



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA

DISFUNCIÓN FAMILIAR Y BULLYING RELACIONADOS CON
DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES. COLEGIO TÚPAC AMARU II DE
FLORENCIA DE MORA

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO
CIRUJANO

AUTOR:

ANTICONA MONTOYA NEPTALI ANTONIO

ASESOR:

Mg. DAVID RENE RODRIGUEZ DIAZ

Mc. EDMILSON VILLARREAL OSORIO

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

SALUD MENTAL

TRUJILLO – PERÚ

2019



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA

PÁGINA DEL JURADO

**DISFUNCIÓN FAMILIAR Y BULLYING RELACIONADOS CON
DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES. COLEGIO TÚPAC AMARU II DE
FLORENCIA DE MORA**

Dra. ANA CHIAN GARCIA

PRESIDENTE DEL JURADO

. Mg. DAVID RENE RODRIGUEZ DIAZ

SECRETARIA DEL JURADO

Dra. MARÍA ROCÍO DEL P. LLAQUE SANCHEZ

VOCAL DEL JURADO

FECHA DE SUSTENTACIÓN Y APROBACIÓN: 26/02/19

DEDICATORIA

A MI FAMILIA

Dedicado a la persona más importante en mi vida, quien ha sabido ser padre y madre, mejor amigo, mejor hermano, confidente, consejero y ejemplo a seguir, mi padre Dr. Anticono Paredes Neptali. A toda mi familia quienes son mi motivo y quienes fueron mi razón para seguir cuando creí que ya no podía más, además de todo el apoyo y aliento que me dieron en este camino que dichosamente elegí seguir.

**ANTICONO MONTAÑA NEPTALI
ANTONIO**

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, a Dios, que día a día me llena de bendiciones y permite sea participe de su maravillosa creación, a quien le debo todo desde humildemente la oportunidad de estar donde estoy hasta la vida misma y la salud. A mis asesores Dra. Llaque Sánchez María Rocio del Pilar y David Rene Rodríguez Diaz por su preocupación y tiempo dedicado. A la Universidad Cesar Vallejo mi alma mater donde pude concretar mi sueño, donde tengo grandes recuerdos del camino seguido y donde forje amigos para toda la vida.

**ANTICONA MONTTOYA NEPTALI
ANTONIO**

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo, **ANTICONA MONTOYA NEPTALI ANTONIO** con DNI **71598708**, estudiante de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Facultad de Ciencias Médicas, a efecto de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, declaro bajo juramento que todos los datos e información que acompañan a la Tesis titulada: **DISFUNCIÓN FAMILIAR Y BULLYING RELACIONADOS CON DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES. COLEGIO TÚPAC AMARU II DE FLORENCIA DE MORA**, son:

1. De mi autoría.
2. He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas; por tanto, la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
3. La tesis no ha sido autoplagiada; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados ni copiados y por tanto los resultados que se presenten en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

Trujillo, Marzo del 2019.

ANTICONA MONTOYA NEPTALI ANTONIO

PRESENTACIÓN

Señores miembros del Jurado:

En cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo presento ante ustedes la Tesis titulada: “DISFUNCIÓN FAMILIAR Y BULLYING RELACIONADOS CON DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES. COLEGIO TÚPAC AMARU II DE FLORENCIA DE MORA”, la misma que someto a vuestra consideración y espero que cumpla con los requisitos de aprobación para obtener el título Profesional de Médico Cirujano.

ANTICONA MONTOYA NEPTALI ANTONIO

ÍNDICE

PÁGINAS PRELIMINARES

Página del Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaratoria de autenticidad	v
Presentación	vi
Índice	vii

RESUMEN	viii
----------------	------

ABSTRACT	ix
-----------------	----

I. INTRODUCCIÓN	01
1.1. Realidad Problemática	01
1.2. Trabajos Previos	03
1.3. Teorías Relacionadas con el Tema	05
1.4. Formulación al problema	09
1.5. Justificación del estudio	09
1.6. Hipótesis	10
1.7. Objetivos	10
II. METODO	11
2.1. Diseño de investigación	11
2.2. Variables	11
2.3. Población y muestra:	12
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	13
2.5. Métodos de análisis de datos	14
2.6. Aspectos éticos	15
III. RESULTADOS	16
IV. DISCUSIÓN	21
V. CONCLUSIONES	24
VI. RECOMENDACIONES	24
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	25
ANEXOS	31

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue determinar si existe correlación entre disfunción familiar y bullying con depresión en adolescentes del 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]. Conclusión: En este estudio se concluye que existe correlación directa entre el tipo de disfunción familiar y la ocurrencia de depresión; además no se evidencia correlación entre tipo bullying y la ocurrencia de depresión.

Palabras clave: Disfunción familiar, depresión, bullying, adolescente, chi cuadrado de Pearson.

ABSTRACT

The objective of the study was to determine whether there is a correlation between family dysfunction and bullying with depression in adolescents at the Túpac Amaru II School in Florencia de Mora. The study was simple correlation cross-sectional observational, the sample was composed of 189 adolescents aged between 12 and 16 years who met the inclusion criteria, who were given the Smilkstein Family Apgar questionnaire to assess levels of family dysfunction, the Cisneros school bullying Self-test to assess levels of bullying and the Zung Self-applied Scale of Depression for the assessment of depression levels. The correlation of the variables was analyzed using Pearson's chi-square correlation. When correlating the type of family dysfunction and the occurrence of depression, it was evidenced relationship, chi-square correlation of Pearson 31.183, $r: 0.375$, value $p= 0.000$, 95% confidence interval [0.000 - 0.000] however, at the correlational bullying type and depression occurrence, no relationship was evident, Pearson chi-square correlation of 3.871, $r: 0.130$, value $p= 0.424$, 95% confidence interval [0.075 - 0, 233]. This study concludes that there is a direct correlation between the type of family dysfunction and the occurrence of depression; furthermore, there is no evidence of a correlation between the type of bullying and the occurrence of depression.

Keywords: Family dysfunction, depression, bullying, adolescent, Pearson chi-square.

I. INTRODUCCIÓN

1.1 Realidad problemática:

La salud mental es para la Organización Mundial de la salud un reto en salud pública, especialmente por el incremento de depresión entre los 10 a 19 años de edad, en el 2014, reportó que el suicidio por motivos depresivos ocupó el tercer lugar entre las causas de mortalidad en adolescentes, y el síndrome depresivo constituyó la primera causa de morbilidad y discapacidad (50% de trastornos mentales). A los 14 años llegan a manifestarse la mayor cantidad de casos, sin embargo, no se reconocen ni se tratan y tienen consecuencias graves para la salud mental a lo largo del resto de la vida.¹

Latinoamérica no es ajena al problema de depresión en la población adolescente, en un estudio realizado en Colombia se detectaron síntomas depresivos como único trastorno en el 3,3 % de adolescentes y depresivos mixtos en el 9 % de adolescentes. Se halló mayor prevalencia de síntomas depresivos 6,9 % en varones y 5,4 % en mujeres, sin diferencias estadísticas ($p>0.05$), estableciéndose la necesidad que los síntomas depresivos en adolescentes, deber ser diagnosticados y tratados precozmente.²

El Ministerio de Salud del Perú a través de una publicación en el 2014 informó que, en Arequipa, las alteraciones depresivas incrementaron en 7% y que las mujeres adolescentes sufren con más frecuencia, comparado con los varones, teniendo en cuenta que estas depresiones tienen efectos letales, al punto que el 18% de los suicidas peruanos son niños y adolescentes. Aunque la depresión está dentro de los trastornos mentales más comunes, no siempre es atendida, tal vez por un tamizaje y por consiguiente un tratamiento deficiente, aunándose la ignorancia de los progenitores para detectarse oportunamente.³,

Por otro lado, referente a la disfunción familiar, en el 2013 en la ciudad de Cartagena en Colombia, se reportó que la prevalencia de disfunción familiar en los hogares de los adolescentes entre 12 a 17 años, alcanzó el 52%, encontrándose que la presencia de síntomas depresivos juega un papel importante, enfatizándose que la familia y la función familiar desempeñan un rol muy importante en la comprensión, diagnóstico

y manejo de problemas psicosociales en los adolescentes.⁴

En Venezuela en un estudio realizado en Carabobo en el 2014, observaron grandes problemas de comunicación y entendimiento de padres e hijos, reflejados en los indicadores de disfuncionalidad moderada y severa que en conjunto alcanzó el 80%, reflejando un impacto en todas las esferas del adolescente causando tensiones. La disfunción familiar se asoció con resultados negativos durante la adolescencia, como trastornos depresivos.⁵

Un estudio multicéntrico publicado en International Journal of Public Health realizado en 40 países de los cinco continentes, se abordó la prevalencia del bullying o acoso escolar, el cual se estableció que entre el 9 al 45% de varones y 5 al 36% de mujeres son víctimas de bullying, presentándose mayor prevalencia en los países bálticos y en menor porcentaje en el norte de Europa. Además, fueron tipificados como agresores el 10.2%, como víctimas el 12% y como víctima-agresor el 3%. Por otro lado, existió evidencia de que las interacciones familiares, estaría relacionado con el acoso escolar o Bullyig. La familia y la función familiar desempeñaron un papel importante en la comprensión, diagnóstico y manejo de los adolescentes.⁶

En Sudamérica se han realizado estudios que establecen la relación entre el Bullying o acoso escolar y la disfunción familiar, en el cual se hizo uso de la escala de Cisneros y el APGAR familiar, encontrándose que en los escolares que viven en entornos familiares donde predomina la violencia física y verbal son más propensos al acoso escolar, a tal punto que la disfunción familiar incrementa en dos veces el riesgo de ser víctima de acoso escolar ($p < 0,05$).⁷

En el ámbito nacional se halló relación entre funcionalidad de la familia con el nivel de acoso/violencia escolar (Bullying), encontrándose que el 53% de escolares provienen de familias con disfuncionalidad familiar y de ellos el 39% tuvieron elevado nivel de violencia, 8% nivel moderado y 6% bajo nivel, en tanto que del 47% que provienen de familias con funcionalidad familiar; el 19% tuvieron en nivel medio, 18% nivel bajo y el 10% nivel alto.⁸

1.2 Trabajos previos:

Ramírez C. (Bolivia, 2016) 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. $r = 0.91$ ($p = 0.02$).⁹

Alomaliza C. (Ecuador, 2016) evaluó la disfuncionalidad familiar en relación a la depresión, 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. $r = 0.380$ ($P < .01$)¹⁰

Pineda G, et al. (México, 2015) indagaron la relación entre ser víctima de Bullying y la presencia de depresión. Mediante un estudio correlacional, aplicado a 1042 adolescentes estudiantes de secundaria de escuelas públicas y privadas de Baja California con una edad promedio de 15 años, encontrándose relación entre Bullying y depresión en las escuelas públicas, siendo ésta de significancia estadística ($r=0.320$, $p=0.000$) mostrándose que, a mayor grado de ser víctima de Bullying, mayor es la presencia de depresión. En el caso de los participantes de escuela privada, el análisis mostró asociaciones significativas entre depresión y Bullying también fue significativa $p=.002$ ($r=0.266$) indicando la asociación directa entre estas variables (a mayor Bullying, mayor depresión).¹¹

Turcio E. (Guatemala 2013) realizó un trabajo de investigación en jóvenes estudiantes de educación secundaria con el objetivo de identificar afectados por Bullying e identifica que nivel de depresión presentaban. La población que participaron fueron alumnos de 1er., 2do. y 3er de educación básica con edades entre los 13 y 17 años: se aplicó un cuestionario de maltrato e intimidación para identificar víctimas de Bullying. Se aplicó la Escala de Beck a los que fueron identificados como afectados por bullying con el fin de medir el nivel de depresión. Encontró que 29% evidenciaba ser afectado por bullying además de ellos el 57% manifestó sintomatología de mínima depresión, 14% depresión media y 29% depresión moderada.¹²

Morocho A. (Ecuador 2012) realizó una investigación con la finalidad de analizar de qué manera se manifestaba la depresión en menores que presentan bullying. Se seleccionó el número de casos mediante un test de convivencia. Se empleó la escala de Birleson como instrumento en la detección de depresión infantil con aplicabilidad en niños de 7 a 13 años. Se aplicó la investigación a una población de primero a séptimo Año de Educación Básica. Se seleccionó de un total de 547 niños una muestra de 67 niños víctimas de bullying, a los que se le aplicó la escala para determinar presencia y manifestación de depresión. La investigación concluye que el bullying afecta al niño en el plano emocional, haciendo que se sienta desmoralizado y tenga baja autoestima hasta llegar a desertar del periodo escolar. Además, esta investigación con los resultados se verificó existencia de depresión infantil, hasta ciertos casos con riesgo de suicidio cuando se combinó a violencia en sus hogares $r=0.86$ ($p=0.05$).¹³

Tixe D (Ecuador 2012) evaluó la correlación entre víctimas de bullying y la autoestima baja. Se seleccionó un grupo no probabilísticamente de 400 estudiantes víctimas de bullying de edades entre 12 y 18 años. Se encontró que existe una correlación entre bullying y baja autoestima $r=0,1$.¹⁴

Mamani B, et al. (Perú, 2016) determinaron la correlación entre depresión y disfunción familiar en estudiantes del cuarto año de secundaria de una institución educativa. Se aplicó un cuestionario de maltrato e intimidación para identificar

víctimas de Bullying. Se aplicó la Escala de Beck a los que fueron identificados como afectados por bullying con el fin de medir el nivel de depresión. La muestra la conformaron 126 estudiantes. Se obtuvo como resultado que existe correlación directa entre depresión y disfunción familiar. Coeficiente de correlación $r= 0.240$ ($p= 0.120$).¹⁵

Gonzales B. (Perú, 2014) realizó un estudio correlacional para evaluar la relación entre el grado de funcionalidad familiar y el desarrollo de depresión en estudiantes de 2do a 5to año de secundaria. Teniendo como resultado que el bajo clima familiar se encontró en el 51% con depresión en porcentaje 49%. Lo cual demostró una relación significativa ($p=0,027$, $r=0,784$) entre las dimensiones del bajo clima social familiar y la depresión. Como conclusión se establece que si existe una relación significativa entre el clima social familia y la depresión en adolescentes.¹⁶

González J. et al. (Perú, 2013) determinaron las características del entorno familiar que influyeron en la presencia de depresión en los escolares del nivel secundario, Fue una investigación transversal, en más de 160 adolescentes. Hallaron relación entre función familiar y depresión, encontrando 50% en disfunción severa, 46.5% disfunción moderada y 18.5 sin disfunción, expresando como conclusión que existe una relación entre la disfunción en la familia y la presencia de depresión ($p=0,03$).¹⁷

Fernández H, et al. (Perú 2012) estudio la entre la funcionalidad familiar y el nivel de bullying. En una muestra de 113 alumnos del 3er grado de educación secundaria. Se encontró que existe una correlación negativa débil entre acoso escolar y funcionalidad familiar $r=-0.198$.¹⁸

1.3 Teorías relacionadas al tema:

La OMS define a depresión como una alteración mental que ocurre frecuentemente y entre sus características se menciona la tristeza, ausencia del interés o sensación placentera, acompañado de sentimiento de culpa o autoestima disminuida, con la coexistencia de alteraciones en el sueño o/y del apetito, además sensación de poca concentración y aumento del cansancio.¹⁹

Como factores involucrados en el incremento del riesgo de depresión se encuentran los del tipo personal, social, cognitivo, familiar y genético. Los determinantes de la salud relacionados con la depresión son la pobreza, patologías crónicas, de origen psicológico como físico, también se incluye el alcoholismo y tabaquismo, así como factores laborales, debido a que el desempleo, discapacidad e individuos con descansos médico por patología o maternidad tienen presente depresiones más frecuentes. Los pacientes con antecedentes familiares que presentan trastorno depresivo tienen riesgo elevado de desarrollar patologías psiquiátricas y somáticas, que tienen un inicio a temprana edad y persistencia en la edad adulta. Es así que en pacientes que presentan alteración depresiva mayor, el familiar en primer grado tiene dos veces más posibilidades de desarrollarla, en los familiares de segundo grado la posibilidad también es importante. Alteraciones de ansiedad podría encontrarse como primera manifestación en este tipo de casos.^{20, 21}

La depresión mayor es un procedimiento multicausal complejo que tiene una probabilidad de desarrollo es dependiente a una extensa agrupación de factores, de naturaleza genética, cognitivo, familiar y personales. Entre los determinantes personales o sociales destacan la pobreza, patologías crónicas (físicas o mentales) y también la posible relación con el tabaquismo y alcoholismo. También eventualidades laborales, puesto que, en los desempleados, los discapacitados y los individuos que no laboran por patología o maternidad presentan depresiones con mayor frecuencia. Aspectos vinculados al estrés crónico sugieren una probabilidad mayor para presentar depresión y además se puede observar que la presencia de adversidades durante vida está vinculada con el inicio de cuadros ansiosos y depresivos.²²

Las presencias de manifestaciones neuróticas en la personalidad están vinculadas a una mayor incidencia de eventos y recaídas de depresión mayor, asociadas a la mayor susceptibilidad para presentar depresión ante las eventualidades adversas de la vida. La ansiedad es factor de riesgo para la depresión mayor. Además, la distimia tiene un papel importante para desarrollar posteriormente un cuadro de depresivo. También se ha podido observar que pacientes específicamente varones, que tiene como antecedente ataques de pánico, tuvieron un riesgo mayor de desarrollo de una

depresión mayor. Esta relación no se ha podido encontrar en otras alteraciones psiquiátricas. Asimismo, se identificó un vínculo entre depresión y migraña, presencia de patología cardíaca y distintas enfermedades endocrinas: diabetes mellitus, hipertiroidismo o hipotiroidismo y amenorrea por hiperprolactinemia, insinúan incremento del riesgo de depresión.²³

Según la cantidad e intensidad de la sintomatología, los eventos depresivos pueden ser clasificados como de leve, moderada o grave intensidad. Una diferenciación fundamental es la que hay entre la depresión en personas con y sin antecedentes de episodios maníacos. En los dos tipos de depresión puede presentarse de forma crónica o recidivante, especialmente cuando no se tratan. Dentro del cuadro clínico los síntomas de la depresión se describen abatimiento, tristeza, insatisfacción de la vida, pérdida del interés, llanto, irritabilidad, miedo y ansiedad, desesperanza. Entre los síntomas cognitivos está la baja autoestima, pesimismo, pensamientos suicidas, alucinaciones auditivas y visuales.²⁴

Los individuos con episodios depresivos de intensidad leves pueden tener algún grado de dificultad para continuar con sus labores productivas y actividad sociales habituales, aunque no implica las tengan que suspender completamente. En contraparte, cuando ocurre un episodio depresivo grave es bastante improbable que el afectado pueda seguir con sus actividades laborales, sociales o domésticas o lo hace con grandes limitaciones. Además, otro lado es el trastorno bipolar que consiste en episodios maníacos y depresivos espaciados por intervalos de estado de ánimo normal. Los episodios maníacos presentan un estado de ánimo irritable, hiperactividad, dificultad de expresión, exceso de autoestima y decremento de la necesidad de dormir.²⁵

La disfuncionalidad familiar es definida como la presencia de malas relaciones familiares establecidas entre sus integrantes, debido a la desestructuración en la negociación para lograr la solución a los conflictos, caracterizada por una comunicación poco clara que imposibilita la espontaneidad, empatía y apoyo emocional. En la familia funcional no hay existencia de pactos internos ni competencias entre ellos, la familia tiene límites asociados a claridad y unión, es

considerada una estructura de dialogo para solucionar problemas, ambiente de empatía, comunicación y apoyo emocional, en consecuencia la funcionalidad familiar es la capacidad solucionar conflictos y colaborar con cada miembro el desarrollo de su potencial.²⁶

Las familias que son funcionales son consideradas saludables porque prevalece, igualmente, un ambiente emocional afectivo positivo, que brinda a cada sujeto un sentimiento de vínculo con cada parte y con el grupo en su conjunto, lo que junto a los factores asociados, puede potenciar la integración familiar e incrementar la capacidad de la familia para afrontar los problemas, conflictos y la crisis que puede llegar a presentarse en las diferentes etapas durante el del ciclo vital evolutivo de la familia y sus integrantes.²⁷

Se resalta que la disfuncionalidad familiar es la imposibilidad de solucionar conflictos y de colaborar a sus miembros a lograr el desarrollo de sus potencialidades. En punto importante en que la disfuncionalidad familiar es el parámetro que mide las relaciones de cuidado y afecto que interrelacionan con los miembros de la familia, demostrando ausencia de emociones como afecto, pena, amor o rabia entre ellos mismos. La resolución hace medición de la tarea de compartir tiempo, dedicar recursos materiales y no materiales para ayudar a todos los integrantes de la familia.²⁸

La familia disfuncional es caracterizada porque no mantiene una relación familiar bien establecidas, que es de tipo negativo para cada uno de sus integrantes, mostrando insatisfacción de permanecer juntos, identificando cada uno tiene intereses y necesidades individuales, y que con determinado grado de primacía; tiene límites intergeneracionales no claros, ausencia de actitud a negociar, hay existencia de la atención debida a los sentimientos y opiniones hacia los demás, las medidas de interacción son inespecíficas y rígidas y las funcionalidad de los miembros no son claras ni delimitadas. Hay un conjunto de características que influyen en la funcionalidad familiar, la evolución de la identidad personal y capacidad autónoma de sus integrantes, la flexibilidad de normas y responsabilidades, comunicación fluida y con afecto que permita compartir conflictos y poder adaptarse a los cambios.²⁹

Un instrumento de funcionalidad familiar es El APGAR familiar el cual establece cinco partes esenciales de la función familiar, como la adaptabilidad en la medición del uso de recursos extra e intrafamiliares con el fin de solucionar conflictos, cuando la estabilidad familiar es alterada como en situaciones de problemas. Puede medir la cooperación de los integrantes de la familia, la inclusión en la elección de actividades o realización de labores; el cómo comparten situaciones adversas y la forma de comunicación para solucionarlos.³⁰

La causa común de Bullying es el racismo o exclusión social entre alumnos y docentes; ausencia de afecto familiar; escasa práctica de valores y falta de reglas de convivencia; agresión de forma humillante de los adultos al niño; ausencia de comprensión entre estudiantes. Las principales causales de bullying por los agresores son la baja capacidad de empatía, insensibilidad, falta de relación con la responsabilidad o sentimiento de culpabilidad, sobre autoestima. Está demostrado que en agresores hay características de impulsividad con cercanía a la violencia y necesidad de dominio al débil, escasa tolerancia a la frustración y dificultades de cumplir, así como depresión y el riesgo de suicidio. Sintomatología psicopatológica: alcoholismo drogadicción, problemas de personalidad, así como depresivos. Los niños agresores de 8 y 12 años son de mayor probabilidad de desarrollo de sintomatología psiquiátrica a los 15 años y la drogadicción y alcoholismo es más común en los agresores, así como la delincuencia y la psicopatía.^{31, 32}

1.4 Formulación al problema:

¿Existe correlación entre los niveles de disfunción familiar y el bullying con los niveles de depresión en adolescentes del colegio Túpac Amaru II de Florencia de Mora?

1.5 Justificación del estudio:

En la realidad peruana existen los factores de riesgo para desarrollo de depresión y los adolescentes son la población más susceptible a desarrollar depresión con respecto a las demás etapas de vida. La depresión es una de las alteraciones

psiquiátricas que tienen más prevalencia a nivel mundial y que además conlleva a complicaciones que puede llegar a comprometer la vida del afectado a través del suicidio o influyen en la calidad de vida como drogadicción y alcoholismo.

Las ciencias médicas buscan la prevención, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno como abordaje integral de la enfermedad, es así que es importante la investigación sobre los factores de riesgo que intervienen en este caso la patología psiquiátrica depresión.

Los resultados servirán para obtener información que permitan la tomar de decisiones en las actividades de detección y control de la depresión, en beneficio para la población de la provincia Trujillo en especial del distrito Florencia de mora. Así como fuente para futuras investigaciones de este tipo o para el fin que se considere relevante.

1.6 Hipótesis:

H0: Los niveles de disfunción familiar y bullying no se correlacionan con los niveles de depresión en adolescentes del colegio Túpac Amaru II de Florencia de Mora.

H1: Los niveles de disfunción familiar y bullying se correlacionan con los niveles de depresión en adolescentes del colegio Túpac Amaru II de Florencia de Mora.

1.7 Objetivo

1.7.1 General

Determinar si existe correlación entre los niveles de disfunción familiar y bullying con los niveles de depresión en adolescentes del colegio Túpac Amaru II de Florencia de Mora.

1.7.2 Específicos

- Identificar los niveles de disfunción familiar de la población en estudio.
- Identificar los niveles de bullying de la población en estudio.
- Identificar los niveles de depresión de la población en estudio.

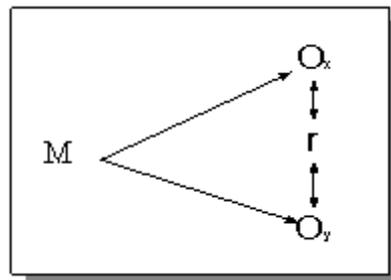
- Establecer si existe correlación entre los niveles de disfunción familiar con los niveles de depresión.
- Establecer si existe correlación entre los niveles de bullying con los niveles de depresión.

II. MÉTODO

2.1 Diseño de investigación

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Aplicado.

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN: Observacional, correlacional simple.



V1 ↔ V3

V2 ↔ V3

2.2 Variables, operacionalización

Variable 1: Niveles de Disfunción Familiar.

Variable 2: Niveles de Bullying

Variable 3: Niveles de Depresión

Operacionalización de variables:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE
BULLYING	Es una conducta de persecución y agresión física, psicológica o moral que realiza un alumno o grupo de alumnos sobre otro, con desequilibrio de poder y de manera reiterada. ^{31,32}	Evaluado mediante el auto test de Cisneros cuyo valor indica: ³⁴ <ul style="list-style-type: none"> • Ausencia: 50- 54 • Medio: 55-58 • Alto: 59-150 	1. Ausencia de Bullying 2. Bullying Medio 3. Bullying Alto	Cualitativa ordinal
DISFUNCIÓN FAMILIAR	Desestructuración familiar en la negociación para lograr la solución a los conflictos, caracterizada por una comunicación poco clara que imposibilita la espontaneidad, empatía y apoyo emocional. ²⁶	Evaluado mediante el Test de APGAR familiar cuyo valor indica. ³⁴ <ul style="list-style-type: none"> • Funcionalidad familiar: 7 a 10 puntos. • Disfunción familiar: moderada: 4 a 6 pts. • Disfunción familiar severa: 0 a 3 puntos 	1. Funcionalidad familiar 2. Disfunción familiar moderada 3. Disfunción familiar severa	Cualitativa ordinal
DEPRESIÓN	Alteración mental que ocurre con frecuente y entre sus características se menciona la tristeza, ausencia del interés o sensación placentera, acompañado de sentimiento de culpa o autoestima disminuida ¹⁹	Evaluado mediante la escala de Zung cuyo valor indica: ³⁵ <ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de depresión: < 50 • Depresión leve: 50-59 • Depresión moderada/severa:> 59 	1. No deprimido 2. Depresión leve. 3. Depresión moderada/severa	Cualitativa ordinal

2.3 Población y muestra:

POBLACION: Estuvo conformada por 750 adolescentes de la Institución Educativa Túpac Amaru II de Florencia de Mora en el 2017.

MUESTRA: El tamaño de la muestra se determinó usando la fórmula de cálculo de proporción de una población.³³ (Ver anexo I).

Unidad de análisis: Cada uno de los adolescentes.

Unidad de muestra: Ficha de Matricula del alumno.

Muestreo: Aleatorio simple.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

Criterios de inclusión:

- Todo adolescente de 11 a 19 años matriculados en el periodo lectivo 2018 que voluntariamente desee participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Adolescentes que no quieren ser partícipe del estudio.
- Adolescentes que haya sufrido la muerte de un familiar directo en los últimos tres meses.

2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad:

TECNICA:

Aplicación de los instrumentos: Se desarrolló la evaluación de los niveles de disfunción familiar mediante el cuestionario de Apgar Familiar de Smilkstein, posterior a esto se aplicó el Auto-test Cisneros de acoso escolar y la Escala Autoaplicada de Depresión de Zung para evaluar, los niveles de bullying y los niveles de depresión respectivamente en cada adolescente.

PROCEDIMIENTO:

Se solicitó la autorización del director de la Institución Educativa, luego se solicitó la autorización del padre o apoderado quien firmó un consentimiento informado, debido a que los escolares son menores de edad. Posteriormente se procedió a aplicar los instrumentos, en cada aula. En cada aula se seleccionó según un método al azar la cantidad de estudiantes a ser encuestado, tomando como referencia la nómina oficial de matrícula y de acuerdo a la proporción entre la población y muestra de cada grado y sección. Los participantes respondieron todas las preguntas sobre las cuales se aseguró la confidencialidad, para los fines ya anteriormente mencionados. No se requirió nombre ni ningún dato que pudiera comprometer su identidad.

INSTRUMENTO: Los instrumentos principales de este estudio son:

- a) Cuestionario de Apgar Familiar de Smilkstein, las preguntas abiertas valoran la dinámica familiar en las áreas de adaptación, vida en común, crecimiento, afecto y resolución. Una puntuación de 7 a 10 sugiere una familia muy funcional, una puntuación de 4 a 6 sugiere una familia moderadamente disfuncional. Una puntuación de 0 a 3 sugiere una familia con grave disfunción.
- b) Escala Autoaplicada de Depresión de Zung, es una escala autoaplicada formada por 20 frases relacionadas con la depresión, utilizando una escala de 4 puntos, desde 1 (raramente o nunca) hasta 4 (casi todo el tiempo o siempre). Una puntuación de < 50 puntos sugieren no depresión, 50-59 puntos sugiere depresión leve y > 59 puntos sugieren depresión moderada-severa.
- c) Auto-test Cisneros de acoso escolar, El objetivo de la escala es evaluar el índice global de Acoso Escolar, con la está compuesta por 50 ítems, enunciados en forma afirmativa y con tres posibilidades de respuesta (Nunca), (Pocas veces) y (Muchas veces). Puntajes globales de 55 puntos a más indica bullying. 50- 54 clasifica como ausencia, 55-58 clasifica como medio y 59-150 clasifica como alto.

2.5 Métodos de análisis de datos:

Los datos fueron registrados y procesados en el software Excel 2016, sistema operativo Windows 10 y transportados al software estadístico SPSS 25, tomando en

cuenta el tipo de variable.

Estadísticas analíticas: Se procedió la obtención de la relación mediante la prueba de coeficiente de correlación r de Pearson para variables cualitativas ordinales.

2.6 Aspectos éticos:

Se envió una solicitud a la Dirección de la Institución Educativa Secundaria, para poder ejecutar el proyecto en sus instalaciones, para la aplicación de los instrumentos a los alumnos en dicho Centro Educativo, esta investigación estuvo sujeta a las normas éticas que sirven para promover el respeto de los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales con el único propósito de encontrar respuestas claras a los objetivos planteados, los cuales no representan riesgo o daño en la salud de quienes participen en el presente trabajo. Se tomó toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participó en la investigación y la confidencialidad de su información personal.³⁶

III. RESULTADOS

Tabla 1: Análisis de frecuencia de Disfunción Familiar en adolescentes del colegio Túpac Amaru II de Florencia de Mora.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Funcionalidad familiar	114	60,3	60,3	60,3
	Disfunción familiar moderada	55	29,1	29,1	89,4
	Disfunción familiar severa	20	10,6	10,6	100,0
	Total	189	100,0	100,0	

En la **Tabla 1** Se ha determinado que los niveles de disfunción familiar encontrados fueron de 39.7%. en adolescentes del colegio Túpac Amaru II de Florencia de Mora

Tabla 2: Análisis de frecuencia de Bullying en adolescentes del colegio Túpac Amaru II de Florencia de Mora.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ausencia de Bullying	34	18,0	18,0	18,0
	Bullying Moderado	25	13,2	13,2	31,2
	Bullying Alto	130	68,8	68,8	100,0
	Total	189	100,0	100,0	

En la **Tabla 2** Se ha determinado que los niveles de bullying encontrados fueron de 82% en adolescentes del colegio Túpac Amaru II de Florencia de Mora

Tabla 3: Análisis de frecuencia de Depresión en adolescentes del colegio Túpac Amaru II de Florencia de Mora.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ausencia de depresión	158	83,6	83,6	83,6
	Depresion leve	26	13,8	13,8	97,4
	Depresion moderada severa	5	2,6	2,6	100,0
	Total	189	100,0	100,0	

En la **Tabla 3** Se ha determinado que los niveles de depresión encontrados fueron de 16.4% en adolescentes del colegio Túpac Amaru II de Florencia de Mora

Tabla 4: Análisis de relación entre Disfunción Familiar y Depresión en adolescentes del colegio Túpac Amaru II de Florencia de Mora.

Tipos de Funcionalidad Familiar		DEPRESIÓN			Total
		Ausencia de depresión	Depresion leve	Depresion moderada severa	
Familia	Funcionalidad familiar	108	6	0	114
	Disfunción familiar moderada	39	12	4	55
	Disfunción familiar severa	11	8	1	20
Total		158	26	5	189

En la **tabla 4** se evidencia relación entre el tipo de Disfunción Familiar y la ocurrencia de depresión (Correlación chi cuadrado de Pearson 31.183, de valor $p=0.000$, intervalo de confianza de 95%)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	31,183 ^a	4	,000
Razón de verosimilitud	30,948	4	,000
Asociación lineal por lineal	26,413	1	,000
N de casos válidos	189		

a. 4 casillas (44,4%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,53.

Medidas simétricas

		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Intervalo por intervalo	R de Pearson	,375	,064	5,529	,000 ^c
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	,390	,067	5,800	,000 ^c
Medida de acuerdo	Kappa	,206	,052	3,987	,000
N de casos válidos		189			

a. No se presupone la hipótesis nula.

b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.

c. Se basa en aproximación normal.

Tabla 5: Análisis de relación entre Bullying y Depresión en adolescentes del colegio Túpac Amaru II de Florencia de Mora.

Tipos de Bullying		DEPRESIÓN			Total
		Ausencia de depresión	Depresion leve	Depresion moderada severa	
Bullying	Ausencia de Bullying	32	2	0	34
	Bullying Moderado	21	3	1	25
	Bullying Alto	105	21	4	130
Total		158	26	5	189

En la **tabla 5** no se evidencia relación entre el tipo de bullying y la ocurrencia de depresión (Correlación chi cuadrado de Pearson de 3,871, valor $p=0.424$, intervalo de confianza de 95%)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,871 ^a	4	,424
Razón de verosimilitud	5,123	4	,275
Asociación lineal por lineal	3,165	1	,075
N de casos válidos	189		

a. 5 casillas (55,6%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,66.

Medidas simétricas

		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Intervalo por intervalo	R de Pearson	,130	,052	1,789	,075 ^c
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	,125	,060	1,728	,086 ^c
Medida de acuerdo	Kappa	,024	,017	1,191	,233
N de casos válidos		189			

a. No se presupone la hipótesis nula.

b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.

c. Se basa en aproximación normal.

IV. DISCUSIÓN:

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.

Nuestro estudio al valorar la funcionalidad familiar en los adolescentes que formaron parte de la muestra (Tabla N° 1), se observó que 60.3% presentan funcionalidad familiar siendo éste, el grupo mayoritario, el 29.1% disfunción familiar moderada y 10.6% disfunción familiar severa; estos resultados concuerdan con los obtenidos por Mamani B, et al.¹⁵ quien estudió una muestra de 126 estudiantes encontrando funcionalidad familiar en 53,2%, disfunción moderada en 36,3% y disfunción grave en 13%. Sin embargo otras investigaciones hallaron valores superiores en cuanto a cifras de disfunción familiar severa, como lo encontrado en el estudio de Ramírez C.⁹ quien estudió la frecuencia de funcionalidad familiar en 104 adolescentes de los cuales 38% presentaron disfunción familiar severa, de igual manera Alomaliza C.¹⁰ que en una muestra de 60 adolescentes, encontró que el 23% tuvieron una familia severamente disfuncional, estableciendo que la disfunción familiar moderada y severa alcanzó el 61%, así mismo González J. et al.¹⁷ en un estudio de 160 adolescentes encontró que el nivel de disfunción familiar moderada fue de 26,4% y severa de 24,5%.

Esto puede deberse a la variabilidad con la que se presentan factores asociados a la disfunción familiar (tipo de familia, ausencia de algún familiar, tiempo de convivencia, etc.), según las distintas realidades (cultura, idiosincrasia, nivel socio-cultural), podría ser la causa probable de las diferencias en los resultados, además al ser encontrado

dichos resultados con un instrumento válido y fiable indican que este resultado vendría a ser propio de la realidad en estudio siendo así un factor importante para el estudio, desde una perspectiva distinta al ser correlacionado, cabe mencionar que también puede estar influenciado por el tipo de recolección de datos.

En cuanto a la frecuencia de bullying en adolescentes (Tabla N° 2) en este estudio se encontró con mayor frecuencia bullying alto con 68.8%, seguido de ausencia de bullying con 18.0% y por último bullying moderado con un 13.2%. A diferencia de otros estudios en los que se encontró niveles de bullying inferiores, como lo encontrado por Morocho A.¹³ que, de un total de 547 de adolescentes, 12.24% fueron víctimas de bullying, así mismo Pineda G, et al.¹¹ mediante un estudio a 1042 adolescentes, obtuvo que la cuarta parte de la muestra presentaba algún grado de acoso, estudio semejante al hallado por Turcio E.¹² que encontró 29% de la muestra estudiada evidenciaba ser afectado por bullying, y por Tixe D.¹⁴ quien evaluó 400 estudiantes, encontrando 32% de bullying. Los valores altos encontrados pueden deberse al tipo de instrumento implementado con punto de corte bajo para considerar Bullying, así como también puede estar reflejando una realidad desconocida hasta el momento y considerarse como un hallazgo relevante sustentado con el instrumento aplicado el cual tiene alta validez y fiabilidad.

Respecto a la depresión (Tabla N° 3) se encontró en este estudio que 83.6% de la muestra presentó ausencia de depresión siendo éste el grupo mayoritario, 13.8% presentó depresión leve y 2.6%. depresión moderada-severa. Los resultados se aproximaron a los obtenidos por Mamani B, et al.¹⁵ que en una muestra de 126 adolescentes determinó que 46% no presentó depresión, 29.8% depresión leve y 24.1% depresión moderado-severa. Sin embargo, otros estudios encontraron cifras superiores de depresión en adolescentes como lo encontrado por Alomaliza C.¹⁰ donde en 60 alumnos adolescentes encontró que 33.3% no tenían depresión y que 66.6% presentaron depresión en algún nivel (20% depresión leve, 20% depresión moderado y 26.6% depresión severa), así mismo Ramírez C.⁹ en una muestra de 104 adolescentes, encontró como resultado que 18% presentaron depresión, 46% presentaron trastornos ansiosos-depresivo y 17% ninguno de los trastornos.

Con respecto a las discrepancias encontrados en los resultados de la ocurrencia de depresión, esto puede estar debido al tipo de recolección de información, lo cual puede realizarse con distintos instrumentos validados y con alta fiabilidad. En el caso de la escala auto aplicable para depresión de Zung, esta tiene un punto de corte muy alto para clasificar como depresión, mientras que otras escalas, como en el caso de la Escala de Depresión de Hamilton, presentan puntos de cortes menores, sin embargo, la última escala en mención requiere observación, lo que puede prestarse a subjetividades y errores, por lo que debe de ser aplicada por personal calificado en psiquiatría.

En cuanto al análisis de correlación entre disfunción familiar y depresión (Tabla N° 4) en este estudio se encontró una χ^2 : 31.183, r : 0,375, p = 0.000, IC95% [0,000 - 0,000], con lo que se concluye que existe una correlación directa, es decir a mayor disfunción familiar mayor ocurrencia de depresión; esto concuerda con lo encontrado por Mamani B, et al¹⁵ (r = 0. 188, p =0.037), de igual manera Gonzales B. (p =0,027, r =0,784). Sin embargo, los resultados de este estudio difieren de los encontrados por Ramírez C.⁹ determinando que no existe relación de dependencia entre las relaciones intrafamiliares y la depresión (r = 0.91, p = 0.02)

.La similitud con los estudios anteriores hace confirmar en la práctica clínica, la relación entre las variables, las cuales tienen una asociación teórica como factor protector (la familia como entidad de apoyo), sin embargo, no es el único factor (de riesgo o protector) que influye, lo cual puede estar debido a cada diferente realidad como a factores extrínsecos afines propios de cada población.

Al hacer el análisis de correlación entre bullying y depresión (Tabla N° 5) se encontró una correlación χ^2 : 3,871, r : 0,130, p = 0.424, IC95% [0,075 - 0, 233], con lo que se concluye que no se evidencia relación entre el tipo de bullying y la ocurrencia de depresión es decir no existe una correlación directa entre ambas variables; diferente a lo encontrado por Pineda G, et al.¹¹ (r =0.320, p =0.000), de igual manera Morocho A.¹³ (r = 0.86).

Estos hallazgos podrían deberse al instrumento usado en la investigación para la clasificación de tipos de bullying (Auto test de acoso escolar de Cisneros), el cual considera valores mínimos como punto de corte para clasificar como bullying alto por lo que se encontró gran porcentaje dentro de esta categoría, lo cual podría estar influyendo en los resultados, además de ello, el hecho de existir alta frecuencia de Bullying a diferencia de lo encontrado con los demás estudios hace válido considerar como un resultado independiente propio a la realidad de estudio.

V. CONCLUSIONES:

- Los niveles disfunción familiar se correlacionan con los niveles de depresión en adolescentes del colegio Túpac Amaru II de Florencia de Mora.
- Los niveles bullying no se correlacionan con los niveles de depresión en adolescentes del colegio Túpac Amaru II de Florencia de Mora.
- Los niveles de disfunción familiar encontrados fueron de 39.7%.
- Los niveles de bullying encontrados fueron de 82%.
- Los niveles de depresión encontrados fueron de 16.4%.

VI. 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.
- A la institución educativa, se recomienda la realización de talleres para padres e hijos en los cuales se los eduque acerca de la importancia del rol de la familia y su influencia en las emociones de los adolescentes para fortalecer su relación y mediante éstos, prevenir la depresión en esta población susceptible.

VII. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA:

1. Organización Mundial de la Salud. Salud para los adolescentes del mundo. Una segunda oportunidad en la segunda década. Ginebra: Servicio de Producción de Documentos de la OMS: 2014(acceso 19 de junio del 2017). Disponible en: http://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/WHO_FWC_MCA_14.05_spa.pdf?ua=1
2. Ospina F, Hinestrosa M, Paredes M, Guzmán Y, Granados C. Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en Chía, Colombia. Rev Sal Púb octubre 2011(acceso 19 de junio del 2017); 13(6);908.1001. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v13n6/v13n6a04.pdf>
3. Instituto Nacional de Salud del niño. Boletín de la unidad de investigación epidemiológica y análisis situacional de servicios de salud (ASIS). Lima; Oficina de epidemiología: 2014(acceso 3 de septiembre del 2016). Disponible en: <http://www.insn.gob.pe/sites/default/files/Boletin%20Sala%20Situacional%20DICIEMBRE%202014.pdf>
4. Gómez E; Castillo I, Cogollo Z. Predictores de disfunción familiar en adolescentes escolarizados. Rev. colombiana de psiquiatría. [online]. 2013(acceso 19 de junio del 2017); 42(1): 72-80. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-avance-resumen-predictores-disfuncion-familiar-adolescentes-escolarizados-S0034745014600883>
5. Tellechea L. Abordaje del adolescente que se encuentra en una familia disfuncional. Tesis. Facultad de ciencias de la salud. Dirección de postgrado sede Carabobo. Universidad de Carabobo. 2014. (acceso 19 de junio del 2017) Disponible en: <http://www.riuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/123456789/496/4/ltellechea.pdf>.
6. Craig W, Harel Y, Fogel H, Dostaler S, Hetland J, Simons B, et al . HBSC Violence & Injuries Prevention Focus Group; HBSC Bullying Writing Group. A cross-national profile of bullying and victimization among adolescents in 40 countries. Int J Public Health;54:216-224. (acceso 19 de junio del 2017). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19623475>.
7. Hernández M, Gutiérrez M.. Factores de riesgo asociados a la intimidación escolar en instituciones educativas públicas de cuatro municipios del departamento del Valle

- del Cauca. Rev Colomb Psiquiat 2013; 42(3):238-247 (acceso 19 de junio del 2017).
Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502013000300002
8. Grazza S. Relación entre funcionalidad familiar y nivel de violencia escolar en los adolescentes de la Institución Educativa Francisco Bolognesi Cervantes n°2053 Independencia. 2012 Tesis de grado. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2013. (acceso 19 de junio del 2017) Disponible en:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3507/4/Graza_es.pdf
 9. Ramírez C, Estructura y funcionalidad familiar de adolescentes con trastornos de ansiedad y depresión en el SSU. (Tesis). Cochabamba, Universidad Mayor de San Ramón Bolivia: 2016. (acceso 19 de junio del 2017) Disponible en:
<http://ddigital.umss.edu.bo:8080/jspui/handle/123456789/5092>
 10. 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. (acceso 19 de junio del 2017) Disponible en:
<http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/23529/1/Alomaliza%20Masaquiza%20Cristina%20del%20Rocio.pdf>
 11. Pineda G, Velasco V, Arámburo V. Víctima de Bullying, aprovechamiento escolar y depresión en adolescentes mexicanos de la frontera entre México y Estados Unidos de Norteamérica. Rev Intern sobre Diversidad e Identidad en la Educación 2015; 2(1):4-12. (acceso 19 de junio del 2017) Disponible en:
<http://journals.epistemopolis.org/index.php/diversidad/article/view/940>
 12. Turcio E. Niveles de depresión que se presenta en jóvenes víctimas de bullying que cursan la secundaria en un colegio privado de la ciudad capital. Tesis para el grado académico de licenciada en psicología clínica. Asunción, Guatemala. 2013. (acceso 19 de junio del 2017) Disponible en:
<http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2013/05/42/Turcios-Estefany.pdf>
 13. Morocho A. Depresión infantil en niños y niñas víctimas de Bullying. Trabajo de Titulación de Psicóloga Clínica. Quito, Ecuador. 2012. (acceso 19 de junio del 2017) Disponible en:
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/1854/1/T-UCE-0007-43.pdf>

14. Tixe D. La Autoestima en adolescentes victimas del fenómeno de Bullying. Trabajo de Grado Académico para la obtención del título de Psicóloga Infantil y Psicorrehabilitadora. Ecuador 2012. (acceso 19 de junio del 2017) Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/3604/1/T-UCE-0007-51.pdf>
15. Mamani B, Quispe c. Depresión y disfunción familiar en estudiantes del 4to Año del nivel secundario de la Institución Educativa Secundaria Industrial Perú Birf, Juliaca-2015. Título para optar el grado de psicóloga. Perú 2016. (acceso 19 de junio del 2017) Disponible en: http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/135/Blanca_Tesis_bachiller_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y
16. Gonzales B. Relación entre el clima familiar y la depresión en los estudiantes de 2do, 3ro, 4to y 5to año de educación secundaria de la institución educativa N° 011 Cesar Vallejo – Tumbes, en el año 2014. Perú: 2014. (acceso 19 de junio del 2017) Disponible en: <http://erp.uladech.edu.pe/sigec/moduloinvestigacion/php/rptwebarticuloscientificos.php?semestre=2014&sede=&escuela=>
17. Gonzáles J. Macuyama T. Silva M. Factores familiares que influyen en las manifestaciones depresivas en adolescentes del 1.º al 5.º de secundaria de un colegio nacional mixto. Rev enferm Herediana. 2013;6(2):66-77. (acceso 19 de junio del 2017) Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/download/1795/1806>
18. Fernández H. Gonzales T. Funcionamiento familiar y bullying en estudiantes de una institución educativa estatal de Chiclayo. Universidad señor de Sipan. Perú 2012. (acceso 19 de junio del 2017) Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/117205849/FUNCIONAMIENTO-FAMILIAR-Y-BULLYING-EN-ESTUDIANTES-DE-SECUNDARIA-CHICLAYO>
19. Organización Mundial de la Salud. Tema de salud: Depresión. Washington OMS 2012. (acceso 19 de junio del 2017) Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
20. Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Madrid: Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia. 2008 (acceso 19 de junio del

- 2017) Disponible en:
http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_424_Dep_Adult_compl.pdf
21. Gil P, Martín M, Guía de buena práctica en Geriátría. Depresión y ansiedad. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. España. 2012 (acceso 19 de junio del 2017) Disponible en:
<https://www.segg.es/download.asp?file=media/descargas/CentrosDia/guiaDepresionAnsiedad.pdf>
22. Bosch J, Barceló M, Gonzales V. Depresión en el mayor manejo y prevención. Instituto Catalá de la Salud. Barcelona. 2010. (acceso 19 de junio del 2017) Disponible en:
http://salut-envelliment.uab.cat/publicacions/docs/depresion_en_el_mayor.pdf
23. Heinze G, Camacho P, Guía clínica para el manejo de la depresión. Ed. Berenzon S, Del Bosque J, Alfaro J, Medina M, Instituto Nacional de Psiquiatría, México. 2010. (acceso 19 de junio del 2017) Disponible en: http://inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/manejo_depresion.pdf
24. Dirección General de Salud de las personas. Guía de práctica clínica de salud mental y psiquiatría. Lima. Ministerio de Salud. 2008. (acceso 19 de junio del 2017) Disponible en;
http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud_mental_documentos/04_Guias_Practica_Clinica_Salud_Mental_Psiquiatria.pdf
25. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. Evaluación del inventario DBI- II. Madrid. Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos. 2013(acceso 19 de junio del 2017). Disponible en: <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>
26. Gómez, C, Hernández, G, Rojas, A, Santacruz, H, Uribe, M. Fundamentos de psiquiatría clínica: Niños, adolescentes y adultos Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. XXXI, núm. 1, 2002(acceso 19 de junio del 2017), pp. 73-74. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/pdf/806/80631102.pdf>
27. Martín-Zurro M, Jordar G. Atención familiar y salud comunitaria. Madrid. Elsevier España. 2011(acceso 19 de junio del 2017); pp 24-29. Disponible en:
<http://www.fmed.uba.ar/depto/medfam/bibliografia/Martin-Zurro.pdf>
28. González F, Gimeno A, Meléndez J, Córdoba A. La percepción de la funcionalidad familiar. Confirmación de su estructura bifactorial Escritos de Psicología -

- Psychological Writings, vol. 5, núm. 1, enero-abril, 2012(acceso 19 de junio del 2017), pp. 34-39. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/pdf/2710/271024366005.pdf>
29. Rubinstein A, Terrasa S, Herramienta Clínica en Medicina Familiar. Editorial-Panamericana, 2º Edición. Argentina. 2006(acceso 19 de junio del 2017). Pag. 144. Disponible en:
<https://www.amazon.es/Medicina-Familiar-y-Pr%C3%A1ctica-Ambulatoria/dp/9500618788>
30. Suarez M, Alcalá M. APGAR familiar: Una herramienta para detectar disfunción familiar Rev. Méd. La Paz. 2014(acceso 19 de junio del 2017);20(1); 53-56. Disponible en:
http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v20n1/v20n1_a10.pdf
31. Doro J. Un Grito Desde lo más profundo de su alma infantil: niños bajo estrés y acoso escolar. Washington DC. Palibrio Editors. 2013(acceso 19 de junio del 2017). Disponible en:
<http://books.google.com.pe/books?id=BgYFZU8xqYcC&pg=PA68&dq=causas+de+bullying&hl=es&sa=X&ei=N3BwVIq0J8qeNvvxgIAC&ved=0CFAQ6AEwCQ#v=onepage&q=causas%20de%20bullying&f=false>
32. UNESCO, Respuestas del Sector de Educación Frente al Bullying. Santiago de Chile. 2013(acceso 7 de Setiembre del 2016). Disponible en:
<http://books.google.com.pe/books?id=IVBmAQAAQBAJ&pg=PA9&dq=causas+de+bullying&hl=es&sa=X&ei=pnFwVPnFH4mmgwSStoCABg&ved=0CEkQ6AEwCDgK#v=onepage&q=causas%20de%20bullying&f=false>
33. Lwanga SK, Lemeshow S. Determinación del tamaño de las muestras en los estudios sanitarios. Manual práctico. Ginebra: OMS. 1991(acceso 19 de junio del 2017). Disponible en:
https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiKlvvUvsvUAhXIYyYKHTkdAnEQFggpMAE&url=http%3A%2F%2Fapps.who.int%2Firis%2Fbitstream%2F10665%2F37589%2F1%2F9243544055_spa.pdf&usq=AFQjCNGHicniC4X5zEi7EhflG81qxATscQ
34. Merlyn M, Díaz E. Maltrato entre pares: incidencia y características generales en segundo a décimo grados de la educación básica particular, Quito, Ecuador. Rev

- Intern de Psicología y Educación enero-junio 2012(acceso 19 de junio del 2017)
;14(1): 91-118. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/802/80224034006.pdf>
35. Hamilton M. Proyecto de apoyo a la Evaluación Psicológica clínica. Universidad Complutense de Madrid. España. 1986 (acceso 27 de junio del 2017). Disponible en: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/TRASTORNOS%20DEL%20ESTADO%20DE%20ANIMO/ESCALA%20DE%20HAMILTON%20PARA%20LA%20EVALUACION%20DE%20LA%20DEPRESION%20HAM-D/HAM-D_F.PDF
36. DECLARACION DE HELSINKI DE LA ASOCIACION MEDICA MUNDIAL Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos (64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013),2017(acceso 19 de junio del 2017). Asociación Médica Mundial. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

ANEXOS

ANEXO 1

FORMULA PARA EL CALCULO DE MUESTRA Y DETERMINACION DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

$$n = \frac{Z^2 p * q * N}{e^2 (N-1) + Z^2 p*q}$$

$$p = 0.18^{(10)}$$

$$q = (1 - p) = 0.82$$

$$e = 0.05$$

$$Z = 1.96$$

$$N = 750$$

$$n = 175 \text{ adolescentes}$$

ANEXO II

PROCEDIMIENTO

Se solicitó la autorización del director de la Institución Educativa, luego se solicitó la autorización del padre o apoderado quien firmó un consentimiento informado, debido a que los escolares son menores de edad. Posteriormente se procedió a aplicar los instrumentos, en cada aula. En cada aula se seleccionó según un método al azar la cantidad de estudiantes a ser encuestado, tomando como referencia la nómina oficial de matrícula y de acuerdo a la proporción entre la población y muestra de cada grado y sección. Los participantes respondieron todas las preguntas sobre las cuales se aseguró la confidencialidad, para los fines ya anteriormente mencionados. No se requirió nombre ni ningún dato que pudiera comprometer su identidad.

ANEXO III

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN ESTUDIOS DE
INVESTIGACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA USO DE INFORMACIÓN DE
SALUD**

CONSENTIMIENTO:

Se me ha informado de manera adecuada en que consiste este trabajo de investigación. Todas mis preguntas sobre el estudio y mi participación en esta han sido atendidas. Libremente consiento a participar en este estudio de investigación.

Autorizo la aplicación de los test para valoración de mi disfunción familiar, bullying y depresión, así como el uso de la información recaudada con ellos para fines netamente académicos en cuanto a este estudio se refiere.

Al firmar esta hoja de consentimiento, no he renunciado a ninguno de mis derechos legales.

Firma del paciente: _____

Firma del investigador principal: _____

Fecha: _____

ANEXOS IV

INSTRUMENTO AUTO-TEST CISNEROS DE ACOSO ESCOLAR –

AUTOTEST CISNEROS

SEÑALA CON QUE FRECUENCIA SE PRODUCEN ESTOS COMPORTAMIENTOS EN EL COLEGIO		Nunca 1	Pocas veces 2	Muchas veces 3	A	B	C	D	E	F	G	H
1	No me hablan	1	2	3								
2	Me ignoran, hacen como si no estuviera.	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 apodos o sobrenombres	1	2	3								
7	Me amenazan para que haga cosas que no quiero	1	2	3								
8	Me obligan a hacer cosas que están mal	1	2	3								
9	Siempre estan fijándose o criticando todo lo que hago.	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 hacen sentir mal	1	2	3								
13	Me obligan a darles mis 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 mis 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 golpes, 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 rien 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 e l significado de lo que digo	1	2	3								
31	Se meten conmigo para hacerme llorar	1	2	3								
32	Me imitan para burlarse de mí	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 mí	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								

INTERPRETACION DE RESULTADOS

INTERPRETACIÓN DEL AUTOTEST DE CISNEROS

Índice Global de Acoso (M)

Para obtener la puntuación directa de la escala M, se han de sumar la puntuación obtenida entre las preguntas 1 a 50, donde se ha de obtener un índice entre 50 y 150 puntos

Escala de Intensidad de Acoso (I).

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

Descripción de las subescalas.

A.- Escala de Desprecio –Ridiculización

Esta área agrupa a los ítems de acoso escolar que pretenden distorsionar la imagen social del niño y la relación de los otros con él. Con ellas se trata de presentar una imagen negativa, distorsionada y cargada negativamente del niño. No importa lo que haga el niño, todo es utilizado y sirve para inducir el rechazo de otros. A causa de esta manipulación de la imagen del niño acosado, muchos otros niños se suman al gang o círculo de acoso de manera involuntaria. Ítems 2, 3, 6, 9, 19, 20, 26, 27, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 44, 46, 50.

B.- Escala de Coacción

Agrupa aquellas conductas de acoso escolar que pretenden que el niño realice acciones contra su voluntad. Mediante estas conductas quienes acosan al niño pretenden ejercer un dominio y un sometimiento total de su voluntad. Los que acosan son percibidos como poderosos por la víctima y el beneficio es el poder social del acosador. Ítems 7, 8, 11, 12, 13, 14, 47, 48.

C.- Escala de Restricción- Comunicación

Agrupa las acciones de acoso escolar que pretenden bloquear socialmente al niño. Así las prohibiciones de jugar en un grupo, de hablar o comunicarse con otros, o de

que nadie hable o se relacione con él, son indicadores que señalan un intento de quebrar la red social de apoyos del niño. Ítems 1, 2, 4, 5, 10.

D.- Escala de Agresiones

Agrupar las conductas directas de agresión ya sea física o psicológica. Esta es una escala que evalúa la violencia más directa contra el niño, aunque no siempre ésta es más lesiva psicológicamente. Las agresiones físicas, la violencia, el robo o el deterioro a propósito de sus pertenencias, los gritos los insultos son los indicadores de esta escala. Ítems 15, 19, 23, 24, 28, 29, 39.

E.- Escala de Intimidación-Amenazas

Agrupar aquellas conductas de acoso escolar que persiguen, amilantar, amedrentar, apocar o consumir emocionalmente al niño mediante una acción intimidatoria. Con ellas, quienes acosan buscan inducir el miedo en el niño. Sus indicadores son acciones de intimidación, amenaza, hostigamiento físico intimidatorio y acoso a la salida de clase. O incluso puede manifestarse en amenazas contra la familia de la víctima. Ítems 28, 29, 39, 40, 41, 42, 43, 47, 48,

F.- Escala de Exclusión-Bloqueo Social

Agrupar las conductas de acoso escolar que buscan excluir de la participación al niño acosado. El “tú no”, es el centro de estas conductas con las que el grupo que acosa, segrega socialmente al niño. Al ningunearlo, tratarlo como si no existiera, aislarlo, impedir su expresión, impedir su participación en juegos, se produce el vacío social en su entorno. Ítems 10, 17, 18, 21, 22, 31, 38, 41, 45.

G.- Escala de Hostigamiento Verbal

Agrupar aquellas conductas de acoso escolar que consisten en acciones de hostigamiento y acoso psicológico que manifiestan desprecio y falta de respeto y de consideración por la dignidad del niño. El desprecio, el odio, la ridiculización, la burla, el menosprecio, los sobrenombres o apodos, la malicia, la manifestación gestual de desprecio y la imitación burlesca son los indicadores de esta escala. Ítems 3, 6, 17, 19, 20, 24, 25, 26, 27, 30, 37, 38.

H.- Escala de Robos

Agrupar aquellas conductas de acoso escolar que consisten en acciones de apropiación de las pertenencias de la víctima ya sea de forma directa o por chantajes. Ítems 13, 14, 15, 16.

PUNTUACIONES

Para obtener la puntuación directa en la escala M, debe sumar la puntuación obtenida entre las preguntas 1 a 50: (1=Nunca), (2=Pocas veces) y (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 escolar 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 ESTABLECER QUE EXISTE ACOSO ESCOLAR O BULLIYNG

Se considerará la presencia de acoso escolar cuando la puntuación global será mayor a 55 puntos, caso contrario se considerará ausencia de acoso escolar

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 escalas de Acoso

BAREMOS DEL AUTOTEST DE CISNEROS

ESCALAS DE ACOSO	CENTILES	BAREMO GLOBAL DE CALIFICACIÓN						
		1 a 5	6 a 20	21 a 40	41 a 60	61 a 80	81 a 95	96 a 99
		MUY BAJO	BAJO	CASI BAJO	MEDIO	CASI ALTO	ALTO	MUY ALTO
M	ÍNDICE GLOBAL DE ACOSO	50		51 a 54	55 a 58	59 a 67	68 a 88	89 a 150
I	INTENSIDAD DEL ACOSO	0			1	2	3 a 10	11 a 50
A	DESPRECIO-RIDICULIZACIÓN	17	18	19	20 a 22	23 a 26	27 a 35	36 a 51
B	COACCION	8			9	10	11	12 a 24
C	RESTRICCIÓN-COMUNICACIÓN	5			6 a 7	8	9 a 11	12 a 15
D	AGRESIONES	7			8 a 10	11	12 a 14	15 a 21
E	INTIMIDACIÓN-AMENAZAS	10			11	12 a 14	15	16 a 30
F	EXCLUSIÓN- BLOQUEO SOCIAL	9			10	11	12 a 16	17 a 27
G	HOSTIGAMIENTO VERBAL	12	13	14 a 15	16 a 17	18 a 20	21 a 26	27 a 36
H	ROBOS	4			5	6	7	8 a 12

ANEXO V

INSTRUMENTO CUESTIONARIO DE APGAR FAMILIAR DE SMILKSTEIN - INTERPRETACION DE RESULTADOS

FUNCION	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad			
Me satisface la participación que mi familia me brinda y me permite			
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades			
Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor.			
Me satisface como compartimos en familia el tiempo para estar juntos.			

Para el registro de los datos el APGAR familiar, el cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que lo realice en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 2 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación:

0: Casi nunca

1: Algunas veces

2. Casi siempre

FUNCIÓN	PUNTAJE
Funcionalidad familiar	7 a 10 puntos
Disfunción familiar moderada	4 a 6 puntos
Disfunción familiar severa	0 a 3 puntos

FICHA TÉCNICA

ESCALA DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Primera publicación

Smilkstein G. The family apgar: a proposal for a family function test and its use by physicians. J Fam Pract 1978; 6(6) 1231-1239.

Objetivo del instrumento

Prueba de tamizaje para obtener una revisión rápida de los componentes del funcionamiento familiar.

Lugar en el que se desarrolló el instrumento

Departamento de Medicina Familiar, Universidad de Washington, Seattle, Washington, USA. Idioma original

Fundamentos teóricos

- Experiencia clínica, “elementos por los cuales puede medirse la salud funcional de la familia”.
- La selección de los elementos se hizo en función del juicio personal del autor acerca de la importancia que representan al ser temas comunes en la literatura de las ciencias sociales en relación con familias. Qué mide Medición cualitativa de la satisfacción de un miembro de la familia en relación con cada uno de los cinco componentes básicos del APGAR.

Conceptos operativos

- Familia: grupo psicosocial constituido por el paciente y una o más personas, infantes o adultos, en el cual hay un compromiso de sus miembros para cuidarse unos a otros.
- Familia saludable: unidad de cuidado que demuestra integridad de los componentes que evalúa el APGAR.
- Proceso de cuidado: es equiparado con la función familiar, la cual promueve desarrollo emocional y físico, así como maduración de todos sus miembros.

Constructos (dimensiones)

- Adaptación (*Adaptation*): cómo se comparten los recursos, o el grado en que un miembro de la familia está satisfecho con la ayuda o apoyo recibido cuando se requieren los recursos familiares.
- Asociación (*Partnership*): cómo comparten las decisiones o la satisfacción de los miembros con la mutualidad de la comunicación y la solución de problemas.
- Desarrollo o crecimiento (*Growth*): cómo se comparte el cuidado o la satisfacción de los miembros con la libertad disponible dentro de la familia para cambiar de roles y lograr crecimiento físico y emocional o maduración.
- Afecto (*Affection*): cómo se comparten las experiencias emocionales o la satisfacción de los miembros con la intimidad e interacción emocional que existe en la familia.
- Resolución (*Resolve*): cómo se comparte el tiempo (el espacio y el dinero) o la satisfacción con el tiempo comprometido con la familia por parte de sus miembros.

Tipo de reactivos

Aseveraciones de connotación positiva acerca de la percepción del sujeto que responde el test con base en cada dimensión del funcionamiento familiar y cómo le afecta a él.

Escala de medición

Tipo Likert con tres categorías: casi siempre, algunas veces, difícilmente (casi nunca).

Extensión del instrumento • Cinco reactivos.

Tipo de instrumento

- De autoaplicación.
- No requiere de personal especializado para su aplicación.

Forma de calificar

- Se asignan dos puntos a “casi siempre”, un punto a “algunas veces” y cero puntos a “casi nunca”.
- Se suman todos los puntajes al final.

Interpretación de los resultados

- Calificación de siete a 10: sugiere una familia *altamente funcional*.
- Calificación de cuatro a seis: sugiere una familia *moderadamente disfuncional*.
- Calificación de 0 a tres: sugiere una familia *altamente o severamente disfuncional*.

Propiedades psicométricas,

Los valores Alpha de Cronbach señalados por los estudios que han utilizado el APGAR comprende un rango entre 0,80 y 0,85 y las correlaciones entre sus ítems y la puntuación total entre 0,50 y 0,65 166. En la versión española, se ha hallado una fiabilidad test-retest superior a 0,75 y una consistencia interna elevada (Alpha de Cronbach = 0,84) La evaluación inicial de la validez por parte del autor de esta escala fue realizada a través del cálculo de correlaciones con el índice Alees-Satterwhite, así como con informes clínicos, obteniendo correlaciones de 0,80 y 0,64 respectivamente.

Administración: Individual o Colectiva.

Tiempo aproximado de aplicación: 3 minutos.

Población a la que va dirigida: Desde los 11 años.

ANEXO VI

ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA DEPRESIÓN DE ZUNG (SDS) - INTERPRETACION DE RESULTADOS.

Por favor lea cada enunciado y decida con qué frecuencia el enunciado describe la forma en que usted se ha sentido en los últimos días.

Por favor marque (✓) la columna adecuada.	Poco tiempo	Algo del tiempo	Una buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo
1. Me siento decaído y triste.				
2. Por la mañana es cuando me siento mejor.				
3. Siento ganas de llorar o irrumpo en llanto.				
4. Tengo problemas para dormir por la noche.				
5. Como la misma cantidad de siempre.				
6. Todavía disfruto la compañía de otra persona.				
7. He notado que estoy perdiendo peso.				
8. Tengo problemas de estreñimiento.				
9. Mi corazón late más rápido de lo normal.				
10. Me canso sin razón alguna.				
11. Mi mente está tan clara como siempre.				
12. Me es fácil hacer lo que siempre hacía.				
13. Me siento agitado y no puedo estar quieto.				
14. Siento esperanza en el futuro.				
15. Estoy más irritable de lo normal.				
16. Me es fácil tomar decisiones.				
17. Siento que soy útil y me necesitan.				
18. Mi vida es bastante plena.				
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.				
20. Todavía disfruto de las cosas que me gustaban antes				

INTERPRETACION DE ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA DEPRESIÓN DE ZUNG (SDS)

La escala de autoevaluación para la depresión de Zung fue diseñada por W.W.Zung para evaluar el nivel de depresión en pacientes con algún desorden depresivo.

La escala de autoevaluación para la depresión de Zung es una encuesta corta que se auto administra para valorar que tan deprimido se encuentra un paciente. Hay 20 asuntos en la escala que indican las 4 características más comunes de la depresión: el efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones, y las actividades psicomotoras.

Hay diez preguntas elaboradas de forma positiva, y otras diez, de forma negativa. Cada pregunta se evalúa en una escala de 1-4 (poco tiempo, algo de tiempo, una Buena parte del tiempo, y la mayor parte del tiempo).

El rango de calificación es de 20-80.

- 25-49 rango normal
- 50-59 Ligeramente deprimido
- 60-69 Moderadamente deprimido
- 70 o más, Severamente deprimido

ANEXO VII

VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

Según Merlyn M, et al, en el autoexamen de Cisneros, la consistencia interna o confiabilidad medida por Alfa de Cronbach se obtuvo como resultado 0. 0.9621 que indica que el instrumento tiene buena consistencia interna entre los ítems, lo que revela que están contruidos hacia el mismo constructo Bullying y basados en la validez de contenido.³⁴

En el caso de En la confiabilidad el instrumento del Test de APGAR familiar en la versión española, se ha hallado una fiabilidad test-retest superior a 0,75 y una consistencia interna elevada (Alpha de Cronbach = 0,84).³⁴

La Escala Autoaplicada de Depresión de Zung (Self-Rating Depression Scale, SDS). Los índices de correlación con otras escalas y con el juicio clínico global oscilan entre 0.50 y 0.80. Los índices de fiabilidad son buenos (índices de 0,70-0,80 en la fiabilidad dos mitades, índice a de Cronbach entre 0,79 y 0,92).³⁵

