UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

ESCUELA DE POSGRADO

RELACION ENTRE DISFUNCION FAMILIAR Y ANSIEDAD EN ADOLESCENTES DEL PROGRAMA EVAJ DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA 2022.

Tesis para optar el grado académico de

MAESTRO EN SALUD PÚBLICA

ELIZABETH, DEL AGUILA CARDENAS

Pucallpa, Perú

2023

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

ANEXO Nº 4

ACTA DE DEFENSA DE TESIS O TRABAJO DE INVESTIGACION PARA OBTENCION DEL GRADO DE MAESTRO O MAESTRO EN CIENCIAS

En la Sala de grados de la Universidad Nacional de Ucayali siendo las 9:00 horas, del día 19 de OCTUBRE, ante el **Jurado** de Tesis o trabajo de investigación constituido por :

DRA: OTILIA HERNANDEZ PANDURO Presidente

DRA: LLESCA SORIA RAMIREZ Secretario

MG. ARTURO YUPANQUI VILLANUEVA Vocal

El aspirante al **GRADO DE MAESTRO O MAESTRO EN CIENCIAS** en:

SALUD PUBLICA

Mención:

Don(ña) ELIZABETH DEL AGUILA CARDENAS

Procedió al acto de Defensa:

a. Con la exposición de la tesis o trabajo de investigación, titulada:

"RELACION ENTRE DISFUNCION FAMILIAR Y ANSIEDAD EN ADOLESCENTES DEL PROGRAMA GUAJ DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA 2022"

b. Respondiendo las preguntas formuladas por los miembros del Jurado y público asistente.

Concluido el acto de defensa, cada miembro del Jurado procedió a la evaluación del aspirante a Maestro, teniendo presente los criterios siguientes:

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

a) Presentación personal
b) Exposición: el problema a resolver, hipótesis, objetivos, resultados, conclusiones, los aportes, contribución a la ciencia y/o solución a un problema social y Recomendaciones
c) Grado de convicción y sustento bibliográfico utilizados para las respuestas a las interrogantes del Jurado y público asistente
d) Dicción y dominio de escenario

Así mismo, el Jurado plantea a la tesis o trabajo de investigación **las observaciones** siguientes:

.....
.....
.....
.....
.....

Obteniendo en consecuencia el Maestrista la **Nota** de....18.....(DIECIOCHO)

Equivalente a .....APROBADO....., por lo que se recomienda .....

(aprobado ó desaprobado)

Los miembros del Jurado, firman el presente **ACTA** en señal de conformidad, en Pucallpa, siendo las..10:00.... horas del ..19.. de .....OCTUBRE..... del 20.23.

PRESIDENTE

SECRETARIO

VOCAL

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

DIRECCIÓN DE PRODUCCIÓN INTELECTUAL

CONSTANCIA

ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Nº **V/0577-2023**.

La Dirección de Producción Intelectual de la Universidad Nacional de Ucayali, hace constar por la presente, que el trabajo académico de investigación, titulado:

"**RELACIÓN ENTRE DISFUNCIÓN FAMILIAR Y ANSIEDAD EN ADOLESCENTES DEL PROGRAMA EVAJ DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA 2019**"

Autor(es)	:	**ELIZABETH DEL AGUILA CARDENAS**
Escuela	:	**De Posgrado**
Maestría	:	**Maestro en Salud Pública**
Asesor(a)	:	**Dra. freysi lilian ling villacrez**

Presenta un **porcentaje de similitud de 8%,** verificado en el Sistema Antiplagio URKUND/OURIGINAL,
De acuerdo a los criterios de porcentaje establecidos en el artículo 9 de la DIRECTIVA DE USO DEL SISTEMA ANTIPLAGIO, el cual indica que todo trabajo de investigación no debe superar el 10%. **En tal sentido, se declara, que el presente trabajo de investigación: SI Contiene un porcentaje aceptable de similitud,** procediéndose a emitir la presente Constancia de Originalidad de Trabajo de Investigación (COTI) a solicitud del asesor.
En señal de conformidad se firma y sella el presente documento.

Fecha: 27/09/2023

Mg. JOSÉ MANUEL CÁRDENAS BERNAOLA
Director de Producción Intelectual

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

DIRECCIÓN DE PRODUCCIÓN INTELECTUAL

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN

Repositorio de la Universidad Nacional de Ucayali

Yo, Elizabeth del Aguila Cardenas

Autor de la tesis titulada: Relación disfuncional familiar y ansiedad en adolescentes del Programa EVAJ del Hospital Regional de Pucallpa 2022

Sustentada el año: 2023

Asesor(a): Dra. Freysi Lilian Ling Villacrez

Escuela de Posgrado

Maestría: Salud Pública

Mención:

Autorizo la publicación:

PARCIAL [ ] TOTAL [X]

De mi trabajo de investigación en el Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de Ucayali (www.repositorio.unu.edu.pe), bajo los siguientes términos:

Primero: Otorgo a la Universidad Nacional de Ucayali licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público en general mi tesis (incluido el resumen) a través del Repositorio Institucional de la UNU, en formato digital sin modificar su contenido, en el Perú y en el extranjero; por el tiempo y las veces que considere necesario y libre de remuneraciones.

Segundo: Declaro que la tesis es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, por tanto, me encuentro facultado a conceder la presente autorización, garantizando que la tesis no infringe derechos de autor de terceras personas, caso contrario, me hago único(a) responsable de investigaciones y observaciones futuras, de acuerdo a lo establecido en el estatuto de la Universidad Nacional de Ucayali, la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria y el Ministerio de Educación.

En señal de conformidad firmo la presente autorización.

Fecha: 19 / 10 / 2023

Email: elizabethdelaguilacardenas@gmail.com Firma:

Teléfono: 942 610 405 DNI: 41028117

DEDICATORIA

A mi esposo, quien ha sido mi fortaleza y mi fuente constante de apoyo. Su paciencia, aliento y amor incondicional han sido mi inspiración en cada paso de este emocionante viaje académico.

A mis queridos hijos Giordano y Stefano, quienes me han recordado la importancia de equilibrar el trabajo y la dedicación con el tiempo para la familia. Que esta dedicación les inspire a perseguir sus sueños con pasión y determinación.

A mis padres, cuyo amor, sacrificio y creencia en mi han sido la base de mi crecimiento y éxito.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, quiero agradecer a mi asesora académica, Dra. Freysi Lilian Ling Villacrez, por su invaluable orientación a lo largo de todo el proceso de investigación. Sus conocimientos expertos y su disposición para compartir ideas han sido fundamentales para dar forma a mi tesis de manera efectiva.

A mis profesores y mentores, quienes han dejado una profunda huella en mi formación académica. Sus enseñanzas y comentarios críticos me impulsaron a ir más allá de mis límites y a explorar nuevas perspectivas.

A mi familia por su inquebrantable apoyo emocional y comprensión durante este viaje académico. Sus palabras de aliento y paciencia constante me dieron la fortaleza necesaria para superar los momentos difíciles.

A la Universidad Nacional de Ucayali por abrirme las puertas y brindarme las herramientas necesarias para afrontar esta hermosa carrera.

La autora.

RESUMEN

El estudio de esta investigación tiene como finalidad de determinar la relación que existe entre disfunción familiar y ansiedad en adolescentes del programa EVAJ del Hospital Regional de Pucallpa, 2019. En una población de 100 adolescentes del programa etapa vida adolescente y joven (EVAJ) y la muestra de 45 adolescentes, la metodología fue diseño no experimental, de tipo observacional, prospectivo, transversal nivel descriptivo correlacional, para la recolección de datos se aplica como instrumento la Escala FACE III y Autoevaluación de la Ansiedad de Zun. La técnica utilizada en este estudio es la encuesta, el análisis y el procesamiento de la información se realizará utilizando una hoja de cálculo Excel, y para la presentación de los datos se analizaran con el software estadístico SPSS versión 24.0, y se realizará un reporte, en tablas simples y de doble entrada, obteniendo como resultados de la relación entre disfunción familiar y ansiedad en adolescentes del programa EVAF del Hospital Regional de Pucallpa el 44.4% están en un nivel severo de disfunción familiar, 37.8% están en el nivel moderado, 15.6% están en un nivel grave y 2.2% se encuentran en un nivel normal; 42.2% de los casos tienen un nivel severo de disfunción familiar y ansiedad normal, 31.1% presentan un nivel moderado de disfunción familiar y ansiedad normal, 15.6% muestran un nivel grave en disfunción familiar y ansiedad normal y 2.2% se encuentran en un nivel normal tanto en disfunción familiar como en ansiedad.

Palabras clave: Disfunción familiar, ansiedad, cohesión, adaptabilidad.

ABSTRACT

The study of this research aims to determine the relationship between family dysfunction and anxiety in adolescents from the EVAJ program of the Regional Hospital of Pucallpa, 2019. In a population of 100 adolescents from the adolescent and young life stage program (EVAJ) and the sample of 45 adolescents, the methodology was a non-experimental design, observational, prospective, cross-sectional descriptive correlational level, for data collection the FACE III Scale and Zun's Self-assessment of Anxiety are applied as an instrument. The technique used in this study is the survey, the analysis and processing of the information will be carried out using an Excel spreadsheet, and for the presentation of the data they will be analyzed with the statistical software SPSS version 24.0, and a report will be made. In simple and double entry tables, obtaining as results of the relationship between family dysfunction and anxiety in adolescents of the EVAF program of the Regional Hospital of Pucallpa, 44.4% are at a severe level of family dysfunction, 37.8% are at the moderate level, 15.6 % are at a serious level and 2.2% are at a normal level; 42.2% of the cases have a severe level of family dysfunction and normal anxiety, 31.1% present a moderate level of family dysfunction and normal anxiety, 15.6% show a severe level of family dysfunction and normal anxiety, and 2.2% are at a normal level. both in family dysfunction and in anxiety.

Keywords. Family dysfunction, anxiety, cohesion, adaptability.

INTRODUCCIÓN

La relación entre la disfunción familiar y los niveles de ansiedad en adolescentes es un tema de creciente importancia en el ámbito de la salud mental. Los adolescentes, en una etapa de transición marcada por cambios físicos, emocionales y sociales, son particularmente vulnerables a los impactos del entorno familiar en su bienestar psicológico. En este contexto, el Hospital Regional de Pucallpa se convierte en un escenario relevante para explorar esta relación y sus implicaciones.

La disfunción familiar se refiere a los desafíos y tensiones en la dinámica, comunicación y relaciones dentro del núcleo familiar. Los adolescentes que enfrentan disfunciones en su entorno familiar pueden experimentar un estrés significativo, lo que a su vez puede influir en su salud mental. La ansiedad, una respuesta emocional natural ante situaciones de estrés, puede convertirse en un problema cuando se vuelve persistente y perjudicial, interfiriendo en el funcionamiento diario y en la calidad de vida.

El Hospital Regional de Pucallpa, como institución de atención médica, desempeña un papel crucial en el abordaje integral de la salud de los adolescentes de la región. Comprender la relación entre la disfunción familiar y los niveles de ansiedad en estos jóvenes puede permitir a los profesionales de la salud desarrollar estrategias de intervención más efectivas y personalizadas. Además, esta investigación puede aportar conocimientos valiosos para el diseño de programas de prevención y apoyo dirigidos a adolescentes y sus familias.

En esta investigación, se busca analizar la prevalencia de la disfunción

familiar en los adolescentes atendidos en el Hospital Regional de Pucallpa y examinar cómo esta se relaciona con los niveles de ansiedad que presentan. A través de un enfoque multidisciplinario que involucre a psicólogos, médicos y otros profesionales de la salud, se pretende identificar patrones y factores de riesgo específicos que permitan abordar de manera temprana y efectiva las necesidades de los adolescentes en términos de salud mental y bienestar emocional.

El estudio de investigación está estructurado en 5 capítulos:

CAPÍTULO I: Se refiere al problema de investigación en la que se detalla la realidad dentro del contexto internacional, nacional y local, con el fin de entender y comprender los problemas en Salud Mental y los problemas en la familia y la implicancia en la salud Publica. Asimismo, se justifica metodológicamente las variables de esta investigación, se plantea el problema general, los problemas específicos; el objetivo general, los objetivos específicos, la Hipótesis general, hipótesis específicas, la justificación e importancia, la viabilidad y las limitaciones que se presentan en el desarrollo de este estudio.

CAPÍTULO II: Se desarrolla el marco teórico, donde se describen los antecedentes de las variables en estudio, bases teóricas, definiciones conceptuales y las bases epistémicas.

CAPÍTULO III: En este capítulo, se describe el tipo de investigación, el diseño y esquema de la investigación, población y muestra, los instrumentos de recolección de datos, las técnicas de recojo, procesamiento y presentación de datos, aspectos bioéticos.

CAPÍTULO IV: Hace referencia a los resultados encontrados en la investigación mediantetablas, donde se describen e interpretan cada una de las tablas ellas con la ayuda de la estadística de distribuciones de frecuencias.

CAPÍTULO V: Se describen las discusiones de resultados y se hace la constatación de los resultados del trabajo de investigación con los antecedentes internacionales, nacionales y locales.

Finalmente, se presenta las conclusiones, sugerencias, cronogramas, presupuesto, las referencias bibliográficas consultadas y los anexos utilizados en la investigación

INDICE

Pág.

DEDICATORIA……iv

ARADECIMIENTO……vii

RESUMEN ..... ……viii

ABSTRACT vi

ÍNDICE DE TABLAS..... xiii

CAPÍTULO I 1

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN 1

1.1. Descripción del problema. 1

1.2. Formulación del problema. 3

1.2.1. Problema general. 3

1.2.2. Problemas específicos. 3

1.3. Objetivo General y objetivos específicos. 4

1.3.1. Objetivo general. 4

1.3.2. Objetivos específicos..... 4

1.4. Hipótesis y/o sistema de hipótesis..... 4

1.4.2 Hipótesis específicas..... 4

1.5. Variables. 5

1.6. Justificación e importancia..... 7

1.7. Viabilidad. 7

1.8. Limitaciones 8

CAPÍTULO II……7

MARCO TEÓRICO 9

2.1. Antecedentes..... 9

2.2. Bases teóricas. 20

2.5. Bases epistémicas..... 42

CAPÍTULO III……..…32

MARCO METODOLÓGICO..... 43

3.1. Tipo de investigación…. 32

3.2. Diseño y esquema de la investigación..... 32

3.3. Población y muestra. 44

3.4. Instrumentos de recolección de datos 46

3.4.1 Instrumentos..... 46

3.5. Técnicas de recojo, procesamiento y presentación de datos. 52

3.5.1. Procesamiento y presentación de datos..... 52

CAPÍTULO IV RESULTADOS 53

CAPÍTULO V 59

DISCUSION DE RESULTADOS 59

CONCLUSIONES..... 62

SUGERENCIAS 63

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS 64

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Cuadro de operacionalización de variables……..……..6

Tabla 2. Disfunción familiar de los adolescentes del programa EVAJ, 2022……53

Tabla 3. Disfunción familiar y niveles de ansiedad en adolescentes del programa EVAJ, 2022……..…….54

Tabla 4. Niveles de cohesión y niveles de ansiedad en adolescentes del programa EVAJ, 2022…….....55

Tabla 5. Niveles de adaptabilidad y niveles de ansiedad en adolescentes del programa EVAJ, 2022…….…56

Tabla 6 pruebas del Chi cuadrado para asociación significativa.....57

Tabla 7. Pruebas del Chi cuadrado para evidencia…….…….....…58

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción del problema.

Según la OMS, refiere que 300 millones de personas en el mundo padecen de trastornos de ansiedad al año y al menos 4 de 100 habitantes padecen de ansiedad. Boix L. (1) En la Unión Europea al menos 60 millones de personas sufren de ansiedad anualmente, mientras que en Estados Unidos, el país con el nivel más elevado, 8 de cada 100 norteamericanos padece este trastorno.

Gudiño A. Milenio (2). En un estudio realizado en México señala el incremento de 75% en los casos de ansiedad en los últimos 5 años, debido a factores externos como los altos índices de delincuencia, contaminación, economía, entorno y laboral. Asimismo, de cada 10 personas 7.5 ya padecen ansiedad.

Piazza M, Fiestas F. (3) En el Perú 13 de cada 100 personas residentes de Lima, Arequipa, Huancayo, Iquitos y Tacna presentaron trastornos mentales en los últimos doce meses. Siendo la ansiedad con mayor frecuencia durante el último año y los trastornos más prevalentes en los últimos 12 meses fueron la fobia específica (4,6%); el trastorno depresivo mayor (2,7%); el trastorno explosivo intermitente (1,9%); y el abuso de alcohol (1,5%). Asimismo, se encontró que el 90% de las personas no llegan a acceder a tratamiento por un profesional de salud.

Esslaud. Seguro social de salud (4) En Ucayali el 70% sufren de ansiedad, y por consiguiente es una de las principales afecciones que aquejan a las

personas, por otra parte, llegando a un total de 700 paciente atendidos al mes. Asimismo, los que acuden con mayor frecuencia son personas de 30 a 50 años de edad, padeciendo una serie de síntomas o trastornos como ansiedad, pérdida del sueño, preocupación, olvido de las cosas y dolores intensos de cabeza.

En el Hospital Regional de Pucallpa la ansiedad en adolescentes es el principal motivo de consulta en Salud Mental del Hospital Regional de Pucallpa, debido a que presentan problemas de síntomas afectivos; intranquilidad, temor, angustia, aprensión, como también síntomas somáticos; temblores de miembros superiores e inferiores, debilidad, vértigos, disneas, etc.

Asimismo, los adolescentes con niveles de ansiedad muy alto se muestran, perfeccionistas, inseguros, necesitan la aprobación de otros, son dependientes de una persona adulta por lo cual existen causas que con llevan a los adolescentes a tener un desequilibrio del estado emocional debido a la separación de sus padres, violencia familia, temor a que les suceda algo, problemas económicos. Y por lo tanto la ansiedad prolongada por mucho más tiempo tiene serias consecuencias como padecer de trastornos psicológicos como; depresión, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de pánico.

Cabe mencionar la mayor parte de los problemas que se dan principalmente están relacionados con la agresión física, la falta o poca comunicación problemas familiares o alcoholismos.

Con respeto a la disfunción familiar se encuentra en todos los niveles

socioeconómicos y como factor determinante en los hogares, se caracteriza por conductas des adaptativas, conflictos, abuso físico y psicológico, asimismo teniendo una trascendencia en un estilo de vida desequilibrada y repercutiendo en los adolescentes.

1.2. Formulación del problema.

1.2.1. Problema general.

¿Qué relación existe entre disfunción familiar y niveles de ansiedad en adolescentes del programa EVAJ, del Hospital Regional de Pucallpa del Hospital Regional de Pucallpa, 2022?

1.2.2. Problemas específicos.

- ¿Qué relación existe entre cohesión familiar y ansiedad en adolescentes del programa EVAJ, del Hospital Regional de Pucallpa del Hospital Regional de Pucallpa, 2022?
- ¿Qué relación existe entre adaptabilidad familiar y ansiedad en adolescentes del programa EVAJ, del Hospital Regional de Pucallpa del Hospital Regional de Pucallpa, 2022?

1.3. Objetivo General y objetivos específicos.

1.3.1. Objetivo general.

Determinar la relación que existe entre disfunción familiar y ansiedad en adolescentes del programa EVAJ del Hospital Regional de Pucallpa 2022.

1.3.2. Objetivos específicos.

- Identificar la relación que existe entre cohesión familiar y ansiedad en adolescentes del programa EVAJ, del hospital Regional de Pucallpa 2022.
- Identificar la relación que existe entre adaptabilidad familiar y ansiedad en adolescentes del programa EVAJ, del Hospital Regional de Pucallpa 2022.

1.4. Hipótesis y/o sistema de hipótesis.

1.4.1 Hipótesis general

Existe relación significativa entre disfunción familiar y ansiedad en adolescentes del programa EVAJ, del Hospital Regional de Pucallpa, 2022.

1.4.2 Hipótesis específicas

- Existe relación significativa entre cohesión familiar y ansiedad en adolescentes del programa EVAJ, del Hospital Regional de Pucallpa del Hospital Regional de Pucallpa, 2022.
- No existe relación significativa entre cohesión familiar y ansiedad en adolescentes del programa EVAJ, del Hospital Regional de

Pucallpa del Hospital Regional de Pucallpa, 2022.

1.5. Variables.

1.5.1 Variable independiente

Disfunción familiar.

1.5.2 Variable dependiente

Ansiedad

Tabla 1 Cuadro de operacionalización de variables.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICON CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORIAS	TIPO DE VARIABLE
Variable Disfunción Familiar	La disfunción familiar como uno de los factores predominantes que existe en muchos hogares donde carecen de comunicación y afecto Afectando a si el buen desarrollo de las habilidades de sus integrantes; en concreto de adolescentes y niños. Pero además llega hacer una fuente de frustración para los padres. Mallqui. (5)	Se refiere a las conductas adoptadas por los adolescentes del programa EVAJ respecto a disfunción familiar y la relación con la cohesión familiar, adaptabilidad familiar y comunicación familiar.	Cohesión familiar Adaptabilidad familiar	Desligada Separado Conectada Amalgamada Rígida Estructurada Flexible Caótica	Muy baja Baja a moderada Moderada a alta Muy alta Leve Moderado Severo	Cualitativa ordinal
Variable Ansiedad	La ansiedad es un mecanismo adaptativo natural que nos permite ponernos alerta ante sucesos comprometidos. (6)	Es la evaluación mediante un test de Beck que permitirá evaluar; lo emocional fisiológico y cognitivo de los adolescentes.	Emocional Fisiológico Cognitivo	Angustia Miedo Irritabilidad Desconfianza Palpitaciones Nauseas Contractura Sudoración Indigestión. . Pensamiento persistente Sensación de fallar vergüenza	Mínima Leve Moderado Severo	Cualitativa ordinal

1.6. Justificación e importancia.

Debido a que en nuestro país los estudios sobre la familia disfuncional son escasos y no se encuentran datos que la relacionen con el factor de la ansiedad, el presente trabajo podría contribuir a conocer más la realidad del adolescente.

Finalizando, los resultados de este estudio servirán de referencia y motivación para la réplica de estudios similares en otros lugares del país, además de contribuir con la literatura nacional.

De esta manera al conocer y entender la problemática actual de los adolescentes, sobre aquellos que provienen de familias disfuncionales, nos servirá para tomar medidas de intervención a nivel escolar y familiar.

1.7. Viabilidad.

Esta investigación es viable porque los recursos técnicos que se requieren son sencillos y están a la mano.

La inversión económica en el proyecto es costeable.

La viabilidad social es favorable debido a que los resultados del estudio servirán para tomar acciones de intervención para la prevención y detección de casos de ansiedad en adolescentes.

1.8. Limitaciones

Una limitación de este proyecto sería la posible falta de colaboración de algunos adolescentes en las respuestas al cuestionario por desconfianza y falta de compresión de las mismas. Otra limitación son las facilidades restringidas que nos van a ofrecer los responsables del Programa EVA del Hospital Regional de Pucallpa para trabajar con los adolescentes.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes.

2.1.1 Antecedentes a nivel internacional

Ocampo L., Sánchez V. (7), investigaron sobre: Dinámica familiar (funcional /disfuncional) y niveles de ansiedad en adolescentes con obesidad del colegio industrial Luis Madina de la ciudad de Santiago de Cali. Siendo el objetivo conocer la relación que existe entre la dinámica familiar (funcional/disfuncional) y los niveles de ansiedad. Tipo de estudio cuantitativo, con una muestra de 50 adolescentes (25 adolescentes con obesidad y 25 que no presentan dicho estado); del colegio Industrial Luis Madina en la ciudad de Santiago de Cali. Se utilizaron como instrumentos el test de APGAR familiar y el Inventario de ansiedad de Beck. Obteniendo como resultado, la mayor cantidad de adolescentes presentan una familia funcional y niveles de ansiedad bajos. Finalmente se concluyó que no existe una relación entre la ansiedad y la dinámica familiar en los adolescentes, por lo que es necesario buscar las causas de su estado desde otros escenarios y factores.

Camuñas N., Mavrou I., Tobal J. (8), desarrollaron el presente trabajo de investigación sobre: Ansiedad y tristeza-depresión: Una aproximación desde la teoría de la indefensión-desesperanza. España 2019. El

objetivo fue analizar la ansiedad y la tristeza-depresión desde la teoría de la indefensión-desesperanza. Tipo de estudio correlaciónales, se realizó con una población de 229 personas. Instrumentos: Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo, Cuestionario Tridimensional para la Depresión, Inventario de Depresión de Beck, y el Cuestionario de Estilo Atribucional. Como resultado reflejan asociaciones fuertes entre los diferentes componentes de la ansiedad y la depresión. Además, el estilo atribucional negativo predijo de manera significativa la ansiedad y la depresión, especialmente a nivel cognitivo, en mujeres y varones. Conclusión: El elemento común a dichas emociones puede ser un estilo atribucional característico relacionado con un constructo más amplio, la «emocionalidad negativa», que comprende tanto la ansiedad como la depresión.

Baran A.(9), realizo un estudio denominado, “Ansiedad y Estrés” México 2018. Con el objetivo de establecer los niveles de ansiedad y estrés que manejan los estudiantes de sexto perito de administración de empresas del Colegio Evangélico Nueva Jerusalén del municipio de San Antonio del departamento de Suchitepéquez. El tipo de estudio fue descriptivo con un diseño cuantitativo, para la investigación se contó con un universo de 45 estudiante entre hombres y mujeres de 16 a 19 años de edad. Los instrumentos utilizados fueron; el test STAI-82 que evalúa ansiedad en dos niveles; estado y rasgo, desarrollados por Spielberger y sus colaboradores R.E. Lushene y R.L. Gorsuch. Y el test escalas de

apreciación del estrés (AE), creado por J.L. Fernández y Mielgo Robles y para fines del estudio únicamente se utilizó la escala G. La ansiedad y el estrés es un mal que se sufre, asimismo el resultado del estudio refleja que los estudiantes manejan un nivel alto del 75%. Es ahí la importancia de ejecutar los ejercicios planteados en la propuesta.

Martínez A., Zumba D. (10), en su investigación sobre: “Disfuncionalidad familiar como factor determinante de las habilidades sociales en adolescentes de la fundación proyecto don Bosco”. Ecuador 2017. El objetivo fue analizar la disfuncionalidad familiar como factor determinante de las habilidades sociales de los/las adolescentes de la Fundación Proyecto Don Bosco Fase I de la ciudad de Ambato. Se estudiaron ambas variables recolectando información relevante como: la dinámica, la estructura, la influencia de la familia en desarrollo psicosocial, así como el desarrollo, las características, los tipos de habilidades sociales y el déficit de las mismas, todo esto con el fin de comprender y sustentar teóricamente el tema de investigación. Estudio de tipo descriptivo diseño correlacional de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 30 participantes entre 13 a 17 años de edad. Los instrumentos que se emplearon fueron los psicométricos como; La Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III) y El Inventario de Situaciones Sociales, además de utilizar la ficha sociodemográfica e historia clínica con la finalidad de obtener información sobre antecedente e historia de vida. Los resultados

determinan que existe una correlación baja positiva entre ambas variables, debido a que se obtuvo un coeficiente de determinación de R 2= .047 mismo que permite entender que la familia disfuncional puede determinar en un 4,7% las habilidades sociales. En conclusión, la familia no es un factor determinante en su totalidad a las habilidades sociales.

Gallego J., Ruvalcaba., Catillo J., Ayala P. (11), desarrollaron un estudio denominado: Funcionamiento familiar y su relación con la exposición a la violencia en adolescentes mexicanos. México 2016. Con el objetivo de estudiar la relación entre el funcionamiento familiar y la exposición a la violencia en adolescentes mexicanos. Tipo de diseño transversal, descriptivo y correlacional. Teniendo como muestra a 133 estudiantes de bachillerato con edades entre los 15 a 19 años de edad. Asimismo, se utilizaron como instrumentos dos cuestionarios: La Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES IV-Esp) de Rivero, Martínez-Pampliega y Olson (2010) y el Cuestionario de Exposición a la Violencia (CEV) de Orue y Calvete (2010). Obteniendo como resultado las diferencias de género en cuanto a la observación de la violencia en la calle y la victimización en la escuela y en la calle, también diferencias de género en variables del funcionamiento familiar tales como: flexibilidad, cohesión, satisfacción y comunicación familiar. En cuanto a los resultados del análisis de correlación sugieren que a mayor flexibilidad, cohesión, satisfacción y comunicación familiar menor observación de violencia en la escuela y en la casa, y menor

victimización en casa. Se observó también una predicción significativa de la cohesión familiar sobre la victimización en casa. En conclusión, se resalta la importancia de fortalecer los vínculos familiares y de fomentar un funcionamiento familiar positivo y balanceado. Esto con el objetivo de que la familia ejerza un efecto protector ante la exposición a la violencia.

2.1.2 Antecedentes a nivel nacional

Effio A. (12), realizó un estudio denominado: Disfunción familiar como factor asociado a depresión en alumnos de Secundaria del Colegio Pablo María Guzmán. Surco 2019. Teniendo como objetivo: Determinar la asociación entre disfunción familiar y depresión en los alumnos de secundaria de la institución educativa nacional Pablo María Guzmán. Estudio de tipo Analítico, observacional y transversal. Los cuales se aplicaron a un universo de alumnos del nivel secundario de dicha institución educativa. Asimismo, los instrumentos que se utilizaron fueron la escala de autoevaluación para depresión de Zung y la escala de APGAR familiar, por otra parte, para el análisis de las variables se utilizó prueba de chi cuadrado, Odds Ratios (OR) con Intervalos de Confianza (IC) al 95%. En los resultados se analizaron 158 encuestas de los alumnos que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. El 53% pertenece al género femenino, mientras que la edad promedio fue de 14 años ± 1,4. Se evidencia que el 59,5% de los alumnos pertenecen a familias disfuncionales y que el 20,9% de los alumnos presenta

depresión. En el análisis bivariado se encontró la asociación estadísticamente significativa entre la disfunción familiar y la depresión (OR: 5,0; IC 95%: 1,81 – 13,80; p=0,001), entre la funcionalidad familiar y la depresión (OR: 0,20; IC 95%: 0,072 – 0.551; p=0,001), y en conclusión, se determinaron que la disfunción familiar, son factores de riesgo para la presencia de depresión; mientras que pertenecer a una familia funcional sería un factor protector contra la depresión en los alumnos de la institución educativa.

Montes N., Vera A. (13), realizaron una investigación sobre: “Familia disfuncional asociado a la ansiedad en estudiantes de secundaria de un colegio Nacional. Lima 2018. El objetivo fue determinar cuál es la relación entre la familia disfuncional y la ansiedad en los estudiantes de secundaria en un colegio nacional del Cono Norte en el año 2016. Tipo de estudio caso-control prospectivo, con un universo de 416 estudiantes y se consideró dentro del grupo de casos 162 estudiantes procedentes de una familia disfuncional y que presentaron ansiedad y en el grupo de controles, 106 estudiantes de familia disfuncional que no presentaron ansiedad. Para el análisis el método estadístico, se aplicó el programa Stata versión 12.2, con un nivel de significancia de p-value < 0.001) y la ansiedad moderada (O.R. Ajustado= 3.1; IC 95%: 6.2 - 1.4; p-value < 0.001), es decir, aquellos estudiantes pertenecientes a una familia disfuncional tienen riesgo de tener ansiedad grave o ansiedad moderada. Entre los resultados obtenido revelan que 268 estudiantes

pertenecen a una familia disfuncional, 162 de ellos presentan ansiedad, representado por un 60.44%. Asimismo, resultaron estadísticamente significativos la ansiedad grave y la ansiedad moderada, es decir, aquellos estudiantes pertenecientes a una familia disfuncional tienen riesgo de tener ansiedad grave o ansiedad moderada. Así también se evidenció en términos generales que aquellos estudiantes con familia disfuncional tienen OR ajustado de 7.9, con un I:C: 95%: 10.1 - 5.8 y un p-value < 0.001. En conclusión, se determinó que un estudiante proveniente de una familia disfuncional está 7.9 veces más propensos a tener ansiedad a comparación de aquellos que pertenecen a una familia funcional, así también, aquellos integrantes de familias disfuncionales son 3.9 veces más propenso de presentar ansiedad grave, y está propenso en 3.1 veces más a presentar ansiedad moderada en comparación con aquellos estudiantes que pertenecen a una familia funcional.

Avila K., Luna D. (14), investigaron sobre: Funcionamiento familiar y nivel de ansiedad en adolescentes primigestas. Trujillo 2017. El objetivo fue determinar la relación entre funcionamiento familiar y nivel de ansiedad en adolescentes primigesta. Estudio de investigación de tipo descriptivo-correlacional de corte transversal; se realizó en el Centro Materno Infantil “El Bosque”, durante los meses de diciembre del 2017 a febrero del 2018, El universo estuvo constituido por 30 adolescentes primigestas. Se utilizaron los instrumentos: Escala de Evaluación de la

Cohesión y Adaptabilidad Familiar y el Test de GADI, adaptados por las autoras, obteniendo la confiabilidad 0.77 y 0.90 respectivamente, la información fue procesada y analizada mediante: la Prueba Estadística de Independencia de Criterios Chi Cuadrado (X2). Entre los resultados muestran que el 50% de las adolescentes primigestas tienen un funcionamiento familiar bajo, 40% medio y 10% alto; el 10 % de ellas tienen nivel de ansiedad bajo, 50% normal, 37% alto y 3% muy alto. Concluye que existe relación estadística significativa entre ambas variables investigadas, demostrando que cuando el funcionamiento familiar es alto el nivel de ansiedad en las adolescentes primigestas es bajo ($p<0.01$)

Villarreal D. (15), Jesús A., En su investigación titulada “Cohesión, adaptabilidad y composición familiar”. Lima 2017. Tuvo como objetivo de analizar si existen diferencias significativas entre la cohesión y adaptabilidad familiar según el tipo de composición familiar (nuclear, extensa, monoparental y anuclear). Tipo de investigación fue no experimental, con universo de 428 estudiantes del colegio nacional del Callao. Entre varones y mujeres, de 14 a 18 años. Para este estudio se utilizaron los siguientes instrumentos: La escala de evaluación de la cohesión y la adaptabilidad familiar de Olson (FACES III) y un cuestionario ad hoc para evaluar la composición familiar. Obteniendo como resultado las diferencias significativas entre los adolescentes pertenecientes a familias nucleares y anucleares. Se discuten

implicaciones teóricas y prácticas.

Molleda M., Rodriguez D.(16), realizaron un estudio sobre: “Disfunción familiar y el rendimiento académico en los estudiantes de enfermería en una universidad privada Lima 2016. El objetivo fue determinar la relación de la disfunción familiar y el rendimiento académico de los estudiantes de Enfermería de una universidad privada de Lima. Tipo de estudio correlacional de corte transversal. Muestra probabilística, conformada por 241 estudiantes de Enfermería. Instrumento utilizado, cuestionario “Funcionamiento Familiar” con 7 dimensiones: cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, adaptabilidad y roles. Así mismo, para el rendimiento académico se utilizó el registro de notas de los estudiantes. Obteniendo como resultado que no existe relación significativa entre el rendimiento académico y la disfunción familiar con un p valor de 0,085. Sin embargo, se encontró relación significativa entre las dimensiones cohesión, armonía, comunicación, afectividad y adaptabilidad con el rendimiento académico (p valores de 0,019, 0.000, 0,012, 0,000 y 0,049). Los datos indican que el 13,7% de familias es disfuncional; mientras que en el rendimiento académico el 73% presenta un rendimiento regular y el 12,4% están desaprobados. En conclusión: No existe relación entre ambas variables. El estudio no consideró los factores externos que v influyen en el rendimiento académico lo que impide atribuir la disfunción familiar como única variable de relación con el rendimiento académico.

Ordoñez J., Osores N. (17), investigaron sobre: Funcionalidad familiar y su relación con la ansiedad en niños de tercer grado de primaria en una institución educativa, Chiclayo 2016. El objetivo determinar la relación entre la funcionalidad familiar y ansiedad en niños de un centro educativo de Chiclayo en marzo de 2016. El tipo de diseño no experimental, la muestra estuvo constituido por 42 niños y 42 madres que cumplen con los criterios de elegibilidad, seleccionados con el muestreo probabilística- estratificada. Los instrumentos utilizados fueron las escalas de Funcionalidad Familiar Faces III de Olson (0.68 alfa de Cronbach) y la escala de Ansiedad Manifiesta para niños CMAS-R2 (0.05 alfa de Cronbach), utilizándose estrategias para proteger los principios éticos y los criterios de cientificidad. Los resultados muestran que las familias se encuentran según la dimensión cohesión en la categoría amalgamada (38.1%). Por otro lado, las familias según el grado de adaptabilidad, se hallan en la categoría caótico (54.8%). asimismo, revelan que la mayoría de los varones presentan un nivel alto de ansiedad (36.8%). Siendo las dimensiones de inquietud/hipersensibilidad (39.1%) y preocupaciones sociales/co ncentración (34.8%) con mayor nivel. En conclusión, la prueba estadística de Pearson permite confirmar que existe relación inversa significativa entre ambas variables ($p<0,05$), aceptándose con ella la hipótesis planteada. Por lo tanto, los niños donde vivencian un mal funcionamiento familiar presentan niveles altos de ansiedad.

2.1.3 Antecedentes a nivel local

Mallqui F. (5), realizo un estudio denominado; “clima social familiar de los estudiantes del segundo grado de Educación Secundaria provenientes de familias disfuncionales de la Institución Educativa, Los Libertadores de América”. Pucallpa 2016. Este estudio tuvo como objetivo determinar el clima social familiar de los estudiantes del segundo grado de Educación Secundaria provenientes de familias disfuncionales de la Institución Educativa, Los Libertadores de América de la ciudad de Pucallpa. Tipo de nivel descriptivo, con una población de 83 estudiantes, se extrajo una muestra de 22 estudiantes. El instrumento utilizado fue la escala de clima social familiar (FES) de Moos y sus dimensiones. La descripción se elaboró de acuerdo a las dimensiones del clima social familiar: Los resultados indican que la mayoría de los estudiantes son provenientes de familias disfuncionales (68%). En la dimensión relaciones los resultados son de (50%), en la dimensión desarrollo los resultados es de (46%) y en la dimensión de estabilidad el resultado es de (50%). Concluyendo que la mayoría de los estudiantes en las diferentes dimensiones son provenientes de familias disfuncionales.

2.2. Bases teóricas.

2.2.1 Disfunción familiar

Existen diferentes conceptos de disfunción familiar como:

Anticona N. (18) afirma lo siguiente: La disfuncionalidad familiar es definida como la presencia de malas relaciones familiares establecidas entre sus integrantes, debido a la desestructuración en la negociación para lograr la solución a los conflictos, caracterizada por una comunicación poco clara que imposibilita la espontaneidad, empatía y apoyo emocional. En la familia funcional no hay existencia de pactos internos ni competencias entre ellos, la familia tiene límites asociados a claridad y unión, es considerada una estructura de dialogo para solucionar problemas, ambiente de empatía, comunicación y apoyo emocional, en consecuente la funcionalidad familiar es la capacidad solucionar conflictos y colaborar con cada miembro el desarrollo de su potencial. (18)

También afirma de manera similar que: La disfuncionalidad familiar es la imposibilidad de solucionar conflictos y de colaborar a sus miembros a lograr el desarrollo de sus potencialidades. En punto importante en que la disfuncionalidad familiar es el parámetro que mide las relaciones de cuidado y afecto que interrelacionan con los miembros de la familia, demostrando ausencia de emociones como afecto, pena, amor o rabia entre ellos mismos. La resolución hace medición de la tarea de compartir tiempo, dedicar recursos materiales y no materiales para ayudar a todos

los integrantes de la familia. (18)

De igual manera dice: La familia disfuncional es caracterizada porque no mantiene una relación familiar bien establecidas, que es de tipo negativo para cada uno de sus integrantes, mostrando insatisfacción de permanecer juntos, identificando cada uno tiene intereses y necesidades individuales, y que con determinado grado de primacía; tiene límites intergeneracionales no claros, ausencia de actitud a negociar, hay existencia de la atención debida a los sentimientos y opiniones hacia los demás, las medidas de interacción son inespecíficas y rígidas y las funcionalidad de los miembros no son claras ni delimitadas. Hay un conjunto de características que influyen en la funcionalidad familiar, la evolución de la identidad personal y capacidad autónoma de sus integrantes, la flexibilidad de normas y responsabilidades, comunicación fluida y con afecto que permita compartir conflictos y poder adaptarse a los cambios. (18)

Esta variable comprende las siguientes dimensiones:

2.2.1.1. Cohesión familiar

Baquerizo M. (19) Afirma que: La cohesión es la unión o apego que presentan los miembros del sistema familiar pero también contrariamente la independencia que cada uno como persona puede tener. Estos dos términos “apego” e “Individualidad” si bien son contrarios le dan al sistema familia la posibilidad de una mayor integración. Las áreas en que se sustenta la cohesión familiar son:

Lazos emocionales, límites familiares, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, intereses y recreación.

De la misma manera, Hendrie dice: La cohesión familiar es la dimensión por medio de la cual las familias establecen para su funcionamiento un modelo que regula la separación y unión emocional entre cada uno de sus miembros. (19)

También, Alarcón la define, positivamente como el vínculo emocional del grupo familiar; significa afecto recíproco de unos hacia otros y la excelente coordinación en la dinámica del grupo.

Por último, Olson y col. Define la dimensión de cohesión como unificante y tiene dos componentes: el vínculo emocional de los miembros de la familia y el grado de autonomía individual que una persona experimenta en la familia. Las áreas sobre las que se determina la cohesión son: Los lazos emocionales, los límites, las coaliciones, el espacio y tiempo, la toma de decisiones y los intereses comunes y recreacionales. (19)

Carranza K. (20) Define los indicadores de Cohesión Familiar.

Desligado: Presencia de límites rígidos, tienen poco en común y no comparten tiempo entre los miembros de la familia. (20)

Separado: Cada miembro actúa individualmente, sin embargo, pueden tomar decisiones en familia. (20)

Conectado: Respetan el espacio individual que algún miembro de la familia lo requiera. (20)

Amalgamado: Se caracteriza por no poder identificar los roles en los miembros de la familia. (20)

2.2.1.2. Adaptabilidad familiar

Baquerizo M.,(2017) (19), afirma que: La adaptabilidad familiar determina la flexibilidad que presenta el sistema familiar y se define como la habilidad que presenta la familia para cambiar las relaciones o estructuras de poder, los roles y reglas en función de las situaciones con el fin de mantener la estabilidad familiar. Este modelo sostiene que un óptimo sistema adaptativo necesita de un adecuado balance entre el cambio y la estabilidad.

De igual importancia se refiere a: La adaptabilidad como la capacidad del sistema familiar para translocar los roles y las reglas en función a las situaciones generadas por los miembros del sistema.

De la misma forma Hendrie menciona que: La adaptación familiar, con las estrategias y recursos utilizados por las familias ante los diferentes acontecimientos de la vida diaria, analizando el grado en que el sistema familiar es flexible y capaz de adaptarse a los cambios provocados de forma interna o externa a la familia a lo largo del ciclo vital.

Por su parte, Sigüeñas define: la adaptabilidad familiar como el grado de flexibilidad y capacidad de cambio del sistema familiar.

Alarcón la adaptación familiar es: La habilidad del grupo para

el cambio, sea de la estructura de poder, sea el rol de los miembros en sus interacciones y las reglas que norman las interrelaciones en respuesta a nuevas situaciones.

Cabe señalar que la dimensión de adaptación familiar comprende de los siguientes indicadores.

Rígida. Presenta nivel muy bajo de adaptabilidad. El liderazgo es autoritario, existiendo fuerte control parental, la disciplina es estricta, rígida, y su aplicación es severa, es una familia autocrática, los padres imponen las decisiones, los roles están estrictamente definidos - son fijos, las reglas se hacen cumplir estrictamente, no existiendo la posibilidad de cambio, se tiene dificultad para los cambios.

Estructurada. Son familias con nivel de adaptabilidad bajo a moderado. Este tipo de familia se caracteriza por que el liderazgo es autoritario, siendo algunas veces igualitario, la disciplina rara vez es severa, siendo predecibles sus consecuencias, es un tanto democrática, los padres toman las decisiones, las funciones son estables, pero pueden compartirse, las reglas se hacen cumplir firmemente, pocas son las que cambian.

Flexible. La adaptabilidad es de nivel de moderada a alta. Esta familia se caracteriza por tener un liderazgo igualitario, aunque permite cambios, la disciplina es algo severa, negociándose sus consecuencias, usualmente es democrática, hay acuerdo en las

decisiones, se comparten los roles o funciones, las reglas se hacen cumplir con flexibilidad, algunas reglas cambian.

Caótica. El nivel de adaptabilidad es muy alto y se caracteriza por tener un liderazgo ilimitado y/o ineficaz, las disciplinas son muy poco severas, habiendo inconsistencia en sus consecuencias, las decisiones paternales son impulsivas, hay falta de claridad en las funciones; existe alternancia e inversión en las funciones, hay frecuentes cambios en las reglas, que se hacen cumplir inconsistentemente.

2.1.2. Ansiedad

Corral M. (22), afirma que: La ansiedad como un mecanismo adaptativo natural que nos permite ponernos alerta ante sucesos comprometidos. En realidad, un cierto grado de ansiedad proporciona un componente adecuado de precaución en situaciones especialmente peligrosas. Una ansiedad moderada puede ayudarnos a mantenernos concentrados y afrontar los retos que tenemos por delante.

Sin embargo, el sistema de respuesta a la ansiedad se ve desbordado y funciona incorrectamente. Más concretamente, la ansiedad es desproporcionada con la situación e incluso, a veces, se presenta en ausencia de cualquier peligro ostensible. El sujeto se siente paralizado con un sentimiento de indefensión y, en general, se produce un deterioro del funcionamiento psicosocial y fisiológico. Se dice que cuando la ansiedad se presenta en momentos inadecuados o es tan intensa y

duradera que interfiere con las actividades normales de la persona, entonces se la considera como un trastorno.

Bojórquez J.(21) afirma que: La ansiedad es una emoción de carácter desagradable, que subjetivamente se experimenta como una sensación de aprehensión o temor indefinido, que surge en una situación ante la que el individuo percibe una amenaza (posibles consecuencias negativas). Es decir, es un fenómeno que se da en todas las personas y que, bajo condiciones normales, mejora el rendimiento y la adaptación al medio social, laboral, o académico. Sin embargo, cuando sobrepasa determinados límites, la ansiedad se convierte en un problema de salud, impide el bienestar, e interfiere notablemente en las actividades sociales, laborales, o intelectuales. En estos casos no estamos ante un simple problema de "nervios", sino ante un trastorno.

Amad M, (26) afirma que: La ansiedad se define como un estado de activación del sistema nervioso, consecuencia de estímulos externos o productos de un trastorno endógenos de las estructuras o de la función cerebral. Esta activación se traduce, por un lado, en síntomas periféricos derivados de la estimulación del sistema nervioso vegetativo y del sistema endocrino, que producirían los sistema nervioso y sistema endocrino, que producirían los síntomas somáticos de ansiedad y, ´por otro lado en síntomas de estimulación del sistema límbico y de la corteza cerebral que se traducen en los síntomas psicológicos de ansiedad.

Además, refiere que: La ansiedad se transforma en condición

patológica en el momento en que el estímulo no la justifica o se produce de forma demasiado intensa o prolongada en el tiempo, por lo que la diferenciación entre lo normal y lo patológico se basa en la mayoría de los casos en los criterios cuantitativos m la as menos.

Por tanto, los criterios para establecer la diferenciación de los normal y lo patológico se basa en la interferencia que los síntomas causan en la vida del sujeto, la incapacidad para controlarla, la falta de justificación por el objeto desencadenante, la duración y el acompañamiento síntomas físicos.

Más aún si en algún momento la ansiedad llega a ser intensa que el impide el funcionamiento global de la persona es cuando puede convertirse en criterio para ser trastorno o enfermedad, manifestándose a distintos niveles a través de combinación de síntomas somáticos, cognitivos y emocionales.

.2.2.1 Dimensión Emocional

Jibaja C. (27), afirma que la: Estabilidad Emocional evalúa el grado de equilibrio, tranquilidad y paciencia. Esta dimensión está conformada por dos sub-dimensiones: control de las emociones y control de los Impulsos.

La socióloga estadounidense Hochschild A. afirma: “Lo que sentimos es tan importante como lo que pensamos o lo que se hace en la interacción social”. Publicaciones.

Según la teoría de la emoción de James y Lange, Ambos autores

afirman, que basamos nuestra experiencia de la emoción en la conciencia de las respuestas fisiológicas o sensaciones físicas a los estímulos que provocan la emoción, tales como el aumento de nuestro ritmo cardíaco y los espasmos musculares. Moreno, M; Anaya (25)

a). Angustia: La angustia es un afecto y un estado de afectación intensa. Cuando tenemos angustia, todo nuestro organismo lo percibe. Puede tener una repercusión orgánica: el corazón se acelera, hay una sensación de presión en el pecho, la respiración se entrecorta, hay temblores, etc., y una repercusión psíquica: tememos lo peor, estamos en alerta, pensamos en el futuro de manera catastrófica. Cuando los síntomas están confinados a la esfera psíquica, lo llamamos ansiedad. La ansiedad es querer saber del futuro antes de hacerlo, y cuando afecta al cuerpo, lo denominamos angustia. Vivo sano (26)

Por otro lado, existen teorías de Sigmund Freud que quedaron plasmadas acerca de la angustia. Se ha pudo certificar la que existen dos teorías freudianas de la angustia.

Cor A. (27) La primera teoría de la angustia se caracteriza por el intento de explicar la angustia como la transformación directa y actual de la energía del aparato psíquico que busca derivación. Aunque en un comienzo servía únicamente para brindar una mejor comprensión acerca de las neurosis actuales, sus principios se hicieron aplicables a la teoría de las psiconeurosis.

La segunda teoría de la angustia se describe como consecuencia de

una serie de quiebres y giros con respecto a la primera, impuestos por nuevos descubrimientos que sobre todo se refieren a la aparición de la segunda tópica del aparato psíquico. Se modifica la posición de la angustia en relación a la represión, ya que en esta última teoría la primera precede y hace posible al proceso represivo. Esta concepción supone especialmente un nuevo centro de interés, representado por la noción de peligro ante el que toda angustia es expectativa. Ya no persiste la transmudación energética de la angustia, sino que se impone la certeza de que la angustia puede ser creada por el yo.

b). Miedo: El miedo es una de las emociones humanas más primitivas que existen, debido a que está orientado a la supervivencia del individuo, es decir, es una respuesta natural a un desafío. Se trata de un mecanismo de defensa que genera el propio cuerpo ante situaciones de peligro inminente. En efecto, el miedo nos alerta ante la presencia de riesgos que atentan contra nuestra vida: un perro de aspecto amenazador, el campo abierto durante la noche, un sonido que no sabemos de dónde proviene, un auto que se acerca a toda velocidad. Miralles S. Vix. (28)

d). Irritabilidad: Salazar Y., Saavedra J. (29) Menciona que: La irritabilidad es una de las características que se asocian a un mayor grado de severidad de la depresión, a intentos suicidas, a una baja calidad de vida y a otras comorbilidades. A pesar de ello, la reciente revisión del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales

(DSM-5) sólo la ha considerado como posible síntoma en niños y adolescentes, mas no en adultos, por lo que podría ser ignorado por los médicos que siguen los síntomas estándar. Además, se ha informado que la irritabilidad ocurre entre un tercio y la mitad de los pacientes con depresión mayor, siendo parte de un fuerte factor principal de dicho trastorno. Es por ello que actualmente se sugiere una mayor consideración entre las descripciones clínicas del ED en el adulto.

Así mismo, la irritabilidad ha sido descrita como síntoma en varios desórdenes mentales, tales como el trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de estrés postraumático, trastorno limítrofe de la personalidad, trastorno antisocial de la personalidad, síndrome de abstinencia, ludopatía, y trastorno psicoafectivo.

Además, ha sido asociada a condiciones psiquiátricas crónicas como el trastorno de déficit de atención con hiperactividad, retardo mental y la enfermedad de Alzheimer; trayendo consecuencias no favorables para el individuo. De igual manera, ha sido frecuentemente usada como una característica diagnóstica para diferenciar a la depresión bipolar de la unipolar.

Ramos D. (30) afirma: La irritabilidad es un estado emocional caracterizado por un menor control sobre el temperamento que generalmente se traduce en arrebatos verbales o de comportamiento. Puede ser experimentado como episodios breves, en determinadas circunstancias, o puede ser prolongada y generalizada.

Algunos autores opinan que la irritabilidad no ha recibido una valoración suficiente para poder determinar si debiera ser considerada como un síntoma, un trastorno psiquiátrico o un trastorno del humor en sí mismo. En algunos estudios se apunta que el humor irritable está separado de otros trastornos del humor como la depresión.

Sin embargo, no se le ha reconocido en general como tal y se tiende a verlo como un síntoma menor de otros diagnósticos como la depresión o la ansiedad. En una serie de estudios que comparaban sujetos con baja y elevada irritabilidad, se encontró que los individuos con elevada irritabilidad informaban de una ira mayor en una amplia variedad de índices. López y Thurman.(24), informaron de resultados similares, encontrando que estudiantes universitarios con ira elevada informaban ser encolerizados más frecuente e intensamente por estímulos estresantes académicos comunes. Resultados similares se encontraron cuando los sujetos anotaban frecuencias e intensidades diarias de la ira, es decir, individuos con elevada irritabilidad informaban de reacciones diarias de ira más frecuentes y más intensas.

Asimismo, Deffenbacher, revelo que los sujetos de alta y baja irritabilidad no se diferenciaban en la clase de síntomas de los que informaban, sino únicamente en la gravedad. Para los sujetos de alta irritabilidad, los síntomas fisiológicos descritos eran: 19% mandíbula apretada, 18% tasa cardiaca acelerada, 13 % tensión en los hombros o la espalda, 10% sensaciones generalizadas de tensión y temblor, 9%

aumento de la sudoración, 7% aumento de la presión sanguínea, 7% ruborizarse, 4% dolores de cabeza y 13% síntomas variados.

Finalmente, los individuos de alta irritabilidad mostraban así una considerable implicación psicofisiológica relacionada con la ira, pero los síntomas se distribuían a lo largo de distintos parámetros fisiológicos.

e). Desconfianza:

Farias M. (31) afirma que: La desconfianza es una forma válida de reducir la complejidad del mundo que nos rodea. De manera similar Luhmann N. (1996). Dice: Cualquiera que no confía debe, utilizar estrategias funcionalmente equivalentes (a las de la confianza) para la reducción de la complejidad, con el objeto de definir una situación prácticamente significativa del todo o lo que es lo mismo, de asignarle significado a la realidad. Debe cambiar sus expectativas en negativas y, de este modo, debe en ciertos aspectos volverse desconfiado. De esta forma las estrategias de la desconfianza se extienden en un repertorio que incluye la definición del rol del semejante como un enemigo al que hay que atacar, hasta la renuncia de todas las necesidades que puedan darse por perdidas como podría ser, por ejemplo, negarse a coordinar acciones con otros por miedo al riesgo potencial que ello implicase. Consecuentemente la desconfianza logra la simplificación de posibilidades.

2.2.2.2. Dimensión Fisiológico

Del Toro A., González M., Arce Dora., Reinoso S., Reina L. (32) Afirman que: A nivel fisiológico, la ansiedad se manifiesta a través de la activación de diferentes sistemas, principalmente el sistema nervioso autónomo y el sistema nervioso motor, aunque también se activan otros, tales como sistema nervioso central, sistema endocrino y sistema inmune. De estos cambios o alteraciones los sujetos solo perciben algunos, entre los cuales figuran: aumento en las frecuencias cardiaca (palpitaciones) y respiratoria, presencia de sudoración, tensión muscular, temblores musculares, dificultad respiratoria, sequedad de la boca, dificultad para tragar, sensaciones gástricas, entre otros. A su vez, estos cambios fisiológicos, pueden acarrear una serie de desórdenes psicofisiológicos transitorios (dolores de cabeza, insomnio, náuseas, mareos, disfunción eréctil, contracturas musculares, así como disfunciones gástricas). A nivel motor se manifiesta como: hiperactividad, movimientos repetitivos, dificultades para la comunicación (tartamudez), evitar situaciones temidas, elevado consumo de alimentos o sustancias (café, tabaco), llanto, tensión en la expresión facial, quedarse en blanco, respuestas que evitan la situación producida por la ansiedad.

Dentro de las dimensiones encontramos los siguientes

indicadores:

a) Palpitaciones

Álvarez Manuel., H Ch., Mora G. (33) Afirman que las palpitaciones son de inicio y terminación súbita, presentándose como latidos rápidos, se asocian a otros síntomas como temblor en manos, confusión mental, agitación, disnea, miedo a morir, sudoración, nauseas, como síntomas que preceden a las palpitaciones.

b) Nauseas: Es la sensación de tener ganas de vomitar.

Con frecuencia se la denomina "estar enfermo del estómago". Mediplus, gov. (34)

c) Contracturas: Una contractura es un aumento del tono muscular (hipertonía muscular) debida a una contracción involuntaria mantenida en un determinado periodo de tiempo, en la cuál a la palpación notamos como “una bola” que crepita a la palpación y duele, desde el punto de vista fisioterápico lo que llamamos una “banda tensa”. Rodriguez M. Fisiorehabilitacion (35)

d) Sudoración: La sudoración, un proceso que también se denomina transpiración, es la liberación de un líquido salado por parte de las glándulas sudoríparas del cuerpo. La sudoración es una función esencial que ayuda al cuerpo a permanecer fresco. El sudor se presenta comúnmente debajo

de los brazos, en los pies y en las palmas de las manos.

c) Indigestión: «Indigestión», también llamada «dispepsia» o «dolor de estómago», es un término general que describe las molestias que se presentan en la parte superior del abdomen. La indigestión no es una enfermedad, sino que hace referencia a síntomas que se manifiestan, entre ellos dolor abdominal y una sensación de saciedad después de comenzar a comer. Si bien la indigestión es frecuente, cada persona puede padecerla de manera un tanto distinta. Los síntomas de la indigestión pueden sentirse de forma ocasional o, incluso, todos los días. Mayo Clinic, (36)

2.2.2.3. Dimensión Cognitivo

Del Toro A., González M., Arce Dora., Reinoso S., Reina L. (32) A nivel cognitivo se manifiesta en sentimientos de malestar, preocupación, hipervigilancia, tensión, miedo, inseguridad, sensación de pérdida de control, dificultad para decidir, presencia de pensamientos negativos sobre sí mismo, sobre la actuación ante los otros, temor a que se den cuenta de las debilidades personales; dificultades para pensar, estudiar, concentrarse, percepción de fuertes cambios fisiológicos, entre otros.

La presencia de síntomas cognitivos abarca una serie de

alteraciones en la forma de percibir y razonar la realidad. La ansiedad puede mostrarse mediante diferentes signos, pero el factor cognitivo es siempre un aspecto primordial para su evaluación. Esta forma de interpretación distorsionada es lo que provocaría una ansiedad desmesurada. Aula fácil, (37)

Nuestros pensamientos influyen en la manera de sentir las emociones. Si nuestros razonamientos son erróneos y no tenemos la capacidad de identificarlos como engañosos, nos pueden ocasionar alteraciones en la forma de interpretar la información que percibimos.

En la mayoría de los casos, el sujeto no es consciente de que interpreta de forma nociva, y estos razonamientos contribuyen a aumentar la sintomatología ansiosa.

a). Pensamiento persistente: Los pensamientos pueden ser una parte muy importante de nuestra vida, porque nos permiten darnos cuenta de cómo sentimos y actuamos. Nos ayudan a reflexionar y dan sentido a nuestra experiencia diaria. El problema viene cuando son pensamientos obsesivos y limitan nuestras acciones. No todo lo que pensamos nos ayuda, de hecho, hay veces que los pensamientos pueden llegar a ser tóxicos. Hay ciertos pensamientos que, en vez de ayudarnos, nos bloquean y producen sensaciones como pueden ser ansiedad y agobio. de que le desencadena ansiedad, angustia

y mucho malestar. Reyes A. (38)

b). Sensación de fallar: Son experiencias que vive una persona en situaciones rutinarias, como como el miedo a fallar, como ir al trabajo asi como falta de concentración genera inseguridad, el cansancio y la falta de energía complican cada situación. Infosalud, (39)

d). Vergüenza: Sentimiento de incomodidad producido por el temor a hacer el ridículo ante alguien, o a que alguien lo haga.

2.3. Bases o Fundamentos filosóficos del tema de investigación

Céspedes E. En su estudio realizado con fundamentos filosóficos menciona los siguientes:

Fue creada por Freud, donde denominan a la ansiedad como el concepto de angustia; manifestando que la angustia es más que un proceso biológico insatisfecho, donde la angustia seria la señal peligrosa en situaciones de alarma. Según esta teoría, la angustia procede de la lucha del individuo entre el rigor del súper yo y de los instintos prohibidos que viene a ser el ello, donde los estímulos instintivos inaceptables para el sujeto desencadenan un estado de ansiedad. Por otro lado, se realiza la diferenciación entre angustia real y angustia neurótica; donde Freud considera a la primera como la reacción de la percepción de un peligro exterior, donde llega ser un daño

esperado y previsto. Cespedes E. (40)

La reacción aparece enlazada al reflejo de fuga, donde se considera como la manifestación del instinto de conservación. Y la segunda, se considera que el peligro se desempeña en un mínimo o ninguno y se produce sin ninguna causa aparente y de una forma inexplicable. Para Freud, considera que la angustia se caracteriza por la denominada “excitabilidad general", siendo este un estado de tensión que se expresa en hiperestesia, especialmente auditiva y que refleja una acumulación de excitación o una incapacidad de resistirla

Además, es característica la "espera angustiosa", que corresponde a expectativas catastróficas respecto de los seres queridos o del paciente mismo. Para Freud esta espera angustiosa es el síntoma nodular de la angustia; pero también que puede mantenerse como una angustia en estado puro sin estar asociada a ninguna representación. Otra manifestación sobresaliente de la angustia es la presencia de "ataques de angustia", los que adquieren distintas formas. Algunos pacientes presentan una perturbación de la actividad cardíaca, como palpitaciones, arritmia o taquicardia; otros, del aparato respiratorio, con disnea y ataques semejantes a los asmáticos. La sudoración, especialmente nocturna, y los temblores son frecuentes, así como también la bulimia y el vértigo. A lo dicho

se agrega el "pavor nocturno de los adultos", consistente en un despertar con angustia, disnea y sudoración.

Cicerón (106 a.C-43 a.C), escribió 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, ofrece una descripción clínica de los diversos efectos anormales: el angor (ansiedad) se caracteriza clínicamente como un trastorno “constrictor” u opresivo (premens); mientras que la molestia (aflicción) se describe como permanente, y sollicitudo (preocupación) cum cogitatione (como rumiante). Con esta diferencia es posible que Cicerón hiciese una primitiva distinción (que posteriormente se atribuiría a los trabajos de Cattell y Schleier) entre dos maneras diferentes de manifestarse lo que hoy entendemos como ansiedad: una ansiedad estado, que denomina los momentos puntuales e intensos en los que se experimenta este tipo de emoción; y una ansiedad rasgo, que hace referencia a la propensión de cada persona a vivir con ansiedad, de forma más estable.

Morel quien, inaugura la historia moderna de lo que hoy conocemos como ansiedad con su artículo “Sobre el delirio emotivo, neurosis del sistema nervioso ganglionar visceral”. A pesar de que no emplea nunca el término ansiedad, Morel

recoge en un mismo cuadro los estados en los que se puede reconocer tanto el trastorno de ansiedad generalizada como las crisis de pánico, las obsesiones y las fobias. A su juicio, todo ello revelaba una perturbación de la “emotividad” y, puesto que él consideraba que ésta tenía como soporte fisiológico el “sistema nervioso ganglionar visceral” (nuestro sistema nervioso autónomo), lo atribuía a un trastorno funcional de éste, a una neurosis específica. Puerta V. (41)

Sigmund Freud se interesó por el estudio de la histeria y, más en general, de las neurosis, emprendiendo la clasificación de la neurastenia. Afirmó que la neurastenia de Beard debía descomponerse en dos neurosis distintas, la neurosis de angustia y la neurastenia propiamente dicha. La primera describía la presencia de angustia bajo dos formas: una leve que implica una espera ansiosa permanente, a la que se incorporan crisis de angustia intensas, de duración limitada, que sobrevienen en cualquier momento, quedando a veces la angustia enmascarada por síntomas físicos como la sensación de ahogo u opresión torácica. La neurastenia propiamente dicha, por el contrario, está dominada por la fatiga. El mismo año, Freud publica en París un trabajo consagrado a las fobias y a las obsesiones. Puerta V. (41)

2.4. Definiciones conceptuales

Adolescencia: La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años.

Conductas: Manera de comportarse una persona en una situación determinada o en general.

Dimensiones: Magnitud que, junto con otras, sirve para definir un fenómeno físico; especialmente, magnitud o magnitudes que se consideran en el espacio para determinar el tamaño de las cosas.

Familia: Es un grupo de personas unidas por el parentesco, es la organización más importante de las que puede pertenecer el hombre. Esta unión se puede conformar por vínculos consanguíneos o por un vínculo constituido y reconocido legal y socialmente, como es el matrimonio o la adopción

Habilidades: Las habilidades se entienden como talentos innatos, naturales, pueden ser aprendidos o perfeccionados: una persona puede nacer con un talento propio para cierto deporte, o puede adquirir dicha habilidad con la práctica y la ejercitación constantes.

Indicadores: Dato o información que sirve para conocer o valorar las características y la intensidad de un hecho o para determinar su evolución futura.

2.5. Bases epistémicas

La presente investigación sustenta la base teórica respalda y sustentado por los siguientes autores.

Wolpe describe la ansiedad como "lo que impregna todo", estando condicionada a distintas propiedades más o menos omnipresentes en el ambiente, haciendo que el individuo esté ansioso de forma continua y sin causa justificada. En la década de los años sesenta se formuló la teoría tridimensional de la ansiedad, según la cual, las emociones se manifiestan a través de reacciones agrupadas en distintas categorías: cognitiva o subjetiva, fisiológica y motora o comportamental, las cuales correlacionan escasamente entre sí. Sierra, J; Ortega, V; Zubeidat, L. (45)

(Lang. Esto quiere decir que una persona puede mostrar una reacción muy intensa en la categoría subjetiva, moderada en la fisiológica e incluso leve en la motora, mientras que otra persona puede mostrar todo lo contrario, llegando a la conclusión de que existe alta variabilidad interindividual en la reacción. Por eso, a finales de los años sesenta, se empieza a concebir la ansiedad como un término referido a un patrón de conducta caracterizado por sentimientos subjetivos de tensión, cogniciones y activación fisiológica. Sierra, J; Ortega, V; Zubeidat, L. (45)

(Franks, como respuesta a estímulos internos (cognitivos o somáticos) y externos (ambientales). Se trata, por tanto, de un constructo multidimensional compuesto por tres componentes (motor, cognitivo y fisiológico), los cuales interactúan entre sí.

CAPÍTULO III

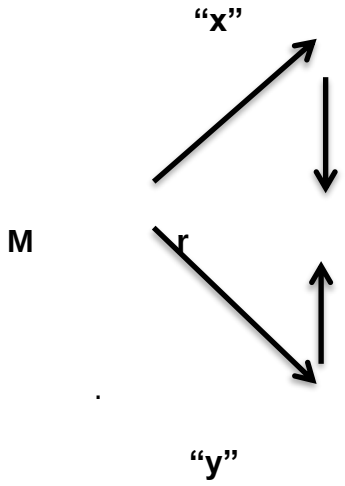
MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de investigación.

El presente estudio es una investigación de enfoque cuantitativo, de tipo observacional, prospectivo, transversal nivel descriptivo correlacional.

3.2. Diseño y esquema de la investigación.

La investigación corresponde al diseño no experimental, correlacional. Se esquematiza de la siguiente manera.



Dónde:

M = Adolescentes

OX= Disfunción familiar

OY= Niveles de ansiedad

r = relación

3.3. Población y muestra.

3.3.1 Población:

La población estuvo conformada por 100 adolescentes del programa EVAJ, del Hospital Regional de Pucallpa.

3.3.2 Muestra:

Para el estudio se empleó una muestra de 45 adolescentes la misma que se calculó mediante la fórmula para la población finita con un nivel de 95 error 5%.

Cálculo de la muestra:

$$n = \frac{N \times Z_a^{\,2} \times p \times q}{d^2 \times (N-1) + Z_a^{\,2} \times p \times q}$$

Dónde:

N = Total de la población

Z = nivel de confianza 95%=1.96

P = probabilidad de éxito (0,5=50%)

q= probabilidad de fracaso (0,5=50%)

d = precisión (5%).

Aplicando la fórmula:

$$n = \frac{100\ (1.96)^2\ (0.50)\ (0.50}{(0.05)^2\ (100-1) + (1.96)^2\ (0.50)(0.5)}$$

$$n = \frac{100\ (3.8416)\ (0.50)\ (0.50}{(0.0025)(99) + (3.8416)\ (0.50)\ (0.5)}$$

Aplicando la corrección del tamaño de la muestra mediante la siguiente formula:

$$\mathbf{N = \frac{n}{\frac{\mathbf{1 + n - 1}}{\mathbf{N}}}}$$

$$n = \frac{96.04}{1,20} \qquad n = 80$$

$$n = \frac{80}{100} = 0.8 > 0.05$$

$$n = \frac{n. -1}{1+n°-1} = \frac{80}{1+80-1} = \frac{80}{1+79} = \frac{80}{1+0.79} = \frac{80}{1.7} = 45$$

N 100

Criterios de inclusión:

- Adolescentes de ambos sexos del programa EVAJ de 12 a 17 años del Hospital Regional de Pucallpa.
- Adolescentes que firman el consentimiento informado

Criterios de exclusión

- Adolescentes que no forman parte del programa EVAJ.
- Adolescente que no participan voluntariamente de la investigación
- Adolescente con diagnóstico de enfermedades psiquiátricas.
- Adolescente que no puedan expresarse verbalmente.

3.4. Instrumentos de recolección de datos

3.4.1 Instrumentos

En la siguiente investigación se utilizarán como instrumentos de recolección de datos. Face III y test de ansiedad de Zung.

El primer test Face III, es un instrumento que consta de dos escalas; Funcionalidad familiar: Se valora en función al puntaje obtenido en la Escala de Evaluación de la Adaptabilidad y la Cohesión Familiar. FACE III, que evalúa las dimensiones de cohesión y adaptabilidad familiar, en tres niveles: alta (calificaciones de 0 a 5 puntos, cohesión, 0 a 4, adaptabilidad, 0 a 9 funcionamiento familiar), media (6- 12, cohesión, 5 a 9, adaptabilidad, 10-22, funcionamiento familiar) y baja (más de 12 puntos, más de 9,

adaptabilidad, más de 22 funcionamiento familiar). Cohesión Información obtenida mediante la evaluación del instrumento, en los ítems impares (1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17,19). Disgregado: Se obtendrá información, en base al resultado del instrumento aplicado, con un puntaje de 10-31. Separado: Se obtendrá información, en base al resultado del instrumento aplicado, con un puntaje de 32-37. Conectada Se obtendrá información, en base al resultado del instrumento aplicado, con un puntaje de 38-43. Amalgamada: Se obtendrá información, en base al resultado del instrumento aplicado, con un puntaje de 44-50 Adaptabilidad Información obtenida mediante la evaluación del instrumento, en los ítems pares (2, 4, 8, 10, 12, 14, 16, 18,20)

Rígido Se obtendrá información, en base al resultado del instrumento aplicado, con un puntaje de 10-19. Estructurado Se obtendrá información, en base al resultado del instrumento aplicado, con un puntaje de 20-24. Flexible Se obtendrá información, en base al resultado del instrumento aplicado, con un puntaje de 25-29. Caótico Se obtendrá información, en base al resultado del instrumento aplicado, con un puntaje de 30-50

El primer test Faces III es un instrumento que consta de dos escalas; 20 ítems para cada una; donde 10 corresponden a la dimensión de cohesión y 10 a la Adaptabilidad, con 5 opciones de repuesta cuya calificación es la siguiente:

Casi siempre = 5

Frecuentemente = 4

Algunas veces = 3

De vez en cuando = 2

Casi nunca = 1

El puntaje mínimo a obtener por dimensión es de 10 puntos y el máximo es de 50

COHESIÓN

Desligada	34 -36
Separada	37 -39
Conectada	40 – 45
Amalgamada	46 -49

ADAPTABILIDAD

Rígida	15 - 24
Estructurada	25 - 28
Flexible	29 – 32
Caótico	33 - 39

COHESIÓN ADAPTABILIDAD

FUNCION FAMILIAR

ALTA	0 – 5	0 – 4	0 – 9
MEDIA	6 – 12	5 – 9	10 – 22
BAJA	Más de 12	Más de 9	Más de 22

El segundo test de ansiedad. La Escala de autovaloración de la Ansiedad comprende un cuestionario de 20 informes o relatos, cada uno referido a manifestaciones características de ansiedad, como síntoma o signo. La escala está estructurada en tal forma que un índice bajo indica la inexistencia de ansiedad, y un índice elevado, ansiedad clínicamente significativa. El índice de la Escala de Autoevaluación de Ansiedad, orienta sobre “cuál es el grado de ansiedad del paciente” en términos de una definición operacional, expresada en porcentaje. Los puntajes se categorizan de la siguiente manera:

CALIFICACIÓN

$$IAA = \frac{\text{Puntaje total} \times 100}{\text{Ptje max. } 80}$$

Debajo de 45: Dentro de los límites normales. No hay ansiedad presente.

45 – 59: Presencia de ansiedad mínima moderada

60 – 74: Presencia de ansiedad marcada a severa.

75 ó más: Presencia de ansiedad en grado máximo.

3.4.2 Validez y confiablidad del instrumento

En la presente investigación se utilizaron como instrumento validado la Escala FACE III y Autoevaluación de la Ansiedad de Zun. Los resultados constan en la ficha técnica que adjunto.

Escala de Evaluación de la Adaptabilidad y Cohesión Familiar--- Faces III

Validez: Entre la correlación de sus escalas es 0.03.Para hallar la consistencia interna se usó la medida de Cronbach para cada una de la dimensiones siendo los resultados: 0.77 y adaptabilidad: 0.62. Para el presente trabajo de investigación se determinó el índice de discriminación de ítems Para lo cual se utilizó el método de ítems test, que consiste en correlacionar la puntuación obtenida por el sujeto en ítems, con su puntuación total. Además se halló la validez de la prueba haciendo uso del método por diferencias de grupos con puntuaciones extremas, se aplicó la fórmula de la T de Student, para determinar si existen diferencias significativas entre los grupos .Se encontró que la prueba, en sus Escalas Real o ideal, es válida a un nivel de significación del 0.05.

Confiabilidad: Se usó del método de división por mitades que consiste en correlacionar las puntuaciones obtenidas por el sujeto luego de dividir la prueba en dos ;prueba de ítems pares y prueba de ítems impares, para luego elaborar la tabla para su análisis y posteriormente aplicar la fórmula para determinar la confiabilidad.

La confiabilidad hallada es de 0.98, finalmente para la baremación de la prueba, se utilizó el método de percentiles que consiste en distribuir las puntuaciones de los sujetos en 100 unidades, lo que permite ubicar el rango al cual pertenece el sujeto .En primera instancia se elaboró una tabla, donde se ordenaron las puntuaciones totales de mayor a menor. Luego mediante el uso de fórmulas se determinó los percentiles.

Escala de autovaloración de ansiedad

Validez:

Disponemos de pocos estudios de validación de sus valores psicométricos. La correlación entre la puntuación de cada ítem y el total oscila entre 0.34 y 0.65.

Confiabilidad:

Los coeficientes de correlación fueron estudiados por Zung. Entre ASI y SAS es de 0,66 y entre ASI y Taylor Manifest Anxiety Scale de 0,33.

3.5. Técnicas de recojo, procesamiento y presentación de datos.

Se encuestará a través del test de ansiedad y la escala FACE III. Y los datos se procesarán en una hoja de cálculo Excel.

Técnica. El estudio se realizó mediante la técnica de la encuesta.

Método. Se aplicaron los instrumentos para la recolección de la información

3.5.1 Procesamiento y presentación de datos

El procesamiento de la información se realizará utilizando una hoja de cálculo Excel, y para la presentación de los datos se analizaron con el software estadístico SPSS versión 24.0, y se realizó un reporte, en tablas simples y de doble entrada.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Tabla 2

Disfunción familiar de los adolescentes del programa EVAJ, 2022

Disfunción familiar					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Normal	1	2,2	2,2	2,2
	Moderada	17	37,8	37,8	40,0
	Severa	20	44,4	44,4	84,4
	Grave	7	15,6	15,6	100,0
	Total	45	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta a adolescentes del programa EVAF en disfunción familiar

Análisis e interpretación

En la tabla 2, se aprecia que en disfunción familiar de 45 adolescentes, 20 (44,4%) están en un nivel severo de disfunción familiar, 17 (37,8%) se ubican en un nivel moderado, 7 (15,6%) están el nivel grave y 1 (2,2%) nivel normal.

4.2. Análisis bivariado

Tabla 3

Disfunción familiar y niveles de ansiedad en adolescentes del programa EVAJ, 2022

Tabla cruzada Disfunción familiar*Niveles de ansiedad

Recuento

		Niveles de ansiedad				Total	
		Normal	%	Moderada	%		%
Disfunción familiar	Normal	1	2.2	0		1	2.2
	Moderada	14	31,1	3	6.7	17	37,8
	Severa	19	42,2	1	2.2	20	44.4
	Grave	7	15,6	0		7	15,6
Total		**41**		**4**		**45**	

Fuente: Encuesta a adolescentes del programa EVAF en disfunción familiar y niveles de ansiedad.

Análisis e interpretación

En la tabla 3, se aprecia que 19 casos (42,2%) se ubican en un nivel severo de disfunción familiar y normal de niveles de ansiedad, 14 (31,1%) están el nivel moderado de disfunción familiar y ansiedad normal, 7 (15.6) tienen un nivel grave en disfunción familiar y normal de niveles de ansiedad y 1 (2,2%) nivel normal en disfunción familiar y ansiedad normal.

Tabla 4

Niveles de cohesión y niveles de ansiedad en adolescentes del programa EVAJ, 2022

Tabla cruzada Disfunción familiar*Niveles de ansiedad

Recuento

		Niveles de ansiedad				
		Normal	%	Moderada	%	Total
Niveles de cohesión	Desligada	32	71.1	4	8.9	36
	Separada	3	6.7	0		3
	Conectada	5	11.1	0		5
	Amalgamada	1	2.2	0		1
Total		41		4		45

Fuente: Encuesta a adolescentes del programa EVAF en disfunción familiar y niveles de ansiedad.

En la tabla 4, se muestra 32 casos (71.1)% de nivel de cohesión desligada y nivel de ansiedad normal, 8.9% nivel moderado, el 11.1% tienen un nivel de cohesión conectada y normal en nivel de ansiedad, 6.7% nivel de cohesión conectada y 2,2% de nivel de cohesión amalgamada.

Tabla 5

Niveles de adaptabilidad y niveles de ansiedad en adolescentes del programa EVAJ, 2022

Tabla cruzada Niveles de adaptabilidad*Niveles de ansiedad

Recuento

		Niveles de ansiedad				Total
		Normal	%	Moderada	%	
Niveles de adaptabilidad	Rígida	2	4.4	0		2
	Estructurada	6	13.3	0		6
	Flexible	11	24.4	3	6.7	14
	Caótica	22	48.9	1	2.2	23
Total		41	91.1%	4	.9%	45

Fuente: Encuesta a adolescentes del programa EVAF en niveles de adaptabilidad y niveles de ansiedad

En la tabla 5, se muestra 22 casos (48.9) % de nivel de adaptabilidad caotica y normal en nivel de ansiedad, 24.4% nivel de adaptabilidad flexible y nivel normal de ansiedad, 13.3% en nivel de adaptabilidad estructurada y normal en nivel de ansiedad, y 4.4% nivel de adaptabilidad rígida normal y normal de ansiedad.

Tabla 6

Pruebas de Chi-cuadrado para asociación significativa

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,764[a]	3	,429
Razón de verosimilitud	3,212	3	,360
Asociación lineal por lineal	1,820	1	,177
N de casos válidos	45		

a. 5 casillas (62,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,09

Análisis e interpretación

El primer valor, 2.764, corresponde al estadístico chi-cuadrado de Pearson. Esta medida cuantifica la discrepancia entre las frecuencias observadas y esperadas en la tabla de contingencia. Tiene 3 grados de libertad (df) asociados. Los grados de libertad representan la cantidad de decisiones independientes que pueden tomarse en el análisis. En este caso, este valor se puede utilizar para evaluar si hay una asociación significativa entre las dos variables categóricas bajo estudio. El valor de chi-cuadrado se compara con la distribución chi-cuadrado para determinar la significación estadística.

Tabla 7

Pruebas de Chi-cuadrado para evidencia

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,084[a]	3	,253
Razón de verosimilitud	4,221	3	,239
Asociación lineal por lineal	,009	1	,925
N de casos válidos	45		

a. 5 casillas (62,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,18.

Análisis e interpretación

El primer valor, 4.084, corresponde al estadístico chi-cuadrado de Pearson. Tiene 3 grados de libertad (df) asociados. La significación asintótica (bilateral) es 0.253. Estos resultados indican que el valor de p (0.253) es mayor que el nivel de significancia comúnmente utilizado (0.05), lo que sugiere que no hay suficiente evidencia para rechazar la hipótesis nula de que no hay una asociación estadísticamente significativa entre las variables categóricas bajo estudio.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El estudio está enfocado en investigar la relación entre disfunción familiar y niveles de ansiedad de los adolescentes del programa EVAJ del Hospital Regional de Pucallpa, debido a que la relación entre la disfunción familiar y la ansiedad en adolescentes es un tema de gran importancia en el ámbito de la psicología y la salud mental. La disfunción familiar se refiere a problemas en la dinámica, la comunicación y las interacciones dentro de una familia. Estos problemas pueden manifestarse de diversas formas, como conflicto constante, falta de apoyo emocional, falta de comunicación efectiva, abuso, negligencia, entre otros. La ansiedad, por otro lado, es una respuesta emocional natural ante situaciones de estrés o peligro, pero cuando se vuelve excesiva, persistente e interfiriere en el funcionamiento cotidiano, puede considerarse un trastorno de ansiedad. Los adolescentes son especialmente susceptibles a desarrollar trastornos de ansiedad debido a los cambios físicos, emocionales y sociales que experimentan durante esta etapa de desarrollo.

El objetivo fue determinar la relación entre disfunción familiar y niveles de ansiedad de los adolescentes del programa EVAJ del Hospital Regional de Pucallpa, y se pudo encontrar 44.4% de los adolescentes están en un nivel severo de disfunción familiar, 37.8% se ubican en un nivel moderado de disfunción familiar, (Tabla1), con la siguiente investigación se evidencia que un mayor porcentaje de adolescentes se encuentran en un nivel severo

de disfunción familiar en adolescentes y puede tener diversas consecuencias negativas en su desarrollo emocional, social y psicológico. Por ella es importante reconocer y abordar la disfunción familiar severa lo antes posible para mitigar estas consecuencias. La terapia individual, terapia familiar y el apoyo de profesionales de la salud mental pueden ser recursos valiosos para ayudar a los adolescentes a superar los desafíos asociados con este tipo de entorno. Asimismo, hay menor porcentaje de 2.2 % de adolescentes se encuentran en un nivel normal tanto en disfunción familiar como en ansiedad.

Montes N., Vera A. (2018), (13) quienes en su estudio denominado Familia disfuncional asociado a la ansiedad en estudiantes de secundaria de un colegio Nacional. Concluyendo que un estudiante proveniente de una familia disfuncional está 7.9 veces más propensos a tener ansiedad a comparación de aquellos que pertenecen a una familia funcional, así también, aquellos integrantes de familias disfuncionales son 3.9 veces más propenso de presentar ansiedad grave, y está propenso en 3.1 veces más a presentar ansiedad moderada en comparación con aquellos estudiantes que pertenecen a una familia funcional.

Con respecto al primer objetivo identificar la relación que existe entre cohesión familiar y ansiedad en adolescentes del programa EVAJ, del Hospital Regional de Pucallpa del Hospital Regional de Pucallpa, el (71.1)% se ubican en el nivel de cohesión desligada y nivel de ansiedad normal, , el 11.1% tienen un nivel de cohesión conectada y normal en nivel de ansiedad(Tabla3), lo cual podría sugerir que la mayoría de adolescentes

experimentan una falta de estrecha conexión o unión en sus relaciones familiares, pero no muestran niveles preocupantes de ansiedad. Por otro lado, estos adolescentes muestran una "cohesión conectada" en sus relaciones familiares, lo que podría indicar que estos individuos tienen vínculos más sólidos y cercanos dentro de su familia. Además, estas personas también tienen un nivel de ansiedad considerado normal. Lo cual se corrobora con el estudio de Villarreal D., Jesús A. (2017) En sus investigaciones titulada “Cohesión, adaptabilidad y composición familiar, obteniendo como resultado las diferencias significativas entre los adolescentes pertenecientes a familias nucleares y a nucleares. Se discuten implicaciones teóricas y prácticas.

Con respecto al segundo objetivo de identificar la relación que existe entre adaptabilidad familiar y ansiedad en adolescentes del programa EVAJ, del Hospital Regional de Pucallpa del Hospital Regional de Pucallpa, el (48.9) % de nivel de adaptabilidad caótica y normal en nivel de ansiedad, 24.4% nivel de adaptabilidad flexible y nivel normal de ansiedad. Lo cual indicaría que casi la mitad de las personas en este grupo tienen dificultades para manejar cambios y situaciones inesperadas, pero sus niveles de ansiedad no parecen ser preocupantes. Como lo encontrado por Baquerizo M. (2017) (19), afirma que: La adaptabilidad familiar determina la flexibilidad que presenta el sistema familiar y se define como la habilidad que presenta la familia para cambiar las relaciones o estructuras de poder, los roles y reglas en función de las situaciones con el fin de mantener la estabilidad familiar.

CONCLUSIONES

- En conclusión, el análisis de este estudio proporciona una comprensión más profunda de la relación entre la disfunción familiar, la cohesión familiar, la adaptabilidad familiar y los niveles de ansiedad en un grupo de 45 adolescentes.
- En el área de disfunción familiar entre los adolescentes. La mayoría se encuentra en niveles severos y moderados de disfunción, lo que indica que una proporción considerable enfrenta desafíos en su entorno familiar.
- Por último, los niveles de adaptabilidad familiar se relacionan con los niveles de ansiedad. Los adolescentes con adaptabilidad caótica y flexible tienden a mostrar ansiedad normal en su mayoría, lo que sugiere que una capacidad más adaptable para enfrentar cambios puede estar vinculada a niveles menos preocupantes de ansiedad.

SUGERENCIAS

- Implementar programas de apoyo familiar que se enfoquen en abordar los desafíos específicos de cada nivel de disfunción. Por ejemplo, para los adolescentes en nivel severo, se podría ofrecer terapia familiar intensiva.
- Organizar talleres educativos para padres y cuidadores que aborden e estrategias de comunicación efectiva y resolución de conflictos para reducir los niveles de disfunción.
- Ofrecer terapia cognitivo-conductual a aquellos adolescentes que experimentan niveles moderados o severos de disfunción y ansiedad normal, para abordar patrones de pensamiento negativo y promover un manejo más efectivo del estrés.
- Desarrollar programas de educación para padres sobre cómo apoyar a los adolescentes con ansiedad, especialmente en contextos de disfunción familiar.
- Organizar talleres familiares que fomenten la comunicación y la cohesión en el hogar, incluso para aquellos en niveles de cohesión desligada y ansiedad normal y facilitar grupos de apoyo para padres y adolescentes donde puedan compartir experiencias y estrategias para manejar la ansiedad de manera conjunta.
- Proporcionar entrenamiento en habilidades de afrontamiento para adolescentes con niveles de adaptabilidad caótica, ayudándoles a gestionar mejor las situaciones cambiantes y reducir la ansiedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Boix L. La ansiedad Boix L, editor. Londres: El telegrafo; 2016.
2. Gudiño A. Milenio. [Online].; 2018 [cited 2019 Agosto 22. Available from: https://www.milenio.com/ciencia-y-salud/ansiedad-aumenta-75-en-los-ultimos-cinco-anos-en-mexico.
3. Piazza M, Fiestas F. Prevalencia anual de trastornos y uso de servicios de salud mental en el Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. 2014 Diciembre; 31
4. Esslaud. Seguro social de salud. [Online].; 2018 [cited 2019 oct 01. Available from: http://www.essalud.gob.pe/essalud-ucayali-el-70-de-pacientes-del-servicio-de-psicologia-sufren-de-depresion-y-ansiedad/.
5. Mallqui F. Clima social familiar de los estudiantes del segundo grado de Eduacion Secundaria provenientes de familias disfuncionales de la Institucion Edicativa, Los Libertadores de America. 2016. Informe para optar el título de licenciado en psicología.
6. Sociedad Española Medicina Interna. SEMI. [Online].; 2019 [cited 2019 Oct 4. Available from: https://www.fesemi.org/informacion-pacientes/conozca-mejor-su-enfermedad/ansiedad.
7. Ocampo L, Sanchez V. DINÁMICA FAMILIAR (FUNCIONAL /DISFUNCIONAL) Y NIVELES DE ANSIEDAD. 2019. Proyecto de grado para optar el titulo profesional en Psicologia.
8. Camuñas N, Mavrou E, Tobal J. Ansiedad y tristeza-depresión. Dialnet. 2019; 24(1).

9. Baran A. Ansiedad y tristeza-depresión. 2018. Tesis de grado.
10. Martinez A, Zumba D. Disfuncionalidad familiar como factor determinante de las habilidades sociales en adolescentes de la Fundación Proyecto Don Bosco. 2017. Proyecto de investigacion para optar el titulo de Psicologia clinica. Ecuador 2017.
11. Gallegos J, Ruvalcaba N, Castillo J, Ayala P. uncionamiento familiar y su relación con la exposición a la violencia en adolescentes mexicanos. Scielo. 2016 Julio-Diciembre; 13(2).
12. Effio A. Disfunción familiar como factor asociado a depresión en alumnos de Secundaria del Colegio Pablo María Guzmán – Surco durante Abril del 2019. 2019.
13. Montes N, Vera A. Familia disfuncional asociado a la ansiedad en estudiantes de secundaria de un colegio Nacional. 2018. Tesis de Licenciatura. Facultad de Ciencias de la Salud carrera profesional de enfermería.
14. Avila K, Luna D. Funcionamiento familiar y nivel de ansiedad en adolescentes primigestas. 2017. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería] Trujillo: Universidad privada Antenor Orrego.
15. . Villareal D, Paz A. Cohesión, adaptabilidad y composición familiar en. Propósitos y Representaciones. 2017 Julio-Diciembre; 5(2).
16. Molleda M, Rodriguez D. Disfunción familiar y el rendimiento académico en los estudiantes de enfermería en una universidad privada. 2016. Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería. Universidad peruana unión Facultad de ciencias de la salud Escuela profesional de enfermeria.
17. Ordoñez J, Osores N. Funcionalidad familiar y su relación con la ansiedad en

niños de tercer grado de primaria en una institución educativa. 2016. Tesis para optar el grado de licenciado en Psicología. Chiclayo: Universidad Juan Mejia Baca.

18. Anticona N. (18) Disfunción familiar y bullying relacionados con depresión en adolescentes. Colegio Túpac Amaru II de Florencia de Mora. 2019. Tesis para optar el título profesional Medico Trujillo.
19. Baquerizo M. Cohesión y adaptabilidad familiar y el rendimiento académico de estudiantes universitarios. 2017. Tesis para optar el grado académico de Magister. Universidad Cesar Vallejo.
20. Carranza K. Funcionamiento familiar prevalente en integrantes de la pastoral juvenil diocesana. 2017. Tesis para optar el título profesional de licenciado en psicología. Universidad Católica los Angeles de Chimbote.
21. Bojórquez J. Ansiedad y rendimiento académico en estudiantes universitarios. 2015. Tesis para optar el gado de Maestro en salud Pública.Lima: Facultad de Medicina sección de Posgrado.
22. Amad M. Evaluación de las intervenciones de enfermería en los cuidados a mujeres con diagnostico enfermero ansiedad. 2014. Tesis doctoral. Murcia: Universidad de Murcia.
23. Jibaja C. Clima social familiar y dimensiones de la personalidad en estudiantes de cuarto grado de educación secundaria de un colegio privado de la ciudad de Lima. 2019. Tesis para optar el título de Psicólogo. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
24. Lopez O. La dimensión emocional como perspectiva de análisis de los fenómenos socioculturales. C2 Ciencia y Cultura. 2016 Mayo;(2).

25. Moreno, Anaya O, Ramirez N, Polania C. DIMENSION EMOCIONAL. 2011..
26. Vivo sano. [Online].; 2019 [cited 2019 Oct 4. Available from: https://www.vivosano.org/enemigo-interior-la-angustia-la-ansiedad/.
27. Cor A. La angustia: Un recorrido por la obra freudiana. 2016.
28. Miralles S. Vix. [Online].; 2019 [cited 2019 Octubre 4. Available from: https://www.vix.com/es/btg/curiosidades/3959/que-es-el-miedo-y-como-se-manifiesta.
29. Salazar Y, Saavedra J. Factores asociados a irritabilidad en adultos con episodio depresivo en Lima Metropolitana. Scielo. 2019 Ene; 82(1).
30. Ramos D. Nivel de irritabilidad, cólera y agresión en adolescentes de la I.E. Wilmar Sotillo de Bacigalupo de Tacna. 2015. Tesis para optar título profesional de Licenciada en Obstetricia. Tacna: Universidad Nacional Joreg Basadre Grohmann.
31. Farias M. CONFIANZA Y DESCONFIANZA COMO FORMAS DE ABORDAR. RED Sociales. 2014 Noviembre; 6(37).
32. Del Toro A, Gonzalez M, Arce D, Reinoso S, Reina L. Mecanismos fisiologicos implicados en la ansiedad previa a examenes. Scielo. 2014 Oct; 18(10).
33. Álvarez M, Herazo C, Mora G. Enfoque semiológico de las palpitaciones. Scielo. 2014 Julio; 62(1).
34. Mediplus. Mediplus.gov. [Online].; 2019 [cited 2019 Octubre 4. Available from: https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003117.htm.
35. Rodriguez M. Fisiorehabilitacion. [Online].; 2014 [cited 2019 Octubre 4. Available from: https://www.fisiovicalvaro.com/contracturas-que-son-causas-y-tratamiento.

36. Mayo Clinic. [Online].; 2019 [cited 2019 Octubre 4. Available from: https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/indigestion/symptoms-causes/syc-20352211.
37. Aula Facil. [Online].; 2019 [cited 2019 Octubre 5. Available from: https://www.aulafacil.com/cursos/psicologia/la-ansiedad/sintomas-cognitivos-l33592.
38. Reyes A. Los pensamientos obsesivos limitan tu vida. La mente es maravillosa. 2019 Junio.
39. Infosalud. Infosalud.com. [Online].; 2019 [cited 2019 Octubre 4. Available from: https://www.infosalus.com/salud-investigacion/noticia-detectar-trastorno-ansiedad-20190122110237.html.
40. Cespedes E. Propiedades psicométricas del inventario de ansiedad estado y ansiedad rasgo en niños y adolescentes de lima sur. 2015. [Tesis para obtener el título deLicenciada en psicología. lima: facultad de humanidades escuela de psicología.
41. Puerta V. La ansiedad. Amadag. 2018 Noviembre.
42. Sierra J, Ortega V, Zubeidat L. Ansiedad como neurosis. Mal-estar subjetividade. 2003; 8(1).

ANEXO 1

"ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR (FACES III)"

Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija según el numero indicado	
NUNCA 1	CASI NUNCA 2 / ALGUNAS VECES 3 / CASI SIEMPRE 4 / SIEMPRE 5
1	Los miembros de nuestra familia se apoyan entre si
2	En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas
3	Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia
4	Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina
5	Nos gusta convivir solamente con los familiares mas cercanos
6	Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad
7	Nos sentimos mas unidos entre nosotros que con personas que no son de la familia
8	La familia cambia de modo de hacer las cosas
9	Nos gusta pasar el tiempo libre en familia
10	Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos
11	Nos sentimos muy unidos
12	En nuestra familia los hijos toman las decisiones
13	Cuando se toma una decisión importante, toda la familia esta presente
14	En nuestra familia las reglas cambian
15	Con facilidad podemos planear actividades en familia
16	Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros
17	Consultamos unos con otros para tomar decisiones
18	En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad
19	La unión familiar es muy importante
20	Es difícil decir quien hace las labores del hogar

ANEXO 2

ESCALA DE AUTOVALORACION DE ANSIEDAD

NOMBRES: _____ Edad: ___ Sexo: ___ Religión: _____

Grado: _____ Sección:_____ Fecha: _____/____/_____ Fecha de nacimiento. ____/__ _/___

Dirección: _____ Teléfono: _____

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

ANEXO 3

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

Yo,……....con

DNI……,

He escuchado con atención la información proporcionada por el investigador, he tenido oportunidad de efectuar preguntas sobre el estudio, he recibido respuestas satisfactorias. He recibido suficiente información en relación con el estudio, he hablado con el Investigador:

Doy mi consentimiento sólo para la extracción necesaria de información en la investigación de la que se me ha informado y para que sean utilizadas exclusivamente en ella, sin posibilidad de compartir o ceder éstas, en todo o en parte, a ningún otro investigador, grupo o centro distinto del responsable de esta investigación o para cualquier otro fin.

Declaro que he leído y conozco el contenido del presente documento, comprendo los compromisos que asumo y los acepto expresamente. Y, por ello, firmo este consentimiento informado de forma voluntaria para manifestar MI DESEO DE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN sobre **“ RELACION ENTRE DISFUNCION FAMILIAR Y NIVELES DE ANSIEDAD EN ADOLOESCENTES DEL PROGRAMA EVAJ DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA 2022”,** hasta que decida lo contrario. Al firmar este consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos.

_____ _____

Firma del Investigador Firma del Evaluador

Huella digital

RELACION ENTRE DISFUNCION FAMILIAR Y ANSIEDAD EN ADOLESCENTES DEL PROGRAMA EVAJ DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA, 2022

<table>
<tr><th>PROBLEMA</th><th>OBJETIVOS</th><th>HIPOTESIS</th><th>VARIABLES</th><th>DIMENSIONES</th><th>INDICADORES</th><th>MARCO TEORICO</th><th>TIPO/DISEÑO METODOLOGICO</th><th>POBLACION /MUESTRA</th></tr>
<tr><td rowspan="3">Problema general
¿Qué relación existe entre disfunción familiar y ansiedad en adolescentes del Hospital Regional de Pucallpa, 2022?</td><td rowspan="3">Objetivo general
Determinar la relación que existe entre disfunción familiar y ansiedad en adolescentes del programa EVAJ, del Hospital Regional de Pucallpa, 2022.</td><td rowspan="3">Hipótesis general
H_1. Existe relación significativa entre disfunción familiar y ansiedad en adolescentes del programa EVAJ, del Hospital Regional de Pucallpa, 2022.

H_o. No existe relación significativa entre disfunción familiar y ansiedad en adolescentes del programa EVAJ, del Hospital Regional de Pucallpa, 2022.</td><td rowspan="8">Variable 1

Disfunción Familiar</td><td rowspan="4">Cohesión Familiar</td><td>Desligada</td><td rowspan="3">2.1. Antecedentes

2.2.1. Antecedentes

• A nivel internacional
• A nivel nacional
• A nivel local

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Disfunción familiar

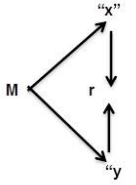
• Cohesión familiar
• Adaptabilidad familiar

2.2.2. Ansiedad

• Dimensión emocional

• Dimensión fisiológico</td><td rowspan="3">3.1 Tipo de investigación
- Enfoque cuantitativo, tipo observacional, prospectivo, transversal, , nivel descriptivo, correlacional.

3.2 Diseño y esquema de la investigación.
- No experimental correlacional.

Esquema


3.4. Definición operativa del instrumento de recolección de datos.

3.4.1. Instrumentos</td><td rowspan="3">3.3. Población y muestra

3.3.1. 100 adolescentes del programa EVAJ, del Hospital Regional de Pucallpa.

3.3.2. 45 adolescentes del programa EVAJ, del Hospital Regional de Pucallpa.</td></tr>
<tr><td>Independiente</td></tr>
<tr><td>Unida</td></tr>
<tr><td>Aglutinada</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Adaptabilidad Familiar</td><td>Caótica</td></tr>
<tr><td>Flexible</td></tr>
<tr><td>Estructurada</td></tr>
<tr><td>Rígida</td></tr>
<tr><td>Problemas específicos</td><td>Objetivos específicos</td><td>Hipótesis específicas</td><td rowspan="5">Emocional</td><td>Angustia</td></tr>
<tr><td rowspan="4">¿Qué relación existe entre cohesión familiar y ansiedad en</td><td rowspan="4">Identificar la relación que existe entre cohesión familiar y niveles ansiedad</td><td rowspan="4">Hipótesis especificas 1
H_1. Existe relación significativa entre cohesión familiar y ansiedad en adolescentes</td><td>Miedo</td></tr>
<tr><td>Irritabilidad</td></tr>
<tr><td>Desconfianza</td></tr>
<tr><td>Variable 2</td><td>Palpitaciones
Nauseas
Contracturas
sudoración</td></tr>
</table>

adolescentes del programa EVAJ, del Hospital Regional de Pucallpa, 2022? ¿Qué relación existe entre adaptabilidad familiar ansiedad en adolescentes del programa EVAJ, del Hospital Regional de Pucallpa, 2022?	en adolescentes del Hospital Regional de Pucallpa 2022. Identificar la relación que existe entre adaptabilidad familiar y ansiedad en adolescentes del programa EVAJ, del Hospital Regional de Pucallpa, 2022?.	programa EVAJ, del Hospital Regional de Pucallpa, 2022 **H_o.** No existe relación significativa entre cohesión familiar y ansiedad en adolescentes programa EVAJ, del Hospital Regional de Pucallpa, 2019 **Hipótesis especificas 2** H_1. Existe relación significativa entre adaptabilidad familiar y ansiedad en adolescentes programa EVAJ, del Hospital Regional de Pucallpa, 2022. No existe relación significativa entre adaptabilidad familiar y ansiedad en adolescentes del Hospital Regional de Pucallpa 2022.	Ansiedad	Fisiológico	Indigestión	• Dimensión cognitivo **2.3. Bases o fundamentos filosóficos del tema de investigación** **2.1.Bases conceptuales** **2.2.Bases epistémicas**	**3.4.2. Validez y confiabilidad del instrumento.** **3.5 Procesamiento de recolección de datos.** **a.Técnica de recojo procesamiento y presentación de datos.** **3.6.1 Técnica** **3.6.2. Método** **b. Procesamiento y presentación de datos** **c. Aspectos bioético** **V. Cronograma** **VI. Presupuesto** **VII. Referencias bibliográficas** **VIII. Anexos**	
				Cognitivo	Pensamiento persistente			
					Sensación de fallar			
					Vergüenza .			