

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN



**FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

TESIS

**DISFUNCIÓN FAMILIAR, IMAGEN CORPORAL Y AGRESIÓN
ESCOLAR ASOCIADOS A DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES
DEL TERCERO AL QUINTO GRADO DE EDUCACIÓN
SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN NUESTRA SEÑORA DE
LAS MERCEDES DE HUÁNUCO EN OCTUBRE DEL 2016
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

**ANTHONY DONNIE BUSTILLOS COTRADO
EDGARD LAGUNA LEÓN**

**ASESOR
LUIS FELIPE MORO MOREY**

**HUÁNUCO - PERÚ
2018**

DEDICATORIA

A nuestras familias, por su amparo incondicional.

A los pacientes deprimidos, víctimas de la indiferencia, en una sociedad
con incertidumbre emocional y centrada en el individualismo.

AGRADECIMIENTOS

A Luis Felipe Moro Morey, médico psiquiatra, docente, escritor de autoayuda y voluntario en el Albergue de San José, por su apoyo como Asesor de la presente Tesis y por su compromiso con la salud mental de Huánuco.

A Blanca Azucena Céspedes Urritia, médica psiquiatra, por las sugerencias para la validación del Instrumento y por su pasión con la ciencia.

A Bernardo Cristóbal Dámaso Mata, médico internista, magíster en epidemiología clínica, doctor en medicina y docente, por encaminar en la producción científica a los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán.

A la Institución Educativa Emblemática (IEE) Nuestra Señora de las Mercedes, por su venia para la ejecución de nuestro proyecto de investigación.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la relación entre depresión y tres factores asociados (disfunción familiar, imagen corporal distorsionada y agresión escolar) en los adolescentes de la IEE Nuestra Señora de las Mercedes de la Ciudad de Huánuco en Perú, octubre del 2016.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio analítico y transversal en una muestra, con aleatorización simple, de 169 adolescentes del tercero al quinto grado de secundaria. Se aplicó la Escala de Depresión en Adolescentes de Reynolds (EDAR) para medir la variable dependiente y otros cuestionarios, para los factores asociados.

RESULTADOS: El 18,9% de los estudiantes presentó depresión; la disfunción familiar se encontró en 75,7%; el 68% presentó imagen corporal distorsionada; el 18,9% manifestó agresión escolar; se evidenció depresión en 5,7% de los varones y en 22,4% de las mujeres. Distorsión de la imagen corporal y depresión presentaron relación significativa ($p=0,02$).

CONCLUSIONES: El estudio determinó asociación significativa entre depresión y distorsión de la imagen corporal. No se encontró relación significativa entre depresión y disfunción familiar. No se encontró relación significativa entre depresión y agresión escolar. Se identificó un porcentaje importante de depresión adolescente.

PALABRAS CLAVE: Depresión, Adolescentes, Disfunción familiar, Imagen corporal, Bullying.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the relationship between depression and three associated factors (family dysfunction, distorted body image and bullying) in adolescents from IEE Nuestra Señora de las Mercedes of Huánuco City in Perú, October 2016.

MATERIALS AND METHODS: Cross-sectional analytic study in a simple random sample of 169 adolescents who were in third-fifth grades of high school. Reynolds Adolescent Depression Scale (RADS) was applied to measure dependent variable and other questionnaires were applied for associated factors.

RESULTS: 18,9% of the students presented depression; family dysfunction was observed in 75,7%; 68% presented distorted body image; 18,9% showed bullying; 5,7% of the men and 22,4% of the women evidenced depression. Distortion of body image and depression presented a meaningful connection ($p=0,02$).

CONCLUSIONS: This study determined meaningful relationship between depression and distortion of body image. No significant relationship between depression and family dysfunction was found. No significant relationship between depression and bullying was found. An important percentage of teenage depression was showed.

KEYWORDS: Depression, Adolescents, Family dysfunction, Body image, Bullying.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	01
Capítulo I	
MARCO TEÓRICO	03
1.1 Antecedentes	03
1.2 Justificación	08
1.3 Bases teóricas y científicas	10
1.4 Definición de términos básicos	24
Capítulo II	
MARCO METODOLÓGICO	26
2.1 Diseño de la investigación	26
2.2 Formulación del problema	26
2.3 Objetivos del estudio	27
2.4 Hipótesis de investigación	28
2.5 Definición operacional de variables	30
2.6 Población y muestra	32
2.7 Registro y análisis de datos	33
2.8 Aspectos éticos	36

Capítulo III

DISCUSIÓN DE RESULTADOS	37
3.1 Resultados	37
3.2 Discusión	38
CONCLUSIONES	42
RECOMENDACIONES	43
BIBLIOGRAFÍA	44
ANEXOS	53
Figuras	54
Cuadros	56
Tablas	59
Consentimiento informado	62
Instrumento	64
NOTAS BIOGRÁFICAS	67

INTRODUCCIÓN

La salud mental es una nueva prioridad en la salud pública. Según el informe elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y titulado Salud para los adolescentes del mundo (Ginebra, 14 de mayo del 2014), la depresión es la primera causa de morbilidad y discapacidad entre los adolescentes de ambos sexos de edades comprendidas entre los 10 y los 19 años. Hasta un 50% de todos los trastornos de salud mental se manifiestan por primera vez a los 14 años, pero la mayoría de los casos no se reconocen ni se tratan, y tienen consecuencias graves para la salud mental durante toda la vida.¹

Se ha identificado a la población adolescente como uno de los sectores con mayor propensión y vulnerabilidad para el desarrollo de sintomatología depresiva, representa una prevalencia del 5% a nivel mundial; la etiología probable está vinculada a condiciones de riesgo genético, factores psicosociales, interacción genético-ambiental y aspectos biológicos. La depresión adolescente se considera predictora de problemas sociales, de escolaridad, de rendimiento académico, de suicidio y de comorbilidad con otros trastornos psicopatológicos, como ansiedad. Los informes epidemiológicos emitidos por el Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado - Hideyo Noguchi» en el Perú, indican que la depresión en adolescentes de Lima y Callao alcanza una prevalencia de 7%; en la selva amazónica, 1.9% y en la provincia de Abancay, 2.1%;

con mayor frecuencia en mujeres; sin embargo, existe una falta de diversificación de estudios y poca consistencia en los reportes periódicos.²

En el ámbito local no se han realizado suficientes estudios acerca de la depresión en adolescentes y no se cuentan con datos estadísticos actualizados en el tema, debido a la escasa producción científica. En consecuencia, el Gobierno Regional y la Dirección Regional de Salud de Huánuco aprobaron las Prioridades Regionales de Investigación en Salud para el periodo 2015-2021 mediante Resolución Directoral N° 935-2014-GR-HCO/DRS-DG-DEA, el 18 de setiembre del 2014, e incluyeron depresión, esquizofrenia, adicciones y violencia familiar como tópicos imprescindibles de futuros estudios en salud mental.

Capítulo I

MARCO TEÓRICO

1.1 ANTECEDENTES

1.1.1 NIVEL INTERNACIONAL

Zapata, Figueroa, Méndez, Miranda, Linares, Carrada, Vela y Rayas (2007) investigaron sobre depresión asociada a disfunción familiar en la adolescencia. Se realizó una encuesta prospectiva a 747 adolescentes de 10 a 19 años de edad, de una escuela secundaria federal de Irapuato, Guanajuato, México. Consideraron depresión con un puntaje menor a 50 en el *test* de Zung y disfunción familiar con un puntaje menor a 7 en el APGAR familiar. 247 adolescentes (33%) fueron diagnosticados con disfunción familiar, se clasificó como moderada en 203 (27.2%) y grave en 44 (5.9%) de ellos; 30 sujetos (6%) fueron diagnosticados con depresión y en el 43.3% de los casos estuvo asociada a disfunción familiar. La mayoría de los adolescentes tenía disfunción familiar; sin embargo, no hubo asociación significativa con la presencia de depresión. Los autores refieren un posible rasgo de resiliencia en los adolescentes, porque afrontan positivamente los inconvenientes familiares.³

Leyva, Hernández, Nava y López (2007) determinaron la frecuencia de depresión y disfunción familiar en adolescentes asegurados en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Se incluyeron 252 estudiantes, 134 varones y 118 mujeres, con edad promedio de 16 años en el estudio observacional, prospectivo y transversal, efectuado durante marzo del 2006. Utilizaron la escala de Birleson y el instrumento FACES III para evaluar las variables. 75 adolescentes (29.8%) tenía depresión; hubo mayor frecuencia en mujeres (42.2%). La familia rígidamente dispersa se presentó con mayor frecuencia en adolescentes con depresión y las familias flexiblemente aglutinada, estructuralmente aglutinada y rígidamente aglutinada, en adolescentes sin depresión. Los autores afirman que existe asociación entre el tipo de familia rígidamente dispersa y la depresión en el adolescente; además, no fue posible establecer una relación causa-efecto debido a que no se conoce la secuencia temporal de los acontecimientos.⁴

Cogollo, Gómez, De Arco, Ruíz y Campo-Arias (2009) establecieron la asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica en adolescentes de un sector de estrato bajo (I) en Cartagena, Colombia. Diseñaron un estudio transversal y evaluaron la disfuncionalidad familiar con el APGAR familiar y los síntomas depresivos con importancia clínica con la escala de Zung. Participaron 424 estudiantes de séptimo a undécimo grado de un colegio, con edad promedio de 14,7 años. 253 adolescentes (59%) informaron disfuncionalidad familiar, 174 (41%) tenían síntomas depresivos con importancia clínica. Los autores concluyeron en la falta

de asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica entre los participantes.⁵

Los estudios de Zapata y cols. (2007), así como de Cogollo y cols. (2009) no hallaron relación significativa entre las variables; sin embargo, la investigación de Leyva y cols. (2007), muestra cierta asociación entre ellas.

Holsen, Kraft y Roysamb (2001) determinaron la asociación entre imagen corporal y estado de ánimo depresivo en 645 adolescentes de Hordaland, Noruega. Durante el estudio longitudinal encuestaron 326 varones y 319 mujeres en tres ocasiones: a la edad de 13, 15 y 18 años. La imagen corporal fue medida con la escala de insatisfacción corporal de Alsaker; el estado de ánimo depresivo, con la escala de tendencias depresivas de Alsaker y Olweus, y la escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D). Las mujeres obtuvieron mayor puntaje en estado de ánimo depresivo a los 15 y 18 años. Los varones obtuvieron mayor puntaje en imagen corporal positiva. Con el coeficiente de correlación de Pearson se determinó una fuerte asociación entre imagen corporal y estado de ánimo depresivo a los 13 años en varones y a los 15, en mujeres. La conclusión refiere menor satisfacción corporal y mayor tendencia depresiva en las mujeres; los varones muestran mayor asociación entre imagen corporal y estado de ánimo depresivo.⁶

Esnaola (2005) analizó la influencia del género y la edad en la relación de la imagen corporal y los modelos estéticos corporales, en una muestra de 627 adolescentes y 271 jóvenes del País Vasco, España. La media de edad de los adolescentes era de 15.33 años y la de los jóvenes 22.49 años. El estudio requirió del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) y el Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal (CIMEC) para evaluar las variables. Los resultados indicaron mayor insatisfacción corporal y mayor influencia de los modelos estéticos corporales en mujeres. Los varones y mujeres adolescentes mostraron mayor obsesión por la delgadez y sentimientos de ineficacia. Los varones jóvenes mostraron mayor influencia de los modelos sociales y de los mensajes verbales. La conclusión expresa correlación significativa: mayor insatisfacción corporal en los sujetos con mayor influencia de los modelos estéticos corporales y de la publicidad.⁷

Mills, Guerin, Lynch, Daly y Fitzpatrick (2004) investigaron la relación entre acoso escolar y síntomas depresivos, e ideación suicida, en 209 adolescentes de Dublín, Irlanda. 97 varones y 112 mujeres, entre 12 y 15 años de edad, participaron del estudio; este integra una investigación mayor para identificar la prevalencia de trastornos psiquiátricos en una muestra comunitaria de adolescentes. Aplicaron el Cuestionario de Fortalezas y Debilidades (SDQ), el Inventario de Depresión Infantil (CDI), la Escala de Ideación Suicida (SSI), la Escala de Intencionalidad Suicida (SIS) y el instrumento K-SADS-PL para evaluar las variables. La prevalencia de acoso escolar fue

de 34.5% (72 estudiantes). No hubo asociación significativa entre acoso escolar y trastornos psiquiátricos, ansiedad o trastornos de comportamiento. Las víctimas de acoso escolar tenían asociación, de alta significancia, con trastorno depresivo e ideación suicida. Los autores refieren la persistencia del acoso escolar como problema considerable en las escuelas irlandesas.⁸

3.1.2 NIVEL NACIONAL

Ildefonso (2003) investigó las características, las causas y los factores de riesgo de los casos de intento de suicidio en niños y adolescentes del Cono Norte, Lima. El estudio descriptivo evaluó todos los casos de intento de suicidio en Emergencia Pediátrica del Hospital Sergio E. Bernales, en pacientes menores de 15 años de edad, desde 1990 hasta el 2002. Los resultados reportaron 224 casos, desde los 8 años de edad, mayor en mujeres (69.2%) y las intoxicaciones por órgano-fosforados representaron un 59.4%. Clasificó a los casos: Grupo I (39.39%) histeria sin ideación suicida, Grupo II (48.48%) angustia con/sin ideación suicida, Grupo III (9.1%) depresión con ideación suicida y Grupo IV (3.03%) psicosis con ideación suicida. Los problemas de familia fueron la causa predominante (80.65%). Se identificaron como principales factores de riesgo: sexo femenino, ausencia de los padres, maltrato infantil, fracaso escolar, cambio en la conducta y deseo/acto de fuga. Las recomendaciones incluían pautas para la atención en emergencia pediátrica ante los casos de tentativa suicida.⁹

Vargas, Tobar y Valverde (2010) determinaron la prevalencia y los factores asociados con el episodio depresivo en 985 adolescentes de Lima Metropolitana y Callao. En el estudio de corte transversal y muestreo probabilístico trietápico por conglomerados, utilizaron la base de datos del Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental (EEMSM); este se realizó en Lima y Callao el 2002 y reportó una prevalencia de episodio depresivo en adolescentes de 8.6%. Los participantes tenían entre 12 y 17 años de edad y eran residentes del área urbana. Un grupo de psicólogos visitaron las viviendas seleccionadas, hicieron la entrevista directa y aplicaron una serie de instrumentos, descritos en el informe general del EEMSM 2002, entre ellos, la Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) para evaluar el episodio depresivo. Las conclusiones refieren una prevalencia similar y en algunos casos mayor, de episodio depresivo en adolescentes, respecto a otros países; edad de 15 a 17 años, sexo femenino, nada o poca satisfacción con las relaciones sociales, reglas y castigos injustos en el hogar, problemas alimentarios y deseos de morir fueron los factores asociados de mayor predicción con el episodio depresivo.¹⁰

1.2 JUSTIFICACIÓN

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) reportó 322 millones de personas con depresión a nivel mundial, en el 2015. La distribución por regiones de la OMS se encuentra en la figura 1 de los anexos.

En mayo del 2016, la revista The Lancet calculó 12 billones de días de productividad perdidos al año –equivalente a 50 millones de años de trabajo– atribuidos a depresión y ansiedad no tratadas en 36 países, con un costo global de 1.15 trillones de dólares por año.¹¹

Según el Banco Mundial y la OMS, solo el 3% del gasto en salud pública mundial se destina a la salud mental, la cifra oscila entre el 1% en los países de bajos ingresos y el 5% en los de ingresos elevados. Sin embargo, cada dólar invertido en salud mental generaría 4 dólares en trabajo.

El Instituto Integración, unidad de investigación periodística en gestión pública del Perú, estimó la existencia de 4 millones de peruanos con alguna enfermedad mental en su Informe 2016-6; además, el 80% de ellos no accede a un tratamiento adecuado. En el país, las enfermedades neuropsiquiátricas ocasionan la mayor pérdida de años de vida. Empero, la mayoría de psicopatologías se resuelven en los centros de atención primaria. La adaptación del informe presentado por Integración se visualiza en los anexos, figura 2.

Las investigaciones huanuqueñas en depresión adolescente son insuficientes; en consecuencia, el aporte científico del presente estudio procura la motivación y el compromiso de la comunidad médica con la salud mental de la región.

1.3 BASES TEÓRICAS Y CIENTÍFICAS

1.3.1 DISFUNCIÓN FAMILIAR

Conceptos

La familia está constituida por miembros con vínculos de consanguinidad, unión legal y/o afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus integrantes; su estructura es diversa.¹² Ejerce funciones socializadoras, educativas, alimentarias y recreativas durante su desarrollo, atravesando por un ciclo vital: formación, extensión, contracción y disolución.^{13, 14}

David Olson et al, describen tres factores inmersos en el funcionamiento del sistema familiar: cohesión (vínculo emocional), adaptación (ajuste ante el cambio) y comunicación (procesos de interacción entre los miembros).¹⁵

La disfunción familiar se define como el incumplimiento de las funciones inherentes a la familia, de acuerdo a la etapa en su ciclo vital y en relación a las demandas de su entorno.¹⁶

Gabriel Smilkstein et al, colocan al sistema familiar en cuatro estadios dinámicos diferentes¹⁷:

- A. *La familia normofuncional* mantiene un equilibrio estable y genera respuestas adaptativas que contrarrestan las modificaciones de su entorno y los acontecimientos vitales estresantes.
- B. Ante acontecimientos vitales excesivamente intensos, *crisis familiar*, se requieren recursos estabilizadores para alcanzar un nuevo equilibrio.
- C. En la *disfunción familiar*, la carencia de recursos impide la resolución de la crisis y genera tensiones que producen manifestaciones patológicas en los miembros. La familia disfuncional puede recibir recursos externos o aprender a emplear sus recursos internos y recuperar el equilibrio.
- D. La *familia en equilibrio patológico* desarrolla repuestas inadecuadas contra la crisis, mecanismos de defensa familiares, perpetuando la situación.

Causas

El origen de crisis y disfunción familiar se atribuye a los acontecimientos vitales estresantes (AVE) y los problemas psicosociales (PPS).¹⁶

Los AVE son circunstancias o condiciones ambientales que amenazan, desafían, exceden o dañan las capacidades psicológicas o biológicas del individuo. Incluyen eventos traumáticos agudos, estrés crónico, adversidad y experiencias significativas.¹⁸

Romualdo Aybar Zurita describe dos clasificaciones de los AVE¹⁹:

- A. La *clasificación de Heller* considera situaciones dependientes del ambiente, dependientes de la estructura social y derivadas de incidentes conflictivos.
- B. La *clasificación de Fernández Ballesteros* involucra eventos físicos, socioculturales, educativos, económicos, laborales, personales e interpersonales.

Luis de la Revilla Ahumada define los PPS mediante su etiología. Así, son los AVE, las transiciones, los cambios y las dislocaciones del ciclo vital familiar. En los individuos afectados producen un conjunto de respuestas motoras, cognitivas y psicofisiológicas para adaptarse a las situaciones de estrés social. Generan cambios en la salud, la aparición de enfermedades o el agravamiento de las preexistentes: somáticas, psíquicas o psicosomáticas.^{20, 21}

María Teresita Ortiz Gómez describe las crisis normativas, derivadas del enfrentamiento a los eventos de la vida tales como el matrimonio, el embarazo, la jubilación, entre otros.²² Además, propone a los eventos desencadenantes de las crisis paranormativas²³:

- A. Los *eventos de desmembramiento* constituyen separación o pérdida de algún miembro (hospitalización, divorcio, muerte).
- B. Los *eventos de incremento* implican la incorporación de miembros (adopción, arribo de familiares).
- C. Los *eventos de desmoralización* rompen con las normas y los valores de la familia (infidelidad, alcoholismo, delincuencia, encarcelamiento).

- D. Los *eventos de desorganización* obstaculizan la dinámica familiar (infertilidad, accidentes, enfermedades psiquiátricas, retraso mental).

Consecuencias

Las fases del ciclo vital familiar plantean nuevos y diferentes roles que pueden generar conflictos si no se asumen y producir, a largo plazo, trastornos psicológicos. Múltiples investigaciones vinculan la psicopatología con variables asociadas a la familia.¹⁴

Una familia disfuncional genera alteraciones objetivables en algunos miembros; expresa somatizaciones mal definidas, imita síndromes clínicos (seudoulcus o pseudoángor) o manifiesta cuadros sugestivos de trastornos ansiosos, trastornos depresivos o fobias.¹⁷

Isabel Louro Bernal considera la influencia de la disfuncionalidad familiar en la mayoría de trastornos psiquiátricos, en la aparición y descompensación de las enfermedades, en las conductas de riesgo de la salud y en su dependencia con la estabilidad y el equilibrio del proceso Salud-Enfermedad.²²

La disfunción familiar intensa en adolescentes revela mayor asociación con los síntomas depresivos y el consumo de alcohol, tabaco, entre otras drogas.²⁴

1.3.2 DISTORSIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL

Conceptos

Es la representación interna de la apariencia externa, según Heather Hausenblas y Danielle Symons Downs.²⁵

Thomas Cash, Tom Pruzinsky y Joel Thompson conciben tres componentes de la imagen corporal²⁶:

- A. El componente *perceptivo* con la precisión descriptiva de las dimensiones y las estructuras corporales.
- B. El componente *cognitivo-afectivo* representa pensamientos, valoraciones, sentimientos y preocupaciones respecto al cuerpo.
- C. El componente *conductual* y modificaciones del comportamiento suscitadas por la percepción del cuerpo y las sensaciones asociadas.

La construcción de la imagen corporal ocurre desde la infancia con la integración de los sistemas motor y sensorial. Durante la adolescencia, el cambio físico exige la reestructuración de la imagen corporal y el cuerpo adquiere relevancia para establecer la identidad y la autoestima.^{26, 27}

Alteraciones

La preocupación por la imagen corporal surgió en los albores de la humanidad; diversos factores socioculturales, biológicos y ambientales definen los cánones de belleza según la época.²⁸ En la actualidad se han impuesto ideales estéticos de extrema delgadez en mujeres y de excesiva musculatura en varones. Estos modelos de belleza son exhibidos a diario en los medios publicitarios.²⁹

El trastorno de la imagen corporal se define, de acuerdo con James Rosen, como una preocupación exagerada hacia algún defecto imaginario o extremado de la apariencia física. Es una condición multidimensional asociada a un gran malestar subjetivo que puede ser perturbador para la relación social. Sus manifestaciones incorporan el trastorno obsesivo-compulsivo, la fobia social y los trastornos del comportamiento alimentario.³⁰

Las alteraciones de la imagen corporal convergen en dos aspectos²⁶:

- A. Los trastornos *cognitivos* y *afectivos* coinciden en la insatisfacción corporal y sus emociones asociadas.
- B. Los trastornos *perceptivos* conducen a la distorsión de la imagen corporal y pueden surgir sobreestimaciones y subestimaciones.

La insatisfacción corporal es una manifestación del desacuerdo del individuo con la forma y tamaño de su cuerpo o partes de él, incompatible con una realidad objetiva. Puede modificarse con la intervención en la comunidad influenciada y expuesta a los ideales estéticos de la cultura occidental impuestos por los medios, pares y familiares.^{31, 32}

En la distorsión de la imagen corporal, la representación mental del cuerpo no coincide con la compleción real. Una figura distorsionada provoca frustración y apocamiento con repercusión personal y social.^{25, 32}

El trastorno dismórfico corporal, dismorfofobia, integra los trastornos obsesivos y requiere cuatro criterios de acuerdo a la quinta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)^{33, 34}:

- A. Preocupación por los defectos percibidos en la apariencia física que no son observables o parecen leves para otras personas.
- B. Comportamientos o actos mentales repetitivos en respuesta a la preocupación por los defectos percibidos.
- C. La preocupación causa sufrimiento clínicamente significativo o deterioro en el funcionamiento social, ocupacional u otras áreas importantes.
- D. La preocupación por la apariencia no se restringe a la inquietud por la grasa corporal o el peso en personas con trastorno alimentario.

La dismorfia muscular, vigorexia o anorexia reversa, advierte subestimación de la imagen corporal y desarrollo de conductas compensatorias desadaptativas; es un tipo de dismorfofobia.³⁵ Los pacientes –en general, varones– ejecutan rutinas de halterofilia y ejercicio excesivo, mantienen una dieta restrictiva y consumen suplementos nutricionales o drogas ergogénicas, como los esteroides anabólicos, con el propósito de obtener un cuerpo magro y musculoso.^{36, 37}

1.3.3 BULLYING

Conceptos

El bullying, maltrato entre pares, expresa intimidación, acoso, agresión o violencia interpersonal en las aulas de los centros educativos. En su origen intervienen factores sociales, culturales, familiares y socioeconómicos.³⁸⁻⁴⁰

Dan Olweus identifica tres elementos inherentes al bullying: intencionalidad, persistencia en el tiempo y abuso de poder. Rosario Ortega presenta a la Ley del silencio y la Ley del dominio-sumisión como responsables del mantenimiento de la agresión escolar.³⁹

La escuela es responsable de la formación y la seguridad de sus estudiantes. Los escolares permanecen un promedio de 6 a 7 horas diarias, durante 5 días de la semana,

en las aulas, tiempo suficiente para crear un ámbito con repercusiones positivas o negativas en su vida futura.⁴¹

Tipos

El bullying adopta cuatro presentaciones fundamentales. Con el advenimiento tecnológico surge una quinta modalidad^{42, 43, 45}:

- A. El maltrato *físico* incluye golpes intencionados con objetivo lesivo. A mayor edad, las agresiones se tornan violentas y aparece el elemento sexual. La agresión física indirecta está dirigida hacia las pertenencias de la víctima.
- B. El maltrato *verbal* es frecuente y se presenta mediante palabras ofensivas (amenazas, insultos, apodos, burlas acerca del origen étnico o algún defecto físico). La agresión verbal indirecta se refiere a la difusión de rumores.
- C. La exclusión *social* o aislamiento entre jóvenes es una arbitrariedad cruel. La víctima puede ser discriminada por su aspecto, por su manera de actuar o de hablar y se impide su participación en alguna actividad. En la exclusión indirecta, la víctima es ignorada.
- D. El maltrato *psicológico* fomenta la sensación de inseguridad y mina la autoestima del individuo, incluye acciones que descalifican, humillan y generan temor en la víctima.
- E. El *cibebullying* utiliza tecnología electrónica de comunicación e información con un propósito hostil. Provocación “incendiaria”, hostigamiento, denigración,

suplantación de identidad, violación de la intimidad, difusión de secretos, exclusión e intimidación, destacan entre sus formas de expresión.

Roles

Los protagonistas implicados en el acoso escolar son los agresores, la víctima y los espectadores^{42, 44, 45}:

- A. Los *agresores* suelen ser de gran fortaleza física, dominantes, impulsivos y cínicos. Carecen de empatía afectiva y sentimientos de culpa. Pueden involucrar a otros compañeros en sus acciones y adquirir conductas delictivas.
- B. La *víctima* muestra inferioridad física, emocional o social, autoestima baja e incapacidad de adaptación. Es tímida, el apoyo del profesor y de sus compañeros es limitado y no solicita ayuda ante situaciones de abuso. Puede pertenecer a minorías étnicas o culturales. Fobia y rechazo al contexto escolar, ansiedad y aislamiento son las consecuencias habituales.
- C. Los *espectadores* observan la agresión, sienten temor y cierran el Círculo del silencio. Son afectados por el sufrimiento de la víctima y por el remordimiento de su omisión como testigos. Si se tornan tolerantes e indiferentes ante los hechos violentos, podrían ser agresores en el futuro.

Un docente responsable busca la resolución y la prevención del bullying, mediante estrategias que garanticen la convivencia pacífica en un espacio seguro⁴⁵.

1.3.4 DEPRESIÓN ADOLESCENTE

Conceptos

Como trastornos del estado de ánimo se incluyen distimia y depresión mayor, de acuerdo con el DSM-5.⁴⁶

La distimia presenta un estado de ánimo depresivo durante días y al menos dos de los siguientes síntomas: trastorno del apetito, insomnio o hipersomnias, fatiga, baja autoestima, pobre concentración, dificultad para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza. Persiste por un periodo mayor a dos años en adultos y un año en adolescentes y niños, en ausencia de un episodio depresivo mayor.⁴⁷

La depresión mayor se identifica con los siguientes síntomas según el DSM-IV: sentimientos de tristeza, desesperanza, inutilidad y culpa; baja autoestima; ideación suicida; déficit cognitivo afectando la motivación, la atención selectiva, la memoria episódica y menor capacidad de pensamientos reflexivos; irritabilidad, disforia y anhedonia. Los síntomas neurovegetativos incluyen menor o mayor apetito, fatiga y alteraciones del ciclo vigilia-sueño. El diagnóstico requiere al menos cinco de los anteriores síntomas por un periodo mayor a dos semanas. En el 2013, el DSM-5 reconoce la comorbilidad con la ansiedad y elimina el criterio de exclusión del duelo.⁴⁸

La adolescencia es el periodo de transición entre la infancia y la adultez, se acompaña de intensos cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales. La OMS considera adolescencia entre 10 y 19 años de edad; la Sociedad Americana de Salud y Medicina de la Adolescencia (SAHM, por sus siglas en inglés), la sitúa entre los 10 y 21 años. No es un proceso continuo y uniforme; los distintos aspectos biológicos, intelectuales, emocionales o sociales conllevan ritmos madurativos diferentes y pueden ocurrir estancamientos o retrocesos, sobre todo en momentos de estrés.⁴⁹

Neurobiología

La depresión mayor se origina por la interacción de factores genéticos, epigenéticos y ambientales que eventualmente alteran la bioquímica, la citoarquitectura y la función de áreas específicas del cerebro. En la neurobiología de la depresión mayor se han incorporado dos propuestas⁴⁸:

- A. La *hipótesis monoaminérgica* establece como origen del síndrome a la menor disponibilidad de monoaminas, serotonina (5-HT) y noradrenalina (NA), en el cerebro. Estudios de imagen con tomografía por emisión de positrones (PET) en pacientes deprimidos, demuestran mayor expresión de la monoamino-oxidasa A (MAO-A) en la corteza prefrontal, la corteza temporal, el hipocampo, el núcleo accumbens, el tálamo y el mesencéfalo; indicaría que una mayor tasa de degradación de 5-HT y NA atenúa la transmisión monoaminérgica, como mecanismo fisiopatológico.

B. La *hipótesis neurotrófica* propone a la atrofia neuronal producto de la menor expresión del factor de crecimiento derivado del cerebro (BDNF) en la génesis del síndrome. En estudios post-mortem se ha observado una disminución en la expresión del BDNF y de su receptor TrkB en el hipocampo y la corteza prefrontal de pacientes con depresión mayor, respecto a aquellos sin padecimiento psiquiátrico al momento del deceso. Además, cerca del 50% de los individuos deprimidos presentan hipercortisolemia debido al estrés crónico (físico o psicológico) como factor de riesgo ambiental predominante. La exposición sostenida del tejido nervioso al cortisol inhibe la expresión del BDNF.

Etiopatogenia

Hay diversos factores asociados con el surgimiento, la duración y la recurrencia de los trastornos depresivos en la adolescencia. Entre los factores genéticos se ha observado mayor propensión con antecedentes familiares de depresión u otro trastorno mental, niveles elevados de cortisol en hijos de padres deprimidos y genes involucrados en el desarrollo del trastorno depresivo como NTRK3, G72 y P2RX7. Los factores ambientales incluyen abuso sexual, abandono, divorcio de los padres, pérdidas afectivas, defunción de una persona cercana y desastres naturales. También eventos vitales como enfermedades crónicas, factores socioeconómicos, pertenencia a grupos marginales, bullying y situaciones traumáticas múltiples. De la misma manera, considerar las características individuales como niveles elevados de ansiedad, pobre autoestima,

distorsiones cognitivas, desempeño escolar insuficiente y habilidades sociales deficientes. Finalmente, los factores de riesgo con mayor relevancia en el suicidio adolescente son tentativa suicida previa y diagnóstico de depresión.⁵⁰

Diagnóstico

La depresión mayor se define por la persistencia de humor deprimido o irritable y/o pérdida de interés o placer en diversas actividades durante al menos dos semanas; sin embargo, en adolescentes es frecuente el enmascaramiento del estado de ánimo por alteraciones del comportamiento (agresividad, conductas delictivas), disminución del rendimiento escolar, conflictos familiares, síntomas somáticos y otros trastornos psiquiátricos (adicción, ansiedad). El diagnóstico requiere la valoración psiquiátrica completa del adolescente, se complementa con la evaluación de la familia y la información obtenida del centro educativo.^{51,52}

Tratamiento

En la terapia farmacológica, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son eficaces y bien tolerados por los adolescentes. La duración del tratamiento es prolongada, como mínimo un año, para evitar recaídas.⁵¹ La dosis inicial recomendada para la fluoxetina es de 5 a 10 mg/día, con aumento progresivo cada dos semanas; la dosis de mantenimiento es de 10 a 20 mg/día y puede alcanzar los 60 mg

diarios en caso necesario, según la respuesta observada y la gravedad de la clínica. La dosis de inicio para el escitalopram es de 5 a 10 mg/día con una dosis máxima de 20 mg diarios administrados en una única toma.⁵²

La psicoterapia de base cognitiva y conductual modifica la visión distorsionada que tiene el adolescente de sí mismo y de su entorno, procurando superar las relaciones complicadas e identificando los factores de estrés a su alrededor.⁵¹ Los mejores resultados se han obtenido con terapias directivas (guiadas por un protocolo) y limitadas en el tiempo (en general, de 12 a 16 semanas).⁵²

En los casos de depresión leve, la terapia cognitivo-conductual sería el tratamiento de primera elección. Cuando la sintomatología es grave se debe asociar la terapia farmacológica.⁵² Además, habría que añadir orientación familiar y trabajo coordinado con la escuela para garantizar la respuesta al tratamiento.⁵¹

1.4 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Adolescencia: Es el periodo de transición entre la infancia y la adultez, se acompaña de intensos cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales. Establecida entre 10 y 19 años de edad de acuerdo con la OMS.

Bullying: Expresa intimidación, acoso, maltrato o violencia interpersonal en las aulas de los centros educativos.

Centro educativo: Institución responsable del aprendizaje de los conocimientos básicos y la seguridad de sus estudiantes.

Depresión mayor: Persistencia de sentimientos de tristeza o irritabilidad y/o pérdida de interés o placer en diversas actividades durante al menos dos semanas.

Disfunción familiar: Es el incumplimiento de las funciones inherentes a la familia, de acuerdo a la etapa en su ciclo vital y en relación a las demandas de su entorno.

Distimia: Trastorno del estado de ánimo crónico, mayor a dos años, con síntomas similares a la depresión mayor pero en menor intensidad.

Estado de ánimo: Es la disposición emocional en un momento determinado.

Familia: Constituida por miembros con vínculos de consanguinidad, unión legal y/o afinidad. Ejerce funciones socializadoras, educativas, alimentarias y recreativas.

Imagen corporal: Es la representación interna de la apariencia externa.

Imagen corporal distorsionada: La representación mental del cuerpo no coincide con la compleción real.

Índice de masa corporal: Peso en kilogramos (kg) dividido por el cuadrado de la talla en metros (m²) y utilizado para clasificar infrapeso, normopeso, sobrepeso y obesidad en adultos.

Infrapeso: Índice de masa corporal menor o igual a 18,4 kg/m².

Normopeso: Índice de masa corporal entre 18,5 y 24,9 kg/m².

Obesidad: Índice de masa corporal mayor o igual a 30 kg/m².

Sobrepeso: Índice de masa corporal entre 25 y 29,9 kg/m².

Capítulo II

MARCO METODOLÓGICO

2.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio es *observacional* por la ausencia de intervención en la historia natural y el comportamiento de variables correspondientes a los adolescentes del tercero al quinto grado de educación secundaria de la Institución Educativa Emblemática (IEE) Nuestra Señora de las Mercedes en el distrito de Huánuco. Es *analítico* por explorar el grado de asociación entre la variable dependiente, depresión, con las variables independientes, disfunción familiar, imagen corporal distorsionada y bullying. Es *transversal* por la medición de las variables en un punto específico de tiempo.

2.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

2.2.1 PROBLEMA GENERAL

¿Está asociada la depresión a distorsión de la imagen corporal, disfunción familiar y bullying en los adolescentes del tercero al quinto grado de educación secundaria de la IEE Nuestra Señora de las Mercedes de Huánuco durante octubre del 2016?

2.2.2 PROBLEMAS ESPECÍFICOS

1. ¿Está asociada la depresión a distorsión de la imagen corporal en los adolescentes del tercero al quinto grado de educación secundaria de la IEE Nuestra Señora de las Mercedes de Huánuco durante octubre del 2016?
2. ¿Está asociada la depresión a disfunción familiar en los adolescentes del tercero al quinto grado de educación secundaria de la IEE Nuestra Señora de las Mercedes de Huánuco durante octubre del 2016?
3. ¿Está asociada la depresión a bullying en los adolescentes del tercero al quinto grado de educación secundaria de la IEE Nuestra Señora de las Mercedes de Huánuco durante octubre del 2016?

2.3 OBJETIVOS DEL ESTUDIO

2.3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre depresión y tres factores, imagen corporal distorsionada, disfunción familiar y agresión escolar (bullying), en los adolescentes del tercero al quinto grado de educación secundaria de la Institución Educativa Emblemática (IEE) Nuestra Señora de las Mercedes, en el distrito de Huánuco, durante el mes de octubre del año 2016. El cuadro 1 muestra la matriz de consistencia en los anexos.

2.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar la relación entre depresión e imagen corporal distorsionada en adolescentes del tercero al quinto grado de educación secundaria de la IEE Nuestra Señora de las Mercedes de Huánuco, en octubre del 2016.
2. Determinar la relación entre depresión y disfunción familiar en adolescentes del tercero al quinto grado de educación secundaria de la IEE Nuestra Señora de las Mercedes de Huánuco, en octubre del 2016.
3. Determinar la relación entre depresión y agresión escolar (bullying) en adolescentes del tercero al quinto grado de educación secundaria de la IEE Nuestra Señora de las Mercedes de Huánuco, en octubre del 2016.

2.4 HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

2.4.1 HIPÓTESIS GENERAL

H₁: La depresión está asociada a imagen corporal distorsionada, disfunción familiar, y agresión escolar (bullying) en adolescentes del tercero al quinto grado de educación secundaria de la IEE Nuestra Señora de las Mercedes de Huánuco, en octubre del 2016.

H₀: La depresión no está asociada a imagen corporal distorsionada, disfunción familiar y agresión escolar (bullying) en adolescentes del tercero al quinto grado de educación secundaria de la IEE Nuestra Señora de las Mercedes de Huánuco, en octubre del 2016.

2.4.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

H_{1.1}: La depresión está asociada a imagen corporal distorsionada en adolescentes del tercero al quinto grado de educación secundaria de la IEE Nuestra Señora de las Mercedes de Huánuco, en octubre del 2016.

H_{0.1}: La depresión no está asociada a imagen corporal distorsionada en adolescentes del tercero al quinto grado de educación secundaria de la IEE Nuestra Señora de las Mercedes de Huánuco, en octubre del 2016.

H_{1.2}: La depresión está asociada a disfunción familiar en adolescentes del tercero al quinto grado de educación secundaria de la IEE Nuestra Señora de las Mercedes de Huánuco, en octubre del 2016.

H_{0.2}: La depresión no está asociada a disfunción familiar en adolescentes del tercero al quinto grado de educación secundaria de la IEE Nuestra Señora de las Mercedes de Huánuco, en octubre del 2016.

H_{1.3}: La depresión está asociada a bullying en adolescentes del tercero al quinto grado de educación secundaria de la IEE Nuestra Señora de las Mercedes de Huánuco, en octubre del 2016.

H_{0,3}: La depresión no está asociada a bullying en adolescentes del tercero al quinto grado de educación secundaria de la IEE Nuestra Señora de las Mercedes de Huánuco, en octubre del 2016.

2.5 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

2.5.1 VARIABLE DEPENDIENTE

Se estableció *depresión* mediante la valoración de los niveles clínicos relevantes de sintomatología depresiva en adolescentes del tercero al quinto grado de educación secundaria de la IEE Nuestra Señora de las Mercedes de Huánuco, en octubre del 2016, según la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR). El cuadro 2 contiene la operacionalización de variables en los anexos.

2.5.2 VARIABLES INDEPENDIENTES

La *disfunción familiar* era la percepción del funcionamiento familiar inadecuado en adolescentes del tercero al quinto grado de educación secundaria de la IEE Nuestra Señora de las Mercedes de Huánuco, en octubre del 2016, de acuerdo al APGAR familiar de Smilkstein.

La *distorsión de la imagen corporal* era la subestimación o sobreestimación en las figuras corporales, masculinas o femeninas, mostradas en la escala de siluetas de Thompson y Gray en adolescentes del tercero al quinto grado de educación secundaria de la IEE Nuestra Señora de las Mercedes de Huánuco, en octubre del 2016.

El *bullying* o la *agresión escolar* expresaron intimidación, acoso, agresión o violencia escolar en adolescentes del tercero al quinto grado de educación secundaria de la IEE Nuestra Señora de las Mercedes de Huánuco, en octubre del 2016, conforme a la escala de Oliveros modificada.

2.5.3 VARIABLES INTERVINIENTES

El *género* era la constitución orgánica como varón o mujer en los adolescentes del tercero al quinto grado de educación secundaria de la IEE Nuestra Señora de las Mercedes de Huánuco, en octubre del 2016, según el registro de datos generales en la encuesta aplicada.

La *edad* se estableció con los años cumplidos, entre 13 y 19, de los adolescentes del tercero al quinto grado de educación secundaria de la IEE Nuestra Señora de las Mercedes de Huánuco, en octubre del 2016, según el registro de datos generales en la encuesta aplicada.

El *grado de educación secundaria* es el año académico que cursaron los adolescentes de la IEE Nuestra Señora de las Mercedes de Huánuco, en octubre del 2016, según el registro de datos generales en la encuesta aplicada.

2.6 POBLACIÓN Y MUESTRA

2.6.1 UNIDAD DE ANÁLISIS

La unidad de análisis está representada por cada estudiante del tercero al quinto grado de educación secundaria matriculado en la IEE Nuestra Señora de las Mercedes del distrito de Huánuco, en el año académico 2016.

2.6.2 POBLACIÓN

La población está constituida por 534 estudiantes del tercero al quinto grado de educación secundaria, matriculados en la IEE Nuestra Señora de las Mercedes del distrito de Huánuco, en el año académico 2016.

La asistencia regular al colegio fue consignada como criterio de inclusión principal. Los alumnos sin la firma de sus padres en el consentimiento informado fueron excluidos del estudio. Además, se eliminó la información obtenida del registro parcial de datos en el instrumento.

2.6.3 MUESTRA

La muestra está constituida por 169 estudiantes del tercero al quinto grado de educación secundaria, matriculados en la IEE Nuestra Señora de las Mercedes del distrito de Huánuco, en el año académico 2016.

Se realizó muestreo estratificado con afijación proporcional. La muestra obtenida del tercer grado era de 46 alumnos; la del cuarto grado, 60 alumnos; y la del quinto grado, 63 alumnos.

2.7 REGISTRO Y ANÁLISIS DE DATOS

2.7.1 INSTRUMENTO

Como técnica de recolección de datos se utilizó la encuesta. Dos psiquiatras y dos psicólogos validaron contenido, constructo y criterio del instrumento mediante juicio de expertos.

La encuesta, anónima y autoadministrada, incluía 52 ítems dispuestos en cinco secciones: datos generales y cuatro pruebas para valorar funcionalidad familiar, percepción de imagen corporal, entorno escolar y estado de ánimo en los participantes.

El APGAR familiar (Smilkstein, 1978) incorpora cinco ítems y evalúa la percepción del funcionamiento familiar. La versión peruana presentó moderada validez interna (alfa de Cronbach de 0,785).¹⁵ Con una puntuación menor a 17 se define hogar disfuncional.⁵³

La escala de siluetas (Thompson y Gray, 1995), integrada por nueve figuras masculinas y nueve figuras femeninas con un incremento progresivo de la complexión, presenta una confiabilidad test-retest (coeficiente de Pearson) de 0,78.⁵⁴ Se considera imagen corporal distorsionada con al menos una silueta subestimada o dos siluetas sobreestimadas.

La escala de bullying es la adaptación de un instrumento peruano previo (Oliveiros, 2007) con una consistencia interna (coeficiente de Kuder y Richardson) de 0,73.⁵⁵ Para el diagnóstico de bullying fueron necesarias al menos dos respuestas afirmativas de los nueve ítems seleccionados, extraídos y modificados.⁴¹

La Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds o EDAR (Reynolds, 2002) contiene 30 ítems y determina los niveles clínicos relevantes de sintomatología depresiva en adolescentes. Los coeficientes alfa obtenidos por encima de 0,87, demostraron la consistencia interna en la adaptación peruana.⁵⁶ El punto de corte para establecer depresión es 66 en la versión española.⁵⁷

2.7.2 PROCEDIMIENTO

Se obtuvo el permiso de la directora de la institución educativa. Hubo reunión con la Asociación de Padres para presentar el proyecto de investigación. Se coordinó con los tutores de aula para encuestar según el grado de secundaria. Previa aplicación del instrumento, se dieron instrucciones precisas para contestar el cuestionario, luego fueron medidos el peso y la talla de los participantes mediante una báscula calibrada y una regla metrada. La supervisión del alumnado era constante durante la encuesta.

2.7.3 PROCESAMIENTO

Los datos obtenidos para cumplir con los objetivos planteados, fueron analizados aplicando la prueba estadística Chi-cuadrado, por tratarse de variables relacionadas.

Los datos fueron administrados, para su análisis, por los programas informáticos Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 15, y Epidat, versión 3.1; en la elaboración y en la presentación del proyecto virtual, se utilizaron las aplicaciones ofimáticas Excel, Word y Power Point del Microsoft Office, versión 2013.

La revisión global del marco metodológico estuvo a cargo de un especialista en bioestadística. El plan de análisis se observa en el cuadro 3 de los anexos.

2.8 ASPECTOS ÉTICOS

Los principios considerados en el presente estudio son la autonomía, el bienestar y la confidencialidad. En consecuencia, se brindó información relevante del propósito, el proceso y los posibles beneficios de la investigación, a los adolescentes y sus padres. Luego, se proporcionó un consentimiento informado para padres y un consentimiento informado para estudiantes con mayoría de edad; los documentos precedentes garantizaron la participación voluntaria, el anonimato y la custodia de los resultados para fines de índole científica. Además, la aplicación del instrumento se realizó en horario de tutoría, sin afectar las labores académicas de los participantes.

Capítulo III

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

3.1 RESULTADOS

3.1.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES

Se presentaron 169 adolescentes, 134 (79%) mujeres y 35 (21%) varones, con una edad promedio de 14,42 años (entre 13 y 19 años). Respecto al nivel de educación secundaria, 46 (27,2%) eran del tercer grado, 60 (35,5%) eran del cuarto grado y 63 (37,3%) eran del quinto grado. El peso promedio era 52.8 kilogramos y la talla promedio era 1.56 metros. El cálculo del índice de masa corporal (IMC), mediante peso y talla, reveló infrapeso en 15 (8,9%) alumnos, normopeso en 137 (81,1%) alumnos, sobrepeso en 16 (9,5%) alumnos y obesidad en uno de ellos (0.6%). El IMC era indispensable para la valoración integral de la imagen corporal. La tabla 1 muestra las características generales de los participantes, en los anexos.

3.1.2 CARACTERÍSTICAS PSÍQUICAS

Con respecto al estado de ánimo, se detectó depresión en 32 (18,9%) estudiantes; en los demás, 137 (81,1%), no se registraron episodios depresivos. En relación con la

funcionalidad familiar, 128 (75,5%) adolescentes presentaban hogar disfuncional y 41 (24,3%), no mostraba alteración del núcleo parental. Acerca de la imagen corporal distorsionada, se identificaron 115 (68%) casos; los 54 (32%) restantes no tenían trastornos de percepción. Sobre el entorno escolar, 32 (18,9%) alumnos eran víctimas del bullying y 137 (81,1%), no manifestaron maltrato entre pares. Las características psicológicas de los participantes están plasmadas en la tabla 2 de los anexos.

3.1.3 ESTADÍSTICA INFERENCIAL

El análisis bivariado entre depresión e imagen corporal distorsionada en adolescentes obtuvo asociación significativa (p igual a 0,02). Las demás variables independientes, disfunción familiar y bullying, no alcanzaron significancia estadística frente a la variable dependiente, depresión. Del mismo modo, la relación entre género (variable interviniente) y depresión no logró un valor estadísticamente significativo. La tabla 3 contiene los datos sometidos a pruebas de estadística inferencial, en los anexos.

3.2 DISCUSIÓN

3.2.1 IMAGEN CORPORAL DISTORSIONADA Y DEPRESIÓN

La imagen corporal está vinculada con la salud mental del adolescente; estudios como el de Cruzat, Díaz, Lizana y Castro (2016) han señalado a una imagen corporal

negativa como desencadenante de trastornos de la conducta alimentaria, depresión y ansiedad en un total de 1 438 estudiantes chilenos entre 14 y 25 años de edad.⁵⁸ La investigación de You, Shin y Kim (2016) demostró asociación significativa entre depresión y factores de imagen corporal (valoración y percepción físicas) en una muestra de 3 658 adolescentes surcoreanos.⁵⁹ En el estudio de Huas y colaboradores (2014) se observó aumento de depresión si existe disparidad entre índice de masa corporal y percepción del peso; participaron 39 542 franceses de 17 años de edad.⁶⁰ Finalmente, Blashill y Wilhelm (2014) revelaron mayor sintomatología depresiva en adolescentes con distorsión de la imagen corporal; los participantes fueron 2 139 varones estadounidenses de 16 años como edad promedio, en un seguimiento prospectivo desde 1996 hasta el año 2009.⁶¹

En conformidad con las investigaciones precedentes, la relación entre imagen corporal distorsionada y depresión resultó significativa en los adolescentes de la IEE Nuestra Señora de las Mercedes de Huánuco, en octubre del año 2016.

Sin embargo, el estudio de Borda, Alonso, Martínez, Meriño, Sánchez y Solano (2016) no obtuvo fuerza de asociación entre imagen corporal distorsionada y depresión en 262 escolares colombianos de 10 a 13 años.⁶² Además, la revisión de Sánchez, Delgado, Amor, Barranco y Barranco (2016) tampoco encontró evidencia suficiente para asociar percepción de la imagen corporal y depresión en adultos mayores de 50 años, debido a la presencia de comorbilidades.⁶³

3.2.2 DISFUNCIÓN FAMILIAR Y DEPRESIÓN

La relación entre depresión y disfunción familiar en el presente estudio no alcanzó significancia estadística. La tesis de Loján (2016) también demostró la ausencia de asociación entre nivel de funcionalidad familiar y depresión en 308 adolescentes ecuatorianos.⁶⁴ De forma concordante, la investigación de Saavedra, Rangel, García, Duarte, Bello e Infante no halló relación entre funcionalidad familiar y grado de depresión en 220 adultos mayores de Tamaulipas, México.⁶⁵

No obstante, la mayoría de estudios como el de Buitrago, Pulido y Güichá (2017) en 244 adolescentes colombianos o el de Torrel y Delgado (2014) en 88 adolescentes peruanos, destacaron asociación significativa entre cohesión familiar con sintomatología depresiva y funcionalidad familiar con depresión, respectivamente.^{66, 67}

3.2.3 BULLYING Y DEPRESIÓN

No se demostró asociación entre bullying y depresión. Estudios prospectivos como el de Bowes, Joinson, Wolke y Lewis (2015) en 6 719 estudiantes del Reino Unido, o el de Ryoo, Wang y Swearer (2015) en 1 180 alumnos de Estados Unidos, Korea y Japón, no demostraron relación significativa entre las variables mencionadas; sin embargo, los adolescentes afectados por agresión escolar, desarrollaron depresión como adultos jóvenes.^{68, 69}

Múltiples investigaciones al respecto, como la de Brunstein y colaboradores (2015) en 10 110 estudiantes pertenecientes a 10 países europeos, o la de Wu, Luu y Luh (2015) en 3 441 alumnos de Taiwan, hallaron relación significativa entre bullying, depresión y ansiedad.^{70, 71}

CONCLUSIONES

1. Se estableció asociación entre depresión e imagen corporal distorsionada en los adolescentes del tercero al quinto grado de educación secundaria de la IEE Nuestra Señora de las Mercedes de Huánuco, en octubre del 2016, para un nivel de significación estadística de 0,05.
2. No hubo relación entre depresión y disfunción familiar en los adolescentes del tercero al quinto grado de educación secundaria de la IEE Nuestra Señora de las Mercedes de Huánuco, en octubre del 2016. La etiología multifactorial de las variables y la estimación de los instrumentos están involucrados.
3. No hubo relación entre depresión y agresión escolar (bullying) en los adolescentes del tercero al quinto grado de educación secundaria de la IEE Nuestra Señora de las Mercedes de Huánuco, en octubre del 2016. Algunos estudios sostienen que los estudiantes, víctimas de bullying en la adolescencia, desarrollarían depresión en los primeros años de la adultez.

RECOMENDACIONES

Se recomienda fomentar la promoción de la salud mental en las instituciones educativas y en los centros de atención primaria, reconociendo a la imagen corporal distorsionada como factor de riesgo para la depresión adolescente.

Sería óptimo realizar estudios de mayor complejidad respecto a depresión adolescente, distorsión de la imagen corporal, disfunción familiar y bullying en los estudiantes huanuqueños, para valorar la variabilidad de los resultados.

Finalmente, se sugiere analizar la resiliencia –capacidad para adaptarse, ante circunstancias adversas– de los adolescentes en futuras investigaciones para comprender y complementar los resultados obtenidos en el presente estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Comunicado de prensa. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. *Salud Mental*; 2014, 37(3):267-9.
2. Navarro-Loli JS, Moscoso M, Calderón-De la Cruz G. La investigación de la depresión en adolescentes en el Perú: una revisión sistemática. *Liberabit*; 2017, 23(1):57-74.
3. Zapata J, Figueroa M, Méndez N, Miranda V, Linares B, Carrada T, et al. Depresión asociada a la disfunción familiar en la adolescencia. *Bol Med Hosp Infant Mex*; 2007, 64(5):295-301.
4. Leyva R, Hernández A, Nava G, López V. Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*; 2007, 45(3):225-32.
5. Cogollo Z, Gómez E, De Arco O, Ruiz I, Campo-Arias A. Asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica en estudiantes de Cartagena, Colombia. *Rev Colomb Psiquiat*; 2009, 38(4):637-44.
6. Holsen I, Kraft P, Roysamb E. The Relationship between Body Image and Depressed Mood in Adolescence: A 5-year Longitudinal Panel Study. *Journal of Health Psychology*; 2001, 6(6):613-27.
7. Esnaola I. Imagen corporal y modelos estéticos corporales en la adolescencia y la juventud. *Análisis y Modificación de Conducta*, 2005; 31(135):5-22.

8. Mills C, Guerin S, Lynch F, Daly I, Fitzpatrick C. The relationship between bullying, depression and suicidal thoughts/behaviour in Irish adolescents. *Ir J Psych Med*; 2004, 21(4):112-6.
9. Ildefonso R. “El intento de Suicidio” Una emergencia pediátrica en la actualidad. *Rev Peru Pediatr*; 2003, 56(1):11-5.
10. Vargas H, Tovar H, Valverde H. Prevalencia y factores asociados con el episodio depresivo en adolescentes de Lima Metropolitana y Callao. *Rev Peru Epidemiol*; 2010, 14(2):8-15.
11. Chisholm D, Sweeny K, Sheehan P, Rasmussen B, Smit F, Cuijpers P et al. Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *The Lancet Psychiatry*; 2016, 3(5):415-24.
12. Conceptos básicos para el estudio de las familias. *Arch Med Fam*; 2005, 7(supl.1): S15-9.
13. Arias W. Algunas consideraciones sobre la familia y la crianza desde un enfoque sistémico. *Rev Psicol Arequipa*; 2012, 2(1):32-46.
14. Soriano S, De la Torre R, Soriano L. Familia, trastornos mentales y ciclo vital familiar. *Med Fam (Andal)*; 2003, 4(2):130-5.
15. Castilla H, Caycho T, Ventura J, Palomino M, De la Cruz M. Análisis factorial confirmatorio de la escala de percepción del funcionamiento familiar de Smilks-tein en adolescentes peruanos. *Salud & Sociedad*; 2015, 6(2):140-53.
16. Varela FJ. Disfunción familiar en hiperfrecuentadores de atención primaria. *Med Fam (Andal)*; 2000, 1(2):141-4.

17. De la Revilla L, Fleitas L. Función y disfunción familiar. En: De la Revilla L, Conceptos e instrumentos de la atención familiar. Barcelona, España: Doyma; 1994. Páginas 91-100.
18. Jiménez L, Menéndez A, Hidalgo V. Un análisis de los acontecimientos vitales estresantes durante la adolescencia. *Apuntes de Psicología*; 2008, 26(3):427-40.
19. Suarez M. La importancia del análisis de los acontecimientos vitales estresantes en la práctica clínica. *Rev Med La Paz*; 2010, 16(2):58-62.
20. De la Revilla L, De los Ríos A, Luna J. Utilización del Cuestionario General de Salud de Goldberg (GHQ-28) en la detección de los problemas psicosociales en la consulta del médico de familia. *Aten Primaria*; 2004, 33(8):417-25.
21. De la Revilla L, De los Ríos A, Luna J. Factores que intervienen en la producción de los problemas psicosociales. *Aten Primaria*; 2007, 39(6):305-11.
22. Ortiz M. La salud familiar. *Rev Cubana Med Gen Integr*; 1999, 15(4):439-45.
23. González-Benítez I. Las crisis familiares. *Rev Cubana Med Gen Integr*; 2000, 16(3):280-6.
24. Milena A, Pérez R, Martínez M, Leal F, Mesa I, Jimenez I. Estructura y funcionalidad de la familia durante la adolescencia: relación con el apoyo social, el consumo de tóxicos y el malestar psíquico. *Aten Primaria*; 2007, 39(2):61-7.
25. Meneses M, Moncada J. Imagen corporal percibida e imagen corporal deseada en estudiantes universitarios costarricenses. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*; 2008, 3(1):13-34.

26. Salaberria K, Rodríguez S, Cruz S. Percepción de la imagen corporal. *Osasunaz*; 2007, 8:171-83.
27. Salazar Z. Adolescencia e imagen corporal en la época de la delgadez. *Rev Reflexiones*; 2008, 87(2):67-80.
28. Vaquero R, Alacid F, Muyor J, López P. Imagen corporal; revisión bibliográfica. *Nutr Hosp*; 2013, 28:27-35.
29. Soto N, Marín B, Aguinaga I, Guillén F, Serrano I, Canga N et al. Análisis de la percepción de la imagen corporal que tienen los estudiantes universitarios de Navarra. *Nutr Hosp*; 2015, 31(5):2269-75.
30. Raich R. Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en Psicología Latinoamericana*; 2004, 22:15-27
31. Baile J, Guillén F, Garrido E. Desarrollo y validación de una escala de insatisfacción corporal para adolescentes. *Med Clin (Barc)*; 2003, 121(5):173-7.
32. Rueda G, Camacho P, Milena S, Rangel A. Validez y confiabilidad de dos escalas de siluetas para valorar la imagen corporal en estudiantes adolescentes. *Rev Colomb Psiquiat*; 2012, 41(1):101-10.
33. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Arlington, Virginia. Asociación Americana de Psiquiatría; 2013.
34. Prieto A, Muñoz-Najar A. Bienestar subjetivo e imagen corporal en estudiantes universitarias de Arequipa. *Liberabit. Revista de Psicología*; 2015, 21(2):321-8.

35. Compte E, Sepúlveda A. Dismorfia muscular: Perspectiva histórica y actualización en su diagnóstico, evaluación y tratamiento. *Psicología Conductual*; 2014, 22(2):307-26.
36. Facchini M. La imagen corporal en la adolescencia ¿es un tema de varones? *Arch argent pediatr*; 2006, 104(2):177-84.
37. Martínez A, Cortés E, Martínez N, Rizo M. Factores de riesgo nutricionales para dismorfia muscular en usuarios de sala de musculación. *Nutr Hosp*; 2015, 31(4): 1733-7.
38. Romaní F, Gutiérrez C, Lama M. Auto-reporte de agresividad escolar y factores asociados en escolares peruanos de educación secundaria. *Rev Peru Epidemiol*; 2011, 15(1):118-25.
39. Del Rey R, Ortega R. Violencia escolar: claves para comprenderla y afrontarla. *Escuela Abierta*; 2007, 10:77-89.
40. Castillo L. El acoso escolar. De las causas, origen y manifestaciones a la pregunta por el sentido que le otorgan los actores. *Magis, Revista Internacional de Investigación en Educación*; 2011, 4(8):415-28.
41. Amemiya I, Oliveros M, Barrientos A. Factores de riesgo de violencia escolar (bullying) severa en colegios privados de tres zonas de la sierra del Perú. *An Fac Med*; 2009, 70(4):255-8
42. Ruiz R, Riuró M, Tesouro M. Estudio del bullying en el ciclo superior de primaria. *Educación*; 2015, 18(1):345-68.

43. Oliveros M, Amemiya I, Condorimay Y, Oliveros R, Barrientos A, Rivas B. Cyberbullying – Nueva tecnología electrónica al servicio del acoso escolar en alumnos de dos distritos de Lima, Perú. *An Fac Med*; 2012, 73(1):13-8.
44. Loredó A, Perea A, López G. “Bullying”: acoso escolar. La violencia entre iguales. Problemática real en adolescentes. *Acta Pediatr Mex*; 2008, 29(4):210-4.
45. Delgado G. Violencia en la escuela: actores involucrados. *Revista de Investigación*; 2012, 75(36):53-65.
46. González C, Hermosillo A, Vacío M, Peralta R, Wagner F. Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. *Bol Med Hosp Infant Mex*; 2015, 72(2):149-55.
47. Jiménez M, Gallardo G, Villaseñor T, González A. La distimia en el contexto clínico. *Rev Colomb Psiquiat*; 2013, 42(2):212-18.
48. Cruzblanca H, Lupercio P, Collas J, Castro E. Neurobiología de la depresión mayor y de su tratamiento farmacológico. *Salud Mental*; 2016, 39(1):47-58.
49. Güemes-Hidalgo M, Ceñal González-Fierro MJ, Hidalgo-Vicario MI. Pubertad y adolescencia. *ADOLESCERE. Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*; 2017, 5(1):7-22.
50. Pacheco P, Chaskel R. Depresión en niños y adolescentes. *Sociedad Colombiana de Pediatría. Programa de educación continua en Pediatría. Curso continuo de actualización en Pediatría*; 2016, 15(1):30-8.
51. Cornellà J, Llusent À. Protocolo diagnóstico y terapéutico de la depresión en el adolescente. *Medicine*; 2006, 9(61):3975-77.

52. San Sebastian J, Manzanero R. Tratamiento de la depresión en el niño y el adolescente. *An Pediatr Contin*; 2012, 10(2):72-8.
53. Suarez MA, Alcalá M. APGAR familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Rev Med La Paz*; 2014, 20(1):53-7.
54. Escoto M, Camacho EJ, Rodríguez G, Mejía J. Programa para Modificar Alteraciones de la Imagen Corporal en Estudiantes de Bachillerato. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*; 2010, 1(2):112-8.
55. Oliveros M, Barrientos A. Incidencia y factores de riesgo de la intimidación (bullying) en un colegio particular de Lima-Perú, 2007. *Rev peru pediatr*; 2007, 60(3):150-5.
56. Ugarriza N, Ecurra M. Adaptación psicométrica de la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR) en estudiantes de secundaria de Lima metropolitana. *Persona*; 2002, (5):83-130.
57. Figueras-Masip A, Amador-Campos JA, Peró-Cebollero M. Características psicométricas de la *Reynolds Adolescent Depression Scale* en población comunitaria y clínica. *Int J Clin Health Psychol*; 2008, 8(1):247-66.
58. Cruzat-Mandich C, Díaz-Castrillón F, Lizana-Calderón P, Castro A. Comparación por sexo en imagen corporal, síntomas psicopatológicos y conductas alimentarias en jóvenes entre 14 y 25 años. *Rev Med Chile*; 2016, 144:743-50.
59. You S, Shin K, Kim AY. Body Image, Self-Esteem, and Depression in Korean Adolescents. *Child Ind Res*; 2016.

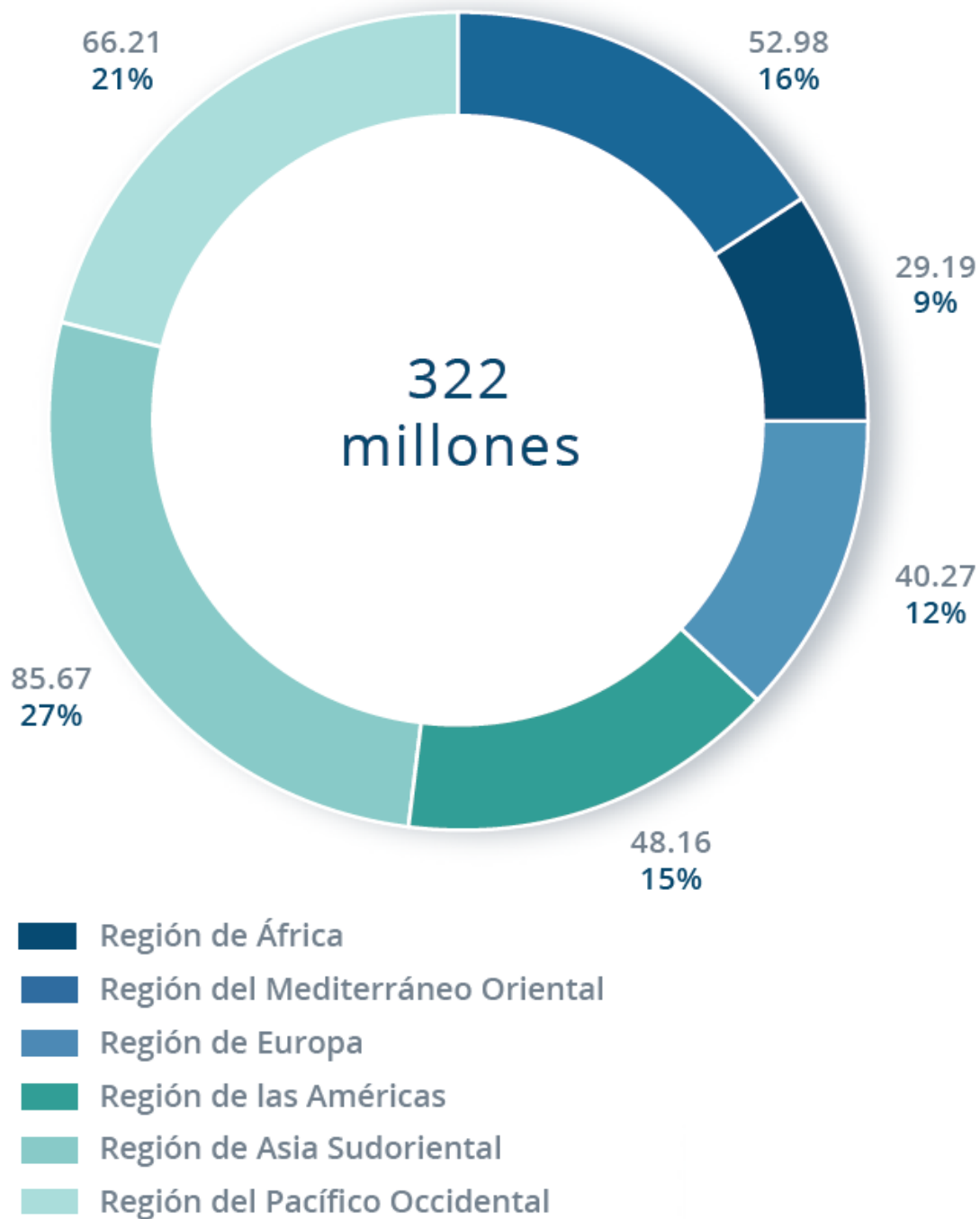
60. Huas C, Speranza M, Barry C, Hassler C, Moro MR, Falissard B et al. Being or Feeling the Right Weight: A Study of Their Interaction with Depression among Adolescents. *Adolescent Psychiatry*; 2014, 4(3):177-84.
61. Blashill AJ, Wilhelm S. Body Image Distortions, Weight, and Depression in Adolescent Boys: Longitudinal Trajectories Into Adulthood. *Psychology of Men & Masculinity*; 2014, 15(4):445-51.
62. Borda M, Alonso M, Martínez H, Meriño E, Sánchez J, Solano S. Percepción de la imagen corporal y su relación con el estado nutricional y emocional en escolares de 10 a 13 años de tres escuelas en Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte*; 2016, 32(3):472-82.
63. Sánchez AP, Delgado R, Amor A, Barranco P, Barranco M. Imagen corporal y depresión en personas mayores de 50 años. *Metas Enferm*; 2016, 19(7):28-32.
64. Loján Córdova MC. Funcionalidad familiar asociada a depresión en los adolescentes del Colegio Nacional Mixto 8 de Diciembre de la Parroquia San Pedro de La Bendita – Loja en el periodo abril – agosto 2015 [Tesis]. [Ecuador]: Universidad Nacional de Loja; 2016.
65. Saavedra-González AG, Rangel-Torres SL, Gascía-de León A, Duarte-Ortuño A, Bello-Hernández YE, Infante-Sandoval A. Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar en Guayalejo, Tamaulipas, México. *Aten Fam*; 2016, 23(1):24-8.

66. Buitrago JF, Pulido LY, Güichá-Duitama AM. Relación entre sintomatología depresiva y cohesión familiar en adolescentes de una institución educativa de Boyacá. *Psicogente*; 2017, 20(38):296-307.
67. Torrel M, Delgado M. Funcionamiento familiar y depresión en adolescentes de la I.E. Zarumilla – Tumbes, 2013. *Ciencia y Desarrollo*; 2014, 17(1):47-54.
68. Bowes L, Joinson C, Wolke D, Lewis G. Peer victimization during adolescence and its impact on depression in early adulthood: prospective cohort study in the United Kingdom. *BMJ*; 2015, 350:1-9.
69. Ryoo JH, Wang C, Swearer S. Examination of the change in latent statuses in bullying behaviors across time. *Sch Psychol Q*; 2015, 30(1):105-22.
70. Brunstein A, Snir A, Apter A, Carli V, Wasserman C, Hadlaczky G et al. Association between victimization by bullying and direct self injurious behavior among adolescence in Europe: a ten-country study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*; 2016, 25(11):1183-93.
71. Wu WC, Luu S, Luh DL. Defending behaviors, bullying roles, and their associations with mental health in junior high school students: a population-based study. *BMC Public Health*; 2016, 16(1):1-10.

ANEXOS

Figura 1. Casos de depresión por región de la OMS	54
Figura 2. Salud mental en el Perú	55
Cuadro 1. Matriz de consistencia	56
Cuadro 2. Operacionalización de variables	57
Cuadro 3. Plan de análisis	58
Tabla 1. Características generales	59
Tabla 2. Características psíquicas	60
Tabla 3. Estadística inferencial	61
Consentimiento informado para menores	62
Consentimiento informado para mayores	63
Encuesta anónima	64

FIGURA 1. CASOS DE DEPRESIÓN POR REGIÓN DE LA OMS



Fuente: Organización Panamericana de la Salud; 2017. Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. Washington, D.C.

FIGURA 2. SALUD MENTAL EN EL PERÚ



Fuente: Adaptación del Instituto Integración. Informe 2016-6.
Dirección electrónica: www.integracion.pe

CUADRO 1. MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables
<p>PROBLEMA GENERAL ¿Está asociada la depresión a imagen corporal distorsionada, disfunción familiar y bullying en adolescentes del tercero al quinto grado de secundaria de la IEE Nuestra Señora de las Mercedes de Huánuco, en octubre del 2016?</p> <p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Están asociadas depresión e imagen corporal distorsionada en adolescentes del tercero al quinto grado de secundaria de la IEE Nuestra Señora de las Mercedes de Huánuco, en octubre del 2016? 2. ¿Están asociadas depresión con disfunción familiar en los adolescentes del tercero al quinto grado de secundaria de la IEE Nuestra Señora de las Mercedes de Huánuco, en octubre del 2016? 3. ¿Están asociadas depresión con bullying en adolescentes del tercero al quinto grado de secundaria de la IEE Nuestra Señora de las Mercedes de Huánuco, en octubre del 2016? 	<p>OBJETIVO GENERAL Determinar la relación entre depresión, distorsión de imagen corporal, disfunción familiar y bullying, en adolescentes del tercero al quinto grado de secundaria de la IEE Nuestra Señora de las Mercedes de Huánuco, en octubre del 2016.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Determinar la relación entre depresión y distorsión de imagen corporal en adolescentes del tercero al quinto grado de secundaria de la IEE Nuestra Señora de las Mercedes de Huánuco, en octubre del 2016. 2. Determinar la relación entre depresión y disfunción familiar en adolescentes del tercero al quinto grado de secundaria de la IEE Nuestra Señora de las Mercedes de Huánuco, en octubre del 2016. 3. Determinar la relación entre depresión y bullying en adolescentes del tercero al quinto grado de secundaria de la IEE Nuestra Señora de las Mercedes de Huánuco, en octubre del 2016. 	<p>HIPÓTESIS GENERAL La depresión está asociada a distorsión de imagen corporal, disfunción familiar y bullying, en adolescentes del tercero al quinto grado de secundaria de la IEE Nuestra Señora de las Mercedes de Huánuco, en octubre del 2016.</p> <p>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La depresión está asociada a distorsión de imagen corporal en adolescentes del tercero al quinto grado de secundaria de la IEE Nuestra Señora de las Mercedes de Huánuco, en octubre del 2016. 2. La depresión está asociada a disfunción familiar en adolescentes del tercero al quinto grado de secundaria de la IEE Nuestra Señora de las Mercedes de Huánuco, en octubre del 2016. 3. La depresión está asociada a bullying en adolescentes del tercero al quinto grado de secundaria de la IEE Nuestra Señora de las Mercedes de Huánuco, en octubre del 2016. 	<p>DEPENDIENTE <i>Depresión</i> Indicador: Nivel de sintomatología depresiva en la escala para adolescentes de Reynolds (EDAR) mayor o igual a 66 puntos.</p> <p>INDEPENDIENTES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Distorsión de imagen corporal</i> Indicador: Percepción de una figura subestimada o dos, sobreestimadas en la escala de siluetas de Thompson y Gray. 2. <i>Disfunción familiar</i> Indicador: Percepción del funcionamiento familiar menor a 17 en el APGAR familiar. 3. <i>Bullying</i> Indicador: Expresión de acoso, agresión o violencia escolar con al menos dos respuestas afirmativas en la escala de Oliveros modificada.

Fuente: Elaboración propia.

CUADRO 2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Definición operacional	Tipo	Escala	Categoría	Indicador	Fuente
DEPRESIÓN	Valoración de los niveles clínicos relevantes de sintomatología depresiva en adolescentes de la IEE Nuestra Señora de las Mercedes según la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR)	Dependiente Cualitativa Dicotómica	Nominal	Sí No	Puntaje mayor o igual a 66 en la EDAR	Encuesta Ítems 23-52
DISFUNCIÓN FAMILIAR	Percepción del funcionamiento familiar inadecuado en adolescentes de la IEE Nuestra Señora de las Mercedes de acuerdo al APGAR familiar de Smilkstein	Independiente Cualitativa Dicotómica	Nominal	Sí No	Puntaje menor a 17 en el APGAR familiar	Encuesta Ítems 7-11
DISTORSIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL	Subestimación o sobreestimación en las figuras corporales, masculinas o femeninas, mostradas en la escala de siluetas de Thompson y Gray en adolescentes de la IEE Nuestra Señora de las Mercedes	Independiente Cualitativa Dicotómica	Nominal	Sí No	Una silueta subestimada o dos siluetas sobreestimadas	Encuesta Ítems 12-13 3-5*
BULLYING	Expresa intimidación, acoso, agresión o violencia escolar en adolescentes de la IEE Nuestra Señora de las Mercedes conforme a la escala de Oliveros modificada	Independiente Cualitativa Dicotómica	Nominal	Sí No	Al menos dos respuestas afirmativas	Encuesta Ítems 14-22
GÉNERO	Constitución orgánica como varón o mujer en adolescentes de la IEE Nuestra Señora de las Mercedes, según registro de datos generales	Interviniente Cualitativa Dicotómica	Nominal	Masculino Femenino	Fenotipo registrado	Encuesta Ítem 2
EDAD	Años cumplidos, entre 13 y 19, en adolescentes de la IEE Nuestra Señora de las Mercedes, según registro de datos generales	Interviniente Cuantitativa Continua	Razón	13, 14, 15, 16, 17, 18, 19	Valor registrado	Encuesta Ítem 1
GRADO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA	Año académico que cursan los adolescentes de la IEE Nuestra Señora de las Mercedes, según registro de datos generales	Interviniente Cualitativa Politómica	Ordinal	Tercero Cuarto Quinto	Grado registrado	Encuesta Ítem 6

Fuente: Elaboración propia

*Los ítems 3, 4 y 5 permitieron la valoración integral de la imagen corporal.

CUADRO 3. PLAN DE ANÁLISIS

Variables			Dependiente	
			DEPRESIÓN	
			Cualitativa dicotómica	
Independientes	DISTORSIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL	Cualitativa dicotómica	Chi-cuadrado	
	DISFUNCIÓN FAMILIAR	Cualitativa dicotómica	Chi-cuadrado	
	BULLYING	Cualitativa dicotómica	Chi-cuadrado	
Intervinientes	GÉNERO	Cualitativa dicotómica	Chi-cuadrado	
	EDAD	Cuantitativa	Paramétrica	U de Mann-Whitney
			No Paramétrica	t-Student
	GRADO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA	Cualitativa Politómica	Chi-cuadrado	

Fuente: Elaboración propia

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS GENERALES

Característica	Frecuencia	Porcentaje	Promedio	Desviación estándar
EDAD (años)				
13 a 15	72	42,6	14,32	0,60
16 a 19	97	57,4	16,46	0,66
PESO (kilogramos)				
30,0 a 49,9	56	33,1	45,56	3,38
50,0 a 59,9	90	53,3	54,24	2,92
60,0 a 79,9	23	13,6	64,71	4,49
TALLA (metros)				
1,40 a 1,59	122	72,2	1,52	0,04
1,60 a 1,79	47	27,8	1,65	0,04
IMC (kg/m²)				
16,0 a 18,4	15	8,9	17,45	0,69
18,5 a 24,9	137	81,1	21,61	1,69
25,0 a 29,9	16	9,5	26,71	1,35
Mayor a 30	1	0,6	32,53	0,00
GÉNERO				
Femenino	134	79,3		
Masculino	35	20,7		
GRADO				
Tercero	46	27,2		
Cuarto	60	35,5		
Quinto	63	37,3		

Fuente: Elaboración propia

TABLA 2. CARACTERÍSTICAS PSÍQUICAS

Característica	Frecuencia	Porcentaje
ESTADO DE ÁNIMO		
Normal	137	81,1
Deprimido	32	18,9
FUNCIONALIDAD FAMILIAR		
Normal	41	24,3
Disfuncional	128	75,7
PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL		
Normal	54	32,0
Distorsionada	115	68,0
ENTORNO ESCOLAR		
Normal	137	81,1
Bullying	32	18,9

Fuente: Elaboración propia

TABLA 3. ESTADÍSTICA INFERENCIAL

Variables	DEPRESIÓN				
	Si	No	Chi ²	RP	p
DISTORSIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL					
No	16 29,6%	38 70,4%	4,93	0,46	0,02 IC 95% 0,25-0,86
Si	16 13,9%	99 86,1%			
DISFUNCIÓN FAMILIAR					
No	3 7,3%	38 92,7%	3,81	3,09	0,04 IC 95% 0,99-1,63
Si	29 22,7%	99 77,3%			
BULLYING					
No	23 16,8%	114 83,2%	1,49	1,67	0,21 IC 95% 0,86-3,26
Si	9 28,1%	23 71,9%			

Fuente: Elaboración propia

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Declaro haber sido informado del proyecto de investigación a cargo de los estudiantes de Medicina Humana, Anthony Donnie Bustillos Cotrado y Edgard Laguna León, de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán, acerca de los pensamientos y los sentimientos en adolescentes de la Institución Educativa Emblemática Nuestra Señora de las Mercedes del distrito de Huánuco, durante octubre del 2016.

Me solicitaron la participación de mi menor hijo o hija en el estudio, mediante el registro de datos en una encuesta anónima; me aseguraron la confidencialidad de los datos obtenidos y la futura exposición de los resultados, únicamente, en eventos de carácter científico. En consecuencia, no tengo inconvenientes en otorgar mi consentimiento para la inclusión de mi hijo o hija en el presente estudio.

Padre, madre o tutor legal:

_____ Firma: _____

En representación de _____

Investigadores:

Anthony Donnie Bustillos Cotrado (DNI: 70679734) Firma: _____

Edgard Laguna León (DNI: 71001213) Firma: _____

Huánuco, ____ de _____ del 2016

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Declaro haber sido informado del proyecto de investigación a cargo de los estudiantes de Medicina Humana, Anthony Donnie Bustillos Cotrado y Edgard Laguna León, de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán, acerca de los pensamientos y los sentimientos en adolescentes de la Institución Educativa Emblemática Nuestra Señora de las Mercedes del distrito de Huánuco, durante octubre del 2016.

Solicitaron mi participación en el estudio, mediante el registro de datos en una encuesta anónima; me aseguraron la confidencialidad de los datos obtenidos y la futura exposición de los resultados, únicamente, en eventos de carácter científico. En consecuencia, no tengo inconvenientes en otorgar mi consentimiento para participar en el presente estudio.

Participante:

_____ Firma: _____

Investigadores:

Anthony Donnie Bustillos Cotrado (DNI: 70679734) Firma: _____

Edgard Laguna León (DNI: 71001213) Firma: _____

Huánuco, ____ de _____ del 2016

ENCUESTA ANÓNIMA

INVESTIGADORES

Anthony Donnie Bustillos Cotrado y Edgard Laguna León
Estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán

Instrucciones: El objetivo de esta encuesta es estudiar los pensamientos y sentimientos de los adolescentes. Los datos que proporciones serán confidenciales. No hay respuestas correctas ni equivocadas. Responde de acuerdo a tu opinión sincera.

I. DATOS GENERALES

Comencemos con la información básica. Responde, llenando en las líneas o marcando (X) sobre los casilleros según la premisa. Los ítems 3, 4 y 5 serán proporcionados por los investigadores.

1. Edad: _____ años 2. Género: Masculino Femenino
3. Peso: _____ kg 4. Talla: _____ m 5. IMC: _____ kg/m²
6. Grado: 1° 2° 3° 4° 5°

II. APGAR FAMILIAR (Smilkstein)

Te presentamos unas frases que expresan tu percepción acerca de la familia. Responde las premisas, marcando (X) sobre los casilleros que representen tu opinión.

Escala:

- 0 Nunca
1 Casi nunca
2 Algunas veces
3 Casi siempre
4 Siempre

- | | Nunca | Casi nunca | Algunas veces | Casi siempre | Siempre |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 7. Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Estoy de acuerdo con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Mi familia acepta mi opinión para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Estoy de acuerdo con la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de amor y tristeza. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

IV. ACERCA DE MÍ (Reynolds)

Finalmente, piensa en tí. Lee cada oración y marca (X) el casillero que represente tu opinión.

	Casi nunca (CN) Rara vez (RV)	Varias veces (VV) Casi siempre (CS)	CN	RV	VV	CS
23. Me siento feliz.						
24. Me preocupa el colegio.						
25. Me siento solo.						
26. Siento que mis padres no me quieren.						
27. Me siento importante.						
28. Siento ganas de esconderme de la gente.						
29. Me siento triste.						
30. Me siento con ganas de llorar.						
31. Siento que no le importo a nadie.						
32. Tengo ganas de divertirme con los compañeros.						
33. Me siento enfermo.						
34. Me siento querido.						
35. Tengo deseos de huir.						
36. Tengo ganas de hacerme daño.						
37. Siento que no les gusta a los compañeros.						
38. Me siento molesto.						
39. Siento que la vida es injusta.						
40. Me siento cansado.						
41. Siento que soy malo.						
42. Siento que no valgo nada.						
43. Tengo pena de mí mismo.						
44. Hay cosas que me molestan.						
45. Siento ganas de hablar con los compañeros.						
46. Tengo problemas para dormir.						
47. Tengo ganas de divertirme.						
48. Me siento preocupado.						
49. Me dan dolores de estómago.						
50. Me siento aburrido.						
51. Me gusta comer.						
52. Siento que nada de lo que hago me ayuda.						

GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN

NOTAS BIOGRÁFICAS

ANTHONY DONNIE BUSTILLOS COTRADO

Nacido el 28 de julio del año 1991 en la ciudad de Huánuco, ubicada en la vertiente oriental de los Andes centrales del Perú.

Emprendió el aprendizaje de la Medicina Humana en la Universidad Nacional Hermilio Valdizán. Fue miembro de la Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina de Huánuco. Realizó el Internado Médico en el Hospital de Emergencias Grau durante el año 2017, en la ciudad de Lima.

EDGARD LAGUNA LEÓN

Nacido el 17 de setiembre del año 1991 en la ciudad de Lima, capital del Perú, ubicada en la costa central del país.

Comenzó sus estudios de Medicina Humana en la Universidad Nacional Hermilio Valdizán. Realizó el Internado Médico en el Hospital Sergio E. Bernales de Lima, durante el año 2017.