



FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

DEPENDENCIA FUNCIONAL Y CLIMA FAMILIAR EN ADOLESCENTES CON
DISCAPACIDAD MOTORA SEVERA SERVICIO DE EMERGENCIA EN EL
HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS, LIMA

Línea de investigación:
Salud pública

Tesis para optar el Título de Especialista en Terapia Familiar Sistémica

Autora

Bustamante Arias, Gilda Ana

Asesor

Porras Lavallo, Raúl Ernesto

ORCID: 0000-0003-4371-0056

Jurado

Duran Espejo, Leonardo Alcira

Valcárcel Aragón, Mario Sabino

Otoya Ramírez, Hilda Rosa

Lima - Perú

2025

"Dependencia funcional y clima familiar en adolescentes con discapacidad motora severa. Servicio de Emergencia en el Hospital de Emergencias Pediátricas, Lima"

INFORME DE ORIGINALIDAD

27 %

INDICE DE SIMILITUD

26 %

FUENTES DE INTERNET

9 %

PUBLICACIONES

6 %

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

repositorio.unfv.edu.pe

Fuente de Internet

6 %

2

hdl.handle.net

Fuente de Internet

2 %

3

cmhnaaa.org.pe

Fuente de Internet

1 %

4

repositorio.ucv.edu.pe

Fuente de Internet

1 %

5

Submitted to Universidad Cesar Vallejo

Trabajo del estudiante

1 %

6

repositorio.upeu.edu.pe

Fuente de Internet

1 %

7

www.researchgate.net

Fuente de Internet

1 %

8

www.coursehero.com

Fuente de Internet

<1 %

9

1library.co

Fuente de Internet

<1 %

10

Castillo Sánchez, Julieta Milagros. "Clima social familiar y la inteligencia emocional de los estudiantes de I ciclo de Psicología de la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote – Sede Piura, 2016", Universidad Católica los Ángeles de Chimbote (Peru)

<1 %



FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

DEPENDENCIA FUNCIONAL Y CLIMA FAMILIAR EN ADOLESCENTES CON
DISCAPACIDAD MOTORA SEVERA SERVICIO DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL
DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS, LIMA

Línea de investigación:

Salud pública

Tesis para optar el Título de Especialista en

Terapia Familiar Sistémica

Autora

Bustamante Arias, Gilda Ana

Asesor

Porras Lavalle, Raúl Ernesto

ORCID: 0000-0003-4371-0056

Jurados

Duran Espejo, Leonardo Alcira

Valcárcel Aragón, Mario Sabino

Otoya Ramírez, Hilda Rosa

Lima – Perú

2025

Dedicatoria

Dedicó esta tesis a mi familia mi esposo Néstor Raúl Falcón Lunazco, a mis hijos Néstor, Sandra y Carlos, a mi hija política Grika y a mis nietos Sandro y Grika y también se lo dedico esto a mis padres que desde el cielo velan por todos nosotros.

Agradecimiento:

Agradezco a mis profesoras Mg Orfelinda García Camacho y Mg Graciela Cevallos Mendoza, quienes con su paciencia y conocimiento ayudaron a pulir este trabajo, y en especial a mi familia por estar siempre apoyándome y a todas las amistades que pusieron un granito de arena para el logro de esta especialidad.

ÍNDICE

Resumen.....	vii
Abstract	viii
I. Introducción.....	9
1.1. Descripción y formulación del problema	10
1.2. Antecedentes	13
1.3. Objetivos	17
1.4. Justificación.....	18
1.5. Hipótesis.....	21
II. Marco teórico	23
2.1 Bases teóricas	23
III. Método	30
3.1. Tipo de investigación	30
3.2. Ámbito temporal y espacial.....	31
3.3. Variables.....	31
3.4. Población y muestra.....	32
3.5. Instrumentos	32
3.6. Procedimientos	36
3.7. Análisis de datos.....	37
3.8. Consideraciones éticas	38
IV. RESULTADOS.....	39
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	59
VI. CONCLUSIONES	61
VII. RECOMENDACIONES	62
VIII. REFERENCIA.....	63
IX. ANEXO.....	66
Anexo 1. Definición de términos	67
Anexo 2. Instrumento.....	68
Anexo 3. Carta de Consentimiento Informado	74
Anexo 4. Matriz de consistencia	75
Anexo 5. Operacionalización de variables.....	77

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Legislación nacional	17
Tabla 2. Categorización de la dependencia funcional.....	33
Tabla 3. Categorización del clima.....	34
Tabla 4. Coeficiente Rho de Spearman para relacionar la dependencia funcional y el clima familiar.....	40
Tabla 5. Contraste mediante prueba de Chi cuadrado para determinar si el porcentaje de adolescentes con dependencia funcional completa alcanza o supera el 50%.	42
Tabla 6. Prueba de Chi cuadrado para verificar si el porcentaje de adolescentes con percepción baja del clima familiar alcanza o supera el 30%.....	44
Tabla 7. Coeficiente Rho de Spearman aplicado para analizar la asociación entre las actividades de autocuidado y el clima familiar.....	46
Tabla 8. Coeficiente Rho de Spearman para relacionar las actividades de movilidad con el clima familiar.....	48
Tabla 9. Coeficiente Rho de Spearman para relacionar las actividades de las funciones corporales con el clima familiar	50
Tabla 10. Características generales de los adolescentes con discapacidad motora.....	51
Tabla 11. Características clínicas de los adolescentes con discapacidad motora	52
Tabla 12. Dependencia funcional en adolescentes con discapacidad motora	53
Tabla 13. Clima familiar en adolescentes con discapacidad motora	54
Tabla 14. Relación entre dependencia funcional y clima familiar.....	55
Tabla 15. Relación entre las actividades de autocuidado y el clima familiar	56
Tabla 16. Relación entre las actividades de movilidad y el clima familiar.....	57
Tabla 17. Relación entre las actividades de funciones corporales y el clima familiar.....	58

ÍNDICE DE FIGURA

Figura 1. Diagnostico motor de los adolescentes con discapacidad motora	52
Figura 2. Dimensiones del clima familiar en el adolescente con discapacidad motora	53
Figura 3. Dimensiones del clima familiar en los adolescentes con discapacidad motora.....	54
Figura 4. Relación entre la dependencia funcional y el clima familiar.....	55
Figura 5. Relación entre las actividades de autocuidado y el clima familiar	56
Figura 6. Relación entre las actividades de movilidad y el clima familiar	57
Figura 7. Relación entre las actividades de funciones corporales y el clima familiar	58

RESUMEN

El presente estudio de investigación que tuvo como objetivo analizar el vínculo existente entre el nivel de autonomía funcional y el entorno familiar en adolescentes con discapacidad motora grave que recibieron atención en el área de Emergencia del Hospital de Emergencias Pediátricas, Lima, durante el año 2018. Empleando como metodología de investigación a un enfoque aplicado, con diseño correlacional, no experimental y de tipo transversal. Participaron un total de 91 adolescentes. Para la recolección de datos se emplearon la versión adaptada del Índice de Barthel según la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF) y la Escala del Clima Social Familiar. El análisis de la relación entre variables se llevó a cabo mediante la prueba de correlación de Spearman, utilizando el software estadístico SPSS versión 25. Obteniendo como resultados que, la edad media de los adolescentes evaluados fue de 13.4 años. La mayoría pertenecía al sexo masculino (51.6%), cursaban la educación primaria (47.3%), provenían de instituciones educativas públicas (65.9%), residían en Lima (54.9%) y estaban acompañados por su madre al momento de la atención (69.2%). En cuanto a los diagnósticos más frecuentes, el 22% presentaba distrofia muscular, el 15.4% parálisis cerebral y el 12.1% hemiplejía. Se identificó una dependencia funcional total en el 24.2% de los participantes, mientras que un entorno familiar desfavorable fue reportado solo en el 8.8% de los casos. El análisis estadístico no reveló una asociación significativa entre el grado de dependencia funcional y el clima familiar ($p=0.091$, $Rho=-0.178$). Sin embargo, se halló una correlación significativa, negativa y de baja intensidad entre el clima familiar y las actividades de autocuidado ($p=0.010$, $Rho=-0.268$), así como con las funciones corporales ($p=0.028$, $Rho=-0.230$). Concluyendo que, no se evidenció una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de dependencia funcional y el entorno familiar en adolescentes con discapacidad motora grave atendidos en el área de Emergencia del Hospital de Emergencias Pediátricas, Lima, durante el año 2018.

Palabras Clave: Dependencia funcional, clima familiar, adolescentes, discapacidad motora severa.

ABSTRACT

The present research study aimed to analyze the existing link between the level of functional autonomy and the family environment in adolescents with severe motor disabilities who received care in the Emergency area of the Pediatric Emergency Hospital in Lima during the year 2018. The research methodology used was an applied approach with a correlational, non-experimental and cross-sectional design. A total of 91 adolescents participated. For data collection, the adapted version of the Barthel Index according to the International Classification of Functioning (ICF) and the Family Social Climate Scale were employed. The analysis of the relationship between variables was carried out using Spearman's correlation test, utilizing the statistical software SPSS version 25. The results showed that the average age of the evaluated adolescents was 13.4 years. The majority were male (51.6%), were attending primary education (47.3%), came from public educational institutions (65.9%), lived in Lima (54.9%), and were accompanied by their mother at the time of care (69.2%). Regarding the most frequent diagnoses, 22% had muscular dystrophy, 15.4% had cerebral palsy, and 12.1% had hemiplegia. Total functional dependency was identified in 24.2% of the participants, while an unfavorable family environment was reported in only 8.8% of cases. The statistical analysis revealed no significant association between the degree of functional dependency and family climate ($p=0.091$, $Rho=-0.178$). However, a significant, negative, and low-intensity correlation was found between family climate and self-care activities ($p=0.010$, $Rho=-0.268$), as well as with bodily functions ($p=0.028$, $Rho=-0.230$). Concluding that no statistically significant association was evidenced between the level of functional dependence and the family environment in adolescents with severe motor disabilities treated in the Emergency area of the Pediatric Emergency Hospital, Lima, during the year 2018.

Keywords: Functional dependence, family climate, adolescents, severe motor disability.

I.INTRODUCCIÓN

En la actualidad, se estima que alrededor de 93 millones de niños y adolescentes en el mundo presentan alguna forma de discapacidad, lo que representa que uno de cada veinte adolescentes vive con una condición moderada o severa, según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2013). Las limitaciones físicas, mentales o cognitivas que presentan estas personas suelen provocar una dependencia funcional, debido a las dificultades que enfrentan para realizar actividades cotidianas de manera autónoma.

La dependencia funcional representa un desafío relevante en el ámbito de la salud pública, ya que se encuentra estrechamente relacionada con tasas de mortalidad, presencia de discapacidades, afecciones crónicas, trastornos mentales, dificultades sociales y una baja calidad de vida. Por esta razón, ha cobrado gran interés en los últimos años. En especial, preocupa la situación de los adolescentes con discapacidad motora severa, quienes requieren asistencia permanente de otras personas para llevar a cabo actividades esenciales y rutinarias. Además, diversas entidades nacionales e internacionales han señalado un incremento en la cantidad de personas que necesitan apoyo constante para alcanzar una mejor calidad de vida.

Las diversas condiciones en las que vive y se desenvuelve una persona con discapacidad pueden influir positiva o negativamente en su situación individual y en la dinámica familiar. La presencia de un niño o adolescente con discapacidad motora severa dentro del núcleo familiar se convierte en un factor crucial que puede impactar el ambiente emocional y relacional del hogar. La manera en que los familiares reaccionan ante el diagnóstico implica un proceso progresivo de aprendizaje y adaptación emocional frente a la condición del menor, lo cual frecuentemente requiere orientación y apoyo especializado.

El impacto que produce en el entorno familiar la presencia de un miembro con discapacidad ha motivado la realización del presente estudio, cuyo propósito es identificar si existe una relación entre la dependencia funcional y el clima familiar en adolescentes con discapacidad motora. Esta investigación busca ampliar el conocimiento sobre esta problemática en el contexto nacional y aportar evidencia que permita formular políticas públicas orientadas a apoyar a las familias que conviven con adolescentes con discapacidad motora severa, reconociendo a la familia como el núcleo fundamental en el desarrollo integral de las personas.

1.1. Descripción y formulación del problema

1.1.1. Descripción del problema

La adolescencia es una etapa de transición en la que el individuo pasa de la niñez a la adultez. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) define este periodo entre los 10 y 19 años (Amariles, 2015), y estima que los adolescentes constituyen aproximadamente una sexta parte de la población mundial, es decir, cerca de 1,200 millones de personas. Sin embargo, se debe tener en cuenta que una parte significativa de esta población enfrenta problemas de salud o condiciones de discapacidad que pueden persistir e intensificarse en la vida adulta (OMS, 2018). En el contexto nacional, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2015) reportó que, en el año 2012, el 10% de las personas con discapacidad eran menores de 18 años, y de estos, el 8% residía en Lima Metropolitana.

La discapacidad se entiende como una condición que expresa la interacción entre las particularidades físicas del individuo y el entorno social en el que se desenvuelve OMS (2018). En ese sentido, la discapacidad motora, al comprometer la capacidad de movimiento, impacta en distintas funciones como la movilidad, la respiración y la destreza manual, lo que restringe el desarrollo integral y continuo de la persona, tanto en el ámbito individual como en su participación dentro de la sociedad (Gobierno Federal de México, 2010).

A nivel global, se estima que alrededor del 15% de la población vive con algún tipo de discapacidad; dentro de este grupo, un 2.2% presenta limitaciones significativas que afectan su funcionalidad o interacción social, y un 3.8% corresponde a personas mayores de 15 años. Se prevé que estas cifras aumenten progresivamente debido al envejecimiento poblacional y al crecimiento sostenido de enfermedades crónicas (OMS, 2018). Según Giaconi, & San Martín (2017), el último Estudio Nacional de la Discapacidad realizado en Chile en 2015 reveló que el 16% de su población presentaba alguna forma de discapacidad. Por su parte, Vaca (2016) señala que, según los datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de Ecuador, se reportaron aproximadamente 816,000 personas con serias dificultades para realizar sus actividades diarias, mientras que el Consejo Nacional de Discapacidades registró oficialmente a 350,777 personas con algún tipo de discapacidad.

La discapacidad motora severa no solo restringe el desarrollo individual y social de quien la padece, sino que también repercute en los integrantes de su entorno familiar, quienes construyen una percepción personal de esta condición a partir de sus vivencias y perspectivas (Giaconi et al., 2017). Ante esta realidad, resulta fundamental considerar el estado de salud familiar, con el objetivo de promover el bienestar, la satisfacción y el desarrollo tanto de los individuos como del grupo en su conjunto, atendiendo sus necesidades y fortaleciendo sus capacidades. Para ello, es necesario comprender las distintas dimensiones que conforman la salud familiar, entre las cuales se encuentran: a) el clima familiar, b) la cohesión familiar, c) el funcionamiento del grupo familiar, d) la resiliencia familiar, y e) las estrategias de afrontamiento. No obstante, en el presente estudio se abordará únicamente el clima familiar, entendido como el ambiente interno que se genera entre los miembros del hogar, en función del grado de estabilidad, integración, participación y compromiso que se da en las relaciones dentro del núcleo familiar. (Lima et al., 2017)

En efecto, las familias atraviesan distintas etapas evolutivas, cada una marcada por

procesos de transición. Sin embargo, la incorporación de un miembro con discapacidad motora severa puede generar un cambio profundo en la dinámica familiar, afectando potencialmente a todo el entorno. El grado de impacto dependerá, en gran medida, de cómo los integrantes del hogar enfrenten esta nueva realidad. Por esta razón, analizar las repercusiones que tiene la discapacidad en el clima familiar resulta relevante, ya que permite reconocer las actitudes y emociones —tanto favorables como desfavorables— que pueden surgir entre los miembros de la familia.

Desde el ámbito institucional, y de acuerdo con los informes emitidos por el Área de Servicio Social del Hospital de Emergencias Pediátricas, en el año 2017 se evidenció la presencia de problemáticas asociadas a la discapacidad. A raíz de esta situación, surge la presente propuesta de investigación, cuyo propósito es establecer la relación existente entre el grado de dependencia funcional y el clima familiar en adolescentes con discapacidad motora severa que fueron atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Pediátricas durante el año 2018.

Formulación del problema

Problema General

¿Qué vínculo existe entre el nivel de dependencia funcional y el clima familiar en adolescentes con discapacidad motora que recibieron atención en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Pediátricas, Lima - 2018?

Problemas Específicos

- ¿Qué grado de dependencia funcional presentan los adolescentes con discapacidad motora severa atendidos en el área de Emergencia del Hospital de Emergencias Pediátricas, Lima - 2018?
- ¿Cómo se caracteriza el clima familiar de los adolescentes con discapacidad motora severa que fueron atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Pediátricas, Lima - 2018?
- ¿Qué relación existe entre las actividades de autocuidado y el clima familiar en adolescentes con discapacidad motora severa atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Pediátricas, Lima - 2018?
- ¿Qué tipo de relación se presenta entre las actividades de movilidad y el clima familiar en adolescentes con discapacidad motora severa atendidos en el área de Emergencia del Hospital de Emergencias Pediátricas, Lima - 2018?
- ¿Cuál es la relación entre las funciones corporales y el clima familiar en adolescentes con discapacidad motora severa atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Pediátricas, Lima - 2018?

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes de estudio internacional

De Moura et al. (2015) desarrollaron la investigación titulada “¿La dependencia funcional de pacientes con distrofia muscular de Duchenne (DMD) determina la calidad de vida y la carga de sus cuidadores?”, realizada en São Paulo, Brasil. El objetivo fue explorar la posible relación entre la dependencia funcional y la calidad de vida de pacientes con DMD, así como la calidad de vida y carga percibida por sus cuidadores. El estudio incluyó a 35 niños con edades entre 6 y 17 años, junto a sus respectivos cuidadores, todos mayores de 21 años.

Los hallazgos revelaron que los cuidadores experimentaban una calidad de vida baja y una carga elevada. Sin embargo, se concluyó que la dependencia funcional no fue un factor determinante en los menores con discapacidad, ya que la carga del cuidador se asociaba más al tiempo dedicado al cuidado que a la pérdida de autonomía funcional de los pacientes.

Por su parte, Giaconi et al. (2017) publicaron el artículo “La discapacidad: Percepciones de cuidadores de niños, niñas y jóvenes en situación de discapacidad” en Chile, con el propósito de describir y analizar las percepciones de los cuidadores respecto a la discapacidad en infantes y jóvenes. Para ello, se trabajó con 47 cuidadores organizados en grupos focales. Los resultados indicaron que los principales desafíos identificados por los participantes estaban relacionados con aspectos del entorno familiar, social, transporte, acceso a servicios, educación y salud. En el ámbito familiar, las dificultades afectaban la interacción entre los miembros del hogar y el cumplimiento de sus roles. Además, los cuidadores señalaron la necesidad de contar con apoyo externo para suplir las limitaciones físicas y funcionales de los menores. El estudio concluyó que es fundamental que las personas del entorno cercano al niño o adolescente desempeñen un papel activo ante la discapacidad, sumado al compromiso del Estado en brindar el respaldo necesario.

López (2017) llevó a cabo la investigación titulada “Funcionalidad familiar y participación escolar de las familias de niños con discapacidad” en México, con la finalidad de examinar la dinámica familiar y el nivel de involucramiento de los padres en el entorno escolar de niños con discapacidad neuromusculoesquelética. El estudio consideró a 108 padres de familia del Centro de Rehabilitación Infantil Teletón. Los hallazgos indicaron que el 60.2% de los participantes percibía que su familia mantenía una funcionalidad adecuada. Asimismo, se observó que el 83.2% de los menores con discapacidad presentaban una elevada participación escolar respaldada por sus familias. Finalmente, se identificó una correlación positiva significativa ($r = 0.434$) entre la funcionalidad familiar y el grado de participación

escolar, lo que permitió concluir que existe una relación directa entre ambos factores.

1.2.2. Antecedentes de estudio nacional

Gonzales (2018) llevó a cabo una investigación titulada “Clima social familiar y comportamiento disocial en adolescentes de las instituciones educativas nacionales de ‘Villa María’, Nuevo Chimbote, 2016”, en la ciudad de Chimbote. El propósito del estudio fue analizar la relación entre ambas variables. Para ello, se evaluó a una muestra de 203 estudiantes mediante la aplicación de la Escala de Clima Social Familiar. Los hallazgos revelaron una correlación inversa y estadísticamente significativa entre el clima social familiar y el comportamiento disocial. En cuanto a las dimensiones del clima familiar, se observó que “estabilidad” y “desarrollo” se ubicaron en un nivel medio, mientras que la dimensión “relación” obtuvo niveles positivos. La autora concluyó que, a mayor calidad del clima familiar, menor es la manifestación de conductas disociales en los adolescentes.

Espillco (2015) elaboró la tesis titulada “Clima social familiar y autoestima en adolescentes de la institución educativa pública ‘Bartolomé Herrera’ de la Convención, Cusco – 2014”, desarrollada en la región Cusco. El estudio tuvo como objetivo examinar la relación entre el ambiente familiar y la autoestima en adolescentes. La muestra estuvo compuesta por 52 estudiantes, a quienes se les aplicó la Escala de Clima Social Familiar (FES). Los resultados evidenciaron que una proporción importante de los adolescentes presentaba un clima familiar desfavorable, mientras que su autoestima se situaba en un nivel intermedio. Se concluyó que existe una relación positiva, significativa y de intensidad moderada entre ambas variables.

1.2.3. Antecedentes legales Legislación internacional

En el ámbito internacional, la OMS, en el año 2011, presentó la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud – Versión para Niños y Adolescentes (CIF-IA), como parte de un enfoque integral para la categorización de las

discapacidades en población infantil y juvenil. Esta herramienta fue diseñada con la finalidad de establecer un marco teórico que facilite la comprensión de las condiciones asociadas a la discapacidad en menores. La CIF-IA permite describir, mediante un lenguaje unificado y estandarizado, los distintos aspectos relacionados con el funcionamiento físico, las limitaciones y las particularidades corporales, diferenciados según el grupo etario, aportando así a una mejor identificación y análisis de dichas condiciones.

1.2.4. Legislaciones nacionales

En el contexto peruano, la Ley General de la Persona con Discapacidad N.º 29973, promulgada en el año 2012, constituye el marco normativo orientado a garantizar, fomentar y hacer efectivos los derechos de las personas con discapacidad en un entorno de equidad, inclusión social, cultural, económica y política.

El Artículo 2º de dicha ley contempla como personas con discapacidad a aquellas que presentan una o más limitaciones de tipo físico, sensorial, mental o intelectual, las cuales, al interactuar con barreras del entorno, enfrentan dificultades para ejercer plenamente sus funciones.

Por otro lado, el Artículo 5º enfatiza la importancia del núcleo familiar en el proceso de inclusión y participación de las personas con discapacidad, asignándole un papel esencial en la orientación integral y en el acceso a programas destinados a potenciar sus habilidades funcionales. (Congreso de la República, 2014)

Asimismo, en el Perú se encuentra vigente la Ley N.º 27337, que aprueba el Código de los Niños y Adolescentes, sancionada en el año 2000. En su Artículo IV, referido a la capacidad, se reconoce que los niños y adolescentes no solo poseen los derechos inherentes a todo ser humano, sino también aquellos derechos especiales vinculados a su crecimiento y maduración. Además, se establece que, en casos de infracción penal, los niños deben ser sujetos de medidas de protección, mientras que los adolescentes recibirán medidas

socioeducativas.

Del mismo modo, el Artículo VI, sobre la extensión del ámbito de aplicación, señala que el deber de atención hacia los niños y adolescentes también se extiende a la madre y a la familia, reconociéndolos como actores fundamentales en su desarrollo integral. (Congreso de la República, 2000).

1.2.5. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud en la etapa de Vida Adolescente N° 034- MINSA

Mediante la **Resolución Ministerial N.º 633-2005/MINSA**, se establece los lineamientos para brindar una atención integral, oportuna y de calidad a la población adolescente. Esta norma se fundamenta en principios como el enfoque de género, el respeto por la interculturalidad, la equidad, la igualdad de oportunidades y la valoración de la diversidad, con el propósito de garantizar el bienestar físico, mental y social de los adolescentes. (Ministerio de Salud del Perú, 2012).

Tabla 1.

Legislación nacional

Ley	Resumen
Ley N° 29973	Promoción, protección y realización de los derechos de las personas con discapacidad en condición de igualdad e inclusión social.
Ley N° 27337	Además de los derechos inherentes de la persona, se añaden derechos específicos relacionados con el proceso fisiológico de desarrollo.
R.M. N° 633-2005	Norma técnica de salud para la atención integral de salud en la etapa de vida adolescente.

Fuente: Elaboración propia

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Establecer la vinculación existente entre el nivel de dependencia funcional y el entorno familiar en adolescentes con discapacidad motora severa que fueron atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Pediátricas, Lima, durante el año 2018.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar el grado de dependencia funcional en adolescentes con discapacidad motora severa que reciben atención en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Pediátricas de Lima, durante el año 2018.
- Analizar las características del ambiente familiar en el que se desenvuelven los adolescentes con discapacidad motora severa atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Pediátricas, Lima 2018.
- Examinar la relación entre las acciones de autocuidado y el entorno familiar de los adolescentes con discapacidad motora severa atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Pediátricas, Lima 2018.
- Analizar el vínculo existente entre las actividades relacionadas con la movilidad y el clima familiar en adolescentes con discapacidad motora severa que reciben atención en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Pediátricas, Lima 2018.
- Establecer la relación entre las funciones corporales básicas y el clima familiar en adolescentes con discapacidad motora severa atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Pediátricas, Lima 2018.

1.4. Justificación

1.4.1. Justificación legal

Legalmente, en base a la “ley Marco de Ciencia y Tecnología N° 28303” y la “Ley general de Salud N° 26842

1.4.2. Justificación teórico-científico

Se considera persona con discapacidad a quien presenta una o más limitaciones manifestadas por la pérdida significativa de alguna capacidad física, sensorial o mental, lo que conlleva a una disminución o ausencia en su habilidad para desarrollar actividades dentro de

parámetros considerados habituales, restringiendo su participación en funciones, roles u oportunidades en igualdad de condiciones dentro del entorno social. Actualmente, la familia es comprendida como un pilar esencial en el crecimiento integral del ser humano, siendo el ambiente familiar un componente determinante en la vida de los adolescentes.

El interés de esta investigación radica en los efectos que genera la discapacidad motora severa dentro del núcleo familiar, donde es probable que los adolescentes experimenten sentimientos de exclusión, desatención o falta de reconocimiento por parte de sus padres, especialmente cuando el entorno familiar no es adecuado.

Este estudio aporta conocimientos actualizados sobre los conceptos de dependencia funcional y clima familiar, enfocados en una población escasamente abordada: los adolescentes con discapacidad motora severa. Asimismo, proporciona evidencia empírica sobre la relación existente entre ambas variables, reafirmando lo señalado en investigaciones previas y sirviendo como referencia teórica para futuros estudios orientados a examinar esta misma asociación.

1.4.3. Justificación práctica

Desde una perspectiva aplicada, los hallazgos de esta investigación podrían constituir un fundamento para diseñar e implementar intervenciones educativas dirigidas tanto a los adolescentes con discapacidad como a sus familias. Dichas estrategias permitirían abordar de manera detallada la relevancia del clima familiar en el crecimiento y bienestar del adolescente, así como las posibles consecuencias derivadas de un entorno familiar poco favorable. Finalmente, este estudio permitirá formular sugerencias concretas en el contexto hospitalario y familiar respecto al ambiente que rodea a los adolescentes con discapacidad motora atendidos en el Hospital de Emergencias Pediátricas de Lima.

1.4.4. Desde el punto de vista social:

Desde una perspectiva social, la influencia del entorno familiar en los adolescentes con discapacidad se refleja en la calidad de las relaciones interpersonales que mantienen los integrantes del núcleo familiar. Estas interacciones impactan significativamente en la formación de la personalidad de los hijos con discapacidad. En este contexto, se reconoce que el hogar cumple funciones esenciales tanto en el ámbito afectivo como en el educativo. Es allí donde se consolidan valores, sentimientos, actitudes y comportamientos que el adolescente interioriza progresivamente a lo largo de su desarrollo.

Sin embargo, es importante considerar que en todas las familias pueden surgir diversas dificultades, como una comunicación deficiente, hábitos nocivos en los padres, falta de comprensión entre sus miembros, situación que puede agravarse cuando existen hijos con condiciones discapacitantes. Por ello, la vida familiar debe ser entendida como un espacio formativo fundamental que requiere atención y dedicación constante. Esta realidad motiva el interés por investigar la posible conexión entre la dependencia funcional y el clima familiar, y cómo esta relación podría incidir en el desarrollo integral de los adolescentes con discapacidad.

1.4.5. Desde el punto de vista institucional:

El Hospital de Emergencias Pediátricas orienta su labor con énfasis en su pilar fundamental: el paciente y su entorno familiar. Ellos representan la esencia misma de la institución, siendo su atención, recuperación y reintegración al hogar su propósito principal, tanto a nivel misional como en su visión de futuro. En este marco, el profesional de Trabajo Social desempeña un rol clave como agente activo en la institución, mostrando compromiso y responsabilidad frente a las situaciones que enfrentan los adolescentes con discapacidad que provienen de entornos familiares conflictivos o con un clima desfavorable.

Es en estos casos donde el trabajador social asume la tarea de intervenir y promover

acciones correctivas, ya que un ambiente familiar negativo puede favorecer comportamientos agresivos o actitudes hostiles en el adolescente, lo cual conlleva a daños emocionales, morales, afectivos, sociales e incluso intelectuales. Estas afectaciones repercuten de manera directa en su capacidad de adaptación al entorno en el que se desenvuelven cotidianamente.

1.5. Hipótesis

1.5.1. Hipótesis General

Existe una relación significativa entre el grado de dependencia funcional y el ambiente familiar en los adolescentes que presentan discapacidad motora severa y que fueron atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Pediátricas, Lima 2018.

1.5.2. Hipótesis específicas

- Menos del 50% de los adolescentes con discapacidad motora severa atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Pediátricas, Lima 2018, presentan un nivel total de dependencia funcional.
- En menos del 30% de los adolescentes con discapacidad motora severa atendidos en dicho hospital, el entorno familiar presenta un nivel bajo.
- Se evidencia una asociación significativa entre las tareas de autocuidado y el clima familiar en los adolescentes con discapacidad motora severa atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Pediátricas, Lima 2018.
- Se encuentra una relación estadísticamente significativa entre las actividades relacionadas con la movilidad y el clima familiar en adolescentes con discapacidad motora severa atendidos en el citado establecimiento de salud.
- Existe una conexión significativa entre las funciones corporales y el ambiente familiar en adolescentes con discapacidad motora severa atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Pediátricas, Lima 2018.

Estrategia de la prueba de hipótesis: Para establecer la relación entre la dependencia funcional y el clima familiar en adolescentes con discapacidad motora severa atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Pediátricas, se aplicará la prueba estadística no paramétrica de correlación de Spearman.

II.MARCO TEÓRICO

2.1 Bases teóricas

Dependencia funcional

De acuerdo con Munuera (2011), la dependencia funcional hace referencia a la pérdida de autonomía física para ejecutar tareas cotidianas, especialmente aquellas relacionadas con el cuidado personal. Esta condición abarca dos dimensiones: la primera está vinculada a limitaciones de tipo intelectual, físico, sensorial o psiquiátrico; mientras que la segunda contempla factores sociales, económicos, clínicos y políticos que influyen en la condición del individuo.

Por su parte, Gamboa (2014) señala que la dependencia funcional inicia cuando la persona presenta restricciones físicas o fisiológicas como resultado de enfermedades o limitaciones corporales. Sin embargo, la etapa crítica de esta condición implica una dimensión social, pues el bienestar de quienes se encuentran en situación de dependencia está estrechamente relacionado con la intervención de terceros, quienes son responsables de contribuir a una mejor calidad de vida. Es importante resaltar que esta dependencia no siempre se presenta en forma absoluta, ya que su intensidad varía según el grado de afectación que experimente el individuo.

Asimismo, Munuera (2011) considera que la dependencia funcional es un fenómeno progresivo, en el cual se observa un deterioro gradual de las habilidades esenciales, relacionado directamente con la salud del individuo. Cuando surgen patologías o enfermedades degenerativas —ya sean físicas o cognitivas—, o bien se manifiestan alteraciones orgánicas, se comienza a generar un cierto nivel de dependencia.

En el caso específico de la dependencia física, se observa una pérdida del control sobre funciones corporales, así como dificultades en la interacción con el entorno físico. Esta situación suele ser consecuencia de traumatismos craneoencefálicos, accidentes o secuelas de eventos neurológicos como un accidente cerebrovascular. (Munuera, 2011). Este tipo de limitación se relaciona con la discapacidad motora, que impide la manipulación de objetos y restringe significativamente la realización de actividades básicas en la vida diaria. (Ministerio de Educación de Chile, 2010).

El Ministerio de Educación de Chile (2010) afirma que la discapacidad motora puede tener diversas repercusiones en el ámbito social, familiar y escolar del individuo. Por ejemplo, algunos adolescentes presentan alteraciones motoras leves, las cuales pueden pasar desapercibidas a simple vista; no obstante, requieren ciertos apoyos para facilitar sus movimientos o desplazamientos, a fin de desenvolverse dentro de parámetros funcionales adecuados.

En casos más complejos, donde existe una mayor afectación motriz, la persona experimenta serias dificultades para movilizarse de manera autónoma, siendo necesario el uso de dispositivos de asistencia técnica. Además, estos adolescentes pueden presentar dificultades para comunicarse de manera efectiva o para manipular objetos. Independientemente del nivel de compromiso motor, el principal reto en el contexto educativo es adaptar estrategias pedagógicas que respondan adecuadamente a las necesidades específicas de desarrollo y aprendizaje de los estudiantes con estas condiciones. (Ministerio de Educación de Chile, 2010)

Finalmente, González et al. (2010) clasifican la dependencia en tres niveles: severa, moderada y leve. La dependencia severa se caracteriza por una alta limitación funcional que exige atención constante, sobre todo en pacientes que, además de presentar discapacidad motora, también tienen compromiso cognitivo, lo cual requiere supervisión continua. En la

dependencia moderada, el individuo necesita apoyo frecuente o regular para realizar actividades básicas esenciales. Por otro lado, la dependencia leve se observa en personas que requieren asistencia para algunas tareas diarias, aunque pueden realizarlas en determinados momentos de manera independiente o con ayuda mínima, siendo esta situación muchas veces transitoria.

Clima Familiar

Las dinámicas familiares deben constituirse como un sistema de respaldo emocional, brindando a sus miembros herramientas para afrontar situaciones adversas y desarrollar estrategias para manejar el estrés. Un entorno familiar caracterizado por la cercanía y la intimidad entre sus integrantes resulta fundamental para enfrentar momentos de tensión, favoreciendo así el crecimiento emocional de todos los miembros del hogar.

De acuerdo con Moos (citado por Pi & Erconvaldo, 2016), el clima familiar puede entenderse como una atmósfera psicológica que varía entre familias, ya que algunas presentan entornos armónicos y otras, en contraste, manifiestan climas tensos o disfuncionales. Incluso, existen contextos familiares en los que esta atmósfera puede ser cambiante, dependiendo del momento o de la situación vivida. Por su parte, Benítez —también citado por los mismos autores— señala que este clima está estrechamente ligado al tipo de interacción que los progenitores establecen con sus hijos en el ámbito del hogar. Estas interacciones influyen de manera significativa en las distintas etapas del desarrollo, impactando en los vínculos educativos, sociales y afectivos del individuo.

Asimismo, el clima familiar es determinante para el fortalecimiento de las relaciones interpersonales e intrapersonales, al incidir en la manera en que una persona toma decisiones y se desenvuelve frente a diversas circunstancias. Este contexto puede ser crucial para el desarrollo de habilidades de afrontamiento, comunicación y expresión emocional. Además,

las condiciones en las que se desenvuelve la vida familiar, incluyendo aspectos económicos y culturales, influyen directamente en el desarrollo educativo y personal de los individuos. En este sentido, la familia se presenta como un agente clave en la construcción de la personalidad y la calidad de las relaciones interpersonales (Pi & Erconvaldo, 2016).

La Escala de Clima Familiar (FES), elaborada por Moos y Moos en 1981 y posteriormente adaptada por Fernández-Ballesteros & Sierra en 1989, permite evaluar la percepción de aspectos contextuales que pueden influir en el comportamiento de los miembros de una familia (López, 2015). Esta herramienta contempla 90 ítems distribuidos en 10 subescalas, agrupadas en tres dimensiones fundamentales: relaciones, desarrollo personal y estabilidad. Esta escala es ampliamente reconocida por su validez psicométrica y su utilidad en la medición del clima familiar, consolidándose como una herramienta confiable para este tipo de estudios (Gil et al., 2014).

- **Dimensión relaciones del clima familiar:**

Esta dimensión analiza el nivel de comunicación existente en el núcleo familiar, así como la libertad con la que sus miembros pueden expresar sus emociones, y el grado de conflicto presente en sus interacciones cotidianas. Está compuesta por tres subescalas: cohesión, expresividad y conflicto.

La cohesión hace referencia al nivel de apoyo mutuo y cooperación entre los integrantes del grupo familiar. La expresividad, por su parte, evalúa la medida en que se fomenta y permite la manifestación abierta de emociones y pensamientos dentro del hogar. Finalmente, la subescala de conflicto examina la frecuencia e intensidad con la que se presentan expresiones de enojo, agresividad o desacuerdos abiertos entre los miembros de la familia (Gil et al., 2014).

- **Dimensión Desarrollo del clima familiar:**

Esta dimensión examina la relevancia que se otorga dentro del entorno familiar a diversos procesos vinculados al crecimiento personal, los cuales pueden ser estimulados o limitados por la convivencia familiar. Está conformada por cinco subescalas: autonomía, actuación, intelectual-cultural, social-recreativa y moralidad-religiosidad.

La autonomía se refiere al nivel en que los miembros de la familia poseen confianza en sí mismos y son capaces de tomar decisiones independientes. La actuación evalúa el grado en que las actividades familiares están organizadas bajo un enfoque competitivo. La subescala intelectual-cultural mide el interés y participación en actividades de tipo político, social, intelectual y cultural. La dimensión social-recreativa valora la implicancia de la familia en actividades recreativas o de interacción social. Finalmente, la moralidad-religiosidad representa la importancia asignada dentro del hogar a las prácticas, normas y valores de tipo ético o religioso (Gil et al., 2014).

- **Dimensión Estabilidad del clima familiar:**

Esta dimensión proporciona información acerca del nivel de estructuración y organización presente en la dinámica familiar, así como del grado de regulación o supervisión que algunos miembros ejercen sobre otros. Comprende dos subescalas: organización y control.

La subescala de organización evalúa la relevancia que se otorga a la planificación, estructuración y distribución de actividades y responsabilidades dentro del entorno familiar. Por su parte, la subescala de control mide el nivel en que la vida familiar se rige por normas, pautas y procedimientos previamente establecidos y seguidos de forma consistente (Gil et al., 2014).

Definición Conceptual

- **Adolescencia:** Etapa del desarrollo humano comprendida entre los 10 y 19 años, caracterizada por ser una fase de transición entre la infancia y la adultez, marcada por cambios físicos, psicológicos y sociales (OMS, 2019).
- **Clima familiar:** Conjunto de vínculos e interacciones que se generan entre padres e hijos dentro del entorno doméstico, los cuales pueden variar en intensidad y calidad. Estas relaciones influyen significativamente en las distintas etapas del ciclo vital, incidiendo positiva o negativamente en los aspectos educativos, afectivos, sociales y familiares (Pi & Erconvaldo, 2016).
- **Dependencia funcional:** Condición en la que una persona carece de autonomía física para ejecutar las actividades básicas del día a día, producto de alteraciones en su capacidad corporal o como consecuencia de una lesión o evento traumático (Munuera, 2011).
- **Discapacidad:** Término que incluye deficiencias físicas, mentales o sensoriales, así como limitaciones en la realización de tareas cotidianas, originadas por una interacción desfavorable entre la condición de salud del individuo y las barreras del entorno (González et al., 2012).
- **Discapacidad motora:** Dificultad que enfrenta una persona para llevar a cabo acciones cotidianas debido a impedimentos para manipular objetos o movilizarse adecuadamente en espacios y contextos donde otros no presentan restricciones (Ministerio de Educación de Chile, 2010).
- **Discapacidad motora severa:** Alteración funcional significativa, con un compromiso entre el 50% y 70% de las capacidades motrices, que impide lograr una independencia plena en el cuidado personal, generando además una integración social limitada

(Ministerio de Educación de Chile, 2010).

- Familia: Unidad social básica conformada por personas unidas por lazos afectivos, legales o de consanguinidad, que constituye la base para la estructuración de la sociedad y que, pese a su diversidad de formas, actúa como núcleo fundamental de apoyo y desarrollo humano (Bezanilla & Miranda, 2014)

III. MÉTODO

3.1. Tipo de investigación

Esta investigación se enmarca en el enfoque **aplicado**, ya que su propósito fue generar conocimientos útiles orientados a dar solución a una problemática concreta dentro del entorno estudiado. Según Bunge (2000), este tipo de estudio busca contribuir de manera práctica al entendimiento y resolución de situaciones reales.

Método de la investigación: Se empleó el **método deductivo**, el cual, de acuerdo con Hernández et al. (2014), parte del planteamiento de hipótesis para posteriormente contrastarlas con la realidad observada, lo que permite determinar su validez. A su vez, Bunge (2000) denomina este procedimiento como **hipotético-deductivo**, ya que se basa en la formulación de hipótesis y el análisis lógico de sus implicancias.

Nivel de investigación: El estudio corresponde al nivel correlacional, pues se centró en analizar la existencia y magnitud del vínculo entre dos variables específicas. Tal como lo indican Hernández et al. (2014), este tipo de investigación tiene como objetivo identificar si existe una asociación entre los factores evaluados. En este caso, se examinó la relación entre la dependencia funcional y el clima familiar en adolescentes con discapacidad motora, dentro de una muestra delimitada. A continuación, se presenta la estructura del diseño correlacional empleado:



Donde:

O_X = Dependencia funcional
 O_Y = Clima familiar

Diseño de investigación: La investigación se estructuró bajo un diseño no experimental de tipo transversal, lo cual permitió observar las variables tal como se presentan en la realidad, sin intervenir en su desarrollo:

No experimental: Este tipo de diseño se caracteriza porque el investigador no introduce modificaciones ni controla activamente las variables estudiadas. En este caso, se optó por observar las condiciones existentes en los adolescentes con discapacidad motora y su entorno familiar, con el fin de analizar las posibles relaciones entre las variables de interés sin alterar su curso natural

Transversal: La información fue recolectada en un solo momento en el tiempo, lo que permitió obtener una fotografía de la situación en ese instante específico. Esta estrategia facilita identificar y analizar vínculos entre las variables estudiadas, sin necesidad de seguir una evolución temporal o realizar mediciones repetidas.

3.2. Ámbito temporal y espacial

Este estudio se llevó a cabo en las instalaciones del Hospital de Emergencias Pediátricas, ubicado en el distrito de La Victoria, en la ciudad de Lima, Perú, con dirección en la Av. Grau N.º 854. La población contemplada estuvo conformada por los adolescentes que acudieron al servicio de emergencia del hospital durante el período comprendido entre los meses de octubre y diciembre del año 2018.

3.3. Variables

Variable independiente

Dependencia funcional

Variable dependiente

Clima familiar

3.4. Población y muestra

Población:

El grupo poblacional estuvo constituido por 91 adolescentes diagnosticados con discapacidad motora severa, quienes fueron atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Pediátricas en el periodo comprendido entre los meses de octubre y diciembre del año 2018.

Muestra:

La muestra fue integrada por 91 adolescentes con discapacidad motora severa que recibieron atención en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Pediátricas y que cumplieron con los criterios establecidos para el estudio, manifestaron su consentimiento para participar, y contaron con la autorización de sus padres o tutores legales.

Tipo de muestreo: Se utilizó un muestreo de tipo no probabilístico, aplicando como técnica el muestreo por conveniencia, dado que se seleccionó a los participantes según su disponibilidad y accesibilidad al momento del estudio.

3.5. Instrumentos

La técnica empleada para recolectar los datos fue la encuesta, a través de la cual se aplicaron dos instrumentos validados: una versión adaptada del Índice de Barthel conforme a la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF), utilizada para evaluar el grado de dependencia funcional; y la Escala de Clima Social Familiar, que permitió medir el entorno relacional y emocional dentro del núcleo familiar.

El Índice de Barthel adaptado a la CIF, también conocido como Índice de Discapacidad de Maryland, es una herramienta que mide el grado de autonomía de una persona respecto a las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Su primera versión fue diseñada por Mahoney y Barthel (1965), y posteriormente recibió ajustes por parte de Granger et al. (1979), quienes añadieron elementos relacionados con el uso de silla de ruedas. En 1993,

fue traducido al español (Cid y Damián, 1997).

La adaptación del índice al enfoque de la CIF fue desarrollada en el año 2004 por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España. Esta versión reorganiza las ABVD en tres grandes áreas:

- Dimensión de autocuidado, que incluye actividades como la higiene personal, lavado corporal, cuidado de zonas específicas del cuerpo, vestimenta y alimentación.
- Dimensión de movilidad, que comprende movimientos como trasladarse de un lugar a otro, caminar distancias cortas, el uso de dispositivos para movilización y subir escaleras.
- Dimensión de funciones corporales, que aborda el control de esfínteres, tanto fecal como urinario.

Cada una de estas actividades es evaluada según una escala establecida, que permite cuantificar el nivel de funcionalidad del individuo (Querejeta, 2004):

Tabla 2.

Categorización de la dependencia funcional

Clasificación	Calificador CIF	CIF porcentaje	CIF puntaje	I. Barthel
No hay problema	0	0 a 4 %	0 a 1 punto	100 a 96 puntos
Problema ligera	1	5 a 24%	2 a 10 puntos	95 a 76 puntos
Problema moderado	2	25 a 49%	11 a 19 puntos	75 a 51 puntos
Problema grave	3	50 a 95%	20 a 38 puntos	50 a 5 puntos
Problema completo	4	96 a 100%	39 a 40 puntos	4 a 0 puntos

Fuente: Discapacidad/Dependencia unificación de criterios de valoración y clasificación (Querejeta, 2004).

Escala de clima social familiar (FES) fue elaborada por R. Moos, B. Moos y E. Trickett en 1974, posteriormente fue adaptado al español por N. Seisdedos Cubero, de la Cruz y A. Cordero en 1984.

El instrumento estuvo conformado por 90 enunciados, cuyas respuestas fueron de tipo dicotómico, es decir, con opciones "Verdadero" o "Falso". A cada afirmación respondida correctamente se le otorgó un punto. Posteriormente, se realizó la suma total de los puntajes

obtenidos, y este resultado fue clasificado en cinco niveles, que iban desde muy alto hasta muy bajo. La evaluación se llevó a cabo tanto de forma general como en función de tres dimensiones específicas:

Tabla 3.

Categorización del clima

FES	ITEMS	VALORIZACIÓN	ESCALA	RANGOS
Relaciones	1, 11, 21, 31, 41, 51, 61, 71, 81, 2, 12, 22, 32, 42, 52, 62, 72, 82, 3, 13, 23, 33, 43, 53, 63, 73, 83	VERDADERO=1 FALSO=0	Muy alto	23 – 27 puntos
			Alto	17 – 22 puntos
			Medio	11 – 16 puntos
			Bajo	5 – 10 puntos
			Muy bajo	0 – 4 puntos
Desarrollo	4, 14, 24, 34, 44, 54, 64, 74, 84, 5, 15, 25, 35, 45, 55, 65, 75, 85, 6, 16, 26, 36, 46, 56, 66, 76, 86, 7, 17, 27, 37, 47, 57, 67, 77, 87, 8, 18, 28, 38, 48, 58, 68, 78, 88	VERDADERO=1 FALSO=0	Muy alto	37 – 45 puntos
			Alto	28 – 36 puntos
			Medio	19 – 27 puntos
			Bajo	10 – 18 puntos
			Muy bajo	0 – 9 puntos
Estabilidad	9, 19, 29, 39, 49, 59, 69, 79, 89, 10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90	VERDADERO=1 FALSO=0	Muy alto	16 – 18 puntos
			Alto	12 – 15 puntos
			Medio	8 – 11 puntos
			Bajo	4 – 7 puntos
			Muy bajo	0 – 3 puntos
Global	Del 1 al 90	VERDADERO=1 FALSO=0	Muy alto	73 – 90 puntos
			Alto	55 – 72 puntos
			Medio	37 – 54 puntos
			Bajo	19 – 36 puntos
			Muy bajo	0 – 18 puntos

A nivel nacional Jaimes y Tacuchi (2018) manifestaron que Loyda en su estudio aplicado en 208 adolescentes del segundo al quinto año de secundaria, adaptó y validó el FES mediante criterio de jueces obteniendo 0.87, por otro lado, los mismos autores manifestaron que Maximina en su estudio aplicado a 450 padres de familia del distrito de San Martín de Porras halló una alta confiabilidad (0.84).

Prueba de correlación de Spearman

Planteamiento de hipótesis:

H₀: No existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de dependencia funcional y el clima familiar en adolescentes con discapacidad motora severa que fueron atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Pediátricas.

H_i: Existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de dependencia funcional y el clima familiar en adolescentes con discapacidad motora severa que fueron atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Pediátricas.

Nivel de significancia:

La significancia fue el valor convencional de 5% ($\alpha=0.05$), el cual indica el máximo grado de error que estaremos dispuestos a aceptar de haber rechazado la hipótesis nula (H₀) si esta fuera verdadera (a esto se conoce como error tipo I).

Estadístico de prueba:

$$r = 1 - \frac{6 \sum_{i=1}^n d_i^2}{n(n^2 - 1)}$$

Donde:

r = Coeficiente de correlación de Spearman

d = Diferencia de rangos (X menos Y)

n = Número de datos (Tamaño de muestra)

Regla de decisión:

Si $p\text{-valor} < \alpha$, se rechaza H₀.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Adolescentes de 10 a 19 años (Edad adolescente según la OMS).
- Adolescentes de ambos sexos.
- Adolescentes atendidos en el Hospital de Emergencias Pediátricas.
- Adolescentes atendidos en el Servicio de Emergencia y/o se encuentran hospitalizados durante el periodo de estudio.
- Adolescentes con discapacidad motora severa.
- Adolescentes con familia que muestre comportamientos de dependencia.

Criterios de exclusión

- Adolescentes con cuestionarios incompletos o mal llenados.
- Adolescentes que no desean participar del estudio.
- Adolescentes de 10 a 18 años que no reciben el consentimiento o autorización de sus padres. (Anexo C)

3.6. Procedimientos

- En primer lugar, se gestionaron las autorizaciones correspondientes ante las instituciones implicadas para llevar a cabo el desarrollo de la investigación.
- Posteriormente, se coordinó con el personal responsable del Servicio de Emergencia con el fin de facilitar el acceso a los adolescentes con discapacidad motora.
- Se identificaron a los participantes que cumplían con los criterios establecidos de inclusión y exclusión; a sus padres o representantes legales se les informó detalladamente sobre los objetivos y posibles aportes del estudio, solicitando su consentimiento informado para permitir la participación del menor.
- A cada adolescente seleccionado se le entregó un cuestionario, el cual debía ser

respondido en el mismo momento de su entrega.

- Una vez culminado el proceso de recolección, los datos fueron ingresados en una hoja de cálculo, donde se verificó la calidad y consistencia de las respuestas.
- Finalmente, se aplicaron técnicas estadísticas para el procesamiento, análisis e interpretación de los datos obtenidos.

3.7. Análisis de datos

Descripción del proceso de análisis e interpretación

Los datos recolectados fueron digitados en una base diseñada en el programa estadístico SPSS, versión 25. A partir de allí, se procedió a organizar y procesar la información utilizando herramientas estadísticas pertinentes.

Análisis descriptivo

Para las variables de tipo numérico, se emplearon estadísticas como la media aritmética y la desviación estándar, con el fin de identificar tendencias centrales y niveles de dispersión. En cuanto a las variables de naturaleza cualitativa, se calcularon frecuencias absolutas y porcentajes, facilitando así la interpretación de su distribución en la muestra.

Análisis bivariado

Con el propósito de evaluar la posible relación entre el nivel de dependencia funcional y el clima familiar en adolescentes con discapacidad motora severa, se utilizó la prueba de correlación no paramétrica de Spearman. Se estableció un nivel de significancia del 5%, por lo que se consideró que existía relación estadísticamente significativa cuando el valor p fue menor a 0.05.

Presentación de resultados

Los resultados fueron organizados y presentados mediante tablas simples y de doble entrada. Además, se elaboraron representaciones gráficas, como diagramas de barras verticales, horizontales y barras agrupadas, para facilitar la visualización de los datos. La construcción de estas tablas y gráficos se realizó en Microsoft Excel versión 2016.

3.8. Consideraciones éticas

Para llevar a cabo esta investigación, se gestionaron los permisos correspondientes ante el Comité de Ética e Investigación de la Universidad Nacional Federico Villarreal, así como ante la Dirección del Hospital de Emergencias Pediátricas.

Dado que se trató de una investigación de carácter prospectivo, se solicitó a los familiares responsables de los adolescentes participantes la firma del consentimiento informado, luego de explicarles detalladamente los objetivos y alcances del estudio, garantizando así una participación voluntaria y consciente.

Con el fin de preservar la confidencialidad de los participantes, los cuestionarios fueron codificados de forma individual, evitando el uso de nombres o datos personales que pudieran permitir su identificación directa. Finalmente, se asegura que la información recolectada será utilizada exclusivamente para los fines de la presente investigación y no será difundida con otros propósitos.

IV.RESULTADOS

Contrastación de Hipótesis

Hipótesis general

Ho: No existe una relación estadísticamente significativa entre la dependencia funcional y el clima familiar en adolescentes con discapacidad motora severa que fueron atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Pediátricas durante el año 2018.

Hi: Existe una relación estadísticamente significativa entre la dependencia funcional y el clima familiar en adolescentes con discapacidad motora severa que fueron atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Pediátricas durante el año 2018.

Nivel de significancia

Se establece como umbral de tolerancia para aceptar un posible error al rechazar la hipótesis nula (H_0) el valor de 0.05, correspondiente a un 5%, el cual es el estándar aceptado para estudios de este tipo ($\alpha = 0.05$).

Estadístico de prueba

Dado que las variables evaluadas son de tipo cualitativo y de orden, se aplicó la prueba de correlación de Spearman para identificar la relación entre ambas.

Lectura del error

El valor de significancia (p-valor) fue calculado utilizando el programa estadístico SPSS, obteniéndose un resultado de $p = 0.091$, el cual sobrepasa el nivel de significancia previamente establecido, indicando que la relación entre las variables no es estadísticamente significativa.

Tabla 4.

Coeficiente Rho de Spearman para relacionar la dependencia funcional y el clima familiar

Análisis de Correlación		Clima familiar
Dependencia funcional	Rho	-0.178
	p valor	0.091
	N	120

Toma de decisión

Según lo observado en la Tabla 4, al obtenerse un valor p mayor a 0.05, no se procede con el rechazo de la hipótesis nula (H_0). En consecuencia, considerando un margen de error del 5%, se concluye que no existe una relación estadísticamente significativa entre la dependencia funcional y el clima familiar en los adolescentes con discapacidad motora severa que fueron atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Pediátricas durante el año 2018.

Hipótesis específica 1

Ho: El grado de dependencia funcional completa se presenta en al menos el 50% de los adolescentes con discapacidad motora severa que fueron atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Pediátricas, Lima 2018.

Hi: El nivel de dependencia funcional completa se manifiesta en menos del 50% de los adolescentes con discapacidad motora severa que acudieron al Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Pediátricas, Lima 2018.

Nivel de significancia

Representa el límite máximo de error que se acepta al rechazar la hipótesis nula. Se tomó como referencia el umbral convencional del 5% ($\alpha = 0.05$).

Estadístico de prueba

Para contrastar la hipótesis sobre una proporción, se empleó la prueba estadística de Chi cuadrado.

Lectura del error

El análisis del nivel de error fue realizado mediante el programa estadístico SPSS, obteniéndose un valor p igual a 0.000, el cual está por debajo del umbral de significancia establecido.

Tabla 5.

Contraste mediante prueba de Chi cuadrado para determinar si el porcentaje de adolescentes con dependencia funcional completa alcanza o supera el 50%.

Estadísticos de prueba	Dependencia funcional completa
Chi-cuadrado	24.275
gl	1
p	0.000

□

Toma de decisión

En la tabla 5, debido que el p-valor < 0.05 , se rechaza la hipótesis nula (H_0). Es decir, con un máximo error del 5%, podemos afirmar que la dependencia funcional es completa en menos del 50% de los adolescentes con discapacidad motora severa atendidos en el Servicio de Emergencia en el Hospital de Emergencias Pediátricas, Lima 2018.

Hipótesis específica 2

Ho: El entorno familiar presenta un nivel bajo en el 30% o más de los adolescentes con discapacidad motora severa que fueron atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Pediátricas, Lima 2018.

Hi: El ambiente familiar es percibido como bajo en menos del 30% de los adolescentes con discapacidad motora severa atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Pediátricas, Lima 2018.

Nivel de significancia

Se refiere al margen máximo de error que se admite al rechazar la hipótesis nula. En esta investigación se adoptó el nivel estándar del 5% ($\alpha = 0.05$).

Estadístico de prueba

Para verificar la hipótesis relativa a una proporción poblacional, se aplicó la prueba estadística de Chi cuadrado.

Lectura del error

El valor del error fue determinado utilizando el software SPSS, arrojando un valor p igual a 0.000, lo cual se encuentra por debajo del nivel de significancia establecido.

Tabla 6.

Prueba de Chi cuadrado para verificar si el porcentaje de adolescentes con percepción baja del clima familiar alcanza o supera el 30%

Estadísticos de prueba	Clima familiar bajo
Chi-cuadrado	19.492
gl	1
p	0.000

Toma de decisión

En la tabla 6, debido que el p-valor < 0.05 , se rechaza la hipótesis nula (H_0). Es decir, con un máximo error del 5%, podemos afirmar que el clima familiar es baja en menos del 30% de los adolescentes con discapacidad motora severa atendidos en el Servicio de Emergencia en el Hospital de Emergencias Pediátricas, Lima 2018.

Hipótesis específica 3

Ho: No se evidencia una asociación estadísticamente significativa entre las prácticas de autocuidado y el ambiente familiar en adolescentes con discapacidad motora severa que reciben atención en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Pediátricas, Lima 2018.

Hi: Existe una asociación estadísticamente significativa entre las prácticas de autocuidado y el entorno familiar en adolescentes con discapacidad motora severa que acuden al Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Pediátricas, Lima 2018.

Nivel de significancia

Corresponde al margen máximo de error aceptado al rechazar la hipótesis nula. En este estudio se empleó el nivel convencional del 5% ($\alpha = 0.05$).

Estadístico de prueba

Para examinar la relación entre variables de tipo ordinal, se aplicó el coeficiente de correlación de Spearman.

Lectura del error

Mediante el uso del programa estadístico SPSS, se obtuvo un valor p igual a 0.010, el cual se encuentra por debajo del umbral de significancia establecido.

Tabla 7.

Coeficiente Rho de Spearman aplicado para analizar la asociación entre las actividades de autocuidado y el clima familiar

Análisis de Correlación		Clima familiar
Actividades de autocuidado	Rho	-0.268
	p valor	0.010
	N	120

Toma de decisión

En la tabla 7, debido que el p-valor < 0.05 , se rechaza la hipótesis nula (H_0). Es decir, con un máximo error del 5%, podemos afirmar que existe relación significativa entre las actividades de autocuidado con el clima familiar en los pacientes adolescentes con discapacidad motora severa atendidos en el Servicio de Emergencia en el Hospital de Emergencias Pediátricas, Lima 2018.

Hipótesis específica 4

Ho: No se evidencia una asociación significativa entre las actividades de movilidad y el ambiente familiar en adolescentes con discapacidad motora severa que fueron atendidos en el área de Emergencia del Hospital de Emergencias Pediátricas, Lima, 2018.

Hi: Se identifica una asociación significativa entre las actividades de movilidad y el ambiente familiar en adolescentes con discapacidad motora severa que fueron atendidos en el área de Emergencia del Hospital de Emergencias Pediátricas, Lima, 2018.

Nivel de significancia

Representa el margen máximo de error aceptado al rechazar la hipótesis nula (H_0). En este estudio se utilizó el nivel de significancia convencional del 5% ($\alpha=0.05$).

Estadístico de prueba

Para examinar la relación entre variables cualitativas de tipo ordinal, se aplicó el coeficiente de correlación de Spearman.

Lectura del error

El valor del error fue determinado utilizando el programa estadístico SPSS, obteniéndose un valor p de 0.213, el cual supera el umbral de significancia establecido.

Tabla 8.

Coeficiente Rho de Spearman para relacionar las actividades de movilidad con el clima familiar

Análisis de Correlación		Clima familiar
Actividades de movilidad	Rho	-0.132
	p valor	0.213
	N	120

Toma de decisión

En la tabla 8, debido que el p-valor > 0.05 , no se rechaza la hipótesis nula (H_0). Es decir, con un máximo error del 5%, podemos afirmar que no existe relación significativa entre las actividades de movilidad con el clima familiar en los pacientes adolescentes con discapacidad motora severa atendidos en el Servicio de Emergencia en el Hospital de Emergencias Pediátricas, Lima 2018.

Hipótesis específica 5

Ho: No se observa una relación estadísticamente significativa entre las actividades relacionadas con las funciones corporales y el entorno familiar en adolescentes con discapacidad motora severa atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Pediátricas, Lima 2018.

Hi: Se evidencia una relación estadísticamente significativa entre las actividades relacionadas con las funciones corporales y el entorno familiar en adolescentes con discapacidad motora severa atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Pediátricas, Lima 2018.

Nivel de significancia

Corresponde al margen de error máximo que se acepta al rechazar la hipótesis nula (H_0). En este estudio se consideró el valor estándar del 5% ($\alpha = 0.05$).

Estadístico de prueba

Para establecer la asociación entre variables cualitativas ordinales, se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman.

Lectura del error

El análisis del nivel de error se llevó a cabo mediante el software estadístico SPSS, obteniéndose un valor p de 0.028, el cual se encuentra por debajo del umbral de significancia establecido.

Tabla 9.

Coeficiente Rho de Spearman para relacionar las actividades de las funciones corporales con el clima familiar

Análisis de Correlación		Clima familiar
Actividades de funciones corporales	Rho	-0.230
	p valor	0.028
	N	120

Toma de decisión

En la tabla 9, debido que el p-valor < 0.05 , se rechaza la hipótesis nula (H_0). Es decir, con un máximo error del 5%, podemos afirmar que existe relación significativa entre las actividades de las funciones corporales con el clima familiar en los pacientes adolescentes con discapacidad motora severa atendidos en el Servicio de Emergencia en el Hospital de Emergencias Pediátricas, Lima 2018.

- **Características Generales del Adolescente**

Tabla 10.

Características generales de los adolescentes con discapacidad motora

Características generales		
Edad (años)	$\bar{X} \pm DS$	
	13.4 $\pm$ 2.9	
	N	%
10 - 14 años	60	65.9%
15 - 19 años	31	34.1%
Sexo		
Masculino	47	51.6%
Femenino	44	48.4%
Nivel escolar		
Primaria	43	47.3%
Secundaria	23	25.3%
No estudia	25	27.5%
Tipo de escuela		
Pública	60	65.9%
Privada	6	6.6%
No estudia	25	27.5%
Procedencia		
Lima	50	54.9%
Provincia	41	45.1%
Relación con acompañante		
Madre	63	69.2%
Padre	14	15.4%
Tío	8	8.8%
Abuelo	6	6.6%
Edad del acompañante (años)		
Menos de 40	41	45.1%
40 - 59 años	42	46.2%
60 a más años	8	8.8%
Total	91	100%

Fuente: Elaboración propia

La tabla 10 presenta que la media de edad de los adolescentes con discapacidad motora severa fue de 13.4 años, observándose que el 65.9% se encontraba en el rango etario de 10 a 14 años. Por otro lado, se identificó una ligera mayoría de participantes de sexo masculino (51.6%), en comparación con el porcentaje de mujeres (48.4%). En cuanto al nivel educativo, el 47.3% se encontraba cursando estudios de primaria; además, el 65.9% asistía a instituciones educativas del sector público y el 54.9% tenía como lugar de procedencia la ciudad de Lima. Finalmente, se evidenció que el 69.2% de los adolescentes acudió acompañado por sus madres, y que el 46.2% de los acompañantes tenía entre 40 y 59 años.

Tabla 11.

Características clínicas de los adolescentes con discapacidad motora

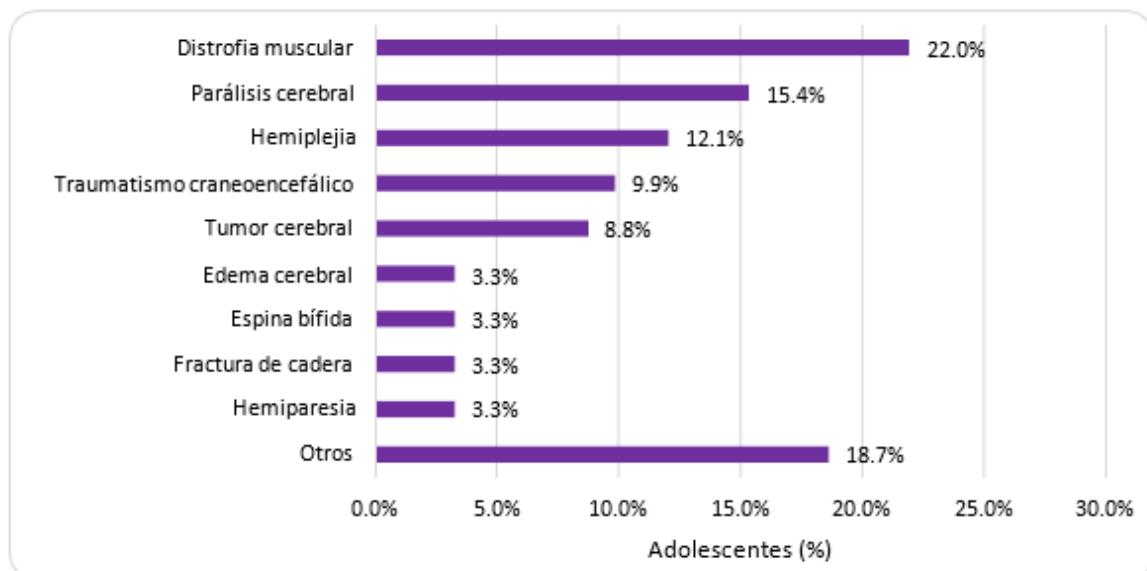
Características clínicas	N	%
Diagnóstico motor		
Distrofia muscular	20	22.0%
Parálisis cerebral	14	15.4%
Hemiplejía	11	12.1%
Traumatismo craneoencefálico	9	9.9%
Tumor cerebral	8	8.8%
Edema cerebral	3	3.3%
Espina bífida	3	3.3%
Fractura de cadera	3	3.3%
Hemiparesia	3	3.3%
Otros	17	18.7%
Utiliza silla de ruedas		
Si	35	38.5%
No	56	61.5%
Total	91	100%

Fuente: Elaboración propia

La tabla 11 muestra que el 22% de adolescentes fueron diagnosticados con distrofia muscular, seguido por el 15.4% con parálisis cerebral y el 12.1% con hemiplejía (Ver Gráfico 1). Asimismo, se evidenció que el 38.5% de adolescentes usaba silla de ruedas.

Figura 1.

Diagnostico motor de los adolescentes con discapacidad motora



*Otros: Meningitis, mielitis, miopatía inflamatoria, paraparesia, trauma de la vértebra medular, secuela neurológica, crisis convulsiva, fractura de columna, hemorragia ventricular cerebral, estado paraplejía y ventriculitis.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 12.

Dependencia funcional en adolescentes con discapacidad motora

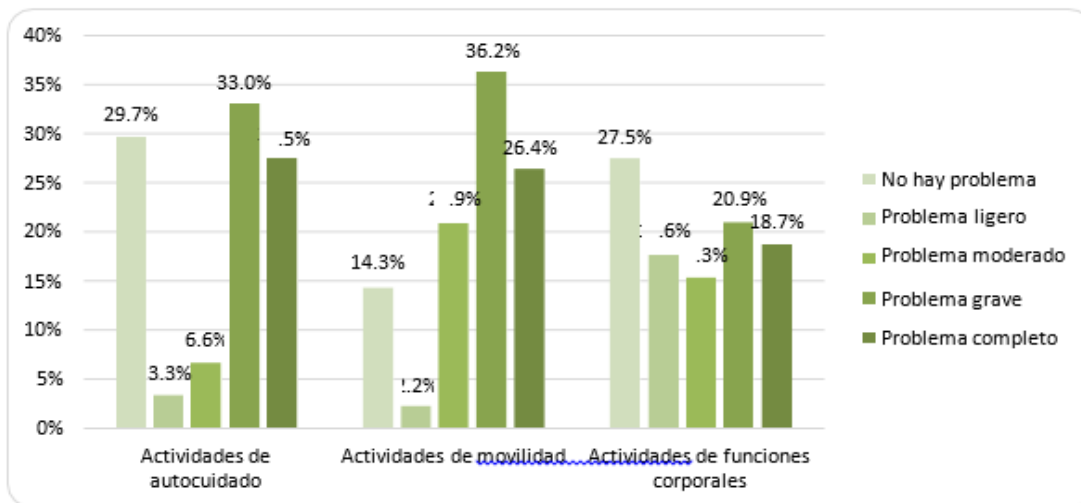
Dependencia funcional	N	%
No hay problema	8	8.8%
Problema ligero	5	5.5%
Problema moderado	30	33.0%
Problema grave	26	28.6%
Problema completo	22	24.2%
Total	91	100%

Fuente: Elaboración propia a partir del Índice de Barthel

La tabla 12 muestra que el 8.8% de los adolescentes con discapacidad motora severa no tenían problemas de dependencia funcional; el 5.5% tenían un problema ligero; el 33%, problema moderado; el 28.6%, problema grave y el 24.2%, problema completo.

Figura 2.

Dimensiones del clima familiar en el adolescente con discapacidad motora



Fuente: Elaboración propia

El gráfico 2 muestra que las actividades de autocuidado representaban un problema grave y completo para el 33% y 27.5%, respectivamente, de los adolescentes con discapacidad motora severa. Las actividades de movilidad constituían un problema moderado, grave y completo para el 20.9%, 36.2% y 26.4%, respectivamente, de los adolescentes. Y las actividades de funciones corporales significaban un problema ligero, moderado, grave y completo para el 17.6%, 15.3%, 20.9% y 18.7%, respectivamente, de los adolescentes.

Tabla 13.

Clima familiar en adolescentes con discapacidad motora

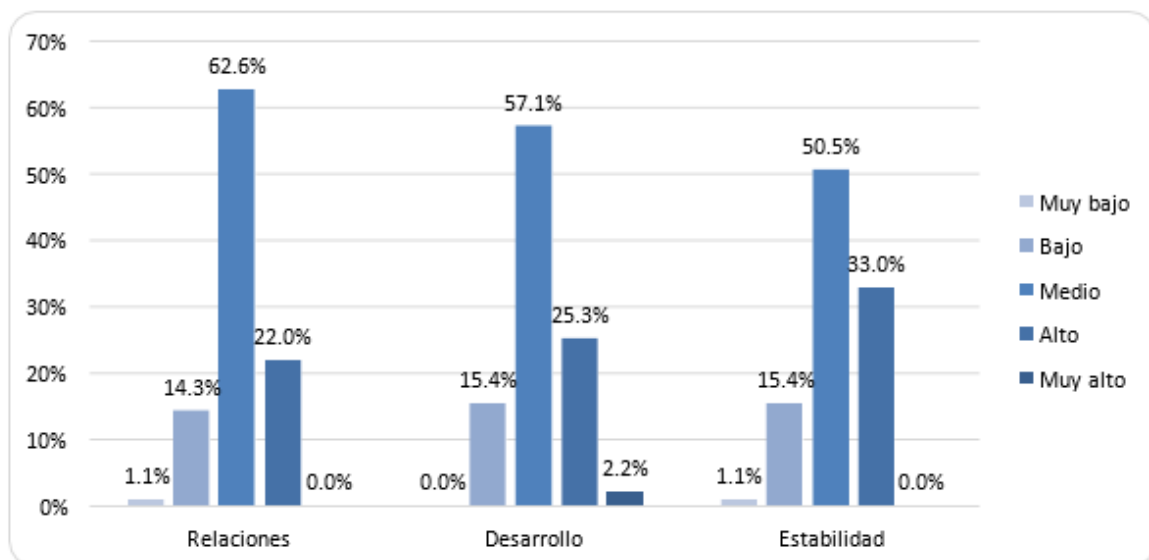
Clima familiar	N	%
Muy bajo	0	0.0%
Bajo	8	8.8%
Medio	61	67.0%
Alto	22	24.2%
Muy alto	0	0.0%
Total	91	100%

Fuente: Elaboración propia a partir del Clima socio familiar

La tabla 13 muestra que el 8.8% de adolescentes con discapacidad motora severa percibieron un bajo nivel de clima familiar, el 67% apreció un clima familiar medio y el 24.2% percibió un alto nivel de clima familiar en sus hogares.

Figura 3.

Dimensiones del clima familiar en los adolescentes con discapacidad motora



Fuente: Elaboración propia

El gráfico 3 muestra que la mayoría de adolescentes con discapacidad motora severa percibieron un nivel medio de clima familiar en las dimensiones Relaciones, desarrollo y estabilidad (62.6%, 57.1% y 50.5%, respectivamente).

Tabla 14.

Relación entre dependencia funcional y clima familiar

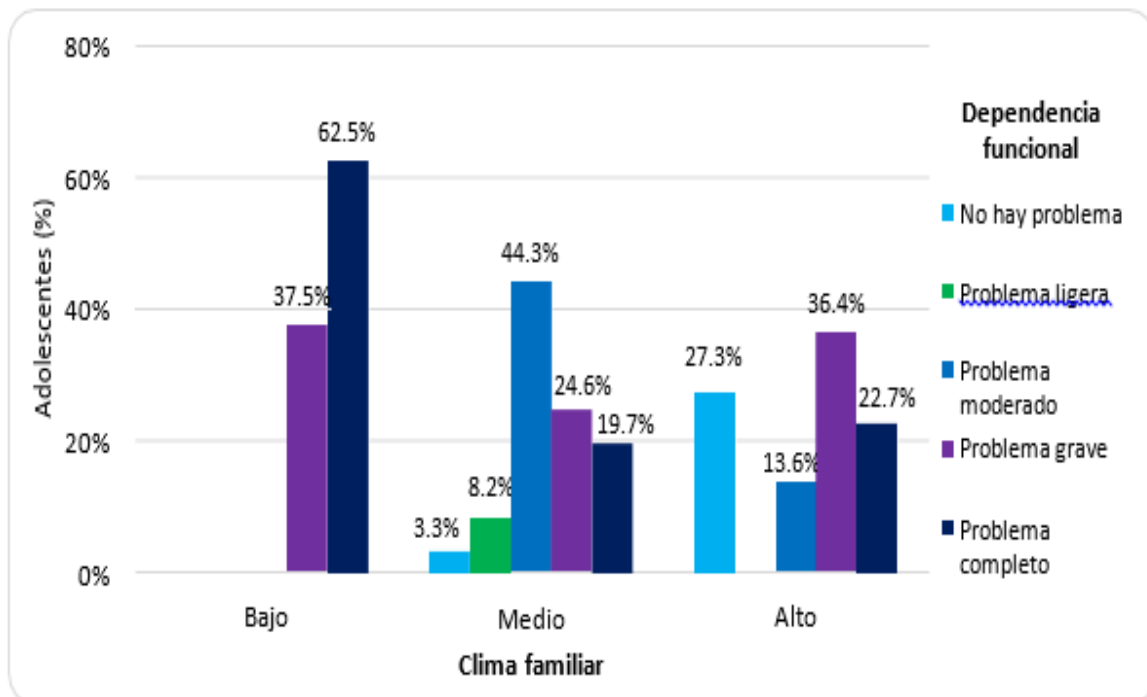
Dependencia funcional	Clima familiar						p*	Rho
	Bajo		Medio		Alto			
	N	%	N	%	N	%		
No hay problema	0	0.0%	2	3.3%	6	27.3%	0.091	-0.178
Problema ligera	0	0.0%	5	8.2%	0	0.0%		
Problema moderado	0	0.0%	27	44.3%	3	13.6%		
Problema grave	3	37.5%	15	24.6%	8	36.4%		
Problema completo	5	62.5%	12	19.7%	5	22.7%		
Total	8	100%	61	100%	22	100%		

Rho: Coeficiente de correlación de Spearman

La tabla 14 muestra que no existe relación significativa ($p=0.091$, $Rho=-0.178$) entre la dependencia funcional y el clima familiar de los adolescentes con discapacidad motora severa. Se observó que el 62.5% de adolescentes que percibieron un bajo nivel de clima familiar presentaban un problema completo de dependencia funcional, el 44.3% de aquellos que evidenciaron un nivel medio de clima familiar presentaban un problema moderado, pero el 36.4% de los que percibieron un alto nivel de clima familiar presentaban un problema grave. (Ver gráfico 4)

Figura 4.

Relación entre la dependencia funcional y el clima familiar



Fuente: Elaboración propia

Tabla 15.

Relación entre las actividades de autocuidado y el clima familiar

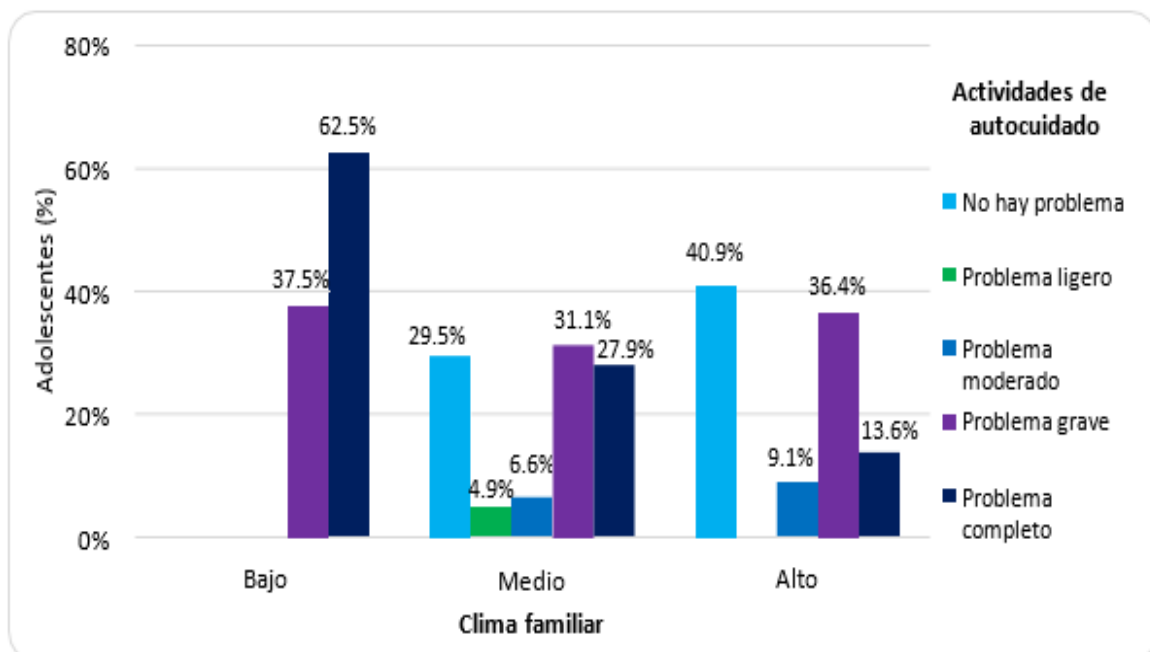
Actividades de autocuidado	Clima familiar						p	Rho
	Bajo		Medio		Alto			
	N	%	N	%	N	%		
No hay problema	0	0.0%	18	29.5%	9	40.9%	0.010	-0.268
Problema ligero	0	0.0%	3	4.9%	0	0.0%		
Problema moderado	0	0.0%	4	6.6%	2	9.1%		
Problema grave	3	37.5%	19	31.1%	8	36.4%		
Problema completo	5	62.5%	17	27.9%	3	13.6%		
Total	8	100%	61	100%	22	100%		

Rho: Coeficiente de correlación de Spearman

La tabla 15 muestra que existe relación significativa ($p=0.010$) inversa y débil ($Rho=-0.268$) entre las actividades de autocuidado y el clima familiar en los adolescentes con discapacidad motora severa, es decir que a menores problemas en las actividades de autocuidado mejor clima familiar. Se observó que el 62.5% de adolescentes que percibieron un bajo nivel de clima familiar presentaban un problema completo en las actividades de autocuidado, el 31.1% de aquellos que evidenciaron un nivel medio de clima familiar presentaban problemas graves y el 40.9% de los que percibieron un alto de clima familiar no tenían problemas. (Ver gráfico 5)

Figura 5.

Relación entre las actividades de autocuidado y el clima familiar



Fuente: Elaboración propia

Tabla 16.

Relación entre las actividades de movilidad y el clima familiar

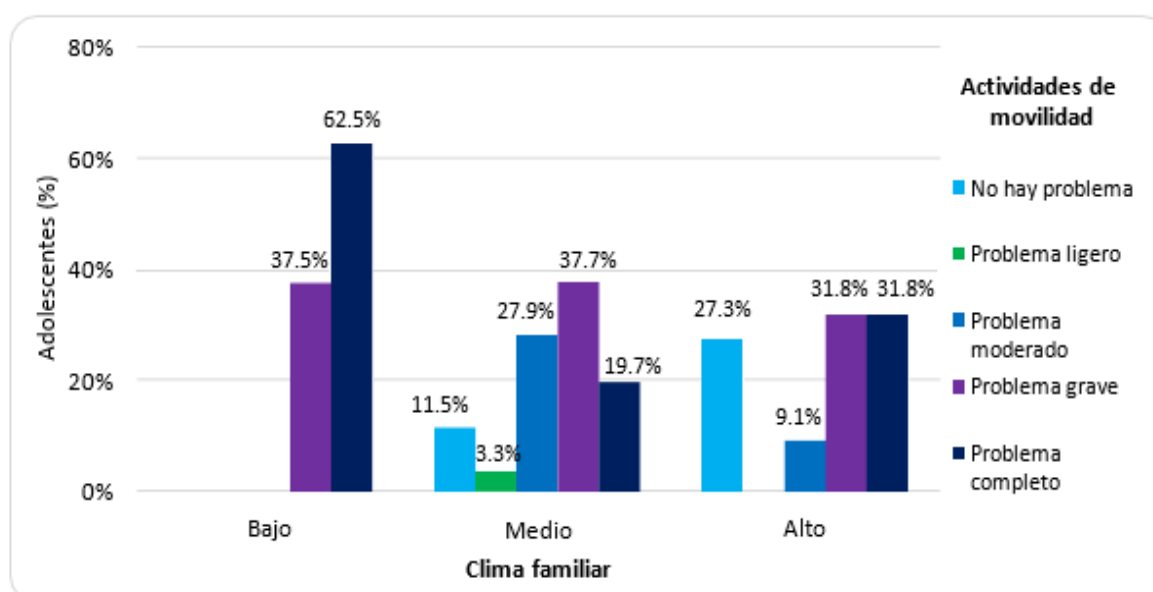
Actividades de movilidad	Clima familiar						p	Rho
	Bajo		Medio		Alto			
	N	%	N	%	N	%		
No hay problema	0	0.0%	7	11.5%	6	27.3%	0.213	-0.132
Problema ligero	0	0.0%	2	3.3%	0	0.0%		
Problema moderado	0	0.0%	17	27.9%	2	9.1%		
Problema grave	3	37.5%	23	37.7%	7	31.8%		
Problema completo	5	62.5%	12	19.7%	7	31.8%		
Total	8	100%	61	100%	22	100%		

Rho: Coeficiente de correlación de Spearman

La tabla 16 muestra que no existe relación significativa entre las actividades de movilidad y el clima familiar en los adolescentes con discapacidad motora severa. Se observó que el 62.5% de adolescentes que percibieron un bajo nivel de clima familiar presentaban un problema completo en las actividades de movilidad, el 37.7% de aquellos que evidenciaron un nivel medio de clima familiar presentaban problemas graves, pero el 31.8% de los que percibieron un alto de clima familiar tenían problemas graves o completos. (Ver gráfico 6)

Figura 6.

Relación entre las actividades de movilidad y el clima familiar



Fuente: Elaboración propia

Tabla 17.

Relación entre las actividades de funciones corporales y el clima familiar

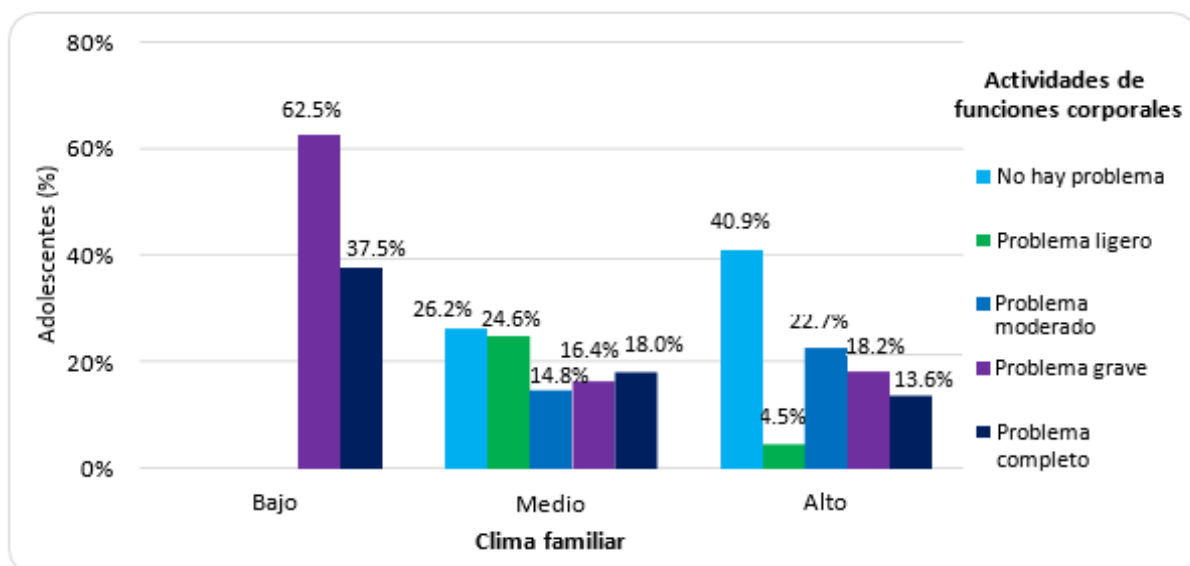
Actividades de funciones corporales	Clima familiar						p*	Rho
	Bajc		Medio		Altc			
	N	%	N	%	N	%		
No hay problema	0	0.0%	16	26.2%	9	40.9%	0.028	-0.230
Problema ligero	0	0.0%	15	24.6%	1	4.5%		
Problema moderado	0	0.0%	9	14.8%	5	22.7%		
Problema grave	5	62.5%	10	16.4%	4	18.2%		
Problema completo	3	37.5%	11	18.0%	3	13.6%		
Total	8	100%	61	100%	22	100%		

Rho: Coeficiente de correlación de Spearman

La tabla 17 muestra que existe relación significativa ($p=0.028$) inversa y débil ($Rho=-0.230$) entre las actividades de funciones corporales y el clima familiar en los adolescentes con discapacidad motora severa, es decir que a menores problemas en las actividades de funciones corporales mejor clima familiar. Se observó que el 62.5% de adolescentes que percibieron un bajo nivel de clima familiar presentaban problemas graves en las actividades de funciones corporales, el 26.2% de aquellos que evidenciaron un nivel medio de clima familiar no presentaban problemas y el 40.9% de los que percibieron un alto de clima familiar tampoco tenían problemas. (Ver gráfico 7)

Figura 7.

Relación entre las actividades de funciones corporales y el clima familiar



Fuente: Elaboración propia

V.DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Las características sociodemográficas predominantes en los adolescentes con discapacidad motora severa que formaron parte de esta investigación revelaron una mayor concentración en el grupo etario de 10 a 14 años, siendo en su mayoría del sexo masculino, con estudios en nivel primario, matriculados en instituciones educativas del sector público y con residencia en la ciudad de Lima. En cuanto al acompañante, se identificó que, en la mayoría de los casos, se trataba de la madre, cuya edad oscilaba mayoritariamente entre los 40 y 59 años.

Si bien no es posible establecer una comparación directa con otras poblaciones debido a sus particularidades, se hace referencia a ciertos antecedentes con fines pedagógicos. Por ejemplo, el estudio de López (2017), desarrollado en México, evidenció que las participantes fueron mayoritariamente mujeres, con una edad media de 37.32 años, dedicadas principalmente al hogar, con estudios secundarios completos y cuyos hijos se encontraban en etapa preescolar o cursando la educación primaria. Por otro lado, la investigación de De Moura et al. (2015) encontró que los niños diagnosticados con distrofia muscular presentaban una edad promedio de 11.3 años, siendo sus cuidadoras principalmente las madres.

En cuanto a las condiciones clínicas, se constató que los diagnósticos más frecuentes entre los adolescentes evaluados fueron la distrofia muscular y la parálisis cerebral, siendo común el uso de silla de ruedas. Esta tendencia es similar a la reportada por López (2017), quien identificó la parálisis cerebral como el diagnóstico predominante. Asimismo, De Moura et al. (2015) señalaron que aproximadamente el 50% de los niños de su muestra hacían uso de sillas de ruedas como principal medio de desplazamiento.

Respecto a la dependencia funcional observada, la mayoría de los adolescentes presentaba un nivel moderado de dependencia, seguido por un grupo con dependencia severa. Estos resultados se relacionan con lo hallado por Gamboa (2014), quien informó que los niños

con discapacidad incluidos en su estudio, en su mayoría, también mostraban una dependencia funcional de tipo moderado. Estos datos refuerzan la idea de que los menores con discapacidad requieren asistencia constante, mayormente brindada por sus familiares más cercanos.

En relación con el clima social familiar percibido por los adolescentes, este se ubicó predominantemente en un nivel medio, destacando la dimensión de “relaciones” como la más alta, seguida por “desarrollo” y “estabilidad”, también en un nivel intermedio. De forma similar, Gonzales (2018) halló que la dimensión “relación” se situaba en un nivel adecuado, mientras que las dimensiones “desarrollo” y “estabilidad” alcanzaban niveles medios; por lo tanto, el clima familiar global fue clasificado como intermedio. No obstante, el estudio de Enríquez (2018), efectuado en una clínica universitaria de Lima Metropolitana, indicó que las tres dimensiones se encontraban en niveles bajos o inadecuados, dando como resultado un clima social familiar general desfavorable.

Al analizar la relación entre la dependencia funcional y el clima familiar en adolescentes con discapacidad motora severa, no se encontró evidencia de una asociación significativa entre ambas variables. Sin embargo, al explorar las dimensiones específicas del clima familiar, se identificó que la categoría “actividades de autocuidado” presentó una relación inversa y débil con el clima familiar, es decir, cuanto menor era la dificultad en el autocuidado, mejor era la percepción del entorno familiar. Una asociación similar se observó en la dimensión “actividades de funciones corporales”, la cual también mostró una correlación inversa y débil con el clima familiar. En contraste, la dimensión “actividades de movilidad” no mostró una relación significativa con el clima familiar. Hasta el momento, no se han encontrado investigaciones a nivel nacional ni internacional que aborden de manera directa la relación entre estas variables, lo que evidencia la limitada disponibilidad de estudios comparativos en esta línea temática.

VI. CONCLUSIONES

- No se halló una asociación estadísticamente significativa entre la dependencia funcional y el clima familiar en adolescentes con discapacidad motora severa que recibieron atención en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Pediátricas, Lima 2018.
- Menos de una cuarta parte de los adolescentes evaluados presentaron un nivel de dependencia funcional total, según los resultados obtenidos en el mencionado establecimiento de salud.
- El clima familiar bajo se presentó en menos del 30% de los adolescentes con discapacidad motora severa atendidos en dicho hospital, lo que indica que la mayoría se percibe dentro de un entorno familiar de nivel medio o alto.
- Se identificó una relación inversa y débil, pero estadísticamente significativa, entre las actividades de autocuidado y el clima familiar. Este hallazgo sugiere que a medida que disminuyen las dificultades en las tareas de autocuidado, se percibe un ambiente familiar más favorable.
- No se evidenció una relación significativa entre las actividades de movilidad y el clima familiar en los adolescentes con discapacidad motora severa, indicando independencia entre ambas variables.
- Se encontró una relación inversa y débil, aunque significativa, entre las actividades relacionadas con las funciones corporales y el clima familiar. Es decir, una menor limitación en estas funciones se asocia con una mejor percepción del clima familiar.

VII. RECOMENDACIONES

- Es fundamental proporcionar orientación e información a los familiares directos de adolescentes con discapacidad motora severa sobre la importancia del clima familiar, con el fin de fortalecer los vínculos interpersonales en el hogar y facilitar un afrontamiento adecuado frente a la condición del menor.
- Se sugiere desarrollar investigaciones sobre la dependencia funcional en distintas poblaciones y contextos institucionales, a fin de explorar otras realidades, comparar resultados y generar datos que contribuyan al diseño de estrategias de intervención más eficaces.
- Se recomienda promover la realización de estudios que analicen la relación entre las variables abordadas en la presente investigación, con el propósito de ampliar la base de evidencia estadística y determinar si existen asociaciones similares en otros grupos poblacionales.

VIII. REFERENCIA

- Amariles, A. (2015). Adolescencia deteriorada: subjetivación de la adolescencia en personas en situación de discapacidad. *Revista Electrónica de Psicología Social "Poiésis"*, 29, 1-8.
- Bezanilla, J., & Miranda, A. (2014). La familia como grupo social: una re- conceptualización. *Alternat psic*, 58-74.
- Bunge, M. (2000). *La investigación científica: su estrategia y filosofía* (3ra ed.) Siglo XXI.
- Cid, J., & Damián, J. (1997). Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Revista española de salud pública*, 71(2), 127-137.
- Congreso de la República. (2000). *Ley N° 27337. Código de los niños y adolescentes*.
- Congreso de la República. (2014). *Ley General de la Persona con Discapacidad. Ley N° 29973*.
- De Moura, M., Wutzki, H., Voos, M., Resende, M., Reed, U., & Hasue, R. (2015). Is functional dependence of Duchenne muscular dystrophy patients determinant of the quality of life and burden of their caregivers? *Arq Neuropsiquiatr*, 73(1), 52-57.
- Espilco, K. (2015). *Clima social familiar y autoestima en adolescentes de la insitucion educativa pública "Bartolomé Herrera" de la convención. Cusco - 2014*. [Tesis de pre grado]. Universidad Alas Peruanas. Perú.
- Enríquez, D. (2018). *Clima social familiar y dependencia emocional en pacientes atendidos en una clínica universitaria de servicios psicológicos de Lima Metropolitana*. [Tesis de segunda especialidad]. Universidad Nacional Federico Villarreal. Perú.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2013). *Estado Mundial de la Infancia*. Niños con discapacidad.
- Gamboa, A. (2014). *La dependencia funcional de los niños con discapacidad y el síndrome de Burnout de las personas encargadas de su cuidado en la FUndación Fuvirese en el Cantón Baños de Agua Santa en el perioso marzo-julio del 2013*. Universidad Técnica de Ambato.

- Giaconi, C., Pedrero, Z., & San Martín, P. (2017). La discapacidad: Percepciones de cuidadores de niños, niñas y jóvenes en situación de discapacidad. *Psicoperspectivas*, 16(1), 55-67.
- Gil, P., Guil, R., Serrano, N., & Larran, C. (2014). Gil P., Guil R., Serrano N., y Larran C. (2014). Inteligencia emocional y clima familiar. *Revista de Psicología*; 2(1), 407-418.
- Gobierno Federal de México. (2010). *Discapacidad motriz. Guía didáctica para la inclusión en educación inicial y básica. Inclusión Educativa Comunitaria*. México.
- Gonzales, S. (2018). *Clima social familiar y comportamiento disocial en adolescentes de las instituciones educativas nacionales de "Villa María", Nuevo Chimbote, 2016*. [Tesis de pregrado]. Universidad César Vallejo. Chimbote.
- González, F., Massad, C., & Lavanderos, F. (2010). *Estudio nacional de la dependencia en las personas mayores*.
- González, S., Tello, J., Luders, C., Butelmann, S., Fristch, R., Solar, F., . . . David, P. (2012). Calidad de vida en pacientes con discapacidad motora según factores sociodemográficos y salud mental. *Rev Chil Neuro Psiquiat*, 50(1), 23-34.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación* (6ta ed.). McGraw-Hill.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2015). *Perú Características de la Población con Discapacidad*. INEI
- Jaimes, J., y Tacuchi, K. (2018). *Depresión y clima familiar en adolescentes de la Institución educativa Imperio del Tahuantinsuyo; Independencia-2016*. [Tesis de pregrado]. Universidad Ciencias y Humanidades.
- Lima, J., Baena, M., Domínguez, I., & Lima, M. (2017). *Discapacidad intelectual en niños y adolescentes: Influencia en la familia y la salud familiar*. Revisión sistemática. *Enfermería Clínica*, 28(2), 89-102. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.10.005>
- López, M. (2015). Características psicométricas de la dimensión relaciones en la escala de clima

- familiar en estudiantes mexicanos. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 18(3), 977-991.
- López, N. (2017). Funcionalidad familiar y participación escolar de las familias de niños con discapacidad. *IE Revista de Investigación Educativa de la REDIECH*, 8(14), 1- 20.
- Ministerio de Educación de Chile. (2010). *Guía de apoyo técnico-pedagógico:Necesidades educativas especiales en el nivel de educación parvularia*.
- Ministerio de Salud del Perú. (2012). *Norma Técnica Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente N° 034- Versión 2*. Dirección General de Salud de las Personas.
- Munuera, P. (2011). *Mediación familiar:salud y dependencia funcional*. Universidad Complutense de Madrid.
- Organización Mundial de la Salud. (2018a). Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones.: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
- Organización Mundial de la Salud. (2018b). Discapacidades. Temas de Salud. <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2018c). Discapacidad y Salud. Notas descriptivas. <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Salud de la madre, el recién nacido, del niño y de los adolescentes*. Desarrollo en la adolescencia. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud: versión para niños y adolescentes*.
- Pi, A., & Erconvaldo, A. (2016). Clima Familiar: una nueva mirada a sus dimensiones e interrelaciones. *Multimed*, 1-12.
- Querejeta, M. (2004). Discapacidad/ Dependencia, unificación de criterios de valoración y clasificación. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Vaca, P. (2016). *La discapacidad y su influencia en la salud familiar, del sector EU04, PUJILI. 2015-2016*. Universidad Técnica de Ambato.

IX.ANEXO

Anexo 1. Definición de términos

- **Adolescencia:** Periodo de crecimiento del ser humano, este periodo está comprendida entre los 10 y 19 años, considerándose como un periodo de transición entre la etapa de la niñez con la adultez (OMS, 2019).
- **Clima familiar:** Las interacciones que los padres desarrollan con los hijos en el hogar, pudiendo ser variable en calidad y cantidad. Este tipo de interacción familiar ejerce influencia en diferentes etapas de la vida, facilitando o dificultando las relaciones en los diferentes aspectos como lo son educativa, formativa, social y familiar (Pi & Erconvaldo, 2016).
- **Dependencia funcional:** Ausencia de autonomía física para las actividades de la vida diaria por un déficit del funcionamiento corporal o secuelas de accidente (Munuera, 2011).
- **Discapacidad:** Agrupa deficiencias, limitaciones de actividades y aspectos negativos de la relación entre personas que presentan un problema de salud incluyendo no solo limitaciones físicas sino también sensoriales, intelectuales y psiquiátricos (González et al, 2012).
- **Discapacidad motora:** Dificultad que tiene la persona para realizar actividades de la vida cotidiana, siendo consecuencia de la interacción entre la dificultad para manipular objetos o acceder a espacios, lugares y actividades que los demás pueden realizar sin problemas. (Ministerio de Educación de Chile, 2010)
- **Familia:** Es un modelo ideal que sirve para designar a un grupo social en particular, a pesar de las diferentes formas y características, sirve de base para la organización de los sistemas sociales. (Bezanillay Miranda, 2014)

Anexo 2. Instrumento

Ficha de reconocimiento de datos

“Dependencia funcional y clima familiar en adolescentes con discapacidad motora severa atendidos en el Servicio de Emergencia en el Hospital de Emergencias Pediátricas, Lima 2018”

Características generales

- Edad: _____(años)
- Sexo:

Masculino ()
Femenino ()
- Nivel escolar: Primaria ()

Secundaria ()

No estudia()
- Tipo de escuela

() Pública
() Privada
- Procedencia:

() Lima
() Provincia
- Relación con acompañante:

() Madre
() Padre
() Tío

() Hermano
() Abuelo

Otros: _____
- Edad del acompañante: _____(años)

Características clínicas

- Diagnóstico motor: _____
- Utiliza silla de ruedas:

Sí ()
No ()

Índice De Barthel (Ib)

A continuación, se le presenta una serie de frases que usted tiene que leer y responder si es o no dependiente con ciertas actividades de su vida diaria. Encierre en un círculo el puntaje según su nivel de dependencia de tales actividades. Se pide por favor sea lo más sincero posible.

1. Alimentación (comer - bebe)				
0	Independiente		Capaz de usar cualquier instrumento y las ayudas técnicas cuando sean necesarias. Come en tiempo razonable.	
1	2	3	Necesita ayuda	Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla.
4	Dependiente		Necesita ser alimentado.	

2. Baño (Lavar todo el cuerpo)				
0	Independiente		Capaz de ejecutar todos los pasos necesarios para bañarse o ducharse sin la ayuda de otra persona.	
1	2	3	4	Dependiente
				Necesita alguna ayuda.

3. Vestirse				
0	Independiente		Se viste, desnuda y ajusta la ropa. Se ata zapatos. Se pone braguero	
1	2	Necesita ayuda		Realiza al menos la mitad de las labores en un tiempo razonable.
3	4	Dependiente		Realiza menos de la mitad de las labores o emplea tiempo desmesurado.

4. Arreglarse (Cuidado de partes del cuerpo, lavar partes individuales del cuerpo)				
0	Independiente		Realiza todas las actividades personales se lava las manos y cara, los dientes, afeitarse, maquillarse, etc.	
1	2	3	4	Dependiente
				Necesita alguna ayuda.

5. Deposición (Continencia fecal)			
0		Continente/ Ninguno accidente	No presenta episodios de incontinencia.
1	2	Accidente ocasional	
3	4	Incontinente	

6. Micción - valorar la situación en la semana previa				
0	Continente		No presenta episodios de incontinencia.	
1	2	Accidente ocasional		Episodios ocasionales de incontinencia
3	4	Incontinente		Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse.

7. Ir al retrete (higiene personal relacionada con los procesos de excreción)				
0	Independiente		Usa el retrete, bacinilla, o cuña. Se sienta y levanto se limpia y viste.	
1	2	Necesita ayuda		Para mantener el equilibrio, limpiarse o ponerse y quitar la ropa. .
3	4	Dependiente		Incapaz de manejarse sin asistencia mayor.

8. Trasladarse sillón / cama (Transferir el propio cuerpo)				
0	Independiente		No necesita ninguna ayuda. Si usa silla de ruedas es independiente.	

1		Mínima ayuda	Supervisión verbal y pequeña ayuda física.
2	3	Gran ayuda	Capaz de sentarse, pero necesita mucha asistencia para el traslado.
4		Dependiente	Incapaz de permanecer sentado. Necesita la ayuda de dos personas en las transferencias.

9. Deambulación desplazamiento (Andar distancias cortas, desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento)

0				Independiente	Puede caminar al menos 50 metros, aunque se ayude.
1	2	3		Necesita ayuda	Puede caminar al menos 50 metros, pero con ayuda.
0	1	2	3	Independiente en silla de ruedas	Propulsa su silla al menos 50 metros.
4				Dependiente	Incluye ser desplazado por otro

10. Subir y bajar escaleras

0			Independiente	Capaz de subir y bajar sin ayuda personal o supervisión.
1	2	3	Necesita ayuda	Necesita ayuda física o supervisión.
4			Dependiente	Necesita alzamiento (ascensor) o no puede salvar escalones.

Escala de Clima Social Familiar (Fes)

A continuación, se le presenta una serie de frases que usted tiene que leer y decir si le parecen verdaderos o falsos en relación con su familia. Si usted cree que, respecto a su familia, la frase es VERDADERA o casi siempre verdadera, marcará en la hoja de respuesta una “X” en el espacio correspondiente a la “V” (verdadero).

Si usted cree que, respecto a su familia, la frase es FALSA o casi siempre FALSA marcará en la hoja de respuesta una “X” en el espacio correspondiente a la “F” (Falso). Si considera que la frase es cierta para unos miembros de su familia y para otros es falsa, marque la respuesta que corresponda a la mayoría.

Recuerde que se pretende conocer lo que piensa usted sobre su familia.

	ÍTEM	V	F
1	En mi familia nos ayudamos y apoyamos realmente unos a otros.		
2	Los mismos miembros de la familia guardan a menudo, sus sentimientos para sí mismos.		
3	En nuestra familia peleamos mucho.		
4	En general, ningún miembro de la familia decide por su cuenta.		
5	Creemos que es importante ser los mejores en cualquier cosa que hagamos.		
6	A menudo hablamos de temas políticos o sociales en la familia.		
7	Pasamos en casa la mayor parte de nuestro tiempo libre.		
8	Los miembros de mi familia asistimos con bastante frecuencia a las diversas actividades de la iglesia.		
9	Las actividades de mi familiar se planifican con cuidado.		
10	En mi familia tenemos reuniones obligatorias muy pocas veces.		
11	Muchas veces da, la impresión que en casa solo estamos “pasando el rato”.		
12	En casa hablamos abiertamente de lo que nos parece o queremos.		
13	En mi familia casi nunca mostramos abiertamente nuestros enojos.		
14	En mi familia nos esforzamos mucho para mantener la independencia de cada uno.		
15	Para mi familia es muy importante triunfar en la vida		
16	Casi nunca asistimos a reuniones culturales (exposiciones, conferencias, etc.).		
17	Frecuentemente vienen amistades a visitarnos a casa.		
18	En mi casa no rezamos en familia.		
19	En mi casa somos muy ordenados y limpios.		
20	En mi familia hay muy pocas normas que cumplir.		
21	Todos nos esforzamos mucho en lo que hacemos en casa.		
22	En mi familia es difícil “desahogarse” sin molestar a todos.		
23	En la casa a veces nos molestamos, a veces golpeamos o rompemos algo.		
24	En mi familia cada uno decide por sus propias cosas.		
25	Para nosotros no es muy importante el dinero que gane cada uno.		
26	En mi familia es muy importante aprender algo nuevo o diferente.		
27	Alguno de mi familia practica algún deporte.		
28	A menudo hablamos del sentido religioso de la navidad, semana Santa, Santa Rosa de Lima, etc.		
29	En mi casa, muchas veces resulta difícil encontrar las cosas cuando las necesitamos.		
30	En mi casa una sola persona toma la mayoría de las decisiones.		
31	En mi familia estamos fuertemente unidos.		
32	En mi casa comentamos nuestros problemas personalmente.		
33	Los miembros de mi familia, casi nunca expresamos nuestra cólera.		
34	Cada uno entra y sale de la casa cuando quiere.		
35	Nosotros aceptamos que haya competencia y “que gane el mejor”.		

36	Nos interesa poco las actividades culturales.		
37	Vamos con frecuencia al cine, excursiones, paseos.		
38	No creemos en el cielo o en el infierno.		
39	En mi familia la puntualidad es muy importante.		
40	En la casa las cosas se hacen de una forma establecida.		
41	Cuando hay que hacer algo en la casa, es raro que se ofrezca algún voluntario.		
42	En la casa, si a alguno se le ocurre de momento hacer algo, lo hace sin pensarlo más.		
43	Las personas de mi familiar nos criticamos frecuentemente unas a otras.		
44	En mi familia, las personas tienen poca vida privada o independiente.		
45	En mi familia nos esforzamos en hacer las cosas cada vez un poco mejor.		
46	En mi casa casi nunca tenemos conversaciones intelectuales.		
47	En mi casa casi todos tenemos una o dos aficiones.		
48	Las personas de mi familia tenemos ideas muy precisas sobre lo que está bien o mal.		
49	En mi familia cambiamos de opinión frecuentemente.		
50	En mi casa se da mucha importancia a cumplir las normas.		
51	Las personas de mi familia nos apoyamos unas a otras.		
52	En mi familia, cuando uno se queda, siempre hay otro que se siente afectado.		
53	En mi familia, a veces nos peleamos y nos vamos a las manos.		
54	Generalmente, en mi familia cada persona solo confía en sí misma cuando surge un problema.		
55	En la casa nos preocupamos poco por los ascensos en los trabajos o las notas en el colegio.		
56	Alguno de nosotros toca algún instrumento musical.		
57	Ninguno de mi familia participa en actividades recreativas, fuera de trabajo o colegio.		
58	Creemos que hay cosas en las que hay que tener Fe.		
59	En la casa nos aseguramos de que nuestros dormitorios queden limpios y ordenados.		
60	En las decisiones familiares todas las opiniones tienen el mismo valor.		
61	En mi familia hay poco espíritu de grupo.		
62	En mi familia los temas de pago y dinero se tratan abiertamente.		
63	Si en mi familia hay desacuerdos, todos nos esforzamos para suavizar las cosas y mantener la paz.		
64	Las personas de mi familia reaccionan firmemente unos a otros, a defender sus propios derechos.		
65	En mi familia apenas nos esforzamos por tener éxito.		
66	Las personas de mi familia vamos con frecuencia a la biblioteca o leemos obras literarias.		
67	Los miembros de mi familia asistimos apenas a cursillos o clases particulares por afición o interés.		
68	En mi familia cada persona tiene ideas distintas sobre lo que es bueno o malo.		
69	En mi familia están claramente definidas las tareas de cada persona.		
70	En mi familia, cada uno tiene la libertad para lo que quiera.		
71	En mi familia, realmente nos llevamos bien unos con otros.		
72	En mi familia generalmente tenemos cuidado con lo que decimos.		
73	Los miembros de mi familia estamos enfrentados unos con otros.		
74	En mi casa es fácil ser independiente, sin herir los sentimientos de los demás.		
75	“Primero es el trabajo, luego es la diversión”, es una norma en mi familia.		
76	En mi casa ver la televisión es más importante que leer.		
77	Las personas de mi familia salimos mucho a divertimos.		
78	En mi casa, leer la Biblia es algo importante.		

79	En mi familia el dinero no se administra con mucho cuidado.		
80	En mi casa las normas son muy rígidas y “tiene” que cumplirse.		
81	En mi familia se concede mucha atención y tiempo a cada uno.		
82	En mi casa expresamos nuestras opiniones de modo frecuente y espontáneo.		
83	En mi familia creemos que el que comete una falta tendrá un castigo.		
84	En mi casa, no hay libertad para expresar claramente lo que se piensa.		
85	En mi casa hacemos comparaciones sobre nuestra eficacia en el trabajo o en el estudio.		
86	A los miembros de mi familia nos gusta realmente el arte, la música o la literatura.		
87	Nuestra principal forma de diversión es ver la televisión o escuchar radio.		
88	En mi familia creemos que el que comete una falta tendrá su castigo.		
89	En mi casa generalmente la mesa se recoge inmediatamente después de comer.		
90	En mi familia, uno no puede salirse con la suya.		

¡Gracias por su participación!

Respuestas de la Escala de clima social familiar (FES)

FES	VERDADERO	FALSO
Relaciones	1, 21, 31, 51, 71, 81	11, 41, 61
	12, 32, 42, 62, 82	2, 22, 52, 72
	3, 23, 43, 53, 73	13, 33, 63, 83
Desarrollo	14, 24, 34, 54, 64	4, 44, 74, 84
	5, 15, 35, 45, 75, 85	25, 55, 65
	6, 26, 56, 66, 86	16, 36, 46, 76
	17, 47, 67, 77	7, 27, 37, 57, 87
	8, 28, 48, 58, 78, 88	18, 38, 68
Estabilidad	9, 19, 39, 59, 69, 89	29, 49, 79
	30, 40, 50, 80, 90	10, 20, 60, 70

Anexo 3. Carta de Consentimiento Informado

“Dependencia funcional y clima familiar en adolescentes con discapacidad motora atendidos en el Servicio de Emergencia en el Hospital de Emergencias Pediátricas, Lima 2018”

Propósito del Estudio: Lo estamos invitando usted y a su menor hijo a participar en un estudio con la finalidad de determinar la relación entre la dependencia funcional y el clima familiar en adolescentes con discapacidad motora severa atendidos en el Servicio de Emergencia en el Hospital de Emergencias Pediátricas, Lima 2018.

Procedimientos: Si usted acepta la participación de su menor hijo/a en este estudio se le entregarán dos cuestionarios que en conjunto le tomará aproximadamente 25 minutos en ser llenados. Esto se realizará en las instalaciones del Hospital de Emergencias Pediátricas.

Riesgos y Beneficios: No existirá riesgo alguno respecto a su participación o la de su menor hijo en esta investigación, solo se le pedirá responder a las preguntas de ambos cuestionarios. Asimismo, no producirá remuneración y/o pago de ningún tipo.

Confidencialidad: No se divulgará su identidad o la de su menor hijo en ninguna etapa de la investigación, pues toda la información que Ud. brinde será usada solo con fines de estudio. En caso este estudio fuese publicado, se seguirá salvaguardando su confidencialidad, ya que no se le pedirá en ningún momento nombres ni apellidos.

Se pone en conocimiento que Ud., y su menor hijo pueden retirarse de este estudio en cualquier momento de este, sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional comunicarse con la Lic. Gilda Bustamante al celular 994723588.

Acepto la participación voluntaria de mi menor hijo en este estudio, luego de haber discutido los objetivos y procedimientos de la investigación con el investigador responsable.

	/ /
Padre o apoderado	Fecha
Iniciales: _____	

	/ /
Investigador	Fecha

Anexo 4. Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	OPERACIONALIZACIÓN			METODOLOGÍA
			VARIABLES	DIMENSIONES	ÍTEMS	
Problema general ¿Cuál es la relación existente entre la dependencia funcional y el clima familiar en adolescentes con discapacidad motora severa atendidos en el Servicio de Emergencia en el Hospital de Emergencias Pediátricas 2018? Problemas específicos ¿Cuál es el nivel de dependencia funcional de los adolescentes con discapacidad motora severa atendidos en el Servicio de Emergencia en el Hospital de Emergencias Pediátricas, Lima 2018? ¿Cuál es el clima familiar de los adolescentes con discapacidad motora severa atendidos en el Servicio de Emergencia en el Hospital de Emergencias Pediátricas, Lima 2018? ¿Cuál es la relación entre las actividades de autocuidado con el clima	Objetivo general Determinar la relación entre la dependencia funcional y el clima familiar en adolescentes con discapacidad motora severa atendidos en el Servicio de Emergencia en el Hospital de Emergencias Pediátricas 2018. Objetivos específicos Determinar el nivel de dependencia funcional de los adolescentes con discapacidad motora severa atendidos en el Servicio de Emergencia en el Hospital de Emergencias Pediátricas, Lima 2018. Determinar el clima familiar de los adolescentes con discapacidad motora severa atendidos en el Servicio de Emergencia en el Hospital de Emergencias Pediátricas, Lima 2018.	Hipótesis general H _i : La dependencia funcional se relaciona significativamente con el clima familiar en adolescentes con discapacidad motora severa atendidos en el Servicio de Emergencia en el Hospital de Emergencias Pediátricas, Lima 2018. Hipótesis específicas La dependencia funcional es completa en menos del 50% de los adolescentes con discapacidad motora severa atendidos en el Servicio de Emergencia en el Hospital de Emergencias Pediátricas, Lima 2018. El clima familiar es bajo en menos del 30% de los adolescentes con discapacidad motora severa atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Pediátricas, Lima 2018. Existe relación significativa entre las	Variable independiente: <i>Dependencia funcional</i>	Actividades de autocuidado	Alimentación, lavado del cuerpo entero, vestirse, aseo personal, uso de retrete	Tipo de estudio: Aplicada Diseño: no experimental, transversal. Nivel: correlacional. Población: 91 Adolescentes con discapacidad motora severa atendidos en el Servicio de Emergencia en el Hospital de Emergencias Pediátricas. Muestra: 91 Adolescentes (muestreo por conveniencia) Análisis: Análisis de correlación de Spearman, nivel de significancia del 5%.
				Actividades de movilidad	Transferencias del cuerpo, deambulaci3n, desplazamiento en silla, dificultad para subir y bajar escaleras	
				Actividades de funciones corporales	Deposici3n y micci3n	
			Variable dependiente: <i>Clima familiar</i>	Relaciones	Cohesi3n, expresividad y conflicto	
				Desarrollo	Autonomía, actuaci3n, intelectual-cultural, social-recreativo, moralidad-religiosidad	

familiar en los pacientes adolescentes con discapacidad motora severa atendidos en el Servicio de Emergencia en el Hospital de Emergencias Pediátricas, Lima 2018? ¿Cuál es la relación entre las actividades de movilidad con el clima familiar en los pacientes adolescentes con discapacidad motora severa atendidos en el Servicio de Emergencia en el Hospital de Emergencias Pediátricas, Lima 2018? ¿Cuál es la relación entre las actividades de las funciones corporales con el clima familiar en los pacientes adolescentes con discapacidad motora severa atendidos en el Servicio de Emergencia en el Hospital de Emergencias Pediátricas, Lima 2018?	Relacionar las actividades de autocuidado con el clima familiar en los pacientes adolescentes con discapacidad motora severa atendidos en el Servicio de Emergencia en el Hospital de Emergencias Pediátricas, Lima 2018. Relacionar las actividades de movilidad con el clima familiar en los pacientes adolescentes con discapacidad motora severa atendidos en el Servicio de Emergencia en el Hospital de Emergencias Pediátricas, Lima 2018. Relacionar las actividades de las funciones corporales con el clima familiar en los pacientes adolescentes con discapacidad motora severa atendidos en el Servicio de Emergencia en el Hospital de Emergencias Pediátricas, Lima 2018.	actividades de autocuidado con el clima familiar en los pacientes adolescentes con discapacidad motora severa atendidos en el Servicio de Emergencia en el Hospital de Emergencias Pediátricas, Lima 2018. Existe relación significativa entre las actividades de movilidad con el clima familiar en los pacientes adolescentes con discapacidad motora severa atendidos en el Servicio de Emergencia en el Hospital de Emergencias Pediátricas, Lima 2018. Existe relación significativa entre las actividades de las funciones corporales con el clima familiar en los pacientes adolescentes con discapacidad motora severa atendidos en el Servicio de Emergencia en el Hospital de Emergencias Pediátricas, Lima 2018.		Estabilidad	Organización y control	
--	---	--	--	-------------	------------------------	--

Anexo 5. Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Categorías o valores	Tipo	Escala	Técnicas e instrumentos
VARIABLE INDEPENDIENTE: <i>Dependencia funcional</i>	Pérdida de la autonomía a nivel físico para la realización de actividades de la vida diaria y rutinaria como el cuidado personal	Actividades de autocuidado	Alimentación, lavado del cuerpo entero, vestirse, aseo personal, uso de retrete	No hay problema ligero Problema moderado Problema grave Problema completo	Cualitativa	Ordinal	Adaptación del Índice de Barthel a la CIF
		Actividades de movilidad	Transferencias del cuerpo, deambulación, desplazamiento en silla, dificultad para subir y bajar escaleras				
		Actividades de funciones corporales	Deposición y micción				
VARIABLE DEPENDIENTE: <i>Clima familiar</i>	Hace referencia al conjunto de relación interpersonales y al funcionamiento de todo el Sistema familiar	Relaciones intrafamiliares	Cohesión: ítems 1, 11, 21, 31, 41, 51, 61, 71, 81	Muy alto Alto Medio Bajo Muy bajo	Cualitativa	Ordinal	Escala de clima social familiar (FES)
			Expresividad: ítems 2, 12, 22, 32, 42, 52, 62, 72, 82				
			Conflicto: ítems 3, 13, 23, 33, 43, 53, 63, 73, 83				
		Desarrollo personal	Autonomía: ítems 4, 14, 24, 34, 44, 54, 64, 74, 84				
			Actuación: ítems 5, 15, 25, 35, 45, 55, 65, 75, 85				
			Intelectual-cultural: ítems 6, 16, 26, 36, 46, 56, 66, 76, 86				
			Social-recreativo: ítems 7, 17, 27, 37, 47, 57, 67, 77, 87				
			Moralidad-religiosidad: ítems 8, 18, 28, 38, 48, 58, 68, 78, 88				
		Estabilidad intrafamiliar	Organización: ítems 9, 19, 29, 39, 49, 59, 69, 79, 89				
			Control: ítem 10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90				