



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA

TESIS

**“DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN
ADOLESCENTES DEL COLEGIO VIRGEN DEL CARMEN AREQUIPA-2021”**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Salud pública, salud ambiental y satisfacción con los servicios de salud

Presentado por:

Alexis Marcelina Medina Sanchez

Silvia Ttito Chipana

Tesis para obtener el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

Docente asesor:

Dra. Juana María Marcos Romero
Código Orcid N° 0000000205452386

Chincha, Ica, 2021

DEDICATORIA

A Dios quien es mi Padre y a guiado y acompañado siempre.

A mi familia, pilar en mi vida y formación, gracias a ellos he logrado mis objetivos.

A mis profesores por su paciencia y enseñanzas impartidas durante mi formación docente.

AGRADECIMIENTO

Mi eterno agradecimiento a Dios y a todas aquellas personas que han contribuido a mi formación y me han ayudado a cumplir mis sueños, a todos

¡Muchas Gracias!

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre depresión y funcionalidad familiar en adolescentes del Colegio Virgen del Carmen Arequipa 2021.

Material y método: Estudio de tipo correlacional no experimental cuantitativo, de nivel correlacional y diseño no experimental, la población fueron 200 adolescentes a quienes se les aplicó la escala de depresión de Hamilton y Apgar. Los resultados fueron presentados descriptivamente en el capítulo V y VI.

Resultados: Se corroboró que el 32% de los adolescentes presenta una depresión moderada y el 35% de los adolescentes mostraron una disfunción leve dentro de su núcleo familiar, caracterizada por la falta de empatía, comprensión y sensibilidad hacia ciertos miembros de la familia, mientras que, por otra parte, la expresión de empatía extrema hacia uno o más miembros de la familia (o incluso mascotas) que tienen "necesidades especiales" (reales o percibidas), también se presenta una falta de tiempo compartido, sobre todo en actividades recreativas y eventos sociales.

Conclusiones: Existe relación entre depresión y funcionalidad familiar en adolescentes del Colegio Virgen del Carmen Arequipa 2021, ya que el valor de Rho Spearman obtenido es de 0.835** lo que determina una correlación positiva fuerte; entre las variables estudiadas. Por lo tanto a menor depresión mayor es la funcionalidad familiar.

Palabras claves: depresión, funcionalidad familiar, ansiedad, adolescentes.

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between depression and family functionality in adolescents from Colegio Virgen del Carmen Arequipa 2021.

Material and method: Study of a quantitative non-experimental correlational type, of a correlational level and a non-experimental design, the population was 200 adolescents to whom the Hamilton and Apgar depression scale was applied. The results were presented descriptively in chapter V and VI.

Results: It was corroborated that 32% of adolescents present moderate depression and 35% of adolescents showed mild dysfunction within their family nucleus, characterized by a lack of empathy, understanding and sensitivity towards certain family members, while that, on the other hand, the expression of extreme empathy towards one or more family members (or even pets) who have "special needs" (real or perceived), there is also a lack of time-sharing, especially in recreational activities and social events.

Conclusions: There is a relationship between depression and family functionality in adolescents from Colegio Virgen del Carmen Arequipa 2021, since the Rho Spearman value obtained is 0.835 ** which determines a strong positive correlation; among the variables studied. Therefore, the lower the depression, the greater the family functionality.

Keywords: depression, family functionality, anxiety, adolescents.

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
ÍNDICE GENERAL	vi
ÍNDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE FIGURAS	ix
I. INTRODUCCION	10
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
2.1. Descripción del problema	11
2.2. Pregunta de investigación General	13
2.3. Preguntas de investigación Específicas	13
2.4. Justificación e importancia	13
2.5. Objetivo general	15
2.6. Objetivos específicos	15
2.7. Alcances y limitaciones	16
III. MARCO TEÓRICO	17
3.1. Antecedentes de la investigación	17
3.1.1. A Nivel Internacional	17
3.1.2. A Nivel Nacional	20
3.2. Bases teóricas	23
3.2.1. Depresión	23
3.2.3. Funcionalidad Familiar	27
3.2.4. APGAR Familiar	30
3.2.5. Adolescencia	31

3.2.6. Adolescencia Y Depresión:	35
3.2.1. Modelos De Enfermería	35
3.3. Marco conceptual	38
IV. METODOLOGÍA	40
4.1. Tipo y Nivel de Investigación	40
4.2. Diseño de investigación	40
4.3. Población y muestra	41
4.3.1. Población	41
4.3.2. Muestra	41
4.3.3. Criterios de Inclusión	41
4.3.4. Criterios de Exclusión	41
4.4. Hipótesis general y específica	41
4.4.1. Hipótesis de trabajo	41
4.4.2. Hipótesis específicas	41
4.5. Identificación de las variables	42
4.6. Operacionalización de variables	43
4.7. Recolección de información	46
4.7.2. Instrumento	46
V. RESULTADOS	51
5.1. Presentación de resultados	51
VI. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	72
6.1. Análisis descriptivo de los resultados	72
6.2. Comparación de resultados	78
CONCLUSIONES	80
RECOMENDACIONES	82
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	83

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Humor, deprimido y tristeza.....	52
Tabla 2.Sentimientos de culpa	53
Tabla 3. Suicidio.....	54
Tabla 4. Insomnio precoz	55
Tabla 5. Insomnio intermedio	56
Tabla 6. Insomnio tardío.....	57
Tabla 7. Trabajo y actividades.....	58
Tabla 8. Actividad Psicomotora	59
Tabla 9. Ansiedad	60
Tabla 10. Síntomas generales.....	61
Tabla 11. Hipocondría	62
Tabla 12. Pérdida de peso	63
Tabla 13. Perspicacia.....	64
Tabla 14. Depresión	65
Tabla 15. Adaptación familiar	66
Tabla 16. Participación familiar	67
Tabla 17. Capacidad resolutive	68
Tabla 18. Afectividad familiar	69
Tabla 19. Recurso familiar	70
Tabla 20. Funcionalidad familiar.....	71
Tabla 21. Hipótesis general.....	72
Tabla 22. Hipótesis específica 1	73
Tabla 23. Hipótesis específica 2.....	74
Tabla 24. Hipótesis específica 3.....	75
Tabla 25. Hipótesis específica 4.....	76
Tabla 26. Hipótesis Específicas.....	77

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Humor, deprimido y tristeza	52
Figura 2. Sentimientos de culpa	53
Figura 3. Suicidio.....	54
Figura 4. Insomnio precoz	55
Figura 5. Insomnio intermedio	56
Figura 6. Insomnio tardío	57
Figura 7. Trabajo y actividades	58
Figura 8. Actividad Psicomotora.....	59
Figura 9. Ansiedad	60
Figura 10. Síntomas generales	61
Figura 11. Hipocondría.....	62
Figura 12. Pérdida de peso	63
Figura 13. Perspicacia.....	64
Figura 14. Depresión.....	65
Figura 15. Adaptación familiar.....	66
Figura 16. Participación familiar	67
Figura 17. Capacidad resolutive.....	68
Figura 18. Afectividad familiar	69
Figura 19. Recurso familiar	70
Figura 20. Funcionalidad familiar	71

I. INTRODUCCION

En la actualidad, los problemas familiares son más comunes que años atrás. Existe un alto índice de falta de compromiso dentro de la familia, desde padres separados, divorciados o a punto de divorciarse, problemas financieros propios de la época, enfermedades mentales no tratadas a tiempo o el abuso de sustancias por parte del adolescente que justifica con la ausencia de apoyo de alguno de sus padres o la familia en general.

Es importante recalcar que las familias disfuncionales no conocen estrato social ni financiero ni intelectual y que el problema no fue tratado con rigurosidad sino hasta décadas actuales, e incluso la intromisión de profesionales de la salud en el desarrollo de una familia podía verse visto como una causa que empeore la situación, sin embargo, ahora sabemos que el tema es realmente impostergable y que actualmente son los adolescentes los que necesitan un apoyo profesional de la mano con una familia que funcione como un emisor no solo de bienes materiales y costumbres sino también de amor y comprensión con los futuros adultos; esto, con total certeza, permitirá un crecimiento sano en la adolescencia.

La OMS resalta que la salud no solo es una ausencia de síntomas sino además de un bienestar mental y social, y éste equilibrio nace a partir de una familia funcionalmente sana ya que es en éste núcleo donde se promueve el desarrollo de todos sus miembros de forma integral, y de forma contraria, una familia disfuncional debe ser considerada como un factor de riesgo ya que propicia enfermedades y malestar físico y mental entre sus componentes.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1. Descripción del problema

En nuestra sociedad actual la depresión se ha instalado de manera profunda y cotidiana siendo una problemática que surge por diferentes causas provocando consecuencias sociales además de trastornos mentales, es por ello que se considera un problema de salud pública.

La depresión es una de las causas principales de discapacidad y contribuye significativamente a la carga general de morbilidad, calculando un incremento entre los años 2005 y 2015 en más de un 18 %, en la mayoría de países se ha reportado una prevalencia en la vida diaria entre 8 % y 12 %. En América la depresión es uno de los problemas impostergables de salud pública que requiere atención, hacia el año 2015 se reportaron alrededor de 50 millones de personas afectadas lo que representa un incremento del 17 % con respecto al año 2005 y un impacto del 15 % a la morbilidad global. (1)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) proyectó que para el año actual la depresión será una de las causas principales de discapacidad a nivel global, ocupando el tercer lugar en países desarrollados y el primero en países en pleno crecimiento como el nuestro. En la actualidad se calculan más de 350 millones de personas que sufren de este trastorno y, a pesar de que la depresión es considerada un trastorno que tiene solución, la gran mayoría de afectados no reciben ninguna ayuda ni medicamento (2) .

Para el año 2015, el total de personas con depresión a nivel global superó los 300 millones, lo cual se estimó en un 4.4%, siendo más común en las mujeres (5.1%) que en los hombres (3.6%). Se estudiaron las tasas de prevalencia de trastornos mentales en base a estudios epidemiológicos realizados en Latinoamérica y el Caribe, y se concluyó que la depresión tuvo una prevalencia regional media de 4.9% y casi el doble en mujeres que en varones. (3)

Dentro de la sociedad la familia constituye parte fundamental y núcleo protector de las personas que habitan dentro de ella; una de sus funciones intrínsecas es favorecer la salud y mejorar la calidad de vida de sus miembros, sin embargo, es común notar que la mayor parte de problemas psicosociales que se presentan en consultas médicas traen consigo causas directamente familiares.

Partiendo de esa premisa, se debe entender que la funcionalidad que tenga la familia favorece al sano crecimiento de sus miembros y la cohesión y adaptabilidad que ellos proyecten hacia la sociedad. No solo los adolescentes sufren cambios sino también con él la familia, lo que exige comprensión y adaptación a las necesidades del adolescente en esa época de transición.

Los adolescentes están propensos a sufrir de depresión producto de su cambio físico, psicológico, cognitivo y social, habiendo un mayor número de casos en adolescentes con un vínculo pobre con los padres, entre otras características como el exceso o falta de afectividad, falta de disciplina, mala gestión de responsabilidades, falta de control, etc.

Es importante señalar que la aparición y manejo de la depresión está directamente relacionado con el tipo de crianza que existe en el hogar, así las familias con poca comunicación, negligentes o en situación de abandono están más propensos a presentar casos clínicos de depresión comparados con aquellas familias donde el vínculo afectivo es profundo y estrecho. Es así que estos tipos de relación traen como consecuencia conductas adolescentes funcionales y disfuncionales e incluso condicionar el nivel de seguridad y confianza frente a las crisis emocionales futuras.

Ante ésta realidad es importante y urgente realizar este tipo de estudios donde se pueda identificar la relación entre la depresión y la funcionalidad que una familia pueda presentar. Los resultados que podamos obtener de la investigación podrán servir para futuras investigaciones de índole similar además de llevar a cabo acciones que permitan un mejor desarrollo del

adolescente dentro de su familia e incentivar el apoyo que pueda otorgarse de parte de profesionales de la salud hacia los afectados.

2.2. Pregunta de investigación General

¿Cuál es la relación entre depresión y la funcionalidad familiar en adolescentes del Colegio Virgen del Carmen Arequipa 2021?

2.3. Preguntas de investigación Específicas

¿Cuál es la relación entre la depresión y la adaptación familiar en adolescentes del Colegio Virgen del Carmen Arequipa 2021?

¿Cuál es la relación entre depresión y la participación familiar en adolescentes del Colegio Virgen del Carmen Arequipa 2021?

¿Cuál es la relación entre depresión y el crecimiento en adolescentes del Colegio Virgen del Carmen Arequipa 2021?

¿Cuál es la relación entre depresión y la afectividad familiar en adolescentes del Colegio Virgen del Carmen Arequipa 2021?

¿Cuál es la relación entre depresión y el recurso familiar en adolescentes del Colegio Virgen del Carmen Arequipa 2021?

2.4. Justificación e importancia

El presente estudio es importante debido a que en la adolescencia los adolescentes pasan por un proceso de cambios tanto físicos como psicológicos que requieren del soporte de una familia sana y funcional de tal manera que permitan la madurez y crecimiento del adolescente, además de apoyo profesional adecuado donde las enfermeras cumplen un rol importante dentro de la salud.

Esta investigación será útil para conocer los problemas emocionales como la depresión en los adolescentes y medir el nivel de relación con la funcionalidad de sus familias. Al conocer la certeza de la relación existente

entre la funcionalidad familiar con la depresión, se puede dar una mejor orientación en beneficio del adolescente y sus familiares.

A nivel institucional, la trascendencia del estudio realizado ayudará como una guía para otros investigadores del sector salud e incentivará a la creación, fomento y ejecución de estrategias de prevención y así incrementar el apoyo profesional especializado con el fin de reducir enfermedades mentales en función a la familia.

En la actualidad y acorde al último estudio referido a la salud mental, en el Perú la depresión es el principal problema y son los adolescentes quienes representan el mayor porcentaje de población en riesgo de padecerla debido a la serie de cambios que experimentan en dicha etapa de crecimiento tanto a nivel físico como psicológico.

De igual forma en la actualidad la funcionalidad familiar, es decir, el grado de cohesión entre los miembros y su capacidad para adaptarse a los cambios juegan un papel fundamental en el desarrollo emocional de los adolescentes, quienes, al sufrir altibajos en su estado de ánimo y de no contar con el adecuado soporte familiar, lo más probable es que terminaría por desarrollar trastornos emocionales como la depresión.

La relevancia de la investigación sobre la adaptabilidad familiar en relación con la depresión en la adolescencia reside en la poca importancia que se le otorga a la salud mental, es un tema poco estudiado en el medio, uno de ellos es el estudio epidemiológico del 2013 realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental en el cual se reporta un porcentaje considerable de presencia de depresión en adolescentes, siendo los conflictos familiares el principal factor de riesgo asociado a la depresión. De igual manera, no son muchos los estudios realizados respecto a la situación actual del funcionamiento de las familias considerando las características particulares relacionadas al nivel socioeconómico, cultural, educativo e incluso religioso, y cómo estos influyen en cuanto a la cohesión y adaptabilidad de los miembros y su repercusión en la salud mental de sus miembros y en los adolescentes quienes como población vulnerable.

En tal sentido, el presente estudio contribuye como aporte científico datos teóricos válidos sobre este tema de vital importancia, lo cual impulsará a contar con una adecuada orientación y educación en pro de la salud mental de los y las adolescentes, respaldando la información en teoristas como Hildegart de Peplau, que explica cómo la interacción entre pacientes y enfermeros debe fusionarse a través de la cooperación para hallar el equilibrio que brindará salud, bienestar y la mejora del estado físico y psíquico .

Este estudio tendrá su razón de ser al analizar los casos de adolescentes predispuestos a tener un cuadro depresivo, ante esto se planteó el tema de la depresión y su relación con funcionalidad familiar en adolescentes del colegio virgen del Carmen-Arequipa 2021.

2.5. Objetivo general

Determinar la relación entre depresión y funcionalidad familiar en adolescentes del Colegio Virgen del Carmen Arequipa 2021.

2.6. Objetivos específicos

Identificar la relación entre depresión y la adaptación familiar en adolescentes del Colegio Virgen del Carmen Arequipa 2021.

Determinar la relación entre depresión y la participación familiar en adolescentes del Colegio Virgen del Carmen Arequipa 2021.

Identificar la relación entre depresión y el crecimiento en adolescentes del Colegio Virgen del Carmen Arequipa 2021.

Analizar la relación entre depresión y la afectividad familiar en adolescentes del Colegio Virgen del Carmen Arequipa 2021.

Determinar la relación entre depresión y el recurso familiar en adolescentes del Colegio Virgen del Carmen Arequipa 2021.

2.7. Alcances y limitaciones

Alcances:

- El presente estudio explorara la relación entre depresión y funcionalidad familiar en adolescentes del Colegio Virgen del Carmen Arequipa 2021.
- La investigación abarcara a los adolescentes del Colegio Virgen del Carmen Arequipa, 2021.

Limitaciones:

- La investigación no se extenderá en áreas fuera de los adolescentes.
- El período de tiempo de recolección de la información se ve con dificultad a causa de la cuarentena y asilamiento social.

III. MARCO TEÓRICO

3.1. Antecedentes de la investigación

3.1.1. A Nivel Internacional

Estacio X. (2015) en su investigación titulada “Disfunciones familiares que tienen una influencia directa en la depresión, en los pacientes atendidos en el servicio de consulta externa del área de salud n° 9” plantea como objetivo principal determinar el nivel de relación entre la disfunción familiar y el desarrollo de cuadros depresivos en adolescentes de 14 a 19 años de edad del Grupo de Estilos de Vida Saludable en el Área de Salud No. 9.

La investigación es de tipo correlacional de diseño no experimental con enfoque cuantitativo. La población y muestra considerada para la investigación fue de 20 adolescentes entre 14 y 19 años que formaban parte del grupo de Estilos de Vida Saludable conformado por el área de Salud No 9.

Para la recolección de datos se usaron como técnicas la observación clínica, entrevista y la técnica psicométrica, y los instrumentos utilizados fueron: Inventario de Depresión de Beck (BDI), Apgar Familiar de Smilkstein y la Historia Clínica Psicológica, concluyendo al término de la investigación que los/las adolescentes que pertenecen a familias nucleares disfuncionales presentan mayores índices de depresión, comparados a quienes pertenecen a familias disfuncionales extensas. El poder contar y recibir apoyo y protección de otros miembros familiares como abuelos, tíos, etc., fortalecería una contención emocional adicional a la recibida por los padres o hermanos. (4)

Díaz J. (2018) en su trabajo titulado “Depresión y funcionamiento familiar en jóvenes universitarios” plantea como objetivo principal establecer la relación entre depresión y funcionamiento familiar en estudiantes universitarios de la Universidad Autónoma del Estado de México.

La metodología de investigación fue de diseño no experimental de tipo transversal correlacional, donde la población considerada fueron los alumnos de nivel universitario y la muestra fue de 147 estudiantes, conformados por 80 mujeres y 67 mujeres entre 18 y 24 años de edad de ambos sexos.

Para la recolección de datos se usó la encuesta como técnica y como instrumentos tenemos el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y la Escala de Funcionamiento Familiar, concluyendo que el funcionamiento familiar está relacionado a la ausencia de depresión como un factor de protección para los jóvenes, mientras la familia tenga mayor funcionalidad es más probable que la presencia de depresión sea mínima o nula. (5)

Jadán C. (2017) en su investigación titulada “Depresión en adolescentes de 14 a 16 años del Colegio 27 de febrero de la ciudad de Loja” plantea como objetivo principal dar a conocer los factores de riesgo más relevantes que conllevan a la depresión en los adolescentes de 14 a 16 años de dicha institución.

La investigación fue de tipo descriptivo de corte transversal con un enfoque cuantitativo, teniendo una población conformada por 365 estudiantes, considerando una muestra de 266 alumnos cuyas edades oscilan entre los 14 y 16 años.

Para la recolección de datos se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento un cuestionario validado bajo la escala de Zung, llegando a la conclusión que, respecto a la muestra, el 51.5% son hombres y el 38.72% tiene 16 años, existiendo una prevalencia de la depresión de un 65.75%. Otro dato resaltante es que el 92.2% de mujeres refiere sufrir de depresión y entre los hombres se registra un 88.3%, siendo los jóvenes de 15 años quienes más la padecen. (6)

Ordóñez M. (2017) en su investigación titulada “Funcionalidad familiar y su relación con la depresión en adolescentes del bachillerato de la zona 7 del Ecuador 2016” plantea como objetivo principal analizar la funcionalidad familiar y su relación con la depresión en los adolescentes de dicho plantel.

La investigación fue de tipo prospectivo, descriptivo, cuantitativo no experimental de corte transversal. La población estuvo conformada por 66856 adolescentes registrados en la base AMIE, calculando una muestra de 750 jóvenes.

Para la recolección de datos se utilizó como técnica la encuesta y como instrumentos el Test de percepción de funcionalidad familiar FFSIL, Escala de depresión de Hamilton y la encuesta de Estratificación de nivel socioeconómico del INEC. Se concluye que la depresión es mayor en familias con disfunción familiar normal y severa, siendo las mujeres quienes tienden a sufrir de depresión 2 veces más que el hombre. Los adolescentes que proceden de parroquias urbanas representan un mayor índice de riesgo de depresión. (7)

Yáñez L. (2018) en su investigación titulada “Funcionamiento familiar y su relación con la autoestima de adolescentes” plantea como objetivo principal determinar qué relación existe entre el funcionamiento familiar y la autoestima de los mismos.

La metodología de investigación fue de tipo no experimental, descriptivo correlacional y de enfoque cuantitativo. La población estuvo compuesta por 80 adolescentes entre los 17 y 18 años, calculando una muestra de 74 estudiantes del primer semestre de la Facultad de Ciencias Agropecuarias y Recursos naturales (CAREN).

Para la recolección de datos se tuvo como técnica la encuesta y como instrumentos la Escala de Funcionamiento familiar FF-SIL y Escala de Autoestima de Cooperesmith. Se concluye que el tipo de familia disfuncional es la que prevalece entre los adolescentes, lo cual afecta directamente su autoestima. Uno de los aspectos que resaltan en la disfuncionalidad familiar es la cohesión, lo que merma la armonía y el cumplimiento de los roles, lo que provoca la inseguridad en el adolescente y una autopercepción positiva. (8)

3.1.2. A Nivel Nacional

Apaza S. (2018) en su investigación titulada “Funcionabilidad familiar relacionado con la depresión en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Industrial N°32 Puno – 2018” plantea como objetivo principal determinar la relación entre la funcionabilidad familiar y el nivel de depresión en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Industrial N°32 Puno.

El tipo de estudio fue descriptivo transversal con diseño de investigación correlacional, considerando una población de 151 adolescentes de ambos sexos de 3er y 4to grado de secundaria, tomando como muestra a 131 adolescentes calculados mediante un muestreo simple.

Para la recolección de datos se usó como técnica la encuesta y como instrumentos tenemos la Prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL) y la escala de Zung para la depresión, llegando a la conclusión de que existe una relación significativa entre la funcionabilidad familiar y el nivel de depresión en los adolescentes IES Industrial N°32 de Puno 2018, es decir, cuando la familia es moderadamente funcional se espera niveles bajos de depresión y si es disfuncional se tendrán niveles altos de depresión. (9)

Sánchez S. (2014) en su investigación titulada “Depresión y clima social familiar en los adolescentes del nivel secundario de la Institución Educativa 058 Sifredo Zúñiga Quintos Tumbes 2014” plantea como objetivo principal identificar presencia de depresión, en qué nivel, asimismo, conocer el clima social familiar que se perciben en los hogares de los adolescentes utilizando como instrumentos la escala de clima social familiar (FES) de RH. Moos y E.J. Trickett y Escala de depresión Zung.

La metodología de estudio es cuantitativa de nivel descriptivo de tipo correlacional, considerando una población de 250 adolescentes de ambos sexos cuyas edades oscilan entre 12 y 17 años de edad, tomando como muestra a 105 adolescentes entre hombre y mujeres entre primero y quinto de secundaria de dicha institución.

Para la recolección de datos se usó la técnica de la encuesta y como instrumentos la Escala de Clima Social Familiar FES y Escala de depresión Zung, concluyendo que existe una relación significativa entre clima social familiar y depresión en los adolescentes de la I.E 058 Sifredo Zúñiga. (10)

Vargas H. (2018) en su investigación titulada “Funcionamiento familiar y su relación con la depresión en adolescentes internados en el Hospital de Emergencias Pediátricas, Octubre – Diciembre. Año 2017” plantea como objetivo principal determinar la relación entre funcionamiento familiar y la depresión de los adolescentes internados en dicho Hospital.

La metodología utilizada en el estudio fue de tipo aplicada de nivel correlacional de diseño no experimental de corte transversal. La población estuvo conformada por 90 adolescentes internados en dicho hospital, considerando el total como muestra por ser un número finito del periodo de octubre a diciembre del 2017.

Para la recolección de datos se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento el cuestionario FACES III y el inventario de depresión de Beck (BDI) modificado, llegando a la conclusión que existe una relación significativa entre funcionalidad y depresión, ante una cohesión familiar adecuada existe una menor depresión y de forma contraria, a una cohesión inadecuada mayor depresión. (11)

Cabrera R. (2020) en su investigación titulada “Disfuncionalidad familiar y depresión en adolescentes de 3ero y 4to grado de secundaria de una Institución educativa, Bellavista, 2020” plantea como objetivo principal determinar la relación entre la disfunción familiar y la depresión en adolescentes de dicha institución.

Para la recolección de datos se utilizó como técnica la encuesta y como instrumentos se usaron cuestionarios como la Escala APGAR familiar y el Inventario de depresión de Beck II, llegando a la conclusión que si existe una relación directa entre la disfunción familiar y la depresión donde la mayoría de participantes arrojan un nivel de depresión moderada. (12)

Flores H. (2017) en su investigación titulada “Disfuncionalidad familiar y la depresión en los alumnos de Segundo y Tercer año del nivel secundario de la Institución Educativa Adventista 28 de Julio. Ciudad de Tacna. Perú. 2016, plantea como objetivo principal determinar la relación que existe entre la disfuncionalidad familiar y depresión en los alumnos de dicha institución.

La metodología utilizada fue de nivel aplicativo descriptivo correlacional de enfoque cuantitativo con un diseño no experimental correlacional de corte transversal ya que se medirán las variables de forma independiente. La población estuvo conformada por 153 alumnos del 2do y 3er grado de secundaria, calculando una muestra de 52 alumnos de ambos sexos de dicha Institución.

Para la recolección de datos se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento se tuvo el cuestionario del test de APGAR familiar y el test de Beck, llegando a la conclusión que existe un nivel de funcionalidad familiar normal del 48%, una disfunción moderada del 40% y una disfunción grave del 12%. Además, se tuvo que el 40% no presenta depresión, el 33% se siente ligeramente deprimido, el 17% moderadamente deprimido y el 10% gravemente deprimido. Existe una relación directa entre la disfunción familiar y la depresión en los adolescentes de la Institución mencionada.

(13)

3.2. Bases teóricas

3.2.1. Depresión

A. Definición

El CONACYT (14) refiere que la depresión ocupa un lugar en las llamadas enfermedades mentales, ocupando el lugar 11 de 88 condiciones analizadas, lo que obliga a considerar a la depresión como un causal grave en la disminución de la calidad de vida y afectan el curso de otras enfermedades crónicas. A pesar de tener datos certeros sobre su impacto en la salud mental, solo el 17.7% recibe un tratamiento médico adecuado.

Está comprobado que la exposición a situaciones de desigualdad y adversidad social incrementa el riesgo a padecer de depresión, y la presencia de este trastorno mental implica un menor desarrollo social e individual a la vez que menores oportunidades de tratamiento y reproducción de la pobreza; sin embargo, la depresión sobrepasa los límites de los estratos sociales y afecta la calidad de vida de los ciudadanos en general.

Botto, Acuña y Jiménez (15) mencionan que la depresión es una enfermedad crónica recurrente cuyo tratamiento es a largo plazo. El término nace a mediados del siglo XIX para referirse a una alteración de las emociones donde sobresalen el menoscabo, la inhibición y deterioro funcional.

Los sentimientos depresivos forman parte de todas las personas y sus manifestaciones frente a la pérdida, sin embargo, su concepto es entendido de distinta forma en diferentes culturas.

La Organización Panamericana de la Salud (16) refiere a la depresión como un trastorno mental que se caracteriza por la presencia de tristeza, ansiedad, pérdida de interés, sentimientos de culpa y falta de autoestima, etc., la cual afecta en el mundo alrededor de 350 millones de personas, afectando su desempeño familiar, escolar o laboral siendo su consecuencia mayor el suicidio.

En el Perú el 20% de los ciudadanos sufre de depresión entre los 25 y 35 años y solo el 40% recibe ayuda adecuada y oportuna.

B. Características de la depresión.

La depresión, según Arranz y San Molina (17) muestra las siguientes características:

Síntomas psicológicos:

- Tristeza
- Anhedonia
- Ansiedad
- Vacío emocional.
- Pensamiento depresivo.
- Problemas de concentración o de memoria
- Delirios
- Alucinaciones

Síntomas físicos:

- Dificultad para conciliar el sueño, insomnio o aumento de las horas de sueño.
- Lentitud mental y física.
- Alteración del apetito.
- Alteración del peso.
- Pérdida de interés en el sexo.
- Cansancio.
- Estreñimiento.
- Alteración de la menstruación.

De la misma forma, Bellak y Small (18) señalan las siguientes características:

- Disminución de capacidad psicomotora del habla
- Disminución de capacidad psicomotora del caminar y gestual
- Ausencia de ganas de vivir
- Sentimiento de que la vida no vale la pena

- Fatiga
- Dificultad para tomar decisiones
- Cansancio
- Cualidades obsesivas
- Pérdida de apetito
- Estreñimiento

C. Factores de Riesgo

Zarragoitía (19) menciona que los mayores factores desencadenantes de la depresión son los siguientes:

- a) Antecedentes de familiares con depresión.
- b) Trastorno de ansiedad.
- c) Distimia.
- d) Consumo de drogas.
- e) Rasgos de personalidad neurótica.
- f) Enfermedades cardíacas y endocrino-metabólicas.
- g) Circunstancias laborales.
- h) Pobreza.
- i) Polimorfismo del gen que transporta la serotonina.
- j) Enfermedades crónicas físicas como mentales.
- k) Migraña.
- l) Consumo de depresógenos.
- m) Estrés crónico causado por sobrecarga emocional.
- n) Disminución de la comunicación interpersonal.
- o) Cambios rápidos del estilo de vida.
- p) Aumento de la esperanza de vida.

D. Tipos De Depresión

A su vez, considera como tipos de depresión:

1. **Depresión Crónica:** Cuando los síntomas duran más de dos años y surgen factores como: mayor número de episodios depresivos, sexo femenino, delirios y alucinaciones, envejecimiento, abuso de sustancias tóxicas, enfermedades y eventos no esperados.
2. **Depresión Post-parto:** Inicia las 4 primeras semanas después del embarazo y tiene características similares a una depresión mayor.
3. **Depresión subsindrómica:** Asociada a una disminución de los dominios de la calidad de vida y a un diseño de actitudes negativas hacia el proceso de envejecimiento.
4. **Depresión psicótica:** Ocurre cuando la persona tiene ideas depresivas o pensamientos no acordes a la realidad, llegando al delirio y alucinación coherentes a su estado de ánimo. Puede llegar a ser crónica.

El Grupo Gestión de Información en Salud (20), a su vez menciona como principales tipos de depresión a:

- a. **El trastorno depresivo grave**, que se caracteriza por una combinación de síntomas que disminuyen la capacidad para el trabajo, dormir, estudiar, comer, y disfrutar de las actividades que en otro momento hubieran resultado placenteras. La depresión grave le resta capacidad a la persona y no le permite un desenvolvimiento normal. Un episodio de depresión grave puede ocurrir solo una vez en la vida de una persona, pero en general es recurrente para toda la vida.
- b. **El trastorno distímico**, o la distimia, cuya característica principal es su duración larga (dos años o más) aunque menos graves, no incapacita a la persona, pero si limita un desarrollo normal o su sentimiento de bienestar. Las personas con este trastorno pueden padecer uno o más episodios de depresión grave en sus vidas.

3.2.3. Funcionalidad Familiar

A. Definición

Moreno y Chauta (21) definen a una familia funcional como aquella que logra el crecimiento sano de sus miembros y su desarrollo integral, así como propiciar una salud mental sana que se manifiesta a través del grado de satisfacción de experimenta cada uno de los integrantes al cumplir con los parámetros básicos de la familia como son la adaptación, participación, ganancia, crecimiento, afecto y recursos.

La funcionalidad está relacionada directamente con la jerarquía, entendiendo ésta como el nivel de autoridad dentro de la familia, pudiendo ser autoritaria, indiferente, permisiva, recíproca o indulgente.

La familia tiene como una de sus funciones primordiales contribuir al sano desarrollo de sus miembros a través de la transmisión de valores y creencias de padre a hijo y su apoyo incondicional.

Para Ruíz (22), la funcionalidad familiar es el conjunto de atributos que posee una familia y que la diferencia como sistema y explica las regularidades halladas en la forma cómo el sistema familiar se desarrolla, evalúa o se comporta.

Considerando dimensiones como la cohesión y adaptación, la familia puede desarrollarse dinámicamente de acuerdo a las circunstancias y los cambios que pueda experimentar en el tiempo, funcionando de manera equilibrada aquellas familias que forjan lazos más fuertes y estables en el tiempo.

B. Funciones De La Familia

Olson, Rusell y Sprenkle (23) definen las funciones de la familia de la siguiente manera:

1. **Apoyo Mutuo**, que se produce dentro de un marco de interdependencia y se sustenta en relaciones emocionales, además del

apoyo físico, económico, social y emocional. Se dan consuelo y confort, realizan labores grupales y existe un sentido de pertenencia.

2. Autonomía e independencia, ya que cada persona asume responsabilidades y posee roles bien definidos lo que le otorga un sentido de identidad; su personalidad se extiende más allá de los límites de la familia.

3. Reglas, ya sean explícitas o implícitas son las que gobiernan una unidad familiar. Los límites de los subsistemas deben ser firmes, pero a la vez flexibles como para permitir cambios cuando las circunstancias cambien dentro de la familia. Las normas incluyen los parámetros de la interacción.

4. Adaptabilidad a los cambios de ambiente, la familia cambia constantemente en el transcurrir del tiempo, restructurándose y adaptando nuevas posturas para que pueda seguir funcionando. Toda familia debe estar preparada para los cambios ya sean internos o externos para no perder su funcionalidad.

5. La familia se comunica entre sí, ya sea de forma verbal, no verbal o de forma implícita. La comunicación es indispensable para que las demás funciones puedan realizarse de forma plena y adecuada. Sin los canales de comunicación la funcionalidad familiar se verá afectada.

Rodríguez (24) desde una visión sociológica refiere como funciones básicas de la familia a las siguientes:

a. Función Biosocial, que permite a las personas sentirse realizadas mediante la procreación y la formación de una familia dentro de la sociedad. Socialmente hablando, la conducta reproductiva es considerada como reproducción de la población la cual comprende a las relaciones sexuales de pareja, lo que otorga estabilidad para ella y la familia.

b. Función Económica, conformada por las actividades de abastecimiento y consumo cuya finalidad es la satisfacción de las

necesidades personales y familiares, y actividades de mantenimiento que comprenden al trabajo realizado por los miembros de la familia dentro de ella (tareas domésticas), así como las relaciones intrapersonales que se establecen con tal fin. Esta función influye sobre el nivel de vida familiar.

c. Función Cultural-Espiritual, la cual abarca a todas las actividades y relaciones familiares, mediante las cuales los miembros de la familia participan en la realización de los actos cultural-espirituales de la familia y la sociedad.

d. Función de seguridad, la cual es indispensable en la familia para proporcionar estabilidad emocional para sus miembros que no se halla en otros grupos sociales. A través de sus medios y posibilidades la familia propicia el sano desarrollo de la personalidad de cada miembro de la familia, principalmente en la educación y socialización de los miembros más jóvenes.

No obstante, la eficacia del papel que cumple una familia funcional no se refleja en el cumplimiento de sus funciones de forma particular sino de la combinación efectiva del cumplimiento de todas a la vez. Por ello aún es posible encontrar con mayor frecuencia a familias donde las necesidades económicas están resueltas satisfactoriamente y, sin embargo, existen profundas carencias en el ámbito espiritual y afectivo que complican la plena formación del niño o el adolescente.

El cumplimiento de las funciones ya descritas también está estrechamente ligada a su estructura interna, es decir, al tipo de relación que existe entre los miembros de la familia, la cantidad de ellos y su estrato económico, social, profesional y cultural de cada uno de ellos. A partir de estos elementos la familia tendrá mejores condiciones para un mejor cumplimiento de sus funciones básicas, su establecimiento dentro de un estrato social, económico y cultural y un estilo de vida con sentido de pertenencia y estabilidad.

3.2.4. APGAR Familiar

El APGAR familiar es una herramienta cuantitativa que permite detectar la disfunción familiar desde un punto de vista personal, familiar y social. Este instrumento evalúa la percepción del paciente en relación a su situación familiar y de esta forma darle un seguimiento integral. (25)

La utilidad de ésta herramienta se da al evidenciar el funcionamiento que tiene la familia en relación al paciente. Éste registro es importante en la práctica ambulatoria porque los pacientes no manifiestan directamente los problemas que tienen a nivel familiar, a la vez que no se puede forjar una relación estrecha entre el paciente y la enfermera.

El fin del APGAR es otorgarle un seguimiento oportuno al paciente ya que la medicina es tanto médica como social ya que no todas las enfermedades tienen su origen en una dolencia física sino también debido a situaciones como el estrés, depresión que afectan muchas veces de forma más profunda en el individuo. (26)

Los componentes de este instrumento son 5, las cuales evalúan el nivel de funcionalidad de la familia (27):

A. Adaptación

Es la capacidad del individuo de utilizar los recursos familiares internos y externos para resolver los problemas en periodos de crisis o estrés.

B. Participación

La participación o cooperación es el grado de implicancia que tienen los miembros de la familia con la responsabilidad familiar y la toma de decisiones en asuntos de interés común y la búsqueda de soluciones a sus problemas.

C. Gradiente de Recursos

Es el proceso de la maduración física, emocional y de autorrealización que experimenta cada miembro familiar con el apoyo de la familia y su asesoría. También mide el grado de satisfacción del paciente en cuanto al apoyo que le brinda la familia ante un reto o nuevos emprendimientos individuales.

D. Afectividad

Es la satisfacción que experimenta el individuo en relación a sus respuestas frente al cariño, afecto, tristeza o rabia dentro del grupo familiar.

E. Recursos o Capacidad Resolutiva

Es el compromiso que una familia dedica a sus miembros en cuanto a tiempo, espacio y dinero frente a sus necesidades emocionales y físicas. Estos recursos son esenciales dentro de una familia.

El APGAR familiar se aplica en algunos casos como:

Pacientes polisintomáticos donde se detecten dolores psicosociales como depresión o ansiedad.

- En grupos o pacientes crónicos.
- Cuando se requiera del apoyo familiar para el cuidado del paciente.
- A los integrantes de familias en constante crisis.
- A pacientes que provienen de familias problemáticas.
- Cuando existe una ausencia de respuesta a tratamientos medicinales principalmente en enfermedades crónicas.

3.2.5. Adolescencia

A. Definición

La adolescencia es una fase importante y a la vez compleja en la vida del ser joven, una etapa donde se asumen responsabilidades y una sensación de independencia. Es aquí donde los jóvenes están en constante búsqueda de su identidad, practican los valores aprendidos durante la infancia y desarrollan nuevas habilidades.

Cuando los padres otorgan el apoyo y aliento al adolescente, estos se vuelven miembros plenos de la sociedad, enérgicos y de espíritu que no se apaga, se sienten capaces de poder cambiar el mundo.

Se calcula que la adolescencia abarca las edades entre los 10 y los 19 años, siendo este tiempo una época de transición compleja, maduran física y sexualmente, desarrollan la capacidad de raciocinio, exploran los conceptos del bien y del mal y meditan sobre el futuro.

Durante la adolescencia, los adolescentes establecen su independencia psicológica, aprender a entender su sexualidad y se sienten partes de la sociedad del futuro; todo esto sucede de forma gradual y muchas veces es una experiencia perturbadora, es por ello que los jóvenes pueden experimentar desilusión o decepción y al momento experimentar euforia, optimismo e ilusión (28).

B. Etapas de la Adolescencia Tomada en un sentido amplio, se podría considerar:

1) Adolescencia temprana, es el periodo que nace en la pubertad y se manifiesta a través de los cambios corporales notorios. Psicológicamente el adolescente desarrolla egocentrismo, el cual se manifiesta en su enfoque hacia sí mismo y a los fenómenos a los que Elkind llamaba “audiencia imaginaria” y “fábula personal”. El adolescente se centra en su apariencia física, su conducta y sus cambios corporales y asume que el resto de sus contemporáneos asumen perspectivas y valores iguales a los suyos. El adolescente en ésta etapa siente que está en un escenario como actor principal y es el centro de atención de toda la sociedad.

En el aspecto social el adolescente se moviliza hacia fuera de la familia, busca su independencia y el interés por las actividades familiares disminuye, es evidente su resistencia a las normas familiares a favor de su independencia, deja de aceptar consejos y se resiste a las críticas; sin embargo, es dependiente de ella como estructura y apoyo.

Sexualmente, el adolescente presenta mayor preocupación por su cuerpo, los cambios corporales hacen cuestionarse sobre su imagen y rasgos físicos triviales, aparece el pudor y la vergüenza hacia su desnudez y siente mayores impulsos sexuales.

2) La adolescencia media es el periodo donde el adolescente se distancia de su familia y su mayor apego a sus pares, ello implica una reorientación en sus relaciones interpersonales lo cual afecta tanto a los padres como al mismo adolescente.

En ésta etapa continua el sentido de individualidad, es propenso a depender de la opinión de terceros.

Otro punto interesante es que al desarrollarse el egocentrismo en la adolescencia y ser significativo en ésta etapa, el adolescente desarrolla el sistema cerebral socioemocional por encima del control del sistema cognitivo, lo que explica el por qué el adolescente es consciente de los riesgos propios de la edad como es el sexo o las drogas, pero aun siendo consciente de las posibles consecuencias, los adolescentes se atreven a tomar el riesgo por ese sentimiento de invulnerabilidad que el egocentrismo produce en ellos.

En el ámbito psicológico el adolescente se vuelve más impulsivo y cognitivamente se incrementan las habilidades de pensamiento abstracto, razonamiento y la creatividad. La capacidad de razonar sobre su propia persona lo lleva a ser crítico con sus padres y la sociedad en general.

En el aspecto social el adolescente se apega a sus pares de forma intensa. Adopta la vestimenta, conducta, códigos y valores de su grupo en un intento por separarse más de la familia en búsqueda de su identidad. Se empieza a desarrollar en pareja y sus amistades representan una parte importante de su rutina.

3) La adolescencia tardía

Representa la última etapa de la adolescencia en la búsqueda de su identidad y autonomía.

Para la gran mayoría de adolescentes este periodo representa una mayor tranquilidad e incremento de la integración de su personalidad.

Si las etapas anteriores se han desarrollado de forma óptima, el joven estará listo para afrontar una adultez sana.

En el ámbito psicológico su desarrollo tiene mayor firmeza, el adolescente ya no tiene una autoimagen definida por sus pares, tiene intereses estables y es consciente de los límites y las limitaciones personales. Puede tomar decisiones personales con una visión en el futuro.

En el ámbito cognitivo el pensamiento abstracto está establecido en su totalidad, aumenta la capacidad para prever las consecuencias de sus actos y la resolución de problemas.

El ámbito social en esta etapa se manifiesta por una disminución de la influencia del grupo en el adolescente, los valores y costumbres de sus pares se hacen menos importantes, el adolescente se siente más cómodo con sus propios principios y existe un mayor acercamiento a su familia, y si se tuvo una relación positiva con ella, el adolescente se vuelve más íntimo con los padres.

En el aspecto sexual, el adolescente acepta sus cambios y su identidad sexual, en general empiezan las relaciones sexuales y se inclina hacia relaciones en pareja íntimas y estables.

Para culminar, vale resaltar que el desarrollo del joven no termina con la adolescencia y que el nuevo adulto joven aun no es un producto terminado. El desarrollo personal es un proceso que continua toda la vida y los cambios que pueda experimentar con el tiempo podrán ser enfrentados con éxito dependiendo en gran parte del desarrollo saludable de la adolescencia (29).

3.2.6. Adolescencia Y Depresión:

De acuerdo a la OMS, la depresión es la condición crónica más común cuya relación es estrecha con la salud pública, la que se manifiesta mediante el aumento de mortalidad, aumento de tasas de suicidio y homicidio, etc.

Debido a los distintos cambios que los jóvenes sufren en la adolescencia, la depresión se manifiesta con mayor regularidad y son las mujeres la población más afectada. Además, es en la adolescencia donde se desarrollan los patrones de un comportamiento saludable lo cual disminuye el riesgo a trastornos clínicos durante la adolescencia y la edad adulta.

Diversos estudios refieren que la depresión puede deberse a las condiciones socioeconómicas y políticas de la actualidad donde sus características mayores son el desempleo, violencia y pobreza, incertidumbre laboral y pocas expectativas.

Las personas que desarrollan depresión durante la etapa adolescente y problemas psiquiátricos en la adultez temprana se caracterizan por ser jóvenes que presentan episodios de depresión severa. Estos casos presentan altos niveles de estrés, conflicto y dependencia interpersonal (30).

3.2.1. Modelos De Enfermería

A. El Modelo De Hildegart Peplau

Hildegart Peplau refieren que fue considerada una líder en el campo de la enfermería, impulsando el desarrollo de la enfermería psiquiátrica como

una especialidad diferenciada, siendo dentro del campo una educadora, líder y teórica de la enfermería. (31)

Uno de sus aportes trascendentales fue establecer la importancia de la relación enfermera-paciente como un proceso interpersonal significativo y terapéutico.

Galvis (15) explica las fases de la relación enfermera-paciente de la siguiente manera de acuerdo a este modelo:

- Orientación, donde el paciente presenta una necesidad insatisfecha y necesita apoyo profesional, es cuando el enfermero/a lo ayuda a reconocer y comprender su problema y determinar el tipo de ayuda.
- Identificación; fase donde el paciente identifica al profesional que viene a prestarle ayuda.
- Explotación, donde el paciente intenta obtener todos los beneficios a partir de la relación establecida.
- Resolución, donde culmina la relación y el paciente se libera de su identificación con el profesional médico.

De igual forma, los papeles de la enfermería que surgen a partir de las distintas fases de la relación enfermera-paciente se podrían detallar como:

- Papel de extraño, se debe aceptar al paciente tal como es sin un prejuizgamiento.
- Papel de persona a quien recurrir, donde el profesional debe proporcionar al paciente las respuestas que necesita en materia sanitaria y su posterior tratamiento.
- Papel docente, una combinación de todos los papeles que cumple el profesional, la cual empieza una vez que el paciente conoce y desarrolla en función de su deseo de mejora.

- Papel conductor, que se desarrolla a través de la ayuda al paciente a partir de una cooperación activa.
- Papel de sustituto, asignado por el paciente hacia el enfermero una vez establecida una relación emocional estrecha entre ambos.
- Papel de asesoramiento, el papel más importante según su propia autora en el mundo de la psiquiatría, la cual se manifiesta a partir de la respuesta que el enfermero otorga a las demandas del paciente.

B. Conceptos Metaparadigmáticos

Cineros (16) los define de la siguiente manera:

- **Persona:** Peplau lo define con el término de hombre, el cual es un organismo que vive en un equilibrio inestable, un patrón fijo que no se alcanza sino con la muerte.
- **Enfermería:** Definida como un proceso significativo, interpersonal y terapéutico en constante cooperación con otros procesos humanos que posibilitan la salud del hombre en la comunidad. La enfermería es un instrumento de aprendizaje que intenta desarrollar la personalidad en una dirección constructiva, productiva y creativa.
- **Salud:** Es una palabra simbólica que implica un movimiento hacia adelante de la personalidad y otros procesos humanos en dirección a una vida creativa, constructiva y productiva.
- **Ambiente:** Definida como las fuerzas existentes fuera del organismo y en el contexto cultural de donde se adquieren costumbres, gustos y creencias, y donde generalmente se requiere un proceso interpersonal para una mejor salud.

Un aspecto importante de la teoría es que no menciona a la familia y a la comunidad, lo que afecta al acceso de una red de apoyo adecuado para la persona. Por otro lado, la teoría permite que los profesionales médicos no se centren solo en la atención biológica de las enfermedades, sino que

se apoyen también en el aspecto emocional y conductual de la persona frente a la enfermedad, propia de la relación enfermero-paciente.

Tal modelo sustenta este estudio por cuanto sus fases orientan el foco para reconocer cuales son las dificultades y necesidades, logrando un entendimiento bidireccional y soluciones para saber afrontar la situación depresiva en la que esta el paciente al compartir e identificar los problemas, los pacientes avanzan hacia el establecimiento de objetivos mutuos, donde la enfermera y paciente refirieren “acostumbrarse” el uno al otro, y al “crecimiento” como trasladarse a un “nivel diferente” que ya no les deje sentirse incómodos. En resumen, la disponibilidad, consistencia y confianza en la enfermera se perciben en este estudio como factores importantes que mueven las relaciones de la orientación a la fase de trabajo hacia la recuperación.

3.3. Marco conceptual

1. Funcionalidad familiar: refiere que es la capacidad de la familia para enfrentar las crisis, valorar la forma en que se permiten las expresiones de afecto, el crecimiento individual de sus miembros, y la interacción entre ellos, sobre la base del respeto, la autonomía y el espacio del otro.
2. Cohesión familiar: Vínculo emocional que los miembros de la familia tienen entre sí, en base al reconocimiento de que todos forman parte de una institución llamada familia. Esta cohesión familiar se puede percibir como: Dispersa, conectada, aglutinada y separada.
3. Adaptabilidad familiar: Es la medida en que el sistema familiar es flexible y capaz de cambiar, la habilidad de un sistema marital o familiar para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles y las reglas de las relaciones, en respuesta al estrés situacional y propio del desarrollo. Esta dimensión se puede percibir en 4 niveles: Caótica, estructurada, rígida y flexible.

4. Comunicación familiar: Es un proceso interactivo que tiene gran importancia en la forma en como interactúan los miembros y en que medida se facilita la adaptación y la cohesión en la familia.
5. Niveles de funcionalidad familiar: La correlación entre los 4 niveles de cohesión y los 4 niveles de adaptabilidad familiar dan lugar a tipos de familia agrupadas en 3 niveles de funcionamiento familiar.
6. El rango balanceado o equilibrado: Es el más idóneo y en base a los niveles de cohesión y adaptabilidad se tiene los siguientes tipos de familia: Separada – flexible, conectada- flexible, separada - estructurada y conectada - estructurada.
7. El rango medio o moderado: Donde existe cierta polarización en la cohesión o la adaptabilidad familiar. Las tipos de familia son los siguientes: Separada – caótica, conectada – caótica, dispersa - flexible, aglutinada - flexible, dispersa – estructurada, aglutinada – estructurada, separada - rígida y conectada - rígida.
8. El rango extremo: Es el nivel menos adecuado y los tipos de familia son: Dispersa – caótica, aglutinada – caótica, dispersa – rígida y aglutinada – rígida.
9. Depresión: es un estado de ánimo disfórico frente a determinado evento desencadenante, estado de ánimo que puede convertirse en síntoma de un trastorno psiquiátrico. Dicho estado de ánimo evidencia: Tristeza, soledad, baja autoestima, miedos, bloqueo emocional, dificultad para tomar decisiones, y un sentimiento generalizado de indefensión y ansiedad.
10. Adolescencia: Es el periodo de transición entre la niñez y la etapa adulta que fluctúa entre los 12 y 17 años de edad. En esta etapa, varones y mujeres, atraviesan cambios fisiológicos, psicológicos y sociales que tendrán trascendencia en su adaptación psicológica y social como adulto.

IV. METODOLOGÍA

4.1. Tipo y Nivel de Investigación

Es una investigación correlacional no experimental cuantitativo porque no se manipularon las variables sino correlacionar la relación entre las dos variables del depresión y función familiar en adolescente analizando las características del por qué existe nivel alto depresión en adolescente.

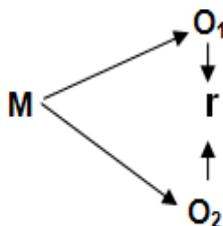
El nivel de la investigación es correlacional simple porque busca establecer relación entre las variables de estudio.

4.2. Diseño de investigación

Es un diseño no experimental porque se observará las acciones tal y como ocurren naturalmente y poder analizar e interrelacionar las variables en un momento dado.

Es de corte transversal porque se recolectará los datos en un solo momento.

De acuerdo al diseño se trata de una investigación no experimental de corte transversal y correlacional.



Donde:

M = Muestra

O₁ = Observación de la V.1.

O₂ = Observación de la V.2.

r = Correlación entre dichas variables.

4.3. Población y muestra

4.3.1. POBLACIÓN

La población de estudio está conformada por todos los adolescentes de la Institución Educativa Virgen del Carmen, que asciende a un total de 200 estudiantes adolescentes.

4.3.2. MUESTRA

La muestra que utilizare para este proyecto es de tipo censal ya que incluye al total de la población que tienen la misma probabilidad de ser elegidos y trabajar para conocer el nivel de depresión.

4.3.3. Criterios de Inclusión

- Adolescentes entre 12- 19 años.
- Adolescentes de ambos sexos.
- Estudiantes adolescentes que asisten regularmente al Colegio Virgen Del Carmen

4.3.4. Criterios de Exclusión

- Adolescentes que no tengan rango de edad 12 -19 años.
- Adolescentes que no asistieron a clases.
- Adolescentes que no deseen participar en la investigación.

4.4. Hipótesis general y específica

4.4.1. Hipótesis de trabajo

Existe relación entre depresión y funcionalidad familiar en adolescentes del Colegio Virgen del Carmen Arequipa 2021.

No existe relación entre depresión y funcionalidad familiar en adolescentes del Colegio Virgen del Carmen Arequipa 2021.

4.4.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

H1. Existe relación entre depresión y la adaptación familiar en adolescentes del Colegio Virgen del Carmen Arequipa 2021.

- HO. No existe relación entre depresión y la adaptación familiar en adolescentes del Colegio Virgen del Carmen Arequipa 2021.
- H2. Existe relación entre depresión y la participación familiar en adolescentes del Colegio Virgen del Carmen Arequipa 2021.
- HO. No existe relación entre depresión y la participación familiar en adolescentes del Colegio Virgen del Carmen Arequipa 2021.
- H3. Existe relación entre depresión y el crecimiento en adolescentes del Colegio Virgen del Carmen Arequipa 2021.
- HO. No existe relación entre depresión y el crecimiento en adolescentes del Colegio Virgen del Carmen Arequipa 2021.
- H4. Existe relación entre depresión y afectividad familiar en adolescentes del Colegio Virgen del Carmen Arequipa 2021.
- HO. No existe relación entre depresión y afectividad familiar en adolescentes del Colegio Virgen del Carmen Arequipa 2021.
- H5. Existe relación entre depresión y el recurso familiar en adolescentes del Colegio Virgen del Carmen Arequipa 2021.
- HO. No existe relación entre depresión y el recurso familiar en adolescentes del Colegio Virgen del Carmen Arequipa 2021.

4.5. Identificación de las variables

4.5.1. Variable X: Depresión

Indicadores

- Humor deprimido tristeza
- Sentimiento de culpa
- Suicidio
- Insomnio precoz
- Insomnio intermedio

- Insomnio tardío
- Trabajo y actividades
- Inhibición psicomotora
- Agitación psicomotora
- Ansiedad psíquica
- Ansiedad somática
- Síntomas somáticos gastrointestinales
- Síntomas somáticos generales
- Síntomas genitales
- Hipocondría
- Pérdida de peso
- Perspicacia

Variable Y: Funcionalidad familiar

Indicadores

- Adaptación
- Participación
- Recursos familiares
- Afectividad
- Capacidad resolutiva

4.6. Operacionalización de variables

	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	Nro. DE ÍTEMS	PARÁMETRO DE MEDICIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN
Variable x Depresión	Botto, Acuña y Jiménez (15) mencionan que la depresión es una enfermedad crónica recurrente cuyo tratamiento es a largo plazo. El término nace a mediados del siglo XIX para referirse a una alteración de las emociones donde sobresalen el menoscabo, la inhibición y deterioro funcional.	INSONMIO	• Humor deprimido tristeza	1,2,3,4,5	<ul style="list-style-type: none"> • 0-7 estado normal. • 8-12 depresión menor. • 13-17 menos que depresión mayor. • 18-29 depresión mayor. • 30-52 más que depresión mayor. 	Ordinal
			• Sentimiento de culpa	6,7,8,9,10		
			• Suicidio	11,12,13,14,15		
			• Insomnio precoz	16,17,18		
			• Insomnio intermedio	19,20,21		
			• Insomnio tardío	22,23,24		
		• ACTIVIDAD PSICOMOTORA	• Trabajo y actividades	25,26,27,28,29		
			• Inhibición psicomotora	30,31,32,33,34		
			• Agitación psicomotora	35,36,37,38,39		
			• Ansiedad psíquica	40,41,42,43,44		
			• Ansiedad somática	45,46,47,48,49		
		•	• Síntomas somáticos gastrointestinales	50,51,52		

			<ul style="list-style-type: none"> • Síntomas somáticos generales 	53,54,55		
			<ul style="list-style-type: none"> • Síntomas genitales 	56,57,58		
			<ul style="list-style-type: none"> • Hipocondría 	59,60,61,62		
			<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de peso 	63,64,65		
			<ul style="list-style-type: none"> • perspicacia 	66,67,68		
Variable Y Función Familiar	Para Ruíz (22), la funcionalidad familiar es el conjunto de atributos que posee una familia y que la diferencia como sistema y explica las regularidades halladas en la forma cómo el sistema familiar se desarrolla, evalúa o se comporta.	Funcionalidad familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptación • Participación • Recursos familiares • Afectividad • Capacidad resolutive 	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 17-20 función familiar normal. • 16-13 disfunción leve. • 12-10 disfunción moderada • 9-0 disfunción severa 	ordinal

4.7. Recolección de información

4.6.1. Técnica

Para la variable X: Test de Depresión de Hamilton

Para la variable Y: Test apgar familiar

4.7.2. Instrumento

a) Técnicas

En la presente investigación se utiliza las siguientes técnicas:

Para la variable X: Test

Para la variable Y: Test

b) Instrumentos

Para la Variable X

Nombre : test de Depresión de Hamilton

Autor : Max Hamilton, 1960

Validez: publicada en 1960

La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión (Hamilton depresión rating scale (HDRS)) es una escala, heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias.

Si bien su versión original constaba de 21 ítems[1], posteriormente se realizó una versión reducida con 17 ítems [2], que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. La validación de la versión castellana de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva [3]. Diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio, tanto en poblaciones hospitalizadas [3, 4] como ambulatorios [5].

Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 ó de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo. La Guía de Práctica Clínica elaborada por el NICE [6], guía con una alta calidad global en su elaboración y una puntuación de "muy recomendada" según el instrumento AGREE, recomienda emplear los siguientes puntos de corte: No deprimido: 0-7 Depresión ligera/menor: 8-13 Depresión moderada: 14-18 Depresión severa: 19-22 Depresión muy severa: >23

Para la evaluación de la respuesta al tratamiento se ha definido como respuesta una disminución mayor o igual del 50% de la puntuación inicial de la escala, respuesta parcial como una disminución entre el 25-49% y una no respuesta como una reducción de menos del 25% [7]. La remisión se ha considerado con una puntuación menor o igual a 7, aunque hay resultados que apoyan que este punto de corte debería de tener un valor más bajo [8].

Puntuación total

Puntuación	Gravedad del cuadro
0-7	estado normal
8-12	depresión menor
13-17	menos que depresión mayor
18-29	depresión mayor
30-52	más que depresión mayor

Para la Variable Y

Nombre : Apgar Familiar

Autor : Smilkstein, 1978 psicólogo

Validez: en 1978 en pless-satterwhite family function index con estimativos de función familiar por psicólogos.

El APGAR familiar es un cuestionario de cinco preguntas, que buscan evidenciar el estado funcional de la familia, funcionando como una escala en la cual el entrevistado coloca su opinión al respecto del funcionamiento de la familia para algunos temas clave considerados marcadores de las principales funciones de la familia.

La interpretación del puntaje obtenido es la siguiente:

Función Familiar Normal: 17-20 puntos

La familia debe cumplir funciones básicas que son: la función económica, la biológica, la educativa, cultural y espiritual. Es precisamente éste uno de los indicadores que se utilizan para valorar el funcionamiento familiar, o sea, que la familia sea capaz de satisfacer las necesidades básicas materiales y espirituales de sus miembros, actuando como sistema de apoyo.

Que en el sistema familiar exista flexibilidad de las reglas y roles para la solución de los conflictos: aquí hay que analizar los vínculos familiares que intervienen en la relación asignación-asunción de roles, o sea, aquellas pautas de interacción que tienen que ver con lo que se debe y no se debe hacer y con las funciones, deberes y derechos de cada miembro del grupo familiar. También en este indicador debe analizarse la jerarquía

Que en el sistema familiar se dé una comunicación clara, coherente y afectiva que permita compartir los problemas. Demostración de sentimientos hacia los miembros de la familia.

Disfunción Leve: 16-13 puntos

La falta de empatía, comprensión y sensibilidad hacia ciertos miembros de la familia, mientras que, por otra parte, la expresión de empatía extrema hacia uno o más miembros de la familia (o incluso mascotas) que tienen "necesidades especiales" (reales o percibidas).

Falta de tiempo compartido, sobre todo en actividades recreativas y eventos sociales.

El miembro aislado de la familia (ya sea un padre o un hijo contra el resto de la familia de otros modos unidos).

Ser sobreprotector, o lo contrario.

Disfunción Moderada: 12-10 puntos

Los niños tienen miedo de hablar de lo que está sucediendo en el hogar (dentro o fuera de la familia), o tienen de otra manera miedo de sus padres. Preferir a un hijo sobre el otro (es decir, tener a un hijo "favorito", ignorando al otro).

Negación (la negativa a reconocer el comportamiento abusivo, también conocida como el "elefante en la habitación").

Niveles anormalmente altos de celos u otros comportamientos controladores.

Intolerancia emocional (miembros de la familia imposibilitados de expresar las "malas" emociones).

Disfunción Severa: 9 puntos o menos

La falta de respeto de los límites de los otros.

Extremos en conflicto (ya sea demasiada lucha o argumentación insuficiente entre los miembros de la familia).

Desigualdad o trato injusto de uno o más miembros de la familia debido a su sexo, edad.

Padres divorciados o separados en conflicto permanente, o padres que se deben separar, pero no lo hacen.

Padre ausente (rara vez disponible para sus hijos debido a la sobrecarga de trabajo, abuso de alcohol / drogas, el juego u otras adicciones).

En la última revisión de la prueba, realizada por la Dra. Liliana Arias, se añadieron un par de cuestiones que hacían referencia a los amigos como posible recurso en caso de resultados de disfuncionalidad familiar.

PUNTUACIÓN	NIVEL DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR
Puntuación entre 17 y 20.	Función familiar normal.
Puntuación entre 16 y 13.	Disfunción leve.
Puntuación entre 12 y 10.	Disfunción moderada.
Puntuación entre 09 o menos.	Disfunción severa.

V. RESULTADOS

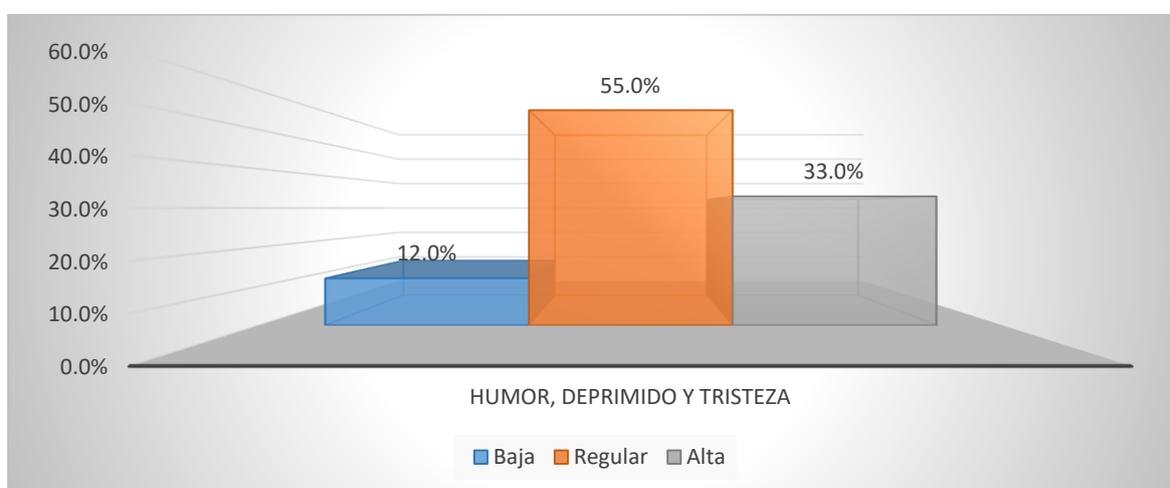
5.1. Presentación de resultados

Luego de culminado el proceso de recolección de datos se pasa a la fase de ejecución y procesamiento de los datos cuyos resultados se obtuvieron a partir de la aplicación de los instrumentos explicados en el capítulo anterior, y procesados utilizando los programas de Excel y SPSS v.25. Cabe destacar que los resultados serán presentados en tablas y gráficos para su fácil comprensión, explicando las dimensiones y sus variables y luego se mostrarán el análisis respectivo de cada una de las dimensiones consideradas en el estudio.

Tabla 1. Humor, deprimido y tristeza

Nivel	f	%
Baja	24	12,0
Regular	110	55,0
Alta	66	33,0
Total	200	100,0

Figura 1. Humor, deprimido y tristeza



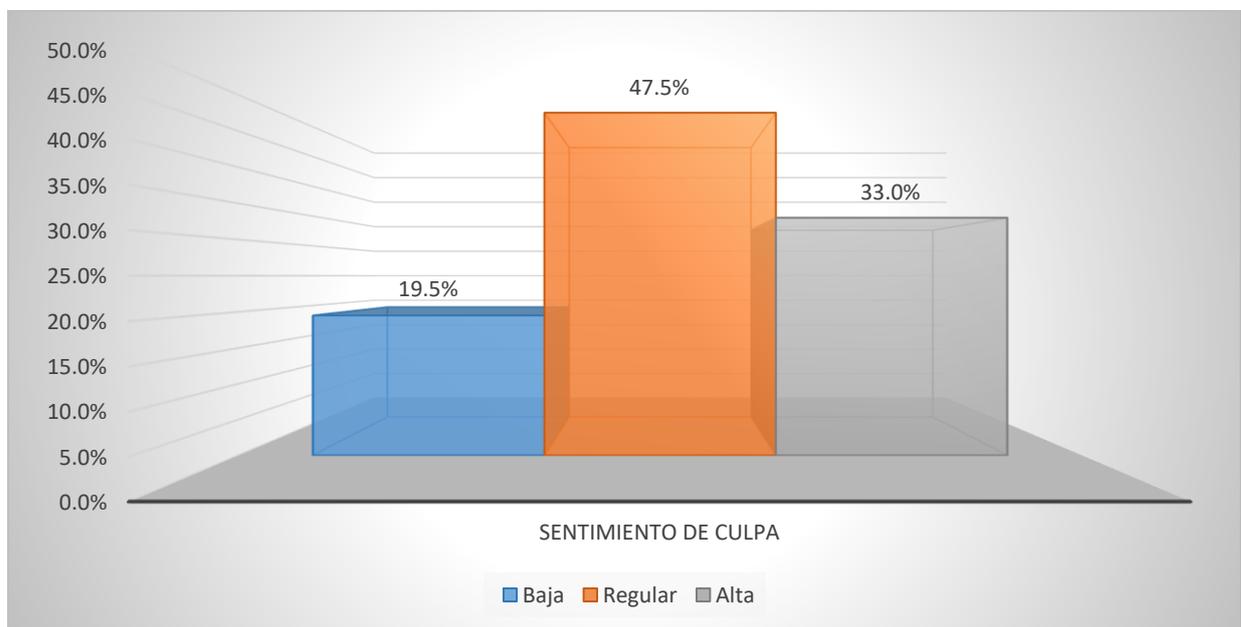
Interpretación

Con respecto al humor específicamente de depresión y tristeza el 55% de los adolescentes encuestados manifestaron estar en un nivel regular de tristeza y depresión, seguido del 33% quienes indicaron tener un alto nivel de tristeza, desgano y depresión para el 12% el nivel de esta sensación en baja. Los adolescentes manifiestan oralmente estos sentimientos, además de mostrar una tendencia al llanto.

Tabla 2.Sentimientos de culpa

Nivel	f	%
Baja	39	19,5
Regular	95	47,5
Alta	66	33,0
Total	200	100,0

Figura 2.Sentimientos de culpa



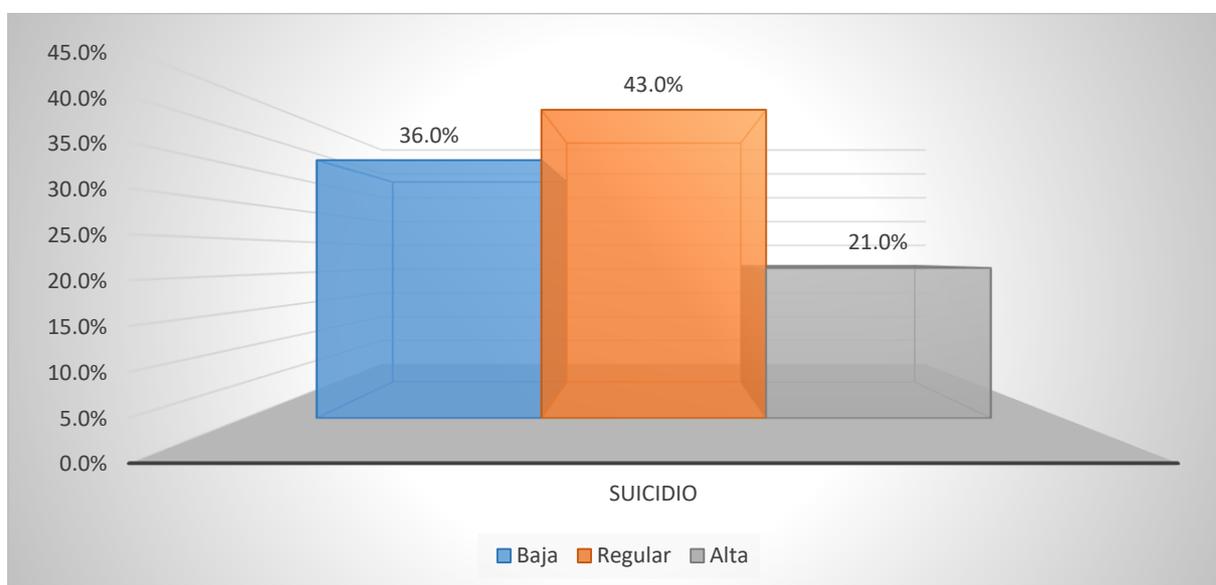
Interpretación

Con respecto al sentimiento de culpa los resultados muestran que el 47.5% está en un nivel regular de este sentimiento, seguido por el 33% quienes manifestaron tener elevados niveles de sentimientos de culpa. Los Adolescentes encuestados manifestaron una sensación de culpabilidad entre regular y alta por cuánto recurrentemente piensan en errores pasados, están decepcionados de las personas y consideran que han decepcionado a sus padres principalmente.

Tabla 3. Suicidio

Nivel	f	%
Baja	72	36,0
Regular	86	43,0
Alta	42	21,0
Total	200	100,0

Figura 3. Suicidio



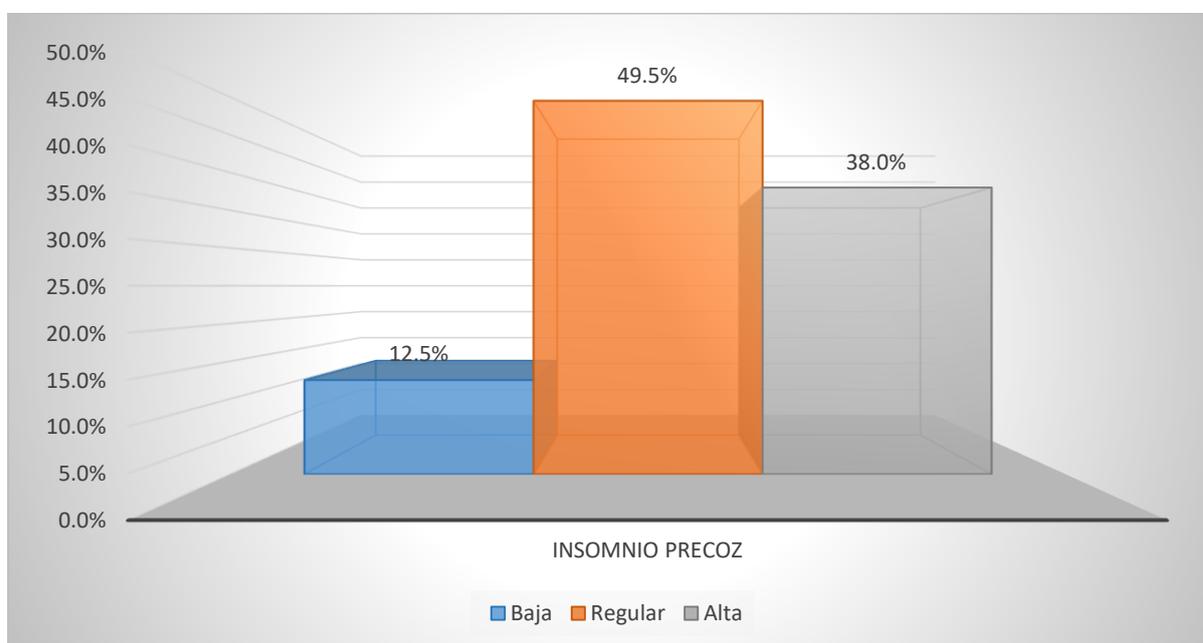
Interpretación

Con respecto al suicidio los datos muestran que el 43% tiene un nivel regular de esta idea, seguidos el 36% quienes manifestaron tener un bajo nivel de ideas suicidas y para el 21% este nivel es alto. Los resultados muestran que los adolescentes encuestados han tenido la idea de que su vida no merece la pena vivirla o que tienen pensamiento sobre la probabilidad de morir, sin embargo existen adolescentes encuestados que manifiestan no tener ideas suicidas.

Tabla 4. Insomnio precoz

Nivel	f	%
Baja	25	12,5
Regular	99	49,5
Alta	76	38,0
Total	200	100,0

Figura 4. Insomnio precoz



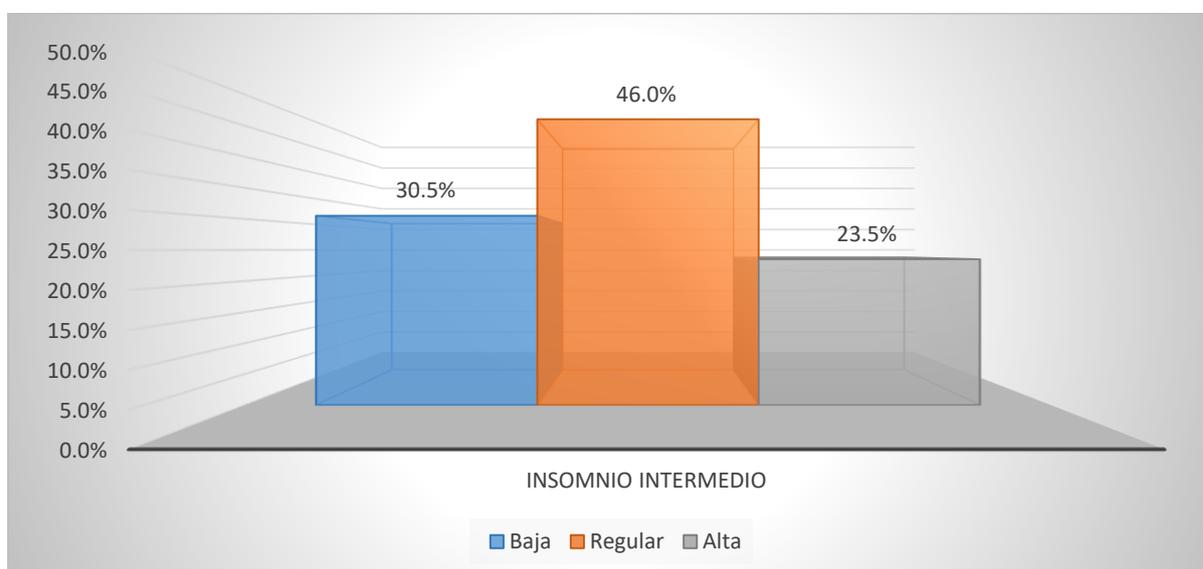
Interpretación

Referido a la dimensión de insomnio precoz se pudo conocer que el 49.5% de los adolescentes están un nivel regular de insomnio precoz, seguido del 38% que manifestaron un alto nivel de insomnio precoz y para el 12.5% el nivel de insomnio esta un nivel bajo. En tal sentido los resultados muestran una tendencia entre alto y regular el insomnio según los Adolescentes, por lo que en ocasiones le dificulta dormir por más de media hora y tienen problemas para dormirse de noche, no obstante algunos adolescentes manifestaron no tener ningún tipo de insomnio precoz.

Tabla 5. Insomnio intermedio

Niveles	f	%
Baja	61	30,5
Regular	92	46,0
Alta	47	23,5
Total	200	100,0

Figura 5. Insomnio intermedio



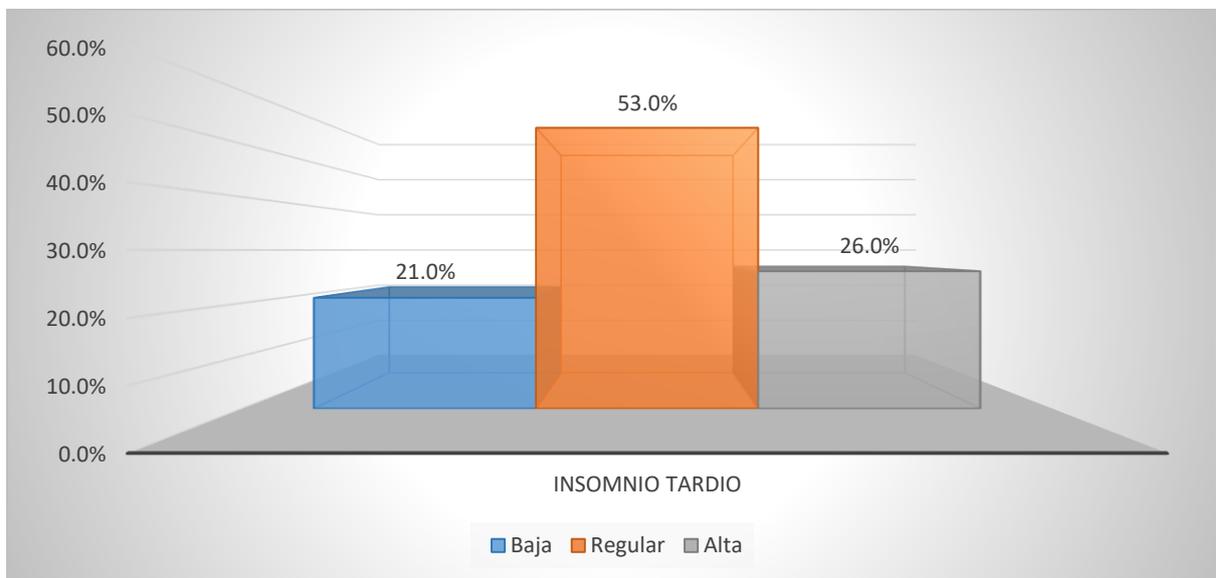
Interpretación

Con respecto al insomnio intermedio los datos muestran que el 46% de los adolescentes encuestados presenta un nivel regular de insomnio intermedio, seguido del 30.5% quienes indicaron tener un nivel bajo de este tipo de insomnio y para el 23.5% de los encuestados el nivel de insomnio intermedio es alto por lo tanto existe una tendencia entre regular y baja de manifestar un insomnio intermedio entre los adolescentes siendo que pudiese estar ausente o sólo se queja de estar inquieto durante la noche.

Tabla 6. Insomnio tardío

Nivel	f	%
Baja	42	21,0
Regular	106	53,0
Alta	52	26,0
Total	200	100,0

Figura 6. Insomnio tardío



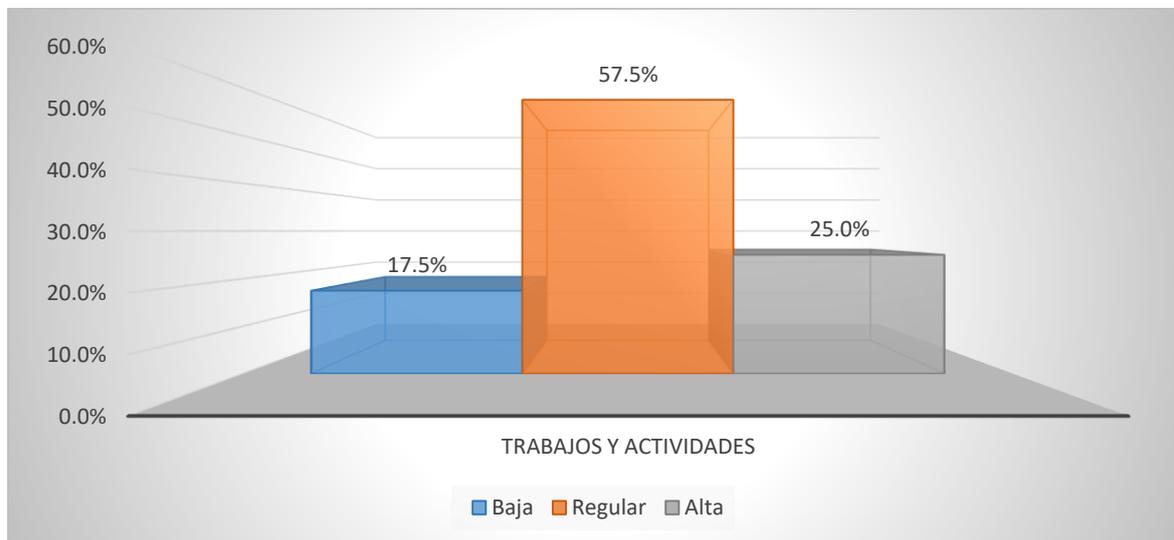
Interpretación

Referido al insomnio tardío los resultados muestran que el 53% de los adolescentes están en un nivel regular de este tipo de insomnio, seguido del 26% quienes manifestaron estar en un alto nivel de insomnio tardío y para el 21% esta dimensión está en un bajo nivel. Por lo tanto los resultados reflejan una tendencia entre regular y alta de insomnio tardío, por lo que los adolescentes tienden a despertarse en las primeras horas de la madrugada y en algunas oportunidades vuelven a conciliar el sueño, sin embargo en otras oportunidades no logran dormir de nuevo, pasando toda la noche en vela.

Tabla 7. Trabajo y actividades

Nivel	f	%
Baja	35	17,5
Regular	115	57,5
Alta	50	25,0
Total	200	100,0

Figura 7. Trabajo y actividades



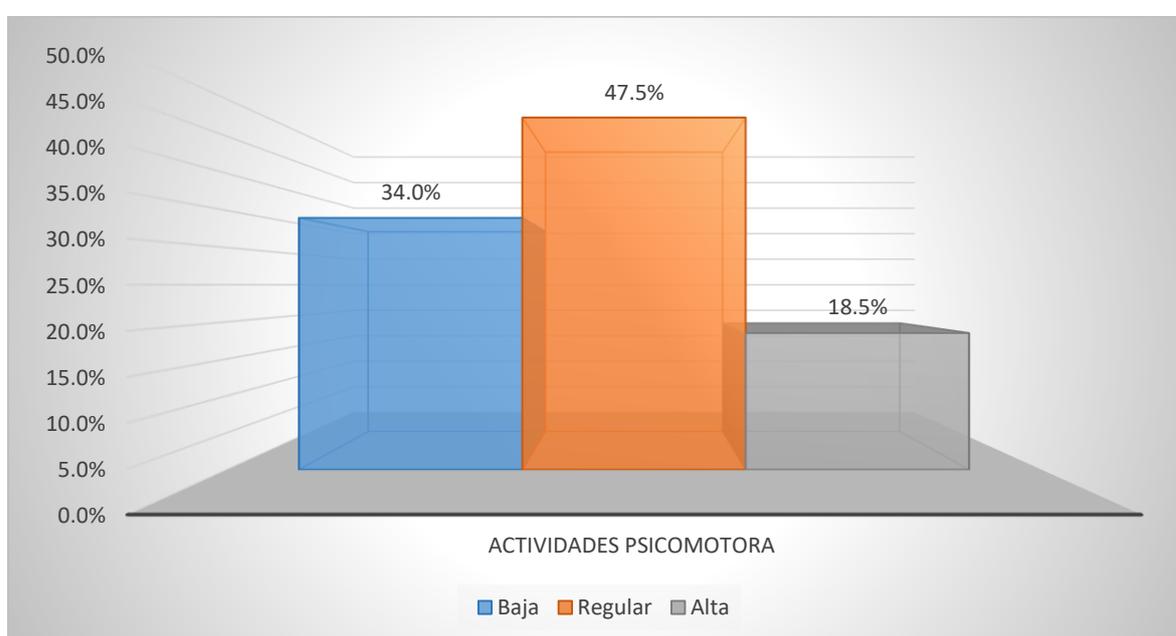
Interpretación

Referido al trabajo y a las actividades de los estudiantes se corroboró que el 57.7% de esto está en un nivel regular, seguido del 25% quienes señalan que el desánimo por el trabajo y las actividades están en un alto nivel y el 17.5% indican que esta dimensión se encuentra en un nivel bajo, por lo tanto estos estudiantes tienen ideas y sentimientos de incapacidad y han perdido el interés por sus actividades académicas y familiares, disminuyendo el tiempo que le dedicaba a este tipo de actividades descendiendo significativamente su productividad académica.

Tabla 8. Actividad Psicomotora

Nivel	f	%
Baja	68	34,0
Regular	95	47,5
Alta	37	18,5
Total	200	100,0

Figura 8. Actividad Psicomotora



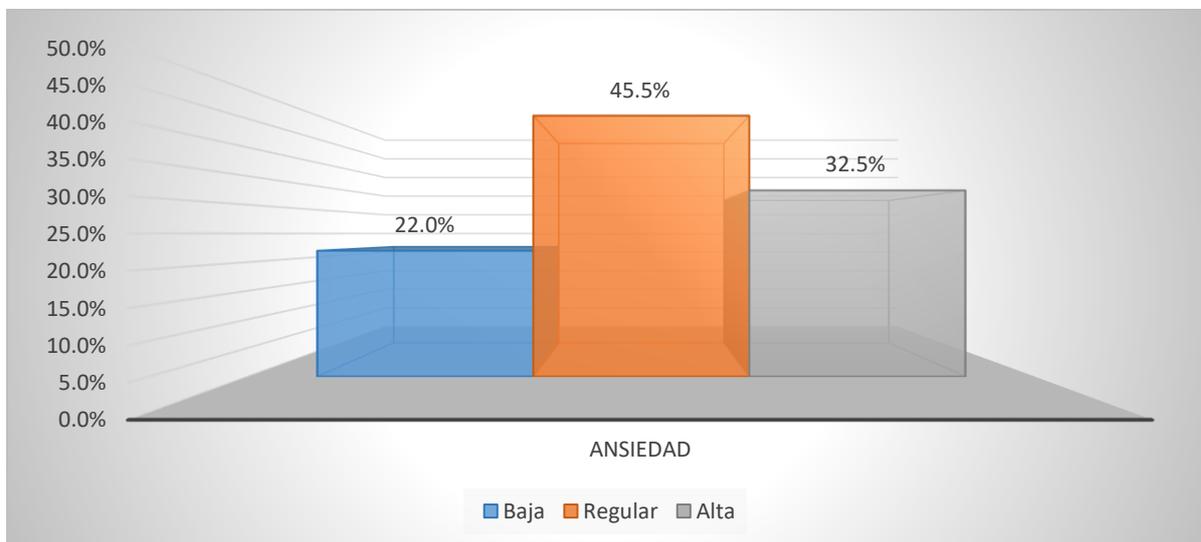
Interpretación

Sobre la actividad psicomotora se puede observar que el 47.5% de los adolescentes están en un nivel regular de manifestaciones psicomotoras por causas de la depresión, seguido del 34% quienes manifestaron un nivel bajo de actividades psicomotoras y el 18.5% se indica un nivel alto de acciones psicomotoras causadas por el a depresión. Entonces los adolescentes encuestados muestran un ligero retraso en el diálogo, así como juego con sus cabellos y manos, además de morderse las uñas indicando nivel regular de esta dimensión.

Tabla 9. Ansiedad

Nivel	f	%
Baja	44	22,0
Regular	91	45,5
Alta	65	32,5
Total	200	100,0

Figura 9. Ansiedad



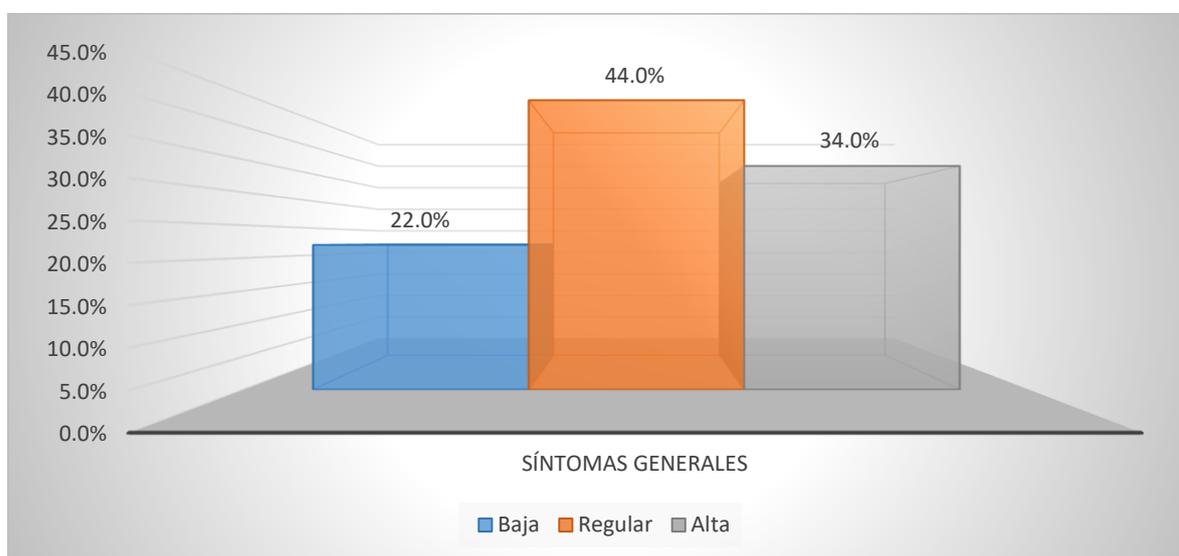
Interpretación

En la tabla 9 figura 9 se muestran los resultados referidos a la ansiedad observándose que el 45.5% de los adolescentes se encuentra en un nivel regular de esta dimensión, seguido por el 32.5% quienes manifestaron estar en un alto nivel de ansiedad, mientras que el 22% indicó tener un nivel bajo de ansiedad. Por lo tanto los resultados muestran un nivel entre regular y bajo de ansiedad psíquica y somática, la cual se caracteriza por tensiones subjetiva preocupaciones por pequeñas cosas, manifestaciones físicas como frecuencia urinaria boca seca, problemas gastrointestinales que entre otro que fueron exteriorizados de un nivel regular y bajo entre los adolescentes.

Tabla 10. Síntomas generales

Niveles	f	%
Baja	44	22,0
Regular	88	44,0
Alta	68	34,0
Total	200	100,0

Figura 10. Síntomas generales



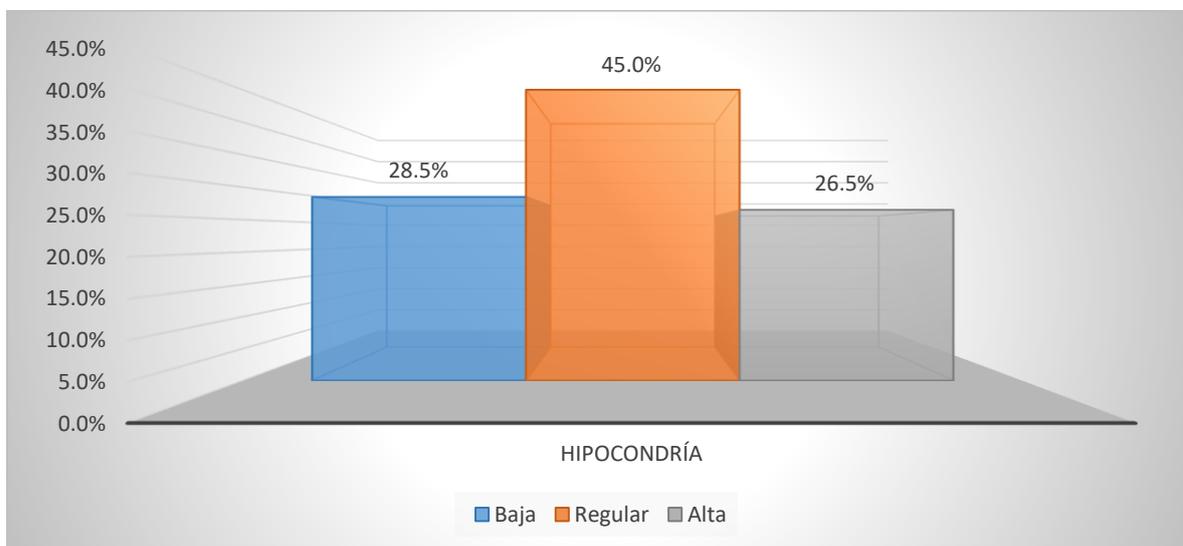
Interpretación

En la tabla 10 y figura 10 se observa con respecto a los síntomas generales que el 44% está en un nivel regular de esta dimensión, seguidos del 34% que manifestaron tener un alto nivel de síntomas generales causados por la depresión, mientras que el 22% de los adolescentes indicaron un nivel bajo de síntomas generales referenciados a la depresión. Por lo tanto estos adolescentes indicaron tener algunos síntomas gastrointestinales como pesadez estomacal y pérdida del apetito, así como pesadez en las extremidades, dorsalgias así como algunos síntomas genitales especialmente en las mujeres quienes han tenido un débil trastorno menstrual.

Tabla 11. Hipocondría

Niveles	f	%
Baja	57	28,5
Regular	90	45,0
Alta	53	26,5
Total	200	100,0

Figura 11. Hipocondría



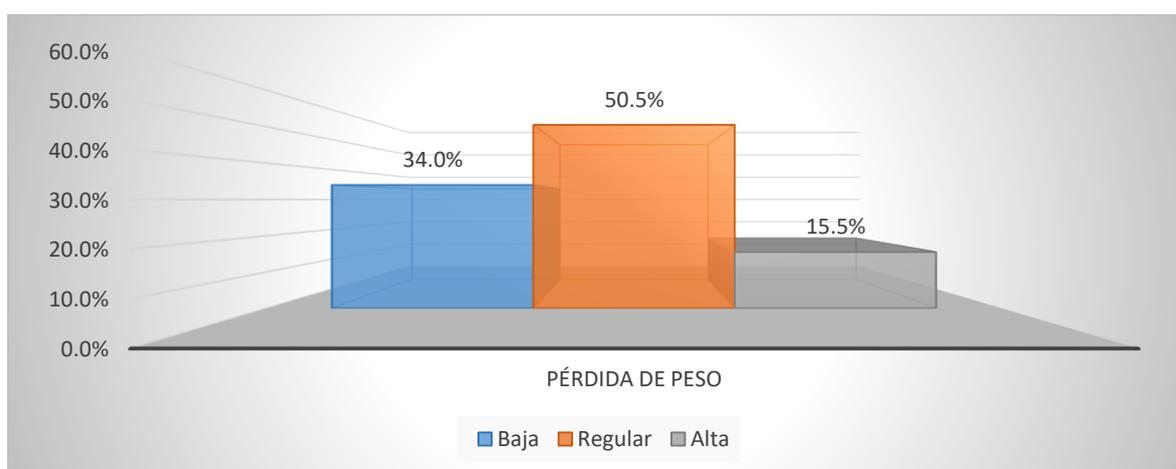
Interpretación

En la tabla 11 figura 11 referida a la hipocondría se observa que el 45% de los adolescentes manifestó el nivel regular de hipocondría, seguido de 28.5% quienes indicaron tener un nivel bajo de esta dimensión y para el 26.5% de los adolescentes la hipocondría está en un nivel elevado, por lo tanto, los adolescentes presentan niveles regulares y bajo de esta dimensión, siendo que sienten preocupación por sí mismo y por su salud, no obstante no llegan a ideas delirantes ni a lamentaciones constante.

Tabla 12. Pérdida de peso

Nivel	f	%
Baja	68	34,0
Regular	101	50,5
Alta	31	15,5
Total	200	100,0

Figura 12. Pérdida de peso



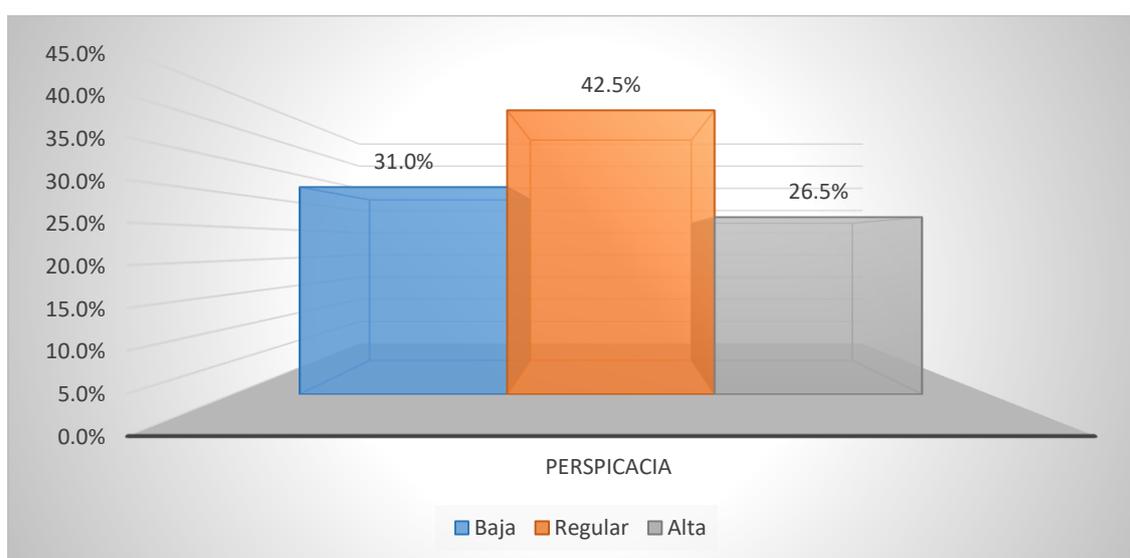
Interpretación

En la tabla 12 figura 12 se observa el resultado con respecto a la pérdida de peso de los adolescentes indicando que el 50.5% están un nivel regular de esta dimensión, seguidos del 34% quienes indica un nivel bajo de pérdida de peso y para el 15.5% manifestaron un alto nivel de la pérdida de peso a causa de la depresión. En función de ello los resultados muestran una tendencia entre regular y alta por la pérdida de peso según las manifestaciones de los adolescentes, indicando que probablemente perdieron algunos kg o no han perdido peso a causa de la depresión, sin embargo un pequeño porcentaje de estos manifestó una pérdida de peso inferior a los 500 gramos por semana en promedio.

Tabla 13. Perspicacia

Nivel	f	%
Baja	62	31,0
Regular	85	42,5
Alta	53	26,5
Total	200	100,0

Figura 13. Perspicacia



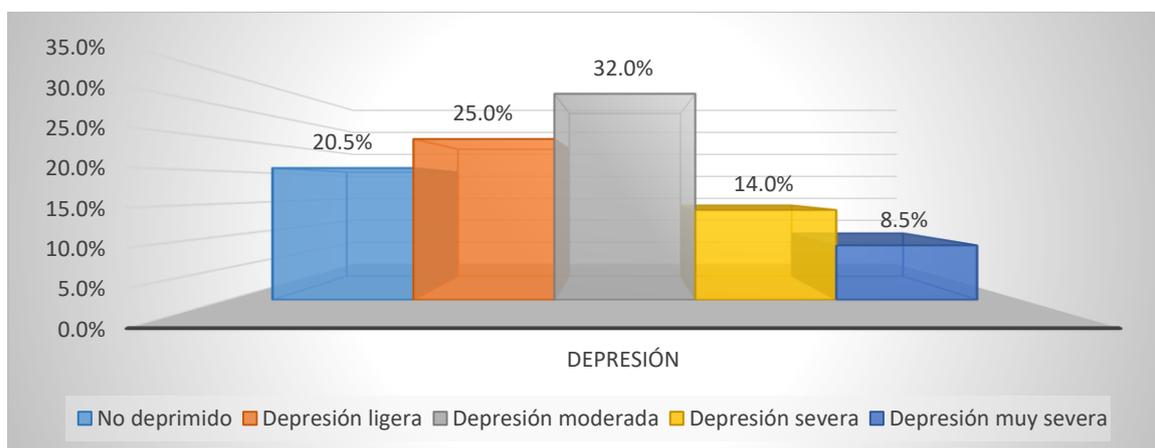
Interpretación

En la tabla 13 y figura 13 se observa que el 42.5% de los encuestados está en un nivel medio de perspicacia, seguido del 31% a quienes indicaron estar en un nivel bajo de esta dimensiones, para el 26.5% se encuentra en un alto nivel de perspicacia. En tal sentido los resultados muestran una tendencia entre regular y baja de perspicacia o conciencia de la depresión que pueden padecer, por lo que algunos no se dan cuenta de que están enfermos o deprimidos y otros saben de su enfermedad pero le atribuyen causas como el exceso de trabajo, virus, mala alimentación o el clima. Un pequeño porcentaje de los adolescentes llega totalmente estar enfermo.

Tabla 14. Depresión

Nivel	f	%
No deprimido	41	20,5
Depresión ligera	50	25,0
Depresión moderada	64	32,0
Depresión severa	28	14,0
Depresión muy severa	17	8,5
Total	200	100,0

Figura 14. Depresión



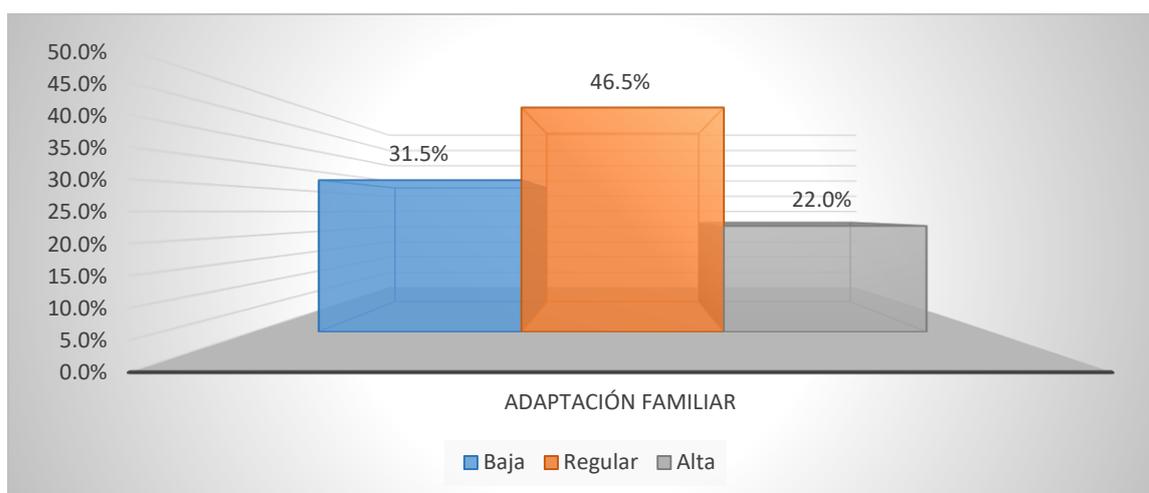
Interpretación

En la tabla 14 figura 14 se observan los resultados de la variable depresión observándose que el 32% de los adolescentes presenta una depresión moderada, seguidas del 25% quienes mostraron una depresión ligera y el 20.5% no mostró ningún nivel de depresión contrariamente y en menor proporción se observa que el 14% de los estudiantes posee una depresión severa y el 8.5% manifestó una depresión muy severa caracterizada por niveles altos de mal humor, sentimientos de culpa, ideas suicidas, insomnio, alteraciones psicomotoras ansiedad síntomas en erales pérdida de peso y perspicacia.

Tabla 15. Adaptación familiar

Nivel	f	%
Baja	63	31,5
Regular	93	46,5
Alta	44	22,0
Total	200	100,0

Figura 15. Adaptación familiar



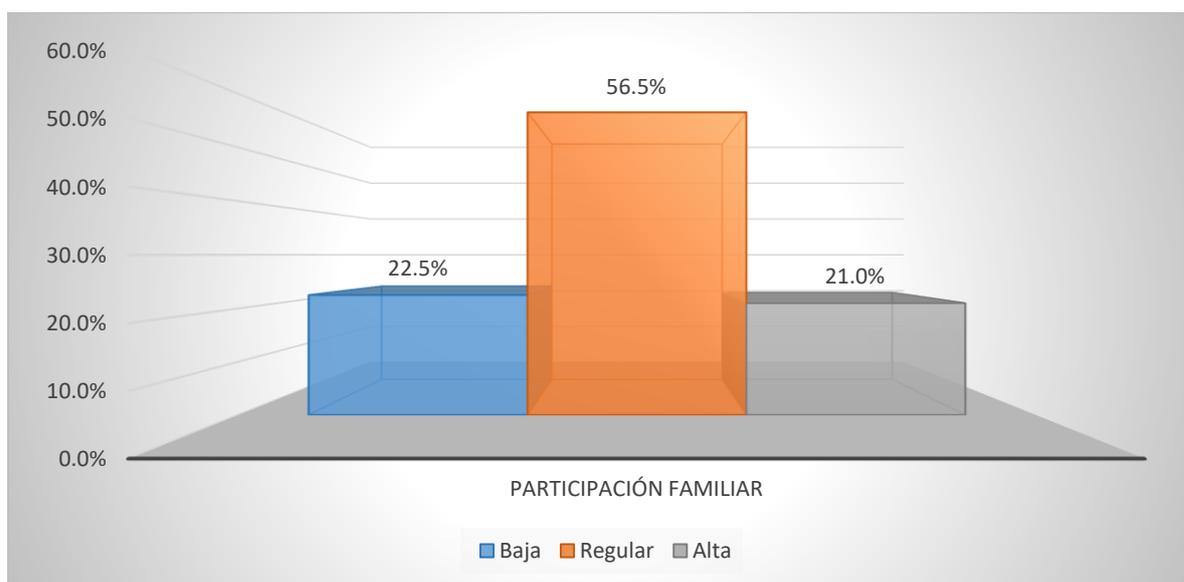
Interpretación

En la tabla y figura 15 referido a la adaptación familiar, se observa que el 46.5% indicó que esta dimensión está en un nivel medio, para el 31.5% de los adolescentes la adaptación familiar era baja y el 22% indicó que existía una buena adaptación dentro de su familia. Por lo tanto los resultados muestran un nivel regular y bajo de adaptación familiar entre los adolescentes encuestados, siendo esta la capacidad del individuo de utilizar los recursos familiares internos y externos para resolver los problemas en periodos de crisis o estrés.

Tabla 16. Participación familiar

Niveles	f	%
Baja	45	22,5
Regular	113	56,5
Alta	42	21,0
Total	200	100,0

Figura 16. Participación familiar



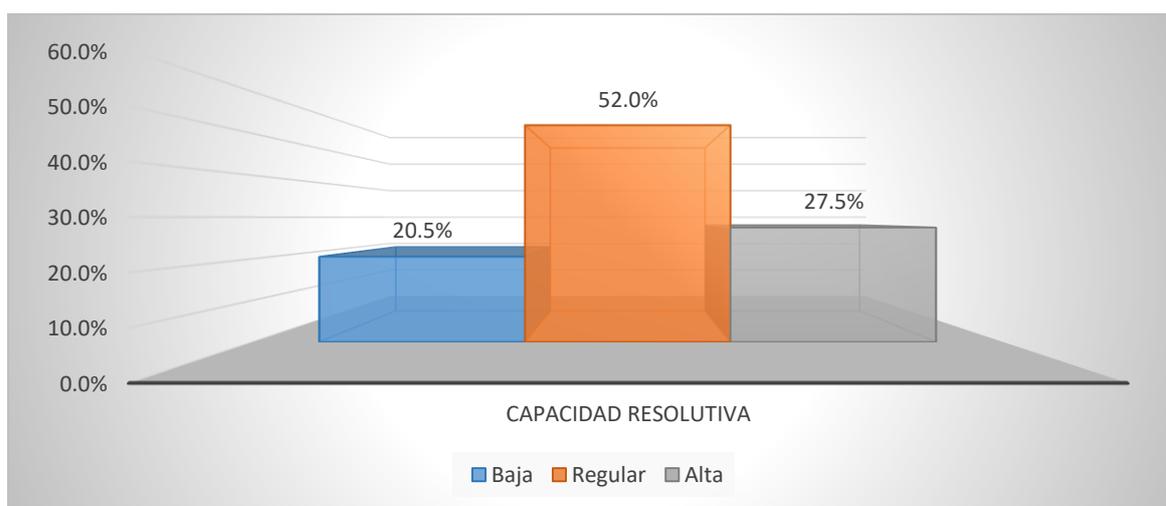
Interpretación

En la tabla 16 y figura 16 referido a la participación Familiar, el 56.5% de los adolescentes indica que su nivel de participación familiar es regular, seguidos del 22.5% quienes señalan que tienen un nivel de participación en su familia bajo y para el 21% el nivel de participación es alto. Cabe destacar que la participación o cooperación es el grado de implicancia que tienen los miembros de la familia con la responsabilidad familiar y la toma de decisiones en asuntos de interés común y la búsqueda de soluciones a sus problemas, siendo que los estudiantes manifiestan que en sus familiar esto se da un un regular y bajo nivel.

Tabla 17. Capacidad resolutive

Nivel	f	%
Baja	41	20,5
Regular	104	52,0
Alta	55	27,5
Total	200	100,0

Figura 17. Capacidad resolutive



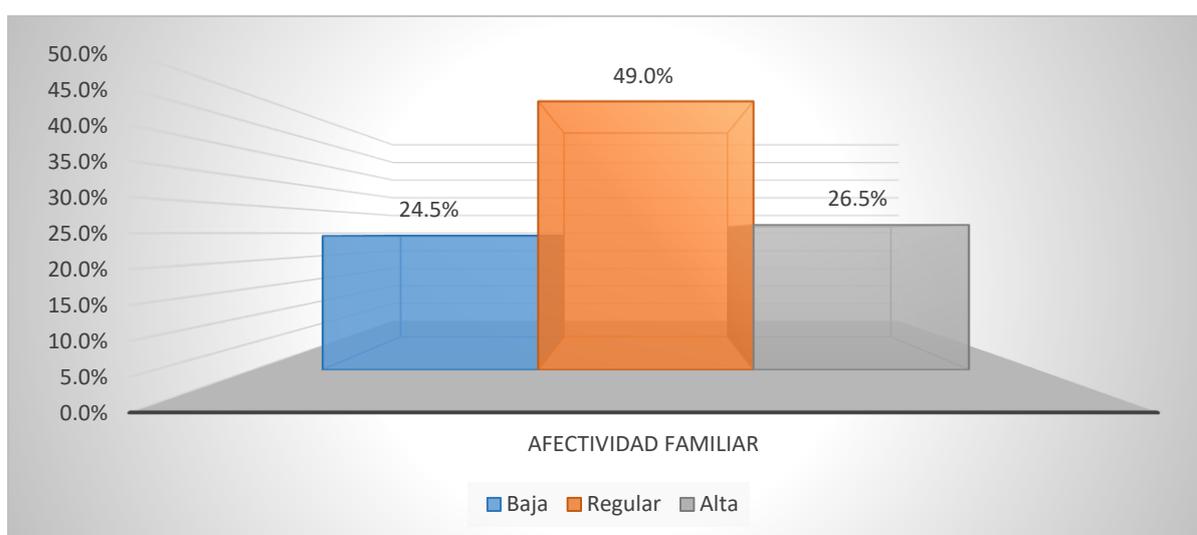
Interpretación

En la tabla 17 y figura 17 se pueden observar los resultados respecto a la capacidad resolutive donde el 52% de los adolescentes indicaron que esta se encontraba en un nivel regular, seguidas del 27.5% quienes señalaron que la capacidad resolutive en su familia estaba en un alto nivel y para el 20.5% la capacidad resolutive era baja dentro de su entorno familiar. Se entiende que la capacidad resolutive es el compromiso de la familia dedicada a sus miembros sobre dinero, tiempo y espacio frente a las necesidades físicas y emocionales, siendo valorada en un nivel regular y alto por los adolescentes

Tabla 18. Afectividad familiar

Nivel	f	%
Baja	49	24,5
Regular	98	49,0
Alta	53	26,5
Total	200	100,0

Figura 18. Afectividad familiar



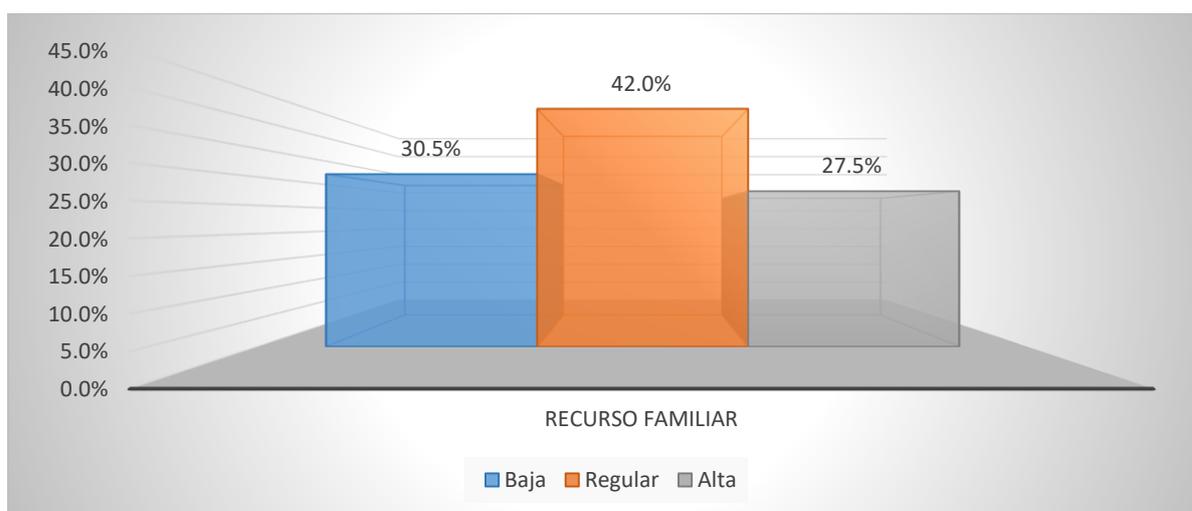
Interpretación

En la tabla 18 y figura 18 sobre la afectividad familiar se corroboró que para el 49% de los adolescentes esta dimensión está un nivel regular mientras que el 26.5% considera que dentro de su familia se tiene un alto nivel de efectividad familiar y el 24.5% señala que en su entorno familiar la afectividad está en un bajo nivel. Los resultados muestran una valoración entre regular y alta por parte de los adolescentes sobre la afectividad familiar, indicando la satisfacción que estos experimentan en respuesta al cariño, tristeza, rabia, afecto en su núcleo familiar.

Tabla 19. Recurso familiar

Nivel	f	%
Baja	61	30,5
Regular	84	42,0
Alta	55	27,5
Total	200	100,0

Figura 19. Recurso familiar



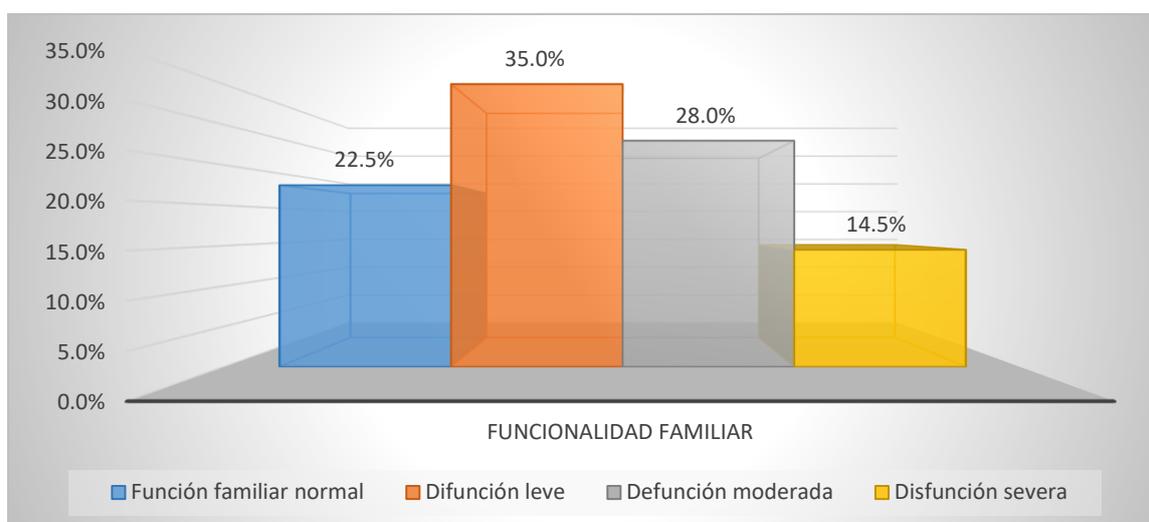
Interpretación

En la tabla 19 y figura 19 se observa con respecto al recurso familiar que para el 42% de los adolescentes el recurso familiar está en un nivel regular, seguido del 30.5% quienes señalan que el recurso familiares tuvo un bajo nivel y para el 27.5% está en un alto nivel de recursos familiares. En tal sentido los Adolescentes consideran que la maduración, emocional, física y de autorrealización de cada uno de los miembros de su familia y el apoyo y asesoría proporcionado en el núcleo está en bajos y regulares niveles.

Tabla 20. Funcionalidad familiar

Nivel	f	%
Función familiar normal	45	22,5
Defunción leve	70	35,0
Defunción moderada	56	28,0
Disfunción severa	29	14,5
Total	200	100,0

Figura 20. Funcionalidad familiar



Interpretación

En la tabla 20 y figura 20 con respecto a la variable de funcionalidad familiar se evidencia que el 35% de los adolescentes mostraron una disfunción leve dentro de su núcleo familiar, caracterizada por la falta de empatía, comprensión y sensibilidad hacia ciertos miembros de la familia, mientras que, por otra parte, la expresión de empatía extrema hacia uno o más miembros de la familia (o incluso mascotas) que tienen "necesidades especiales" (reales o percibidas), también se presenta una falta de tiempo compartido, sobre todo en actividades recreativas y eventos sociales y de un miembro aislado de la familia (ya sea un padre o un hijo contra el resto de la familia de otros modos unidos), seguidos del 28% quién es determina se les determinó una disfunción moderada y para el 22.5% se encontraban en una función familiar normal sólo el 14.5% de los adolescentes coexistir en un núcleo familiar de defunción severa.

VI. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

6.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS RESULTADOS

Hipótesis General

Hi: Existe relación entre depresión y funcionalidad familiar en adolescentes del Colegio Virgen del Carmen Arequipa 2021.

Ho: No existe relación entre depresión y funcionalidad familiar en adolescentes del Colegio Virgen del Carmen Arequipa 2021

Tabla 21. Hipótesis general

		Variable	Variable
		Depresión	funcionalidad familiar
Variable	Correlación Rho de Spearman	1	,835**
	Sig. (bilateral)		.000
	N	200	200

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Interpretación

En la tabla 21 se observa el valor Rho Spearman obtenido es de 0.835** lo que determina una correlación positiva fuerte; en cuanto a la significancia el $p < 0.01$ que permite rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis de investigación afirmando que: Existe relación entre depresión y funcionalidad familiar en adolescentes del Colegio Virgen del Carmen Arequipa 2021.

Hipótesis Específica 1

H1. Existe relación entre depresión y la adaptación familiar en adolescentes del Colegio Virgen del Carmen Arequipa 2021.

HO. No existe relación entre depresión y la adaptación familiar en adolescentes del Colegio Virgen del Carmen Arequipa 2021.

Tabla 22. Hipótesis específica 1

		Variable	Dimensión
		Depresión	Adaptación familiar
	Correlación Rho de	1	,688**
Variable	Spearman		
Depresión	Sig. (bilateral)		,000
	N	200	200

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Interpretación

En la tabla 22 se observa el valor Rho Spearman obtenido es de 0.688** lo que determina una relación muy significativa y una correlación positiva moderada; en cuanto a la significancia $p < 0.01$ que permite rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis de investigación afirmando que: Existe relación entre depresión y la adaptación familiar en adolescentes del Colegio Virgen del Carmen Arequipa 2021.

Hipótesis Específica 2

H2. Existe relación entre depresión y la participación familiar en adolescentes del Colegio Virgen del Carmen Arequipa 2021.

HO. No existe relación entre depresión y la participación familiar en adolescentes del Colegio Virgen del Carmen Arequipa 2021.

Tabla 23. Hipótesis específica 2

		Variable	Dimensión
		Depresión	Participación Familiar
	Correlación Rho de	1	,581**
Variable	Spearman		
Depresión	Sig. (bilateral)		,000
	N	200	200

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Interpretación

En la tabla 16 se observa el valor Rho Spearman obtenido es de 0.581** lo que determina una relación muy significativa y una correlación positiva moderada; en cuanto a la significancia $p < 0.01$ que permite rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis de investigación afirmando que: Existe relación entre depresión y la participación familiar en adolescentes del Colegio Virgen del Carmen Arequipa 2021.

Hipótesis Específica 3

H3. Existe relación entre depresión y el crecimiento en adolescentes del Colegio Virgen del Carmen Arequipa 2021.

HO. No existe relación entre depresión y el crecimiento en adolescentes del Colegio Virgen del Carmen Arequipa 2021.

Tabla 24. Hipótesis específica 3

	Variable	Dimensión
	Depresión	Crecimiento
Correlación Rho de Spearman	1	,612**
Depresión Sig. (bilateral)		,000
N	200	200

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Interpretación

En la tabla 24 se observa el valor Rho Spearman obtenido es de 0.612** lo que determina una relación muy significativa y una correlación positiva moderada; en cuanto a la significancia $p < 0.01$ que permite rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis de investigación afirmando que: Existe relación entre depresión y el crecimiento en adolescentes del Colegio Virgen del Carmen Arequipa 2021.

Hipótesis Específica 4

H4. Existe relación entre depresión y afectividad familiar en adolescentes del Colegio Virgen del Carmen Arequipa 2021.

HO. No existe relación entre depresión y afectividad familiar en adolescentes del Colegio Virgen del Carmen Arequipa 2021.

Tabla 25. Hipótesis específica 4

		Variable	Dimensión
		Depresión	Afectividad Familiar
	Correlación Rho de	1	,614**
Variable	Spearman		
Depresión	Sig. (bilateral)		,000
	N	200	200

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Interpretación

En la tabla 25 se observa el valor Rho Spearman obtenido es de 0.614** lo que determina una relación muy significativa y una correlación positiva moderada; en cuanto a la significancia $p < 0.01$ que permite rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis de investigación afirmando que: Existe relación entre depresión y afectividad familiar en adolescentes del Colegio Virgen del Carmen Arequipa 2021.

Hipótesis Específica 5

H5. Existe relación entre depresión y el recurso familiar en adolescentes del Colegio Virgen del Carmen Arequipa 2021.

HO. No existe relación entre depresión y el recurso familiar en adolescentes del Colegio Virgen del Carmen Arequipa 2021.

Tabla 26. Hipótesis Específicas

		Variable	Dimensión
		Depresión	Recurso familiar
Variable	Correlación Rho de Spearman	1	,578**
Clima escolar	Sig. (bilateral)		,000
	N	200	200

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Interpretación

En la tabla 26 se observa el valor Rho Spearman obtenido es de 0.578** lo que determina una relación muy significativa y una correlación positiva moderada; en cuanto a la significancia $p < 0.01$ permite rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis de investigación afirmando que: Existe relación entre depresión y el recurso familiar en adolescentes del Colegio Virgen del Carmen Arequipa 2021.

6.2. COMPARACIÓN DE RESULTADOS

Este estudio se centró en determinar la relación que existe entre la depresión y funcionalidad familiar en adolescentes del Colegio Virgen del Carmen Arequipa 2021, en función de ello se conoce que la Organización Panamericana de la Salud (19) refiere a la depresión como un trastorno mental que se caracteriza por la presencia de tristeza, ansiedad, pérdida de interés, sentimientos de culpa y falta de autoestima, etc., la cual afecta en el mundo alrededor de 350 millones de personas, afectando su desempeño familiar, escolar o laboral siendo su consecuencia mayor el suicidio. Asimismo, Moreno y Chauta (24) definen a una familia funcional como aquella que logra el crecimiento sano de sus miembros y su desarrollo integral, así como propiciar una salud mental sana que se manifiesta a través del grado de satisfacción de experimenta cada uno de los integrantes al cumplir con los parámetros básicos de la familia como son la adaptación, participación, ganancia, crecimiento, afecto y recursos.

Por medio de este estudio se corroboró que el 32% de los adolescentes presenta una depresión moderada, seguidas del 25% quienes mostraron una depresión ligera y el 20.5% no mostró ningún nivel de depresión contrariamente y en menor proporción se observa que el 14% de los estudiantes posee una depresión severa y el 8.5% manifestó una depresión muy severa caracterizada por niveles altos de mal humor, sentimientos de culpa, ideas suicidas, insomnio, alteraciones psicomotoras ansiedad síntomas en erales pérdida de peso y perspicacia. Estos datos entran en correspondencia con los hallazgos de Jadán C. (2017) quien al aplicar la escala de Zung, determino la existencia de una prevalencia de la depresión de un 65.75%. Otro dato resaltante es que el 92.2% de mujeres refiere sufrir de depresión y entre los hombres se registra un 88.3%, siendo los jóvenes de 15 años quienes más la padecen. (6). No obstante en este estudio no se señala el nivel de depresión pero si la existencia de la misma.

Ahora bien, en la variable de funcionalidad familiar se evidencia que el 35% de los adolescentes mostraron una disfunción leve dentro de su núcleo

familiar, caracterizada por la falta de empatía, comprensión y sensibilidad hacia ciertos miembros de la familia, mientras que, por otra parte, la expresión de empatía extrema hacia uno o más miembros de la familia (o incluso mascotas) que tienen "necesidades especiales" (reales o percibidas), también se presenta una falta de tiempo compartido, sobre todo en actividades recreativas y eventos sociales y de un miembro aislado de la familia (ya sea un padre o un hijo contra el resto de la familia de otros modos unidos), seguidos del 28% quién es determina se les determinó una disfunción moderada y para el 22.5% se encontraban en una función familiar normal sólo el 14.5% de los adolescentes coexistir en un núcleo familiar de defunción severa.

Al contrastar los resultados de estudio nacional de Flores H. (2017) quien igualmente aplicó el cuestionario del test de APGAR familiar, concluyo que existe un nivel de funcionalidad familiar normal del 48%, una disfunción moderada del 40% y una disfunción grave del 12%. (13), considerando resultados poco similares pues la mayoría de los adolescentes del Colegio Virgen del Carmen Arequipa 2021 si viven en una familia que presenta un nivel leve de disfunción.

Finalmente, en este estudio se obtuvo un valor Rho Spearman de 0.835** lo que determina una correlación positiva fuerte; en cuanto a la significancia el $p < 0.01$ que permite rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis de investigación afirmando que: Existe relación entre depresión y funcionalidad familiar en adolescentes del Colegio Virgen del Carmen Arequipa 2021. Esto entra en concordancia diversos estudios nacionales citados en los antecedentes Apaza (2018) (9), Vargas (2018) (11), Cabrera (2020) (12), Flores (2017) (13) quienes coinciden en afirmar que la depresión y la funcionalidad familiar guardan directa y positiva relación, por lo tanto, ante bajos niveles de depresión de sus miembros se da una mejor funcionalidad familiar adecuada y de forma contraria, a una funcionalidad inadecuada mayor depresión.

CONCLUSIONES

1. Existe relación entre depresión y funcionalidad familiar en adolescentes del Colegio Virgen del Carmen Arequipa 2021, ya que el valor de Rho Spearman obtenido es de 0.835** lo que determina una correlación positiva fuerte; entre las variables estudiadas. Por lo tanto a menor depresión mayor es la funcionalidad familiar.
2. Existe relación entre depresión y la adaptación familiar en adolescentes del Colegio Virgen del Carmen Arequipa 2021, ya que el valor Rho Spearman obtenido es de 0.688** lo que determina una relación muy significativa y una correlación positiva moderada entre la variable y dimensión estudiada. Por lo tanto a menor depresión mayor es la adaptación familiar.
3. Existe relación entre depresión y la participación familiar en adolescentes del Colegio Virgen del Carmen Arequipa 2021 ya que el valor Rho Spearman obtenido es de 0.581** lo que determina una relación muy significativa y una correlación positiva moderada entre la variable y dimensión estudiada. Por lo tanto a menor depresión mayor es la participación familiar del adolescente.
4. Existe relación entre depresión y el crecimiento en adolescentes del Colegio Virgen del Carmen Arequipa 2021 ya que el valor Rho Spearman obtenido es de 0.612** lo que determina una relación muy significativa y una correlación positiva moderada entre la variable y dimensión estudiada. Por lo tanto a menor depresión mayor es el crecimiento en adolescentes.
5. Existe relación entre depresión y afectividad familiar en adolescentes del Colegio Virgen del Carmen Arequipa 2021 ya que el valor Rho Spearman obtenido es de 0.614** lo que determina una relación muy significativa y una correlación positiva moderada entre la variable y dimensión estudiada. Por lo tanto a menor depresión mayor es la afectividad familiar.

6. Existe relación entre depresión y el recurso familiar en adolescentes del Colegio Virgen del Carmen Arequipa 2021 ya que el valor Rho Spearman obtenido es de 0.578** lo que determina una relación muy significativa y una correlación positiva moderada entre la variable y dimensión estudiada. Por lo tanto a menor depresión mayor es el recurso familiar.

RECOMENDACIONES

1. Incentivar a más investigaciones similares a nuestro estudio, para seguir comparando datos y buscar una mejora para el núcleo de la sociedad que es la familia.
2. Efectuar la estandarización de los test psicológicos para su adecuada aplicación en lugares distintos a los de su origen y obtener resultados de mayor eficacia y veracidad.
3. Diseñar programas de promoción o prevención para que en base a nuestros resultados obtenidos se pueda aumentar el porcentaje de funcionalidad familiar. Basados en la integración a través de acciones positivas, brindando las herramientas necesarias como una comunicación asertiva y una mejor escucha activa.
4. Elaborar programas de intervención en salud mental dirigidos a adolescentes teniendo en cuenta el tipo de funcionalidad familiar y factores sociales negativos, contando con la participación de padres y profesores.
5. Adherir al departamento psicopedagógico el trabajo de una asistencia social y así en conjunto realicen visitas domiciliarias y puedan trabajar con los miembros de la familia en los distintos factores psicosociales.
6. Diseñar un programa que permita mejorar los índices hallados con respecto a los niveles de depresión leves y severos, considerando además la relación entre los padres de familia y adolescentes, estableciendo programas de escuelas de familia y sesiones de trabajo con cada una de ellas
7. Implementar procesos de seguimiento psicológico a los alumnos inmersos en estudios realizados, y de acuerdo a ello tener un control con respecto a la evolución del menor y si fuera necesario, su oportuna intervención.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Serna D, Terán C, Vanegas A, et. a. Depresión y funcionamiento familiar en adolescentes de un municipio de Quindío, Colombia. Rev haban cienc méd. 2020 Octubre; 19(5).
2. Navarro-Loli J, Moscoso M, Calderón-De la Cruz G. La investigación de la depresión en adolescentes en el Perú: una revisión sistemática. Liberabit. 2017 Junio; 23(1): p. 57-74.
3. Gaytán E, García G, Gaytán D, et. a. Sintomatología depresiva, estrés y funcionamiento familiar en madres adultas del norte de México. Acta univ. 2019 Diciembre; 29(1).
4. Estacio X. Disfunciones familiares que tienen una influencia directa en la depresión, en los pacientes atendidos en el servicio de consulta externa del área de salud nº 9. [Tesis]. Quito: Universidad Central de Ecuador, Psicología Clínica; 2015.
5. Díaz J. Depresión y funcionamiento familiar en jóvenes universitarios. [Tesis]. Toluca: Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Ciencias de la Conducta; 2018.
6. Jadán C. Depresión en adolescentes de 14 a 16 años del Colegio 27 de febrero de la ciudad de Loja. Tesis. Loja: Universidad Nacional de Loja, Facultad de Salud Humana; 2017.
7. Ordóñez M. Funcionalidad familiar y su relación con la depresión en adolescentes del bachillerato de la zona 7 del Ecuador 2016. Tesis. Loja: Universidad Nacional de Loja, Programa de Especialización en Medicina familiar y Comunitaria; 2017.
8. Yáñez L. Funcionamiento familiar y su relación con la autoestima de adolescentes. Tesis. Ambato: Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la Salud; 2018.

9. Apaza S. Funcionabilidad familiar relacionado con la depresión en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Industrial N°32 PUNO - 2018. [Tesis]. PUNO: Universidad Nacional del Altiplano, Facultad de enfermería; 2018.
10. Sánchez S. Depresión y clima social familiar en los adolescentes del nivel secundario de la Institución Educativa 058 Sifredo Zúñiga Quintos Tumbes 2014. [Tesis]. Tumbes: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Facultad de Ciencias de la Salud; 2014.
11. Vargas H. Funcionamiento familiar y su relación con la depresión en adolescentes internados en el Hospital de Emergencias Pediátricas, Octubre – Diciembre. Año 2017. Tesis. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal, Facultad de Ciencias Sociales; 2018.
12. Cabrera R. Disfuncionalidad familiar y depresión en adolescentes de 3ero y 4to grado de secundaria de una Institución educativa, Bellavista, 2020. Tesis. Callao: Universidad César Vallejo, Facultad de Ciencias de la salud; 2020.
13. Flores H. Disfuncionalidad familiar y la depresión en los alumnos de Segundo y Tercer año del nivel secundario de la Institución Educativa Adventista 28 de Julio.. Tesis. Lima: Universidad Privada TELESUP, Facultad de Salud y Nutrición; 2017.
14. Raile M, Marriner A. Modelos y teorías en Enfermería. 7th ed. Barcelona: EdiPe SL; 2011.
15. Galvis M. Teorías y Modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica. Rev Cuid. 2015 Diciembre; 6(2).
16. Cisneros F. Teorías y modelos de enfermería. Popayán: Universidad de Cuaca, Programa de Enfermería; 2005.
17. CONACYT Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. La depresión y otros trastornos psiquiátricos México: Intersistemas SA; 2015.

18. Botto A, Acuña J, Jiménez J. La depresión como un diagnóstico complejo. Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. Rev. Med. Chile. 2014 Octubre; 142(10): p. 1297-1305.
19. Organización Panamericana de la Salud. Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. 2017. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
20. Arranz B, San Molina L. Comprender la depresión Barcelona: Amat; 2010.
21. Bellak L, Small L. Psicoterapia breve y de emergencia. 2nd ed. México: PAX México; 2004.
22. Zarragoitía I. Depresión, generalidades y particularidades La Habana: Ciencias Médicas; 2011.
23. Grupo Gestión de Información en Salud. Centro Provincial Información de Ciencias Médicas de Camaguey. [Online]. Camaguey; 2018 [cited 2020 Setiembre 01]. Available from: <https://files.sld.cu/cpicm-cmw/files/2018/03/hoja-inf-marz.pdf>.
24. Moreno J, Chauta L. Funcionalidad familiar, conductas externalizadas y rendimiento académico en un grupo de adolescentes de la ciudad de Bogotá. Psychologia. Avances de la disciplina. 2012 Junio; 6(1): p. 155-166.
25. Ruiz M. Funcionalidad familiar y afrontamiento en estudiantes universitarios. Temát. psicol. 2015 Julio; 11(1): p. 53-63.
26. Olson D, Rusell C, Sprenkle D. Circumplex Model: Systemic Assessment and Treatment of Families New York: Routledge; 1989.
27. Rodriguez N. Un acercamiento a la familia desde una perspectiva sociológica. Contribuciones a las Ciencias Sociales. 2012 Mayo; www.eumed.net/rev/cccscs/20/nerf.html.
28. Vera F. Puntos clave sobre el APGAR familiar. Medicina Clínica y Social. 2018 Julio; 2(2).

29. Suarez M, Alcalá M. APGAR familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. Rev Med La Paz. 2014 Junio; 20(1).
30. Alegre Y, Suárez M. Instrumentos de Atención a la Familia: El Familiograma y el APGAR. RAMPA. 2006 Noviembre; 1(1).
31. UNICEF. Adolescencia, una etapa fundamental Nueva York: UNICEF NY ; 2002.
32. Gaete V. Desarrollo psicosocial del adolescente. Rev. chil. pediatr. 2015 Diciembre; 86(6).
33. Pardo G, Sandoval A, Umbarila D. Adolescencia y depresión. Revista Colombiana de Psicología. 2004 Octubre;(13).

ANEXOS

Anexos 01: ESCALA DE HAMILTON

Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 ó de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo. La Guía de Práctica Clínica elaborada por el NICE [6], guía con una alta calidad global en su elaboración y una puntuación de "muy recomendada" según el instrumento AGREE, recomienda emplear los siguientes puntos de corte:

- No deprimido: 0-7
- Depresión ligera/menor: 8-13
- Depresión moderada: 14-18
- Depresión severa: 19-22
- Depresión muy severa: >23

ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depresión Rating Scale (HDRS)

Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)	0
Ausente	1
Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente	2
Estas sensaciones las relata espontáneamente - Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)	3
Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea	4
Sentimientos de culpa	0
Ausente	1
Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente	2
Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	3
Siente que la enfermedad actual es un castigo	4
Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza	
Suicidio	0
Ausente	1
Le parece que la vida no vale la pena ser vivida	2
Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse	3
Ideas de suicidio o amenazas	4
Intentos de suicidio (cualquier intento serio)	
Insomnio precoz	0
No tiene dificultad	

Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño	1
Dificultad para dormir cada noche	2
Insomnio intermedio	
No hay dificultad	0
Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche	1
Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)	2
Insomnio tardío	
No hay dificultad	0
Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir	1
No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	2
Trabajo y actividades	
No hay dificultad	0
Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)	1
Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)	2
Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad	3
Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.	4
Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)	
Palabra y pensamiento normales	0
Ligero retraso en el habla	1
Evidente retraso en el habla	2
Dificultad para expresarse	3
Incapacidad para expresarse	4
Agitación psicomotora	
Ninguna	0
Juega con sus dedos	1
Juega con sus manos, cabello, etc.	2
No puede quedarse quieto ni permanecer sentado	3
Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios	4
Ansiedad psíquica	
No hay dificultad	0
Tensión subjetiva e irritabilidad	1
Preocupación por pequeñas cosas	2
Actitud aprensiva en la expresión o en el habla	3
Expresa sus temores sin que le pregunten	4

Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración)	
Ausente	0
Ligera	1
Moderada	2
Severa	3
Incapacitante	4
Síntomas somáticos gastrointestinales	
Ninguno	0
Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen	1
Dificultad en comer si no se le insiste.	2
Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales	3
Síntomas somáticos generales	
Ninguno	0
Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares.	1
Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2	2
Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)	
Ausente	0
Débil	1
Grave	2
Hipocondría	
Ausente	0
Preocupado de sí mismo (corporalmente)	1
Preocupado por su salud	2
Se lamenta constantemente, solicita ayuda	3
Pérdida de peso	
Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	0
Pérdida de más de 500 gr. en una semana	1
Pérdida de más de 1 Kg. en una semana	2
Introspección (insight)	
Se da cuenta que está deprimido y enfermo	0
Se da cuenta de su enfermedad, pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.	1
No se da cuenta que está enfermo	2

Anexo 02: CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD DE LA FAMILIA

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNA S VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
¿Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesitas?					
¿Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas?					
¿Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor?					
¿Me satisface como compartimos en familia?					
1. el tiempo para estar juntos					
2. los espacios en la casa					
3. l dinero					
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesita ayuda?					
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos(a)					

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE E INDICADORES	METODOLOGÍA
Problema General	Objetivo General	Hipótesis General	Variables	<p style="text-align: center;">TIPO DE INVESTIGACIÓN</p> <p style="text-align: center;">Básica</p> <p style="text-align: center;">DISEÑO DE INVESTIGACIÓN</p> <p style="text-align: center;">No experimental Transversal</p> <p style="text-align: center;">POBLACIÓN Y MUESTRA</p> <p style="text-align: center;">No probabilística de carácter censal debido a que se trabajara con toda la población en estudio. Es decir, los 140 adolescentes</p>
¿Cuál es la relación entre depresión y la funcionalidad familiar en adolescente del Colegio Virgen del Carmen Arequipa 2021?	Determinar la relación entre depresión y funcionalidad familiar en adolescentes del Colegio Virgen del Carmen Arequipa 2021.	Existe relación entre depresión y funcionalidad familiar en adolescentes del Colegio Virgen del Carmen Arequipa 2021.	Variable X: Depresión Indicadores Humor deprimido tristeza Sentimiento de culpa Suicidio	
Problema Específicos ¿Cuál es la relación entre la depresión y la adaptación familiar en adolescentes del Colegio Virgen del Carmen Arequipa 2021? ¿Cuál es la relación entre depresión y la participación familiar en adolescentes del Colegio Virgen del Carmen Arequipa 2021?	Objetivo Específico Identificar la relación entre la depresión y la adaptación familiar en adolescentes del Colegio Virgen del Carmen Arequipa 2021. Determinar la relación entre depresión y la participación familiar en adolescentes del Colegio Virgen del Carmen Arequipa 2021.	Hipótesis Específicas H1. Existe relación entre depresión y la adaptación familiar en adolescentes del Colegio Virgen del Carmen Arequipa 2021. H2. Existe relación entre depresión y la participación familiar en adolescentes del Colegio Virgen del Carmen Arequipa 2021.	Insomnio precoz Insomnio intermedio Insomnio tardío Trabajo y actividades Inhibición psicomotora Agitación psicomotora Ansiedad psíquica Ansiedad somática Síntomas somáticos gastrointestinales	

<p>¿Cuál es la relación entre depresión y el crecimiento en adolescentes del Colegio Virgen del Carmen Arequipa 2021?</p> <p>¿Cuál es la relación entre depresión y la afectividad familiar en adolescentes del Colegio Virgen del Carmen Arequipa 2021?</p> <p>¿Cuál es la relación entre depresión y recurso familiar en adolescentes del Colegio Virgen del Carmen Arequipa 2021?</p>	<p>Identificar la relación entre depresión y el crecimiento en adolescentes del Colegio Virgen del Carmen Arequipa 2021.</p> <p>Analizar la relación entre depresión y la afectividad familiar en adolescentes del Colegio Virgen del Carmen Arequipa 2021.</p> <p>Determinar la relación entre depresión y el recurso familiar en adolescentes del Colegio Virgen del Carmen Arequipa 2021.</p>	<p>H3. Existe relación entre depresión y el crecimiento en adolescentes del Colegio Virgen del Carmen Arequipa 2021.</p> <p>H4. Existe relación entre depresión y afectividad familiar en adolescentes del Colegio Virgen del Carmen Arequipa 2021.</p> <p>H5. Existe relación entre depresión y el recurso familiar en adolescentes del Colegio Virgen del Carmen Arequipa 2021.</p>	<p>Síntomas somáticos generales</p> <p>Síntomas genitales</p> <p>Hipocondría</p> <p>Pérdida de peso</p> <p>Perspicacia</p> <p>Variable Y</p> <p>Función familiar</p> <p>Indicadores</p> <p>Adaptación familiar</p> <p>Participación familiar</p> <p>Capacidad resolutive</p> <p>Afectividad familiar</p> <p>Recurso familiar</p>	<p>TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:</p> <p>INSTRUMENTO Para la variable (X):</p> <p>test de Depresión de Hamilton</p> <p>Para la variable (Y):</p> <p>APGAR FAMILIAR.</p>
--	--	---	--	---

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE ICA

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**CUESTIONARIO PARA EVALUAR LA RELACIÓN DE DEPRESIÓN Y
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DEL COLEGIO VIRGEN
DEL CARMEN AREQUIPA 2021**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, con N° de DNI _____, declaro haber recibido toda la información con respecto a este estudio, cuyo propósito es Aplicar el cuestionario de Apgar Familiar y la Escala De Hamilton para medir la calidad de vida en los adolescentes del colegio Virgen del Carmen, a través de una breve entrevista (duración aprox. 15 minutos) que deberé responder en una sola oportunidad y cuyos datos serán manejados confidencialmente.

Además, declaro haber tenido la opción de negarme a ser parte de él o retirarme en cualquier momento, con la certeza de que no tendría ninguna consecuencia negativa ni pérdida de derechos; pudiendo manifestar todas mis inquietudes y que éstas me fueron resueltas satisfactoriamente. Por lo tanto, sabiendo que esto no me provocará ningún daño, sino más bien, será un aporte para ayudar a personas que padecen problemas familiares; acepto participar voluntariamente de esta investigación, a cuyos resultados podré acceder a partir del presente año mediante la ubicación de sus autoras, Alexis Medina Sanchez y Silvia Ttito Chipana.

Firma del paciente

Alexis Medina Sanchez

Silvia Ttito Chipana

Fecha: ____ de _____ del 2021.