



**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**

**“FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON LA  
DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES INTERNADOS EN EL  
HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS, OCTUBRE  
– DICIEMBRE. AÑO 2017”**

**Tesis para Optar el Título de Especialista en  
Terapia Familiar Sistémica**

**AUTOR (A)**

Vargas Ccoscco Hilda

**ASESOR (A)**

Ortega Reyna Eris Zoila

**JURADO (A)**

Nomberto Bazán Víctor

Flores Sánchez Carmen Rosa

Peña Huapaya Pedro

**Lima – Perú**

**2018**

## Resumen

El objetivo de este estudio es determinar la relación entre funcionamiento familiar y depresión en adolescentes internados en el Hospital de Emergencias Pediátricas, durante el periodo de octubre a diciembre del año 2017. La metodología es una investigación aplicada, correlacional, no experimental y transversal. Los instrumentos utilizados fueron el cuestionario FACES III para medir funcionalidad familiar y el inventario de depresión de Beck (BDI) para medir depresión en una versión modificada para este estudio. Participaron 81 adolescentes internados en el Hospital de Emergencias Pediátricas en el periodo de octubre a diciembre del año 2017, con edades entre 13 a 19 años. La edad promedio fue  $16.7 \pm 1.9$  años, el 61.7% de sexo femenino, los principales diagnósticos observados fueron apendicitis (29.7%), traumatismo encefalo craneano (22.2%), fracturas (14.8%) y plastrón apendicular (11.1%), el 67.9% presentó funcionalidad familiar en rango medio, el 39.5% cohesión familiar relacionada y 38.3% semirrelacionada, el 82.7% presentaron adaptabilidad familiar caótica y el 66.7% de los adolescentes no presentaron depresión. Se encontró relación significativa entre funcionalidad familiar y depresión ( $p < 0.001$ ,  $Rho = 0.683$ ), es decir cuando el nivel de funcionalidad familiar se ve más afectada se observa mayor nivel de depresión. En el análisis de las dimensiones de la funcionalidad familiar, se encontró que la cohesión familiar se relaciona significativamente y de media alta con la depresión ( $p < 0.001$ ,  $Rho = 0.709$ ). La adaptabilidad familiar no se relacionó de forma significativa con la depresión ( $p = 0.42$ ,  $Rho = 0.226$ ). Se concluye que existe relación significativa y positiva entre la adaptabilidad familiar y la depresión en adolescentes internados en el Hospital de Emergencias Pediátricas, durante el periodo de octubre a diciembre del año 2017.

**Palabras clave:** Funcionamiento familiar, depresión, adolescentes, cohesión familiar y adaptabilidad familiar.

## Abstract

The objective of this study is to determine the relationship between family functioning and depression in adolescents who were hospitalized at the Pediatric Emergency Hospital of Lima-Peru during the period of October to December of 2017. The methodology used for this study is an applied research, correlational, non-experimental and transversal. For this study two different kinds of questionnaires were applied. The first one is called FACES III which measures family functionality and the Beck depression inventory (BDI) which measures depression, instrument that was adapted for the present study. All the participants taken into account in this study were between the ages of 13 to 19 years old and were interned in the Pediatrics Emergency Hospital during the period of October to December of 2017. The average age was  $16.7 \pm 1.9$  years, in which 61.7% were female, besides that, the results show that the main diagnoses observed were appendicitis (29.7%), brain injury (22.2%), fractures (14.8%) and plastron appendicular (11.1%), 67.9% presented family functionality in the middle range, 39.5% related family cohesion and 38.3% semi-related, 82.7% had chaotic family adaptability and 66.7% of adolescents did not have depression. A significant relationship was found between family functionality and depression ( $p < 0.001$ ,  $Rho = 0.683$ ), that is, when the level of family functionality is more affected, a greater level of depression is observed. In the analysis of the dimensions of family functionality, it was found that family cohesion is significantly and medium high correlated with depression ( $p < 0.001$ ,  $Rho = 0.709$ ). Family adaptability was not significantly related to depression ( $p = 0.42$ ,  $Rho = 0.226$ ). It is concluded that there is a significant and positive relationship between family adaptability and depression in adolescents hospitalized in the Pediatric Emergency Hospital, during the period from October to December of 2017.

**Key words:** Family functioning, depression, adolescents, family cohesion and family adaptability.

## Índice

Resumen.....	2
Abstract .....	3
Índice.....	4
Índice de tablas.....	6
Índice de Gráficos .....	7
INTRODUCCIÓN .....	8
CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	9
1. Antecedentes .....	9
1.1. Antecedentes Teóricos.....	9
1.1.1. Antecedentes de estudio internacional .....	9
1.1.2. Antecedentes de estudio nacional .....	12
1.2. Antecedentes legales.....	13
1.2.1. Legislación internacional .....	13
1.2.2. Legislaciones nacionales .....	14
2. Planteamiento del problema .....	14
2.1. Problema general .....	16
2.2. Problemas específicos.....	16
3. Objetivos .....	16
3.1. Objetivo general .....	16
3.2. Objetivos específicos.....	16
4. Justificación.....	16
5. Alcances y limitaciones.....	18
6. Definición de variables.....	18
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO .....	19
1. Teorías relacionadas con el tema .....	19
1.1. Variable independiente .....	19
1.2. Variable dependiente .....	25
2. Marco conceptual .....	30
3. Hipótesis.....	30
3.1. General.....	30
3.2. Hipótesis específicas.....	30
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA .....	31

1. Tipo .....	31
2. Nivel de la investigación .....	31
3. Diseño de investigación .....	31
4. Estrategias de pruebas de hipótesis .....	32
5. Variables.....	33
6. Población.....	33
7. Muestra.....	33
8. Técnicas de investigación.....	34
Contrastación de hipótesis.....	38
CAPÍTULO IV. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	43
CAPÍTULO V. DISCUSIÓN.....	52
Discusión.....	52
Conclusiones .....	56
Recomendaciones.....	57
Referencias bibliográficas .....	58
ANEXOS.....	63
Anexo 1. Ficha técnica de los instrumentos a utilizar.....	63
Anexo 2. Matriz de consistencia .....	66
Anexo 3. Carta de consentimiento informado.....	67
Anexo 4. Validación y confiabilidad del instrumento.....	68

## Índice de tablas

Tabla 1 Puntuaciones para la dimensión cohesión familiar.....	35
Tabla 2 Puntuaciones para la dimensión adaptabilidad familiar. ....	35
Tabla 3. Puntuaciones para la depresión.....	36
Tabla 4. Grado de correlación de Spearman.....	38
Tabla 5. Prueba de correlación de Spearman entre funcionamiento familiar y depresión en adolescentes .....	39
Tabla 6. Prueba de correlación de Spearman entre Cohesión Familiar y depresión en adolescentes .....	40
Tabla 7. Prueba de correlación de Spearman entre Adaptabilidad Familiar y depresión en adolescentes .....	41
Tabla 8. Características generales.....	43
Tabla 9. Funcionalidad Familiar .....	45
Tabla 10. Cohesión Familiar.....	45
Tabla 11. Adaptabilidad Familiar .....	46
Tabla 12. Depresión.....	46
Tabla 13. Funcionamiento Familiar y Depresión .....	47
Tabla 14. Cohesión Familiar y Depresión .....	47
Tabla 15. Cohesión Familiar y depresión – correlación .....	49
Tabla 16. Adaptabilidad Familiar y Depresión.....	49
Tabla 17. Adaptabilidad Familiar y Depresión – correlación.....	51

## Índice de Gráficos

Gráfico 1. Edad.....	44
Gráfico 2. Sexo.....	44
Gráfico 3. Cohesión Familiar y Depresión.....	48
Gráfico 4. Adaptabilidad Familiar y Depresión .....	50

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el importante rol que cumple la familia en el desarrollo de la y el adolescente, se ha convertido en un tema de interés. Por esta razón, se ha empezado a hacer hincapié en la relación de algún grado de disfuncionalidad en la familia del adolescente y el desencadenamiento de alteraciones en su estado de ánimo e incluso de la posibilidad de llevarlo a un estado depresivo. Los trastornos depresivos durante la adolescencia, hoy por hoy, constituyen un gran problema de salud pública (Navarro, Moscoso y Calderón, 2017) que requiere mayor atención, debido a las potenciales complicaciones que traen consigo, el riesgo de salud que significan para los adolescentes que la padecen y otros puntos a considerar como el suicidio. Los adolescentes deprimidos, generalmente no reciben atención de los padres, además no buscan ayuda en ellos y se muestran renuentes a consultar a un profesional de la salud.

Dentro de este contexto la presente investigación pretende conocer la funcionalidad familiar y depresión en adolescentes, de modo que se amplíe el conocimiento acerca de este tema a nivel nacional y se tengan datos actualizados. Esto contribuirá generar políticas públicas que se orienten a mejorar la atención en salud mental de las y los adolescentes, así como, para prestar especial atención en las familias como núcleo básico de desarrollo de los seres humanos.

La investigación consta de 5 capítulos los cuales contienen el desarrollo del tema en cuestión. En el primer capítulo se aborda el planteamiento del problema, que incluye los antecedentes de la investigación, la formulación del problema, los objetivos y la justificación. En el segundo capítulo se encuentra el marco teórico, el tercer capítulo comprende la metodología del estudio. El cuarto capítulo contiene la presentación de los resultados y en el quinto capítulo se hallan la discusión, conclusiones y recomendaciones. Adicionalmente se enlistan las referencias bibliográficas y los anexos de la investigación.



## **CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1. Antecedentes**

#### **1.1. Antecedentes Teóricos**

##### **1.1.1. Antecedentes de estudio internacional**

Salinas, et al (2013) en Venezuela realizaron un estudio descriptivo transversal titulado “Relación entre depresión y funcionalidad familiar en adolescentes de instituciones educativas públicas y privadas del Municipio libertador, Mérida-Venezuela”, con el objetivo principal de establecer la relación entre depresión y funcionalidad familiar en adolescentes. Se trabajó con una muestra de 1082 alumnos entre 14 y 19 años, de los cuales, el grupo A conformado por 524 pertenecían (48.4%) a una institución público y el grupo B conformado por 558 (51.6%) a una institución privada. En el grupo A, el 73.3% fueron varones y 26.7% mujeres; mientras que en el grupo B, 72.3% fueron mujeres y 27.7% varones. En general, el 72.6% de los adolescentes presentaron una alta funcionalidad familiar, el 22.1% una funcionalidad familiar moderada y el 4.6% una disfunción severa. El 69.5% no presentó depresión, el 26.55% tuvo depresión leve y el 2.75% depresión severa. Los autores concluyeron que los adolescentes tuvieron buena funcionalidad familiar, en su mayoría no presentaron depresión y que no se encontró relación entre la funcionalidad familiar y la incidencia de depresión.

Rivera y Sánchez (2014) en Ecuador, llevaron a cabo una tesis titulada “Disfuncionalidad Familiar y su relación con la depresión en los adolescentes del ciclo diversificado en la Unidad Educativa Herlinda Toral, Cuenca 2014”, con el objetivo de determinar la disfuncionalidad familiar y su relación con la depresión en adolescentes, para lo que realizó un estudio descriptivo con una muestra conformada por 200 adolescentes. El 92% eran del sexo femenino y el 8% del sexo masculino. El 63.5% provenía de familias con padres casados, el 12.5% de familias con padres solteros, el 16% de los padres eran divorciados, el 8% tenían una relación de convivencia y el 8% eran padres viudos. Del total de adolescentes, el 27.5% tenía una buena funcionalidad familiar, el 35.5% presentaba disfuncionalidad leve, el 18% disfuncionalidad moderada y el 19% disfuncionalidad severa. Además, se observó que el 35.5% de adolescentes no presentó depresión, mientras que el

36.5% presentó depresión ligera, el 19.5% depresión moderada, el 5% depresión severa y el 3.5% depresión muy severa. Se determinó que el 48.5% de los adolescentes tuvo una relación entre disfuncionalidad familiar y depresión. Las autoras concluyeron que la disfuncionalidad familiar es un factor de riesgo para depresión.

Quinde y Jiménez (2014) en Ecuador, realizaron una tesis titulada “Procesos familiares disfuncionales y su influencia en el desarrollo de estados depresivos en adolescentes en los colegios Dr. Luis Céleri Avilés y Jhon F. Kennedy, 2013-2014”, con el objetivo de determinar la influencia de los procesos familiares disfuncionales en el desarrollo de estados depresivos en 432 adolescentes, para lo que efectuó un estudio descriptivo. Del total de adolescentes, 221 (51%) eran mujeres y 211 (49%) varones. Se determinó que el 66% de adolescentes tenían una familia con funcionalidad buena, el 24% tenía una familia disfuncional leve y el 10% una familia disfuncional grave. Asimismo, el 65% de los adolescentes tenían depresión, el 31% eran del sexo femenino y el 34% del sexo masculino. De los adolescentes que presentaron depresión, el 65% era mínima, el 20% leve, el 12% moderada y el 3% grave. Se observó que del total de adolescentes que tuvieron depresión en cualquier grado, el 19% pertenecía a una familia disfuncional. Los autores concluyeron que los adolescentes provenientes de familias disfuncionales tienen mayor predisposición a desarrollar depresión.

Procel (2015) en Ecuador, elaboró una tesis titulada “Depresión asociada a la disfunción familiar en los estudiantes de octavo y noveno año de educación básica sección matutina del colegio Adolfo Valarezo de ciudad de Loja en el periodo de junio-noviembre del 2014”, con el objetivo de determinar la relación entre funcionalidad familiar en 288 adolescentes, para lo que realizó un estudio descriptivo transversal. Se encontró que el 39.93% tenía buena funcionalidad familiar, el 29.17% tenía una familia con disfunción familiar leve, el 20.49% disfunción familiar moderada y el 10.42% disfunción familiar severa. Además, se determinó que el 72.5% no presentaba signos de depresión, el 13.54% tenía perturbación del estado de ánimo, el 5.21% estados depresivos intermitentes, el 5.9% tenía depresión moderada, el 1.39% depresión grave y el 1.39% depresión extrema. Del 48.56% de adolescentes provenientes de familias con disfunción familiar leve, el 15.47% se relacionó con depresión leve, el 2.38% depresión moderada y el 1.19% depresión grave. Del 34.1% que presentó disfunción familiar moderada, el 13.55% tuvo depresión grave, el 6.78% depresión moderada y el 3.38% depresión grave. Del 17.34% que provenía de una familia

con disfunción familiar severa, el 46.6% se relacionó con depresión leve, el 20% depresión moderada y el 13.34% tuvo depresión grave. La autora concluyó que la disfuncionalidad familiar es un factor de riesgo para desarrollar depresión.

Loján (2016) en Ecuador, realizó una tesis titulada “Funcionalidad Familiar asociada a depresión en los adolescentes del Colegio Nacional Mixto 8 de diciembre de la Parroquia San Pedro de La Bendita-Loja en el periodo de abril-agosto 2015”, con el objetivo de determinar la relación entre funcionalidad familiar y depresión en una muestra de 308 adolescentes, para lo que realizó un estudio descriptivo transversal. Se encontró que el 30.52% provienen de familias funcionales, el 58.12% tiene familias moderadamente funcionales, el 10.82% provienen de familias disfuncionales y el 0.32% de familias severamente disfuncionales. El 52.92% no presentó depresión, mientras que el 37.34% presentó depresión leve, el 8.44% depresión moderada y el 1.3% depresión severa. Se aplicó la prueba de Chi cuadrado con un Intervalo de Confianza del 95% y se obtuvo un valor p de 0.8683 mayor que el alpha 0.05. La autora concluyó que no hay relación entre la depresión y la funcionalidad familiar.

Alomaliza (2016) en Ecuador, realizó una tesis titulada “Disfuncionalidad familiar y depresión en adolescentes de octavo a décimo años de la Unidad Educativa Picaihua del Cantón Ambato”, con la finalidad de determinar la disfunción familiar y su influencia en la aparición de depresión, para lo que efectuó un trabajo de tipo descriptivo que incluyó una muestra de 60 adolescentes. El 61.67% eran varones y el 38.33% mujeres. El 3.33% provenían de familias funcionales, el 41.67% de familias moderadamente funcionales, el 26.67% de familias disfuncionales y el 28.33% de familias con disfuncionalidad severa. Además, se encontró que el 33.33% no tenían depresión, el 15% tenían depresión leve, el 5% depresión intermitente, el 20% depresión moderada, el 26.67% depresión extrema y no se evidenciaron casos de depresión grave. Se aplicó la prueba de Chi-cuadrado, y se determinó que disfuncionalidad familiar y depresión estaban asociadas. La autora concluyó que existe una relación entre disfuncionalidad familiar y depresión en adolescentes.

### **1.1.2. Antecedentes de estudio nacional**

Gonzáles, Macuyama y Silva (2013), en Lima realizaron un estudio descriptivo transversal titulado “Factores familiares que influyen en las manifestaciones depresivas en adolescentes del 1° al 5° de secundaria de un colegio nacional mixto”, con el objetivo de determinar los factores familiares que influyen en las manifestaciones depresivas de 163 adolescentes. Del total, 45% fueron mujeres y el 55% varones. El 27% de los adolescentes procedían de familias nucleares, el 19.6% de familias monoparentales, el 40.5% de familias extendidas y el 12.9% de familias reconstruidas. El 23.3% tenían buena función familiar, el 25.8% tenían disfunción familiar leve, el 26.4% disfunción familiar moderada y el 24.5% disfunción familiar severa. El 8% de los adolescentes presentaron presencia de manifestaciones o síntomas poco claros, el 55.8% presencia de manifestaciones o síntomas ligeros, el 35% presencia de manifestaciones o síntomas bien definidos y el 1.2% tuvo depresión. Además, se observó que el 50% de adolescentes provenientes de familias con disfunción familiar severa presentaron manifestaciones depresivas bien definidas, el 46.5% con disfuncionalidad moderada tuvo manifestaciones depresivas bien definida y el 64.3% con disfuncionalidad leve mostraron manifestaciones depresivas ligeras. Los autores concluyeron que la disfuncionalidad familiar es un factor predisponente para el desarrollo manifestaciones depresivas.

Ochoa (2015) en Arequipa, elaboró una tesis titulada “Relación entre funcionamiento familiar y depresión en adolescentes de la Academia Preuniversitaria Alexander Fleming Arequipa 2015”, con el objetivo de determinar la relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en 468 adolescentes, para lo que efectuó un estudio de tipo descriptivo. El 60.5% eran del sexo femenino y el 39.5% del sexo masculino. La funcionalidad familiar fue medida a través de su dimensión cohesión, de modo que, se observó que el 48.7% era desligada, 37.4% separada, 12.2% conectada y 1.7% aglutinada. También se encontró que el 41.2% de los adolescentes no presentaban depresión, el 50% tenía depresión leve, el 8.7% depresión moderada y no se encontró adolescente alguno con depresión severa. Se observó que la tendencia a depresión leve y moderada en familias con cohesión de tipo desligada y aglutinada con un 810% y 100% respectivamente. El autor concluyó que existe una relación estadísticamente significativa entre funcionalidad familiar y depresión.

Mamani (2016) en Puno, realizó una tesis titulada “Depresión y disfunción familiar en estudiantes del cuarto año de secundaria de la Institución Educativa Secundaria Industrial Perú Birf, Juliaca-2015”, con el objetivo principal de determinar la correlación entre depresión y disfunción familiar en 126 adolescentes, para lo que efectuó un estudio de tipo descriptivo correlacional. En relación a los niveles de depresión se observó que el 46% no presentó depresión, el 29.8% tuvo depresión leve, el 18.5% depresión moderada y el 5.6% depresión grave. Con respecto a la funcionalidad familiar, el 53.2% provenían de familias normo funcionales, el 36.3% de familias con disfuncionalidad leve y el 10.5% con disfuncionalidad familiar grave. El coeficiente de correlación arrojó una relación significativa entre depresión y disfunción familiar. La autora concluyó que existe una relación entre disfuncionalidad familiar y depresión.

Caballero, Ramírez y Villavicencio (2017) en Lima, realizaron una tesis titulada “Funcionalidad familiar en adolescentes del 4° y 5° de secundaria de la Institución educativa Jorge Basadre Grohmann, Los Olivos-2015”, con la finalidad de determinar la funcionalidad familiar en 323 adolescentes, para lo cual efectuó un estudio descriptivo transversal. La funcionalidad familiar se midió a través de su dimensión cohesión y se obtuvo que el 36.8% fue muy conectada, 56.7% conectadas y 6.5% algo conectada. En los niveles no balanceados de la cohesión en su subdimensión desligada el 1.5% muy alto, 5.9% alto, 24.1% moderado, 41.8% bajo, 26.6% muy bajo. En su subdimensión enmarañada el 2.2% muy alto, 13.3% alto, 31% moderado, 42.7% bajo y 10.8% muy bajo. En su dimensión flexibilidad, el 38.7% muy flexible, 54.8% flexible y 6.5% algo flexible. En los niveles no balanceados de la flexibilidad en su subdimensión rigidez el 7.4% muy alto, 26.9% alto, 35% moderado, 23.5% bajo y 7.1% muy bajo. En su subdimensión caótico el 2.2% muy alto, 6.8% alto, 18.3% moderado, 41.8% bajo y 31% muy bajo. La autora concluyó que los adolescentes tuvieron una buena funcionalidad familiar.

## **1.2. Antecedentes legales**

### **1.2.1. Legislación internacional**

A nivel internacional, la familia, desde la perspectiva legal, en el artículo N°16 de la Declaración Jurada de los Derechos Humanos, se declara a la familia como el elemento natural y fundamental de la sociedad que debe ser protegida por el Estado. (Declaración

Universal de los Derechos Humanos, 1948). De la misma manera, la Convención sobre los Derechos del Niño realizada en el año 1989 considera a la familia, como grupo fundamental de la sociedad y medio natural para el crecimiento y el bienestar de todos sus miembros, y en particular de los niños, de modo que de la familia debe recibir la protección y asistencia necesarias para poder asumir plenamente sus responsabilidades dentro de la comunidad (Convención sobre los Derechos del Niño, 1989). Por su parte el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia plantea que el niño y el adolescente tienen derecho a vivir, crecer y desarrollarse en el seno de su familia con un ambiente familiar adecuado. Además, la familia es responsable, de forma prioritaria, inmediata e indeclinable, de asegurar a los niños y adolescentes el ejercicio y disfrute pleno y efectivo de sus derechos y garantías (UNICEF, 2005).

### **1.2.2. Legislaciones nacionales**

En el Perú la ley N<sup>o</sup> 27337, ley que aprueba el nuevo código de los niños y adolescentes, en su artículo IV (capacidad), menciona que: además de los derechos inherentes a la persona humana, el niño y el adolescente gozan de los derechos específicos relacionados con su proceso de desarrollo, y en caso de infracción a la ley penal, el niño será sujeto de medidas de protección y el adolescente de medidas socio-educativas. Asimismo, en su artículo VI (extensión del ámbito de aplicación) refiere que el código reconoce que la obligación de atención al niño y al adolescente se extiende a la madre y a la familia del mismo (Congreso de la República, 2000).

En la misma línea en el capítulo I de dicha ley, respecto a los derechos civiles menciona en su artículo 3 (a vivir en un ambiente sano) que: el niño y el adolescente tienen derecho a vivir en un ambiente sano y ecológicamente equilibrado. Todo lo anterior sirve como contexto para que los padres o tutores de los niños ejerzan el cuidado de la integridad correspondiente de los niños que se encuentran bajo su tutela, asegurando el bienestar de estos (Congreso de la República, 2000).

## **2. Planteamiento del problema**

En lo que va del año 2017, alrededor de 322 millones de personas padece de trastornos de salud mental, lo que equivale a un 18% más que hace una década; la Organización

Mundial de la Salud (OMS) actualmente considera a la depresión como el mayor problema de salud mental a nivel mundial. Asimismo, la frecuencia de trastornos mentales entre los adolescentes ha aumentado en los últimos años; se calcula que al menos el 20% de los adolescentes de todo el mundo tiene problemas mentales o de comportamiento y si hablamos de depresión, aproximadamente el 8% sufre de este trastorno; se le considera como la primera causa de enfermedad y discapacidad en los adolescentes de ambos sexos. Dicho aumento se le atribuye a la ruptura de las estructuras familiares traducida en una percepción de familia disfuncional por parte de la o el adolescente (Organización Mundial de la Salud, 2017).

En este contexto, en España, se observó que entre el 20% y el 40% de los casos de depresión se iniciaron durante la adolescencia; en México, estudios realizados, demostraron que el 2.0% de la población mexicana ha padecido un episodio de depresión mayor antes de los 18 años de edad (Veytia, Gonzáles, Andrade y Oudhof, 2012). En Ecuador, estadísticas han encontrado que, del total de adolescentes con diagnóstico de depresión, el 48.5% provenía de familias percibidas como disfuncionales (Rivera et al, 2014). En Perú, esta problemática ha sido poco estudiada debido a la poca atención que se le presta a la salud mental de los adolescentes; sin embargo, se dice que la prevalencia actual del episodio depresivo en adolescentes es de 8,6%, concentrándose principalmente en el grupo etario de 15 a 17 años (12,1%) y, particularmente, más en el sexo femenino (13,4%), que en el masculino (3,9%); además, al menos el 50% de adolescentes que provienen de familias disfuncionales, desarrollan depresión en cualquiera de sus grados (Gonzáles et al, 2013).

Por esta razón, se reconoce que la depresión en los adolescentes y la disfuncionalidad familiar, representan un importante reto de salud pública para el Perú y el mundo. A partir de la familia, el ser humano desarrolla habilidades para desenvolverse a lo largo de toda su vida y dentro de este contexto también se generan necesidades implícitas, de tal manera que, si son bien satisfechas, el adolescente actuará mejor en la sociedad, tendrá menos probabilidad de desarrollar problemas de salud mental, rendirá de manera más eficaz en la escuela y tendrá más posibilidades de convertirse en un adulto productivo y bien adaptado socialmente que aquellos que tienen necesidades insatisfechas. Por este motivo, se planteó esta investigación, con la finalidad crear conciencia pública sobre los problemas de salud mental en esta etapa de la vida y de este modo, brindar un respaldo social general a los adolescentes.

## **2.1. Problema general**

¿Cuál es la relación entre funcionamiento familiar y depresión en adolescentes internados en el Hospital de Emergencias Pediátricas, octubre – diciembre 2017?

## **2.2. Problemas específicos**

- ¿Cuál es la relación entre cohesión familiar y depresión en adolescentes internados en el Hospital de Emergencias Pediátricas, octubre – diciembre 2017?
- ¿Cuál es la relación entre adaptabilidad familiar y depresión en adolescentes internados en el Hospital de Emergencias Pediátricas, octubre – diciembre 2017?

## **3. Objetivos**

### **3.1. Objetivo general**

Determinar la relación entre funcionamiento familiar y depresión en adolescentes internados en el Hospital de Emergencias Pediátricas, octubre – diciembre 2017.

### **3.2. Objetivos específicos**

- Determinar la relación entre cohesión familiar y depresión en adolescentes internados en el Hospital de Emergencias Pediátricas, octubre – diciembre 2017.
- Determinar la relación entre adaptabilidad familiar y depresión en adolescentes internados en el Hospital de Emergencias Pediátricas, octubre – diciembre 2017.

## **4. Justificación**

Es ampliamente conocido que la adolescencia es una de las etapas que representan mayor vulnerabilidad para el ser humano, lo que lo expone a múltiples riesgos y potenciales problemas de salud mental. En el marco de desarrollo del adolescente, podemos hablar de la funcionalidad familiar, diversos autores a nivel internacional han propuesto que, si existe una buena o adecuada funcionalidad familiar, las probabilidades de que un adolescente miembro



de la familia sufra de problemas de salud mental, se reducen. Lo contrario sucede en aquellas familias disfuncionales.

En un país como el nuestro considerado en vías de desarrollo, la funcionalidad familiar se encuentra en peligro, esta situación debe ser estudiada para poder mejorar las condiciones de salud mental en la adolescencia y así evitar problemas psicológicos permanentes a futuro.

#### **Desde el punto de vista social:**

El desarrollo de este estudio beneficia directamente a los y las adolescentes ya que, al estar en una etapa vulnerable, necesitan nuestra especial atención. Además, también es posible que exista una semejanza en otros grupos etarios por lo que los hallazgos encontrados son de gran importancia.

Las familias también se ven beneficiadas ya que al evidenciar la relación entre los componentes de la funcionalidad familiar y la depresión Se hace necesario implementar mejoras en la atención de los pacientes internados para fortalecer el apoyo y los lazos familiares. Así de esta forma el Hospital de Emergencias Pediátricas brindará una atención más integral a sus pacientes y mejorará su calidad de atención.

#### **Desde el punto de vista institucional:**

Como segundo beneficiario directo se encuentra el Hospital de Emergencias Pediátricas; esta institución representa un centro de referencia para la atención de adolescentes afectados por diversas patologías; de esta manera, al recibir pacientes de todo el país, podremos darle una vista panorámica a la realidad de nuestros adolescentes en relación a su funcionalidad familiar y si presentan o no algún tipo de depresión.

#### **Desde el punto de vista teórico:**

El estudio constituye un aporte a la literatura nacional, ya que, si bien existen numerosos estudios que traten temas acerca de la prevalencia, diagnóstico y tratamiento de la depresión en edad adulta, son pocos los realizados en la población adolescente, así como, no se han evidenciado estudios concluyentes relativos a la funcionalidad familiar en esta etapa de la vida. Además, sus resultados suelen ser variables, debido a la dificultad diagnóstica en esta edad, los criterios diagnósticos empleados o las técnicas de entrevista

utilizadas Esto representa un aliciente para el desarrollo del estudio, el cual servirá de precedente bibliográfico para futuras investigaciones.

### **Desde el punto de vista práctico:**

De poder comprobarse la relación entre las variables de estudio, los datos encontrados se traducirán en herramientas valiosas para propiciar actividades en la comunidad que tengan el objetivo de prevenir la depresión, así como, disminuir la morbilidad por esta enfermedad en la adolescencia y en la promoción de familias saludables y funcionales.

## **5. Alcances y limitaciones**

Como principal limitación del presente estudio -previo a su realización- fue la probable negativa de participar por parte de los padres que no firmaron el consentimiento informado para sus representados internados en el Hospital de Emergencias Pediátricas en el periodo de octubre a diciembre 2017, no obstante, ello supuso una inherente limitación para estudios en los que requieran de la participación directa de personas.

Respecto a la limitación estadística encontrada, se observó que el análisis de correlación resultó no significativo, es decir no se encontró la correlación esperada (y planteada en la hipótesis) entre funcionalidad familiar y depresión en adolescentes. Se concluye que se debería realizar alguna otra prueba estadística que permita encontrar relación u asociación entre estas variables.

## **6. Definición de variables**

- **Funcionamiento familiar:** Estado y proceso que se ajusta continuamente, asociado a diferentes características del sistema familiar: niveles de cohesión, flexibilidad, comunicación, estrés, conflictos, emociones, vínculos, etc. (González, Gimeno y Meléndez, 2012) Operacionalmente es evaluación del conjunto de funciones de la unidad familiar de forma global; esto incluye los procesos de cohesión familiar y adaptabilidad familiar.
- **Depresión:** Trastorno mental común, caracterizado por la presencia de tristeza, sentimientos de culpa o baja autoestima y anhedonia; generalmente acompañado por trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. (OMS, 2017). Operacionalmente es evaluación y valoración de la sintomatología depresiva que incluye síntomas somáticos-vegetativos y síntomas cognitivo-afectivo.

## CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

### 1. Teorías relacionadas con el tema

#### 1.1. Variable independiente

##### **Familia**

Etimológicamente la palabra familia tiene su origen del latín “Fames”, en referencia al grupo de siervos y esclavos que eran patrimonio del jefe o derivado de “Famulus”, siervo o esclavo, pues en un principio, la familia agrupaba al conjunto de esclavos y criados de propiedad de un solo hombre. La Organización de Naciones Unidas (ONU), define a la familia como un grupo de personas del hogar que tienen cierto grado de parentesco por sangre, adopción o matrimonio, limitado por lo general al jefe de familia, su esposa y los hijos solteros que conviven con ellos. Así también, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la define como miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio (Tuárez, 2013).

Según Pérez (2016), la familia es el medio de desarrollo más importante de todos los seres humanos, ya que, en ella se nace, se crece y se desarrollan los principales patrones de conducta, las primeras relaciones sociales y vínculos afectivos; por esta razón, las relaciones interpersonales entre los miembros de una familia tienen un papel muy importante debido a que de alguna manera ayudarán a los adolescentes a fijar actitudes que quedarán relativamente estables durante toda la vida.

##### **Tipos de familia**

Según Virginia Satir, en formas generales existen dos tipos de familias: la nutricia (sana) y la conflictiva (perturbadora). Siendo las familias agrupadas en una escala que va desde muy nutricia a muy conflictiva. (Satir, 2005)

La familia nutricia se caracteriza en que los miembros tienen la libertad de comunicar lo que sienten, pudiendo hablar de cualquier tema. Por ejemplo, en caso el padre se encuentre molesto, el hijo tiene la confianza de manifestarle su percepción al respecto y no teme una respuesta violenta por parte del mismo, más bien el padre la acepta francamente analizando el porqué de su conducta. Así mismo, las familias nutricias pueden planificar, siendo capaces

de adaptarse a los problemas y enfrentándolos con humor. En este tipo de familia es sencillo asimilar que lo más importante en la vida son los mensajes que esta nos da, así como los sentimientos humanos. (Satir, 2005)

Respecto a la familia conflictiva, es característica la falta de muestras amistosas entre los miembros individuales, no existe demostraciones de alegría de ningún tipo dentro de la convivencia. Este tipo de familia parece estar junta solo por obligación, donde apenas existe tolerancia hacia los demás, así alguien desee disminuir la tensión, sus palabras acciones son recibidas con frialdad. El humor es caustico, sarcástico e incluso cruel. Hasta los miembros se sorprenden de que puedan disfrutar de la compañía de los demás. Además, los padres solo se preocupan por lo que su par o sus hijos deben o no hacer. (Satir, 2005)

### **Funcionamiento Familiar**

La definición de funcionamiento familiar ha sido ampliamente estudiada a partir de las últimas décadas por diferentes escuelas, llegando a la conclusión de que se trata de un estado y un proceso que se ajusta continuamente. Además, es bien sabido que juega un papel muy importante en el desarrollo del adolescente, siendo el soporte elemental para su desempeño individual, el cual mide el grado de satisfacción de las funciones básicas del sistema familiar, mediante la cohesión, armonía, rol, permeabilidad, participación y adaptabilidad (Escobar, 2015). Bajo esta definición, Olson diseñó una teoría a finales de los años setenta en donde mostraba lo que consideró como aspectos fundamentales del funcionamiento familiar y son los siguientes:

- **Cohesión familiar**

Se define como el vínculo emocional que los miembros de la familia tienen unos con otros y el grado de autonomía personal que experimentan, valora el grado por el cual los miembros están conectados o separados del resto de la familia. Aquí se mide la vinculación emocional, límites, coalición, tiempo y espacio, amigos, toma de decisiones, intereses y recreación (Ferrer, Miscán, Pino y Pérez, 2013), se pueden describir cuatro niveles de cohesión familiar: desenganchado, conectado, cohesionado y amueganado, en la que el extremo de menor nivel es el desenganchado y el de mayor nivel es el amueganado, los 2 niveles centrales son los más funcionales en el ciclo de vida familiar, ya que equilibran la separación y la unión, por ello las relaciones conectadas y cohesionados con consideradas como los sistemas familiares equilibradas (Esteinou, 2006).

- **Adaptabilidad familiar**

Se define como la habilidad que tiene un sistema familiar para modificar sus estructuras de poder, roles y las reglas de la relación, en respuesta al estrés que se produce ante una situación concreta, determinada por la etapa vital de toda la familia (Ferrer, Miscán, Pino y Pérez, 2013), de igual manera tiene cuatro niveles los cuales son: rígido, estructurado, flexible y caótico, siendo el de menor nivel el rígido y el de mayor nivel el caótico, los cuales pueden funcionar bien en corto plazo, pero con dificultades de adaptación, y los tipo de medio pueden adaptarse mejor en cambios durante el ciclo de vida de la familia (Esteinou, 2006).

- **Comunicación familiar**

La comunicación positiva facilita a las familias el intercambio de sus necesidades y preferencias, y favorece sus modos de funcionar como familia, se basa en la empatía y en la escucha reflexiva. Esta dimensión está inmersa, actuando como facilitadora en las 2 primeras dimensiones (Ferrer, Miscán, Pino y Pérez, 2013), aquí se consideran seis dimensiones: habilidades para escuchar, habilidad para hablar, apertura de uno mismo, claridad, permanecer en el tema, y respeto y consideración, en la que las habilidad para escuchar intervienen la empatía y la retroalimentación, en las habilidades para hablar incluye hablar por uno mismo y hacer afirmaciones con el YO en lugar de hablar con otros, la claridad es el intercambio de mensajes claros, el permanecer en el tema es el intercambio interpersonal, y el respeto y la consideración son las buenas intenciones de los miembros de la familia y la comunicación positiva (Esteinou, 2006).

Tomando estas dimensiones como base, Olson creó el cuestionario FACES III que se constituye de dos partes con 20 ítems cada una puntuadas a través de una escala de Likert. La primera parte está conformada por 20 ítems, orientados a valorar el nivel de cohesión (10 ítems) y adaptabilidad (10 ítems) de la familia de acuerdo a la percepción del sujeto de una forma real. La segunda parte se encuentra compuesta por los mismos 20 ítems de la primera parte, pero desde una visión idealista del sujeto, es decir lo que a éste le gustaría que fuese su familia. Comparando los resultados se obtendrá la diferencia de la percepción real y la ideal, de esta manera se conseguirá el índice de satisfacción que el sujeto tiene con respecto al funcionamiento de su familia. (Escobar, 2015)

## **Teorías de familia**

Sin importar que los miembros tengan o no lazos de consanguinidad, para Torres, Ortega Garrido y Reyes (2008) la familia es un sistema de diversas interrelaciones biopsicosociales entre la persona y la sociedad, que se encuentra conformada por varios individuos que están unidos por vínculos de consanguinidad, matrimonio o adopción.

En el caso de Alberdi (1982) la familia es un conjunto de dos o más individuos que están unidos por matrimonio o por convivencia, en la que ponen recursos económicos en común y consumen diversos bienes juntos. Desde el punto de vista sociológico, Maxler y Mishler (1978), manifestaban que la familia era un grupo primario, es decir, un grupo de convivencia con relaciones de parentesco y con una experiencia de intimidad, para Quintero (2007), la familia es el lugar donde la persona socializará, desarrollará afecto y el lugar donde adquirirá normas, valores, símbolos, etc. (Gallego, 2012).

Desde el punto de vista sistémico la familia tiene una gran importancia por la organización de sus miembros, el papel que tiene cada uno de ellos, la manera de comunicación que tiene, lo que determinara el tipo de relación que tienen en el sistema familiar, lo que posibilitara o no la resolución y/o mantención de problemas psicológicos, este modelo no es una alternativa de intervención terapéutica, ya que da la posibilidad de estudiar a las familias como sistemas abiertos donde se establecerán pautas de funcionalidad o disfuncionalidad de las relaciones que existen dentro de esta sociedad, según esta visión, la familia sería el origen del desarrollo de los problemas psicológicos, por ende el análisis del paciente, de los problemas que este tiene y de su tratamiento no se realizara a nivel individual sino a nivel de la familia (Soria, 2010).

El principal representante de este modelo estructural fue Salvador Minuchin (1982), quien definió a la familia como un sistema que se transforma según la influencia de elementos externos que pueden modificar su dinámica interna, además que es un conjunto invisible de diversas demandas funcionales que organizan la interacción de los miembros de la familia, y las diversas relaciones de los miembros están condicionadas a reglas de comportamiento (Gallego, 2012).

Para Fishman (1995), la familia es la fuente de las relaciones que son más duraderas y es el primer sustento social de la persona, con diversas pautas de relación que las mantendrá

a lo largo de su vida, convirtiéndola en el lugar de mayores recursos para la producción de diversos cambios (Montalvo, Espinosa y Pérez, 2013).

En base a sus teorías Minuchin y Fishman en 1993 manifiestan que la familia es un contexto natural para el crecimiento de la persona y para que reciba auxilio, además de ser un sistema vivo donde se puede intercambiar información interna y externa donde los cambios internos y externos son seguidas por una respuesta que da al sistema su estado de constancia, pero en caso de que estos cambios sean más amplios la familia puede tener una crisis donde los resultados se diferentes al funcionamiento normal y que no seas capaz de superar las alteraciones y exigencias del medio (Montalvo, et al, 2013).

Minuchin (1984), citado por Puello, Silva y Silva (2014), reconoce diversas etapas en el desarrollo de la familia: a) formación, b) familia con hijos pequeños, c) familia con hijos escolares y adolescentes y d) familia con hijos mayores. Dichas etapas son de importancia no solo para los integrantes de la familia sino para todo el conjunto, porque pone a los integrantes ante diversas tareas lo cual implica la adquisición de nuevos roles de competencias y habilidades, en la cual van a incrementar, renovar sus interacciones y vínculos para desarrollar el funcionamiento familiar.

- a) Formación de la pareja: es la primera etapa, en esta se generan y elaboran puntos de interacción, los cuales servirán para la estructura conyugal, en la que se realizaran negociaciones y se establecerán límites, las cuales ayudaran en la relación de la nueva unidad familiar, para continuar con esta etapa se debe de llevar el siguiente proceso: i) separación de la familia de origen, ii) establecimiento de reglas para la convivencia y iii) consolidación de la pareja como sistema autónoma (Pillcorema, 2013).
- b) Familia con hijos pequeños: esta etapa se inicia con el nacimiento del primogénito, aquí se crean nuevas límites parentales, madre-hijo y padre-hijo, considerando que es de importancia el reorganizar los límites conyugales dando nuevas tareas para la creaciones de nuevas reglas de convivencia dentro del funcionamiento familiar, existen nuevas responsabilidades sobre todo para la mujer, ya que debe de realizar la división correcta de su tiempo y de su lealtad, ya que en estos casos el padre puede sentirse alejado o excluido de la relación madre-hijo y volverse periférico (Pillcorema, 2013).

- c) Familia con hijos en edad escolar o adolescentes: en el momento que los hijos inician su vida educativa, la familia sufre de cambios drásticos, ya que debe de mantener las buenas relaciones con este nuevo sistema externo, es decir, las amistades de los hijos, ya que se deben de considerar como propios aunque los padres los consideren como intrusos, en este momento los padres deben de establecer nuevas reglas, ya que el menor al relacionarse se enteran de diversas reglas de diversas familias y es cuando empieza a juzgar las propias, así la familia es cuando tendrá que negociar y empezar a modificar reglas, de esta manera los hijos y padres cambian y crecen (Pillcorema, 2013).
  
- d) Familia con hijos adultos: esta etapa se inicia con la partida del último hijo, en la cual estos forman sus propios compromisos y su propio estilo de vida, con el único o terminación de una carrera, un nuevo círculo de amigos y hasta la unión con un cónyuge (Pillcorema, 2013).

Jay Haley citada por Eguiluz (2004), analiza a la familia como una organización social, el cual debe de ser vista según jerarquías, en la que se realizan reglas sobre el que tiene más poder y estatus, y sobre los que se encuentran en los niveles secundarios, en base a ello es que enumera los siguientes estadios, como etapas críticas de transición en la familia: a) noviazgo, b) matrimonio y sus consecuencias, c) nacimiento de los hijos y la relación con ellos cuando son jóvenes, d) dificultades del matrimonio en la mitad de su vida, e) la independencia de los hijos y su marcha del hogar familiar y e) jubilación y la vejez (Dallo, 1996).

Para Mara Silvini, la familia es un sistema que se gobierna a sí mismo, que autocorrije las reglas que ha constituido conforme a pasado el tiempo por ensayo y por error, en relación a cada uno de sus miembros con los demás, teniendo en cuenta que toda conducta verbal y no verbal es una comunicación que afecta a los demás provocando una respuesta, siendo esta una conducta de comunicación (Eguiluz, 2004). Para Virginia Satir, la familia es un microcosmos el cual representa el mundo donde se vive, por ello es la representación propia del como habitamos el mundo cuyo origen es de lo que aprendemos dentro de ella, además de ser un espacio psicológico y físico donde se detallan y experimentan diversas situaciones como: roles de poder, experiencias de intimidación, confianza, autonomía, libertad, habilidades de comunicación y resolución de conflictos (Giorgana, 2016).



## **Familias disfuncionales**

En los últimos años, el porcentaje de familias disfuncionales ha ido en aumento alrededor del mundo, y de manera particular en los países en vías de desarrollo y subdesarrollados. Las causas más importantes de este fenómeno son atribuidas a la crisis económica y el creciente desempleo, lo que conlleva a que los progenitores tengan que laborar más horas de lo establecido y abandonen sus funciones dentro del hogar. En este contexto, podemos decir que una familia es disfuncional cuando se encuentran olvidadas las responsabilidades tales como las de cuidado, afecto, socialización y reproducción. Dentro de un proceso de disfunción familiar, el subsistema que se ve más afectado es la cohesión en sus esferas emocional y psíquica, que se acentúan especialmente cuando los afectados se encuentran en la etapa de la pubertad o adolescencia. (Tuárez K., 2013)

### **1.2. Variable dependiente**

## **Depresión**

Según la Organización Mundial de la Salud la depresión se define como un trastorno mental bastante común, caracterizado por la presencia de tristeza, sentimientos de culpa o baja autoestima y anhedonia; generalmente acompañado por trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (OMS, 2017), también se puede definir como un trastorno del estado de ánimo y del humor, el cual se puede manifestar, en base a diversos síntomas como cambios bruscos de humor, irritabilidad, falta de entusiasmo y sensación de congoja o angustia, además puede haber una pérdida de interés hacia actividades queridas, o cambios en el pensamiento y en la evaluación autocrítica (Ministerio de Salud de Chile, 2013).

Un trastorno depresivo no es igual que hablar de un estado pasajero de tristeza puesto que no es una condición de la que uno se pueda liberar por voluntad; además, puede iniciarse a cualquier edad (García, 2015). Cuando un individuo pasa por un trastorno depresivo, este, interfiere en su vida cotidiana, en su desempeño normal, y puede causar dolor y preocupación para el mismo como para sus familiares, la depresión es una enfermedad que en la actualidad es común, pero de gravedad y en su mayoría quienes la padecen, necesitan de ayuda para poder mejorar (Instituto nacional de la Salud Mental, 2009).

Para Johnson, Weissman y Klerman (1992), citados por Vázquez, Muñoz y Becoña (2000), manifestaron que la depresión no solo originaba sufrimiento a nivel personal y familiar, sino que también tenía repercusiones sociales, para Friedman y Thase (1995) citados por Vázquez, Muñoz y Becoña (2000), manifestaron que la depresión no siempre era el principal problema, sino que esta se detectaba en diversos trastornos psicológicos como el caso de la ansiedad, esquizofrenia, paranoia, etc., y que era de suma importancia la correcta identificación de la depresión y para Ormel et al (1994) citados en Vázquez, Muñoz y Becoña (2000), manifestaron que la depresión era un trastorno común y en la atención primaria, por ello se asocia con una discapacidad funcional significativa.

### **Etiología**

La palabra depresión tiene su origen en el término latino *depressio*, que a su vez procede de la palabra *depressus* (“abatido” p “derribado”).

De acuerdo con Quiñonez (2015), las causas de la depresión son:

- Anomalías en los neurotransmisores Las causas primordiales de la depresión están ligadas a las anormalidades en la liberación de algunos neurotransmisores claves como, por ejemplo, Serotonina, Acetilcolina, Catecolaminas.
- Anomalías hormonales: Las hormonas tales como, estrógenos y progesterona, jueguen un papel en la depresión.
- Estrategia Adaptativa: Los niveles anormales de ciertas hormonas de estrés y del crecimiento también tienen un papel en la depresión.

### **Síntomas**

La depresión pone en manifiesto diversos síntomas que son negativos para la persona que la padece, interfiriendo en sus relaciones sociales y familiares, siendo recurrentes y crónicas, algunos de estos síntomas son sentimientos de culpa, incapacidad, irritabilidad, pesimismo, ideas de muerte o suicidio, pérdida de confianza en uno mismo o en los demás, poco concentración, intranquilidad, trastornos de sueño y disminución de apetito (Quiñonez, 2015), otros síntomas pueden ser persistencia de tristeza, ansiedad o vacío, desesperanza, culpabilidad, inutilidad, impotencia, pérdida de interés en las actividades o pasatiempos que disfrutaba, fatiga, falta de energía, dificultad para tomar decisiones, perder apetito, dolores y malestares persistentes, dolores de cabeza, cólicos, problemas digestivos, pérdida de interés

en las relaciones sexuales (Instituto nacional de la Salud Mental, 2009), ganas de llorar sin motivo aparente, palpitaciones o presión en el pecho (Gobierno de España, 2014),

### **Criterios diagnósticos**

- **Criterios Diagnósticos Generales según CIE-10**

El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas, además, no es atribuible al abuso de sustancias psicoactivas o a un trastorno mental orgánico. Así mismo pueden presentar síntomas somáticos.

- **Criterios Diagnósticos según DSM-IV-TR**

Presentar cinco (o más) de los síntomas durante el mismo período de 2 semanas y representan un cambio respecto del desempeño previo; generalmente, uno de los síntomas es estado de ánimo depresivo o anhedonia. Los síntomas no se relacionan con los efectos fisiológicos directos de una sustancia, ni a una enfermedad médica general.

### **Tipos de depresión**

La clasificación de la depresión para los sistemas CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) y DSM IV-TE (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales), está determinada por el número, el tipo y la intensidad de los síntomas, así como está basado también en el deterioro funcional.

- **Leve:** Únicamente tiene los síntomas necesarios para cumplir los criterios diagnósticos, la intensidad de los síntomas provoca malestar, pero es manejable y los síntomas provocan poco deterioro en el funcionamiento social o laboral.
- **Moderado:** El número de síntomas, la intensidad de los síntomas y/o el deterioro funcional están entre los especificados para "leve" y "grave."
- **Grave:** El número de síntomas son marcadamente superiores a los necesarios para hacer el diagnóstico, la intensidad de los síntomas origina gran malestar y no es tolerable, y los síntomas entorpecen evidentemente en el funcionamiento social y laboral.

## **Depresión en adolescentes**

La depresión en adolescentes es una problemática de múltiples causas y capaz de predecir otros problemas sociales y otros trastornos, tales como ansiedad, comportamiento perturbador, trastornos alimenticios, o abuso de sustancias. Por ello, es considerada un problema de salud pública. (Navarro, Moscoso y Calderón, 2017). Según Gonzales, De la Cruz y Martínez (2012), la adolescencia es una etapa de la vida que es considerada de riesgo para sufrir trastornos mentales como la depresión, las manifestaciones variarán en relación con el sexo, el sistema de valores, el ajuste emocional y nivel educativo; estas podrán ser fácilmente confundidas con cambios de humor, agresividad, desinterés y el agotamiento que son propios de esta etapa. Esta confusión genera dificultades para el diagnóstico a pesar del uso de técnicas que ya son conocidas.

La depresión en adolescentes puede manifestarse de diversas maneras, por ejemplo, se quejará de una falta de sentimientos y de una sensación de vacío, lo que no significa que este carezca de sentimientos, sino que no puede manejar o expresar los que ahora tiene. Además, se puede basar en las antiguas y repetidas experiencias de derrota o fracaso y se podría acentuar ante la pérdida de una relación querida, padres o la de algún amigo (Fernández, 2015). Asimismo, Quiñones (2017) nos habla de depresión que puede estar enmascarada por preocupaciones corporales, problemas de comportamiento, inhibición intelectual y temor al compromiso en las relaciones afectivas.

Soriano-Fuentes y col. (2003) citados en Vargas (2014), encontraron en su estudio que el trastorno mental más frecuente era la depresión, y que las mujeres eran las más afectadas por los diversos cuadros depresivos, Montalbán Sánchez (1998) citado en Vargas (2014), encontró que existía una relación entre el tamaño de la familia y con la presencia de ansiedad entre sus miembros, mientras que Pérez Milena y col. (2007), citados en Vargas (2014), encontraron que la estructura familiar no tenían influencia en los síntomas psicológicos en los adolescentes que estudiaron. Se puede tener en consideración que el funcionamiento familiar tiene más relación con la aparición de ansiedad y depresión en los miembros de una familia que la estructura familiar, ya que si el funcionamiento familiar es alterada o si existe un miembros con algunos de los padecimientos mencionados, se necesita que el sistema familiar sea asistido para poder afrontar los requerimientos individuales, grupales y sociales (Vargas, 2014), como Hinostroza-Gastelu y col. (2011), citados en Vargas (2014), encontraron que existía una relación entre la dinámica familiar y las

manifestaciones de síntomas de depresión en los adolescentes estudiados, siendo los síntomas más relevantes el pesimismo, aislamiento social y reducción de apetito.

El Ministerio de Salud peruano ha tomado medidas respecto a la depresión y su tratamiento, incorporándola en los lineamientos para la acción en salud mental, en el plan nacional de salud mental y en las guías de práctica clínica en salud mental y psiquiatría. Es así que, desde la perspectiva de la salud mental, se ha identificado que es mayormente en el transcurso de la adolescencia cuando se inicia el desarrollo de la sintomatología depresiva. Debido a ello, las personas que se encuentran en este periodo se convierten en uno de los sectores poblacionales con mayor propensión y vulnerabilidad a experimentar esta enfermedad mental, a pesar de que la depresión es un trastorno mental tratable, la mayoría de adolescentes que la experimentan no solicitan ni reciben el tratamiento requerido (Navarro, Moscoso y Calderón, 2017). Finalmente, en este contexto, se puede definir a la depresión en la adolescencia como aquel trastorno que se caracterizan por su impacto en el estado de ánimo y el afecto de las personas, ligados con cambios o problemas en otras esferas de la vida, como apetito, fatiga, sueño, ~ dificultades cognitivas, culpa excesiva e ideación suicida, entre otras (González, Hermosillo, Vacio, Peralta y Wagner, 2015).

### **Causas de la depresión en adolescentes**

La depresión tiene diversas causas y es el resultado de diversos factores, los cuales pueden ser neuroquímicos, genéticos, ambientales, los cuales varían entre los adolescentes, en diversos estudios han encontrado anomalía en los sistemas de neurotransmisión, como la serotonina, norepinefrina, corticotropina y cortisol, en la que los trastornos depresivos se han presentado en la deficiencia en la síntesis de serotonina, o por la desregulación en la síntesis de noradrenalina, en el caso del cortisol, los trastornos de ansiedad y depresivos se daban por una hipocortisolemia (Acosta et al., 2011), Frodl (2010) citado en Acosta et al. (2011), descubrieron que las personas, en este caso los adolescentes, que tenían factores de riesgo genético y ambientales eran susceptibles a cambios en el hipocampo que están relacionados con el estrés, de igual manera encontró relación en el desarrollo de diversos trastornos de ansiedad y del estrés posttraumático, los cuales pueden ser factores predisponentes para desarrollar la depresión.

## **2. Marco conceptual**

- **Adolescencia:** Periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce entre la niñez y la edad adulta, comprendida entre los 10 y 19 años. (OMS, 2017)
- **Familia:** Estructura social que se construye a partir de un proceso que genera vínculos de consanguinidad o afinidad entre sus miembros. (Arévalo, 2014)
- **Cohesión familiar:** se ha definido como el vínculo de tipo emocional que tienen entre sí los miembros de una familia; es el grado de conexión o separación entre los integrantes de la familia. (Ferrer et al, 2013)
- **Adaptabilidad familiar:** es la capacidad de modificación de estructuras de poder, roles y las reglas de la relación que presenta una familia frente a situaciones de estrés. (Ferrer et al, 2013)
- **Comunicación familiar:** se refiere al intercambio de información entre personas, siempre que exista un conjunto de conocimientos y reglas que hacen posible la comunicación. Dentro del ambiente familiar implica construir las relaciones padres/hijos en forma positiva. (Alfonso, Valladares, Rodríguez, y Selín, 2017)

## **3. Hipótesis**

### **3.1. General**

Existe relación entre funcionamiento familiar y depresión en adolescentes internados en el Hospital de Emergencias Pediátricas, octubre – diciembre 2017.

### **3.2. Hipótesis específicas**

- Existe relación entre cohesión familiar y depresión en adolescentes internados en el Hospital de Emergencias Pediátricas, octubre – diciembre 2017.
- Existe relación entre adaptabilidad familiar y depresión en adolescentes internados en el Hospital de Emergencias Pediátricas, octubre – diciembre 2017.

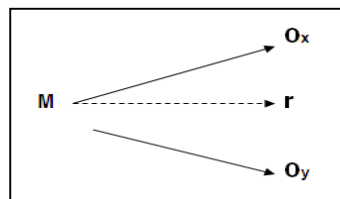
## CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

### 1. Tipo

De acuerdo con lo propuesto por Bunge (2000), la presente investigación fue de tipo aplicada; debido a que su finalidad fue la producción de conocimiento útil para la resolución de problemas encontrados en la realidad de estudio.

### 2. Nivel de la investigación

Se acuerdo a lo señalado por Hernández et al (2014) el nivel de investigación del presente estudio fue correlacional; debido a que en este tipo de estudio básicamente se evaluaron dos o más variables, estableciendo su grado de asociación, pero sin pretender dar una explicación completa (de causa y efecto) al fenómeno investigado, sólo investigó grados de correlación (en este caso particular funcionamiento familiar y depresión) en una muestra delimitada. Se presenta la estructura del diseño correlacional:



Dónde:

- M = Adolescentes internados en el Hospital de Emergencias Pediátricas.  
O<sub>X</sub> = Funcionamiento familiar  
O<sub>Y</sub> = Depresión  
r = Correlación (Hernández et al, 2014)

### 3. Diseño de investigación

El presente estudio tuvo un diseño no experimental de corte transversal:

- Diseño no experimental; ya que la investigadora no manipulo o transformó intencionalmente las variables (funcionamiento familiar y depresión). En este contexto, la investigadora únicamente se limitó a observar los hechos, los cuales fueron analizarlos posteriormente mediante pruebas estadísticas (Hernández et al, 2014).
- Diseño transversal, el estudio presenta este diseño ya que los datos fueron recolectados en un momento único, esto quiere decir que las variables fueron descritas y analizadas

en un momento específico, el cual fue establecido por la investigadora (Hernández et al, 2014).

#### **4. Estrategias de pruebas de hipótesis**

Para determinar la relación entre funcionamiento familiar y depresión en adolescentes internados en el Hospital de Emergencias Pediátricas se utilizó la prueba de correlación de Spearman.

#### **Prueba de correlación de Spearman**

##### **Planteamiento de hipótesis:**

Ho: No Existe relación entre funcionamiento familiar y depresión en adolescentes internados en el Hospital de Emergencias Pediátricas, octubre – diciembre 2017.

Hi: Existe relación entre funcionamiento familiar y depresión en adolescentes internados en el Hospital de Emergencias Pediátricas, octubre – diciembre 2017.

##### **Nivel de significancia:**

Máximo grado de error que estamos dispuestos aceptar de haber rechazado la hipótesis nula (Ho).

La significancia o el error tipo I será el valor convencional del 5% ( $\alpha=0,05$ ).

##### **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  $\alpha < p$ -valor, se rechaza Ho.



## **5. Variables**

### Definición operacional

- **Funcionamiento familiar:** Evaluación del conjunto de funciones de la unidad familiar de forma global; esto incluye los procesos de cohesión familiar y adaptabilidad familiar.
- **Depresión:** evaluación y valoración de la sintomatología depresiva que incluye síntomas somáticos-vegetativos y síntomas cognitivo-afectivo.

## **6. Población**

Según información del Hospital de Emergencias Pediátricas, aproximadamente 30 adolescentes al mes fueron internados, para el periodo de recolección de 3 meses, el tamaño alcanzó un total de 90 adolescentes. Por lo tanto, la población objeto de estudio estuvo conformada por: 90 Adolescentes internados en el Hospital de Emergencias Pediátricas en el periodo de octubre a diciembre 2017.

## **7. Muestra**

La muestra estuvo conformada por la totalidad de los adolescentes internados en el periodo establecido; sin embargo, se excluyeron del estudio aquellos que no cumplieron con los criterios de inclusión y cuestionario o inventario incompleto o mal llenado. El total de la muestra fue de 81 adolescentes entre 13 a 19 años, internados en el Hospital de Emergencias Pediátricas durante el periodo de octubre a diciembre 2017.

### **Tipo de muestreo:**

Se utilizó el tipo de muestreo no probabilístico, la técnica de muestreo fue el muestreo por conveniencia.

### **Tamaño de la muestra:**

81 adolescentes entre 13 a 19 años, internados en el Hospital de Emergencias Pediátricas durante el periodo de octubre a diciembre 2017.

**Criterios de inclusión:**

- Adolescentes con edades comprendidas entre 13 a 19 años de edad (según la OMS y UNICEF y los criterios del cuestionario)
- Adolescentes de sexo femenino o masculino escogidos al azar y que se encuentran internados en el Hospital de Emergencias Pediátricas.
- Adolescentes cuyos padres hayan firmado el consentimiento informado

**Criterios de exclusión:**

- Niños de 0 años a 12 años y 11 meses, por no contar con la capacidad individual para desarrollar un cuestionario o inventario y a los adolescentes ausentes (entraron a Sala operaciones o salieron una Interconsulta otro Hospital) al momento de la recolección de datos.
- Cuestionario de funcionalidad familiar e inventario de depresión de Beck incompleto o mal llenado.
- Pacientes diagnosticados con enfermedades o déficits mentales

**8. Técnicas de investigación**

La técnica de recolección de datos fue la encuesta, ya que el objetivo fue registrar la reacción o la respuesta de un grupo de individuos, en este caso adolescentes internados en el Hospital de Emergencias Pediátricas. Asimismo, se emplearon el cuestionario de funcionalidad familiar y el inventario de depresión de Beck, los cuales fueron auto administrados:

**Cuestionario FACES III**

Este instrumento constó de 20 ítems que evaluaron las dimensiones cohesión (10 ítems) y adaptabilidad (10 ítems) de la funcionalidad familiar. Las preguntas tenían escala de medida Likert de 5 categorías, donde: Nunca=1, Casi nunca=2, Algunas veces=3, Casi siempre=4 y Siempre=5 de manera que la puntuación mínima y máxima para cohesión y la adaptabilidad fue de 10 y 50 puntos, respectivamente.

La cohesión familiar fue evaluada por un total de 10 ítems, ellos son: ítem 1, 4, 5, 8, 10, 11, 13, 15, 17 y 19. La suma de puntajes de los ítems permitirá categorizar la cohesión como se muestra en la tabla 1:

**Tabla 1.** Puntuaciones para la dimensión cohesión familiar

<b>Categorías</b>	<b>Puntajes</b>
No relacionada:	10 – 34 puntos
Semirrelacionada:	35 – 40 puntos
Relacionada:	41 – 45 puntos
Aglutinada:	46 – 50 puntos

La adaptabilidad familiar fue evaluada por un total de 10 ítems, ellos son: ítem 2, 3, 6, 7, 9, 12, 14, 16, 18 y 20. La suma de puntajes de los ítems permitirá categorizar la adaptabilidad como se muestra en la tabla 2:

**Tabla 2.** Puntuaciones para la dimensión adaptabilidad familiar

<b>Categorías</b>	<b>Puntajes</b>
Rígida:	10 - 19 puntos
Estructurada:	20 - 24 puntos
Flexible:	25 – 28 puntos
Caótica:	29 – 50 puntos

Asimismo, la categorización global de la funcionalidad familiar se realizó a partir de la combinación categórica de adaptabilidad y cohesión familiar de acuerdo al modelo teórico establecido por Olson (2000). Las categorías finales de la funcionalidad familiar (balanceada, rango medio y extrema) se obtuvieron empleando el siguiente diagrama:

**Diagrama.** Matriz para la categorización de la funcionalidad familiar

<b>FUNCIONALIDAD FAMILIAR</b>		<b>COHESIÓN FAMILIAR</b>			
		<b>Disgregada</b>	<b>Semi-relacionada</b>	<b>Relacionada</b>	<b>Aglutinada</b>
<b>ADAPTABILIDAD FAMILIAR</b>	<b>Caótica</b>	Caóticamente disgregada	Caóticamente semi-relacionada	Caóticamente relacionada	Caóticamente aglutinada
	<b>Flexible</b>	Flexiblemente disgregada	Flexiblemente semi-relacionada	Flexiblemente relacionada	Flexiblemente aglutinada
	<b>Estructurada</b>	Estructuradamente disgregada	Estructuradamente semi-relacionada	Estructuradamente relacionada	Estructuradamente aglutinada
	<b>Rígida</b>	Rígidamente disgregada	Rígidamente semi-relacionada	Rígidamente relacionada	Rígidamente aglutinada

El nivel de funcionalidad familiar global se obtuvo de la siguiente manera: aquellas que se situaron en los cuadrantes de color verde fueron catalogadas como familias “balanceadas”, aquellas que correspondieron a los cuadrantes de color amarillo se catalogaron como familias “rango medio” y aquellas que se situaron en los cuadrantes de color rojo fueron las familias “extremas” (Gutiérrez, Camacho y Martínez, 2007).

### **Inventario de depresión de Beck (BDI) modificado**

El instrumento original contiene 21 ítems; sin embargo, para el presente estudio en adolescentes, se retiró aquel que no contribuirá de manera significativa en los resultados. Por lo tanto, el instrumento constó de 20 ítems que evaluaron las dimensiones Síntomas cognitivos-afectivos (16 ítems) y Síntomas somáticos-vegetativos (4 ítems) de la depresión. Las preguntas tenían una valoración que fue desde los 0 puntos a 3 puntos, de manera que la puntuación mínima y máxima fue de 0 y 60 puntos, respectivamente.

Los síntomas cognitivos-afectivos lo conforman los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, y 17; Los síntomas somáticos-vegetativos lo conforman los ítems 16, 18, 19, 20. De acuerdo a Ramírez et al. (2012) la suma de puntajes de los ítems permitirá categorizar la depresión como se muestra en la tabla 3:

**Tabla 3.** Puntuaciones para la depresión

<b>Categorías</b>	<b>Puntajes</b>
No depresión:	0 – 9 puntos
Depresión leve:	10 – 18 puntos
Depresión moderada:	19 – 29 puntos
Depresión grave:	De 30 a más puntos

### **Validez y confiabilidad de los instrumentos**

#### **Cuestionario FACES III**

Es importante mencionar que, en el contexto nacional, investigadores como Bazo et al (2016) evaluaron las propiedades psicométricas del FACES-III en una población de estudiantes adolescentes peruanos y concluyeron que este instrumento tiene confiabilidad y validez suficientes como para ser utilizado en población adolescente peruana con fines de evaluación grupal o individual.

## **Inventario de depresión de Beck (BDI) modificado**

En el contexto internacional, diversos autores han evaluado la validez y confiabilidad de este instrumento, entre ellos et al. (Beltrán 2012) lo realizaron en una población de adolescentes mexicanos, encontrando que el BDI y sus dos dimensiones se correlacionaron de manera significativa con la Escala Cognitivo-Conductual de Evitación (CABS), la Escala de Respuesta de Rumia (ERR) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) con índices de correlación que oscilaron entre 0.22 y 0.60. Además, dichos autores hallaron una consistencia interna con  $\alpha$  de Cronbach=0.92 de manera global y de 0.91 y 0.68 para las dimensiones cognitivo-afectivo somático, respectivamente. Por otro lado, Vega et al. (2014) utilizó el instrumento en pacientes peruanos hospitalizados en medicina general, entre sus resultados hallaron un coeficiente alfa de Cronbach de 0.889; demostrando una vez más su adecuada consistencia interna.

Sin embargo, en el presente estudio también se evaluó la validez y confiabilidad del instrumento para su aplicación en la población adolescente objeto de estudio, debido a aquella modificación mencionada en la descripción del instrumento. Por lo que se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach mayores a 0.90 en ambos cuestionarios, demostrado una vez más su fiabilidad. Además, se realizó juicio de expertos por tres especialistas y se encontró un grado de concordancia general del 95.2% (Anexo 4).

## **Procesamiento y análisis de datos**

Terminada la recolección de datos, se creó una base de datos en el paquete estadístico SPSS v.23, luego esta pasó por un proceso de depuración y consistenciación, posteriormente se codificaron las variables en función a su operacionalización.

El análisis descriptivo de las variables cualitativas fue realizado mediante el cálculo de frecuencias absolutas (n) y relativas (%), y de las variables cuantitativas serán mediante la estimación de las medidas de tendencia central (promedio) y medidas de dispersión (desviación estándar).

En el análisis bivariado, se verificaron relación entre funcionamiento familiar y depresión en adolescentes mediante la prueba de correlación de Spearman. Para dicha prueba

se utilizó un nivel de significancia del 5%, donde se consideró como significativo un valor  $p < 0,05$ . Esto significó la existencia de relación entre las variables. El grado de correlación se determinó de acuerdo a la siguiente tabla:

**Tabla N<sup>a</sup> 4. Grado de correlación de Spearman.**

Rango de r	Significado
0 - 0.25	Escasa o nula
0.25 - 0.50	Débil
0.51 - 0.75	Entre moderada y fuerte
0.76 - 1.00	Entre fuerte y perfecta

Fuente: Cabrera, E. (2009) El coeficiente de correlación de los rangos de Spearman Caracterización. Rev haban cienc méd La Habana.

Los resultados fueron presentados en tablas de frecuencia y/o tablas de contingencia, asimismo se elaboraron gráficos estadísticos (diagrama de barras o circular), los cuales serán construidos en la herramienta Microsoft Excel 2013.

## **Contrastación de hipótesis**

### **Prueba de Hipótesis General**

#### **1. Planteamiento de hipótesis**

**Ho:** No Existe relación entre funcionamiento familiar y depresión en adolescentes internados en el Hospital de Emergencias Pediátricas, octubre a diciembre 2017.

**Hi:** Existe relación entre funcionamiento familiar y depresión en adolescentes internados en el Hospital de Emergencias Pediátricas, octubre a diciembre 2017.

#### **2. Nivel de significancia**

Máximo grado de error que estamos dispuestos aceptar de haber rechazado la hipótesis nula (Ho). La significancia será el valor convencional de 5% ( $\alpha=0.05$ ).

#### **3. Estadístico de prueba**

La prueba estadística para relacionar variables en este estudio fue la prueba de correlación de Spearman.

#### 4. Lectura del error

El cálculo del error se realizó mediante software estadístico SPSS, resultando un valor  $p=0.405$  el cual es superior a la significancia planteada.

**Tabla N° 5. Prueba de correlación de Spearman entre funcionamiento familiar y depresión en adolescentes**

Coeficiente de correlación		Depresión
Funcionalidad Familiar	r de Spearman	0.683
	p-valor	<0.001
	N	81

Fuente: Elaboración Propia

#### 5. Toma de decisión

En la Tabla N° 5, debido que el valor  $p < 0.05$ , se rechaza la hipótesis nula ( $H_0$ ) y se acepta la del investigador ( $H_1$ ). Es decir, con un máximo error del 5%, podemos afirmar que la Funcionalidad Familiar se relaciona significativamente con la depresión en adolescentes internados en el Hospital de Emergencias Pediátricas, octubre a diciembre 2017.

#### Prueba de Hipótesis Específica 1:

##### 1. Planteamiento de hipótesis

**$H_0$ :** No Existe relación entre cohesión familiar y depresión en adolescentes internados en el Hospital de Emergencias Pediátricas, octubre a diciembre 2017.

**$H_1$ :** Existe relación entre cohesión familiar y depresión en adolescentes internados en el Hospital de Emergencias Pediátricas, octubre a diciembre 2017.

##### 2. Nivel de significancia

Máximo grado de error que estamos dispuestos aceptar de haber rechazado la hipótesis nula ( $H_0$ ). La significancia será el valor convencional del 5% ( $\alpha=0.05$ ).

### 3. Estadístico de prueba

La prueba estadística para relacionar variables en este estudio fue la prueba de correlación de Spearman.

### 4. Lectura del error

El cálculo del error se realizó mediante software estadístico SPSS, resultando un valor  $p=0.001$  el cual es inferior a la significancia planteada.

**Tabla N<sup>a</sup> 6. Prueba de correlación de Spearman entre Cohesión Familiar y depresión en adolescentes**

Coeficiente de correlación		Depresión
	r de Spearman	0.709
<b>Cohesión Familiar</b>	p-valor	<0.001
	N	81

Fuente: Elaboración Propia

### 5. Toma de decisión

En la Tabla N<sup>o</sup> 6, debido que el valor  $p < 0.05$ , se rechaza la hipótesis nula ( $H_0$ ) y se acepta la del investigador ( $H_i$ ). Es decir, con un máximo error del 5%, podemos afirmar que la cohesión familiar se relaciona significativamente con la depresión en adolescentes internados en el Hospital de Emergencias Pediátricas, octubre a diciembre 2017.

#### **Prueba de Hipótesis Específica 2:**

##### 1. Planteamiento de hipótesis

**H<sub>0</sub>:** No Existe relación entre adaptabilidad familiar y depresión en adolescentes internados en el Hospital de Emergencias Pediátricas, octubre a diciembre 2017.

**H<sub>i</sub>:** Existe relación entre adaptabilidad familiar y depresión en adolescentes internados en el Hospital de Emergencias Pediátricas, octubre a diciembre 2017.

##### 2. Nivel de significancia

Máximo grado de error que estamos dispuestos aceptar de haber rechazado la hipótesis nula ( $H_0$ ). La significancia será el valor convencional del 5% ( $\alpha=0.05$ ).



### 3. Estadístico de prueba

La prueba estadística para relacionar variables en este estudio fue la prueba de correlación de Spearman.

### 4. Lectura del error

El cálculo del error se realizó mediante software estadístico SPSS, resultando un valor  $p=0.42$  inferior a la significancia planteada.

**Tabla N° 7. Prueba de correlación de Spearman entre Adaptabilidad Familiar y depresión en adolescentes**

Coeficiente de correlación		Depresión
Adaptabilidad Familiar	r de Spearman	0.226
	p-valor	0.42
	N	81

Fuente: Elaboración Propia

### 5. Toma de decisión

En la Tabla N° 7, debido que el valor  $p<0.05$ , se rechaza la hipótesis nula ( $H_0$ ) y se acepta la del investigador ( $H_1$ ). Es decir, con un máximo error del 5%, podemos afirmar que la adaptabilidad familiar no se relaciona significativamente con la depresión en adolescentes internados en el Hospital de Emergencias Pediátricas, octubre a diciembre 2017.

### CONFIABILIDAD: COEFICIENTE ALFA DE CRON BACH

El Coeficiente de alfa de Cron Bach sirve para medir la fiabilidad de una escala de medida. Este coeficiente puede tener valores de 0 a 1, cuando el valor esté más cercano a 1, mayor es la consistencia interna de los ítems analizados.

Coeficiente de Alfa de Cron Bach	Fiabilidad
>0.9	Excelente
>0.8	Bueno
>0.7	Aceptable
>0.6	Cuestionable
>0.5	Pobre
<0.5	Inaceptable

Para el cálculo del coeficiente de confiabilidad Alfa-Cron Bach se utiliza el siguiente procedimiento:

$$\alpha' Cronbach = \frac{k}{(k-1)} \left( 1 - \frac{\sum_{j=1}^k s_j^2}{S_T^2} \right)$$

Donde K = El número de ítems.

Luego, para el cálculo de la varianza por cada ítem se utiliza la siguiente fórmula:

$$s_j^2 = \frac{1}{(n-1)} \sum_{i=1}^n (x_i - \bar{X})^2$$

Posteriormente se calcula  $S_T$  que es la Varianza del total de puntaje (la misma fórmula, pero para el total de puntaje de cada individuo)

Por cada columna se calcula las varianzas, es decir para las 20 preguntas y también para el total de puntajes de las unidades muestrales. Se suman las 20 varianzas de las 20 preguntas (en el cuadro esta como  $\sum$ varianza), este valor se reemplaza en la formula

**Regla de decisión:** Cuando el valor de  $\alpha$ -Cron Bach  $> 0.70$  se considera que el instrumento es confiable para su aplicación.

## CAPÍTULO IV. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

A continuación, se presenta los resultados de 81 adolescentes internados en el Hospital de Emergencias Pediátricas en el periodo de octubre a diciembre del año 2017.

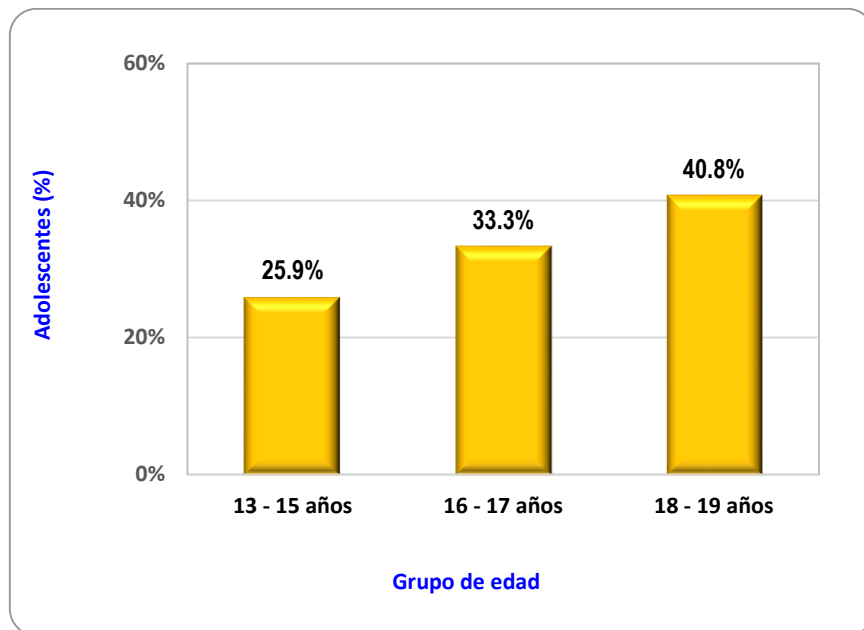
**Tabla N<sup>a</sup> 8. Características generales de los adolescentes internados en el Hospital de Emergencias Pediátricas en el periodo octubre – diciembre 2017**

Rango de Edades	$\bar{x} \pm DS$ (Mín. - Máx.)	
	$16.7 \pm 1.9$ (13 - 19)	
	N	%
13 - 15 años	21	25.9
16 - 17 años	27	33.3
18 - 19 años	33	40.8
<b>Sexo</b>		
Femenino	50	61.7
Masculino	31	38.3
<b>Diagnóstico</b>		
Apendicitis	24	29.7
Traumatismo Encéfalo Craneano	18	22.2
Fracturas (varios)	12	14.8
Plastrón Apendicular	9	11.1
Celulitis	3	3.7
Malformación Arterial Venosa	3	3.7
Tumor Cerebral	2	2.5
Otros	10	12.3
<b>Total</b>	<b>81</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración Propia

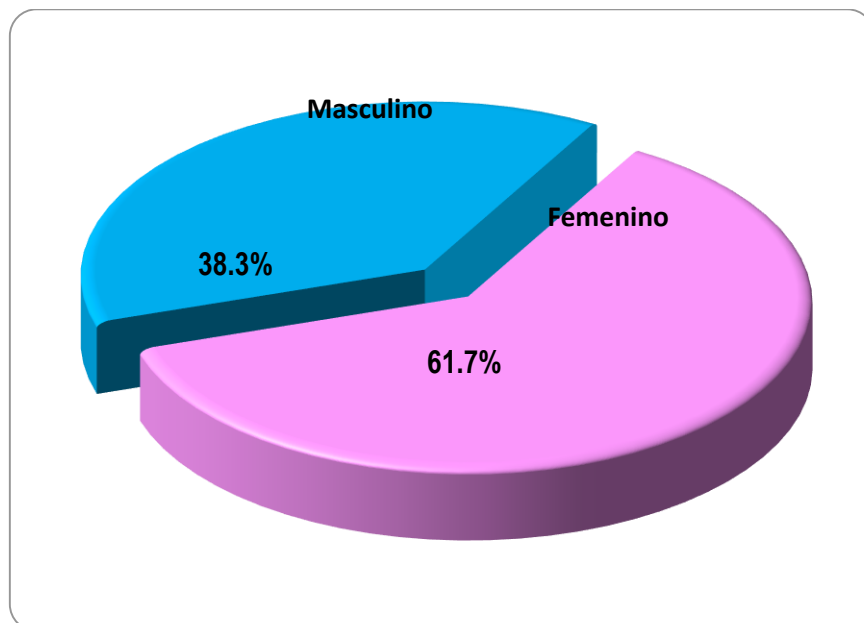
En la tabla 8 se muestra que el 40.8% de los adolescentes tuvieron edades entre 18-19 años (ver gráfico 1). La edad promedio estuvo ente  $16.7 \pm 1.9$ . El 61.7% de los adolescentes eran femeninos (ver gráfico 2) y los principales diagnósticos observados fueron: Apendicitis con 29.7%, Traumatismo Encéfalo Craneano 22.2%, Fracturas (varios) 14.8% y Plastrón Apendicular con 11.1%.

**Gráfico N° 1. Adolescentes internados según edad en el Hospital de Emergencias  
Pediátricas en el periodo octubre – diciembre 2017**



Fuente: Elaboración Propia

**Gráfico N° 2. Adolescentes internados según sexo en el Hospital de Emergencias  
Pediátricas en el periodo octubre – diciembre 2017**



Fuente: Elaboración Propia

**Tabla N<sup>o</sup> 9. Funcionalidad Familiar en los adolescentes internados en el Hospital de Emergencias Pediátricas en el periodo octubre – diciembre 2017**

Funcionalidad Familiar	N	%
Familias “balanceadas”	10	12.3
Familias “rango medio”	55	67.9
Familias “extremas”	16	19.8
<b>Total</b>	<b>81</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración Propia

En la tabla 9 se observa que, el mayor porcentaje de adolescentes (67.9%) tienen una funcionalidad familiar de “rango medio”, seguido con el 19.8% por adolescentes con familias “extremas” y por el 12.3% de adolescentes con familias “balanceadas”.

**Tabla N<sup>o</sup> 10. Cohesión Familiar en los adolescentes internados en el Hospital de Emergencias Pediátricas en el periodo octubre – diciembre 2017**

Cohesión Familiar	N	%
No relacionada	15	18.5
Semirrelacionada	31	38.3
Relacionada	32	39.5
Aglutinada	3	3.7
<b>Total</b>	<b>81</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración Propia

En la tabla 10 se evalúa la cohesión familiar, se observa que el mayor porcentaje de adolescentes pertenecen a familias “relacionadas” (39.5%) y “semirrelacionadas” (38.3%); el 18.5% pertenecen a familias “no relacionadas” y solo el 3.7% a familias “aglutinadas”.

**Tabla N<sup>a</sup> 11. Adaptabilidad Familiar en los adolescentes internados en el Hospital de Emergencias Pediátricas en el periodo octubre – diciembre 2017**

<b>Adaptabilidad Familiar</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Rígida	2	2.5
Estructurada	2	2.5
Flexible	10	12.3
Caótica	67	82.7
<b>Total</b>	<b>81</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración Propia

La tabla 11 presenta resultados de la adaptabilidad familiar del adolescente. Como se aprecia, el 82.7% de los adolescentes pertenecen a familias del tipo caóticas, el 12.3% pertenece a familias flexibles y en el mismo porcentaje (2.5%) encontramos al grupo de familias rígidas y estructuradas.

**Tabla N<sup>a</sup> 12. Depresión en los adolescentes internados en el Hospital de Emergencias Pediátricas en el periodo octubre – diciembre 2017**

<b>Depresión</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
No Depresión	54	66.7
Depresión Leve	16	19.8
Depresión Moderada	9	11.1
Depresión Grave	2	2.5
<b>Total</b>	<b>81</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración Propia

La tabla 12 muestra que el 66.7% de los adolescentes no presentaron depresión, 19.8% presentó depresión leve, 11.1% moderada y 2.5% de adolescentes presentaron depresión grave.

**Tabla N<sup>o</sup> 13. Funcionamiento Familiar y Depresión en adolescentes internados en el Hospital de Emergencias Pediátricas en el periodo octubre – diciembre 2017**

Funcionamiento Familiar	Depresión								p	Rho*
	No Depresión		Depresión Leve		Depresión Moderada		Depresión Grave			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Familias "balanceadas"	9	16.7	1	6.2	-	-	-	-		
Familias "rango medio"	45	83.3	10	62.5	-	-	-	-	<b>&lt;0.001</b>	<b>0.683</b>
Familias "extremas"	-	-	5	31.3	9	100.0	2	100.0		
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>100</b>	<b>16</b>	<b>100</b>	<b>9</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>100</b>		

Fuente: Elaboración Propia.

(\*) Coeficiente de correlación de Spearman

Según la Tabla N<sup>o</sup> 13, el 83.3% de los adolescentes sin depresión presentaron funcionamiento familiar de "rango medio", proporción mayor al 62.5% de adolescentes con depresión leve. Entre adolescentes con familias "balanceadas", la mayor proporción (16.7%) no tiene depresión en tanto que, solo 1 (6.2%) presentó depresión leve. Respecto a las familias "extremas" el mayor grupo se encuentra con depresión moderada (9), 5 con depresión leve y 2 con depresión grave. Se observó que existe relación significativa entre funcionalidad familiar y depresión en adolescentes con  $p < 0.001$ , además el coeficiente de correlación ( $Rho = 0.683$ ) confirma una correlación media entre las variables.

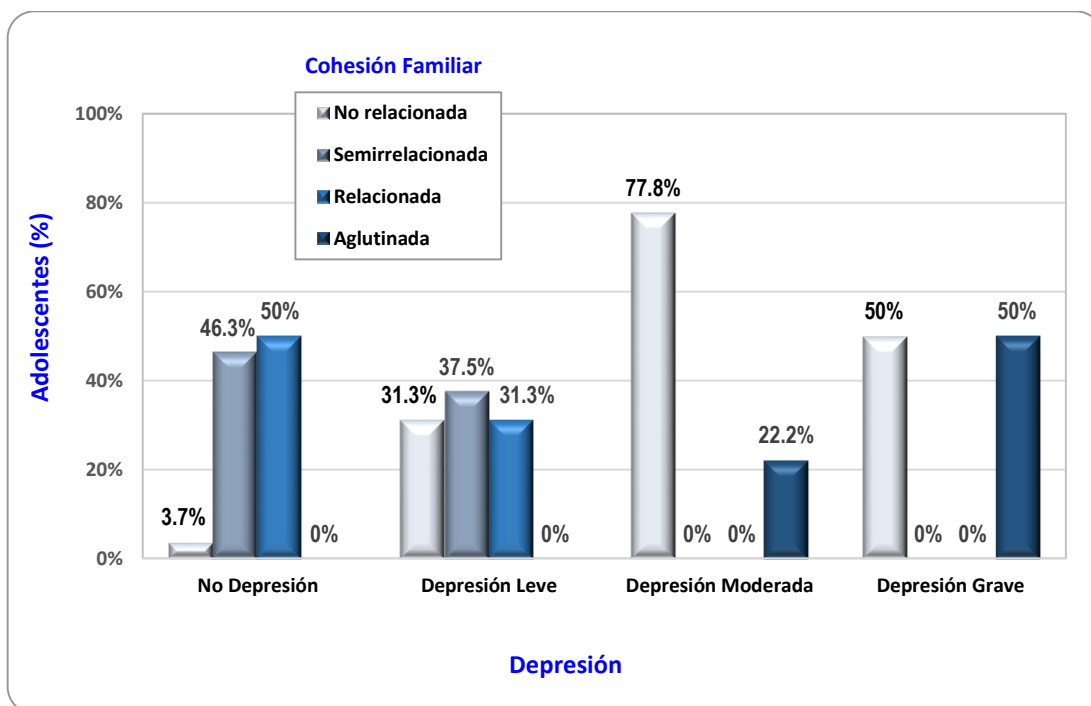
**Tabla N<sup>o</sup> 14. Cohesión Familiar y Depresión en adolescentes internados en el Hospital de Emergencias Pediátricas en el periodo octubre – diciembre 2017**

Cohesión Familiar	Depresión							
	No Depresión		Leve		Moderada		Grave	
	n	%	n	%	n	%	n	%
No relacionada	2	3.7	5	31.3	7	77.8	1	50.0
Semirrelacionada	25	46.3	6	37.5	-	-	-	-
Relacionada	27	50.0	5	31.3	-	-	-	-
Aglutinada	-	-	-	-	2	22.2	1	50.0
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>100</b>	<b>16</b>	<b>100</b>	<b>9</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración Propia

En la Tabla N° 14 se presenta que, entre los adolescentes “sin depresión”, casi en su totalidad tienen una cohesión familiar Adecuada (96.3%), es decir, del tipo “relacionada” (50%) y “semirrelacionada” (46.3%); en tanto que, solo 3.7% corresponden a familias “no relacionadas”. Entre los que presentan “depresión leve”, el 37.5% pertenece a familias “semirrelacionadas”, en tanto que, en la misma proporción (31.3%) pertenecen a familias “relacionadas” y “no relacionadas”. Entre los que presentan “depresión moderada”, solo se encontró cohesión familiar No Adecuada, es decir, del tipo “no relacionada” (77.8%) y “aglutinada” (22.2%); del mismo modo, los que presentan “depresión grave”, también solo se encontró cohesión familiar no adecuada: “no relacionada” 50% y “aglutinada” 50%, (ver gráfico 3).

**Gráfico N° 3. Adolescentes internados según cohesión familiar y depresión en el Hospital de Emergencias Pediátricas en el periodo octubre – diciembre 2017**



Fuente: Elaboración Propia



**Tabla N<sup>o</sup> 15. Cohesión Familiar y Depresión en adolescentes internados en el Hospital de Emergencias Pediátricas en el periodo octubre – diciembre 2017 – Correlación**

Cohesión Familiar	Depresión								p	Rho*
	No Depresión		Leve		Moderada		Grave			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Relacionada - Semirrelacionada	52	96.3	11	68.8	-	-	-	-	<0.001	0.709
No relacionada - Aglutinada	2	3.7	5	31.3	9	100	2	100		
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>100</b>	<b>16</b>	<b>100</b>	<b>9</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>100</b>		

Fuente: Elaboración Propia.

(\*) Coeficiente de correlación de Spearman

En la Tabla N<sup>o</sup> 15 también se presenta el cruce de casos de cohesión familiar y depresión, pero agrupando la cohesión familiar como Adecuada: “relacionada” y “semirrelacionada”, y No Adecuada: “no relacionada” y “aglutinada”. Se puede observar que, existe relación significativa ( $p < 0.001$ ) media alta ( $Rho = -0.709$ ) entre la cohesión familiar y depresión, se observa que, ante una cohesión familiar Adecuada (semirrelacionada y relacionada) menor depresión; y ante una cohesión familiar No Adecuada (no relacionada y aglutinada) mayor depresión.

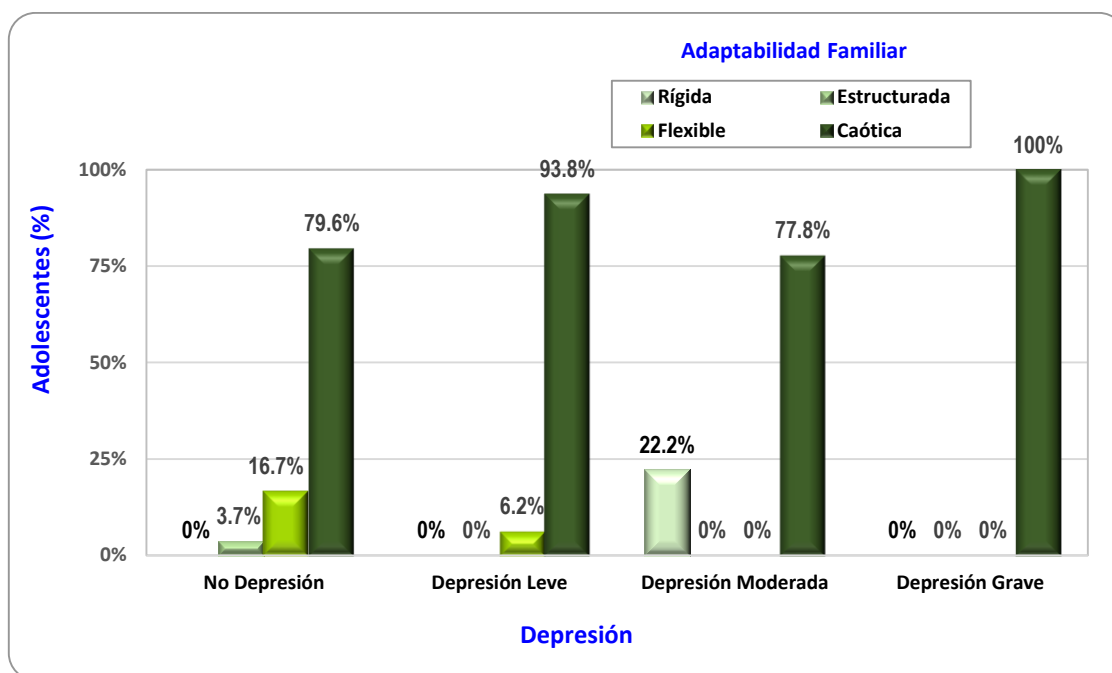
**Tabla N<sup>o</sup> 16. Adaptabilidad Familiar y Depresión en adolescentes internados en el Hospital de Emergencias Pediátricas en el periodo octubre – diciembre 2017**

Adaptabilidad Familiar	Depresión							
	No Depresión		Leve		Moderada		Grave	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Rígida	-	-	-	-	2	22.2	-	-
Estructurada	2	3.7	-	-	-	-	-	-
Flexible	9	16.7	1	6.2	-	-	-	-
Caótica	43	79.6	15	93.8	7	77.8	2	100.0
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>100</b>	<b>16</b>	<b>100</b>	<b>9</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración Propia

Según la Tabla N° 16, evaluando de acuerdo al tipo de depresión, tenemos que, solo 2 adolescentes presentan “depresión grave” y provienen de familias “caóticas”; mientras que, 9 presentan “depresión moderada”, 2 (22.2%) provienen de familias con adaptabilidad “rígida” y 7 (77.8%) con adaptabilidad “caóticas”. Con “depresión leve” encontramos a 16 adolescentes; 15 (93.8%) provienen de familias con adaptabilidad “caóticas” y 1 (6.2%) provienen de familias con adaptabilidad “flexible”; en tanto que, los que no presentaron depresión, el 79.6% proviene de familias “caóticas”, el 16.7% de familias “flexibles” y el 3.7% de familias “estructuradas”, (ver gráfico 4).

**Gráfico N° 4. Adolescentes internados según adaptabilidad familiar y depresión en el Hospital de Emergencias Pediátricas en el periodo octubre – diciembre 2017**



Fuente: Elaboración Propia

**Tabla N<sup>a</sup> 17. Adaptabilidad Familiar y Depresión en adolescentes internados en el Hospital de Emergencias Pediátricas en el periodo octubre – diciembre 2017 – Correlación**

Adaptabilidad Familiar	Depresión								p	Rho*
	No Depresión		Leve		Moderada		Grave			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Estructurada - Flexible	11	20.4	1	6.2	-	-	-	-	0.42	0.226
Rígida - Caótica	43	79.6	15	93.8	9	100	2	100		
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>100</b>	<b>16</b>	<b>100</b>	<b>9</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>100</b>		

Fuente: Elaboración Propia.

(\*) Coeficiente de correlación de Spearman

En la Tabla N<sup>o</sup> 17 también se presenta el cruce de casos de adaptabilidad familiar y depresión, pero agrupando la adaptabilidad familiar como Adecuada: “estructurada” y “flexible”, y No Adecuada: “rígida” y “caótica”. Se puede observar que, no existe relación significativa ( $p=0.42$ ) entre la adaptabilidad familiar y depresión.

## CAPÍTULO V. DISCUSIÓN

### Discusión

En el presente estudio se encuestó a 81 adolescentes internados en el Hospital de Emergencias Pediátricas, y se determinó la relación entre el funcionamiento familiar y la depresión. Para lograr dicho objetivo se utilizaron dos instrumentos: el primer cuestionario fue el Cuestionario FACES III y el segundo cuestionario fue el Inventario de depresión de Beck (BDI) modificado, los cuales tienen una validez probada en diferentes estudios.

Respecto a las características generales de los adolescentes internados, los resultados obtenidos en el presente estudio demostraron que la edad promedio de los adolescentes fue de 16.7 años, habiendo mayor frecuencia de las mujeres en comparación con los varones (61.7% vs 38.3%). Resultados similares encontraron Rivera y Sánchez (2014), donde las adolescentes mujeres eran más que los adolescentes varones (91.5% vs 8.5%), de igual manera Quinde y Jiménez (2014), encontraron en su estudio mayor frecuencia de mujeres en comparación con los varones (51% vs 49%), con mayor frecuencia de adolescentes de 15 años de edad, asimismo Ochoa (2015) observó mayor frecuencia de adolescentes mujeres en comparación de los varones (60.5% vs 39.5%) siendo 16 años la edad más frecuente entre los adolescentes. Se puede mencionar que para el presente estudio las adolescentes mujeres de 16 años fueron las que predominaron, siendo dichos resultados similares a resultados obtenidos en otros estudios.

Respecto a la funcionalidad familiar de los adolescentes internados, los resultados obtenidos en el presente estudio demostraron que el 67.9% de los adolescentes se encontraban en familias con funcionalidad de rango medio, seguidas por el 19.8% de los adolescentes que se encontraban en familias extremas. Resultados similares encontró Loján (2016), donde sus resultados demostraron que la funcionalidad familiar de rango medio alcanzó el 68.94%, (58.12% de los adolescentes se encontraban en familias moderadamente funcionales y el 10.82% se encontraban en familias disfuncionales), de igual manera Alomaliza (2016), encontró en sus resultados que el 41.67% de los adolescentes se encontraban en familias moderadamente funcionales, y el 26.67% se encontraban en familias disfuncionales. Resultados opuestos encontraron Salinas, et al. (2013), donde el 72.6% de los adolescentes estudiados se encontraban en familias altamente funcionales; mientras que

el 22.1% de los adolescentes se encontraban en familias con moderada funcionalidad; del mismo modo, Ochoa (2015), encontró que, el 25.6% de adolescentes pertenecían a familias de funcionalidad familiar balanceada, el 57.6% a familias de rango medio y el 16.9% a familias de funcionalidad familiar extrema. Se puede mencionar que para el presente estudio la mayoría de adolescentes se encuentran en familias de rango medio seguido por las familias extremas, demostrando que estos resultados son similares a resultados obtenidos en otros estudios internacionales, y son resultados distintos a estudios nacionales, debido a ello se necesita la realización de más estudios nacionales y locales respecto a la presente investigación.

Sobre la cohesión familiar de los adolescentes internados, los resultados obtenidos en el presente estudio demostraron que el mayor porcentaje de adolescentes pertenecen a familias con cohesión familiar “relacionadas” (39.5%) y “semirrelacionadas” (38.3%), cohesiones adecuadas; el 18.5% pertenecen a familias “no relacionadas” y solo el 3.7% a familias “aglutinadas”, cohesiones no adecuadas. Resultados similares encontraron Caballero, Ramírez y Villavicencio (2017), cuyos resultados demostraron que los adolescentes se encontraban en una cohesión desligada baja (41.8%) y en una cohesión enmarañada baja (42.7%). Resultados no tan similares encontró Ochoa (2015), con respecto a la cohesión familiar donde el 48.7% de los adolescentes tenían cohesión desligada y el 37.4% cohesión separada. Se puede mencionar que para el presente estudio la cohesión semirrelacionada y relacionada fueron las que predominaron, demostrando que los resultados obtenidos no son similares a los resultados de otros estudios nacionales relacionados; por lo cual se recomienda la realización de más estudios locales respecto a este tipo de investigación.

Sobre la adaptabilidad familiar en los adolescentes internados, los resultados obtenidos en el presente estudio demostraron que el 82.7% de los adolescentes se encontraban en familias caóticas. Resultados opuestos encontró Ochoa (2015), en su estudio, demostrando que el 32.3% de los adolescentes se encontraban en familias flexibles y el 31.6% en familias caóticas, de igual manera Caballero, Ramírez y Villavicencio (2017), encontraron que el 35% de los adolescentes se encontraban en familias con rigidez moderada y que el 41.8% se encontraban en familias caóticas. Se puede mencionar que para el presente estudio la mayoría de los adolescentes se encuentran en familias caóticas, demostrando que

los resultados hallados no guardan similitud con resultados de estudios nacionales encontrados.

Sobre la depresión en los adolescentes internados, los resultados obtenidos en el presente estudio demostraron que el 66.7% de los adolescentes no tenían depresión, mientras que el 19.8% tenían depresión leve, seguido por el 11.1% de adolescentes que tenían depresión moderada. Resultados similares encontró Loján (2016), donde demostró que el 52.92% de los adolescentes no tenían depresión, mientras que el 37.34% tenían depresión leve y el 8.44% depresión moderada, así mismo Procel (2015), halló que el 72.57% de los adolescentes que estudio no tenían depresión mientras que el 18.75% tenían depresión leve y el 5.9% depresión moderada, de igual manera Quinde y Jiménez (2014), demostraron que el 65% de los adolescentes que estudiaron no tenían depresión, mientras que el 20% tenían depresión leve y el 12% depresión moderada, así mismo Salinas, et al. (2013), encontró que el 69.5% de los adolescentes no tenían depresión, pero el 26.55% tenían depresión leve y el 2.75% depresión severa. Resultados opuestos encontraron Rivera y Sánchez (2014), donde hallaron que el 71% de los adolescentes que estudiaron presentaban depresión. Se puede mencionar que para el presente estudio la mayoría de los adolescentes no sufren de depresión, resultados similares se han encontrado con estudios nacionales e internacionales relacionados.

Sobre funcionalidad familiar y depresión en los adolescentes internados, los resultados obtenidos demostraron que existe relación significativa entre funcionalidad familiar y depresión en adolescentes, donde se observa que, a mayor depresión las familias son extremas, y con depresión leve o sin depresión corresponde a familias balanceadas o de rango medio. Resultados similares encontró Ochoa (2015), en su estudio donde también se demostró que había relación significativa entre el nivel de funcionalidad familiar con el grado de depresión; los adolescentes con función familiar de tipo rango medio y extremo (no ideal) presentan depresión en un 64,7% y 98,8% respectivamente, a diferencia de los adolescentes que provienen de familias con función familiar balanceada los que en un 80,8% se encuentran sin depresión. Resultados opuesto encontró Loján (2016), encontró en su estudio donde concluyó que no había relación significativa entre el nivel de funcionalidad familiar con el grado de depresión de los adolescentes que intervinieron en su investigación; del mismo modo, Procel (2015), encontró que, los adolescentes provenientes de familias disfuncionales tenían niveles de depresión leve (46.67) y moderada (20%); de igual manera, Gonzáles et al.

(2013), encontraron que el 73.7% de los adolescentes que se encontraban en familias funcionales tenían ligeras manifestación depresivas, mientras que el 46.5% de los adolescentes que se encontraban en familias con disfuncionalidad moderada tenía manifestación depresivas bien definidas. Se puede mencionar que, para el presente estudio los adolescentes que provenían de familias de rango medio, en su mayoría, no tenían depresión; estos resultados son similares a resultados obtenidos en otras investigaciones nacionales, pero es necesario, la realización de más estudios locales para poder realizar una mejor comparación y conocer la realidad de las diversas poblaciones.

Sobre cohesión familiar y depresión en los adolescentes internados, los resultados obtenidos en el presente estudio demostraron que existió una asociación estadísticamente significativa ( $p < 0.001$ ) entre ambas variables; es decir, se observa que, ante una cohesión familiar Adecuada (semirrelacionada y relacionada) menor depresión; y ante una cohesión familiar No Adecuada (no relacionada y aglutinada) mayor depresión. Resultados casi similares encontró Ochoa (2015), en su estudio donde los adolescentes que vivían en familias con cohesión desligada tenían depresión leve, mientras que los adolescentes que vivían en familias con cohesión aglutinada tenían depresión leve. Se puede mencionar que para el presente estudio ambas variables se relacionan significativamente de forma negativa, si bien existen estudios que demuestran resultados casi similares, es necesario la realización de estudios nacionales y locales para conocer la relación que tienen ambas variables en otras poblaciones.

Sobre adaptabilidad familiar y depresión en los adolescentes internados, los resultados obtenidos en el presente estudio demostraron que no existió una asociación estadísticamente significativa ( $p = 0.49$ ) entre ambas variables; tenemos que, la mayor proporción de adolescentes se encuentra en familias con adaptabilidad caótica, y de este grupo la mayoría no presenta depresión. Resultados no tan similares encontró Ochoa (2015), en su estudio donde los adolescentes que se encontraban en familias caóticas tenían depresión leve, habiendo relación entre ambas variables. Se puede mencionar que para el presente estudio ambas variables no se relacionan de manera significativa, y como otros estudios demuestran resultados no tan similares, es necesaria la realización de nuevos estudios nacionales y locales para conocer la relación que tienen ambas variables en otras poblaciones.

## Conclusiones

1. Los resultados obtenidos demostraron que existe relación significativa ( $p < 0.001$ ) entre funcionalidad familiar y depresión en adolescentes internados en el Hospital de Emergencias Pediátricas para el periodo octubre - diciembre 2017; donde se observa que, a mayor depresión las familias son extremas, y con depresión leve o sin depresión corresponde a familias balanceadas o de rango medio.
2. Existe relación estadísticamente significativa ( $p < 0.001$ ) media alta ( $Rho = 0.709$ ), entre cohesión familiar y depresión, en adolescentes internados en el Hospital de Emergencias Pediátricas para el periodo octubre - diciembre 2017; es decir, ante una cohesión familiar Adecuada (semirrelacionada y relacionada) menor depresión; y ante una cohesión familiar No Adecuada (no relacionada y aglutinada) mayor depresión.
3. No existe relación estadísticamente significativa ( $p = 0.42$ ) entre adaptabilidad familiar y depresión en adolescentes internados en el Hospital de Emergencias Pediátricas para el periodo octubre - diciembre 2017; se encontró que, la mayor proporción de adolescentes se encuentra en familias con adaptabilidad caótica, y a su vez, de éste, el mayor grupo corresponde a adolescentes sin depresión.



## **Recomendaciones**

- Proporcionar a los adolescentes la facilidad de poder acudir a un profesional capacitado que les brinde atención optima referente a salud mental, para la prevención de futuras patologías.
- Fortalecer las relaciones familiares, para mejorar la comunicación entre los integrantes, teniendo en cuenta que esta es de importancia para detectar problemas en los adolescentes.
- Realizar actividades curriculares que sean de interés del adolescente para promover la cercanía y el fortalecimiento de los vínculos padres-hijos.
- Implementar programas familiares, donde se enseñe a las familias a implementar reglas dentro y fuera del núcleo familiar.
- Identificar a los adolescentes que se encuentren en familias disfuncionales con la finalidad de orientar a todos los miembros de la familia hacia la solución de problemas y la aceptación de los roles de cada integrante.
- Estudiar el comportamiento de los adolescentes y la relación que lleva con los miembros de su familia, con el propósito de conocer las causas de disfuncionalidad familiar y depresión.
- Realizar nuevos estudios sobre la relación entre funcionalidad familiar y depresión en los adolescentes.
- Realizar nuevos estudios de investigación sobre la relación entre la cohesión y adaptabilidad familiar con la depresión en adolescentes.

## Referencias bibliográficas

- Acosta, M., Mancilla, T., Correa, J., Saavedra, M., Ramos, F., Cruz, J., et al. Depresión en la infancia y adolescencia: enfermedad de nuestro tiempo. *Arch Neurocién (Mex)*. 16(1): 20-25
- Alfonso, C., Valladares, A., Rodríguez, L., y Selín, M. (2017). Comunicación, cohesión y satisfacción familiar en adolescentes de la enseñanza secundaria y preuniversitaria. Cienfuegos 2014. *MediSur*, 15(3): 341-349
- Alomaliza C. (2016) *Disfuncionalidad familiar y depresión en adolescentes de octavo a décimo años de la Unidad Educativa Picaihua del Cantón Ambato*. (Tesis de Grado). Ecuador: Universidad Técnica de Ambato.
- Arévalo N. (2014) El concepto de familia en el siglo XXI. *Foro Nacional de Familia*. Colombia.
- Bazo J, Bazo O, Águila J, Peralta F, Mormontoy W, Bennett I. (2016). Propiedades psicométricas de la escala de funcionalidad familiar faces-III: un estudio en adolescentes peruanos. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*; 33(3): 462-470.
- Beltrán M, Freyre M, Hernández L. (2012). El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente. *Terapia psicológica*; 30(1): 5-13.
- Caballero M., Ramírez A. y Villavicencio G. (2017) *Funcionalidad familiar en adolescentes del 4° y 5° de secundaria de la Institución educativa Jorge Basadre Grohmann, Los Olivos-2015*. (Tesis de Grado). Perú: Universidad de Ciencias y Humanidades.
- Cabrera, E. (2009) El coeficiente de correlación de los rangos de Spearman Caracterización. *Rev haban cienc méd La Habana*, 8(2).
- Congreso de la República (2000). *Ley N° 27337. Aprueba el Nuevo Código de los Niños y Adolescentes*. Lima, Perú. (Consultado el 26 de abril, 2017). Recuperado de: [http://www.mimp.gob.pe/yachay/files/Ley\\_27337.pdf](http://www.mimp.gob.pe/yachay/files/Ley_27337.pdf)
- Convención sobre los Derechos del Niño. (20 de noviembre de 1989). Recuperado de [https://www.unicef.org/ecuador/convencion\(5\).pdf](https://www.unicef.org/ecuador/convencion(5).pdf)
- Dallo, R. (1996). *Sistemas de creencias familiares: terapia y cambio*. Grupo Planeta (GBS). Recuperado de: <https://goo.gl/HpuRTu>
- Declaración Universal de los Derechos Humanos. (1948). *Declaración universal de los derechos humanos*. Recuperado de: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
- Eguiluz, L. (2004). *Terapia familiar: su uso hoy en día*. México: Editorial Pax. (Consultado el 26 de abril, 2017). Recuperado de: <https://goo.gl/3RWgDJ>

- Escobar M., *Disfunción familiar en adolescentes de quinto de secundaria de un colegio público y un colegio privado en el distrito de La Molina*. (Tesis de Grado). Perú: Universidad de Lima,
- Escobar M., *Disfunción familiar en adolescentes de quinto de secundaria de un colegio público y un colegio privado en el distrito de La Molina*. (Tesis de Grado). Perú: Universidad de Lima,
- Esteinou, R. (2006). *Fortalezas y desafíos de las familias en dos contextos: Estados Unidos de América y México*. Publicaciones de la casa chata. Obtenido de: <https://goo.gl/ZV3axM>
- Fernández J. (2017) *Clima social familiar y síntomas depresivos en estudiantes de una institución educativa, distrito José Leonardo Ortiz, 2015*. (Tesis de Grado). Perú: Universidad Privada Juan Mejía Baca.
- Ferrer P., Miscán A., Pino M. y Pérez V. (2013) Funcionamiento familiar según el modelo Circumplejo de Olson en familias con un niño que presenta retardo mental. *Rev enferm Herediana*. 6(2):51-58.
- Gallego, A. (2012). Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*. (35): 330-331
- García R. (2015). *Prevalencia y factores relacionados a depresión en pacientes geriátricos hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, enero-febrero 2015*. (Tesis de Grado). Perú: Universidad Nacional de San Agustín.
- Giorgana, A. (2016). La familia según Virginia Satir. *CeCreTo*: 1-5
- González C., Hermosillo A., Vacio M., Peralta R., y Wagner F. (2015). Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. *Bol Med Hosp Infant Mex*; 72(2):149-155
- González F., Gimeno A., Meléndez J. y Córdoba A. (2012) La percepción de la funcionalidad familiar-confirmación de su estructura. *Escritos de Psicología*, 5(1): 34-39.
- González J., Macuyama T. y Silva Z. (2013) Factores familiares que influyen en las manifestaciones depresivas en adolescentes del 1° al 5° de secundaria de un colegio nacional mixto. *Rev enferm Herediana*. 2013;6(2):66-77.
- González S., De la Cruz P. y Martínez X. (2012) La medición de la depresión en adolescentes: una propuesta psicométrica. *Psicología y Salud*. 17(2): 199-205.

- Dirección de Salud Mental – Ministerio de Salud. (2013). *Guía Técnica de diagnóstico y tratamiento de depresión en adultos de 18 a 65 años para médicos no psiquiatras*. Perú: Unidad de Análisis y Generación de Evidencias en Salud Pública (UNAGESP).
- Gobierno de España. (2014). *La depresión, información para pacientes, familiares y allegados*. España: Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias de Galicia.
- Gutiérrez P., Camacho N., y Martínez M. (2007). Autoestima, funcionalidad familiar y rendimiento escolar en adolescentes. *Aten Primaria*; 39(11):597-601
- Hernández, R; Fernández, C; Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación*. 6°ed. México: McGraw Hill
- Instituto Nacional de la Salud Mental. (2009). *Depresión*. Bethesda: Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos.
- Loján M. (2016) *Funcionalidad Familiar asociada a depresión en los adolescentes del Colegio Nacional Mixto 8 de diciembre de la Parroquia San Pedro de La Bendita-Loja en el periodo de abril-agosto 2015*. (Tesis de Grado). Ecuador: Universidad Nacional de Loja.
- Mamani B. (2016) *Depresión y disfunción familiar en estudiantes del cuarto año de secundaria de la Institución Educativa Secundaria Industrial Perú Birf, Juliaca-2015*. (Tesis de Grado). Perú: Universidad Peruana Unión.
- Ministerio de Salud de Chile. (2013). *Guía Clínica AUGE. Depresión en personas de 15 años y más. Serie guías clínicas MINSAL, 2013*. Chile: Subsecretaría de salud pública.
- Montalvo, J., Espinosa, M., y Pérez, A. (2013). Análisis del ciclo vital de la estructura familiar y sus principales problemas en algunas familias mexicanas. *Alternativas en Psicología. Revista Semestral. Tercera Época. XVII (28): 73-91*
- Navarro J., Moscoso M., y Calderón G. (2017). La investigación de la depresión en adolescentes en el Perú: una revisión sistemática. *Liberabit*, 23(1):7-74.
- Ochoa G. (2015) *Relación entre funcionamiento familiar y depresión en adolescentes de la Academia Preuniversitaria Alexander Fleming Arequipa 2015*. (Tesis de Grado). Perú: Universidad Nacional de San Agustín.
- Ochoa G. (2015) *Relación entre funcionamiento familiar y depresión en adolescentes de la Academia Preuniversitaria Alexander Fleming Arequipa 2015*. (Tesis de Grado). Perú: Universidad Nacional de San Agustín.
- Olson D. (2000). Circumflex model of marital and family systems. *Journal of family therapy*; 22: 144-167

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). *Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente*. (Consultado el 02 de noviembre del 2017). Recuperado de: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/)
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). *Datos en imágenes*. (Consultado el 02 de noviembre del 2017). Recuperado de: <http://www.who.int/features/factfiles/es/>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). *Depresión*. (Consultado el 31 de octubre del 2017). Recuperado de: <http://www.who.int/topics/depression/es/>.
- Pérez O. (2016) Funcionamiento familiar e ideación suicida en alumnos del 5to año de educación secundaria del distrito de San Juan de Miraflores. *PsiqueMag.*, 4(1):81-93.
- Procel M. (2015) *Depresión asociada a la disfunción familiar en los estudiantes de octavo y noveno año de educación básica sección matutina del colegio Adolfo Valarezo de ciudad de Loja en el periodo de junio-noviembre del 2014*. (Tesis de Grado). Ecuador: Universidad Nacional de Loja.
- Puello, M., Silva, M., y Silva, A. (2014). Límites, reglas, comunicación en familia monoparental con hijos adolescentes. *Revista Diversitas - Perspectivas En Psicología*. 10(2): 225-246
- Quinde L. y Jiménez F. (2014) *Procesos familiares disfuncionales y su influencia en el desarrollo de estados depresivos en adolescentes en los colegios Dr. Luis Célleri Avilés y Jhon F. Kennedy, 2013-2014*. (Tesis de Grado). Ecuador: Universidad Estatal Península de Santa Elena.
- Quiñones N. (2017) *Relación entre el nivel de estrés y depresión en adolescentes de cuarto y quinto año de secundaria de la Institución Educativa Particular Nuevo Pitágoras, San Juan de Lurigancho, 2016*. (Tesis de Grado). Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Ramírez R, Álvarez M, Prieto G, Otálvaro F. (2012). Prevalencia de sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes de 14 a 18 años de un colegio privado de Medellín. *Revista colombiana de Psiquiatría*; 41(3): 606-619.
- Rivera A. y Sánchez S. (2014) *Disfuncionalidad Familiar y su relación con la depresión en los adolescentes del ciclo diversificado en la Unidad Educativa Herlinda Toral, Cuenca 2014*. (Tesis de Grado). Ecuador: Universidad de Cuenca.
- Satir V. (2005) *Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar, México D.F 2005*.
- Salinas, et al (2013) Relación entre depresión y funcionalidad familiar en adolescentes de instituciones educativas públicas y privadas del Municipio libertador, Mérida-Venezuela. *Revista Academia*. 12(28): 317-324.

- Soria, R. (2010). Tratamiento sistémico en problemas familiares. Análisis de caso. *Revista electrónica de psicología Iztacala*. 13(3): 87-104
- Taber B. (2005) *Familia, adolescentes y jóvenes desde una perspectiva de derechos*. UNICEF. Buenos aires: Proponer y Dialogar 2.
- Tuárez K. (2013) *Influencia de la disfuncionalidad familiar y los síntomas depresivos sobre el rendimiento académico en los estudiantes del 1er al 8vo semestre de la Facultad de Medicina de la Universidad de la Américas en la ciudad de Quito*. (Tesis de Grado). Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador
- Vargas, H. (2014). Tipo de familia y ansiedad y depresión. *Rev Med Hered* 25:57-59
- Vazquez, F., Muñoz, R., Becoña, E. (2000). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología Conductual*; 8(3): 417-449
- Vega J, Coronado, Mazzotti G. (2014). Validez de una versión en español del Inventario de Depresión de Beck en pacientes hospitalizados de medicina general. *Revista de Neuro-Psiquiatría*; 77(2): 95-103.
- Veytia M., Gonzáles N., Andrade P. y Oudhof H. (2012) Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud Mental*. 35:37-43.

## ANEXOS

### Anexo 1. Ficha técnica de los instrumentos a utilizar

#### Funcionamiento familiar y su relación con la depresión en adolescentes internados en el Hospital de Emergencias Pediátricas, octubre – diciembre 2017

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

Número de ficha: \_\_\_\_\_

#### Características generales

Edad: \_\_\_\_\_ años

Sexo: Masculino ( ) Femenino ( )

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Le invitamos a participar en el estudio, para responder los cuestionarios deberá marcar con un aspa (X) la opción que considere más adecuada en el espacio correspondiente.

#### FACES III: FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Nº	DESCRIBA A SU FAMILIA	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1	Los miembros de la familia se sienten muy cercanos unos a otros.					
2	Cuando hay que resolver problemas, se siguen las propuestas de los hijos.					
3	En nuestra familia la disciplina (normas, obligaciones, consecuencias, castigos) es justa.					
4	Los miembros de la familia asumen las decisiones que se toman de manera conjunta como familia.					
5	Los miembros de la familia se piden ayuda mutuamente.					
6	En cuanto a su disciplina, se tiene en cuenta la opinión de los hijos (normas, obligaciones).					
7	Cuando surgen problemas, negociamos para encontrar una solución.					
8	En nuestra familia hacemos cosas juntos.					
9	Los miembros de la familia dicen lo que quieren libremente.					
10	En nuestra familia nos reunimos todos en la misma habitación (sala, cocina).					
11	A los miembros de la familia les gusta pasar su tiempo libre junto.					
12	En nuestra familia, a todos nos resulta fácil expresar nuestra opinión.					
13	Los miembros de la familia se apoyan unos a otros en los momentos difíciles.					
14	En nuestra familia se intentan nuevas formas de resolver los problemas.					
15	Los miembros de la familia comparten intereses y hobbies.					
16	Todos tenemos voz y voto en las decisiones familiares importantes.					
17	Los miembros de la familia se consultan unos a otros sus decisiones.					
18	Los padres y los hijos hablan juntos sobre el castigo.					
19	La unión familiar es muy importante.					
20	Los miembros de la familia comentamos los problemas y nos sentimos muy bien con las soluciones encontradas					

## INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY.

<p><b>1.</b> No me siento triste. ( ) Me siento triste. ( ) Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo. ( ) Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo. ( )</p>	<p><b>2.</b> No me siento especialmente desanimado respecto al futuro. ( ) Me siento desanimado respecto al futuro. ( ) Siento que no tengo que esperar nada. ( ) Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán. ( )</p>
<p><b>3.</b> No me siento fracasado. ( ) Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas. ( ) Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso. ( ) Me siento una persona totalmente fracasada. ( )</p>	<p><b>4.</b> Las cosas me satisfacen tanto como antes. ( ) No disfruto de las cosas tanto como antes. ( ) Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas. ( ) Estoy insatisfecho o aburrido de todo. ( )</p>
<p><b>5.</b> No me siento especialmente culpable. ( ) Me siento culpable en bastantes ocasiones. ( ) Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones. ( ) Me siento culpable constantemente. ( )</p>	<p><b>6.</b> No creo que esté siendo castigado. ( ) Me siento como si fuese a ser castigado. ( ) Espero ser castigado. ( ) Siento que estoy siendo castigado. ( )</p>
<p><b>7.</b> No estoy decepcionado de mí mismo. ( ) Estoy decepcionado de mí mismo. ( ) Me da vergüenza de mí mismo. ( ) Me odio. ( )</p>	<p><b>8.</b> No me considero peor que cualquier otro. ( ) Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores. ( ) Continuamente me culpo por mis faltas. ( ) Me culpo por todo lo malo que sucede. ( )</p>
<p><b>9.</b> No tengo ningún pensamiento de suicidio. ( ) A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería. ( ) Desearía suicidarme. ( ) Me suicidaría si tuviese la oportunidad. ( )</p>	<p><b>10.</b> No lloro más de lo que solía llorar. ( ) Ahora lloro más que antes. ( ) Lloro continuamente. ( ) Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera. ( )</p>
<p><b>11.</b> No estoy más irritado de lo normal en mí. ( ) Me molesto o irritado más fácilmente que antes. ( ) Me siento irritado continuamente. ( ) No me irrita absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme ( )</p>	<p><b>12.</b> No he perdido el interés por los demás. ( ) Estoy menos interesado en los demás que antes. ( ) He perdido la mayor parte de mi interés por los demás. ( ) He perdido todo el interés por los demás. ( )</p>
<p><b>13.</b> Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho. ( ) Evito tomar decisiones más que antes. ( ) Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes. ( ) Ya me es imposible tomar decisiones. ( )</p>	<p><b>14.</b> No creo tener peor aspecto que antes. ( ) Estoy preocupado porque parezco más viejo o poco atractivo. ( ) Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen Parecer poco atractivo. ( ) Creo que tengo un aspecto horrible. ( )</p>



<p><b>15.</b>  Trabajo igual que antes. ( )  Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo. ( )  Tengo que obligarme mucho para hacer algo. ( )  No puedo hacer nada en absoluto. ( )</p>	<p><b>16.</b>  Duermo tan bien como siempre. ( )  No duermo tan bien como antes. ( )  Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir. ( )  Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir. ( )</p>
<p><b>17.</b>  No me siento más cansado de lo normal. ( )  Me canso más fácilmente que antes. ( )  Me canso en cuanto hago cualquier cosa. ( )  Estoy demasiado cansado para hacer nada. ( )</p>	<p><b>18.</b>  Mi apetito no ha disminuido. ( )  No tengo tan buen apetito como antes. ( )  Ahora tengo mucho menos apetito. ( )  He perdido completamente el apetito. ( )</p>
<p><b>19.</b>  Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada. ( )  He perdido más de 2 kilos y medio. ( )  He perdido más de 4 kilos. ( )  He perdido más de 7 kilos. ( )</p>	<p><b>20.</b>  No estoy preocupado por mi salud más de lo normal. ( )  Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento. ( )  Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más ( )  Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa. ( )</p>

## Anexo 2. Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	OPERACIONALIZACIÓN			METODOLOGÍA
			VARIABLES	DIMENSIONES	ÍTEMS	
<p><b>PROBLEMA GENERAL</b></p> <p>¿Cuál es la relación entre funcionamiento familiar y depresión en adolescentes internados en el Hospital de Emergencias Pediátricas, octubre – diciembre 2017?</p> <p><b>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>¿Cuál es la relación entre cohesión familiar y depresión en adolescentes internados en el Hospital de Emergencias Pediátricas, octubre – diciembre 2017?</li> <li>¿Cuál es la relación entre adaptabilidad familiar y depresión en adolescentes internados en el Hospital de Emergencias Pediátricas, octubre – diciembre 2017?</li> </ul>	<p><b>OBJETIVO GENERAL</b></p> <p>Determinar la relación entre funcionamiento familiar y depresión en adolescentes internados en el Hospital de Emergencias Pediátricas, octubre – diciembre 2017.</p> <p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Determinar la relación entre cohesión familiar y depresión en adolescentes internados en el Hospital de Emergencias Pediátricas, octubre – diciembre 2017.</li> <li>Determinar la relación entre adaptabilidad familiar y depresión en adolescentes internados en el Hospital de Emergencias Pediátricas, octubre – diciembre 2017.</li> </ul>	<p><b>HIPOTESIS GENERAL</b></p> <p>Existe relación entre funcionamiento familiar y depresión en adolescentes internados en el Hospital de Emergencias Pediátricas, octubre – diciembre 2017.</p> <p><b>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Existe relación entre cohesión familiar y depresión en adolescentes internados en el Hospital de Emergencias Pediátricas, octubre – diciembre 2017.</li> <li>Existe relación entre adaptabilidad familiar y depresión en adolescentes internados en el Hospital de Emergencias Pediátricas, octubre – diciembre 2017.</li> </ul>	<b>VARIABLE INDEPENDIENTE</b>	Cohesión	1,4,5,8,10,11,13,5,17,19	<p><b>MÉTODO DE LA INVESTIGACIÓN:</b> Deductivo</p> <p><b>TIPO DE INVESTIGACIÓN:</b> Aplicativa</p> <p><b>NIVEL DE INVESTIGACIÓN</b> Correlacional</p> <p><b>DISEÑO</b> No experimental de corte Transversal.</p> <p><b>POBLACIÓN:</b> 90 adolescentes internados en el Hospital de Emergencias Pediátricas, octubre a diciembre 2017.</p> <p><b>MUESTRA:</b> 81 adolescentes internados en el Hospital de Emergencias Pediátricas, octubre a diciembre 2017.</p>
			Funcionamiento familiar	Adaptabilidad	2,3,6,7,9,12,14,16,18,20	
			<b>VARIABLE DEPENDIENTE</b>	Síntomas cognitivos-afectivos	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17	
				Síntomas somáticos-vegetativos	16, 18, 19, 20, 21	
			Depresión			

### Anexo 3. Carta de consentimiento informado

***“Funcionamiento familiar y su relación con la depresión en adolescentes internados en el Hospital de Emergencias Pediátricas, octubre – diciembre 2017”***

**Propósito del Estudio:** Lo estamos invitando usted y a su menor hija/o a participar en un estudio con la finalidad de determinar la relación entre funcionamiento familiar y depresión en adolescentes internados en el Hospital de Emergencias Pediátricas en el periodo octubre a diciembre 2017.

**Procedimientos:** Si usted acepta que su menor hijo/a participe en este estudio se le entregará dos cuestionarios que le tomarán aproximadamente 25 minutos en ser llenados y serán aplicados 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/a en esta investigación, pues solo se le pedirá llenar unos cuestionarios con una serie de preguntas. Asimismo, no producirá remuneración y/o pago de ningún tipo.

**Confidencialidad:** No se divulgará su identidad o la de su menor hijo/a en ninguna etapa de la investigación, pues toda la información que Ud. brinde será usada solo con fines estrictos 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/a pueden retirarse de este estudio en cualquier momento del mismo, sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional comunicarse con la Lic. Hilda Vargas al celular 986913165.

#### **Consentimiento informado**

Acepto voluntariamente que mi menor hijo/a participe en este estudio luego de haber discutido los objetivos y procedimientos de la investigación con la investigadora responsable.

\_\_\_\_\_  
*Padre o apoderado*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Investigador*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

#### Anexo 4. Validación y confiabilidad del instrumento

### JUICIO DE EXPERTOS

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_

Nº Experto: \_\_\_\_\_

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta le solicitamos su opinión sobre la ficha de recolección que se adjunta. Marque con una X (aspa) en SI o NO en cada criterio según su opinión. Marque SI, cuando el Ítem cumpla con el criterio señalado o NO cuando no cumpla con el criterio.

Tenga a bien anotar sus observaciones y sugerencias en los espacios correspondientes.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
1. La ficha de recolección recoge la información que permite dar respuesta al problema de investigación.			
2. La ficha de recolección responde a los objetivos de la investigación.			
3. La ficha de recolección responde a la operacionalización de las variables.			
4. La estructura de la ficha de recolección es adecuada.			
5. La secuencia presentada facilita el llenado de la ficha de recolección.			
6. Los ítems son claros y comprensibles para la recolección.			
7. El número de ítems es adecuado para la recopilación.			

Aportes y/o sugerencias para mejorar el instrumento.

---

---

\_\_\_\_\_  
Firma

**JUICIO DE EXPERTOS**

Nombres y Apellidos: Luis Enrique Huamán Huatana

Nº Experto: 01

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta le solicitamos su opinión sobre la ficha de recolección que se adjunta. Marque con una X (aspa) en SI o NO en cada criterio según su opinión. Marque SI, cuando el ítem cumpla con el criterio señalado o NO cuando no cumpla con el criterio.

Tenga a bien anotar sus observaciones y sugerencias en los espacios correspondientes.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
1. La ficha de recolección recoge la información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
2. La ficha de recolección responde a los objetivos de la investigación.	X		
3. La ficha de recolección responde a la operacionalización de las variables.	X		
4. La estructura de la ficha de recolección es adecuada.	X		
5. La secuencia presentada facilita el llenado de la ficha de recolección.	X		
6. Los ítems son claros y comprensibles para la recolección.	X		
7. El número de ítems es adecuado para la recopilación.	X		*

Aportes y/o sugerencias para mejorar el instrumento.

*\* Considerar la posibilidad de reducir la cantidad de ítems, pero en general me parece adecuado.*

Ing. LUIS HUAMÁN HUATANA  
FIRMA Y SELLO

**JUICIO DE EXPERTOS**

Nombres y Apellidos: Walter De la Peña

Nº Experto: 2

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta le solicitamos su opinión sobre la ficha de recolección que se adjunta. Marque con una X (aspa) en SI o NO en cada criterio según su opinión. Marque SI, cuando el ítem cumpla con el criterio señalado o NO cuando no cumpla con el criterio.

Tenga a bien anotar sus observaciones y sugerencias en los espacios correspondientes.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
1. La ficha de recolección recoge la información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
2. La ficha de recolección responde a los objetivos de la investigación.	X		
3. La ficha de recolección responde a la operacionalización de las variables.	X		
4. La estructura de la ficha de recolección es adecuada.	X		
5. La secuencia presentada facilita el llenado de la ficha de recolección.	X		
6. Los ítems son claros y comprensibles para la recolección.	X		
7. El número de ítems es adecuado para la recopilación.	X		

Aportes y/o sugerencias para mejorar el instrumento.

---

---

  
FIRMA Y SELLO  
MÉDICO JEFE DE LA FICHA MATRIZ  
CNP N° 20121 - ABOG N° 2006

**JUICIO DE EXPERTOS**

Nombres y Apellidos: Dr. OSCAR LINAY

Nº Experto: 3

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta le solicitamos su opinión sobre la ficha de recolección que se adjunta. Marque con una X (aspa) en SI o NO en cada criterio según su opinión. Marque SI, cuando el ítem cumpla con el criterio señalado o NO cuando no cumpla con el criterio.

Tenga a bien anotar sus observaciones y sugerencias en los espacios correspondientes.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
1. La ficha de recolección recoge la información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
2. La ficha de recolección responde a los objetivos de la investigación.	X		
3. La ficha de recolección responde a la operacionalización de las variables.	X		
4. La estructura de la ficha de recolección es adecuada.		X	
5. La secuencia presentada facilita el llenado de la ficha de recolección.	X		
6. Los ítems son claros y comprensibles para la recolección.	X		
7. El número de ítems es adecuado para la recopilación.	X		

Aportes y/o sugerencias para mejorar el instrumento.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_


  
*Oscar Linay*
  
 Firma *COMP 33168*
  
 Dr. En Medicina

## VALIDEZ DE CONTENIDO: JUICIO DE EXPERTOS

Luego de solicitar la evaluación mediante la ficha de expertos a 3 *especialistas*, se procedió con el cálculo mediante su grado de concordancia. Para evaluar la concordancia entre las respuestas de los expertos de cada ítem, se establecen las siguientes hipótesis:

**Ho: La proporción de los jueces que dicen “Si” (están de acuerdo) es igual a la de los jueces que dicen “No” (están en desacuerdo).**

Es decir que entre los jueces no hay concordancia, pues la proporción es de 50% para “Si” y 50% para “No”.

**Hi: La proporción de los jueces que dicen “Si” (están de acuerdo) es diferente del 50%.**

Es decir que, si hay concordancia entre los jueces, porque la mayoría está de acuerdo o en desacuerdo respecto a un ítem.

Luego de establecer las hipótesis, donde: “1” es SI o significa de acuerdo (éxito), mientras que “0” es NO o significa en desacuerdo, se procede al cálculo, tal como se muestra a continuación

ID	JUECES			Éxitos
	1	2	3	
1	1	1	1	3
2	1	1	1	3
3	1	1	1	3
4	1	1	0	2
5	1	1	1	3
6	1	1	1	3
7	1	1	1	3

Total, de acuerdos: 20    Total en desacuerdos: 1    **Total de respuestas: 21**

En la mayoría de los ítems se observa una concordancia por los 3 especialistas mostrando un grado de concordancia en general del 95.2% (20/21), por lo que se considera pertinentes los ítems actuales, de tal manera el instrumento tiene validez de contenido y queda como tal para su aplicación.



### CUESTIONARIO FACES III: FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Unidades	ÍTEMS																				Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
1	4	4	5	5	4	4	4	4	3	4	4	4	5	4	4	4	3	4	5	4	82
2	3	5	3	5	5	3	5	4	3	3	3	5	5	1	1	3	5	1	5	5	73
3	5	4	4	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	4	5	5	4	4	5	5	93
4	3	1	2	2	2	2	1	3	2	2	1	1	3	2	1	1	1	1	5	1	37
5	4	3	4	5	5	4	3	4	4	4	3	3	4	4	1	3	3	3	4	4	72
6	2	2	1	2	4	3	3	3	5	3	2	5	5	3	2	3	3	1	5	2	59
7	3	2	4	4	5	3	4	5	4	4	3	3	4	3	3	3	4	4	5	4	74
8	2	1	2	4	3	1	3	1	5	1	1	5	3	3	2	4	5	3	2	3	54
9	5	4	2	4	5	4	4	4	4	5	4	4	5	3	5	4	4	4	5	4	83
10	5	4	5	4	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	3	5	4	91
11	5	4	5	5	5	4	5	4	4	5	5	5	5	4	5	4	5	5	5	4	93
12	5	4	3	4	4	4	4	4	5	5	4	3	5	4	5	5	3	4	5	5	85
13	3	4	5	5	5	5	4	1	3	5	2	3	5	4	3	5	3	1	5	2	73
14	4	3	4	4	4	3	4	5	4	5	5	4	4	4	5	3	4	1	5	4	79
15	5	3	5	4	4	3	3	4	4	5	4	4	5	5	5	3	3	4	5	3	81
Varianza	1.35	1.18	1.10	0.88	1.11	1.11	1.16	0.99	1.16	2.10	1.13	0.16	1.17	2.12	1.12	1.12	2.11	0.16	1.14	237.6	
Σvarianza	26.8																				

$$\alpha' Cronbach = \frac{15}{(15-1)} \left( 1 - \frac{26.8}{237.6} \right) = 0.93$$

Como el valor de  $\alpha$ -Cron Bach=0.93 se consideró un instrumento confiable.

## INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Unidad es	ÍTEMS																				Tot al
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	2	3	0	1	1	0	0	0	15
2	2	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	8
3	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	2	0	0	0	8
4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	4
5	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	2	8
6	3	2	2	1	3	3	3	2	1	2	3	2	2	3	3	3	2	2	3	0	45
7	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	8
8	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	6
9	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	5
10	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	4
11	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	6
12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0	0	4
13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	1	0	0	0	4
14	2	1	1	1	2	1	1	1	1	0	1	0	1	2	1	1	2	2	0	1	22
15	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	1	1	1	0	0	7
Varianza	0.9	0.4	0.3	0.4	0.8	0.7	0.6	0.4	0.1	0.4	0.8	0.5	0.7	1.3	0.7	0.6	0.4	0.6	0.7	0.4	115.6
Σvarianza	11.7																				7

$$\alpha'_{Cronbach} = \frac{15}{(15-1)} \left( 1 - \frac{11.7}{115.6} \right) = 0.95$$

Como el valor de  $\alpha$ -Cron Bach=0.95 se consideró un instrumento confiable.