 12 a 18 años, que se encuentran diagnosticados con ansiedad y depresión, y que asisten al Centro de Salud Mental Comunitario

Inca entre enero a junio del 2024?	comunitario Caminando juntos de Baños del Inca entre enero a junio del 2024.	significativamente más alta en familias desintegradas.		física y otros síntomas conductuales y cognitivos. Son difíciles de controlar, pueden durar mucho tiempo, interfieren en las actividades de la vida cotidiana y pueden deteriorar la vida familiar, social y escolar o laboral de una persona (32).						“Caminando juntos” de Baños del Inca.
------------------------------------	--	--	--	---	--	--	--	--	--	---------------------------------------

	<p>Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar los adolescentes con ansiedad con familia integrada que acuden al Centro de Salud Mental comunitario Caminando juntos de Baños del Inca, Enero – Junio 2024. - Identificar los adolescentes con 	<p>Hipótesis nula: No existe relación directa entre ansiedad y depresión en adolescentes de familias integradas y desintegradas, siendo significativamente baja en familias desintegradas.</p>	<p>Variable 2: Depresión.</p>	<p>La depresión es un trastorno mental del estado de ánimo, caracterizado por una tristeza profunda y pérdida de interés general por las cosas de forma mantenida. Es muy frecuente en el mundo y está caracterizada por cambios en el ánimo con</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cambios emocionales. - Cambios físicos. - Cambios conductuales. 	<ul style="list-style-type: none"> -Número de adolescentes que manifiestan tener tristeza profunda. -Número de adolescentes que no tienen interés por su cuidado físico. -Porcentaje de adolescentes que consumen sustancias psicoactivas. 	<p>-Análisis documental.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Correlacional. - Transversal. 	

	<p>ansiedad con familia desintegrada que acuden al Centro de Salud Mental comunitario Caminando juntos de Baños del Inca, Enero – Junio 2024.</p> <p>- Determinar los adolescentes con depresión con familia</p>			<p>síntomas cognitivos, físicos y del comportamiento. La depresión suele asociarse a muchas causas, las cuales pueden ser genéticas, biológicas, psicológicas, sociales y ambientales (33).</p>					
--	--	--	--	---	--	--	--	--	--

	<p>integrada que asisten al Centro de Salud Mental comunitario Caminando juntos de Baños del Inca, Enero – Junio 2024.</p> <p>- Identificar los adolescentes con depresión con familia desintegrada que asisten al Centro de Salud Mental comunitario Caminando juntos de</p>		<p>Variable 3: Tipo de familia</p>	<p>Tipo de familia se define como un grupo de dos o más personas que viven juntas y relacionadas unas con otras por lazos consanguíneos, de matrimonio o adopción y que ejercen interacción recíproca porque saben que existen ellos y se consideran unidad. Que</p>	<p>- Integrada - Desintegrada</p>	<p>-Número de adolescentes provenientes de familias integradas. -Número de adolescentes provenientes de familias desintegradas</p>	<p>-Análisis documental.</p>	<p>- Correlacional - Transversal.</p>	
--	---	--	--	--	---------------------------------------	--	------------------------------	---	--

	Baños del Inca, Enero – Junio 2024.			según su integración se clasifican en integradas y desintegradas (34).					
--	-------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--

ANEXO 2: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ANÁLISIS DOCUMENTAL SOBRE: “RELACIÓN ENTRE ANSIEDAD Y
 DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES CON FAMILIAS INTEGRADAS Y
 DESINTEGRADAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD MENTAL
 COMUNITARIO CAMINANDO JUNTOS DE BAÑOS DEL INCA, ENERO – JUNIO
 2024”

FICHA DE INFORMACIÓN	
VARIABLE	ANSIEDAD
FECHA	
NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA	
GÉNERO (Marcar con una X)	Femenino () Masculino ()
EDAD	
LUGAR DE PROCEDENCIA (provincia, distrito, centro poblado, etc.)	
GRADO DE INSTRUCCIÓN /NIVEL DE ESCOLARIDAD (Marcar con una X)	Ninguno ()
	Educación Inicial ()
	Primaria incompleta ()
	Primaria completa ()
	Secundaria incompleta ()
PERSONAS CON LAS QUE VIVE (Puede marcar varias opciones)	Secundaria completa ()
	Madre ()
	Padre ()
	Hermanos ()
	Hijos ()
TIPO DE FAMILIA	Abuelos ()
	Otros ()
TIPO DE FAMILIA	Integrada ()
	Desintegrada ()
INTERACCIÓN FAMILIAR	Armoniosa ()
	Conflictiva ()
	Inestable ()

SOPORTE FAMILIAR ACTUAL	Deficiente ()
	Sin red ()
	Con red ()
FRECUENCIA CON LA QUE ASISTE AL CENTRO DE SALUD MENTAL (Marcar con una X)	Semanalmente ()
	Quincenalmente ()
	Mensualmente ()
	Trimestralmente ()
NIVEL DE ANSIEDAD	Leve ()
	Moderado ()
	Grave ()
¿ESTÁ RECIBIENDO TRATAMIENTO PSICOLÓGICO O PSIQUIÁTRICO ACTUALMENTE? (Marcar con una X)	Sí ()
	No ()
¿CONSUME ALGÚN TIPO DE SUSTANCIA PSICOACTIVA? (Marcar con una X)	Sí ()
	No ()
SI LA RESPUESTA A LA ANTERIOR PREGUNTA FUE SÍ, ¿CUÁL SUSTANCIA PSICOACTIVA CONSUME?	

FICHA DE INFORMACIÓN	
VARIABLE	DEPRESIÓN
FECHA	
NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA	
GÉNERO (Marcar con una X)	Femenino () Masculino ()
EDAD	
LUGAR DE PROCEDENCIA (provincia, distrito, centro poblado, etc.)	
GRADO DE INSTRUCCIÓN /NIVEL DE ESCOLARIDAD (Marcar con una X)	Ninguno ()
	Educación Inicial ()
	Primaria incompleta ()
	Primaria completa ()
	Secundaria incompleta ()
	Secundaria completa ()
PERSONAS CON LAS QUE VIVE (Puede marcar varias opciones)	Madre ()
	Padre ()
	Hermanos ()
	Hijos ()
	Abuelos ()
	Otros ()
TIPO DE FAMILIA	Integrada ()
	Desintegrada ()
INTERACCIÓN FAMILIAR	Armoniosa ()
	Conflictiva ()
	Inestable ()
SOPORTE FAMILIAR ACTUAL	Deficiente ()
	Sin red ()
	Con red ()
FRECUENCIA CON LA QUE ASISTE AL CENTRO DE SALUD MENTAL (Marcar con una X)	Semanalmente ()
	Quincenalmente ()
	Mensualmente ()
	Trimestralmente ()
NIVEL DE DEPRESIÓN	Leve ()
	Moderado ()
	Moderado – grave ()

	Severo ()
¿ESTÁ RECIBIENDO TRATAMIENTO PSICOLÓGICO O PSIQUIÁTRICO ACTUALMENTE? (Marcar con una X)	Sí ()
	No ()
¿CONSUME ALGÚN TIPO DE SUSTANCIA PSICOACTIVA? (Marcar con una X)	Sí ()
	No ()
SI LA RESPUESTA A LA ANTERIOR PREGUNTA FUE SÍ, ¿CUÁL SUSTANCIA PSICOACTIVA CONSUME?	

