

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN GESTANTES
ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL PUESTO DE SALUD GERARDO
GONZALES VILLEGAS – TUMBES 2018**

AUTORES

Bach. MARCHÁN GARCÍA LUIS JOAN

Bach. NORIEGA APONTE EDGAR LUIS

ASESORA

Mg. HUERTAS YMÁN LILIA

TUMBES - PERÚ

2018

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO
EN OBSTETRICIA**

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN GESTANTES
ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL PUESTO DE SALUD GERARDO
GONZALES VILLEGAS – TUMBES 2018**

AUTORES

Bach. MARCHÁN GARCÍA LUIS JOAN

Bach. NORIEGA APONTE EDGAR LUIS

TUMBES- PERÚ

2018

TESIS

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN GESTANTES
ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL PUESTO DE SALUD GERARDO
GONZALES VILLEGAS – TUMBES 2018**

PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN OBSTETRICIA

Bach. Obst. **MARCHÁN GARCÍA, LUIS**
AUTOR.

Bach. Obst. **NORIEGA APONTE, EDGAR**
AUTOR.

Mg. HUERTAS YMÁN LILIA
ASESORA.

Mg. YPANAQUE ANCAJIMA JHON.
CO-ASESOR.

JURADO DICTAMINADOR

Mg. JOSÉ LUIS SALY ROSAS SOLANO

PRESIDENTE

Lic. JOSÉ SILVA RODRÍGUEZ

SECRETARIO

Dr. CÉSAR W LUCIANO SALAZAR

VOCAL

DEDICATORIA

A Dios por brindarnos la sabiduría, fortaleza, y sobre todo la paciencia para poder cumplir nuestros propósitos.

Dedicado a nuestros padres por el inmenso esfuerzo que realizan cada día, apoyándonos para que cada uno de nosotros alcance sus metas.

A la Universidad Nacional de Tumbes en especial a la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Académico Profesional de Obstetricia por brindarnos una educación de alta calidad.

AGRADECIMIENTO.

A Dios, por iluminarnos en el camino de la vida, darnos sabiduría, salud, fortaleza para poder cumplir con este estudio, y permitirnos superar los obstáculos presentados durante nuestra preparación académica.

A la plana Docente de la Escuela Académica Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional de Tumbes, por sus valiosas enseñanzas y experiencias brindadas durante nuestra formación profesional.

De manera especial a nuestra asesora la Obst. Mg. HUERTAS YMÁN LILIA, y co-asesor Mg. YPANAQUÉ ANCAJIMA JHON, por sus orientaciones, asesorías y aporte profesional en la realización de la presente investigación.

Al Director del Puesto de Salud Gerardo Gonzáles Villegas, y a todo su equipo por las facilidades y el apoyo brindado en la ejecución de esta investigación.

A las Gestantes adolescentes controladas en el Puesto de Salud Gerardo Gonzales Villegas - Tumbes, por contribuir en el presente estudio de manera desinteresada, pues sin su participación no hubiese sido posible obtener la información necesaria para nuestra investigación.

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

Los abajo firmantes declaran que los resultados reportados en esta investigación, son producto de nuestro trabajo con el apoyo permitido de asesores en cuanto a su concepción y análisis. Asimismo declaramos que hasta donde nosotros sabemos no contiene material previamente publicado o escrito por otra persona excepto donde se reconoce como tal a través de referencias bibliográficas y con propósitos exclusivos de ilustración o comparación. En este sentido, afirmamos que cualquier información presentada sin referencia a un tercero es de nuestra propia autoría. Declaramos, finalmente, que la redacción de este proyecto es producto de nuestro propio trabajo con la dirección y apoyo de nuestro jurado calificador y asesores, en cuanto a la concepción y al estilo de la presentación o a la expresión escrita.

Los autores.

Bach. Obst. MARCHÁN GARCÍA, LUIS JOAN _____

Bach. Obst. NORIEGA APONTE, EDGAR LUIS _____



RESPONSABLES:

BACH. OBST. MARCHÁN GARCÍA, LUIS JOAN

EJECUTOR

BACH.OBST.NORIEGA APONTE, EDGAR LUIS

EJECUTOR

MG. HUERTAS YMÁN LILIA

ASESORA

MG.YPANAQUE ANCAJIMA JHON.

CO-ASESOR

RESUMEN

Este estudio corresponde a una investigación de tipo cuantitativa – descriptiva correlacional, donde se encuestaron 65 gestantes adolescentes que fueron atendidas a su control prenatal en el Puesto de Salud, cumpliendo los criterios de inclusión y exclusión, utilizando cuestionarios que identifican las dos dimensiones (funcionalidad familiar y depresión), resultando que el 95.38% no tienen depresión, mientras que el 4.62% están ligeramente deprimidas y en relación a la funcionalidad familiar, el 69.23% tienen una familia disfuncional, un 27.69% una familia moderadamente funcional, un 1.54% una familia funcional y un 1.54% una familia severamente disfuncional ; además el 1.54% de las gestantes que vienen de una familia funcional no sufren depresión, un 27.69% que vienen de una familia moderadamente funcional no sufren depresión, un 64.62% que vienen de una familia disfuncional no sufren depresión y sólo un 4.62% están ligeramente deprimidas y proviene de un familia disfuncional. Finalmente al establecer la relación se obtuvo una p valor de 0.70 a la prueba estadística chi cuadrado de Pearson, estableciendo que no es significativo la relación.

Palabras claves: funcionalidad familiar, depresión, adolescencia.

ABSTRACT

This study corresponds to a quantitative-descriptive correlational investigation, where 65 adolescent pregnant women who were attended to their prenatal control in the Health Post were surveyed, using the inclusion and exclusion criteria, using questionnaires that identify the two dimensions (family functionality and depression), resulting that 95.38% do not have depression, while 4.62% are slightly depressed and in relation to family functionality, 69.23% have a dysfunctional family, 27.69% have a moderately functional family, 1.54% have a family functional and a 1.54% a severely dysfunctional family; In addition, 1.54% of pregnant women who come from a functional family do not suffer from depression, 27.69% come from a moderately functional family do not suffer from depression, 64.62% come from a dysfunctional family do not suffer from depression and only 4.62% are slightly depressed and comes from a dysfunctional family. Finally, when establishing the relationship, a p value of 0.70 was obtained from Pearson's chi-square statistical test, establishing that the relationship is not significant.

Key word: familiaridad familiar, de pression, adolescence.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.	10
2. MARCO DE REFERENCIA DEL PROBLEMA.....	13
2.1.ANTECEDENTES.	13
2.2.BASES TEÓRICO-CIENTÍFICAS.	18
2.3.DEFINICIÓN DE TÉRMINOS25	
3. MATERIAL Y MÉTODOS.....	26
3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	26
3.2. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO.	27
3.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.	28
3.4. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	28
3.5. PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS30	
3.6. PLAN DE PROCESAMIENTO DE DATOS31	
3.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS32	
4. RESULTADOS.....	34
TABLA 01.....	34
TABLA 02.....	35
TABLA 03.....	36
TABLA 04.....	37
TABLA 05.....	38
5. DISCUSIÓN.	39
6. CONCLUSIÓN.	43
7. RECOMENDACIONES44	
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.45	

ANEXOS.....49

INTRODUCCIÓN.

La Organización Mundial de Salud (OMS), ha denominado que el entorno familiar del adolescente es importante ya que en él se desarrollan la mayoría de los procesos de socialización. A la fecha como resultado de un sin fin de causa-efecto de la disfuncionalidad familiar están surgiendo familias de este tipo, cuyos integrantes no sólo viven un trastocamiento de valores, sino que también tienen dificultad para asumir la autocrítica. Cuando la familia comienza a disfuncional, su función principal ante la sociedad se distorsiona y antepone a ellos los conflictos, actualmente se denomina como familia disfuncional o multiproblemática, en las que proliferan problemas sociales como la drogodependencia, conducta criminal o delincuencia, malos tratos¹.

Los adolescentes son uno de los grupos etáreos que presentan mayor probabilidad de sufrir una depresión, dada la etapa de cambios físicos, psicológicos, socioculturales y cognitivos, demanda en ellos el desarrollo de estrategias de afrontamiento que les permitan establecer un sentido de identidad, autonomía, éxito individual y social. Refieren que los criterios del trastorno depresivo son parecidos entre niños, adolescentes y adultos, sólo que en los adolescentes el síntoma característico es el notable cambio de ánimo, que puede ser encubierto por irritabilidad o problemas de conducta².

La Organización Panamericana de la Salud en el año 2015, informó que el embarazo en adolescentes oscila entre un 20% en América Latina, países como, Ecuador, Chile y Perú, la proporción de madres adolescentes es similar entre indígenas y no indígenas. En Costa Rica, Panamá y Paraguay, que son los países que presentan una maternidad temprana más alta (4 de cada 10 jóvenes son madres), las madres indígenas cuadruplican a las no indígenas en Paraguay y las duplican en Costa Rica y Panamá³.

En el Perú la población adolescente representa el 20% de la población nacional, estando comprendida entre 10 a 19 años de edad, caracterizada por los cambios biológicos, psicológicos y sociales, que lo hacen más susceptible, la encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES) en el año 2015, informó que en el Perú, 13 de cada 100 adolescentes entre 15 y 19 años ya son madres y están embarazadas con el primer hijo. La mayor prevalencia de gestaciones adolescentes se encuentra en el área rural del país con un 19.7% y las regiones de la selva con un 25.3%⁴.

Según ENDES en el 2014, la población adolescente en nuestro país fluctúa alrededor del 21% de la población total. Asimismo, las mujeres comienzan a tener hijos a edades tempranas; se indica que antes de los 18 años, un 16,9% tuvieron su primer hijo, un 33,9% procrearon por primera vez antes de los 20 años. Al llegar a los 25 años, el 13.17% entre 15 y 19 años ya son madres o están gestando por primera vez, los departamentos

con mayor prevalencia de madres adolescentes con edades comprendidas entre los 12 a 14 años son Ucayali con un 1,2%, seguido de Madre de Dios con 1,1%, Loreto y San Martín con un 0,9% cada uno⁴.

La situación antes descrita despertó interés en los autores, motivo por el cual se abordó el presente estudio, y a partir de ello se planteó la siguiente interrogante: ¿Cuál es la relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Gerardo Gonzáles Villegas – Tumbes 2018?, para responder a la pregunta, se elaboraron los siguientes objetivos: Objetivo general: Determinar la relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Gerardo Gonzáles Villegas – Tumbes 2018, y los Objetivos específicos: Describir la funcionalidad familiar en gestantes adolescentes; Identificar la depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Gerardo Gonzales Villegas.

Este estudio permitió conocer las causas y consecuencias de la depresión en gestantes adolescentes en su atención pre natal, y otorgó la información necesaria para trabajar en la mejora de la estrategia de salud sexual y reproductiva, como prioridad sanitaria nacional y regional, en los aspectos relacionados con la familia, tipo de relaciones interpersonales entre las gestantes y los obstetras; así como en la dimensión de las asistencias profesionales.

Los estudios señalaron que la depresión en gestantes adolescentes incide directamente con la funcionalidad familiar y con las recomendaciones que les da el profesional en cada control, contribuyendo a su vez con la disminución de los embarazos no deseados que continúan siendo uno de los grandes retos pendientes de la salud pública regional, nacional y mundial.

Igualmente el tema en estudio fue de interés para los futuros profesionales de obstetricia, ya que se convirtió en una herramienta para la comprensión y el conocimiento sobre lo que piensan las gestantes sobre su entorno familiar a fin de transformar y complementar la transmisión de conocimientos teóricos y prácticos hacia los futuros profesionales.

1. MARCO DE REFERENCIA DEL PROBLEMA.

2.1. Antecedentes.

Pelayo LL.⁵ (2015 – Uruguay), realizó un estudio sobre la estructura semiológica con una metodología tetra dimensional y

las situaciones familiares y laborales crónicas en la depresión de la mujer adolescente, la muestra utilizada fue de 108 mujeres depresivas y 57 formaban una sub muestra de mujeres en el primer episodio depresivo, a parte se tenía una muestra de control con 67 mujeres sin depresión. La recolección de datos fue efectuada en un ambulatorio de la seguridad social, usando el cuestionario estructural tetra dimensional de depresión. Entre los resultados se destacan los siguientes hallazgos: La adscripción a un estrato socioeconómico bajo muestra una asociación significativa con la presencia de un estado depresivo en su vida conyugal.

Cava P.⁶ (2015 – Venezuela), en el estudio depresión en gestantes adolescentes, los resultados permiten señalar la existencia de diferencias en la comunicación padres-hijos en función de la depresión en el adolescente, al tiempo que confirman la importancia de la calidad de esta comunicación en el adecuado ajuste psicosocial del adolescente. El autor indica que una mayor apertura en la comunicación con los padres se relaciona con una mayor autoestima y con un menor ánimo depresivo; siendo la relación negativa en el caso de la percepción de problemas en la comunicación. Este trabajo, permitió confirmar la conexión existente entre la comunicación familiar y el bienestar psicosocial durante la adolescencia.

Mendoza F.⁷ (2016 – México), realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, a través de estudios de diagnóstico de depresión y salud familiar, aplicados a familias adscritas a la Unidad de Medicina Familiar de Xalapa – México, durante el marzo del 2016. La muestra fue de 103 diagnósticos de salud familiar incluidos en el estudio, encontrando resultados por cada instrumento aplicado. De acuerdo con la evaluación de la relación conyugal, se encontró un 52% de depresión en parejas funcionales, un 39% de depresión en parejas moderadamente disfuncionales y un 9% de depresión en parejas severamente disfuncionales.

Cabrera K.⁸ (2016 - Colombia), estudió la magnitud de la funcionalidad familiar y depresión como factores de riesgo para el intento de suicidio, tuvo como finalidad identificar factores de riesgo personal y familiar. La muestra estuvo conformada por adolescentes atendidos en un centro especializado en toxicología por intento de suicidio, mediante una encuesta estructurada se investigaron características personales, familiares y redes de apoyo. De los 25 casos y 25 controles incidentes, los factores asociados ajustados por edad, por ser estudiante y consumir tabaco fueron violencia intrafamiliar, desintegración familiar, eventos críticos, baja autoestima, ansiedad y disfunción familiar;

siendo los principales factores de riesgo para intento de suicidio, (violencia intrafamiliar, familias desintegradas y disfuncionales).

Zúñiga K.⁹ (2016 Chile), en su estudio funcionalidad familiar y embarazo en la adolescencia, comenta que las adolescentes con hijos han recibido mucha atención a mediados del siglo XXI, por los conflictos potenciales que surgen en ellas. Las adolescentes deben tener la responsabilidad, maduras para aceptar ser madres y tener el apoyo moral de la familia, así como las decisiones personales frente a su futuro académico y laboral, aunque en ocasiones difiera de sus expectativas (explícitas o implícitas). La aceptación de la realidad es difícil para los padres de las gestantes adolescentes, en estos casos los padres pueden reaccionar apoyando a sus hijas, manteniendo la comunicación y orientándolas, tomando una actitud positiva y abierta en ellas.

Dos santos S.¹⁰ (2017 – Brasil), realizó una investigación sobre la prevalencia de depresión en gestantes adolescentes y su relación con el motivo de consulta y el diagnóstico psicológico. La muestra estuvo conformada por 463 gestantes adolescentes de 13 a 19 años que acudieron a 10 unidades de atención primaria para consultar con un psicólogo. Se utilizó el CET-DE para medir la depresión y un cuestionario para evaluar datos sociodemográficos

y relativos a la consulta. El resultado indica que un 99,2% tuvieron depresión, y las quejas dadas en la consulta con los psicólogos estuvieron dispersas en un 61,1% en el campo somático, unos 49,5% relacionadas con la sexualidad, y un 31,7% se presentan en el embarazo.

Álvarez R.¹¹ (2017- Perú), empleó la escala de clima familiar (FES) en gestantes adolescentes, tomando sólo 3 reactivos de cada una de las 3 sub escalas (Relaciones, Desarrollo y Estabilidad) para evaluar la funcionalidad familiar, la cual permite tener información sobre las relaciones que mantienen los miembros de la familia, así como el grado de comunicación y el nivel de conflicto, La muestra se seleccionó quedando 244 gestantes adolescentes, y la media de edad fue de 13.43 años. Los resultados de la investigación indican que existe una relación inversamente proporcional entre los síntomas depresivos y los conflictos familiares en las gestantes, lo que sugiere que a mayor índice de depresión menor funcionalidad familiar.

En Tumbes no se encuentran estudios referentes al tema de investigación, por lo que es de mayor interés y relevancia para nosotros poder realizarlo, ya que hoy en día la incidencia de embarazo en adolescentes en los últimos años ha ido en aumento de una manera considerable, esto significaría un problema de salud pública lo que es alarmante para población tumbesina,

según los datos estadísticos del Puesto de Salud Gerardo Gonzáles Villegas se observa que en los 2 últimos años existe una tendencia de incremento notable con respecto al embarazo en gestantes adolescentes de 13 a 17 años, en el 2013 se registraron 3 atenciones, en el 2016 incrementó a 6 de la población en estudio, mientras que en el 2017 hubo 8 atenciones, donde se enmarca nuestra investigación se evidencia un incremento notorio de 9 gestantes de 13 a 17 años atendidas en dicha institución.

2.2. BASES TEÓRICO-CIENTÍFICAS.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años de vida. Se trata de una de las etapas de transición más importante en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y diferentes cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos¹.

Para la OMS, la gestación durante la adolescencia es considerada como una gestación de riesgo, debido a las repercusiones que tiene sobre la salud de la madre adolescente y su hijo, además, de las consecuencias psicológicas y sociales, las cuales se

duplican en las adolescentes menores de 20 años. Según la OMS el embarazo en la adolescencia es aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años de edad ginecológica y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental¹.

Todo adolescente afronta cambios tanto físicos como psicológicos con el objetivo de construir su propia identidad personal. Esta etapa de cambios no sólo es para los jóvenes del hogar sino también para los padres, ya que necesitan evolucionar e ir adaptándose a la nueva etapa de los hijos. Los conflictos familiares se originarían fundamentalmente en la discrepancia entre las distintas necesidades u objetivos que se plantean los padres y adolescentes, sin desmerecer el contexto sociocultural en el que viven. Por esta razón es importante indagar sobre la funcionalidad familiar que perciben los adolescentes y en qué medida afrontan los cambios que está siendo favorable para él o está incurriendo en problemas psicológicos que lo limitan en su desarrollo⁶.

La familia es considerada como el conjunto de personas que se relacionan entre sí para el logro de ciertas metas y objetivos, comparten un hogar y cooperan económicamente. Tienen además, lazos de parentesco, vínculos consanguíneos o políticos,

que se originan a partir de la parentalidad y que pueden ser reconocidos o no legalmente. Desde la perspectiva social, la familia es un conjunto de personas en constante interacción que se influyen mutuamente, de tal manera que los cambios en alguno de sus miembros repercutirán en los otros⁹.

La funcionalidad familiar es la satisfacción de las necesidades afectivo-emocionales y materiales de sus miembros, manteniendoun equilibrio que sirva para enfrentar las tensiones que se producen en el curso del ciclo vital, se caracteriza por tener una comunicación muy abierta, donde todos los integrantes participan en el intercambio de ideas y/o opiniones, promoviendo un desarrollo favorable para todos sus miembros, teniendo en cuenta jerarquías claras, límites claros, roles claros y definidos con una capacidad de adaptación al cambio, tiene la capacidad de manejar la proximidad y la distancia de cada uno de sus miembros, logrando el contacto afectivo y cálido entre todos, pero al mismo tiempo siendo capaces de permitir que cada uno tenga sus propios espacios, sus actividades personales y su vida social independiente ¹⁰.

La disfuncionalidad familiar es considerada como un núcleo social donde el desarrollo del potencial de sus integrantes se ve afectado negativamente, debido a relaciones o situaciones conflictivas, el

abuso por parte de sus propios miembros, en donde estos por la falta de valores y principios ya han perdido el respeto entre sí, esto conlleva a que cada uno de sus integrantes opte por tomar decisiones que atenten contra su integridad y salud al mismo tiempo. La disfuncionalidad familiar es nociva para la sociedad ya que cada integrante proviene de una familia¹¹.

Un error común de las familias disfuncionales es la creencia errónea de que los padres están al borde de la separación y el divorcio, aunque en algunos casos es cierto, a menudo el vínculo matrimonial es muy fuerte ya que las faltas de los padres en realidad se complementan entre sí. En resumen, no tienen otro lugar a dónde ir. Sin embargo, esto no significa necesariamente que la situación familiar es estable. Cualquier factor de estrés, como un traslado, el desempleo, una enfermedad, desastres naturales, la inflación, etc., pueden causar que los conflictos existentes que afectan a los hijos empeoren mucho. Estos problemas pueden convertirse en crónicos o recurrentes y conducir a un perjuicio ¹¹.

La depresión es un trastorno mental común que se presenta en la persona con el estado de ánimo deprimido, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o baja autoestima, trastornos del

sueño o del apetito, baja energía, y falta de concentración, que conducen a características en la persona, como:

Nerviosismo, estado pasajero de excitación nerviosa, falta de tranquilidad conduciéndola a la ansiedad que es considerada como el cambio mental que se caracteriza por una gran inquietud, una intensa excitación y una extrema inseguridad, también presenta temor que es la sospecha de que algo es malo o puede conllevar a un efecto perjudicial o negativo conduciendo a la persona a un grado más elevado que es el pánico, este es el miedo muy intenso, especialmente el que estremece repentinamente a una situación de peligro y la falta de ánimo denominado como el esfuerzo ineficaz ocasionado por irresponsabilidad.

El temblores el movimiento rápido e involuntario del cuerpo provocado principalmente por miedo, enfermedad o nerviosismo acompañado de cefalea que es el dolor de cabeza intenso y persistente que va acompañado de sensación de pesadez conllevando a una debilidad considerada como la falta de fuerza o energía moral similar al cansancio con la diferencia que esta es la falta de fuerzas después de realizar un esfuerzo físico, intelectual o emocional cuando la persona haya presentado un

cuadro de intranquilidad, ya que esta es la falta de quietud y sosiego en el ánimo ¹².

Depresión en la adolescencia, es un trastorno que afecta a los adolescentes y que lleva a que se presente tristeza, desánimo, pérdida del autoestima y pérdida de interés en actividades habituales. La depresión puede cambiar la forma como los adolescentes se ven a sí mismos y a sus vidas, así como las personas en torno a ellos, por lo general ven todo más negativamente y son incapaces de imaginar que cualquier problema o situación se puede resolver de un modo positivo, presentan síntomas tales como: cambios en el apetito, dificultad para concentrarse, inicio de relaciones sexuales a corta edad, dificultad para tomar decisiones, episodios de pérdida de la memoria, fatiga, sentimiento de agitación e inquietud, tristeza u odio hacia sí mismo, pérdida del interés o el placer en actividades que alguna vez eran divertidas ¹³.

Muchos de los embarazos en las adolescentes pueden llevarla a practicarse un aborto y los riesgos que implica éste para las chicas pueden ser considerables, principalmente cuando se realiza en forma ilegal y en condiciones médicas inadecuadas, situación que es muy frecuente. Las complicaciones generalmente incluyen: hemorragias, septicemia, anemia, laceraciones vaginales,

abscesos pélvicos, perforaciones del útero y esterilidad secundaria, entre otras. Aparte de las consecuencias biológicas, existen otros elementos que se ven afectados, como los aspectos emocionales, sociales y económicos ¹⁴.

La escala de autoevaluación para la depresión (test de Zung), es una encuesta corta que se auto administró para valorar que tan deprimido se encuentra un paciente. Hay 20 enunciados en la escala que indican las 4 características más comunes de la depresión: el efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones, y las actividades psicomotoras. Hay veinte preguntas elaboradas de forma negativa. Cada pregunta se evaluó en una escala de 1-4 (nunca o rara vez, algunas veces, buen número de veces, la mayoría de veces).

La calificación es de 20 a 80 puntos, sin depresión (20-49 puntos), ligeramente deprimido (50-59 puntos), moderadamente deprimido (60-69 puntos) y severamente deprimido (70- 80 puntos)¹⁵.

En cambio, el test de funcionamiento familiar (ff-sil) ,es un instrumento elaborado y validado por Louro Bernal Isabel, master en psicología de salud ,el cual será aplicado en su integridad original , para evaluar cuantitativa y cualitativamente la funcionalidad familiar; mide 7 variables, como son: cohesión que

es la unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones; armonía, correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia; comunicación, donde los miembros transmiten sus experiencias de forma clara y directa; permeabilidad, donde la familia puede brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones; afectividad, la capacidad de demostrar sentimientos y emociones positivas los unos a los otros; roles, donde cada miembro cumple sus responsabilidades y funciones; adaptabilidad, la habilidad de la familia para cambiar los roles y reglas ante una situación que lo requiera.

Según puntuación total de la prueba ff-sil, de 70 a 57 puntos familia funcional, de 56 a 43 puntos familia moderadamente funcional, de 42 a 28 puntos familia disfuncional y de 27 a 14 puntos familia severamente disfuncional¹⁶.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Funcionalidad familiar: capacidad de la familia para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Esto significa que debe cumplir con las tareas encomendadas, que los hijos no presenten trastornos graves de conducta y que la pareja no esté en lucha constante ⁹.

Depresión: es una enfermedad grave y común que nos afecta física y mentalmente en nuestro modo de sentir y de pensar, nos puede provocar deseos de alejarnos de nuestra familia, amigos¹⁰.

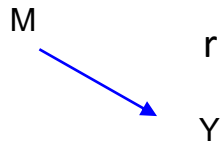
Adolescencia: Período de la vida de la persona comprendido entre la aparición de la pubertad, que marca el final de la infancia, y el inicio de la edad adulta, momento en que se ha completado el desarrollo del organismo ¹¹.

2. MATERIAL Y MÉTODOS.

3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

Correspondió a un tipo descriptivo correlacional simple con un diseño no experimental de corte transversal, por cuanto se demostró la relación entre la funcionalidad familiar y la depresión, en un momento determinado, correspondiéndole el siguiente esquema:





- M = muestra
- X = funcionalidad familiar
- Y = depresión
- r = relación

3.2. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO.

La población la constituyeron 376 gestantes adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Gerardo Gonzales Villegas.

Muestra

La muestra estuvo constituida por 65 gestantes adolescentes, que se obtuvo mediante la siguiente fórmula:

$$n_0 = \frac{(z)^2 N \cdot pq}{(z)^2 pq + (e)^2 (N - 1)}$$

$$si \frac{n_0}{N} > 0.05$$

$$n = \frac{(n_0)}{1 + \frac{n_0}{N}}$$

$$n_0 = \frac{(3.8416)(376)(0.25)}{(3.8416)(0.25) + (0.0025)(5)}$$

$$n_0 = \frac{(543.456)(0.25)}{}$$

$$\frac{(0.9604)+(1.575)}{2.1579}$$

$$n_0 = \frac{460.992 + 213.6}{2.1579}$$

$$n_0 = 65.$$

Muestreo

El muestreo aplicado fue aleatorio simple, considerando los criterios de selección de la muestra.

3.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.

Se incluyeron a todas las gestantes adolescente de 15 a 19 años ya sean multigestas o primigestas que desearon participar en la investigación y que fueron atendidas en el Puesto de salud Gerardo Gonzales Villegas. Se excluyeron a las que presentaron alguna discapacidad mental, las que se negaron a recibir el cuestionario y/o que no fueron atendidas.

3.4. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Para la recolección de datos se utilizó la técnica de la encuesta y como instrumentos el test de zung¹⁵, y la prueba de ff-sil¹⁶.

La escala de autoevaluación para la depresión de Zung es una encuesta corta que se auto administra para valorar que tan deprimido se encuentra un paciente. Hay 20 enunciados en la escala que indican las 4 características más comunes de la depresión: el efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones, y las actividades psicomotoras. Hay veinte preguntas elaboradas de forma negativa. Cada pregunta se evalúa en una escala de 1-4 (nunca o rara vez, algunas veces, buen número de veces, la mayoría de veces).

La calificación es de 20 a 80 puntos, sin depresión (20-49 puntos), ligeramente deprimido (50-59 puntos), moderadamente deprimido (60-69 puntos) y severamente deprimido (70- 80 puntos)¹⁵.

La prueba ff-sil, evaluó el funcionamiento familiar a partir de la percepción de uno de los miembros y su aplicación se realizó al miembro de la familia en estudio, en condiciones de privacidad adecuadas.

Las dimensiones que se evaluaron con la aplicación de ff-sil fueron:

Cohesión: unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas domésticas.

Armonía: correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.

Comunicación: los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias y conocimientos de forma clara y directa.

Adaptabilidad: habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas, ante una situación que lo requiera.

Afectividad: capacidad de los miembros de la familia para vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.

Rol: cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.

Permeabilidad: capacidad de la familia para brindar y recibir experiencias y ayuda de otras familias e instituciones., Según se observa en el siguiente cuadro¹⁶.

Diagnóstico de la funcionalidad familiar según puntuación total de la prueba ff-sil	
Familia funcional.	De 70 a 57 puntos.
Familia moderadamente funcional.	De 56 a 43 puntos.
Familia disfuncional.	De 42 a 28 puntos.
Familia severamente disfuncional.	De 27 a 14 puntos.

3.5. PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos se realizó de la siguiente manera:

1. En primer lugar se solicitó el permiso al jefe del Puesto de Salud Gerardo Gonzales Villegas
2. Fueron encuestadas gestantes adolescentes ya sean primigestas o multigestas, quienes fueron atendidas y participaron voluntariamente, firmando el consentimiento informado para ser partícipes del estudio.
3. Se les brindó instrucciones acerca del objetivo de estudio y la manera adecuada de responder las encuestas.
4. Los datos fueron registrados en una ficha de recolección de datos diseñada para este fin.

3.6. PLAN DE PROCESAMIENTO DE DATOS

La información fue procesada a través del software estadístico SPSS versión 21, ya recolectados los datos se sometieron a un proceso de crítica, codificación y fueron organizados en tablas y gráficos estadísticos, de acuerdo a los objetivos específicos del proyecto de investigación. Se elaboró una base de datos utilizando el programa Excel y SPSS 21.

Una vez obtenidos los datos fueron sometidos a un proceso de crítica y codificación, luego los resultados fueron tabulados utilizando el paloteo, posteriormente los datos se analizaron mediante la prueba chi cuadrado y se presentan en tablas y gráficos estadísticos utilizando el programa Microsoft office excel. Los resultados obtenidos fueron analizados y contrastados con trabajos de investigaciones similares y se procedió a la elaboración del informe en forma clara y con un lenguaje sencillo y de fácil entendimiento para el lector.

3.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La investigación cuantitativa se fundamentó en criterios éticos de rigor que tienen como finalidad asegurar la calidad, objetividad y validación de nuestro trabajo de investigación. Se involucró a gestantes adolescentes teniendo en cuenta el rigor científico planteado por Gozzer en 1998, quien considera la Confidencialidad, compromiso de conservar el anonimato y la identificación de las gestantes adolescentes encuestadas, y que la información que se obtuvo fue empleada sólo para fines de la investigación en el presente estudio. Credibilidad, la información

que se obtuvo se ajustó a la verdad, aclarando todo discurso confuso, para garantizar la veracidad de los resultados del estudio. Confiabilidad, se transmitió la honestidad y neutralidad de la información obtenida dejando de lado malos entendidos por parte de los autores, de modo que fueron fácilmente demostrables. Audibilidad, el estudio que se desarrolló y los resultados obtenidos ayudaron al profesional de salud a recorrer este nuevo camino.

Los principios éticos planteados por Belmont fueron.¹⁷

Principio de beneficencia: En el presente estudio se recolectó información de la población en forma directa a través de un cuestionario, asegurando que la información que se obtuvo no fue utilizada en contra por parte de los estudiantes.

Principio de respeto a la dignidad humana: Por ser un estudio no experimental se brindó el respeto a la vida.

Principio de justicia: Que consideró, privacidad: la información fue mantenida en la más estricta reserva, lo cual se logró a través del anonimato, donde se mantuvo en todo momento, otorgándose así la protección al participante en estudio, de modo tal que otras investigaciones no pudieran relacionarlo con la información que aportó.

El estudio garantizó la no explotación y el respeto a la dignidad humana, al contemplar el manejo del formato de consentimiento informado, debiendo cuidarse la emisión de juicios críticos, expresiones o gestos de asombro que provoquen molestia, vergüenza o sentimientos de humillación en la familia.

A partir de los resultados, la intervención en el ámbito familiar debe llegar hasta donde las valoraciones y principios de la misma lo permitan, el respeto a los valores y creencias familiares es un principio ético imprescindible en la evaluación familiar.

RESULTADOS

TABLA 01

Distribución numérica y porcentual del nivel de funcionalidad familiar en las gestantes adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Gerardo Gonzales Villegas - Tumbes 2018.

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas a las gestantes adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Gerardo Gonzales Villegas Tumbes 2018

Interpretación: Los resultados muestran que de acuerdo a los niveles de funcionalidad familiar en las gestantes adolescentes, se han presentado que el 69% tienen una familia disfuncional, un 27% una familia

moderadamente funcional, un 02% una familia funcional y un 02% una familia severamente disfuncional.

Nivel de Funcionalidad	Nº	%
Familiar		
Familia funcional	01	02
Familia moderadamente funcional	18	27
Familia disfuncional	45	69
Familia severamente disfuncional	01	02
Total	65	100

TABLA 02

Distribución numérica y porcentual descriptiva de los indicadores de la variable funcionalidad familiar en las gestantes adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Gerardo Gonzales Villegas -Tumbes 2018.

Funcionalidad familiar	Casi nunca		Pocas veces		A veces		Muchas veces		Casi siempre	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	Cohesión	02	03	43	55	05	22	10	08	05
Armonía	02	06	17	61	35	18	09	07	02	08
Comunicación	10	07	30	47	09	26	10	06	06	14
Afectividad	01	22	11	63	39	09	11	04	01	02

Adaptabilidad	10	32	40	52	08	10	05	02	02	04
Roles	01	02	14	61	39	12	09	08	02	07
permeabilidad	20	21	21	56	12	11	02	05	10	07

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas a las gestantes adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Gerardo Gonzales Villegas Tumbes 2018.

Interpretación: Los resultados muestran que los indicadores que más han contribuido de manera predominante a la disfuncionalidad familiar son la afectividad que se presentó en casi nunca con un 22% y pocas veces con un 63%, seguido de la adaptabilidad con casi nunca con un 52% y pocas veces con un 32%, y por último la permeabilidad con casi nunca con un 21% y pocas veces con un 56%.

TABLA 03

Distribución Numérica y Porcentual del nivel de depresión en las gestantes adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Gerardo Gonzales Villegas - Tumbes 2018.

Nivel de Depresión	N	%
Sin depresión	62	95
Ligeramente deprimidas	03	05

Total	65	100
--------------	-----------	------------

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas a las gestantes adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Gerardo Gonzales Villegas Tumbes 2018

Interpretación: Los resultados muestran que el 95% de las gestantes adolescentes están sin depresión, mientras que el 05% están ligeramente deprimidas.

TABLA 04

Distribución Numérica y Porcentual de los indicadores de la variable depresión en las gestantes adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Gerardo Gonzales Villegas - Tumbes 2018.

Depresión	Nunca o raras veces		Algunas veces		Buen número de veces		La mayoría de las veces	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nerviosismo	05	06	40	73	07	20	13	01
Ansiedad	15	27	36	53	13	18	01	02

Temor	12	33	33	56	20	11	00	00
Pánico	15	23	40	67	05	04	04	06
Temblor	17	34	34	45	12	19	02	02
Dolor de cabeza	11	23	39	55	09	21	06	01
Debilidad	23	33	28	52	11	12	03	03
Cansancio	13	42	43	43	05	13	04	02
intranquilidad	10	16	38	59	13	20	04	05

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas a las gestantes adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Gerardo Gonzales Villegas Tumbes 2018.

Interpretación: Los resultados muestran que dentro de los indicadores que han contribuido a una menor depresión, son el pánico que se presentó en rara vez con un 23% y algunas veces con un 67%, luego el temor con rara vez con un 33% y algunas veces con un 56%, seguido de la debilidad en rara vez con un 33% y algunas veces con un 52%, y por último el cansancio en rara vez con un 42% y pocas veces con un 42%.

TABLA 05

Análisis correlacional entre la funcionalidad familiar y la depresión de las gestantes adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Gerardo Gonzales Villegas – Tumbes 2018

Funcionalidad Familiar	Depresión de las gestantes adolescentes					
	Sin depresión		Ligeramente deprimido		Total	
	N	%	N	%	N	%
Familia funcional	01	02	00	00	01	02

Familia moderadamente funcional	18	28	00	00	18	28
Familia disfuncional	42	65	03	05	45	69.
Familia severamente disfuncional	01	02	00	00	01	02
Total	62	95	3	5	65	100

Fuente: datos obtenidos de las encuestas a las gestantes adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Gerardo Gonzales Villegas Tumbes 2018.

Interpretación: el 02% de las gestantes adolescentes que vienen de una familia funcional están sin depresión, un 28% que vienen de una familia moderadamente funcional no sufren depresión, un 65% que vienen de una familia disfuncional no sufre de depresión y solo un 05% está ligeramente deprimido y proviene de una familia disfuncional.

Al establecer la relación entre la funcionalidad familiar y la depresión se obtuvo una p valor de 0.70 a la prueba estadística chi cuadrado de Pearson, estableciendo que no es significativo la relación entre las variables.

p valor $\chi^2 = 0.70$ *IC 95% (intervalo de confianza)

(*) $p > 0.05$ no significativo

3. DISCUSIÓN.

Los resultados del presente estudio realizado en una muestra de 65 gestantes adolescentes atendidas en el Puesto de Salud “Gerardo Gonzáles Villegas”- Tumbes, reportan respecto a la funcionalidad familiar que 69% tiene una familia disfuncional, un 27% una familia modernamente funcional, un 02% una familia funcional y otro 02% una familia severamente disfuncional (Tabla 01). Estos resultados son análoga los encontrados por Cabrera K⁸ en su estudio denominado “Magnitud de la disfuncionalidad familiar y depresión para el intento de suicidio”, donde al relacionar la funcionalidad familiar y la depresión en

adolescentes, Indica que el 76% proceden de familias disfuncionales, un 34% son de familias funcionales. De lo descrito en lo anterior se puede evidenciar que la mayoría de las familias de las adolescentes gestantes proviene de familias disfuncionales lo que conlleva por las características de las mismas que las adolescentes gestantes rechacen el embarazo, acudan al aborto, intento de suicidio, abandono del hogar entre otros.

En relación a los indicadores que más han contribuido de manera predominante a la disfuncionalidad familiar son la afectividad que se presentó en casi nunca con un 22% y pocas veces con un 63%, seguido de la adaptabilidad con casi nunca con un 52% y pocas veces con un 32%, y por último la permeabilidad con casi nunca con un 21% y pocas veces con un 56%(Tabla 02). Con estos resultados se puede apreciar que la afectividad, adaptabilidad y permeabilidad son indicadores importantes para que no exista funcionalidad familiar y que está afectando a la población de gestantes adolescentes.

Así mismo, el nivel de depresión en gestantes adolescentes estudiadas mostró que el 95% no tiene depresión y solo un 05% están ligeramente deprimidas(Tabla 03), datos similares en relación a la depresión y gestantes adolescentes fueron reportados por Pérez A¹⁸, donde midió el nivel de depresión en pacientes violentadas y encontró que el 80% de las entrevistadas fueron adolescentes no deprimidas, mientras que el 20% estaban deprimidas. Esto es reafirmado por Jiménez L¹⁹; en su

estudio “Funcionalidad familiar en gestantes adolescentes” quien al entrevistar a un grupo de gestantes adolescentes encontró que el 51% no evidencia manifestaciones clínicas de depresión, el 36% no presentaba depresión mientras que el 13% presentó depresión. La depresión es un trastorno mental común que se presenta con el estado de ánimo deprimido, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o baja autoestima, trastornos del sueño o del apetito, baja energía, y falta de concentración y una de las causantes de esta es el embarazo en adolescentes.

En relación a los indicadores que han contribuido a una menor depresión, son el pánico que se presentó en rara vez con un 23% y algunas veces con un 67%, luego el temor con rara vez con un 33% y algunas veces con un 56%, seguido de la debilidad en rara vez con un 33% y algunas veces con un 52%, y por último el cansancio en rara vez con un 42% y pocas veces con un 42% (Tabla 04). Estos datos nos indican que existen factores externos que ayudan y apoyan a las adolescentes a que no presenten depresión durante su gestación ya sea por ayuda del personal de salud involucrado en su embarazo, participando en talleres, charlas educativas que inhiban el desconocimiento de su embarazo y la importancia en los cuidados del mismo.

Así mismo, al analizar la funcionalidad familiar y la depresión con el fin de determinar su relación se obtuvo que el 02% de las gestantes adolescentes que vienen de una familia funcional están sin depresión, un 28% que vienen de una familia moderadamente funcional no sufren depresión, un 65% que vienen de una familia disfuncional no sufre de depresión y solo un 05% está ligeramente deprimido y proviene de una familia disfuncional (Tabla 05), teniendo una p valor de 0.70 a la prueba estadística chi cuadrado de Pearson, estableciendo que no existe relación entre las variables funcionalidad familiar y depresión. Datos similares se reportan en el estudio de Cordero M.²⁰, donde estudio la disfuncionalidad familiar y ajustes depresivos en gestantes adolescentes, encontrando que no existen diferencias estadísticamente significativas al relacionar los niveles de depresión con funcionalidad familiar en el grupo de adolescentes de la Universidad del Azuay en Ecuador en una ($p < 0.05$), de igual manera señalamos que las familias disfuncionales en gestantes adolescentes son familias con una comunicación ineficaz y no predomina el respeto en ninguno de sus miembros, es una familia en la que los conflictos, la mala conducta, y muchas veces el abuso por parte de los miembros individuales se produce continua y regularmente.

Por otro lado, contradice lo reportado por Núñez L.²¹; en su investigación depresión y funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas, quien a través del análisis estadístico pudo observar que sí existe relación

entre la depresión y la funcionalidad familiar con un valor de significancia $p < 0.000$. De esta manera, es importante continuar con estudios que evidencien la relación de los diferentes factores ya sean internos o externos que se asocien a un embarazo en la adolescencia y el apoyo de su familia con ellas.

4. CONCLUSIÓN.

1. Respecto a la funcionalidad familiar en las gestantes adolescentes del Puesto de Salud Gerardo Gonzáles Villegas se ha presentado que el 69% tienen una familia disfuncional, un 28% una familia moderadamente funcional, un 2% una familia funcional y otro 2% una familia severamente disfuncional.

2. Relacionado a la depresión de las gestantes adolescentes investigadas se encontró que el 95% no sufren de depresión, mientras que el 5% están ligeramente deprimidas.

3. Se encontró con la prueba Chi cuadrado un valor de $p = 0.70$ que determinó que no existe relación significativa entre la funcionalidad familiar y la depresión en las gestantes adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Gerardo Gonzáles Villegas.

5. RECOMENDACIONES

1. El responsable del programa de familia y comunidad del puesto de salud Gerardo González Villegas, debe elaborar programas de intervención en salud familiar, sobre habilidades sociales para mejorar la funcionalidad familiar e incluir esta temática en las visitas

domiciliarias a las gestantes, para integrar a la persona en su entorno familiar.

2. Los profesionales en Obstetricia del Puesto de Salud Gerardo Gonzáles Villegas deben realizar un trabajo coordinado con el consultorio de salud mental con la finalidad de fortalecer la evaluación del estado de salud mental en todas las gestantes adolescentes mediante la aplicación de los instrumentos de valoración de la depresión y otros trastornos emocionales con el propósito de mejorar la salud mental de las mismas.
3. El área de capacitación del Puesto de Salud debe fortalecer las competencias del profesional de obstetricia en la evaluación de salud mental de las gestantes adolescentes e implementar el modelo de atención de salud en familia y comunidad.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- 1) Organización mundial de la salud. Entorno familiar del adolescente y disfuncionalidad familiar; setiembre 2014 [acceso 15 de noviembre, del 2017]. Disponible, en:
<http://promo2010lenguayliteraturaunfv.blogspot.pe/20.09/14/influencia-de-la-disfuncionalidad.html>.

- 2) Fernández M. Grupos etéreos y jóvenes en depresión, Perú 2016 [acceso 18 de diciembre del 2017]. Disponible en <https://www.mayoclinic.org/es.es/diseasesconditions/teen,depression/symptoms-causes/syc-20350985>.
- 3) Organización panamericana la Salud. Embarazo en adolescentes. Fecha de acceso 14 de febrero del 2018. Disponible en: http://www.who.int/embarazo_health/management/depression/.
- 4) Encuesta demográfica de salud familiar- ENDES. Embarazo adolescente [en línea]. Tumbes: ENDES; 2016 [Fecha de acceso 12 de noviembre, del 2017], Disponible, en: http://diresatumbes.org/Direccion_General.m.
- 5) Pelayo LL. Situaciones familiares y laborales crónicas en la depresión de la mujer. Uruguay, 2015, acceso 11 de enero del 2018, Disponible en: <http://eprints.ucm.es/2762>.
- 6) Cava P. Comunicación entre padres y menor depresión en los hijos [en línea]. Venezuela; 2015 [Fecha de acceso 02 de diciembre del 2017], Disponible, en: [google.com.pe/search?q=Comunicación+entre+padres+y+menor+depresión+en+los+hijos&oq=Comunicación](https://www.google.com.pe/search?q=Comunicación+entre+padres+y+menor+depresión+en+los+hijos&oq=Comunicación).
- 7) Mendoza F. Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en el primer nivel de atención. México 2016. Fecha de acceso, 18/01/2018. Disponible, en: [tps://www.google.com.pe/search?q=Análisis+de+la+dinámica+y+funcionalidad+familiar+en+el+primer+nivel+de+atención&o](https://www.google.com.pe/search?q=Análisis+de+la+dinámica+y+funcionalidad+familiar+en+el+primer+nivel+de+atención&o).

- 8) Kabrera K. Magnitud de la disfuncionalidad familiar y depresión para el intento de suicidio. Colombia, 2014, [actualizada en noviembre 2016; acceso, 03 de enero de, 2018]. Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/264880165_Magnitud_d_e_la_disfuncion_familiar_y_depresion_como_factores_de_riesgo_para_intento_de_suicidio.
- 9) Zúñiga K. funcionalidad familiar y embarazo en la adolescencia de Chile, La familia. Principios éticos. Chile. Fecha de acceso de, marzo, del, 2016. Disponible, en:
<http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont>.
- 10) Dos santos S. prevalencia de de pressão e sua relação com o motivo da consulta e diagnóstico médico. Brasil, 2017, acceso 10 de enero del, 2018, Disponibles en.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864014700148>.
- 11) Álvarez R. relación entre la depresión y los conflictos familiares en adolescentes que habitan en comunidades rurales. Perú .2015, acceso, 26 de noviembre del 2017, Disponible en:
<http://www.ijpsy.com/volumen9/num2/232/la-relacin-entre-depresin-y-conflictos-ES.pdf>.
- 12) Cordero M. Depresión y funcionalidad familiar en adolescentes. Universidad del Azuay. Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación. Tesis de grado Ecuador 2016. Fecha de acceso 14 de febrero, del, 2018., Disponible, en:
<http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/5272>.

- 13) Alonso M. Disfunción familiar y ajustes depresivos en la adolescencia. Universidad de Valladolid .Venezuela. 2017. acceso el 22,de,noviembre,del,2017.Disponible en.
<http://www.uv.es/lisis/otras/.publica/tesis>.
- 14) Forero L. Consistencia del embarazo en adolescentes causas y consecuencias del embarazo en adolescentes en estudiantes de básica secundario. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2016. [Fecha de acceso 14 de octubre del 2017].Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80635103>.
- 15) Cobeñas Y. Instrumento para medir la depresión en pacientes adolescentes. Revista Peruana de Psiquiatría. 2016. [Fecha de acceso 10 de abril del 2017].Disponible en:
http://www.mentalhealthministries.net/resources/flyers/zung_scale/zung_scale_sp.pdf.
- 16) Chucusma N. cuestionario para la funcionalidad familiar. Artículo en Internet España 2015.Fecha de acceso 10 de Octubre del 2017] Disponible en:
https://books.google.com.pe/books?id=eyeVBgAAQBAJ&pg=PA181&lpg=PA181&dq=consideraciones+eticas+de+gozzer&source=bl&ots=06kL7wZYGC&sig=mfyfnENc5nz_ukE.
- 17) Leyva Z. Principios éticos de Belmont. Artículo en Internet España 2013.Fecha de acceso 10 de Octubre del 2016] Disponible en:
https://books.google.com.pe/books?id=eyeVBgAAQBAJ&pg=PA181&lpg=PA181&dq=consideraciones+eticas+de+gozzer&source=bl&ots=06kL7wZYGC&sig=mfyfnENc5nz_ukE.
- 18) Pérez A. "Prevalencia y factores asociados a la violencia en mujeres gestantes que acuden al Centro De Salud De Mallaritos –

Provincia De Sullana durante el período 2012 - 2015". Tesis de grado 2015.Fecha de acceso 14 de febrero del 2018. Disponible en:http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/746/VIOLENCIA_FAMILIAR_SANCHEZ_CHUNGA_JACKELINE_ELIZABETH.pdf?sequence=1.

- 19) Jiménez L. Funcionalidad familiar en gestantes adolescentes: Instituto Nacional Materno Perinatal. TESIS: para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia. 2011. Fecha de acceso 15 de febrero del 2018. Disponible en:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/3011/Angoma_al.pdf;jsessionid=236E069506969AB39FEF99416DCDC017?sequence=1.
- 20) Cordero M. Depresión y funcionamiento familiar en adolescentes embarazadas. Universidad del Azuay. Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación. Tesis de grado Ecuador 2016. Fecha de acceso 14 de febrero del 2018. Disponible en:
<http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/5272>.
- 21) Núñez L. Depresión y funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas. Universidad Nacional de Loja, Ecuador 2014. Fecha de acceso 10 de febrero del 2018. disponible en
<http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/18206>.

ANEXOS

ANEXO N° 1

Test de zung
Fecha :
Sexo :
Edad :

ENUNCIADOS	Alternativas			
	Nunca o raras veces 1pt	Algunas veces 2pt	Buen número de veces 3pt	la mayoría de veces 4pt
Me siento más nervioso y ansioso que de costumbre.				
Me siento con temor sin razón.				
Despierto con facilidad o siento pánico.				
Me siento como si fuera a reventar en pedazos.				
Siento que todo está mal y algo malo me puede suceder.				
Me tiemblan los brazos y las piernas.				
Me mortifican dolores de cabeza, cuello o cintura.				
Me siento débil y me canso rápido.				
Me siento intranquilo y no puedo permanecer en calma.				
Siento que me late muy rápido el corazón.				
Sufro mareos.				
Sufro desmayos o siento que me voy a desmayar.				
No puedo tomar el aire con facilidad y siento que me ahogo.				
Se me adormecen o me hinchan los dedos de las manos y pies.				
Sufro de molestias estomacales o indigestión.				
Orino con mucha frecuencia.				
Generalmente mis manos están secas y calientes.				
Siento bochorno.				
No puedo dormir bien por las noches y tengo insomnio.				
Tengo pesadillas.				

Anexo N° 2

Test de funcionamiento familiar (FF-SIL)

SITUACIONES	Casi Nunca 1pt	Pocas veces 2pt	A veces 3pt	Muchas Veces4pt	Casi siempre 5pt
1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
2. En mi casa predomina la armonía					
3. En mi casa cada uno cumple con sus responsabilidades					
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa					
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos					
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles					
8. Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan					
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado					
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
11. podemos conversar diversos temas sin temor					
12. Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas					
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar					
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos					

ANEXO N°3

Consentimiento Informado

Yo, acepto voluntariamente participar en la investigación, FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESION

EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL PUESTO DE SALUD GERARDO GONZALES VILLEGAS – TUMBES 2018. Tengo pleno conocimiento de los objetivos de la investigación y el carácter anónimo y confidencial de la misma, así como el respeto de la posibilidad de retirarme si el caso lo amerita. Sé que los resultados podrán ser difundidos sin precisar nombres.

DNI:

Anexo Nº 4
VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN.
Variable 1: Funcionalidad familiar.

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN

Funcionalidad familiar	<p>Es la satisfacción de las necesidades afectivo-emocionales y materiales de sus miembros establecimiento y mantenimiento un equilibrio que sirva para enfrentar las tensiones que se producen en el curso del ciclo vital.¹²</p>	<p>Familia funcional (70-57pts). Familia moderadamente funcional (56-43pts). Familia disfuncional (42-28pts). Familia severamente disfuncional (27-14).</p>	<p>Cohesión. Armonía. Comunicación. Afectividad. Adaptabilidad. Roles. Permeabilidad.</p>	<p>Nominal</p>
-------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------

Variable 2: Depresión.

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
-----------	-----------------------	-------------	-------------	--------------------

<p>Depresión</p>	<p>Es un trastorno afectivo que se caracteriza por un estado de ánimo deprimido caracterizado por la tristeza, pérdida de interés, insomnio, anorexia, ideación de suicidio.¹³</p>	<p>Rango normal: 20-49pts.</p> <p>Ligeramente deprimido: 50-59pts.</p> <p>Moderadamente deprimido: 60-69 pts.</p> <p>Severamente deprimido: 70-80pts.</p>	<p>Nerviosismo.</p> <p>Ansiedad.</p> <p>Temor.</p> <p>Pánico.</p> <p>Falta de ánimo.</p> <p>Temblor.</p> <p>Dolor de cabeza.</p> <p>Debilidad.</p> <p>Cansancio.</p> <p>Intranquilidad.</p>	<p>Nominal</p>
-------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------

ANEXO N° 5

TABLA 06

Distribución Numérica y Porcentual del nivel de depresión según nerviosismo en las gestantes adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Gerardo Gonzales Villegas - Tumbes 2018.

Nerviosismo	N	%
nunca o rara veces	05	06
algunas veces	46	73
buen número de veces	13	20
la mayoría de veces	01	01
Total	65	100

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas a las gestantes adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Gerardo Gonzales Villegas Tumbes 2018.

Los resultados muestran que el 73% de las gestantes adolescentes indicaron algunas veces nerviosismo.

TABLA 07

Distribución Numérica y Porcentual del nivel de depresión según ansiedad en las gestantes adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Gerardo Gonzales Villegas - Tumbes 2018.

Ansiedad	N	%
Nunca o rara vez	11	27
Algunas veces	39	53
Buen número de veces	09	18
La mayoría de veces	06	02
Total	65	100

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas a las gestantes adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Gerardo Gonzales Villegas Tumbes 2018.

Los resultados muestran que el 73 % de las gestantes adolescentes indicaron algunas veces ansiedad.

TABLA 08

Distribución Numérica y Porcentual del nivel de depresión según temor en las gestantes adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Gerardo Gonzales Villegas - Tumbes 2018.

Temor	N	%
nunca o rara veces	12	33
algunas veces	33	56
buen número de veces	20	11
la mayoría de veces	00	00
Total	65	100

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas a las gestantes adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Gerardo Gonzales Villegas Tumbes 2018.

Los resultados muestran que el 56 % de las gestantes adolescentes indicaron algunas veces temor.

TABLA 09

Distribución Numérica y Porcentual del nivel de depresión según pánico en las gestantes adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Gerardo Gonzales Villegas - Tumbes 2018.

Pánico	N	%
nunca o rara veces	13	23
algunas veces	42	67
buen número de veces	04	04
la mayoría de veces	06	06
Total	65	100

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas a las gestantes adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Gerardo Gonzales Villegas Tumbes 2018.

Los resultados muestran que el 67% de las gestantes adolescentes indicaron algunas veces pánico.

TABLA 10

Distribución numérica y porcentual del nivel de depresión según dolor de cabeza en las gestantes adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Gerardo Gonzales Villegas - Tumbes 2018.

Dolor de cabeza	N	%
nunca o rara veces	15	23
algunas veces	35	55
buen número de veces	14	21
la mayoría de veces	01	01
Total	65	100

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas a las gestantes adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Gerardo Gonzales Villegas Tumbes 2018.

Los resultados muestran que el 55% de las gestantes adolescentes indicaron algunas veces dolor de cabeza.

TABLA 11

Distribución numérica y porcentual del nivel de depresión según debilidad en las gestantes adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Gerardo Gonzales Villegas - Tumbes 2018.

debilidad	N	%
nunca o rara veces	22	33
algunas veces	29	52
buen número de veces	12	12
la mayoría de veces	02	03
Total	65	100

Fuente:

Datos obtenidos de las encuestas a las gestantes adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Gerardo Gonzales Villegas Tumbes 2018.

Los resultados muestran que el 55% de las gestantes adolescentes indicaron algunas veces debilidad.

TABLA 12

Distribución numérica y porcentual del nivel de depresión según cansancio en las gestantes adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Gerardo Gonzales Villegas Tumbes 2018.

Cansancio	N	%
nunca o rara veces	11	42
algunas veces	39	43
buen número de veces	09	13
la mayoría de veces	06	02
Tota	65	100

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas a las gestantes adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Gerardo Gonzales Villegas Tumbes 2018.

Los resultados muestran que el 43% de las gestantes adolescentes indicaron algunas veces cansancio.

TABLA 13

Distribución Numérica y Porcentual de los indicadores de depresión en las gestantes adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Gerardo Gonzales Villegas - Tumbes 2018.

Depresión	Nunca o raras veces		Algunas veces		Buen número de veces		La mayoría de las veces	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Pánico	15	23	40	67	05	04	04	06
Temor	12	33	33	56	20	11	00	00
Debilidad	23	33	28	52	11	12	03	03
cansancio	13	42	28	52	11	12	04	02

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas a las gestantes adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Gerardo Gonzales Villegas Tumbes 2018.

Interpretación: Los resultados muestran que dentro de los indicadores que han contribuido a una menor depresión, son el pánico que se presentó en rara vez con un 23% y algunas veces con un 67%, luego el temor con rara vez con un 33% y algunas veces con un 56%, seguido de la debilidad en rara vez con un 33% y algunas veces con un 52%, y por último el cansancio en rara vez con un 42% y pocas veces con un 42%.