

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**LA MIGRACIÓN FAMILIAR, LA FAMILIA DISFUNCIONAL Y EL BULLYING
ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DEL PRIMER AL QUINTO
AÑO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA DE LA I.E. PEDRO SÁNCHEZ GAVIDIA DE
HUÁNUCO – 2018**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

TESISTAS:

CLARIZA ANTONIA, CALERO CARHUARICRA
KATYRIA LESLY, PALOMINO VÁSQUEZ

ASESOR:

MÉD. LUIS FELIPE MORO MOREY

HUÁNUCO – PERÚ

2020

DEDICATORIA

Queremos dedicarle este trabajo A Dios que nos ha dado la vida y fortaleza para terminar este proyecto de investigación

A nuestros padres por su apoyo constante e incondicional a lo largo de nuestra formación profesional.

AGRADECIMIENTO

Nos sentimos muy agradecidas con Dios pues podemos sentir su presencia en todas las cosas...

Le damos las gracias por todo lo que tenemos y todo lo que vendrá.

Gracias Señor por este nuevo camino que emprenderemos como médicos.

Gracias por llenarnos de Fe en momentos oscuros

Gracias por la esperanza que sembraste en nuestros corazones.

Gracias por moldear nuestra mente y corazones para el servicio del prójimo.

RESUMEN

Introducción: La depresión es una enfermedad discapacitante que ocasiona sufrimiento. Se trata de un trastorno del estado de ánimo crónico o recurrente que afecta la habilidad para enfrentarse a la vida cotidiana y es una de las principales causas de discapacidad laboral. **Objetivo:** Determinar si la migración familiar, el bullying y la familia disfuncional están asociados a la depresión en adolescentes del primero al quinto año de la I.E. Pedro Sánchez Gavidia de Huánuco 2019. **Método:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo y transversal. De diseño correlacional. **Resultados:** De los 165 estudiantes adolescentes, el 54,50% (90) eran de sexo femenino, la media de las edades fue 14,53 años. Los encuestados pertenecían a un colegio público mixto, siendo el 73,90% (122) residentes de Huánuco, el 26,10% (43) provenían de otras regiones y el 80,60% (133) tenían un nivel socioeconómico bajo. El 16,40% (27) tenían sintomatología depresiva, además, el 47,90% (79) había sufrido algún tipo de bullying, el 21,80% (36) de los adolescentes presentaban disfuncionalidad familiar y el 39,40% (65) presentaban una baja autoestima **Conclusión:** Al realizar el análisis bivariado, se obtuvo que la depresión estuvo asociada a el bullying (0,003) y al autoestima (0,000);

Palabras claves: Migración urbana, bullying, síntomas depresivos.

ABSTRACT

Introduction: Depression is a disabling disease that causes suffering. It is a chronic or recurring mood disorder that affects the ability to cope with everyday life and is one of the main causes of work disability. **Objective:** To determine if family migration, bullying and dysfunctional family are related to depression in adolescents from the first to the fifth year of I.E. Pedro Sánchez Gavidia de Huánuco 2019. **Method:** An observational, descriptive, prospective and cross-sectional study was carried out. Correlational design **Results:** Of the 165 teenage students, 54.50% (90) were female, the average age was 14.53 years. The respondents belonged to a mixed public school, with 73.90% (122) residents of Huánuco, 26.10% (43) coming from other regions and 80.60% (133) had a low socioeconomic status. 16.40% (27) had depressive symptoms, in addition, 47.90% (79) had suffered some type of bullying, 21.80% (36) of the adolescents had family dysfunctionality and 39.40% (65) had low self-esteem **Conclusion:** When performing the bivariate analysis, it was obtained that depression was associated with bullying (0.003) and self-esteem (0.000);

Keywords: Urban migration, bullying, depressive symptoms.

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN.....	iv
ABSTRACT	v
INTRODUCCION.....	8
CAPITULO I.....	11
I. MARCO TEÓRICO	11
1.1. Antecedentes	11
1.2. Bases o fundamentos	18
1.3. Hipótesis: general y específicos.	43
1.3.1. Hipotesis general.....	43
1.4. Tipo de variables.....	44
1.4.1. Variable independiente.....	44
1.4.2. Variable dependiente	44
1.4.3. Sistema de variables.....	45
1.5. Objetivos: general y específicos.....	47
1.5.1. Objetivos generales	47
1.5.2. Objetivos específicos	47
1.6. Población y muestra	47
1.6.1. Población.....	47
1.6.2. Tamaño de muestra.....	48
CAPITULO II.....	53
2. MARCO METODOLÓGICO	53
2.1. Nivel y tipo de investigación.	53
2.1.1. Nivel de investigación.....	53
2.1.2. Tipo de investigación.....	53
2.2. Diseño de la investigación	53
2.3. Técnicas de recolección y tratamiento de datos	54
CAPITULO III.....	58

3. PRESENTACION DE RESULTADOS	58
3.1. Resultados descriptivos	58
3.2. Resultados inferenciales.....	60
CAPITULO IV	62
4. DISCUSION	62
CONCLUSION.....	65
RECOMENDACIONES.....	66
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	67
ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO	77
ANEXO 2. FICHA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	80
ANEXO 3. MATRIZ DE CONSISTENCIA	89

INTRODUCCION

La depresión es una enfermedad discapacitante que ocasiona sufrimiento (1). Se trata de un trastorno del estado de ánimo crónico o recurrente que afecta la habilidad para enfrentarse a la vida cotidiana y es una de las principales causas de discapacidad laboral (2). Los síntomas van desde sensación de tristeza, pérdida de placer, sentimientos de culpa y baja autovaloración; hasta cambios en el sueño, el apetito, disminución de la energía y de la concentración. Se asocia además con pensamientos suicida, homicida, comportamiento agresivo e incluso está relacionado al consumo de estupefacientes; teniendo impacto en la educación, la productividad, el funcionamiento y las relaciones personales (3).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente 121 millones de personas padecen depresión y se estima que para el año 2020 sea la segunda causa de discapacidad en los países desarrollados (1).

En Estados Unidos, los trastornos depresivos de la población prepuberal tienen una prevalencia de 1% a 2%; en la adolescencia de 3% a 8%, y a lo largo de la vida aproximadamente del 20%. En Latinoamérica, Colombia- Bogotá en un estudio se encontró que la edad promedio de estudiantes con depresión fue de $14,31 \pm 2.1$ años, y según las variables analizadas como factores de riesgo personales, académicos, escolares y familiares asociadas a la depresión; se encontró que en relación al sexo, las mujeres presentan 26,5% de depresión, mientras que los hombres un 16,8%; los estudiantes que trabajan presentan un 32,1% de depresión en relación a los que no trabajan un 21,4%; las familias incompletas con un 23,5% presentan mayor porcentaje de depresión que los estudiantes con familias completas (22,1%) (4).

En el Perú, los jóvenes entre los 15 y 29 años representan el 26.89% de la población total. En Lima, habitan 9 millones 834 mil 631 personas y en el departamento de Huánuco 860 mil 548. En ambos departamentos, los jóvenes representan el 26.91% y el 25.85% respectivamente y aunque se espera que durante esta etapa la salud de los jóvenes sea la más óptima, se han reportado problemas a nivel mental en este grupo

etario siendo las mujeres las que padecen de depresión en un mayor porcentaje que los varones (5).

Según algunos estudios la prevalencia del trastorno depresivo varía del 8 al 25% en la población mundial, con una relación hombre-mujer de 1:2. Entre los adolescentes, es mayor la probabilidad de padecer de depresión debido a que se encuentran en una etapa de cambios de identidad y autonomía (4). Los cambios de cuerpo y mente provienen no solamente del individuo mismo, sino que se conjuga con su entorno, el cual es trascendental para que los grandes cambios psicológicos que se producen hagan que llegue a la edad adulta. Estos cambios son desarrollados y favorecidos gracias a la buena comunicación y cohesión familiar, la satisfacción de las necesidades afectivo-emocionales y materiales de sus miembros, estableciendo y manteniendo un equilibrio que sirva para enfrentar las tensiones que se producen en el curso del ciclo vital (6).

La depresión cuesta cerca de 50 billones de dólares, solo superada por el cáncer y el SIDA (110 Y 70 billones de dólares respectivamente) y con iguales indicadores que la diabetes y las enfermedades coronarias. Los trastornos psiquiátricos ocupan el segundo lugar por especialidad en cuanto días/hombres perdidos y jubilaciones por certificados médicos y peritajes, respectivamente y la depresión está entre las cinco primeras causas (7).

En un estudio realizado en Perú, Lima –Callao se utilizaron como variables: episodio depresivo, variables demográficas y socioeconómicas (edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción, nivel socioeconómico), aspectos generales de salud mental (dinámica familiar, estrés ambiental, estrés psicosocial, tendencias antisociales, salud psicológica, satisfacción laboral, satisfacción personal, uso de sustancias, uso del tiempo libre), trastornos clínicos (trastornos adictivos, trastornos de ansiedad, trastornos de la alimentación y trastornos psicóticos) y relaciones intrafamiliares (estilos parentales, violencia a los niños, violencia física, violencia por abandono, violencia psicológica y violencia sexual).La prevalencia actual del episodio

depresivo en adolescentes fue 8.6%, observándose según el análisis multivariado, asociaciones estadísticamente significativas con: edad de 15 a 17 años (8).

En Huánuco, Cristóbal, en su tesis sobre el funcionamiento familiar y la depresión en estudiantes de la institución educativa héroes de Jactay, utilizó un diseño de investigación transversal, cuya población estuvo conformada por todos los adolescentes de ambos sexos con edades de que fluctúan entre 12 y 17 años, cuya muestra de estudio fue de 282 estudiantes, pertenecientes a un nivel socioeconómico bajo. El resultado fue que el funcionamiento familiar y la depresión presentan una correlación de tipo inversa significativa, es decir, que los evaluados que presentan una mejor funcionalidad familiar tienden a mostrar menor grado de depresión (9).

El objetivo de esta investigación es identificar los factores asociados con la sintomatología depresiva de los adolescentes a partir de sus recursos psicológicos individuales, sociales y familiares; considerando la migración familiar, el bullying, el nivel socioeconómico y el nivel de autoestima como causas posibles de depresión, para poder hacer seguimiento de los casos de sintomatología depresiva en adolescentes del primer al quinto año de educación secundaria de la IE. Pedro Sánchez Gavidia de Huánuco, y poder implementar actividades que ayuden a mejorar la salud mental de los estudiantes; y su posterior extrapolación a otras Instituciones Educativas de la Región y tomar medidas de apoyo hacia los adolescentes con mencionado trastorno.

CAPITULO I

I. MARCO TEÓRICO

1.1. Antecedentes

1.1.1. Internacionales

En China el año 2020, Yanhui Wang investigó **“la disfunción familiar y ansiedad y depresión en adolescentes”**. Los participantes al inicio del estudio incluyeron a 921 estudiantes de secundaria (mago = 12.98 años; 51.7% niñas) de una ciudad mediana ubicada en el norte de China. Los estudiantes completaron un cuestionario de medidas múltiples en tres puntos de tiempo, con seis meses de diferencia, comenzando desde el grado inicial de la escuela secundaria (Grado 7). Mediante el uso de modelos de ecuaciones estructurales, encontramos que: Los altos niveles de disfunción familiar en el Tiempo 1 se relacionaron significativamente con aumentos en la ansiedad y la depresión en el Tiempo 3; tanto la autoestima como la soledad en el Tiempo 2 median las relaciones entre la disfunción familiar en el Tiempo 1 y la ansiedad y la depresión en el Tiempo 3. Estos resultados sugieren la importancia de los esfuerzos multisistémicos (es decir, abordar el contexto social y los factores cognitivos intrapersonales simultáneamente) para prevenir o reducir ansiedad y depresión de los adolescentes. (10)

En china el año 2020. Zhao Y., estudio **“La relación interpersonal y resiliencia para el bullynig y la depresión en adolescentes”**. Los estudios han documentado que la victimización por acoso escolar (SBV o bullying) provocada por los riesgos de relación interpersonal (TIR) puede aumentar la depresión. Sin embargo, los patrones predictivos de las TIR acumulativas (CIRR; riesgos de relaciones entre compañeros de clase, padres-hijos, maestros-alumnos y amigos) sobre SBV y depresión y su mecanismo psicológico siguen sin estar claros desde una perspectiva psicológica positiva. Este estudio exploró los modelos CIRR para SBV y depresión y probó dos modelos de mediación de resiliencia en las relaciones entre CIRR, SBV y depresión. Los cuestionarios de autoinforme fueron respondidos por

742 participantes válidos entre 11 y 19 años de edad. Los resultados mostraron que el CIRR predijo significativamente el SBV y la depresión, con un aumento proporcional en el SBV y la depresión a medida que el CIRR aumentaba. Además, los resultados confirmaron las dos hipótesis de mediación. CIRR podría disminuir directamente la capacidad de recuperación y, por lo tanto, aumentar el SBV y el nivel de depresión. CIRR también podría disminuir indirectamente la capacidad de recuperación de uno por SBV y aumentar aún más el nivel de depresión. Los resultados construyen el modelo lineal CIRR para SBV y depresión y modelos de mediación de resiliencia entre CIRR, SBV y depresión. Nuestros resultados indican que, para disminuir el SBV y la depresión en base a múltiples exposiciones a IRR, se requiere una intervención integral en cuatro IRR desde una perspectiva psicopatológica o cultivar la resiliencia en adolescentes desde una perspectiva psicológica positiva. (11)

En la provincia de Azuay República de Ecuador el año 2019, los investigadores Herrera S. y Barreto M., investigaron **“la depresión, la baja autoestima y consumo de alcohol en adolescentes, hijos de padres migrantes y no migrantes de la Unidad Educativa Juan Bautista Vásquez”**. El presente estudio tuvo como objetivo comparar la depresión, baja autoestima y consumo de alcohol entre adolescentes hijos de padres migrantes y no migrantes de la Unidad Educativa “Juan Bautista Vásquez”. Para este propósito se utilizó una muestra de 30 estudiantes entre estos hijos de padres migrantes y no migrantes. Los resultados del inventario de Beck demostraron que tanto, hijos de padres migrantes con un 60% y no migrantes con 67% expresaron depresión mínima. Asimismo, los resultados de la escala de autoestima de Rosenberg revelan un 47% de hijos de migrantes con autoestima media y un 80% de hijos de padres no migrantes con autoestima elevada. En el test AUDIT los dos grupos el 100% no mostraron riesgo o peligro con el alcohol. (12)

En la ciudad de Quito, Ecuador el año 2019. Jaramillo M., realizó la investigación titulada **“Experiencias de vida de niños, niñas y adolescentes**

migrantes venezolanos de 10 a 17 años de edad con trastorno de depresión y ansiedad de la Fundación Chamos Venezolanos". Se estudiaron 36 individuos de 10 a 17 años de la Fundación —Chamos Venezolanos, entre los cuales se determinó la presencia de ansiedad o depresión aplicando los test de Spielberg y Beck-2 respectivamente. Posteriormente se realizó un estudio etnográfico con 26 entrevistas semiestructuradas y 9 historias de vida para conocer y analizar las experiencias de vida de estos pacientes, mediante creación de categorías y subcategorías para su análisis y comprensión. Resultados: El 27,8% de la población presenta depresión y el 58,3% ansiedad. El 89% de los participantes no estudia actualmente y de estos el 95,2% presenta ansiedad ($p < 0,05$). El sexo femenino es factor de riesgo para depresión, OR de $0,158 \pm 0,32$ ($p < 0,05$). Dentro del proceso migratorio, la escolarización es la principal red de apoyo ausente, el estrés aculturativo dado principalmente por discriminación, la situación de calle, las deficiencias económicas y el acceso a una mejor alimentación y seguridad es lo más característico de esta población. (13)

Bolivia, 2017. Ramírez C. estableció **"la relación entre el trastorno depresivo en adolescentes con la funcionalidad familiar"** en 104 adolescentes; de ellos el 18% presentaron depresión, prevaleciendo el género femenino con 64%; el 38% presentaron disfunción familiar severa. Se evidenció que, en adolescentes depresivos graves, el 17% tuvieron disfunción familiar severa. La investigación determinó que no existe relación de dependencia entre relaciones intrafamiliares y depresión. $r = 0,91$ ($p = 0,02$). (14)

Ecuador, 2016. Alomaliza C., evaluó la **"disfuncionalidad familiar en relación la depresión en adolescentes"**, el estudio fue correlacional aplicado a 60 alumnos adolescentes. Encontraron relación entre disfuncionalidad familiar y depresión, donde el 23% de adolescentes tuvieron una familia severamente disfuncional; el 43% tuvo depresión extrema. Además, se apreció que el 45% pertenecieron a una familia disfuncional y de este grupo el 37% presentaron depresión. Se estableció que la familia moderada y severamente disfuncional alcanzó

el 61% y la familia funcional 39%. Al clasificar la depresión se encontró que un 67% tuvo algún grado de depresión. La mayor prevalencia de depresión moderada lo obtuvo el género masculino (15%), mientras que el género femenino tuvo un porcentaje de 11.7% de depresión extrema. $r = 0.380$ ($P < .01$). (15)

1.1.2. Nacionales.

En la ciudad de Trujillo el año 2019. Anticona A., investigo **“La disfunción Familiar y Bullying relacionados con depresión en adolescentes. Colegio Túpac Amaru II de Florencia de Mora”**. El estudio fue observacional transversal de correlación simple, la muestra estuvo compuesta de 189 adolescentes de cuyas edades estuvieron comprendidas entre los 12 y 16 años, que cumplieron los criterios de inclusión, a quienes se les aplicó el cuestionario de Apgar Familiar de Smilkstein para evaluar los niveles de disfunción familiar, el Auto-test Cisneros de acoso escolar para evaluar los niveles de bullying y la Escala Autoaplicada de Depresión de Zung, para la valoración de los niveles de depresión. La correlación de las variables fue analizada mediante la correlación chi cuadrado de Pearson. Resultados: Al correlacional el tipo de disfunción familiar y la ocurrencia de depresión, se evidenció relación, correlación chi cuadrado de Pearson 31.183, $r: 0,375$, de valor $p= 0.000$, intervalo de confianza de 95% [0,000 - 0,000] sin embargo, al correlacional el tipo bullying y la ocurrencia de depresión, no se evidenció relación, correlación chi cuadrado de Pearson de 3,871, $r: 0,130$, valor $p= 0.424$, intervalo de confianza de 95% [0,075 - 0, 233]. (16)

En la ciudad de Lima el año 2019. Effio A., estudio la **“Disfunción familiar como factor asociado a depresión en alumnos de Secundaria del Colegio Pablo María Guzmán – Surco”**. Es un estudio de tipo Analítico, observacional y transversal. Los instrumentos utilizados fueron la escala de autoevaluación para depresión de Zung y la escala de APGAR familiar, los cuales fueron aplicados a los alumnos del nivel secundaria de dicha institución educativa. Para el análisis de las variables se utilizó prueba de chi cuadrado, Odds Ratios (OR) con Intervalos de Confianza (IC) al 95%. Resultados: Se analizaron 158 encuestas de los alumnos que

cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. El 53% pertenece al género femenino, mientras que la edad promedio fue de 14 años \pm 1,4. Se evidencia que el 59,5% de los alumnos pertenecen a familias disfuncionales y que el 20,9% de los alumnos presenta depresión. En el análisis bivariado se encontró la asociación estadísticamente significativa entre la disfunción familiar y la depresión (OR: 5,0; IC 95%: 1,81 – 13,80; $p=0,001$), entre la funcionalidad familiar y la depresión (OR: 0,20; IC 95%: 0,072 – 0,551; $p=0,001$), entre el género femenino y la depresión (OR: 2,41; IC 95%: 1,06 – 5,48; $p=0,032$), adolescencia temprana y la depresión (OR: 2,42; IC 95%: 1,10 – 5,31; $p=0,025$). Se determinó que la disfunción familiar, el sexo femenino y la adolescencia temprana son factores de riesgo para la presencia de depresión; mientras que pertenecer a una familia funcional sería un factor protector contra la depresión en los alumnos de la institución educativa. (17)

En Ayacucho, el año 2019, Mucha F, investigo **“la relación del funcionamiento familiar y la depresión en estudiantes del Centro de Educación Básica Alternativa Ciro Alegría Huamanga”**. El tipo de estudio fue de tipo cuantitativo de nivel descriptivo, relacional, transversal no experimental. La muestra estuvo conformada por 94 estudiantes del 1er a 4to año de educación secundaria de la modalidad semi presencial, haciendo uso de los criterios de inclusión y exclusión, es no probabilístico, por conveniencia. Se utilizó como instrumento Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FASE III) y es Test Psicológico de Zung. Los datos fueron analizados mediante el coeficiente de correlación de Spearman. Los resultados obtenidos indican que no existe relación estadísticamente entre las variables en mención. Sin embargo, se encontró que existe relación entre cohesión familia y los niveles de depresión en los estudiantes encuestados. (18)

En Perú, en el departamento de Piura 2016, Sandoval y Vilela en su artículo sobre **“riesgo suicida asociado a bullying y depresión en escolares de secundaria”**; realizó un estudio de corte transversal-analítico de tipo estratificado por conveniencia en una población muestra de 296 adolescentes, que cursaban el 1o , 3o y 5o grado de secundaria de tres colegios mixtos de la ciudad de Piura, del cual

resultado que el 20,1% (58) tenían riesgo suicida, además, el 15,2% (44) tenía antecedente familiar de suicidio, el 35,3% (102) tenía deseo pasivo de morir y el 13,2% (38) tuvo planificación suicida en algún momento. La mayoría no tuvo depresión (60,6%) o una leve perturbación del ánimo (19,0%), pero cabe resaltar que hubo casos de depresión grave (4,5%) y depresión extrema (0,7%). Al juntar todas las categorías de depresión, el 20,4% (59) tuvo algún estado depresivo. Se concluye que la salud mental de los escolares estuvo comprometida en múltiples aspectos, estando varios de ellos asociados a una mayor frecuencia de riesgo suicida (19).

En un estudio realizado en Perú, en Juliaca- Puno, 2016, por Mamani y Quispe, sobre **“la depresión y disfunción familiar en estudiantes del cuarto año de secundaria”**, se utilizó un diseño de estudio descriptivo correlacional, en donde la investigación concluyó que sí existe relación entre depresión y disfunción familiar en los estudiantes de 4to año de la Institución Educativa Secundaria Industrial Perú Birf Juliaca, de acuerdo al objetivo general los resultados obtenidos muestran que existe relación directa y significativa entre depresión y disfunción familiar a un valor de significancia de 0.05, se halló una relación directa y significativa 5.8 % entre estas variables (20).

1.1.3. Regionales

En nuestra región Huánuco, en el año 2017, Ponce, en su tesis **“depresión, ansiedad y autoeficacia en alumnos de colegios estatales de Huánuco”**, utilizó un diseño de tipo descriptivo correlacional con diseño no experimental-transversal. La muestra fue no probabilística por conveniencia, integrada por 400 estudiantes del 4to grado de secundaria. El resultado fue que la depresión alcanzó el máximo nivel de intensidad, y las demás variables de estudio se ubicaron en niveles aceptables. Mientras que, en relación a la correlación, se observó una correlación negativa entre depresión y autoeficacia, ansiedad estado y autoeficacia, por último, una correlación negativa entre ansiedad rasgo y autoeficacia (21).

En Huánuco, en el año 2016, Cristóbal, es su tesis sobre **“el funcionamiento familiar y la depresión en estudiantes de la institución educativa héroes de Jactay”**, utilizó un diseño de investigación transversal, cuya población estuvo conformada por todos los adolescentes de ambos sexos con edades de que fluctúan entre 12 y 17 años, cuya muestra de estudio fue de 282 estudiantes, pertenecientes a un nivel socioeconómico bajo. El resultado fue que el funcionamiento familiar y la depresión presentan una correlación de tipo inversa significativa, ósea que los evaluados que presentan una mejor funcionalidad familiar tienden a mostrar menor grado de depresión (9).

En Huánuco 2015, en un estudio realizado en Pillco Marca sobre **“relación familiar influye en la conducta emocional de los adolescentes en adolescentes de 4to y 5to año de secundaria de la I.E. Juan Velasco Alvarado”**, se utilizó el tipo de estudio cuantitativo de diseño descriptivo, de corte transversal, no experimental. La población estuvo conformada por 92 adolescentes de 14 a 17 estudiantes adolescentes del 4to a 5to año. El resultado fue que la relación familiar influye en la conducta emocional de los adolescentes en un 85% con respecto a la depresión, en el 72% en la ansiedad, el 100% en la Autoestima. Entre tanto en el tipo de familia la influencia será de 97% en la depresión, el 90% en la ansiedad, el 85% en la Autoestima (22).

En Huánuco, en el año 2015, Solano Guillén, en su tesis **“clima social familiar y depresión en las adolescentes del quinto grado de secundaria de la institución educativa argentina”**. Utilizó un tipo de investigación observacional, transversal, descriptivo, retrospectivo. La muestra probabilística fue de 161 adolescentes mujeres de la Institución Educativa “Argentina” en el nivel secundaria de menores de un total de 279 adolescentes mujeres, cuyos resultados fueron que la mayoría de las adolescentes se encuentran en un nivel de depresión moderada (56,5%), en segundo lugar, se encuentran las niñas con un nivel de depresión leve (22,4%) y por último las adolescentes que se encuentran en un nivel de depresión

severa (21,1%). en cuanto a las adolescentes que manifiestan una depresión severa, el 38,2% percibe un mal clima familiar, el 52,9% un clima familiar regular y solo el 8,8% percibe un clima familiar bueno. El estudio concluye que si existe una relación significativa entre el clima social familiar y la depresión (23).

1.2. Bases o fundamentos

1.2.1. DEPRESIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la depresión como una alteración patológica del estado del ánimo con descenso del humor que termina en tristeza, acompañada de diversos síntomas y signos de tipo vegetativo, emocionales, del pensamiento, del comportamiento y de los ritmos vitales que persisten por tiempo habitualmente prolongado (a lo menos de 2 semanas). La depresión es la principal causa de discapacidad. La OMS advierte que una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida, y este número aumentará si concurren otros factores como enfermedades médicas o situaciones de estrés. A nivel mundial, la incidencia de esta enfermedad es hasta dos veces más alta en las mujeres que en los hombres. También se observa que la depresión afecta cada vez más a los jóvenes (24).

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, la depresión se define como un trastorno del estado de ánimo en el que predomina el humor disfórico, con presencia de síntomas físicos, afectivos y emocionales como insomnio, falta de concentración, irritabilidad y pérdida de interés o insatisfacción en todas o en casi todas las actividades. (25)

En algunos estudios sobre las posibles causas para que los adolescentes desarrollen depresión, se encontró que lo más frecuente era un cambio de clase (evento relacionado al cambio de colegio o ambiente geográfico – migración familiar), el fallecimiento de un familiar cercano, la ruptura de la relación de pareja

(estresor relativo al grupo de iguales). Otro estudio con adolescentes reportó que los que presentaban depresión de larga duración habían experimentado más sucesos de vida estresantes relacionados con problemas familiares, mientras que los que tenían episodios depresivos más cortos presentaron sucesos estresantes relacionados con el grupo de pares, es decir ruptura de pareja. (26)

Además, la depresión lleva a un sentimiento de pesimismo, tristeza, retardo psicomotor, insomnio y pérdida de peso, a veces concomitante con sentido de culpa y preocupaciones somáticas, con frecuencia de proporciones delirantes. El paciente con depresión no tiene historia previa de manía o de hipomanía ya que dicho antecedente lo convierte en trastorno bipolar. (27)

Según Alonso Fernandez interpreta, las 4 dimensiones, con las que podemos evaluar posibles conductas depresivas como (28):

En el *estado de ánimo depresivo* sobresale inicialmente el pesimismo o amargura, la desesperanza, la tristeza, el hastío de la vida o la falta de placer, las preocupaciones morales o económicas, la hipocondría, las cefaleas, la opresión precordial y distintas sensaciones de malestar corporal. (28)

En la *anergia* o vaciamiento de impulsos suele aparecer con mucha frecuencia desde el principio el aburrimiento o la apatía (falta de ganas), las cavilaciones obsesivas la indecisión la disminución de la actividad habitual en los trabajos o diversiones, la abstemia o dinamia (fatiga corporal), y el apagamiento de la libido sexual. (28)

En el *sector de la discomunicación* los rasgos más frecuentes inicialmente son la aflicción por cualquier cosa, el retraimiento social, las sensaciones de soledad o aislamiento la irritabilidad, el abandono de las lecturas, radio o televisión y el descuido en el arreglo personal y en el vestuario. (28)

En la *dimensión de la ritmopatía* o desregulación de los ritmos suele sobresalir inicialmente la hiposomnia precoz, media o tardía, el empeoramiento por las mañanas, la pérdida del apetito y de peso, la inestabilidad del estado subjetivo y objetivo a lo largo del día (oscilación circadiana de la sintomatología) El 50 % de las fases depresivas comienzan con un trastorno del sueño.

Actualmente, la depresión en adolescentes se puede diagnosticar siguiendo los mismos criterios usados en los adultos, salvo dos características que lo diferencian: (a) la aceptación de que, en niños y adolescentes, la irritabilidad puede reemplazar el estado de ánimo depresivo; y (b) que los niños o adolescentes no solo subirán o bajarán de peso; sino que, al estar en proceso de crecimiento, se considera que la inapetencia y la falta de un peso adecuado para su edad es un indicador importante a tomar en cuenta (29).

Para hacer el diagnóstico se pueden utilizar los sistemas de clasificación más empleados, como el DSM IV–TR y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

Según el DSM IV–TR, la depresión puede dividirse de acuerdo a sus características clínicas en diferentes trastornos depresivos como: depresión mayor, distimia y otros trastornos depresivos. En la CIE-10 no se emplea el término “depresión mayor” y se describe un cuadro equivalente llamado “episodio depresivo” (cuando hay un solo episodio) o trastorno depresivo recurrente (cuando hay más de un episodio) (30)

1.2.2. DEPRESIÓN POR GÉNERO

Desde el punto de vista epidemiológico la depresión es más frecuente en el sexo femenino y en la etapa media de la vida. Las mujeres tienen un riesgo de presentar el trastorno dos veces más alto que los hombres. Diversas teorías tratan de explicar estas diferencias de género en la prevalencia del trastorno. Se han invocado factores biológicos (genéticos, neuroquímicos, hormonales) y psicosociales en la etiología de la enfermedad; estos factores parecen afectar de manera diferente a las

mujeres y los hombres, determinando la predisposición a padecer síndromes depresivos.

Algunos autores señalan que, aunque tanto los hombres como las mujeres pueden desarrollar los síntomas de depresión, la experimentan de diferentes maneras y muestran diferencias a la hora de expresar sus síntomas depresivos, las mujeres buscan más ayuda médica y expresan más fácilmente sus síntomas emocionales; mientras a los hombres les resulta difícil expresar sus emociones y tienden más a la somatización, por lo que consultan a médicos generales, también frecuentemente tienen un problema de abuso de sustancias que a veces enmascara el cuadro depresivo lo que trae como consecuencia que en muchas ocasiones no se realiza el diagnóstico de depresión. (31)

En las mujeres:

La depresión en el caso de las mujeres trae como consecuencia problemas de salud reproductiva como embarazos no deseados, partos pre término, abortos espontáneos o infertilidad. Además, es claro que el nivel de salud mental está relacionado con la morbilidad materna. Recientes estudios demuestran que un manejo inadecuado o la falta del mismo pueden resultar siendo una carga no solo física; sino que también tiene implicación social y económica para la embarazada, su familia y el sistema nacional de salud. (32)

La depresión post parto consiste en el desarrollo de un episodio depresivo mayor durante las primeras cuatro a seis semanas posparto (CIE-10, DSM-IV-TR) y mantiene los mismos criterios diagnósticos de depresión mayor. Algunos síntomas de depresión mayor, como las alteraciones del sueño o del apetito, la fatiga y la disminución de la libido se consideran normales en el posparto. (24)

El cuadro clínico puede iniciarse en la 4ª semana postparto hasta un año después según algunos estudios, encontrándose un pico de presentación en las semanas 8 a 12 post parto. Y la DPP requiere tratamiento oportuno porque puede cursar con síntomas severos en una de cada 10 púérperas. Por otro lado, se dice que el período

de postparto es el de mayor riesgo para desarrollar trastornos emocionales, estos problemas a menudo no se detectan. De ahí la importancia de un adecuado control prenatal y perinatal, con el fin de prevenir y captar de forma oportuna aquellas patologías que afectan directamente tanto a la madre como al niño, lo cual podría generar un riesgo aumentado de morbilidad y mortalidad en ambos. (24)

En los varones:

Existen datos con los que se afirma que la prevalencia global de la depresión es inferior entre los varones; aunque hay estudios que manifiestan que ello se debe a que éstos son menos propensos a admitir su enfermedad, siguiendo las pautas estipuladas por el sistema cultural para su género, provocando en los varones una mayor cohibición para consultar y ser diagnosticado por un especialista. En cuanto al suicidio, si bien los datos afirman que los intentos son más comunes en la mujer que en el hombre, la tasa de suicidio consumado en ellos es cuatro veces más alta que en las mujeres. Utilizando los hombres una metodología más letal para asegurar su fallecimiento. A partir de los 70 años de edad, la tasa de suicidio en el hombre aumenta, alcanzando el nivel máximo después de los 85 años. La depresión también puede afectar la salud física del hombre, aunque en una forma diferente a la de la mujer. Algunos estudios indican que la depresión se asocia con un riesgo elevado de enfermedad coronaria en ambos sexos. Sin embargo, sólo en el varón se eleva la tasa de mortalidad debida a una enfermedad coronaria que se da junto con un trastorno depresivo. (33) (34)

1.2.3. CLASIFICACIÓN

Según el DMS IV se considera a la depresión como un trastorno del estado de ánimo y lo clasifica en primer lugar como: (35)

A. Trastorno depresivo (depresión unipolar)

Este estado depresivo puede ser normal. Pero cuando se extiende en el tiempo, su cantidad de síntomas y/o el grado en que se los experimenta, comienza a ser oportuno recurrir a un psicólogo. No es raro atribuir las causas

de la depresión a no dormir, o a “soy así”, al trabajo, etc.(que sí son datos relevantes, mas no es tan sencillo). La depresión, o trastorno depresivo, o depresión clínica, o depresión unipolar, si bien tiene varios subtipos, en este caso realizaré una descripción general para orientar al lector. El diagnóstico preciso debe ser realizado por un profesional, además podría haber otra problemática al mismo tiempo. La persona con depresión se puede sentir con: impotencia, baja energía, desesperanza, culpa, baja autoestima, tristeza, pensamientos negativos sobre su futuro, problemas para dormir, problemas sexuales, desórdenes alimenticios, aburrimiento, irritabilidad, etc.; circunstancias que afectan a varias de las áreas de la vida de la persona (relaciones sociales, trabajo, pareja, estudio, esparcimiento, familia). La depresión puede comenzar a cualquier edad. También puede llevar mucho tiempo padeciéndola no presenta episodios maniacos, mixtos o hipomaníacos. (36)

B. Trastorno depresivo mayor

La depresión mayor es un síndrome o agrupación de síntomas en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático, por lo que podría hablarse de una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva. La base para distinguir estos cambios patológicos de cambios ordinarios, viene dada por la persistencia de la clínica, su gravedad, la presencia de otros síntomas y el grado de deterioro funcional y social que lo acompaña. Muchos casos de depresión son claramente apreciables en la práctica clínica, aunque raras veces resulta fácil establecer su autonomía diagnóstica respecto de otras entidades psicopatológicas. Así, por ejemplo, la asociación entre trastorno depresivo y de ansiedad es alta y con diversas combinaciones sintomáticas en sus

manifestaciones. La depresión también puede concurrir con el abuso de alcohol u otros tóxicos, y con algunas enfermedades orgánicas cerebrales y sistémicas. Si bien las causas de la depresión no son conocidas, diferentes factores podrían intervenir en su génesis, como determinados factores genéticos, vivencias de la infancia y adversidades psicosociales actuales (contexto social y aspectos de la personalidad). También podrían jugar un papel importante como factores de riesgo en el desarrollo de una depresión, dificultades en las relaciones sociales, el género, el estatus socio-económico o disfunciones cognitivas, aunque lo más probable sea una interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. (37)

C. Trastorno distímico

Distimia, de unas palabras griegas que significan “humor perturbado”, es uno de los trastornos más abundantes en nuestros tiempos. Se emplea el nombre de distimia para calificar una alteración del estado de ánimo (38)

D. Trastorno depresivo no especificado

En este epígrafe se incluyen aquellos trastornos con síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, un trastorno distímico, un trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo, o con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo. (38)

1.2.4. DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES

El Ministerio de Salud ha modificado dicho rango de edades para estar acorde con la normatividad nacional. Actualmente la etapa de vida adolescente es la población comprendida desde los **12 años de edad hasta los 17 años, 11 meses y 29 días**, bajo Resolución Ministerial N° 538-2009/ MINSa, del 14 de agosto del 2009 (39).

Durante la adolescencia se puede presentar la depresión. Esta se caracteriza porque se presentan sentimientos persistentes de tristeza y desánimo además

de que comúnmente se presenta una pérdida de la autoestima y una ausencia de interés por las actividades cotidianas, en el caso del adolescente, las escolares. Generalmente en ellos, la depresión es transitoria y es una reacción usual a muchas situaciones y factores que les generan estrés. "Este estado es común en los adolescentes, como consecuencia del proceso normal de maduración, del estrés asociado con éste, de la influencia de las hormonas sexuales y de los conflictos de independencia con los padres" (40)

Por otro lado, factores externos que acentúen el estrés como una muerte, el maltrato infantil, la ruptura con el novio o la novia, el abuso por parte de compañeros e inclusive el fracaso escolar asociados con una baja autoestima y una percepción negativa de la vida pueden desencadenar una depresión. Ésta puede tener efectos en el crecimiento y desarrollo, el desempeño escolar, las relaciones con iguales y la familia y puede llevar inclusive al suicidio. (41)

Sin embargo, a pesar de los factores externos, son básicamente los cambios hormonales que se presentan durante la pubertad y sus efectos en el estado anímico y psicológico los causales de que se pueda presentar la somatología de la depresión. "En este período existe un aumento de la emotividad, la cual es provocada por la necesidad que experimenta el ser humano de abandonar viejos hábitos de acción y de pensamiento y de establecer otros nuevos." (42)

Igualmente se considera que factores genéticos influyen en presentar síntomas depresivos sin saberse si la causal es genética o una conducta aprendida del padre depresivo. Los factores biológicos que afectan se relacionan con los neurotransmisores, como una deficiencia en norepinefrina o serotonina. Igualmente, se asocia con esta enfermedad anormalidades hormonales como una hipersecreción de cortisol, hormona que permite controlar el estrés. (43)

En la adolescencia los síntomas depresivos se llegan a manifestar de distinta manera. Algunos jóvenes tienden a vestirse de negro, sin embargo esto también puede ser una moda, o escriben poesías melancólicas o les gusta la música de contenido depresivo. Muchos adolescentes

presentan problemas de sueño. Llegan a pasarse toda la noche viendo televisión y luego tienen problemas para levantarse por la mañana o se quedan dormidos durante el día. Frecuentemente también se presentan cambios en los hábitos alimenticios, siendo esto más común en las chicas. Dejan de interesarse por las actividades que antes les gustaban y se empiezan a aislar socialmente. (44)

INSTRUMENTOS DE TAMIZAJE Y DIAGNÓSTICO

Según los criterios de Frame y Carlson, un buen instrumento de cribado o tamización debe caracterizarse por ser económico, factible, breve, de alta especificidad y sensibilidad. Los instrumentos útiles permiten su aplicación a varias personas, logrando de manera simultánea, rápida y eficaz una exploración mental de grandes poblaciones (Ortiz, 2007). Entonces, un instrumento de tamizaje para depresión posee según Fernández y Díaz (citado por Sallerasa et al., 2010), la sensibilidad y especificidad para la posibilidad de detectar la depresión e inicio oportuno de intervenciones, permitiendo confirmar posteriormente el diagnóstico por medio de otros métodos (45)

El instrumento a utilizar en nuestra investigación es el *Inventario de Depresión Infantil de Kovacs (CDI)*, Este es un instrumento cuya confiabilidad y validez ha sido probada en distintas áreas de la psicología y variedad de países como Colombia, Puerto Rico y España, por ello, este instrumento ofrece a los profesionales de salud mental una evaluación objetiva de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes en un amplio rango de edades.

➤ Inventario de Depresión Infantil de Kovacs (CDI)

El Inventario de Depresión Infantil (CDI) de Kovacs es el primer instrumento publicado para evaluar la depresión y ha sido traducido a diferentes idiomas; mencionan además que es el más usado y citado en la bibliografía especializada por los diversos expertos en el tema de la depresión infantil. Estas cualidades son posibles, en la medida en que ha demostrado sus propiedades psicométricas a través

de estudios realizados en países con culturas tan diversas como, Irak, Inglaterra, España, Puerto Rico, e incluso en nuestro país. (46)

En el Perú, Raffo (1991) hizo la primera adaptación y validación del CDI para ser utilizado en un estudio que relacionaba autoconcepto con depresión. Sin embargo, el trabajo más extenso en nuestro país fue realizado por Reátegui en 1994, cuyo objetivo principal de esta investigación fue la estandarización para Lima del Inventario de Depresión Infantil en su versión de 1983. (46)

En relación a las características descriptivas, la confiabilidad y la validez de la Prueba de Kovacs CDI, estas se presentan a continuación para ofrecer una consistente fundamentación para el uso de este instrumento dentro del área clínica y educativa. El coeficiente de consistencia interna (Alfa de Cronbach) obtenido en otras investigaciones, nacionales e internacionales, refuerzan aún más la confiabilidad del CDI, que se ubica entre 0,71 a 0,83. La confiabilidad obtenida para esta prueba fue de 0,785, donde se puede apreciar que alcanza un nivel aceptable semejante en otros estudios internacionales como Segura et al., (2010), Vinaccia et al. (2006), Rivera et al. (2005), Barrio et al. (2002), entre otros. La confiabilidad por el método de mitades para la muestra se obtuvo mediante el análisis del coeficiente de Spearman dando un resultado de 0,734, lo cual nos indica que es una correlación aceptable (Hernández, et al. 2010). Asimismo, el análisis de la confiabilidad general de la prueba de Kovacs (CDI) dio como resultado una confiabilidad aceptable, esto en concordancia con los criterios ya antes mencionados y coincidentes con las investigaciones que la preceden. En base a ello, podemos inferir que el instrumento ofrece a los profesionales una evaluación objetiva de la sintomatología depresiva en la muestra de escolares de 9 a 15 años de la UGEL 2 de Lima Metropolitana según sea el grado de sintomatología depresiva presente en el niño o adolescente (29), y por lo tanto es un instrumento que cuenta con las características necesarias para apoyar la ejecución de nuestro proyecto de tesis en escolares de 12 a 18 años de la I.E. Pedro Sánchez Gavidia - UGEL Huánuco.

1.2.5. FAMILIA DISFUNCIONAL

FAMILIA

Para Louro Bernal en su revisión La familia en la determinación de la salud, “la familia es el elemento de la estructura de la sociedad, responsable de la reproducción biológica y social del ser humano. Constituye la unidad de reproducción mantenimiento de la especie humana y en ese sentido es el elemento que sintetiza la producción de la salud a escala microsocioal”. (47)

Mientras la OMS establece a la familia como un “conjunto de miembros del hogar emparentados entre sí, hasta grado determinado por sangre, adopción y matrimonio”.

La OPS señala que la familia es “una unidad básica y es el primer espacio de socialización del ser humano orientada al bienestar y desarrollo integral de sus integrantes”. Es reconocida en la Constitución Política del Perú de 1993 (art. 4º) como una “sociedad natural y una institución fundamental de la Nación”. (48)

Se puede clasificar a la familia por su composición, en cuyo caso existen 6 tipos familiares:

- Familia nuclear (compuesta por padres e hijos)
- Familia extendida (compuesta por padres, hijos y abuelos)
- Familia ampliada (compuesta por padres, hijos, abuelos, tíos, etc.)
- Familia monoparental (conformada por uno de los padres e hijos)
- Familia reconstituida (conformada por uno de los padres, su nueva pareja e hijos) y equivalente familiar (conformada por grupos de amigos, hermanos o instituciones religiosas o militares, etc.)

Según su ciclo evolutivo se reconoce 4 tipos de familia:

- Familia en formación (pareja que no tiene hijos o en espera)
- Familia en expansión (pareja con nacimiento del primer hijo, hijo en edad preescolar, hijo adolescente o con hijo en edad adulta)

- Familia en dispersión (desde que inicia la partida del primer hijo hasta que lo hace el último)
- Familia en contracción (donde han partido todos los hijos y la pareja quedan sola). (49)

FAMILIA DISFUNCIONAL

La familia disfuncional se define como “un patrón de conductas desadaptativas e indeterminadas que se presenta de manera permanente en unos o varios de sus componentes familiares y que al relacionarse con sus miembros generan un clima propicio para el surgimiento de patologías específicas o inespecíficas”. (50)

La familia disfuncional es aquella que no logra cumplir con las funciones y roles establecidos por la sociedad y se caracteriza por un conjunto de conductas inadecuadas e inmaduras de uno de los padres, que interfiere en el crecimiento individual y la capacidad de establecer relaciones equilibradas entre los miembros del grupo familiar. Este tipo de familia está conformada por personas que presentan una inestabilidad a nivel emocional, psicológico y espiritual. (51)

➤ **Tipos de familia disfuncional**

Familias disfuncionales neurotígenicas

Son aquellas familias que llegan a provocar neurosis en los miembros, caracterizados por la presencia de altos niveles de ansiedad, angustia, astenia, histeria, miedo y las obsesiones, relacionadas a conflictos personales o ambientales, que causan sufrimiento psíquico a los individuos. (52)

Familias disfuncionales psicotígenicas

En estas familias, los individuos pueden estar involucrados en algún tipo de abuso, ya sea sexual, físico y psicológico. Los miembros pueden vivir bajo amenaza y manipulados. Esto genera que los miembros de la familia se comporten de manera fría, en otras ocasiones se tornan dispersos y habitualmente provocan en su ambiente trastornos mentales. (53)

Familias disfuncionales sociógenas

Los miembros de este tipo de familia presentan conductas negativas para el desarrollo de un clima familiar adecuado; como, conductas antisociales, patológicas (violencia hacia otro o autolesiones), trastornos opositoristas desafiantes y psicopatías.

➤ Características de las familias disfuncionales (54)

- ✓ Negación por la familia a reconocer el comportamiento abusivo, a este fenómeno se lo denomina “elefante en la habitación”, hace referente a una verdad obvia pero ignorada.
- ✓ La falta de comprensión, empatía y sensibilidad por parte de los integrantes.
- ✓ Falta de respeto de los límites de los otros, es decir no respetar el espacio personal, romper promesas importantes sin excusa aparente.
- ✓ Desigualdad en el trato de uno o más miembros de la familia, ya sea por la edad, habilidades, posición económica etc.
- ✓ Abandono de las funciones parentales.
- ✓ Ausencia de lazos positivos entre padres-hijos

La disfunción familiar influye de manera directa en la génesis de problemas psicosociales en los adolescentes, exponiéndolos a la delincuencia, los intentos de suicidio, los trastornos de conducta, depresión, etc., son problemas que afectan a jóvenes que están predispuestos a incurrir en ellos por falta de estabilidad emocional llegando a ser muchas veces el producto de la disfuncionalidad de sus familias (36).

INSTRUMENTO DE DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR: APGAR FAMILIAR

El APGAR familiar es un instrumento que ayuda a identificar la forma en que se perciben los miembros de una familia a nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global, incluyendo a los niños ya que es aplicable a la población infantil. Es un

instrumento muy útil para evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado. (55)

Este es un instrumento de origen reciente, aunque fue diseñado en 1978 por el doctor Gabriel Smilkstein (Universidad de Washington), quien basándose en su experiencia como Médico de Familia propuso la aplicación de este test como un instrumento para los equipos de Atención Primaria, en su aproximación al análisis de la función familiar. Este test se basa en la premisa de que los miembros de la familia perciben el funcionamiento de la familia y pueden manifestar el grado de satisfacción con el cumplimiento de sus parámetros básicos. (56)

El APGAR familiar evalúa cinco funciones básicas de la familia considerada las más importantes por el autor: *Adaptación, Participación, Gradiente de recurso personal, Afecto, y Recursos*, cuyas características son las siguientes: (57)

- Funciona como un acróstico, en la que cada letra de APGAR, se relaciona con una inicial de la palabra que denota la función familiar estudiada.
- La validación inicial del APGAR familiar mostró un índice de correlación de 0.80 entre este test y el instrumento previamente utilizado (Pless-Satterwhite Family Function Index).
- Posteriormente, el APGAR familiar se evaluó en múltiples investigaciones, mostrando índices de correlación que oscilaban entre 0.71 y 0.83, para diversas realidades.

1.2.4. MIGRACIÓN FAMILIAR

MIGRACIÓN: Desplazamiento geográfico de individuos o grupos, generalmente por causas económicas o sociales.

MIGRACIÓN FAMILIAR:

Se entiende como el desplazamiento geográfico de algún miembro de la familia, con fines determinados y durante un periodo de tiempo dado; y que por lo general se trata de los miembros jóvenes de un grupo familiar rural, de 12 a 18 años de edad, quienes están inmersos en un nivel de formación eminentemente productiva

que esperan lograr alguna mención en una rama técnica. Este proceso se da en una comunidad inestable, con intereses muy dispersos y heterogéneos, con expectativas inciertas, donde sus padres hacen lo posible para que terminen sus estudios en el área urbana, razón por la que se ven obligados a migrar solos a la ciudad. (58)

Estos adolescentes muchas veces, en su intento por adaptarse a este cambio, se ven afectados emocionalmente, no sólo por el distanciamiento de sus padres y hermanos, que puede verse interpretado como una forma de abandono; sino porque muchas veces los jóvenes migrantes deben optar por tomar empleos para ayudar a solventar sus gastos en la ciudad; de modo que deben trabajar y estudiar al mismo tiempo limitando su tiempo de ocio, sometidos al estrés y cansancio, lo que muchas veces dinamita el desarrollo de episodios depresivos.

Dentro de este proceso de migración campo ciudad, se distinguen dos tipos de migraciones (39):

Migración temporal: consiste en la salida de los jóvenes (o cualquier miembro de la familia) fuera de la comunidad por un período no mayor a un año calendario. Los objetivos de este tipo de migración son fundamentalmente complementar el ingreso de la familia, aunque también suele darse la migración temporal por estudios (especialmente los niños y jóvenes).

Migración permanente: es la salida definitiva de algunos miembros de una familia o de la familia entera fuera de la comunidad. Este tipo de migración es por lo general hacia zonas urbanas donde fijan su asentamiento. Estos migrantes llegan sin la mínima preparación para desenvolverse en el contexto urbano, lo cual los lleva a aceptar condiciones de trabajo precarias e injustas. Los estudiantes del sector rural o de las zonas marginadas que de alguna u otra forma son marginados por la sociedad, asumen los desafíos de la época viendo en éstos las oportunidades que van a definir su progreso.

Migrantes rural – urbano que buscan educación:

Los problemas se dan en función de los distintos actores del proceso educativo y la calidad de educación. En el área rural se evidencian aún varias deficiencias que dificultan la formación educativa, que está confiada por diversas razones a los maestros, quienes asisten de forma irregular a la escuela, tratan despóticamente a los alumnos, y en algunos casos acosan a las alumnas de mayor edad. Además de que su preparación metodológica es deficiente. Otro factor importante es que la mayoría de las escuelas del área rural no son completas y sólo tienen los tres primeros cursos de primaria; su infraestructura es deficiente, son pocas las puertas y ventanas completas, no tienen baños y faltan bancos, pizarras y tizas (39).

HERRAMIENTA E INSTRUMENTO:

Existen diversos marcos de análisis empleados para analizar los efectos de la migración rural-urbana. Pero las herramientas que se utilizarán serán concisas y asequibles, muy flexibles en su utilización, con un alto componente participativo a la hora de recopilar la información por medio de encuestas dirigidas.

1.2.5. BULLYING

El término bullying proviene del vocablo holandés “boel” que significa acoso y traducido al español es considerado como "intimidación". Es definido como la actividad hostil consciente, voluntaria, deliberada y repetida marcada por el desequilibrio de poder, la intención de dañar y/o amenaza de agresión. Suele ser unidireccional generando desequilibrio entre las partes. (59)

BULLYING ESCOLAR:

El bullying es una acción en la que una persona intencionalmente causa, o trata de causar, daño o molestias a otro, en forma prolongada, en el contexto del espacio escolar. El bullying se diferencia de las conductas agresivas recíprocas en la desigualdad de poder. La agresión puede darse mediante el contacto físico golpear y dar patadas, el hostigamiento verbal poner motes, bromas y amenazas, o a través de

conductas indirectas exclusión social, difusión de apodos y rumores desagradables. (60)

Decimos que un niño o adolescente está siendo victimizado, o molestado cuando otro niño o adolescente, o un grupo de estos mismos, le dice cosas molestas o actúa de forma desagradable. También es bullying cuando un niño o joven es golpeado, pegado, se meten con él, encerrarlo en una habitación, enviarle notas desagradables, cuando nadie quiere hablar con él y cosas por el estilo. Estas cosas pueden suceder frecuentemente y es difícil para el niño o joven que es victimizado defenderse por sí mismo. También es bullying cuando alguien es molestado repetidamente de forma desagradable. Pero no es bullying, cuando dos niños o jóvenes con la misma fuerza se pelean (61)

El bullying es significativamente más común entre los niños que entre las niñas; los varones agreden a otros y son también más propensos a ser víctimas que las niñas. Las chicas desarrollan formas indirectas de agresión: hostigan más a sus víctimas mediante la murmuración o la difamación (41).

La participación de los adolescentes en el bullying, como agresores o como víctimas, se ha asociado con numerosas consecuencias negativas psicológicas, sociales y de salud a corto y, algunas veces, a largo plazo. Por ejemplo, se ha encontrado que se relaciona con depresión, con ansiedad, con síntomas psicósomáticos y con trastornos psiquiátricos (39).

TIPOS DE BULLYING

El bullying tiene diferentes formas de manifestarse marcadas por las conductas concretas que se activan: verbal (insultos, apodos), física (golpes, patadas, puñetazos), psicológica (chantajes, amenazas) y social-relacional (exclusión, aislamiento). Estos elementos los hemos visto integrados en algunas definiciones mencionadas en el punto anterior. Así tenemos que el bullying puede manifestarse de manera verbal (burlas, insultos, humillaciones, abuso del gritar, amenazas y la intimidación), social (la exclusión de los grupos de pares o iguales, unirse en contra o burlas del grupo, la difusión de rumores,...), físico (golpes/patadas a la víctima,

tomar o dañar los bienes personales de la víctima, empujar o dar puñetazos) y psicológico (acciones que dañen el autoestima de las personas, chantajes, persecución, tiranía, impedir a una persona de ir a un lugar, tener posesión de una persona, obligar a realizar hechos que la víctima no desea realizar,...). Estos tipos de bullying son fundamentales para la elaboración de nuestro instrumento ya que definen su estructura interna factorial de cuatro elementos, la misma que será abordada en la parte empírica de la presente tesis. Otra tipología usada para clasificar las formas de manifestación del bullying, clasifican al acoso en directo o indirecto: maltrato físico directo como patear o pegar un puñetazo o maltrato físico indirecto como robar las pertenencias de una persona. La agresión verbal directa entre el agresor y la víctima se manifiesta a través de insultos o apodos, mientras que la agresión verbal indirecta podría darse a través de rumores difundidos. Finalmente, la exclusión social directa es no dejar participar a una persona de una actividad y la exclusión indirecta es ignorarla.

Existen otras nuevas formas más específicas en las que se manifiesta el acoso como el bullying sexual y el cyberbullying. *El bullying sexual* se describe como un asedio sistemático de tipo sexual que puede hacer referencia a la orientación sexual de la víctima o referencias malintencionadas acerca de partes sexuales del cuerpo de la víctima. En definitiva, es relevante analizar los diferentes tipos del bullying y sus particularidades ya que es de esperar que no causen los mismos efectos en el individuo, así como cada tipo de bullying probablemente se relacione con diferentes factores.

El fenómeno del bullying se va extendiendo hacia las nuevas tecnologías de la información, recursos que cada vez están más cercanos a la población y, en especial, a los niños y adolescentes quienes suelen hacer uso de estas tecnologías; recientemente han estudiado un subtipo o una nueva forma de bullying que se da a través de medios electrónicos y que es denominado como cyberbullying.

El cyberbullying es una agresión intencional, por parte de un grupo o un individuo, usando formas electrónicas de contacto, repetidas veces, a una víctima que no puede defenderse fácilmente por sí misma. Sin proponérselo, las nuevas

Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs) han promovido esta nueva forma de intimidación y de acoso principalmente entre. Una de las particularidades del cyberbullying es el alcance que este tiene pues es muy fácil enviar un SMS ofensivo, subir una fotografía para burlarse de la víctima o crear una cuenta falsa en redes sociales para difamar a la persona. No es necesario estar cara a cara para llevar a cabo el acoso por lo que esto significa un duro golpe a la vulnerabilidad de las personas que no perciben estar seguras ni en sus propios hogares (42).

INSTRUMENTO: AUTOTEST CISNEROS

El Nombre Original la Prueba es Autotest Cisneros de Acoso Escolar, cuyos autores son Iñaki Piñuel y Araceli Oñate, tiene procedencia española y con Año de Creación del 2005; su administración puede ser Individual o Colectiva y posee un tiempo de aplicación de 30 minutos como máximo, para lo que se utiliza un lápiz, borrador y una hoja de respuestas. El objetivo de la escala es evaluar el índice global de Acoso Escolar, con la característica de que se dividido en 8 componentes y está compuesta por 50 ítems, enunciados en forma afirmativa y con tres posibilidades de respuesta (Nunca), (Pocas veces) y (Muchas veces); del mismo modo, se le asigna puntajes de 1, 2 y 3. Está integrado por 10 sub-escalas; la primera es la del índice global de acoso (M). la cual está representado por la suma de las puntuaciones directas de toda la escala; luego tenemos la escala de intensidad de acoso (I), la cual se obtiene sumando 1 punto por cada vez que entre las preguntas 1 y 50 el niño haya seleccionado la respuesta 3 (3= muchas veces). Por otro lado, para obtener la puntuación directa en la escala M, se debe sumar la puntuación obtenida entre las preguntas 1 a 50., asignando 1 punto si ha seleccionado la respuesta Nunca (1-Nunca), 2 puntos si ha seleccionado la respuesta Pocas veces (2-Pocas veces) y 3 puntos si ha seleccionado la respuesta Muchas veces (3-Muchas veces); debe obtener un índice entre 50 y 150 puntos. Por último, para obtener la Puntuación Directa de la escala I debe sumar un punto cada vez que entre las preguntas 1 y 50 el niño ha seleccionado la respuesta 3 (3-Muchas veces) Debe obtener un índice de 1 y 50.

La escala para evaluar el Índice Global de Acoso (Cisneros) presenta las estimaciones de confiabilidad mediante los coeficientes de consistencia interna obtenida a partir de una muestra de 261 escolares de ambos sexos; utilizando para ello el Alpha de Cronbach, en donde se obtuvo una puntuación de 0.9621; la validez de constructo se obtuvo a través de la correlación subtest-test donde los resultados fueron significativos (tomando como criterio de aceptación, correlaciones con significancia de $p < 0.05$) resultando que todos los coeficientes de correlación son significativos y son mayores a 0.30. (62)

1.2.6. AUTOESTIMA

Son sentimientos, tendencias de comportamiento dirigidas hacia nosotros mismos, hacia nuestra manera de ser y de comportarnos, hacia los rasgos de nuestro cuerpo y nuestro carácter. En resumen, es la percepción evaluativa de nosotros mismos. La importancia de la autoestima estriba en que concierne a nuestro ser, a nuestra manera de ser y al sentido de nuestra valía personal. Por lo tanto, puede afectar a nuestra manera de estar y actuar en el mundo y de relacionarnos con los demás. Nada en nuestra manera de pensar, de sentir, de decidir y de actuar escapa a la influencia de la autoestima. Carl Rogers, máximo exponente de la psicología humanista, expuso que la raíz de los problemas de muchas personas es que se desprecian y se consideran seres sin valor e indignos de ser amados; de ahí la importancia que le concedía a la aceptación incondicional del cliente (63).

La Autoestima en los adolescentes

Generalmente, se ha considerado a la autoestima global como un rasgo bastante estable a lo largo del tiempo y a la experiencia momentánea de autoestima fluctuando en torno a ese nivel (64).

Cuando se ha investigado la trayectoria de la autoestima global para ambos sexos, se encuentran niveles relativamente altos en la infancia que disminuyen al comienzo de la adolescencia y a lo largo de ésta. Estos niveles se incrementan de nuevo desde el

comienzo de la vida adulta y vuelven a decaer desde las edades medias de la vida adulta hasta la vejez. Si bien en la infancia los niveles son similares en ambos sexos, en la adolescencia emerge un “vacío” entre ellos, presentando los varones una autoestima más elevada que las mujeres. Encuentran que estas diferencias de género se producen en autoestima y no en autoconcepto, y en particular en adolescentes de 16-17 años. Examinadas las diferencias en autoestima longitudinalmente, más mujeres adolescentes que varones muestran pérdidas de autoestima encontrándose incluso un incremento en la autoestima de los varones adolescentes. Cuando se ha comparado la autoestima global con la autoestima para áreas específicas, las diferencias de género tienden a ser superiores en ciertas áreas. En concreto, la autoestima de los varones adolescentes depende más de logros personales que ellos pueden comparar con los obtenidos por sus iguales y las mujeres de estas edades se evalúan a sí mismas más en función de la aprobación de los otros significativos (65).

Los adolescentes con una autoestima inferior son a su vez más vulnerables al impacto de los acontecimientos cotidianos que los que presentan una mayor autoestima. Sin embargo, los adolescentes sufrirán más dificultades en su conducta futura cuanto más breves y rápidas sean las fluctuaciones en autoestima incluso independientemente de su nivel medio de autoestima a lo largo del tiempo (66).

La autoestima es un factor crítico que afecta al ajuste psicológico y social. Así, niveles bajos en la autoestima o autoconcepto de los jóvenes se han asociado con una serie de síntomas psicopatológicos, con reacciones de ansiedad, síntomas depresivos, desesperanza y tendencias suicidas (67).

Una autoestima o autoconcepto bajos también son frecuentes en los jóvenes que tienden a la procrastinación o demora innecesaria en la realización de tareas, en aquellos que manifiestan conductas agresivas, conductas antisociales. Se ha encontrado que los adolescentes que muestran una baja autoestima tienden también a un incremento en el consumo de alcohol. En población universitaria, se encuentra que la baja autoestima se asocia a un incremento en el consumo de alcohol y drogas. Sin embargo, muestran también en población universitaria, que la autoestima y el

consumo no se encuentra relacionados. Por otra parte, los jóvenes con baja autoestima se caracterizan también por presentar una peor salud física. (68).

Durante la infancia los niveles de autoestima son altos y disminuyen al comienzo de la adolescencia y a lo largo de ésta. Estos niveles se incrementan de nuevo desde el comienzo de la vida adulta y vuelven a decaer desde las edades medias de la vida adulta hasta la vejez. (69)

Según NevaMilicic, dimensionar la autoestima tiene que ver con valorar por separado cada ámbito que forma una persona humana: su sector físico-corporal, su parte afectiva- emocional, su fracción académica-escolar. (70)

1. **Dimensión Física:** Se refiere en ambos sexos, al hecho de sentirse atractivo físicamente. Incluye también, en los niños, el sentirse fuerte y capaz de defenderse; y en las niñas, el sentirse armoniosa y coordinada.
2. **Dimensión Social:** Incluye el sentimiento de sentirse aceptado o rechazado por los iguales y el sentimiento de pertenencia, es decir el sentirse parte de un grupo. También se relaciona con el hecho de sentirse capaz de enfrentar con éxito diferentes situaciones sociales.
3. **Dimensión Afectiva:** Se refiere a la autopercepción de características de personalidad, como sentirse: Simpático/a, estable o inestable, valiente o temeroso, tranquilo o inquieto, generoso o tacaño, equilibrado o desequilibrado.
4. **Dimensión Académica:** La autopercepción de la capacidad para enfrentar con éxito las situaciones de la vida escolar y específicamente a la capacidad de rendir bien y ajustarse a las exigencias escolares.
5. **Dimensión Ética:** Sentirse una persona buena y confiable o, por el contrario, mala y poco confiable. También incluye atributos como sentirse responsable o irresponsable, trabajador o flojo. La dimensión ética depende de la forma en que el niño interioriza los valores y las normas, y de cómo se ha sentido frente a los adultos cuando las ha transgredido o ha sido sancionado. (70)

INSTRUMENTO: ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Versión española (Martín, Núñez, Navarro y Grijalva, 2007): escala de autoreporte tipo Likert de 10 ítems, cuyos contenidos se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo. Cada ítem consta de cinco posibles respuestas. La puntuación total varía entre 10 y 50 puntos donde los puntajes mayores indican mayor autoestima. El coeficiente alfa de Cronbach obtenido en el presente estudio fue de 0.79.

1.2.7. NIVEL SOCIOECONÓMICO

Antes de abordar el tema es conveniente definir claramente que es clase social, así tenemos que “es el conjunto de personas con los mismos intereses económicos, como consecuencia de relacionarse del mismo modo con los medios de producción. En las sociedades capitalistas las dos más importantes son la burguesía y el proletariado.” El marxismo considera que las clases sociales aparecen en las sociedades con la división social del trabajo. Con la aparición de la propiedad privada la sociedad se divide en dos grandes grupos o clases: la de las personas que poseen propiedad privada, que son dueñas de los medios de producción (tierras, fábricas, etc.) y la de aquellas personas que no son dueñas de dichos medios y sólo disponen de la fuerza de su trabajo para sobrevivir (29).

El nivel o estatus socioeconómico es una medida total que combina la parte económica y sociológica de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas. Por lo tanto, al analizar el nivel socioeconómico de una familia, parece existir cierto consenso en torno a la idea de que el estatus socioeconómico de las familias incluye tres aspectos básicos: ingresos económicos, nivel educativo y ocupación de los padres como lo mencionan Gottfried, 1985 y Hauser, 1994 (71)

NIVELES SOCIOECONÓMICOS: Según APEIM

- **NIVEL ALTO**
- **NIVEL MEDIO**
- **NIVEL BAJO SUPERIOR**
- **NIVEL BAJO INFERIOR**
- **NIVEL MARGINAL**

El nivel socioeconómico es una variable teóricamente controvertida, no definida oficialmente, no observable directamente y con una evidente influencia en las condiciones de comportamiento de la población. Es posible identificar, clasificar, definir y cuantificar la estratificación en base a 4 indicadores: 1) Económicos, siendo su valor expresado directamente en términos económicos (ingresos/ bienes), 2) Sociales, representados por los bienes/atributos cuyo valor se expresa en sinónimo de status (Educación/Vivienda), 3) De Flujo, refiriéndose a un flujo de valor que representa la situación actual del individuo (Ingreso, Ocupación, Bienes) y 4) De Stock que refleja el patrimonio acumulado por el individuo (Educación/Vivienda) (43).

Cabe resaltar, las definiciones de las dimensiones y variables sobre el Nivel Socioeconómico: (71)

1. Instrucción del Jefe de Familia. Variable orientada a representar condiciones del ámbito social actual y de una situación económica precedente . Definida por APEIM como el grado de instrucción del Jefe de Familia, siendo redefinida como el nivel educativo o de estudios alcanzados por ambos padres o tutores.

2. Comodidades del hogar: Variable que representa la tenencia de Bienes (aparatos electrónicos, electrodomésticos), servicios domésticos o comunicaciones (telefonía fija, celular) propiedad de la familia, que suponen un patrimonio, un estándar de vida y muestra de status económico. Esta variable no utilizada por presentar dificultad en su recolección por los jóvenes universitarios.

3. **Características de la vivienda:** Definida por APEIM como el conjunto de materiales con que la vivienda ha sido construida (techo, paredes y piso), reflejo de la situación social y económica. Se incluyó en esta escala con algunas adaptaciones para el grupo de estudio y nuestra región, siendo utilizado el material predominante en el piso del hogar.

4. **Acceso a salud en caso de hospitalización:** Variable representativa de la situación económica actual de la familia y, en forma complementaria, muestra de la actitud social en la misma. Se incluyó sin cambios en esta nueva escala, siendo muy aceptada por los jóvenes universitarios.

5. **Ingresos económicos de la Familia:** Variable incorporada en la nueva escala, por ser un aspecto básico y eje principal de la evaluación del NSE.

6. **Hacinamiento:** variable incorporada en la nueva escala, representada por 2 sub escalas: el número de habitantes y el número de habitaciones del hogar disponibles para dormir, reflejando la situación social y económica en conjunto.

INSTRUMENTO:

En el año 2003, la Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercados (APEIM) acordaron la unificación y homogenización de la fórmula para la determinación de niveles en el Perú. Durante el 2011-2012 para la definición de la fórmula se ha trabajado con variables y datos tomados de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH0-2004) desarrollada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) todos los años en el área urbana y rural. Este es un importante esfuerzo que permite tener información de niveles socioeconómicos para todo el país y lo hace posible haciendo uso de Ítems que permiten evaluar los niveles socioeconómicos según categorías, por medio de la versión Modificada 2011 – 2012 del APEIM 2003 (45).

1.3. Hipótesis: general y específicos.

1.3.1. Hipotesis general

H_i: La migración familiar, la familia disfuncional y el bullying están asociados a la depresión en adolescentes del primer al quinto año de la I.E. Pedro Sánchez Gavidia de Huánuco 2018.

H_o: La migración familiar, la familia disfuncional y el bullying no están asociados a la depresión en adolescentes del primer al quinto año de la I.E. Pedro Sánchez Gavidia de Huánuco 2018.

Hipótesis específicas:

H_{i1}: La migración familiar está asociada a la depresión en adolescentes del primer al quinto año de la I.E. Pedro Sánchez Gavidia de Huánuco 2018.

H_{o1}: La migración familiar no está asociada a la depresión en adolescentes del primer al quinto año de la I.E. Pedro Sánchez Gavidia de Huánuco 2018.

H_{i2}: El bullying está asociado a la depresión en adolescentes del primer al quinto año de la I.E. Pedro Sánchez Gavidia de Huánuco 2018.

H_{o2}: El bullying no está asociado a la depresión en adolescentes del primer al quinto año de la I.E. Pedro Sánchez Gavidia de Huánuco 2018.

H_{i3}: La familia disfuncional está asociado a la depresión en adolescentes del primer al quinto año de la I.E. Pedro Sánchez Gavidia de Huánuco 2018.

H_{o3}: La familia disfuncional no está asociado a la depresión en adolescentes del primer al quinto año de la I.E. Pedro Sánchez Gavidia de Huánuco 2018.

1.4. Tipo de variables

1.4.1. Variable independiente

La migración familiar, la familia disfuncional y el bullying

1.4.2. Variable dependiente

Depresión en adolescentes

1.4.3. Sistema de variables: definición operacional, Dimensiones e indicadores.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍAS	INDICADOR	INDICE	FUENTE
VARIABLE DEPENDIENTE									
DEPRESIÓN	Síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas, a veces con trastornos neurovegetativos	DEPRESIÒN	CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE – CDI	Cuantitativa	Intervalo	19 puntos que indicarían síntomas depresivos claros. 12 puntos cuando el niño ya presenta problemas psicológicos y recibe atención profesional.	CDI	CUESTIONARIO	¿Estoy triste de vez en cuando? ¿Estoy triste muchas veces? ¿Estoy triste siempre?
VARIABLES INDEPENDIENTES									
MIGRACION FAMILIAR	Desplazamiento geográfico de individuos o grupos, generalmente por causas económicas o sociales.	Migración familiar	ENCUESTA	Cuantitativa	Nominal	- Migración transitoria - Migración perdurable - Migración por educación		CUESTIONARIO ENCUESTA	¿Lugar de procedencia?
BULLYING	vocablo holandés “boel” que significa acoso y traducido al español es considerado como “intimidación”	- Victimización	EL AUTOTEST CISNEROS DE ACOSO ESCOLAR	Cuantitativa	Intervalo	El índice global de acoso (M) Escala de intensidad de acoso (I)	EL AUTOTEST CISNEROS DE ACOSO ESCOLAR	CUESTIONARIO	¿Me ignoran? ¿No me dejan jugar con ellos?
FAMILIA DISFUNNCIONAL	Patrón de conductas desadaptativas e indeterminadas que presenta de manera permanente unos o varios de sus miembros familiares y que pueden generar un clima propicio para el surgimiento de patologías específicas o inespecíficas.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ADAPTACIÒN ✓ PARTICIPACIÒN ✓ RECURSOS O CAPACIDAD RESOLUTIVA ✓ AFECTIVIDAD ✓ GRADIENTE DE RECURSOS 	ESCALA DE APGAR FAMILIAR	Cuantitativa	Intervalo	- Normal: 17-20 puntos -Disfunción leve: 16-13 puntos. -Disfunción moderada: 12-10 puntos -Disfunción severa: menor o igual a 9	APGAR FAMILIAR	CUESTIONARIO	¿Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad?

VARIABLES INTERVINIENTES									
EDAD	Tiempo que ha vivido la persona desde que nació.	Edad	Edad cronológica, según figure en su DNI.	Cuantitativa discreta	Razón	Años	Fecha de nacimiento	CUESTIONARIO	DNI
GÉNERO	El sexo es un proceso de combinación de rasgos genéticos dando por resultado la especialización de organismos en variedades femenina y masculina.	Género	Corresponde al género del paciente.	Cualitativa dicotómica	Nominal	Masculino Femenino	Género	CUESTIONARIO	DNI
AUTOESTIMA	La autoestima es un conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamientos dirigidos hacia uno mismo, hacia nuestra manera de ser.	Autoestima	ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG	Cualitativa dicotómica	Nominal	Autoestima Baja Autoestima Alta	Autoestima Baja Autoestima Alta	CUESTIONARIO	Autoestima Baja Autoestima Alta
NIVEL SOCIOECÒMICO	es una medida total económica y sociológica que combina la preparación laboral de una persona, de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos, educación y empleo.	- NIVEL SOCIAL - NIVEL ECONOMICO	CUESTIONARIO DE LA APEIM	Cuantitativa	Intervalo	Alto: 22 – 25 Medio: 18 – 21 Bajo sup: 13 – 17 Bajo inf: 9 – 12 Marginal: 5 - 8	Cuestionario APEIM	CUESTIONARIO	CUESTIONARIO ¿Cuál es el grado de estudios de Padres?

1.5. Objetivos: general y específicos

1.5.1. Objetivos generales

Determinar si la migración familiar, el bullying y la familia disfuncional están asociados a la depresión en adolescentes del primero al quinto año de la I.E. Pedro Sánchez Gavidia de Huánuco 2018.

1.5.2. Objetivos específicos

-Descubrir la asociación que tiene la migración familiar sobre la depresión en adolescentes del primero al quinto año de la I.E. Pedro Sánchez Gavidia de Huánuco 2018.

-Conocer si el bullying está asociado con la depresión en adolescentes del primero al quinto año de la I.E. Pedro Sánchez Gavidia de Huánuco 2018.

- Evaluar la influencia de la familia disfuncional en adolescentes del primero al quinto año de la I.E. Pedro Sánchez Gavidia de Huánuco 2018.

- Identificar cuál de los factores (La migración familiar, bullying y la familia disfuncional) está más asociado a la depresión en adolescentes del primero al quinto año de la I.E. Pedro Sánchez Gavidia de Huánuco 2018.

1.6. Población y muestra

1.6.1. Población

La población objeto de estudio está conformado por 400 adolescentes del primero al quinto año de educación secundaria de la I.E. Pedro Sánchez Gavidia de Huánuco – 2018.

1.6.2. Tamaño de muestra.

Depresión:

Tamaños de muestra y precisión para estimación de una proporción poblacional.
(72)

Tamaño poblacional:	400
Proporción esperada:	46.000%
Nivel de confianza:	95.0%
Efecto de diseño:	1.0

Precisión (%)	Tamaño de muestra
5.000	196
6.000	160
7.000	131
8.000	109
9.000	92
10.000	78

Migracion Familiar

Tamaños de muestra y precisión para estimación de una proporción poblacional
(73)

Tamaño poblacional:	400
Proporción esperada:	38.000%
Nivel de confianza:	95.0%
Efecto de diseño:	1.0

Precisión (%)	Tamaño de muestra
5.000	191
6.000	155
7.000	127
8.000	105
9.000	88
10.000	74

Familia disfuncional

Tamaños de muestra y precisión para estimación de una proporción poblacional
(74)

Tamaño poblacional: 400
Proporción esperada: 48.000%
Nivel de confianza: 95.0%
Efecto de diseño: 1.0

Precisión (%)	Tamaño de muestra
5.000	196
6.000	160
7.000	132
8.000	109
9.000	92
10.000	78

Bullying

Tamaños de muestra y precisión para estimación de una proporción poblacional.
(75)

Tamaño poblacional: 400
Proporción esperada: 40.000%
Nivel de confianza: 95.0%
Efecto de diseño: 1.0

Precisión (%)	Tamaño de muestra
5.000	192
6.000	157
7.000	128
8.000	106
9.000	89
10.000	75

➤ **POBLACIÓN DIANA**

Todos los alumnos del primero al quinto año de educación secundaria de la I.E. PEDRO SANCHEZ GAVIDIA de la ciudad de Huánuco en el año 2018.

➤ **POBLACIÓN ACCESIBLE**

Institución educativa pública; los alumnos están registrados en el SIAGIE (Sistema de apoyo a la gestión institucional educativa), información restringida al personal administrativo, pero de ser necesario el acceso a algún tipo de información de ese sistema, se puede adquirir un permiso especial detallando los fines de la información que se recabará. En cuanto a la documentación física, se cuenta con las nóminas de matrícula, ficha única de matrícula y actas de evaluación de todos los alumnos inscritos al nivel secundario en el año lectivo 2018. Son datos confiables y a los que podemos hacerles seguimiento en todo el año lectivo.

La población estudiantil es accesible durante los horarios de receso de los días hábiles, contando con el permiso de las autoridades y de los docentes responsables de cada aula, pero sobre todo con la colaboración de los adolescentes que serán parte del estudio.

POBLACIÓN ELEGIBLE

Criterios de inclusión:

- Adolescentes varones y mujeres entre las edades de 12 a 18 años.
- Adolescentes matriculados a la Institución educativa Pedro Sánchez Gavidia al año lectivo 2018.
- Residentes de la ciudad de Huánuco.
- Voluntarios a participar en la encuesta.

Criterios de exclusión:

- Se excluirán alumnos con problemas de comprensión del idioma.
- Alumnos con deficiencias mentales que dificultaran la comprensión o respuestas del cuestionario.
- Alumnos mayores de 18 años.

MUESTREO PROBABILISTICO:

El modelo que más se ajustaría a nuestro estudio fue el *método aleatorio simple*, al contar con un listado confiable de todos los alumnos del nivel secundario de la institución educativa, inscritos en el año lectivo 2018 y corroborado en el SIAGIE.

- ✓ *Aleatorio simple*: tendremos un listado de todos los alumnos del nivel secundario, q es la población accesible y quienes son susceptibles de seleccionarse; y los podemos elegir mediante una tabla de números aleatorios.

El modelo que más se ajustaría a nuestro estudio fue el *método aleatorio simple*, al contar con un listado confiable de todos los alumnos del nivel secundario de la institución educativa, inscritos en el año lectivo 2018 y corroborado en el SIAGIE.

MUESTREO SIMPLE ALEATORIO

Tamaño poblacional:	400
Proporción esperada:	46.000%
Nivel de confianza:	95.0%
Efecto de diseño:	1.0

Tamaño poblacional: 400
 Tamaño de muestra: 196
 Número de los sujetos seleccionados

4	6	8	10	12	21	22
23	24	26	27	29	30	33
35	37	39	40	44	46	48
49	50	51	53	54	56	59
61	63	65	66	67	69	70
71	72	73	75	77	79	80
85	89	93	94	95	96	103
104	108	110	112	113	114	118
120	124	125	127	128	129	131
132	133	135	136	141	143	145
146	147	148	153	157	161	162
164	165	166	169	170	174	175
182	183	187	188	190	191	192
194	195	196	197	199	200	201
204	205	206	212	213	215	220
222	223	225	226	228	230	231
234	237	238	239	241	246	248
249	251	254	260	263	267	270
271	273	274	275	278	279	281
282	284	285	289	292	293	294
295	296	297	299	301	302	303
304	305	307	308	309	311	315
316	319	320	322	323	325	326
329	330	331	332	336	338	347
348	349	350	352	353	354	357
359	362	363	364	365	367	368
369	372	374	376	380	381	382
383	384	385	390	395	399	400

CAPITULO II

2. MARCO METODOLÓGICO

2.1. Nivel y tipo de investigación.

2.1.1. Nivel de investigación

Nuestra investigación tiene un Nivel III, o también conocido como un nivel correlación. (76)

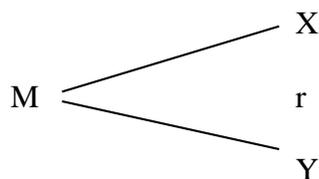
2.1.2. Tipo de investigación

La presente clasificación lo brinda el doctor y director actual de la escuela de Post Grado de la UNHEVAL Abner Fonseca Livias, en su libro titulado “investigación científica en salud con enfoque cuantitativo”: (77)

Según la intervención del investigador el estudio es **observacional**. Según la planificación de la medición de la variable de estudio es **prospectiva**. Según el número de mediciones de la variable de estudio es **transversal**. Según la cantidad de variable a estudiar el estudio es **analítico**.

2.2. Diseño de la investigación

Para efecto de la investigación se consideró el diseño descriptivo relacional: (78)



Dónde:

M = Población Muestral

X = La migración familiar, el Bullying y la familia disfuncional

y = Depresión en adolescentes

r = La relación

2.3. Técnicas de recolección y tratamiento de datos

2.3.1. Fuentes, técnicas y procesamiento de recolección de datos

La fuente es primaria por lo que se utilizó un cuestionario.

La recolección de la información estuvo a cargo de los investigadores quienes guiaron, supervisaron y resolvieron las dudas y problemas en el momento de la recolección de datos.

2.3.2. Procesamiento, Análisis Y Presentación de Datos

2.3.2.1. Revisión De Datos

Una vez que se llevó a cabo la recolección de datos, se procedió a revisar cuidadosamente cada uno de los cuestionarios con el propósito de verificar que todas las preguntas hayan sido contestadas de acuerdo a las instrucciones.

2.3.2.2. Procesamiento De Datos

Se utilizó el software estadístico SPSS.V24, apoyado con el programa Microsoft Excel 2017.

2.3.2.3. Plan De Análisis De Datos

La información se registró en un formato de captura (encuesta – ficha de recolección de datos) posteriormente se almacenó en una base de

datos (Microsoft Excel). Se utilizó el software SPSS.V25 apoyado con el Microsoft Excel. Se calcularon las medidas de tendencia central (media en las variables cuantitativas), comparando las variables principales y considerando las diversas variables secundarias. Se tomó en cuenta un valor de $p < 0.05$, como nivel de significancia estadística y un intervalo de confianza del 95%.

Se utilizó para hallar significancia estadística entre variables, la prueba de Chi 2.

2.3.2.4. Presentación De Datos

Se utilizaron tablas para representar los datos contenidos en los cuadros correspondientes.

2.3.2.5. Validación de instrumentos.

a) Validez y confiabilidad de datos

Se realizaron los siguientes procedimientos de validez y confiabilidad.

Validez de respuesta (piloto): Se aplicó una muestra piloto al 10% de la muestra con la finalidad de añadir algunas dimensiones o corregir en el instrumento.

Validez estadística: Se realizó el análisis estadístico, y la validez por el Alfa de Crombach que dió como resultado 0.85, siendo un instrumento confiable.

Validez por jueces: La confiabilidad se evaluó sometiendo el cuestionario a juicio de 5 expertos quienes evaluaron de manera

independiente la claridad, objetividad, actualización, organización, suficiencia, intencionalidad, consistencia, coherencia, metodología y pertinencia de las 30 preguntas, cuyo informe final fue el siguiente:

Expertos	Puntaje de Valoración
Med.Moro Morey,Luis Felipe	85%
Med. Céspedes Urrutia,Blanca	83.50%
Psic.Puente Farje,Jhovana	94%
Med. Segama Fabian, Rolando	82%
Psic.Jesús Torroco,Jann	80%
Promedio de Valoración	85%

1. Cada experto recibió una determinada información escrita acerca del propósito del estudio, objetivos, hipótesis, operacionalización de las variables, entre otros.
2. Cada experto recibió cuatro fichas, las cuales incluirán, hoja de instrucciones para la evaluación por jueces, hojas de respuesta de la validación por jueces, juicio de expertos sobre la pertinencia del instrumento de la escala propuesta y una constancia de validación junto con un oficio.
3. Se recogió la opinión de los expertos y se tomaran las suficientes decisiones: los ítems donde existieron observación o recomendaciones, serán modificados, replanteados y nuevamente validados, de acuerdo con la opinión de los expertos.

Confiabilidad de los instrumentos de recolección de datos:

Para estimar la confiabilidad de los instrumentos inferenciales del estudio, se realizó por conveniencia realizar la validez de consistencia interna para el cual emplearemos el KR 20 ya que conllevará respuesta de tipo dicotómica.

Consideraciones éticas

Para fines de la investigación se consideraron los principios éticos en materia de investigación, y serán las siguientes.

- **Beneficencia**, se respetó este principio, por que contara con soporte profesional para controlar las emociones y sensibilidad.
- **No maleficencia**, se respetó este principio, porque no podrá en riesgo la dignidad, ni los derechos y bienestar de los participantes, ya que la información será de carácter confidencial.
- **Autonomía**, se respetó este principio, ya se les explicara que podrían retirarse de la investigación en el momento que lo desearan.
- **Justicia**, este principio se respetó, ya que se aplicara el consentimiento informado de carácter escrito y se solicitara en el momento de abordar al participante en estudio.

CAPITULO III

3. PRESENTACION DE RESULTADOS

3.1.Resultados descriptivos

Tabla 1. Características demográficas / epidemiológicas / sociodemográficas de los adolescentes del nivel secundario de la I.E. Pedro Sánchez Gavidia.

Característica / Variable	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Femenino	90	54,50
Masculino	75	45,50
Edad (X + DS)	14,53 / 1,74	
PROCEDENCIA		
Migrante	43	26,10
No migrante	122	73,90
GRADO		
Primero	33	20,00
Segundo	34	20,60
Tercero	35	21,20
Cuarto	30	18,20
Quinto	33	20,00
NSE		
Nivel Socioeconómico Bajo	133	80,60
Nivel Socioeconómico Alto	32	19,40

Fuente: Instrumentos de recolección de datos

Tabla 2. Características clínicas de los adolescentes del nivel secundario de la I.E. Pedro Sánchez Gavidia.

Característica / Variable	Frecuencia	Porcentaje
DEPRESIÓN		
Presente	27	16,40
Ausente	138	83,60
BULLYING		
Presente	79	47,90
Ausente	86	52,10
DISFUNCION FAMILIAR		
No Disfuncional	129	78,20
Disfuncional	36	21,80
AUTOESTIMA		
A. Baja	65	39,40
A. Alta	100	60,60

Fuente: Instrumentos de recolección de datos

3.2.Resultados inferenciales

Tabla 3. Análisis inferencial bivariado de los factores asociados a la depresión en los adolescentes del nivel secundario de la I.E. Pedro Sánchez Gavidia.

Característica / Variable	DEPRESIÓN				p	RP	IC 95% OR / RR / RP		
	PRESENTE (0)		AUSENTE (1)				Inf.	;	Sup.
	Número	%	Número	%					
BULLYING									
Presente	20	74,10	7	25,90	0,003^a	3,19	1,52	9,64	
Ausente	59	42,80	79	57,20					
PROCEDENCIA									
No Migrante	18	66,70	104	75,40	0,347 ^a	2,00	0,27	1,59	
Migrante	9	33,30	34	24,60					
AUTOESTIMA									
Autoestima Baja	20	30,80	45	69,20	0,000^a	4,40	1,97	9,80	
Autoestima Alta	7	7,00	93	93,00					
DISFUNCIÓN FAMILIAR									
Disfuncional	8	22,20	28	77,80	0,311 ^a	1,50	0,72	3,16	
No Disfuncional	19	14,70	110	85,30					
NSE									
Nivel Socioeconómico bajo	23	17,30	110	82,70	0,605 ^a	1,40	0,51	3,72	
Nivel Socioeconómico alto	4	12,50	28	87,50					
GÉNERO									
Femenino	17	18,90	73	81,10	0,401 ^a	1,40	0,65	3,54	
Masculino	10	13,30	65	86,70					

a: Prueba de Chi cuadrado

Fuente: Instrumentos de recolección de datos

Resultados:

- ✓ De los 165 estudiantes adolescentes, el 54,50% (90) eran de sexo femenino, la media de las edades fue 14,53 años. Los encuestados pertenecían a un colegio público mixto, siendo el 73,90% (122) residentes de Huánuco, el 26,10% (43) provenían de otras regiones y el 80,60% (133) tenían un nivel socioeconómico bajo (Tabla 1).
- ✓ El 16,40% (27) tenían sintomatología depresiva, además, el 47,90% (79) había sufrido algún tipo de bullying, el 21,80% (36) de los adolescentes presentaban disfuncionalidad familiar y el 39,40% (65) presentaban una baja autoestima (Tabla 2).
- ✓ Al realizar el análisis bivariado, se obtuvo que la depresión estuvo asociada a el bullying (0,003) y al autoestima (0,000); no se encontró asociación entre depresión, lugar de procedencia, disfunción familiar, nivel socioeconómico ni género (tabla 3).

CAPITULO IV

4. DISCUSION

Los trastornos mentales, en el transcurso de las últimas décadas, conforme al avance de la ciencia, tecnología y estilos de vida, fueron progresivamente aumentando en frecuencia, dentro de las principales patologías se encuentran los trastornos ansiosos-depresivos y como factores involucrados para incremento del riesgo de depresión, están los del tipo personal, social y familiar, entre otros. Durante la adolescencia el ser humano como parte de su desarrollo biopsicosocial presenta un fortalecimiento de su estabilidad emocional siendo importante los factores que intervienen en este proceso, siendo así que, las familias que son funcionales proporcionan un ambiente emocional afectivo positivo, lo que incrementa la capacidad para afrontar los problemas, conflictos y la crisis, por otra parte el Bullying afecta negativamente al adolescente, haciendo que se sienta desmoralizado y tenga baja autoestima hasta llegar a desertar del periodo escolar, alternado su estabilidad emocional.

La Institución educativa Colegio Pedro Sanchez Gavidia se localiza en el poblado Huánuco, provincia de Huánuco, tal institución corresponde a la UGEL HUÁNUCO la que supervisa el servicio educativo, y esta última pertenece a la Dirección regional de educación DRE HUANUCO. (79)

La relación entre depresión y migración familia no alcanzó significancia estadística. Guzmán y cols en su estudio, encontró que los niños con familiares migrantes presentaron mayor desarrollo de sus recursos afectivos, debido a que les fue más fácil hablar de sus emociones y sentimientos ante la migración de algún familiar (80). No obstante, la mayoría de estudios como Amavizca refiere que cuando la familia no está completa (por la migración principalmente) son inseguros y presentan calificaciones bajas, se sienten solos, por lo que hay sentimientos de abandono (81); así mismo, en Bolivia, Valencia en su estudio sobre efectos de la migración rural-urbana dice que los jóvenes que recibieron educación básica decente tiene por objetivo migrar a la ciudad mayor para mejorar su educación pero a menudo no se

encuentran bien preparados para la transición de un estilo de vida rural a uno urbano (82). Mora en su tesis (2016) no encontró asociación estadística entre tiempo de emigración de los padres asociados a depresión, consumo de alcohol y abandono de los estudios; la emigración es un factor que elevó las conductas de riesgo entre los adolescentes (83); existen textos que afianzan nuestro resultado, donde no existe asociación significativa entre depresión y migración familiar. La relación entre depresión y disfunción familiar tampoco resultó significativa. Loján en su tesis demostró la ausencia de asociación entre nivel de funcionalidad familiar y depresión en adolescentes ecuatorianos (84)

De forma concordante, la investigación de Saavedra no halló relación entre funcionalidad familiar y grado de depresión en adultos mayores de Tamaulipas, México (85), sin embargo, la mayoría de los estudios como Rawatlal en su estudio encontraron que la comunicación familiar, cohesión y el apoyo predicen una relación de apego entre padres y adolescentes reduciendo el riesgo de síntomas depresivos (86), Cristobal en Huánuco, afirma que el adolescente con conflictos familiares está más propenso a presentar síntomas depresivos y que los evaluados que presenta una mejor funcionalidad familiar tienden a mostrar menor grado de depresión (9); en esta investigación no existe asociación entre depresión y familia disfuncional en los adolescentes evaluados.

Mientras que entre bullying y depresión en adolescentes se encontró relación significativa; de igual manera Betancourt y cols señalan que se encontró una relación significativa entre la sintomatología depresiva y el bullying con bajo rendimiento académico, así mismo en un estudio realizado en nuestro país, en Piura, obtuvo una asociación significativa el tener un puntaje del tercio superior para bullying incrementó la frecuencia de riesgo suicida (87). En Ecuador, ante la presencia de signos como distimia, ansiedad, depresión, bajo rendimiento académico, fracaso escolar, ausentismo escolar y autoestima negativa en un adolescente, se debería sospechar en bullying (88). Sin embargo, en Huánuco, Bustillos no encontró relación significativa con el bullying (89); posiblemente, estas diferencias se deban a los diversos criterios psicométricos adoptados para determinar la presencia de bullying.

Otras publicaciones como la de Robalino en su estudio, reporta un nivel acumulado de bullying en edad escolar es mínimo y menor al reportado por otros países sudamericanos (90), encontrándose significancia entre depresión y bullying en los adolescentes.

Dentro de las variables intervinientes como la autoestima, se encontró relación significativa con la depresión; así en Colombia, se encontró asociación entre la depresión y la baja autoestima como también relación entre la ideación suicida y baja autoestima (91), así como en Croacia encontrándose estadística significativa entre la baja autoestima y la depresión siendo mayor en las niñas que en los niños (92). Un estudio en Argentina sobre el Bullying y autoestima expuso un mayor nivel de victimización recibida por parte de los adolescentes, cuando menor es el nivel de autoestima de los mismos, sin embargo, existen diferencias como las que se encontraron en España donde una carencia de retroalimentación afectiva positiva y un exceso de retroalimentación negativa, lo que resulta perjudicial para su autoestima (93), sin embargo, Pinheiro destaca que la autoestima se encuentra negativamente correlacionada con la sintomatología depresiva. (94)

CONCLUSIÓN

- ✓ El bullying está asociado a la depresión en adolescentes del primer al quinto año de la I.E. Pedro Sánchez Gavidia de Huánuco 2018.
- ✓ El autoestima está asociada a la depresión en adolescentes del primer al quinto año de la I.E. Pedro Sánchez Gavidia de Huánuco 2018.
- ✓ Al realizar el análisis bivariado, se obtuvo que la depresión estuvo asociada a el bullying (0,003) y a la autoestima (0,000); no se encontró asociación entre depresión, lugar de procedencia, disfunción familiar, nivel socioeconómico ni género

RECOMENDACIONES

- ✓ Fomentar la realización de estudios utilizando otros instrumentos de evaluación que permitan establecer estadísticamente la correlación de bullying y depresión en los adolescentes. Además de realizar estudios en diferente población, incluyendo adolescentes que realicen sus estudios en colegios privados o que la muestra incluya diversos distritos de nuestra ciudad, que nos permita tener valores que se puedan extrapolar.
- ✓ Profundizar la investigación realizada para verificar si existe similitud de resultados en referencia a las variables Familias Disfuncionales y migración familiar como factores asociados a la depresión.
- ✓ A la institución educativa, se recomienda realizar talleres para padres e hijos en los cuales se concientice acerca de la importancia del rol de la familia y su influencia en las emociones de los adolescentes para fortalecer su relación dentro del entorno familiar y a la vez reforzar y mejorar la percepción individual del adolescente; y mediante esto, prevenir la depresión en esta población susceptible, a su vez, se recomienda realizar constantemente campañas contra el bullying y fomentar su denuncia en los canales de prevención establecidos por el MINEDU.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vázquez A. Depresión. Diferencias de género. *Multimed*; 2013. Vol 17(3).193-217.
2. Rivera M, Martínez L, Obregón N. Factores asociados con la sintomatología depresiva en adolescentes michoacanos. El papel de la migración familiar y los recursos individuales, familiares y sociales. *Rev. Salud Mental*. 2013.vol 36.
3. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. Publicado por: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2014. 35..
4. Benavides JA, Labachuco A, López N, Salazar J.. Prevalencia de depresión en estudiantes con bullying de una institución educativa distrital de Bogotá. *Rev.salud.hist.sanid.on-line* 2015;10(2):23-33..
5. Chau C, Vilela P. Determinantes de la salud mental en estudiantes universitarios de Lima y Huánuco. Perú. PUPC. *Revista de Psicología* Vol. 35 (2), 2017 pag: 387-422.
6. Torrel M, Delgado M. Funcionamiento familiar y depresión en adolescentes de la I.E. Zarumilla - Tumbes, 2013.Tumbes. revista *Ciencia y Desarrollo*. vol 17 (1). Pag: 47-54.
7. González C, Hermosillo A, Vacio M, Peralta R, Wagner F. Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. *Revista: Medica Hospital Infantil de México*. 2015; vol 72(2) pag:149-155.
8. Horacio H, Tovar H, Valverde J. Prevalencia y factores asociados con el episodio depresivo en adolescentes de Lima Metropolitana y Callao. Perú. *Revista Peruana de Epidemiología*, vol. 14, núm. 2, agosto, 2010, pp. 91-98.
9. Cristobal E. Funcionamiento familiar y la depresion en estudiantes de la institución educativa heroes de Jactay, Huánuco – 2016[Tesis]. Huánuco. Universidad Nacional Hermilio Valdizan. Escuela de Post grado, mención en psicología; 2017.
10. Yanhui W. La disfunción familiar y ansiedad y depresión en adolescentes. *Journal of Applied Developmental Psychology*. 2020 enero; 66(1): p. 1-5.

11. Zhao Y. La relación interpersonal y resiliencia para el bullying y la depresión en adolescentes. *Personality and Individual Differences*. 2020 febrero; 1(1): p. 3.
12. Herrera S. Barreto M. La depresión, la baja autoestima y consumo de alcohol en adolescentes, hijos de padres migrantes y no migrantes de la Unidad Educativa Juan Bautista Vásquez. 2019. Tesis para optar el grado de psicóloga clínica. Universidad del Azuay.
13. Jaramillo M. Experiencias de vida de niños, niñas y adolescentes migrantes venezolanos de 10 a 17 años de edad con trastorno de depresión y ansiedad de la Fundación Chamos Venezolanos. 2019. Tesis para optar el grado de pediatra. PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR.
14. Ramírez C. Estructura y funcionalidad familiar de adolescentes con trastornos de ansiedad y depresión en el SSU. (Tesis). 2016. Cochabamba, Universidad Mayor de San Ramón Bolivia: 2016.
15. Alomaliza C. Disfuncionalidad familiar y depresión en adolescentes de octavo a décimo año de la unidad educativa Picaihua del Cantón Ambato”. Tesis para optar por el Título de Psicóloga Clínica. Ambato Ecuador 2016.
16. Anticono A. La disfunción Familiar y Bullying relacionados con depresión en adolescentes. Colegio Túpac Amaru II de Florencia de Mora. 2019. Tesis para optar el grado de médico cirujano. Universidad Cesar Vallejo.
17. Effio A. Disfunción familiar como factor asociado a depresión en alumnos de Secundaria del Colegio Pablo María Guzmán – Surco. 2019. Tesis para optar el grado de cirujano médico. Universidad Ricardo Palma.
18. Mucha F. Relación del funcionamiento familiar y la depresión en estudiantes del Centro de Educación Básica Alternativa Ciro Alegría Huamanga. 2019. Tesis para optar el grado de médico cirujano. Universidad San Crsitobal de Huamanga.
19. Sandoval R, Vilela M, Mejia C, Caballero J. Riesgo suicida asociado a bullying y depresión en escolares de secundaria. Chile. *Rev Chil Pediatr*. 2018;89(2):208-215.
20. Mamani B, Quispe C. Depresión y disfunción familiar en estudiantes del cuarto año de secundaria de la Institución Educativa Secundaria Industrial Perú

- Birf, Juliaca – 2015 [Tesis]. Juliaca: Universidad Peruana Unión. Facultad de ciencias de la salud. 2017.
21. Ponce F. Depresión, ansiedad, y autoeficacia en alumnos de colegios estatales en Huánuco [Tesis]. Lima. Universidad San Ignacio de Loyola. Facultad de Humanidades; carrera de psicología; 2017.
 22. Canal F. La familia influye en la conducta de los adolescentes de 4to y 5to año de secundaria de la I.E. “JUAN VELASCO ALVARADO” del distrito de Pillco Marca, Huánuco 2015. [Tesis]. Huánuco. Universidad Alas Peruanas. Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud; Escuela académico profesional de Enfermería;2017.
 23. Solano Y. Clima social familiar y depresión en las adolescentes del quinto grado de secundaria de la institución educativa Argentina 2015 [Tesis]. Huánuco. Universidad Nacional Hermilio Valdizán. Escuela de Post grado, mención en Psicología; 2015.
 24. Cárdenas M, Arnold K. Asociación entre disfuncionalidad familiar y depresión posparto en puérperas del Centro de Atención Primaria III Luis Negreiros Vega en enero 2017 [Internet]. [Lima]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2017. Tesis para optar el grado de médico cirujano.
 25. Pichot P, Lopez J, Valdes M. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (4a Edición) Breviario: Criterios diagnósticos. Barcelona: Masson; 2002; pp. 323–352.
 26. Veytia López, M, González Arratia López Fuentes, NI, Andrade Palos, P, Oudhof, H.. Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. Salud Mental [Internet]. 2012;35(1):37-43.
 27. Condori E, Medina C. Prevalencia y factores que influyen en la depresión post parto, en primíparas y multíparas atendidas en el hospital regional honorio delgado espinoza de arequipa, en enero y febrero de 2013. 2014. Tesis para optar el grado de médico cirujano. Universidad Católica.
 28. Fernandez F. La depresión y su diagnóstico. España, Barcelona: Labor, D.L. 1988.

29. Ramirez R. Adaptación del inventario de Depresión infantil de Kovacs en escolares de la ciudad de Cajamarca [Tesis]. LIMA.PUCP. Facultad de letras y ciencias Humanas: especialidad de psicología.2009.
30. World health organization. the icd-10 classification of mental and behavioral disorders: clinical descriptions and diagnosis guidelines. ginebra; 1992.
31. Vázquez-Machado A. Depresión. Diferencias de género Depression. Gender differences. MULTIMED Granma [revista en Internet]. 2016, 17(3): Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/319>.
32. Loor N. Prevalencia y factores de riesgo de la evaluación precoz de la depresión postparto por medio del Test de Edinburg en el Hospital de Especialidades Mariana de Jesús en el periodo del 1 Marzo al 15 Abril del 2016. 2016. [Tesis de fin de grado] Guayaquil, Ecuador.
33. López Ruiz D.. Factores que determinan la depresión en la adolescencia durante la etapa escolar [Tesis]. Venezuela. Facultad de Ciencias Naturales.2016.
34. Falcon Pezo M,. Relación entre el nivel socioeconómico y depresión en adolescentes de los colegios de Huaral 2015. [Tesis]. Huánuco. Universidad Nacional Hermilio Valdizán. Escuela de Post grado, mención en Psicología; 2015.
35. Bustis V, Galvis E, Rojas S. Instrumentos de tamizaje de depresión para niños, adolescentes y adultos, revisión narrativa de la literatura-2015 [Tesis]. Colombia. pontificia Universidad Javeriana. Facultad de enfermería, departamento de Enfermeria.
36. Rojtenberg S. Depresiones, bases clínicas, dinámicas, neurocientíficas y terapéuticas. Primera ed. Buenos Aires: Edit. Polemos; 2006.
37. Kaplan C. Manual y diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV. primera ed. Buenos Aires: Panamericana; 2000.
38. López J. Valdes M. DSM IV Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Primera ed. Madrid: Edit. Masson; 2005.
39. MINSA. Resolución Ministerial N° 538-2009/ MINSA del 14 de agosto del 2009. [Online].; 2009 [cited 2015 Setiembre 23. Available from:

file:///C:/Users/usuario/Downloads/rm538-NL-RM-210110%20(1).pdf.

40. Goldenring J. Depresión en adolescentes. Enciclopedia médica en español. [Online].; 2013 [cited 2015 setiembre 16. Available from: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001518.htm>.
41. Bhatia Sh. & Bhatia S. Childhood and adolescente depression. American Family. [Online].; 2005 [cited 2007 abril 17. Available from: <http://www.monografias.com/trabajos48/la-depresion-tipos/la-depresion-tipos2.shtml#ixzz3rD548iPV>.
42. Rivero C. Un enfoque sobre la depresión en adolescencia. geosalud. [Online].; 2007 [cited 2015 octubre 5. Available from: <http://www.monografias.com/trabajos48/la-depresion-tipos/la-depresion-tipos2.shtml#ixzz3rD5ywQt7>.
43. Davis S. Depression in children and adolescents. Rev. The Journal of School Nursing. 2005 abril; 21(6).
44. Santrock J. Psicología del desarrollo en adolescencia. Novena ed. Madrid-España: McGraw Hill; 2004.
45. León.M.. Adaptación del inventario de depresión infantil de Kovacs en escolares de la UGEL 02 de Lima Metropolitana. Revista PsiqueMag. 2013..
46. Cano J. Adaptación del inventario de depresión infantil de kovacs en escolares de la UGEL 02 de Lima Metropolitana. Minds. 2013 Agosto; 1(1): p. 27-44.
47. Latorre JF, Contreras LM, Herrán-Falla OF. Depresión posparto en una ciudad colombiana. Atención Primaria. 20006 Junio; 37(6): p. 332-8.
48. Simbaña JM, Tatamues O. Protocolo de actuación ante la depresion posparto en madres de recién nacidos hospitalizados. Hospital de Tulcan. Durante el periodo agosto a octubre 2016. 2017. [Tesis Doctoral]. [Quito, Ecuador]: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

49. Molero KL, Urdaneta Machado JR, V C, Baabel Zambrano N, Contreras Benítez A, Azuaje Quiroz E, et al. Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2014 junio; 79(4): p. 294-304.
50. Altamirano J, Abad A, Arias J,. Prevalencia de la dsifuncionalidad familiar y factores asociados en pacientes del CEDIUC, Cuenca 2013 [Tesis]. Ecuador. Universidad de cuenca, facultad de ciencias médicas, escuela de Medicina.
51. Pérez Lo Presti, Alirio, Reinoza Dugarte, Marianela. El educador y la familia disfuncional. *Educere [en línea]* 2011, 15 (Septiembre-Diciembre): [Fecha de consulta: 10 de mayo de 2018].
52. Naranjo M, Nauta L, Nauta M. prevalencia y consecuencia de la disfuncionalidad familiar en el rendimiento académico de los estudiantes de séptimo a décimo año de la unidad educativa Estados Unidos, Cuenca 2014[Tesis]. Ecuador. 2014. Universidad de Cuenca.
53. Córdova M. Funcionalidad familiar asociada a depresión en los adolescentes del Colegio Nacional Mixto 8 de diciembre de la parroquia san Pedro de la Bendita.. 2016. [Tesis de fin de grado]. Universidad Nacional de Loja Facultad Medicina Humana.
54. Zumba D. Disfuncionalidad familiar como factor determinante de las habilidades sociales en adolescentes de la fundación proyecto don bosco” [Tesis]. Ecuador. 2017. Pontificia universidad católica el Ecuador sede Ambato. Escuela de Psicología.
55. Arenas Ayllón S. Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes [Tesis]. Perú. Universidad nacional mayor de San Marcos, facultad de psicología.2009.
56. Ortiz RA, Gallego Betancourt CX, Buitron EL, Meneses YD, Muñoz Fernandez NF. Prevalencia de tamiz positivo para Depresión Postparto en un Hospital de tercer nivel y posibles factores asociados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2016 Mayo; 45(4): p. 253-61.

57. Suarez M. Apgar Familiar: Una Herramienta para detectar Disfunción Familiar. *Revista Médica La Paz*. 2014 Julio; 20(1): p. 54-56.
58. Morla Boloña, R; Saad J, E; Saad de Janon, E, Sadd J.. Depresión en adolescentes y desestructuración familiar en la ciudad de Guayaquil, Ecuador *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. XXXV, núm. 2, abril-junio, 2006, pp. 149-166.
59. Valencia Flores E. Efectos de la migración (rural-urbana). Caso: educación trabajo. Bolivia. 2009..
60. Martínez Alvarado J. Construcción y validación de un cuestionario para medir el bullying entre iguales en los deportes de equipo. Universidad de las Palmas de gran Canaria. Facultad de psicología. 2016..
61. Calleja, N. Bullying y Tabaco: ¿Se Encuentran Asociados? *Acta de Investigación Psicológica - Psychological Research Records* [Internet]. 2016;6(1):2350-2367. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358945983010>..
62. Ucañán Robles J, Propiedades psicométricas del autotest Cisneros de acoso escolar en adolescentes del valle Chicama. Universidad Cesar Vallejo, Trujillo; 2014, facultad de psicología, pag; 60-65.
63. Vicente Bonet J. Sé amigo de ti mismo: manual de autoestima. 1997. Ed. Sal Terrae. Maliaño (Cantabria, España). ISBN 978-84-293-1133-4.
64. Savin R, Jaquish G. The assessment of adolescent self-esteem: A comparison of methods. *Journal of Personality*. 1981 mayo; 49(1): p. 324-336.
65. Block J, Robins R. A longitudinal study of consistency and change in self-esteem from early adolescence to early adulthood. *Child Development*. 1993 abril; 64(1): p. 909-923.
66. Hirsch B, DuBois D. Self-esteem in early adolescence: The identification and prediction of contrasting longitudinal trajectories. 1991. *Journal of Youth and Adolescence*.20, 53-72.

67. Crocker J, Brook A, Niiya Villacorta M. The Pursuit of Self-esteem: Contingencies of self-worth and self-regulation. *Journal of Personality*. 2006 mayo; 74(1): p. 1749-1771.
68. Ferrari J, Díaz J. Perceptions of self-concept and self-presentation by procrastinators: further evidence. *The Spanish Journal of Psychology*. 2007 junio; 10(1): p. 91-96.
69. Rodríguez Naranjo CCGA. Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 2012;12(3):389-403...
70. Sparisci M. Representación del autoestima y la personalidad. 2013.
71. Vera-Romero O, Vera-Romero F.. Evaluación del nivel socioeconómico: presentación de una escala adaptada en una población de Lambayeque. Perú. *Rev. Cuerpo Med. HNAAA*, [S.l.], v. 6, n. 1, p. 41-45, ago. 2015. ISSN 2227-4731...
72. Castro V.. Depresión y agresividad en escolares del nivel secundario de una Institución Educativa Nacional de la ciudad de Chimbote. Tesis para optar el grado de psicólogo. Universidad Cesar Vallejo. 2017.
73. Rivera ME. Factores asociados con la sintomatología depresiva en adolescentes michoacanos. El papel de la migración familiar y los recursos individuales, familiares y sociales. *Salud Mental* 2013;36:115-122..
74. Banda N. Depresión asociada a la disfunción familiar en los estudiantes de octavo y noveno año de educación básica sección matutina del colegio Adolfo Valarezo de la ciudad de Loja". en el período junio-noviembre de 2014. Tesis para optar el título de médico cirujano. Universidad de Loja.
75. Iglesias Y.. Prevalencia de bullying en adolescentes asociado a depresión en una institución de Cartagena, 2018..
76. Supo J. Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud. *Salud en Tabasco*. 2012 junio; 11(1).
77. Fonseca Livias A. investigación científica en salud con enfoque cuantitativo. 1st ed. Unheval , editor. Huanuco: Unheval; 2012.

78. Gómez M. Bases para la revisión crítica de artículos médicos. *Rev Mex Pediatr.* 2002 junio; 68(4): p. 152-159.
79. Ministerio de educación.. MINEDU. [Online].; 2019 [cited 2020 Febrero 12. Available from: <http://www.minedu.gob.pe/normatividad/resoluciones.php>.
80. Guzmán KY, González BS, Rivera ME.. Recursos psicológicos y percepción de la migración en menores con familiares migrantes. *Rev Latinoam Cienc Soc Niñez Juv* 13 (2): 701-714, 2015..
81. Amavizca JR, Regalado J, Méndez JA, Álvarez F, Mendoza R.. La problemática Familiar y la migración de los Adolescentes. *Acta de investigación psicológica*, 6(1), 2249-2261.
82. Valencia E.. Efectos de la migración (rural-urbana). Caso: educación trabajo. *Rev Cient Cepies investigativa.* 1(1);143-153.
83. Mora C.. Relación entre migración de progenitores y conductas de riesgo en adolescentes, comunidad El Salto, mayo 2015-mayo 2016. [tesis para especialidad]. Ecuador. 2016. Repositorio de la universidad Azuay:1-50.
84. Lojan M. Funcionalidad familiar asociada a depresión en los adolescentes del colegio nacional mixto 8 de diciembre de la parroquia San Pedro DE LABendita – LOJA. ABRIL– AGOSTO2015. 2016. Repositorio de la universidad nacional de Loja área de salud humana. [tesis para título profesional] 2016:1-86.
85. Saavedra AG, García Á.. Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, México. *Aten Fam.* 2016; 23(1): 24-28..
86. Rawatlal N, Kliwer W, Pillay B.. Adolescent attachment, family functioning and depressive symptoms. *South African Journal of Psychiatry*, 21(3), 80..
87. Sandoval R, Vilela M, Mejia C, Caballero J. Riesgo suicida asociado a bullyingy depresión en escolares de secundaria. Chile. *Rev Chil Pediatr.* 2018;89(2):208-215..
88. Paredes P.. Bullying entre adolescentes, una realidad ignorada. Ecuador. *Revista científica INSPILIP.* 2018; 2(2): 1-15..

89. Bustillos A, Laguna E.. Depresión y factores asociados en adolescentes de un colegio de la ciudad de Huánuco, Perú. *Rev Peru Investig Salud*. 2(2):10-5..
90. Robalino G.. Factores que influyen en la prevalencia de bullying en estudiantes de los colegios rurales del CANTÓN CUENCA, AZUAY, 2014. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca*. 2015. 33(2): 37-47.
91. Ceballos GA. Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes escolares de Santa Marta. *Duazary*. 2015;12(1):15-22.
92. Tripković I, Roje R, Krnić S, Nazor M, Karin Ž, Capkun V. Depression and self-esteem in farly adolescence. *Centr Eur J Public Health*. 2015. 23:166–9.
93. Naranjo, CR, González AC. Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención. *IntJPsycholPsycholTher* 2012; 12 (3): 389-403.
94. Pinheiro, C. Relación parental, autoestima y sintomatología depresiva en jóvenes adultos. Implicaciones de los conflictos interparentales, coalición y triangulación. *UniversitasPsychologica*,13(3),15-29.
95. Salazar M JA. Niveles de intervención familiar. *Acta Med Per*. 2014 Junio; 30(1): p. 37-41.



ANEXOS



ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

**UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN
FACULTAD DE MEDICINA
E.P MEDICINA HUMANA**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

LA MIGRACIÓN FAMILIAR, LA FAMILIA DISFUNCIONAL Y EL BULLYING ESTÁN RELACIONADOS A LA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DEL PRIMER AL QUINTO AÑO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA DE LA I.E. PEDRO SÁNCHEZ GAVIDIA DE HUÁNUCO – 2018.

**INVESTIGADORES:
CALERO CARHUARICRA, CLARIZA ANTONIA
PALOMINO VÁSQUEZ, KATYRIA LESLY**

A usted se le ha solicitado participar en este estudio. Antes que decida participar usted necesita tener información para que decida su participación voluntaria en el mismo. Su decisión de participar o no en este estudio, no afectará el servicio (atención médica) que se le brinde.

PARTICIPACIÓN:

Si usted accede participar en este estudio, únicamente contestará una encuesta anónima que se le proporcionará en físico.

RIESGOS Y BENEFICIOS DEL ESTUDIO: No existen riesgos en el estudio de sufrir ningún tipo de daño físico, psicológico u otro. El beneficio es que la información será enviada al servicio de Psicología. Así mismo nos permitirá mejorar las atenciones de salud en este grupo poblacional, implementando programas de educación en salud mental dirigida al grupo de riesgo (entorno familiar) y poder prevenir posteriores depresiones post parto.

COSTO DE LA PARTICIPACION

La participación en este estudio no tiene ningún costo para usted, puesto que todos los materiales a utilizar serán brindados por parte del investigador.

CONFIDENCIALIDAD

Toda información obtenida en el estudio será completamente confidencial, solo el investigador conocerá los resultados y la información. En ninguna publicación se mencionará su nombre, pues la información que se recolecte será de forma anónima. Toda información o datos que puedan identificarla serán manejados confidencialmente asignándole un número a cada participante y este número se usará para el análisis, presentación de resultados, publicaciones, etc.

REQUISITOS DE LA PARTICIPACIÓN

Las candidatas que se incluirán en la población de estudio son adolescentes del primer al quinto año de educación secundaria de la I.E. Pedro Sánchez Gavidia de Huánuco – 2020.

DERECHO A RETIRARSE DEL ESTUDIO

Usted tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalidad o que represente alguna consecuencia negativa. También tiene derecho a no contestar alguna pregunta en particular. Su firma en este documento significa que usted ha decidido participar, después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento informado.

DECLARACIÓN VOLUNTARIA

Yo he sido informada de los objetivos del estudio, he conocido los riesgos, beneficios y la confidencialidad de la información obtenida. Entiendo que la participación del estudio es gratuita. He sido informada de la forma como se realizará el estudio y de cómo se tomará os cuestionarios.

Estoy enterada también que puedo o no participar del estudio, y estando participando puedo retirarme del estudio en el momento en el que lo considere necesario sin que esto represente alguna penalidad o consecuencia negativa.

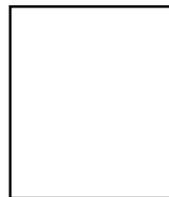
Por lo anterior acepto participar en la investigación, después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento.

Apellidos y Nombres:

..... DNI:

.....

Firma:



Huánuco,..... de.....del 2018.

DECLARACIÓN DEL ENCUESTADOR

Yo,.....con
DNI número.....

Certifico que este estudio ha sido explicado a la paciente arriba mencionada, quién ha comprendido el propósito del mismo, los posibles riesgos y beneficios y que en el momento que lo desee puede comunicarse conmigo.

FIRMA

FECHA:/...../2018.

ANEXO 2. FICHA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

EDAD:	PROCEDENCIA:
SEXO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	GRADO: ... SECCIÓN:.....

FICHA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Coloca una marca como una 'X' en los espacios que correspondan. No hay respuesta correcta ni falsa, solo trata de contestar con la mayor sinceridad, lo que es cierto para ti:

I.- NIVEL SOCIOECONÓMICO:

¿Cuál es el grado de estudios de Padres? Marque con un aspa (X); para ambos padres (M= Madre y P=Padre)

1. 1 Primaria Completa / Incompleta
2. 2 Secundaria Incompleta
3. Secundaria Completa
4. Superior No Universitario (p. ej. Instituto Superior, otros)
5. Estudios Universitarios Incompletos
6. Estudios Universitarios Completos (Bachiller, Titulado)
7. Postgrado

¿A dónde acude el Jefe de Hogar para atención médica cuando él tiene algún problema de salud?

1. 1 Posta médica / farmacia / naturista
2. 2 Hospital del Ministerio de Salud / Hospital de la Solidaridad
3. Seguro Social / Hospital FFAA / Hospital de Policía
4. Médico particular en consultorio
5. Médico particular en clínica privada

¿Cuál de las siguientes categorías se aproxima más al salario mensual de su casa?

- 2 1 Menos de 750 soles/mes aproximadamente
- 3 2 Entre 750 – 1000 soles/mes aproximadamente
- 4 3 1001 – 1500 soles/mes aproximadamente
- 3 > 1500 soles/mes aproximadamente

¿Cuántas habitaciones tienen su hogar, exclusivamente para dormir?

¿Cuántas personas viven permanentemente en el hogar? (sin incluir el servicio doméstico)

¿Cuál es el material predominante en los pisos de su vivienda?

1. 1 Tierra / Arena
2. 2 Cemento sin pulir (falso piso)
3. 3 Cemento pulido / Tapizón
4. Mayólica / loseta / cerámicos
5. Parquet / maderapulida / alfombra / mármol / terrazo

II. APGAR FAMILIAR

Función	Nunca (0 Puntos)	Casi Nunca (1 punto)	Algunas veces (2 puntos)	Casi siempre (3 puntos)	Siempre (4 puntos)
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad					
Me satisface la participación que mi familia me brinda y me permite					
Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
Me satisface cómo mi familia expresa afectos y responde a mis emociones, como rabia, tristeza, amor, etc.					
Me satisface cómo compartimos en mi familia: a) el tiempo para estar juntos b) los espacios de la casa, c) el dinero					
PUNTAJE PARCIAL					
PUNTAJE TOTAL					

III. AUTOESTIMA: ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

		A	B	C	D
1.	Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2.	Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3.	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4.	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.				
5.	En general estoy satisfecho de mí mismo/a.				
6.	Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
7.	En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8.	Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.				
9.	Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10	A veces creo que no soy buena persona.				

IV. BULLYING.

SEÑALA CON QUE FRECUENCIA SE PRODUCEN ESTOS COMPORTAMIENTOS EN EL COLEGIO		Nunca	Pocas veces	Muchas veces	A	B	C	D	E	F	G	H
		1	2	3								
1	No me hablan	1	2	3								
2	Me ignoran, me hacen el vacío	1	2	3								
3	Me ponen en ridículo ante los demás	1	2	3								
4	No me dejan hablar	1	2	3								
5	No me dejan jugar con ellos.	1	2	3								
6	Me llaman por apodo	1	2	3								
7	Me amenazan para que haga cosas que no quiero	1	2	3								
8	Me obligan a hacer cosas que es tñ mal	1	2	3								
9	Me agarran de punto	1	2	3								
10	No me dejan que participe, me excluyen	1	2	3								
11	Me obligan a hacer cosas peligrosas para mí	1	2	3								
12	Me obligan a hacer cosas que me ponen malo	1	2	3								
13	Me obligan a darles mi s cosas o dinero	1	2	3								
14	Rompen mis cosas a propósito	1	2	3								
15	Me esconden las cosas	1	2	3								
16	Roban mi s cosas	1	2	3								
17	Les dicen a otros que no estén o que no hablen conmigo	1	2	3								
18	Les prohíben a otros que jueguen conmigo	1	2	3								
19	Me insultan	1	2	3								
20	Hacen gestos de burla o desprecio hacia mí	1	2	3								
21	No me dejan que hable o me relacione con otros	1	2	3								
22	Me impiden que juegue con otros	1	2	3								
23	Me pegan lapazos , puñetazos , patadas	1	2	3								
24	Me chillan o gritan	1	2	3								
25	Me acusan de cosas que no he dicho o hecho	1	2	3								
26	Me critican por todo lo que hago	1	2	3								
27	Se ríen de mí cuando me equivoco	1	2	3								
28	Me amenazan con pegarme	1	2	3								
29	Me pegan con objetos	1	2	3								
30	Cambian el significado de lo que digo	1	2	3								
31	Se meten conmigo para hacerme llorar	1	2	3								
32	Me imitan para burlarse de mi	1	2	3								
33	Se meten conmigo por mi forma de ser	1	2	3								
34	Se meten conmigo por mi forma de hablar	1	2	3								
35	Se meten conmigo por ser diferente	1	2	3								
36	Se burlan de mi apariencia física	1	2	3								
37	Van contando por ahí mentiras acerca de mi	1	2	3								
38	Procuran que les caiga mal a otros	1	2	3								
39	Me amenazan	1	2	3								
40	Me esperan a la salida para meterse conmigo	1	2	3								
41	Me hacen gestos para darme miedo	1	2	3								
42	Me envían mensajes para amenazarme	1	2	3								
43	Me zarandean o empujan para intimidarme	1	2	3								
44	Se portan cruelmente conmigo	1	2	3								
45	Intentan que me castiguen	1	2	3								
46	Me desprecian	1	2	3								
47	Me amenazan con armas	1	2	3								
48	Amenazan con dañar a mi familia	1	2	3								
49	Intentan perjudicarme en todo	1	2	3								
50	Me odian sin razón	1	2	3								
				I=	A=	B=	C=	D=	E=	F=	G=	H=

V. CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE – CDI

Escoge en cada grupo una oración, la que mejor diga cómo te has portado, cómo te has sentido en las ÚLTIMAS DOS SEMANAS, luego coloca una marca como una 'X' en los espacios que correspondan. No hay respuesta correcta ni falsa, solo trata de contestar con la mayor sinceridad, lo que es cierto para ti.

1. <input checked="" type="checkbox"/> Estoy triste de vez en cuando. <input checked="" type="checkbox"/> Estoy triste muchas veces. <input checked="" type="checkbox"/> Estoy triste siempre	15. <input checked="" type="checkbox"/> Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes. <input checked="" type="checkbox"/> Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes. <input checked="" type="checkbox"/> No me cuesta ponerme a hacer los deberes.
2. <input checked="" type="checkbox"/> Nunca me saldrá nada bien. <input checked="" type="checkbox"/> No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien. <input checked="" type="checkbox"/> Las cosas me saldrán bien.	16. <input checked="" type="checkbox"/> Todas las noches me cuesta dormirme. <input checked="" type="checkbox"/> Muchas noches me cuesta dormirme. <input checked="" type="checkbox"/> Duermo muy bien.
3. <input checked="" type="checkbox"/> Hago bien la mayoría de las cosas. <input checked="" type="checkbox"/> Hago mal muchas cosas. <input checked="" type="checkbox"/> Todo lo hago mal.	17. <input checked="" type="checkbox"/> Estoy cansado de cuando en cuando. <input checked="" type="checkbox"/> Estoy cansado muchos días. <input checked="" type="checkbox"/> Estoy cansado siempre.
4. <input checked="" type="checkbox"/> Me divierten muchas cosas. <input checked="" type="checkbox"/> Me divierten algunas cosas. <input checked="" type="checkbox"/> Nada me divierte.	18. <input checked="" type="checkbox"/> La mayoría de los días no tengo ganas de comer. <input checked="" type="checkbox"/> Muchos días no tengo ganas de comer. <input checked="" type="checkbox"/> Como muy bien.
5. <input checked="" type="checkbox"/> Soy malo siempre. <input checked="" type="checkbox"/> Soy malo muchas veces. <input checked="" type="checkbox"/> Soy malo algunas veces.	19. <input checked="" type="checkbox"/> No me preocupa el dolor ni la enfermedad. <input checked="" type="checkbox"/> Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad. <input checked="" type="checkbox"/> Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad.
6. <input checked="" type="checkbox"/> A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas. <input checked="" type="checkbox"/> Me preocupa que me ocurran cosas malas. <input checked="" type="checkbox"/> Estoy seguro de que me van a ocurrir cosas terribles.	20. <input checked="" type="checkbox"/> Nunca me siento solo. <input checked="" type="checkbox"/> Me siento solo muchas veces. <input checked="" type="checkbox"/> Me siento solo siempre.
7. <input checked="" type="checkbox"/> Me odio. <input checked="" type="checkbox"/> No me gusta como soy. <input checked="" type="checkbox"/> Me gusta como soy.	21. <input checked="" type="checkbox"/> Nunca me divierto en el colegio. <input checked="" type="checkbox"/> Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando. <input checked="" type="checkbox"/> Me divierto en el colegio muchas veces.
8. <input checked="" type="checkbox"/> Todas las cosas malas son culpa mía. <input checked="" type="checkbox"/> Muchas cosas malas son culpa mía. <input checked="" type="checkbox"/> Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas.	22. <input checked="" type="checkbox"/> Tengo muchos amigos. <input checked="" type="checkbox"/> Tengo algunos amigos, pero me gustaría tener más. <input checked="" type="checkbox"/> No tengo amigos.

9.	<input checked="" type="checkbox"/> No pienso en matarme. <input checked="" type="checkbox"/> Pienso en matarme, pero no lo haría. <input checked="" type="checkbox"/> Quiero matarme.	23.	<input checked="" type="checkbox"/> Mi trabajo en el colegio es bueno. <input checked="" type="checkbox"/> Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes. <input checked="" type="checkbox"/> Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba bien.
10.	<input checked="" type="checkbox"/> Tengo ganas de llorar todos los días. <input checked="" type="checkbox"/> Tengo ganas de llorar muchos días. <input checked="" type="checkbox"/> Tengo ganas de llorar de cuando en cuando.	24.	<input checked="" type="checkbox"/> Nunca podré ser tan bueno como otros niños. <input checked="" type="checkbox"/> Si quiero puedo ser tan bueno como otros niños. <input checked="" type="checkbox"/> Soy tan bueno como otros niños.
11.	<input checked="" type="checkbox"/> Las cosas me preocupan siempre. <input checked="" type="checkbox"/> Las cosas me preocupan muchas veces. <input checked="" type="checkbox"/> Las cosas me preocupan de cuando en cuando.	25.	<input checked="" type="checkbox"/> Nadie me quiere. <input checked="" type="checkbox"/> No estoy seguro de que alguien me quiera. <input checked="" type="checkbox"/> Estoy seguro de que alguien me quiere.
12.	<input checked="" type="checkbox"/> Me gusta estar con la gente. <input checked="" type="checkbox"/> Muy a menudo no me gusta estar con la gente. <input checked="" type="checkbox"/> No quiero en absoluto estar con la gente.	26.	<input checked="" type="checkbox"/> Generalmente hago lo que me dicen. <input checked="" type="checkbox"/> Muchas veces no hago lo que me dicen. <input checked="" type="checkbox"/> Nunca hago lo que me dicen.
13.	<input checked="" type="checkbox"/> No puedo decidirme. <input checked="" type="checkbox"/> Me cuesta decidirme. <input checked="" type="checkbox"/> Me decido fácilmente.	27.	<input checked="" type="checkbox"/> Me llevo bien con la gente. <input checked="" type="checkbox"/> Me peleo muchas veces. <input checked="" type="checkbox"/> Me peleo siempre.
14.	<input checked="" type="checkbox"/> Tengo buen aspecto. <input checked="" type="checkbox"/> Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan. <input checked="" type="checkbox"/> Soy feo.		

INTERPRETACIÓN

I.- NIVEL SOCIOECONÓMICO: APEIM

NIVELES	NSE	CATEGORÍA	APEIM 2011 - 2012
Nivel 1	A	Alto	33 o más puntos
Nivel 2	B	Medio	27 – 32 puntos
Nivel 3	C	Bajo superior	21 – 26 puntos
Nivel 4	D	Bajo inferior	13 – 20 puntos

Nivel 5	E	Marginal	5 – 12 puntos
---------	---	----------	---------------

II. AUTOESTIMA: ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma.

Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

- a. Muy de acuerdo
- b. De acuerdo
- c. En desacuerdo
- d. Muy en desacuerdo

Interpretación:

De los ítems 1 al 5, respuestas A a D se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4.

De 30 a 40 puntos: autoestima elevada. Considerada como autoestima normal.

De 26 a 29 puntos: autoestima media. No presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.

Menos 25 puntos: autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

Propiedades psicométricas. La escala ha sido traducida y validada en castellano. La consistencia interna de la escala se encuentra entre 0.76 y 0.87. la fiabilidad es de 0.80.

III.- TEST DE APGAR FAMILIAR

- Normal: 17-20 puntos
- Disfunción leve: 16-13 puntos.
- Disfunción moderada: 12-10 puntos
- Disfunción severa: menor o igual a 9

IV.- BULLYING.

INDICE GLOBAL DE ACOSO (M)

Para obtener la puntuación directa en la escala **M**, debe sumar la puntuación obtenida entre las preguntas 1 a 50:

- 1 punto si ha seleccionado la respuesta Nunca (1=Nunca)
- 2 puntos si ha seleccionado la respuesta Pocas veces (2=Pocas veces)

- 3 si ha seleccionado la respuesta Muchas veces (3= Muchas veces)

Debe obtener un índice entre 50 y 150 puntos

ESCALA DE INTENSIDAD DE ACOSO (I)

Para obtener la puntuación directa en la escala I debe sumar 1 punto cada vez que entre las preguntas 1 y 50 el niño ha seleccionado la respuesta 3 (3= muchas veces).

Debe obtener un índice entre 1 y 50 puntos

ESCALAS A – H

Traslade a los espacios en blanco a la derecha del test la cifra correspondiente a cada una de las preguntas de 1 a 50.

Sume las puntuaciones por columnas para obtener la puntuación directa.

Dependiendo de cada escala obtendrá indicadores diferentes p. ej. en la escala A debe obtener una puntuación entre 19 y 51 puntos y así sucesivamente.

PARA TODAS LAS ESCALAS:

Transforme la puntuación directa con la ayuda del baremo que se presenta a continuación para establecer el tipo de riesgo que presenta de Acoso Escolar.

Represente gráficamente el resultado obtenido en las 10 escalas de Acoso.

BAREMOS GLOBALES

N=4 600

	Centiles	1 a 5	6 a 20	21 a 40	41 a 60	61 a 80	81 a 95	96 a 99
	CALIFICACIÓN	MUY BAJO	BAJO	CASI BAJO	MEDIO	CASI ALTO	ALTO	MUY ALTO
M	INDICE GLOBAL DE ACOSO	50		51-54	55-58	59-67	68-88	89-150
I	INTENSIDAD DEL ACOSO	0-1				2	3-10	11-50
A	DESPRECIO-RIDICULIZACION	1-19			20-22	23-26	27-35	36-51
B	COACCION	1-7				8	9-11	12-24
C	RESTRICCION COMUNICACION	1-5			6-7	8	9-11	12-15
D	AGRESIONES	1-7			8-10	11	12-14	15-21
E	INTIMIDACION-AMENAZAS	1-10				11-14	15	16-30
F	EXCLUSION-BLOQUEO SOCIAL	1-9				10-11	12-16	17-27
G	HOSTIGAMIENTO VERBAL	1-15			16-17	18-20	21-26	27-36
H	ROBOS	1-4			5	6	7	8-12

V.- CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE – CDI

Este cuestionario está dirigido a la población infantil y adolescente de edades entre 7 y 17 años. Cada ítem responde a una escala tipo Likert donde 0 indica "normalidad", 1 indica "cierta intensidad" y 2 indica la "presencia

inequívoca" de un síntoma depresivo. Cuanto mayor es la puntuación, también lo es la intensidad de sintomatología depresiva.

Las puntuaciones directas se obtienen sumando las respuestas marcadas por el sujeto de acuerdo a estas puntuaciones:

Las respuestas de las preguntas 1, 3, 4, 6, 9, 12, 14, 17, 19, 20, 22, 23, 26 y 27 puntúan 0, 1 y 2. La ausencia del síntoma (respuesta A) se puntúa 0, la presencia en una forma leve (respuesta B) se puntúa 1 y la presencia en una forma grave (respuesta C) se puntúa 2. Las respuestas de las preguntas 2,5,7,8,10,11,13,15,16,18,21,24 y 25 puntúan 2, 1 y 0. por lo que la puntuación total puede oscilar entre 0 y 54 puntos.

El punto de corte recomendado para su uso como instrumento de exploración de síntomas se sitúa en 19 puntos que indicaría síntomas depresivos claros, aunque basta con 12 puntos cuando el niño ya presenta problemas psicológicos y está recibiendo atención profesional.

La confiabilidad del CDI oscila entre 0.71 y 0.94, lo que nos indica que entre un 71% y un 94% de las puntuaciones son verdaderas.

ANEXO 3. MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	METODOLOGIA
<p>¿La migración familiar, el bullying y la familia disfuncional están asociados a la depresión en adolescentes del primero al quinto año de educación secundaria de la i.e. Pedro Sánchez Gavidia de Huánuco - 2018?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL: Determinar si la migración familiar, el bullying y la familia disfuncional están asociados a la depresión en adolescentes del primero al quinto año de la I.E. Pedro Sánchez Gavidia de Huánuco 2018.</p>	<p>HIPOTESIS GENERAL: H₁: La migración familiar, la familia disfuncional y el bullying están asociados a la depresión en adolescentes del primero al quinto año de la I.E. Pedro Sánchez Gavidia de Huánuco 2018. H₀: La migración familiar, la familia disfuncional y el bullying no están asociados a la depresión en adolescentes del primero al quinto año de la I.E. Pedro Sánchez Gavidia de Huánuco 2018.</p>	<p>VARIABLE DEPENDIENTE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • DEPRESIÓN 	<p><i>TIPO DE INVESTIGACIÓN:</i> <i>NO EXPERIMENTAL.</i></p>
	<p>OBJETIVOS ESPECIFICOS: -Descubrir la asociación que tiene la migración familiar sobre la depresión en adolescentes del primero al quinto año de la I.E. Pedro Sánchez Gavidia de Huánuco 2018. -Conocer si el bullying está asociado con la depresión en adolescentes del primero al quinto año de la I.E. Pedro Sánchez Gavidia de Huánuco 2018. - Evaluar la asociación de la familia disfuncional en adolescentes del primero al quinto año de la I.E. Pedro Sánchez Gavidia de Huánuco 2018. - Identificar cuál de los factores (La migración familiar, bullying y la familia disfuncional) está más asociado a la depresión en adolescentes del primero al quinto año de la I.E. Pedro Sánchez Gavidia de Huánuco 2018.</p>	<p>HIPOTESIS ESPECIFICAS: H₁₁: La migración familiar está asociada a la depresión en adolescentes del primero al quinto año de la I.E. Pedro Sánchez Gavidia de Huánuco 2018. H₀₁: La migración familiar no está asociada a la depresión en adolescentes del primero al quinto año de la I.E. Pedro Sánchez Gavidia de Huánuco 2018. H₁₂: El bullying está asociado a la depresión en adolescentes del primero al quinto año de la I.E. Pedro Sánchez Gavidia de Huánuco 2018. H₀₂: El bullying no está asociado a la depresión en adolescentes del primero al quinto año de la I.E. Pedro Sánchez Gavidia de Huánuco 2018. H₁₃: La familia disfuncional está asociado a la depresión en adolescentes del primero al quinto año de la I.E. Pedro Sánchez Gavidia de Huánuco 2018. H₀₃: La familia disfuncional no está asociado a la depresión en adolescentes del primero al quinto año de la I.E. Pedro Sánchez Gavidia de Huánuco 2018.</p>	<p>VARIABLES INDEPENDIENTES :</p> <ul style="list-style-type: none"> • MIGRACION FAMILIAR. • BULLYING. • FAMILIA DISFUNCIONAL. 	<p><i>DISEÑO DE LA INVESTIGACION:</i> <i>TRANSVERSAL.</i></p>