



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TITULO:

“PRESENCIA DE BULLYING Y SU INCIDENCIA EN LA DEPRESIÓN INFANTIL EN NIÑOS DE 8-12 AÑOS, DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA LUIS URDANETA, DEL CANTON PINDAL, PROVINCIA DE LOJA, PERIODO ENERO-JULIO 2015”.

TESIS PREVIA A LA
OBTENCIÓN DEL TITULO DE
PSICOLÓGA CLINICA

Autora:

Jessica Elizabeth Apolo Torres.

Directora:

Dra. Alicia Costa Aguirre. Mg. Sc.

LOJA-ECUADOR.

2015



Loja, 22 de Julio del 2015.

CERTIFICACIÓN

Dra. Alicia Costa Aguirre. Mg. Sc.

DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CERTIFICA:

Haber revisado y orientado el trabajo de investigación sobre el tema titulado: **“PRESENCIA DE BULLYING Y SU INCIDENCIA EN LA DEPRESIÓN INFANTIL EN NIÑOS DE 8-12 AÑOS, DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA LUIS URDANETA, DEL CANTON PINDAL, PROVINCIA DE LOJA, PERIODO ENERO-JULIO 2015”**. De autoría de la estudiante Jessica Elizabeth Apolo Torres, previa a la obtención del título de Psicóloga Clínica, el mismo que cumple con los requisitos establecidos por la Universidad Nacional de Loja, por lo tanto autorizo su presentación para la sustentación y defensa ante el tribunal de grado.

Dra. Alicia Costa Aguirre. Mg. Sc.

DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Jessica Elizabeth Apolo Torres, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes Jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional - Biblioteca Virtual.



.....
Jessica Elizabeth Apolo Torres

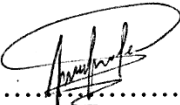
1104034143

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Jessica Elizabeth Apolo Torres, declaro ser autor de la tesis titulada: **“PRESENCIA DE BULLYING Y SU INCIDENCIA EN LA DEPRESIÓN INFANTIL EN NIÑOS DE 8-12 AÑOS, DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA LUIS URDANETA, DEL CANTON PINDAL, PROVINCIA DE LOJA, PERIODO ENERO-JULIO 2015”**, como requisito para optar por el grado de Psicóloga Clínica, autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o la copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización se firma en la ciudad de Loja, a los 22 días del mes de julio.



.....

Firma

Autora: Jessica Elizabeth Apolo Torres.

Cédula: 1104034143

Dirección: San José Alto. Calles: Francisco Arias y Gaspar de Villarroel.

Correo Electrónico: jessy_eliz26@hotmail.com

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de Tesis: Dra. Alicia Costa Aguirre. Mg. Sc.

Tribunal de Grado:

Presidenta: Dra. María Susana González García. Mg. Sc.

Vocal: Dr. Nerio Vicente Silva Aguilar. Mg. Sc.

Vocal: Lic. Diego Segundo Andrade Mejía.

DEDICATORIA.

Primeramente a Dios por darme la oportunidad de vivir y regalarme una familia maravillosa.

A mis padres, especialmente a mi madre Ulvia, por darme ánimos, fuerza y su amor incondicional.

*A mis hermanos Mauro, Fer, Cris, Rosy y Estuar,
por brindarme su cariño y apoyo incondicional,
para que culmine mi carrera universitaria.*

*A mis sobrinos Brittany,
Ricky y Thiago que con su
sonrisa alegran mi vida.*

A mis demás familiares y amigos por sus votos de confianza y comprensión.

La autora.

AGRADECIMIENTO.

Primordialmente a Dios por darme su amor y la vida, para llevar a cabo el presente trabajo Investigativo.

Mi agradecimiento especial a mí Directora de Tesis Dra. Mg. Sc. Alicia Costa Aguirre, que con su constancia y perseverancia ha contribuido decididamente a la exitosa finalización de esta tesis, y con ello llegar a la meta propuesta.

A la Universidad Nacional de Loja, en especial a la carrera de Psicología Clínica, del Área de la salud Humana, por haberme formado profesionalmente.

A los docentes de La Universidad Nacional de Loja, por brindarme sus conocimientos y consejos para mi formación profesional.

A la Directora de la Escuela de Educación Básica “Luis Urdaneta”, Lic. Rosmeri Marin a los niños y docentes del centro educativo por proporcionarme las facilidades necesarias para llevar a cabo mi Investigación.

I. TITULO

“PRESENCIA DE BULLYING Y SU INCIDENCIA EN LA DEPRESIÓN INFANTIL EN NIÑOS DE 8-12 AÑOS, DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA LUIS URDANETA, DEL CANTON PINDAL, PROVINCIA DE LOJA, PERIODO ENERO-JULIO 2015”.

II. RESÚMEN

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), considera que la depresión infantil ocupa el cuarto lugar como causa de morbilidad en el mundo, con tasas de prevalencia elevadas que alcanzan entre el 8% y el 20% en niños y adolescentes. De ahí la importancia de desarrollar esta investigación, cuyo objetivo es Identificar la presencia de Bullying y su incidencia en la Depresión Infantil en niños de 8-12 Años, de la Escuela de Educación Básica Luis Urdaneta, del cantón Pindal, Provincia De Loja. La investigación fue de tipo descriptivo - transversal, por cuanto señaló la relación del Bullying con los estados depresivos en los niños y su finalidad aplicada. Se trabajó con un universo de 190 niños; a los cuales se les aplicó el Cuestionario sobre preconcepciones de intimidación y maltrato entre iguales PRECONCIMEI y el Inventario de Depresión Infantil CDI, los cual solventaron datos básicos que guiaron el diagnóstico psicológico. El Cuestionario PRECONCIMEI, dio a conocer las formas de violencia frecuentes en el centro educativo, estableciendo que son las manifestaciones verbales como: insultar o poner apodos, (67,36%) la más frecuente; otra forma fue el daño físico, (13,68%) seguido de reírse o dejar en ridículo a otro/a niño/a, (6,84%). El Inventario de Depresión Infantil, permitió determinar, que el 31% de investigados presentan una depresión mínima y moderada. Estas cifras permiten concluir que el Bullying, incide en la Depresión Infantil, en los niños investigados, de ahí la necesidad de intervenir psicológicamente, mediante un tratamiento integral, en la perspectiva de brindar técnicas terapéuticas, que ayuden a mejorar el estado emocional de los niños.

Palabras claves: Bullying, Acoso Escolar, Depresión Infantil, Intervención psicológica.

SUMMARY

According to OMS (World Health Organization) considered that the Childhood depression occupies the fourth place as cause of morbidity in the world, with high prevalent rates which reaches between 8% and 20% in children and teenagers.

Thus the importance to develop this research work, whose objective is to identify bullying presence and its incidence in the child depression on children from 8 to 12 years old, in the Education Basic School Luis Urdaneta of the Pindal Canton of Loja Province. The investigation was the kind of descriptive-transversal, being as it pointed out the relationship between the bullying with the depressive conditions on children and the application of its purpose. It was taken a sample of 190 students to whom were applied the survey about their pre conceptions of peer intimidation and abuse. PRECONCIMEI and the inventory of the Child Depression, CDI which showed basic data that guided the Psychological diagnostic. The PRECONCIMEI, showed the frequent ways of violence in the educative center, establishing verbal manifestations like: taunt or name calling, (67,36%) the but frequent; other way was physical abuse (13,68%), followed by laugh down another child (6,84%). The inventory of Child Depression allowed to determine that the 31% of the sample showed minimum or moderated depression. The numbers allow to conclude that bullying have impact in the Child Depression on investigated children, based on it comes the need of a Psychology intervention throughout an integral treatment, in order to offer therapeutic companion which pursue to the improvement of their emotional states of these children.

Key words: Bullying, harassment, Child Depression, Psychology Intervention.

III. INTRODUCCIÓN.

El fenómeno de Bullying o acoso escolar, también llamado intimidación, maltrato, violencia, hostigamiento, se está convirtiendo en un tema importante de la realidad escolar en todo el mundo y se refiere, específicamente, a maltrato físico o verbal sistemático por parte de uno o más alumnos hacia otro.

De acuerdo con un estudio sobre violencia entre estudiantes en América Latina, realizado por la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), Ecuador se encuentra en el puesto No. 7 de un total de 16 países de la región, respecto al porcentaje de estudiantes de sexto grado de primaria que declara haber sido víctimas de robo, insultos o golpes en su escuela en un 62%. (CEPAL, 2013).

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), la depresión infantil, se considera que ocupa el cuarto lugar como causa de morbilidad en el mundo, con tasas de prevalencia elevadas que alcanzan entre el 8% y el 20% en niños y adolescentes. (Tomas, 2007)

Lamentablemente el acoso escolar, pasa desapercibido en las instituciones educativas es por ello que puede generar secuelas personales y sociales además pueden crear graves problemas psicológicos y emocionales cuyos efectos frecuentemente se mantienen durante toda la vida adulta si no es abordada a tiempo, por lo cual dada la relevancia de este fenómeno y debido a las pocas investigaciones sobre el abordaje psicológica de la misma, la presente investigación trata sobre el Bullying y su incidencia en la depresión infantil, en los niños de 8-12 años de la Escuela de Educación Básica Luis Urdaneta, del cantón Pindal, Provincia de Loja.

El estudio se lo efectuó, en la perspectiva de conocer la presencia de Bullying e identificar la sintomatología depresiva además diseñar un plan de intervención psicoterapéutica, que propenda a mejorar el estado emocional en los niños con Bullying de la Escuela de Educación Básica Luis Urdaneta del cantón Pindal.

La investigación está constituida de un referente teórico, en el cual se abordaron temáticas inherentes a esta problemática como: definición, epidemiología, factores de riesgo, teorías de agresividad, tipos de acoso, perfiles psicosociales de la víctima, agresor y observador, se analizó la depresión infantil, la prevención y tratamiento.

Metodológicamente, la investigación es cuantitativa- cualitativa y su tipo de estudio fue descriptivo / transversal.

La población a investigar fueron 190 niños que acuden a la Escuela de Educación Básica Luis Urdaneta del cantón Pindal; a los cuales para poder obtener los resultados se les aplico dos instrumentos, el Cuestionario de Preconcepción de Intimidación y Maltrato entre Iguales (PRECONCIMEI) y el Inventario de depresión Infantil CDI.

El PRECONCIMEI, dio a conocer las formas de violencia que son las manifestaciones verbales como: insultar o poner apodos, 67,36%; otra forma fue el daño físico; 13,68% seguido de reírse o dejar en ridículo a otro/a niño/a, 6,84%.

El Inventario de Depresión Infantil CDI, permitió establecer que el 31% de investigados presentan una depresión mínima y moderada.

Resultados que permitieron concluir, que el maltrato físico, psicológico, intimidatorio, persisten en la sintomatología de la depresión, por lo cual es de vital importancia intervenir psicológicamente, mediante un tratamiento integral, con el propósito, de brindar técnicas de afrontamiento, que ayuden a mejorar el estado emocional de los niños.

De esta manera se justifica el siguiente trabajo investigativo con la satisfacción de haber podido contribuir de alguna forma en la resolución de este problema, incrementando el conocimiento a través de la investigación, y a partir de ella poder promocionar la salud mental para prevenir las patologías y mejorar la calidad de vida.

IV. REVISIÓN DE LITERATURA.

1. EL BULLYING

1.1.DEFINICIÓN:

Literalmente, del inglés “Bully” significa matón o agresor. En este sentido la palabra bullying puede ser utilizada como acoso escolar, hostigamiento, intimidación, maltrato entre pares, maltrato entre niños, violencia de pares o violencia entre iguales.

Dan Olweus (1983), uno de los pioneros de la Investigación, lo define como una conducta de persecución física y o/ psicológica que realiza un/a alumno/a contra otro/a, al que escoge como víctima de repetidos ataques. Esta acción negativa, e intencionada, sitúa a la víctima en una posición de la que difícilmente puede escapar por sus propios medios. La continuidad de estas conducta de maltrato provoca en la victima efectos claramente negativos: descenso de la autoestima, estados de ansiedad e incluso cuadros depresivos, lo que dificulta su integración en el medio escolar y en el desarrollo normal del aprendizaje.

Fernández y Palomero, (2001), la define como: “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”.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como:

“El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” (OMS, 2002)

El bullying, no es en absoluto trivial ni causal, sino negativo e intencionado, y sitúa a las víctimas en posiciones de las que difícilmente pueden salir por sus propios medios por lo que la erradicación del acoso escolar es responsabilidad compartida de los centros educativos y de los niños victimizados o sus familias (Oñate, 2007)

Para el autor Ortega 2008 define al bullying como un fenómeno de violencia interpersonal que implica el abuso de poder, intimidación, exclusión, acoso, amenaza, malos tratos físicos, psicológicos o relacionales. Provoca un daño importantísimo en la víctima e impunidad para el agresor

1.2.FACTORES DE RIESGO DE VIOLENCIA ESCOLAR.

“Se consideran factores de riesgo aquellas características, o particularidades a nivel personal, familiar, escolar o cultural, en las que existe una probabilidad mayor que se produzca un determinado fenómeno. (Sanmartín, 2004)

1.3.FACTORES FAMILIARES

- Patrones educativos autoritarios, métodos coactivos, violentos y uso de disciplina autoritaria.
- Incoherencia en el uso de la autoridad. Permisividad e inconsistencia educativa.
- Ser educado con violencia enseña que esa es la forma como hay que comportarse.
- Refuerzo por parte de los adultos de formas violentas y agresivas. (Martínez, 2006)

Prácticas de crianza inadecuadas por los padres de familia: autoritarias o negligentes.

Tenemos las siguientes:

- ✓ **Maltrato intrafamiliar:** Las secuelas físicas y psicológicas del maltrato recibido determinarán sus relaciones con personas significativas y su relación con el mundo.
- ✓ **Familia disfuncional:** En estas familias la jerarquía, la estructura y las funciones de los distintos miembros no están bien delimitadas.
- ✓ **Pobres o escasos canales de comunicación:** La comunicación clara y directa propicia las relaciones estables, el aprendizaje de valores, la toma de decisiones y el fortalecimiento de la identidad.
- **Poco tiempo compartido en familia:** Lo que puede provocar una especie de soledad afectiva que afecta sobre todo a los niños, que para su desarrollo necesitan la atención, el cariño y la presencia activa de los padres. (Martínez, 2006)

1.4.FACTORES ESCOLARES

- Metodologías no cooperativas.
- Disciplinas autoritarias, punitivas, sancionadoras e inconsistentes.
- Falta de normas establecidas democráticamente y asumidas por la comunidad.
- Falta de canales de comunicación, Clima de clase insano.
- Falta de tutorización y/o monitorización.
- Ausencia de programas antibullying en los centros educativos.
- Falta de cultura preventiva del bullying en la comunidad educativa. (Martínez, 2006)

OTROS FACTORES ESCOLARES.

- Políticas educativas que no sancionan adecuadamente las conductas violentas.
- Ausencia de transmisión de valores y contenidos excesivamente academicistas.
- Falta de atención a la diversidad cultural.
- Problemática del profesorado: vulnerabilidad psicológica, carencia de una metodología adecuada para el control de la clase.
- Falta de reconocimiento social respecto a la labor profesorado.
- Ausencia de la figura del maestro. (Olweus D. , 2008)

1.5.FACTORES SOCIALES Y CULTURALES

- ❖ Violencia estructural.
- ❖ Creencias y costumbres sociales frente al bullying.
- ❖ Medios de comunicación social y modelos que “extienden-reproducen”.
- ❖ Valores socialmente aceptables.
- ❖ Altos umbrales de sensibilización hacia los modelos de dominio-sumisión y violencia. (Martínez, 2006)

1.6.FACTORES PERSONALES

- Temperamento.
- Aprendizaje de conductas violentas o sumisas durante la infancia.
- Experiencias previas de haber sido maltratado por adultos.

- Falta de autocontrol personal.
- Inhabilidad social. (Martínez, 2006)

1.7.TEORIAS DE LA AGRESIVIDAD.

La agresividad es natural a los seres humanos, es una energía que nos permite mantenernos vivos, es una fuerza emocional que nos permite protegernos, y adaptarnos a los ataques que vienen del exterior, lo importante es como lo regulamos, es decir la necesidad de activar la pulsión agresiva frente a ciertas situaciones y frenarla en otras. (Valadez 2008).

Para el autor Fernández, el termino agresión debería utilizarse para designar un acto en sí, un acto palpable y efectivo, la agresividad sin embargo es el término empleado para designar la tendencia o disposición inicial que dio lugar a la posterior agresión.

Martilla y Mackal (1983), hablan de teorías que intentan explicar las conductas agresivas en el ser humano, entre las principales se encuentran las siguientes:

La teoría de la Frustración: Desarrollada en 1939, afirma que cualquier agresión puede ser atribuida a una frustración previa, generando la aparición de un proceso de cólera en el individuo y de esta manera se produce agresión física o verbal. La Teoría psicoanalítica de Freud de igual forma considera a la agresión como una conducta gobernada por instintos.

Teoría Sociológica: Durkheim (1983), concibe como una causa determinante de la agresividad la influencia del entorno social, coincidiendo con la teoría del Aprendizaje Social de Bandura, quien alega que la conducta agresiva no es innata, a lo contrario es aprendida por observación.

La Teoría Bioquímica o Genética: Explica como el comportamiento agresivo es desencadenado como consecuencia de una serie de procesos bioquímicos que tienen lugar en el interior del organismo y en los que desempeña un papel decisivo las hormonas.

Por lo expuesto anteriormente, se puede comprobar que la conducta agresiva tiene un origen multicausal, productos de instintos, del aprendizaje social y según la carga genética con la que nace cada individuo, es difícil afirmar la influencia de un solo factor responsable

de la conducta agresiva de la persona, pero se podría decir que el ser humano nace con cierta predisposición para ser agresivo por la misma composición biogenética; sin duda el medio ambiente donde crece constituirá el factor determinante en el moldeamiento de la conducta.

1.8.TIPOS DE MALTRATO O BULLYING.

Corresponde a las diferentes formas como puede presentarse el bullying en la escuela; y está en función del comportamiento de los compañeros/as, docentes o los adultos.

- 1.8.1. **Exclusión social:** Pretende aislar a la víctima del resto del grupo y compañeros. Por ejemplo: no dejarlo participar, ignorarlo completamente, excluirlo de actividades a propósito, obligarlo a hacer cosas que no quiere.
- 1.8.2. **Verbal:** Es el que se lleva a cabo a través de insultos y apodosos principalmente también son frecuentes los menosprecios en público para poner en evidencia al débil.
- 1.8.3. **Psicológico:** Son acciones encaminadas a disminuir la autoestima y fomenta su sensación de inseguridad y temor además existe una persecución, intimidación, tiranía, chantaje, manipulación y amenazas al otro, por parte del que se considera más fuerte.
- 1.8.4. **Físico:** Es la demostración de superioridad o poder que se lo lleva a cabo por medio de golpes, patadas, puñetazos, agresiones con objetos, empujones o se organiza una paliza al acosado. Este tipo de maltrato se da con más frecuencia en la escuela primaria que en la secundaria. (Martinez J. M., 2002)
- 1.8.5. **Ciberbullying:** se produce mediante las redes sociales, llámese correos electrónicos, facebook, twitter y/o teléfonos móviles, a través de los cuales se difunden comentarios agresivos, insultos y amenazas, fotos trucadas, mensajes de textos agraviantes, difusión de videos; incluye, además, la apropiación y/o usurpación de la dirección electrónica y contraseña de la víctima para fines obscenos y humillantes. (Julio Carozzo, 2012)

1.9.PERFILES PSICOSOCIALES.

A través de los diferentes estudios e investigaciones, ha sido posible delimitar los perfiles psicosociales de los distintos participantes en el Bullying:

1.9.1. Agresor.

Presentan una fuerte necesidad de dominar y someter a otros compañeros y salirse siempre con la suya, son niños populares que parecen “tenerlo todo”, con cantidades de amigos y con buenas calificaciones. Pero al mirar su mente por dentro encontraremos algo que todos tienen en común: algo o alguien los hace sentir inseguros, de modo que ellos fanfarronean y agreden, para sentirse mejor ellos mismos.

Se debe considerar que cada uno es diferente y vive diferentes experiencias.

1.9.1.1.Personalidad.

- Agresivo y fuerte impulsividad.
- Ausencia de empatía.
- Poco control de la ira.
- Percepción errónea de la intencionalidad de los demás: siempre de conflicto y agresión hacia él.
- Autosuficiente.
- Capacidad exculpatoria: Sin sentimiento de culpabilidad (“el otro se lo merece”).
- Bajo nivel de resistencia a la frustración.
- Escasamente reflexivo o hiperactivo.
- Incapacidad para aceptar normas y convenciones negociadas.
- Déficit en habilidades sociales y resolución de conflictos.
- Su evolución en el futuro puede derivar, si no se trata, hacia la delincuencia o la agresión familiar. (Renavente, 2004)

Olweus (1988) señala al agresor/a con temperamento agresivo e impulsivo y con deficiencias en habilidades sociales para comunicar y negociar sus deseos. Le atribuye falta de empatía hacia el sentir de la víctima y falta de sentimiento de culpabilidad. También

denotan falta de control de la ira y nivel alto de los sesgos de hostilidad que hace que intérprete sus relaciones con los otros como fuente de conflicto y agresión hacia su propia persona. Serían según el autor noruego, violentos, autosuficientes y no mostrarían un bajo nivel de autoestima.

1.9.1.2.Aspectos físicos:

- ❖ Sexo masculino.
- ❖ Mayor fuerza física.

1.9.1.3.Ámbito social y familiar.

- Dificultades de integración social y escolar.
- Carencia de fuentes de lazos familiares.
- Bajo interés por la escuela.
- Emotividad mal encauzada en la familia.
- Permisividad familiar respecto al acceso del niño a la violencia.
- Reflejo de cómo ejercen sobre él la violencia.
- Puede sentir que sus padres o los maestros no le prestan suficiente atención.
- Ha vistos a sus padres o a sus hermanos mayores obtener lo que querían poniéndose enojados y agresivos con otras personas.
- El mismo sufre las agresiones de otro chico o de uno de sus hermanos o de sus padres.
- Está expuesto a mucha violencia en el cine, la televisión, o videojuegos.

Sin embargo no siempre los que ejercen el bullying son especialmente conflictivos como podría deducirse de estas características. En ocasiones los chicos pueden ser mejores con el agresor cuando están solos con la víctima y sin embargo unirse luego a los amigos para burlarse de él. La presión de los demás es importante en estas edades. A veces no son plenamente conscientes de que están haciendo tanto daño. Pueden pensar que se están divirtiendo.

Algunas personas actúan como agresores durante uno o dos años y luego dejan de hacerlo. Puede suceder también lo contrario: algunas personas son víctimas de los agresores cuando son jóvenes y cuando crecen y adquieren más confianza en sí mismos, se convierten en agresores. Algunos chicos actúan como agresores con una sola persona. (Renavente, 2004)

1.9.1.4. Características del agresor.

- a) Son impulsivos y de enfado fácil
- b) No muestran ninguna solidaridad con los compañeros victimizados
- c) A menudo son desafiantes y agresivos hacia los adultos, padres y profesorado incluidos
- d) A menudo están involucrados en actividades antisociales y delictivas como vandalismo, delincuencia y drogadicción
- e) En el caso de los chicos son a menudo más fuertes que los de su edad y, en particular, que sus víctimas.

1.9.1.5. Tipología.

Olweus (1988) define dos perfiles de agresor/a:

Activo: el que agrede personalmente, estableciendo relaciones directas con su víctima y el/la social-indirecto/a que logra dirigir, a veces en la sombra, el comportamiento de sus seguidores a los que induce a actos de violencia y persecución de inocentes.

Además de estos prototipos se identifica a otro colectivo que participa pero no actúa en la agresión que son los agresores **pasivos** (seguidores o secuaces del agresor/a).

1.9.2. Víctima.

- ❖ Generalmente, cuando un agresor ha elegido a alguien, se podrá identificar fácilmente a la víctima.
- ❖ Suelen ser niños tímidos, inseguros, menos fuertes físicamente, etc. Tiene muy poca confianza en sí misma y no parece poder defenderse sola.

1.9.2.1. Personalidad.

- Personalidad insegura.
- Baja autoestima (causa y consecuencia del acoso escolar)
- Alto nivel de ansiedad.
- Débiles, sumisos.
- Introversos, tímidos, Con dificultades de relación y de habilidades sociales.
- Generalmente evitativo, no tiene amigos y pasa solo.
- Inmaduro para su edad.

- Indefensión aprendida. Algunos chicos/as parecen entrar en una espiral de victimización después de sufrir uno o dos episodios de agresión por parte de otros. Seguramente su incapacidad para afrontar un problema poco serio, les lastimo su autoestima y empezaron a considerarse víctimas antes de serlo.

- Comienza teniendo trastornos psicológicos y trata de escaparse de la agresión. Protegiéndose con enfermedades imaginarias o somatizadas. Lo que puede derivar a trastornos psiquiátricos. (Renavente, 2004)

Según Avilés (2003) se suele señalar a las víctimas como débiles, inseguras, ansiosas, cautas, sensibles, tranquilas y timidas y con bajos niveles de autoestima. Especialmente se ha valorado en el comportamiento de las víctimas de la violencia la autoestima y su relación con los efectos contextuales de sus compañeros/as considerándose una constante entre el alumnado que sufre violencia. La opinión que llegan a tener de si mismos y de su situación es muy negativa.

1.9.2.2. Aspectos físicos.

- Más frecuente en varones.

- Menos fuertes físicamente.

- Rasgos físicos (lentes, obesidad, color de pelo, raza. Una vez que el agresor elige la víctima explotaría estos rasgos diferenciadores para agredirlo físico y psicológicamente).

1.9.2.3.Ámbito Familiar.

Sobreprotección familiar.

Niños dependientes y apegados al hogar familiar.

1.9.2.4.Ámbito social.

Mayor dificultad para hacer amigos. En algunos casos los chicos que tienen dificultad para hacer amigos y cuando lo hacen, se apegan excesivamente a ellos, creando lazos de dependencia, suelen estar obligados a obedecer, incluso cuando no suelen estar de acuerdo con lo que los amigos les proponen. Esto crea vulnerabilidad social y predispone a la sumisión y a la victimización.

En el caso de los chicos considerados como los menos populares de la clase, con pobre red social de apoyo (compañeros y profesores), no manteniendo tras de sí un grupo que le proteja- el aislamiento social. Si no encuentra pronto una forma de reorganizar su vida social, puede profundizar en su soledad y crearse un estado de miedo que predispondrá a los otros contra él/ella a veces. El chico que es víctima de otros, en alguna ocasión, se recluye en sí mismo. (Renavente, 2004)

1.9.2.5.CARACTERÍSTICAS DE LA VICTIMA

- a) Son prudentes, sensibles, callados, apartados y tímidos
- b) Son inquietos, inseguros, tristes y tienen baja autoestima
- c) Son depresivos y se embarcan en ideas suicidas mucho más a menudo que sus compañeros
- d) A menudo no tienen ni un solo buen amigo y se relacionan mejor con los adultos que
- e) Con sus compañeros
- f) En el caso de los chicos, a menudo, son más débiles que sus compañeros.

Algunas de estas características han contribuido, muy probablemente, a hacerlos víctimas de acoso escolar. Al mismo tiempo es obvio que el acoso repetitivo por parte de los

compañeros tiene que haber aumentado considerablemente su inseguridad y la propia evaluación negativa. De acuerdo con esto, parte de estas características son tanto causa como consecuencia del acoso escolar. (Olweus D. , 2003)

1.9.2.6.TIPOLOGÍA.

Victima activa o provocativa: suele exhibir sus propios rasgos característicos, combinando un modelo de ansiedad y de reacción agresiva, lo que es utilizado por el agresor para excusar su propia conducta. La víctima provocativa suele actuar como agresor mostrándose violenta y desafiante.

Suelen ser alumnos/as que tienen problemas de concentración y tienden a comportarse de forma tensionada e irritante a su alrededor. A veces suelen ser tildados de hiperactivos y lo más habitual es que provoquen reacciones negativas en gran parte de sus compañeros/as.

La víctima pasiva: es la más común. Son sujetos inseguros, que se muestran poco y que sufren calladamente el ataque del agresor/a. Su comportamiento, para el agresor/a, es un signo de inseguridad y desprecio al no responder al ataque y al insulto. Olweus (1988) caracteriza ese modelo de ansiedad y de reacción sumisa combinado (en los chicos), con la debilidad física que les caracteriza. Relación social en general las víctimas son sujetos rechazados, difícilmente tienen un verdadero amigo en clase y les cuesta mucho trabajo hacerlos. Son los menos populares de la clase si nos atenemos a los datos sociométricos. Son niños/as aislados/as que tienen unas redes sociales de apoyo con compañeros/as y profesorado muy pobres. Sin embargo desarrollan una mayor actitud positiva hacia su profesorado que los agresores/as. (Olweus 1988).

1.9.3. LOS ESPECTADORES.

Son aquellos que observan sin intervenir pero frecuentemente se suman sin intervenir, pero frecuentemente se suman a las agresiones y amplifican el proceso. Es por ello que se fomenta la participación en los actos de intimidación o también por el miedo de sufrir las mismas consecuencias si se ofrece apoyo a la víctima. (Collell, 2006).

1.9.3.1.PORQUE PERMITEN LOS ESPECTADORES QUE OCURRA EL BULLYING.

- Esas personas desean “ponerse del lado”, del agresor porque eso las hace sentirse fuertes. Al ponerse a lado de la víctima las haría sentirse débiles
- Se divierten con las agresiones.
- No creen que protestar pueda ayudar.
- Temen que si dicen algo, el agresor se iría contra ellos.
- Sienten que están sacando de sí sus frustraciones al lastimar a alguien, aunque ellos mismo no estén lastimando a la víctima sino mirando cómo la lastiman. (Renavente, 2004)

1.9.3.2.CARACTERÍSTICAS DE LOS ESPECTADORES DEL BULLYING.

Pueden dividirse entre:

- a) **Compinches:** Amigos íntimos y ayudantes del agresor.
- b) **Reforzadores:** Aunque no acosan de manera directa, observan las agresiones y las aprueban e incitan.
- c) **Ajenos:** Se muestran como neutrales y no quieren implicarse, pero al callar están tolerando el Bullying.
- d) **Defensores:** Pueden llegar a apoyar a la víctima del acoso.

El espectador, probablemente sin saberlo, está contribuyendo al mantenimiento del problema, pues con su silencio impide que el profesorado o la familia puedan intervenir. (Cerezo, 2002)

1.10. ESCENARIOS MÁS FRECUENTES PARA EL BULLYING

Sus escenarios más frecuente en los niños de primaria suele ser el patio de recreo, entre otros contextos, tales como:

- Aulas.

- Pasillos.
- Baños.
- Los trayectos a la escuela.
- Al regresar a casa.
- En los cambios de clase.

Es importante saber que no es bullying cuando alguien juega de manera brusca pero amistosa con el otro.

Sin embargo, para que en la escuela exista una convivencia respetuosa y solidaria, es indispensable que cualquier manifestación de violencia sea atendida.

1.11. CONSECUENCIAS PARA EL O LOS AGRESORES.

Está sujeto a consecuencias indeseadas y puede suponer para él/ella un aprendizaje sobre cómo conseguir los objetivos y por tanto, estar en la antesala de la conducta delictiva. La conducta del agresor consigue un refuerzo sobre el acto agresivo y violento como algo bueno y deseable y por otra parte se constituye como método de tener un status en el grupo, una forma de reconocimiento social por parte de los demás.

Si ellos aprenden que esa es la forma de establecer los vínculos sociales, generalizarán esas actuaciones a otros grupos en los que se integren, donde serán igualmente molestos.

Incluso cuando se vayan a emparejar, pueden extender esas formas de dominio y sumisión del otro llegando a la violencia intrafamiliar. (Schwarz, 2013)

1.12. CONSECUENCIAS PARA LA VÍCTIMA.

Sus consecuencias pueden ser nefastas ya que puede desembocar en fracaso y dificultades escolares, niveles altos y continuos de ansiedad y más concretamente ansiedad anticipatoria, insatisfacción, fobia a ir a la escuela, riesgos físicos y en definitiva conformación de una personalidad insegura e insana para el desarrollo concreto e integral de la persona. Olweus (1983) señala que las dificultades de la víctima para salir de la situación de ataque por sus propios medios provocan en ellas efectos claramente negativos como el descenso de la autoestima, estados de ansiedad e incluso cuadros depresivos con la

consiguiente imposibilidad de integración escolar y académica. En este sentido, cuando la victimización se prolonga, pueden empezar a manifestar síntomas clínicos que se pueden encuadrar en cuadros de neurosis, histeria y depresión. Por otra parte, ello puede suponer una dañina influencia sobre el desarrollo de su personalidad social. La imagen que termina teniendo de sí mismos pueden llegar a ser muy negativa en cuanto a su competencia académica, conductual y de apariencia física. En algunos casos pueden desencadenar reacciones agresivas en intentos de suicidio.

Evidente baja autoestima, actitudes pasivas, pérdida de interés por los estudios lo que puede llevar a una situación de fracaso escolar, trastornos emocionales, problemas psicosomáticos, depresión, ansiedad, pensamientos suicidas, lamentablemente algunos niños, para no tener que soportar más esa situación se suicidan. (Schwarz, 2013)

1.13. CONSECUENCIAS PARA LOS/AS ESPECTADORES/AS.

Los/as espectadores/as no permanecen ilesos/as respecto de estos hechos y les suponen un aprendizaje sobre cómo comportarse ante situaciones injustas y un refuerzo para posturas individualistas y egoístas, y lo que es más peligroso, pueden valorar como importante y respetable la conducta agresiva.

Se señala como consecuencia para ellos/as la desensibilización que se produce ante el sufrimiento de otros a medida que van contemplado acciones repetidas de agresión en las que no son capaces de intervenir para evitarlas.

Por otra parte, también se indica que aunque el espectador/a reduce su ansiedad de ser atacado por el agresor/a, en algunos casos podría sentir una sensación de indefensión semejante a la experimentada por la víctima. (Schwarz, 2013)

2. LA DEPRESIÓN INFANTIL.

2.1. DEFINICIÓN DE LA DEPRESIÓN.

La depresión se trata de un trastorno psíquico, habitualmente recurrente, que causa una alteración del estado de ánimo de tipo depresivo (tristeza) a menudo acompañado de ansiedad, en el que pueden darse, además, otros síntomas psíquicos de inhibición, sensación de vacío y desinterés general, disminución de la comunicación y del contacto social, alteraciones del apetito y el sueño (insomnio tardío) agitación o enlentecimiento psicomotor, sentimientos de culpa y de incapacidad, ideas de muerte e incluso intento de suicidio, etc. así como síntomas somáticos diversos. (Alonso., 2009)

2.1.1. DEFINICIONES DE DEPRESIÓN INFANTIL.

La depresión en la infancia se caracteriza por: (I) La presencia de tristeza. (II) Afectación de la psicomotricidad, que generalmente se muestra inhibida. (III) Distorsiones cognitivas, siendo la más frecuente la baja autoestima. (IV) Otros síntomas de expresión corporal como trastornos del sueño, o de expresión social como el retraimiento. (Del Barrio, 2008)

Se caracteriza por una situación afectiva de tristeza, mayor en intensidad y duración, que ocurre en la infancia cuando se da una combinación de síntomas, que lleva a un cambio en su conducta y sentimientos, afectando el normal desarrollo del niño/a. Pueden manifestarse con irritabilidad y una pérdida evidente de interés y placer en las actividades habituales. (Nelson., 2009)

Hollon y Beck (1979), definen la depresión como el síndrome en el que interactúan diversas modalidades: somática, afectiva, conductual y cognitiva.

2.2 ETIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS.

No existen causas únicas claramente definidas en los diferentes casos de depresión infanto-juvenil. Hay múltiples factores que están asociados con la aparición, duración y recurrencia de trastornos en la infancia y adolescencia.

En el caso de la depresión infantil, los elementos que suponen una vulnerabilidad son de naturaleza biológica, personal, social y demográfica.

A lo largo de la historia diferentes modelos han tratado de dar explicación a la depresión infantil. Podemos agruparlos en dos grandes bloques:

- **MODELO BIOLÓGICO.**
- **MODELO PSICOLÓGICO.**

MODELO BIOLÓGICO: dan como explicación 3 posibles motivos:

- Por una disminución de la actividad de la serotonina (neurotrasmisor cerebral).
- Por una disfunción del sistema neuroendocrino (aumenta los niveles del cortisol y disminuye la hormona de crecimiento).
- Por efecto de la herencia (caso de padres depresivos).

MODELO PSICOLÓGICO: que se pueden distinguir en tres corrientes:

Psicoanálisis: cree que la depresión se produce por la pérdida de un objeto (Spiz). El objeto puede ser la autoestima (del yo-según Freud), o la muerte de un ser querido.

Conductual: cree que la depresión infantil se produce por la falta de reforzamientos: a través de la ausencia de refuerzos (Lazarus), deficiencia de habilidades sociales (Lewinsohn, 1974) y acontecimientos negativos ocurridos en la vida del niño.

Cognitiva: la existencia de juicios negativos, errores y distorsiones cognitivas de sí mismo de el mundo que lo envuelve y del futuro (Beck), experiencias de fracasos, modelos depresivos (Bandura), indefensión aprendida (Seligman), ausencia de control (Rehm, 1977), atribuciones negativas. (Siendones, 2006)

En la actualidad se admite una compleja interacción de distintos factores tanto de carácter biológico como social que sirven de base a la aparición de las distintas conductas normales y patológicas. Es necesario que se dé una cierta vulnerabilidad personal, familiar y ambiental que combinadas dan lugar a la aparición de una conducta desajustada.

En el caso de la depresión infantil, los elementos que suponen una vulnerabilidad son de naturaleza biológica, personal, social y demográfica. (Del Barrio 1997).

2.3. FACTORES DE RIESGO INFANTO-JUVENILES.

2.3.1. Factores de vulnerabilidad (incrementan la predisposición general, pero rara vez provocan directamente la enfermedad)

- Factores genéticos
- Historia de trastorno afectivo en los padres
- Sexo femenino
- Edad post-puberal
- Antecedentes de síntomas depresivos
- Antecedentes de abuso físico y sexual en la infancia,
- Especialmente en el sexo femenino
- Afectividad negativa
- Pensamientos de tipo rumiativo. (Bonet, 2011)

2.3.2. Factores de activación (directamente implicados en el comienzo de la depresión y en presencia de factores de vulnerabilidad, sus efectos pueden ser mayores. Suelen ser acontecimientos no deseados que dan lugar a cambios permanentes en las relaciones familiares y de amistad).

- Conflictos conyugales
- Desestructuración familiar
- Acoso o humillación
- Situaciones de abuso físico, emocional o sexual
- Consumo de tóxicos. (Bonet, 2011)

2.3.3. Factores sociales

Familia:

La familia constituye un pilar fundamental para el desarrollo del niño, tanto por la influencia que tienen en el comportamiento infantil como por el conjunto de relaciones que en ella se configuran, por lo cual cualquier problema o inconveniente que surja en la familia incidirá sobre la conducta del niño.

El carácter autoritario o permisivo de los padres también parece incidir en la depresión infantil. Al parecer el comportamiento autoritario de los padres cuyos hijos padecen depresión es mucho más frecuente que el comportamiento permisivo, siendo la sintomatología depresiva mucho más intensa en los primeros que en los segundos.

Por otro lado también se ha estudiado el puesto que se ocupa entre los hermanos. En muchas investigaciones aparece la posición intermedia como la más vulnerable a desarrollar trastornos de tipo emocional.

Dentro de otras situaciones que podrían desencadenar una depresión infantil están la pérdida de un progenitor, de un hermano o algún otro vínculo significativo como la separación o divorcio de los padres, y también de factores invisibles como la pérdida de autoestima al fallar en el cumplimiento de algún ideal que está ligado a las aspiraciones parentales. (Goodyer, 2000)

Escuela:

Las depresiones en la infancia parecen estar vinculadas a situaciones escolares insatisfactorias. La disminución del rendimiento escolar es una de las primeras señales indicadoras.

Es por ello que el fracaso y la disminución del rendimiento escolar pueden ser una causa y consecuencia de las depresiones infantiles.

El niño que repite el año, que fracasa en la escuela se sentirá responsable de las disputas familiares de sus padres, percibiéndose a sí mismo como culpable de todo lo negativo que en casa sucede, así descenderá su autoestima, formará un auto-concepto negativo, disminuirá su nivel de aspiraciones, no se relacionará con otros niños, se aislará socialmente y finalmente su auto-eficacia estará debilitada.

De esta manera es fácil que surja la irritabilidad, la inhibición y la desconfianza en sí mismo y en su valía personal, sentimientos que se entrelazan con los de vergüenza, inutilidad y culpabilidad. (Goodyer, 2000)

2.4. SINTOMAS DE DEPRESIÓN INFANTIL SEGÚN LA EDAD.

Según estos autores Kuhn, Petti, Puig Antich, Cantwell y Carson, Kaplan y Sadock, Romeu de acuerdo a la edad los síntomas serían:

2.4.1. Menores de 7 años:

Llanto inmotivado, retraso psicomotor y afectivo, abulia, encopresis, enuresis, quejas somáticas (cefaleas, dolor de estómago), irritabilidad, fobia escolar, enlentecimiento motor.

2.4.2. Desde los 7 años a la edad puberal:

Agitación psicomotriz, agresividad, quejas somáticas, trastornos de la eliminación (enuresis o encopresis, apatía, tristeza, aburrimiento, falta de concentración, bajo rendimiento escolar, fobia escolar,) trastornos del sueño (insomnio o hipersomnía) astenia ,abulia, adinamia, irritabilidad, no alcanzan el peso para su edad cronológica falta o aumento del apetito, indecisión, ideas obsesivas, ideas recurrentes de muerte, hipersexualidad, trastornos de conducta en la escuela y en la relación con sus pares

2.4.3. Síntomas en la Adolescencia

Iguales síntomas de la edad puberal, y puede llevar a la agresividad una conducta negativista desafiante, antisocial, , robos, adicción al alcohol o drogas, sentimientos de no ser aceptado, deseos de irse de la casa, irritabilidad, malhumor, no cooperar con la familia, encerrarse en la habitación, falta de aseo personal, retraimiento social con hipersensibilidad, trastornos del estado de ánimo, anhedonia, (desinterés por cosas que antes le atraían).

2.5 CRITERIOS DIAGNOSTICO DSM-V.

2.5.1. TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR.

En la actualidad, los criterios DSM-V-TR utilizados en el niño y el adolescente para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor son similares a los del adulto, salvo dos anotaciones. En primer lugar, el estado de ánimo en niños y adolescentes puede ser irritable como un equivalente al ánimo deprimido, y en segundo lugar, más que valorar pérdida de

peso o aumento de peso (propio del adulto), se valorará el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer. **Nota:** No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (**Nota:** En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (**Nota:** En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)

4. Insomnio o hipersomnias casi todos los días.

5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los Criterios A–C constituyen un episodio de depresión mayor.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco. (DSM-V, 2014)

2.6. DEPRESIÓN SEGÚN LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LAS ENFERMEDADES (CIE-10)

Se pueden clasificar de acuerdo a la Intensidad de los síntomas en Leve, Moderado y Grave

En la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) se menciona el Episodio Depresivo en 3 formas: leve, moderado y grave. Se refiere que el enfermo que la padece, sufre de un humor depresivo, una pérdida de capacidad de interés y de disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y un cansancio exagerado.

2.6.1. SINTOMATOLOGÍA DE UN EPISODIO DEPRESIVO:

1. La disminución de la atención y concentración.
2. La pérdida de la confianza de sí mismo y sentimientos de inferioridad.
3. Las ideas de culpa y de ser inútil.
4. Una perspectiva sombría del futuro.
5. Los pensamientos y actos suicidas o de auto agresiones.

6. Los trastornos del sueño.
7. La pérdida de apetito.
8. Menor participación en grupo.
9. Menos simpático o agradable con los demás.
10. Retraimiento Social.
11. Pérdida de los intereses sociales habituales.
12. Quejas somáticas: Cefalalgias no migrañosas, dolores abdominales. (CIE-10, 1992)

2.6.2. TIPOS DE DEPRESIÓN.

2.6.3. Episodio Depresivo Leve.

Debe durar al menos 2 semanas y ninguno de los síntomas debe estar en grado intenso. Tiene facultad para llevar a cabo su actividad laboral o social, aunque es probable que no las deje por completo. Presenta los siguientes síntomas:

1. Animo depresivo.
2. Perdida del interés y la capacidad de disfrutar.
3. Aumento de fatiga. (CIE-10, 1992)

2.6.4. Episodio Depresivo Moderado.

Deben estar presentes al menos 2 de los siguientes síntomas: animo depresivo, perdida de interés y de la capacidad de disfrutar o aumento de la fatigabilidad. Así como al menos 3 de estos síntomas: disminución de la atención y concentración, perdida de la confianza de sí mismo y sentimientos de inferioridad, ideas de culpa y de ser inútil, perspectiva sombría del futuro, pensamientos y actos suicidas o de auto agresiones, trastornos del sueño o pérdida de apetito. Deben durar al menos 2 semanas. El sujeto suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral y doméstica. (CIE-10, 1992)

2.6.5. Episodio Depresivo Grave sin Síntomas Psicóticos.

El enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación. El riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. El paciente debe presentar los 3 síntomas del Episodio Depresivo Leve y Moderado, y por lo menos 4 de los demás síntomas; todos

ellos en intensidad grave. No es probable que el sujeto sea capaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica más allá de un grado muy limitado. (CIE-10, 1992)

2.7. EL BULLYNG Y SU RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN INFANTIL.

Las constantes intimidaciones pueden tener efectos graves a corto y largo plazo en el niño, dando lugar a importantes problemas de salud mental.

El Bullying sus características principales es la ejecución de conductas agresivas con intención explícita de dañar a otra persona, mediante el uso de violencia física y/o psicológica se puede expresar bajo diversas formas de conductas agresivas, tales como: conductas físicas (atacar físicamente a otro, en forma directa, robar y/o dañar sus pertenencias); conductas verbales (decir insultos, hacer comentarios racistas, entre otras); conductas indirectas o sociales (extender o difundir rumores para hacer sentir mal a la víctima) y cyberbullying (tipo de hostigamiento escolar reciente, que emplea las nuevas tecnologías, donde los agresores se valen de teléfonos móviles y/o el Internet para humillar, hacer sentir mal a sus víctimas de forma anónima y hacer partícipes de sus malos tratos a las demás personas del grupo curso o colegio).

Lo anteriormente mencionado genera en el niño baja autoestima, llanto fácil, tristeza, ansiedad, miedo, irritabilidad, angustia, desesperación, depresión, cambios en la personalidad, alteraciones en el comportamiento, trastornos psiquiátricos a futuro, llegando en casos más graves hasta el suicidio.

En un estudio realizado por el Defensor del Pueblo,(1999-2006) se demuestra que la secuela más importante de ser víctima de acoso escolar es la soledad y la depresión.

Para los autores: (Calvo & Ballester, 2007; Mills, Guerin, Lynch, Daly, & Fitzpatrick, 2004; Trautmann, 2008), han señalado que la depresión es una característica dentro de la población protagonista del Bullying, tanto en agresores como en víctimas ya sea pasivas o agresivas.

Bernstein y Watson (1997 citado por Calvo & Ballester, 2007) explican que el acoso escolar podría causar depresión en las víctimas, pues aseguran que estas llegan a

internalizar los comentarios negativos de sus agresores. Eso resulta en constantes autocríticas que no les permite desarrollar su autoestima y facilita el desarrollo de una depresión en el periodo de victimización, e incluso hasta en la adultez.

Los estudios citados por Calvo y Ballester (2007) revelan la presencia de sintomatología depresiva en los niños que son víctimas tales como tristeza, pérdida de interés, problemas de sueño, dificultad para concentrarse y pensamientos suicidas.

Por otra parte, De Wit (1997 citado por Corveleyn et al., 2005) manifiesta que el riesgo de padecer depresión infantil puede interferir en varios ámbitos de su vida de manera negativa, así mismo si un niño ya presentó un episodio depresivo corre el riesgo de presentarlo nuevamente.

Además se conoce que las causas de la depresión son muchas sin embargo hay que tomar en cuenta que varios niños que la desarrollan tienen otros factores estresantes y situaciones difíciles como la disfuncionalidad y violencia intrafamiliar lo cual les hace más vulnerables de padecerla.

3. INTERVENCIÓN PSICOLOGICA.

Para los niños se han planteado las siguientes estrategias psicoeducativas con base de técnicas cognitivo-conductuales encaminadas para enfrentar el bullying y el estado emocional.

3.1. CONCEPTOS.

3.1.2. Estrategia.- es el conjunto de reglas que aseguran una decisión óptima en cada momento, según Andrea Fiorenza y Giorgio Nardone; “es un conjunto de tácticas y maniobras ordenadas con el fin de alcanzar el objetivo prefijado, que se reajusta progresivamente para llegar a un alto grado de precisión, eficacia y eficiencia”. (Fiorenza y Nardone, 2004).

3.1.3. Psicoeducación.- Según Jorge Maldonado en su artículo Psicoeducación en Salud menciona que la tarea psicoeducativa promueve que el problema (en nuestro caso el acoso escolar) sea afrontado y concientizado (por la comunidad educativa), que la situación sea

aceptada, y por ende sea asumida por los involucrados, es decir que la persona pueda posicionarse críticamente frente al problema, para comenzar a pensar en un nuevo proyecto vital.

3.1.4. Teoría cognitivo conductual (TCC).- Friedberg & McClure “La teoría cognitivo conductual se basa en postulados del aprendizaje social y utiliza una combinación de técnicas, muchas de las cuales tienen su origen en los modelos del Condicionamiento Clásico y Operante” (Friedberg & McClure, 2005).

El condicionamiento clásico se refiere a una asociación entre estímulo y respuesta contigua, de forma que si sabemos programar estímulos adecuados obtendremos la respuesta deseada explicando tan solo comportamientos elementales.

El condicionamiento operante analiza la fijación de la respuesta según el estímulo, buscando los reforzadores necesarios para ajustar esta relación en el individuo.

Según Gomar, Mandil y Bunge mencionan que el postulado fundamental de la Teoría cognitivo conductual es que: El modo en que las personas interpretan las situaciones ejerce una influencia en las emociones y en la conducta. El objetivo consiste en modificar o mejorar las respuestas cognitivas, emocionales y conductuales desadaptativas del niño a su entorno.

3.1.5. TERAPIA COGNITIVA

Aaron Beck inicia el desarrollo de lo que denominó “Terapia Cognitiva” a principios de los años setenta en la Universidad de Pennsylvania como una psicoterapia breve y orientada al presente de ese entonces. La terapia Cognitiva está basada en un modelo cognitivo que postula que las emociones y conductas de las personas están influenciadas por su percepción de los eventos, no es una situación en sí misma la que determina lo que una persona siente, sino más bien la forma en que ella interpreta la situación .

El esquema básico del paradigma de esta teoría se representa en situaciones, pensamientos automáticos y reacciones.

Las situaciones pueden ser: un acontecimiento externo, una fantasía o imagen, o una sensación o una perturbación física.

“Los pensamientos automáticos son los pensamientos rápidos y breves que no suelen ser el resultado de una deliberación o razonamiento, sino más bien parecen brotar automáticamente. Estos pensamientos pueden tener forma verbal o visual” (Beck, 2012)

Estos pensamientos automáticos surgen de las creencias, estas creencias son ideas que son tomadas por la persona como verdades absolutas, las creencias más centrales o creencias nucleares, son cogniciones que las personas frecuentemente no expresan ni aún para sí mismas y no tienen clara conciencia de ellas. Entre ambos niveles están las denominadas creencias intermedias, de las cuales surgen los pensamientos automáticos, y que son influidas y condicionadas por las nucleares. Estas creencias intermedias están constituidas por reglas, actitudes y supuestos. Finalmente, las reacciones pueden ser: Emotivas, Conductuales o Fisiológicas.

Entre los principios de la aplicación de esta terapia hemos tomado en cuenta que se basa en una formulación permanente evolutiva del paciente y sus problemas en términos cognitivos, además esta terapia requiere una sólida alianza terapéutica, enfatiza la colaboración y la participación activa, se orienta hacia las metas, se enfatiza en el presente y apunta a enseñarle al paciente a ser un propio terapeuta y enfatiza la prevención de la recaída. (Gabalda, 2009)

3.1.6. TERAPIA CONDUCTUAL.

La meta de estas técnicas es lógicamente producir un cambio conductual y básicamente serían de dos tipos: cambiar conductas que provocan esquemas o, por el contrario, cambiar el ambiente provocando cambios vitales importantes (Young y cols, 2003).

A veces va a ser necesario el cambio conductual, otras el cambio del ambiente, y en otras ocasiones el paciente podrá emplear ambas estrategias para modificar un esquema.

El terapeuta ayuda al paciente a diseñar tareas conductuales para reemplazar respuestas de afrontamiento desadaptativas por otros patrones de conducta nuevos más adaptativos. Es

muy común que los pacientes exhiban unos patrones de conducta crónicos de auto-rechazo, como por ejemplo, elegir compañeros inadecuados, abusar de sustancias ilícitas, ser demasiado agresivos cuando son criticados, o no implicarse en desafíos o en situaciones nuevas por miedo al fracaso o al rechazo. Tras la identificación de esos patrones, cliente y terapeuta pasan a acordar qué tipo de tareas conductuales se pueden hacer.

Cuando se acuerda la tarea o la conducta a realizar se prepara cuidadosamente, haciendo ensayos, ya sea en vivo o en imaginación y utilizando tarjetas de recuerdo (que ya vimos con anterioridad) para que el paciente pueda superar los obstáculos que impidan un cambio conductual.

Cuando el paciente ha llevado a cabo la tarea debe discutir con su terapeuta el resultado de ella, evaluando lo que ha aprendido. (Gabalda, 2009)

3.1.7. CARACTERÍSTICAS DE LA TECNICA COGNITIVO-CONDUCTUAL:

Es activo-directiva, es decir que los cambios requieren compromiso y un rol protagónico de los protagonistas o involucrados.

Requiere dirección y escucha por parte de quien lleva a cabo la intervención con intervenciones que promueven no solo la reflexión sino además la acción.

Se incluyen tareas para realizar entre las sesiones, como forma de poner en práctica los aspectos trabajados.

Se genera una relación colaboradora entre los involucrados, en la que el rol del que dirige la intervención consiste en asesorar y acompañar en el camino hacia los cambios que se deseen promover.

Está orientada al presente. La reflexión sobre el pasado tiene como finalidad generar cambios en el presente en pro de una vida más plena y gratificante.

Se considera que la intervención es efectiva en la medida que los niños logren las metas que se propusieron y mejoren su calidad de vida.

Enfatiza las intervenciones basadas en el desempeño y la práctica: para que exista un cambio exitoso en la conducta de los niños al resolver sus conflictos es necesario enfatizar en la práctica y el desempeño puesto que así el niño interiorizará de manera adecuada lo aprendido. (Gomar, Mandil y Bunge, 2010)

La teoría cognitiva es un proceso de resolución de problemas que se basa en una experiencia de aprendizaje, en el cual el niño aprende a descubrir, y modificar pensamientos erróneos e ideas disfuncionales, los cuales interfieren en su comportamiento y forma de relacionarse con los demás.

3.1.8. Objetivos de las estrategias psicoeducativas cognitivo conductuales.

Ayudaran a que los niños comprendan que la violencia y comportamientos agresivos no son adecuados en la interacción con sus pares, lo cual modificará su conducta al relacionarse con los demás, permitiendo que resuelvan sus conflictos poniendo en práctica las estrategias planteadas.

En la aplicación de las estrategias para los niños se utilizaran refuerzos positivos (incentivo) cada vez para que el grupo respete las normas establecidas. Estas estrategias ayudaran en el reforzamiento de las conductas positivas de los niños, para que estas se repitan y mantengan.

3.2. TÉCNICAS

3.2.1. Feedback: son técnicas motivacionales basadas en los principios de refuerzo, que sirven para crear un entorno que fomente el placer en el desarrollo y el dominio de las destrezas, es una forma o método que utilizan algunas personas para transmitir información y así para lograr conductas deseables, el nivel de precisión que se requiere en la conducta así como del progreso de los mismos en la búsqueda o entrenamiento de ese nivel exacto de ejecución.

3.2.2. Modelamiento: El modelo, es un proceso de aprendizaje observacional, en el que la conducta de un individuo o un grupo (el modelo), actúa como estímulo para generar conductas, pensamientos o actitudes semejantes, en otras personas que observan la actuación del modelo. La presentación de modelos incluye también la exposición a señales y situaciones que rodean a la conducta modelada. Las técnicas de modelado tratan de enseñar los principios o reglas que deben guiar la conducta en contextos determinados, más que respuestas imitativas simples.

3.2.3. Terapia Racional-emotiva de Ellis

Las cogniciones erróneas acerca de la interpretación que determinados alumnos realizan de actitudes o conductas de los demás inducen a la comisión de conductas problemáticas con importante carga emocional de ira, fundamentalmente. La Terapia racional-emotiva-comportamental de Ellis (1984) está fundamentada en que los problemas surgen de las ideas irracionales que las personas se formulan sobre sí mismas, sobre los acontecimientos, tendiendo a dramatizar y vivir emocionalmente los acontecimientos.

¿Cómo reacciona un alumno habitualmente agresivo ante un comentario ambiguo de un compañero, ¿o ante determinada expresión facial? ¿o ante determinados gestos? La aplicación de la TRE pretende que el alumno con tendencias a manifestar respuestas emocionales alteradas y rápidas ante estos estímulos erróneamente interpretados analice con pensamientos más positivos y con mayor reflexividad y pueda ofrecer respuestas emocionales más adaptadas. Ante una respuesta de ansiedad generada por su interpretación errónea cambiar ésta y ofrecer respuesta más serena. Ante una respuesta emocional de ira/enfado, reinterpretar la situación y responder con un nivel de enfado menor, con menor indignación o hacerlo de manera socialmente adecuada. (Cerezo R. F., 1997)

3.2.4. Entrenamiento asertivo: La asertividad es la capacidad de manifestar las ideologías y emociones oportunas sin incertidumbre, ni agresión para de tal forma ser socialmente aceptable. Esta técnica nos permite expresar de forma directa lo que piensa y siente, protegiendo con firmeza sus opiniones y derechos, sin atropellar la de los demás, se utiliza para ayudar a aquellas personas a adaptarse a las dificultades que acontecen en su día a día, que llevan al infortunio y a la insatisfacción ya que tenemos intereses y formas de ver el mundo distinto, por lo cual el conflicto interpersonal está presente constantemente, ayudando a respetar a los demás y así mismo, sin herir ni amenazar.

3.2.5. La exposición y Prevención de respuesta

La técnica consiste en exponerse a situaciones que producen ansiedad o miedo y no realizar ninguna de las respuestas compulsivas habituales. En el caso de un alumno que siente la compulsiva necesidad de alterar el normal funcionamiento de la clase mediante

interrupciones al profesor, se le puede instruir para que permanezca un durante un periodo reducido de tiempo en el aula sin emitir ninguna respuesta disruptiva, incrementando paulatinamente el tiempo de exposición. Se le pueden asociar técnicas de autoobservación, autorregistro y autorrefuerzo. La técnica también puede emplearse en aquellas situaciones en las que el alumno conflictivo siente una compulsión hacia la comisión de actos disruptivos. Así , por ejemplo, si el alumno emplea un lenguaje descalificador en las conversaciones con los demás y siente la necesidad de intervenir verbalmente para autorrevelarse, la aplicación de la técnica consistiría en proporcionarle instrucciones acerca de cómo permanecer en la conversación sin emitir ninguna respuesta:

- a) Realizar respiraciones lentas y profundas.
- b) Relajar los músculos de su cuerpo.
- c) Escuchar a los demás y asentir con la cabeza.
- d) Emitir monosílabos o frases muy cortas.
- e) Autorreforzarse por controlarse.

Estas técnicas pueden emplearse también bajo el paradigma de condicionamiento encubierto, es decir, puede iniciarse la terapia mediante la imaginación antes de pasar a la exposición y prevención de respuesta *in vivo*. (Pueblo D. d., (2000).)

3.2.6. ROL PLAYING

Esta técnica conductual tan ampliamente difundida, desarrollada y aplicada en numerosos ámbitos del comportamiento humano, también tiene su proyección en el tratamiento de la conflictividad escolar. Ha sido utilizada en numerosos estudios (Díaz- Aguado, 2002; Ortega, 1998; entre otros). En el *rol play* o ensayo de conducta, tiene especial relevancia la *inversión de papeles* de los alumnos intervinientes en los conflictos. Este cambio alternativo en los protagonistas y observadores (activos, pasivos prosociales y espectadores) permite estimular el desarrollo de la empatía y la adopción de perspectivas en el análisis de los conflictos, mediante el autoconocimiento y el conocimiento de pensamientos y sentimientos los demás observados en sus expresiones verbales y gestuales.

La dramatización de las situaciones conflictivas se realiza los tiempos asignados y programados para ello, en los cuales los alumnos pueden encontrarse en mejores condiciones de tranquilidad emocional. Las situaciones dramatizadas pueden ser las que habitualmente son origen de conflicto en el centro escolar e, incluso, se pueden generar otras situaciones anticipadas a efectos de generalización de los aprendizajes y con una finalidad preventiva, sustentada en *¿cómo actuarías ante esta situación que pudiese ocurrir en un futuro?* Este tipo de situaciones capacita a los alumnos a prever comportamientos propios y ajenos y a desarrollar sus capacidades reflexivas.

3.2.7. RELAJACIÓN MUSCULAR

Son un conjunto de procedimientos que prestan gran ayuda en el campo de la salud, específicamente la psicología clínica.

Cuando la persona está sometida a un alto grado de tensión, excitación y ansiedad se produce un incremento de la concentración muscular y por ello se inhibe el comportamiento emocional, cognitivo o motor.

Se puede definir como el proceso de interacción entre lo fisiológico y lo psicológico.

La finalidad de estas técnicas es la de capacitar a la persona para que pueda enfrentar situaciones cotidianas o específicas que le provocan ansiedad.

La Relajación Muscular Progresiva pretende conseguir un nivel de relajación general, así como un estado de autorregulación del organismo, sobre la base de la distensión de la musculatura esquelética y mediante una serie de ejercicios de tensión distensión de los principales grupos musculares. A pesar de que en el procedimiento original de Jacobson se describían más de sesenta ejercicios y varios meses de entrenamiento para lograr un nivel de relajación aceptable, en la actualidad los procedimientos basados en la RMP son considerablemente más breves en tiempo de entrenamiento y en ejercicios implicados. Una de las mejores adaptaciones y, sin duda una de las más utilizadas, es la que realizaron Bernstein y Borkovec (1973). Lo habitual consiste en unas primeras semanas en las que se practica una relajación larga (de alrededor de 16 grupos musculares y en torno a 30-40 minutos). Posteriormente, conforme se adquiere habilidad en esta técnica se reduce tanto la

duración como el número de ejercicios. Así, es corriente pasar a realizar ejercicios en cuatro grupos musculares (brazos, cabeza, tronco y piernas) o a uno solo que implique a todo el cuerpo. En muchos casos, lo que interesa finalmente es conseguir relajarse en situaciones en la vida real, en la que hay otras personas implicadas y que incluso no es apropiado siquiera tumbarse, sentarse, cerrar los ojos, o realizar ejercicio de tensión-distensión alguno. En estos casos debe aprenderse lo que podíamos denominar técnicas de “relajación disimulada”, en las que la tensión que se realice no debe advertirse por los presentes. En cualquier caso, la eficacia de estas formas abreviadas y “disimuladas” depende de la adquisición de un hábito previo de relajación, lo que hace necesario que se practique en un primer momento las formas más largas o profundas de relajación.

Las principales partes del cuerpo que están implicadas en los diferentes modos de RMP son las siguientes:

a. Relajación de 16 grupos musculares:

Mano y antebrazo dominantes

Biceps dominante

Mano y antebrazo no dominantes

Biceps no dominante

Frente

Parte superior de las mejillas y nariz

Parte inferior de las mejillas y mandíbulas

Cuello y garganta

Pecho, hombros y parte superior de la espalda

Región abdominal o estomacal

Muslo dominante

Pantorrilla dominante

Pie dominante

Muslo no dominante

Pantorrilla no dominante

Pie no dominante

La descripción de cómo deben realizarse cada uno de los ejercicios de tensión-relajación es la siguiente:

1 y 3.- Apretar el puño, contrayendo mano, muñeca y antebrazo.

2 y 4.- Contraer el biceps empujando el codo contra el respaldo del sillón o contra el colchón.

5. Frente: elevar las cejas o arrugar la frente

6. Parte superior cara y nariz: arrugar la nariz y los labios

7. Parte inferior de la cara y mandíbulas: apretar los dientes y hacer una sonrisa forzada tirando de la comisura de los labios hacia afuera.

8. Pecho y garganta: empujar la barbilla como hacia abajo como si quisiera que tocara el pecho, pero al mismo tiempo hacer fuerza para que no lo consiga, es decir, contraponer los músculos frontales y posteriores del cuello.

9. Hombros y espalda. A la vez que inspira arquee la espalda como si quisiera unir los omoplatos entre sí.

10.- Abdomen. Poner el estómago duro y tenso, como si quisiera contrarrestar un fuerte golpe.

11 y 14.- Piernas: colocar la pierna estirada y subirla hacia arriba 20 cms, tensando y haciendo fuerza como si tuviera un peso en el pie, que debiera sujetar a una altura de 20 cms. Para relajar soltar la pierna y que caiga a peso.

12, 13, 15 y 16. Ejercicios de pantorrilla y pie. Existen dos movimientos:

a) estirar la pierna y la punta de los dedos como si quisiera tocar un objeto delante

b) doblar los dedos hacia atrás como si quisiera tocarse la rodilla con ellos.

Es importante tener en cuenta que estos dos últimos ejercicios de tensión debe hacerlos **SIN FORZAR**. La tensión debe ser suave, es suficiente para relajar las pantorrillas y los pies sin producir ningún daño.

b. Relajación de cuatro grupos musculares

Consiste en el mismo procedimiento que el anterior, pero agrupando en un movimiento los brazos dominante y no dominante, piernas y pies dominante y no dominante y los músculos de la cara y cuello.

Este procedimiento acorta la relajación a 10 minutos, si bien el interés no consiste en batir records de velocidad en el proceso de relajación, sino en que adquiera un procedimiento de relajación más rápido que pueda utilizarlo en diferentes situaciones.

Hay una serie de indicaciones generales en el entrenamiento en RMP que es preciso tener en cuenta:

Debe seguirse siempre una secuencia ordenada y procurar que sea la misma en todas las ocasiones (comenzando por las manos y acabando por los pies, o viceversa)

No hay que preocuparse si se olvida algún músculo por tensar y relajar. En ese caso lo correcto es continuar con la relajación con el siguiente ejercicio que se recuerde. No obstante, para evitar los olvidos lo más adecuado es que hacer un repaso mental de los músculos antes de comenzar la relajación.

Debe tensarse durante 2 segundos aproximadamente y relajar el músculo dejándolo suelto, como si se separara de repente de los tendones que lo sujetan. Debe mantenerse el músculo relajado durante 15 segundos aproximadamente antes de tensar de nuevo.

Nunca debe forzarse excesivamente el músculo. Al tensar NO se pretende producir un alto nivel de contracción, sino facilitar la distensión. Si se tensa con demasiada fuerza puede ser perjudicial y producir molestias (hay que tener especial cuidado cuando se tensan los pies).

Al relajar, debe soltarse el músculo de repente, no hay que distenderlo lentamente pues ello requiere un control mayor de los músculos antagonistas.

Es útil imaginar en cada momento los músculos que está tensando y relajando, especialmente el músculo relajado y notar cómo se sigue distendiendo por sí mismo después de soltarlo

Es aconsejable concentrarse durante un tiempo en la agradable sensación de relajar cada músculo.

Una vez que han relajado todos los músculos hacer un repaso mental de ellos comenzando del final al principio de la secuencia facilita una autoexploración de las partes que no se ha logrado relajar convenientemente. En esta fase no es preciso tensar ningún músculo. (Chóliz, 2000).

3.2.8. TECNICA/ ESPEJO/ DESARROLLO/ FASE DEL RECONOCIMIENTO DEL YO.

La fase del reconocimiento del yo corresponde al método psicodramático del espejo. Conocemos todos el asombro incansable de los niños al verse en el espejo. Al principio el niño no es consciente de que ve en el espejo una imagen de sí mismo. Pero lo que ve, lo inquieta y para convencerse de que es realmente saca la lengua o hace cualquier otro movimiento. Cuando finalmente el niño comprende que la imagen del espejo es su propia imagen, se ha producido en su crecimiento un punto crítico, un progreso decisivo en la comprensión de sí mismo.

En concreto el paciente ve, su psique, como un espejo, un terapeuta que lo ha estudiado cuidadosamente lo representa en escena.

Esta técnica le ofrece la posibilidad de verse en un espejo, aprender de su comportamiento y sacar de todo ello provecho terapéutico.

El método del espejo se emplea cuando el paciente es incapaz de representarse a sí mismo con palabras o acciones. (Cukier, 2005)

3.2.8.1. LA TÉCNICA DEL ESPEJO

Se refiere a que tendemos a imitar a aquellas personas que nos agradan, nuestra mente favorece la repetición de movimientos, actitudes, gestos y posturas, inclusive aquellas poco naturales, distinguidas o espontáneas. Una habilidad comunicativa, y reacción subconsciente, muy apropiada para el desarrollo de relaciones, que refuerza el vínculo entre los participantes en el diálogo. Es una poderosa herramienta de integración, generadora de confianza que facilita el establecimiento de vínculos. (Castro, 2013)

Esta técnica, persigue mejorar el autoconcepto de los niños y en ella, con la ayuda de un espejo, y a través de una serie de preguntas podremos guiar al niño para que se observe, para que realice una introspección y exprese qué ve en el espejo cuando se mira. Está destinada a trabajar con niños y adolescentes de todas las edades, puesto que siempre es un buen momento para mejorar el autoconcepto que tienen de ellos mismos. (Martínez R. M.)

3.2.9. AUTOCONTROL

El autocontrol es una habilidad en la que los niños pueden controlar sus estados emocionales e impulsos para evitar que realicen conductas inadecuadas.

Conjunto de estrategias o técnicas basadas en modelos teóricos distintos pero con una finalidad común: dotar a la persona de las competencias necesarias para dirigir o controlar su propio comportamiento.

La característica principal es la importancia que concede a la persona como director y responsable de su propio comportamiento evaluando y modificando, participando y evaluando los resultados.

Los métodos específicos provienen del concepto de lugar de control o locus de control (interno o externo) interno, que dice que las personas tienen el control y la responsabilidad de los resultados de su actividad. (Rotter)

3.2.10. La Visualización

La visualización como una técnica probada que permite redefinir la imagen que las personas tienen de sí mismas y hacer importantes cambios en la vida de dichas personas. En ellas, es necesario utilizar la relajación, aclarar la mente de distracciones y la imaginación de escenas positivas. Esta técnica constituye una herramienta útil para reforzar el cambio de imagen que se busca lograr en el paciente. Ya que te permite clarificar las metas del paciente y crear una expectativa de lograrlo. Ubicar las metas y lograrlas es un gran empuje a tu autoestima.

La utilización de esta técnica resultó importante en la búsqueda de la carrera a fin a sus deseos. A través de la visualización de cada una de las que él paciente siente preferencia, le permite identificar con cual se siente entusiasmado y satisfecho. A su vez, la visualización de hacia dónde lo llevaría la realización de esta carrera, le permite plantearse una meta a corto y mediano plazo que le proporciona una sensación de sentido a su vida.

3.2.11. Evaluación del Inconsciente Evaluación del inconsciente es una técnica que se realiza en el diván en estado de relajación y se utiliza para conocer aspectos inconscientes

del paciente con el fin de evaluarlos y poder transformar aquellos que están limitando su vida. Permite identificar los patrones de conducta y sus causas para encaminar al paciente a cambiarlos por patrones más efectivos y adecuados.

Esta técnica se utilizó con el fin de encontrar los obstáculos internos del paciente para aceptarse a sí mismo y encontrar su realización personal. A través de esta técnica, se logró identificar los patrones de dependencia, los esquemas mentales que tenía de sí mismo y la visión que tenía de sus padres biológicos.

3.2.12. Terapia de Regresión

Terapia de regresión es una herramienta la cual permite que el paciente recupere recuerdos reprimidos y que reviva situaciones, vivencias, traumas olvidados de su infancia que se encuentran guardados en el inconsciente. A través de esta terapia, se logra comprender los orígenes de los conflictos de la personalidad o las inconformidades que en lo cotidiano se presentan.

Es una experiencia única e intransferible que ayuda a solucionar conflictos psicológicos y emocionales. Esta técnica permite dejar aquellas emociones expresarse y los sentimientos reprimidos. Finalmente ayuda a mejorar la imagen de sí mismo y a ser cada vez menos tolerantes con los maltratos de los demás hacia él.

3.2.13 CONTRATO DE CONTINGENCIA: Para Skinner, se refiere a la estrategia general del tratamiento del cambio de conductas a través de la modificación de sus consecuencias. Consiste en elaborar y afirmar un acuerdo juicioso que puntualiza con precisión las conductas que se esperan de cada estudiante y los resultados exactos de sus comportamientos o manifestaciones, describiendo con detalle las conductas objetivo y los efectos de realizarlo. (Fernández I. , 2000)

V. MATERIALES Y MÉTODOS

La presente investigación, fue de tipo descriptivo-transversal, lo que permitió adquirir información de manera directa y objetiva, detallando la problemática existente del Bullying y la depresión infantil en los niños.

Se empleó un diseño metodológico mixto, cuanti- cualitativo, cuantitativo por que los resultados pueden ser medidos de acuerdo al tiempo de ocurrencia y cualitativo por que la preponderancia del estudio de los datos se basa en la descripción de los rasgos característicos de los mismos.

Para el desarrollo adecuado de la misma se utilizaron métodos, como el científico, inductivo – deductivo, analítico – sintético, descriptivo y el estadístico.

Se trabajó con un universo estadístico, de 190 niños que asisten a la Escuela de Educación Básica Luis Urdaneta del cantón Pindal, Provincia de Loja, descartando a los niños que no cumplan con los criterios de inclusión.

CRITERIOS DE INCLUSION:

Estudiantes que asisten a la Escuela de Educación Básica Luis Urdaneta de 8 a 12 años de edad.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Estudiantes menores de 8 años y mayores de 13 años.

Estudiantes que no deseen trabajar en el proceso de Investigación.

PROCEDIMIENTO

El siguiente trabajo investigativo se halla estructurado de la siguiente manera:

Para poder aplicar los reactivos psicológicos y recolectar información, se procedió a pedir la autorización a la directora de la Escuela de Educación Básica Luis Urdaneta del cantón Pindal, Provincia de Loja y el consentimiento informado a los padres de familia de los

niños que asiste a este centro educativo, explicándoles que este estudio, se lo efectúa con fines investigativos. Finalmente se elaborara tablas estadísticas con sus respectivas gráficas y pertinente análisis, para cada una de las variables, las cuales serán debidamente realizadas en el formato del programa Microsoft Excel. De esta forma podrá establecerse conclusiones y recomendaciones.

Se emplearon los siguientes materiales con el objetivo de obtener la información relevante necesaria para dar respuesta a los objetivos planteados.

MATERIAL 1.

Consentimiento informado

Objetivos: Solicitar el consentimiento institucional para el desarrollo de la investigación, así como a los padres de familia para autorizar que sus hijos se vinculen a la misma.

Procedimiento: Se explica los objetivos de la investigación y se solicita la autorización y colaboración a los padres de familia, para llevar a cabo la investigación. Se asume el compromiso del equipo de investigación de dar estricto cumplimiento a las normas y principios éticos.

Se ofrece la posibilidad de retirarse de la investigación si así lo estima conveniente. Si el entrevistado expresa disposición se le pide que firme el modelo establecido para estos efectos.

MATERIAL 2.

Cuestionario.

El instrumento de evaluación empleado fue el Cuestionario de Preconcepción de Intimidación y Maltrato entre Iguales (PRECONCIMEI) de Avilés 2002 que es una versión adaptada del original propuesto por Ortega, Mora –Merchan y Mora -Fernández en 1995.

Se han incorporado datos de índole familiar, en el apartado de datos informativos.

Objetivo: Determinar el tipo de intimidación, la frecuencia, la causa y los lugares en los que se produce el acoso entre iguales.

Descripción: El Cuestionario sobre Preconcepciones de Intimidación y Maltrato entre iguales consta de 12 preguntas de formato semi-estructurado en tanto en cada una de ellas se incluyen diversas opciones de respuesta entre las cuales el niño deberá seleccionar.

Calificación e interpretación:

Se realizará el análisis del cuestionario teniendo en cuenta un enfoque cuantitativo, apoyándonos en las frecuencias absolutas y porcentajes, lo cual nos permitirá establecer el consenso de la información recibida, según las variables seleccionadas.

MATERIAL 3.

INVENTARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL- CDI.

El Children's Depression Inventory creado por Kovacs y Beck en 1977), es el instrumento más usado en los cinco continentes para medir depresión infantil.

Objetivo: El CDI sirve para medir los signos y síntomas de la depresión en niños y adolescentes entre las edades de 6 y 17 años,

Descripción: consta de 27 ítems de opción múltiple sobre una categoría específica de los signos y síntomas asociados con la depresión. Cada ítem consta de tres frases de autoevaluación con un puntaje de 0, 1, 2 en dirección de la gravedad del síntoma. Los niños deben escoger aquella frase que identifiquen como más concordante con su situación afectiva actual.

DIMENSIONES DEL C.D.I.-

Este instrumento reporta sobre cinco factores que son: estado de ánimo negativo, problemas interpersonales, inutilidad, anhedonia y autoestima negativa.

Normalización: Baremos para escolares del nivel primario y adolescentes del nivel secundario de ambos sexos.

El inventario original de Kovacs M. plantea la presencia de síntomas de depresión se evalúa relacionándola con las dimensiones estado de ánimo negativo, problemas interpersonales, inefectividad, anhedonia y autoestima negativa. Es un instrumento basado en el cuestionario de Beck, adaptado y estandarizado por V.del Barrio Gándara y Miguel Carrasco 2004 en España y validado en muchos otros países

Estandarización: (Pedreschi, 2002)

La estandarización de esta prueba se lo hizo basándose en el modelo de Weinberg (1973) quien nos dice que los síntomas que forman parte de la depresión son: Estado de ánimo disfórico (expresiones o muestras de tristeza, soledad, indefensión y/o pesimismo; irritable; hipersensible; negativista).

Así, las dimensiones que evalúa el C.D.I, manteniendo invariable los propósitos y finalidades de la prueba original de la adaptación española, son:

Ideación auto despreciativa (sentimiento de inutilidad, fealdad, culpabilidad, ideas de persecución deseos de muerte, deseos de escaparse de la casa).

La escala de Disforia, se muestra síntomas de: tristeza, soledad, indefensión, pesimismo, irritabilidad, llanto fácil, negativista. Los ítems que evalúan esto son: 2, 3, 6, 11, 13, 14, 15, 19, 23,24 y 26.

La escala de o auto desprecio se muestran síntomas de: fealdad, culpabilidad, sentimientos de inutilidad, ideas de persecución, deseos de muerte, ideas de escapar de casa. Los ítems que evalúan estos síntomas son: 1, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 25 y 27.

Calificación e interpretación: Los puntajes son de 1-25 lo que significa No hay presencia de síntomas depresivos, Dentro de límites normales; de 26-74 Presencia de síntomas depresivos mínima y moderada; 75-89 Presencia de síntomas depresivos marcada o severa; y de 90-99 Presencia de síntomas depresivos en grado máximo.

.Luego de esta calificación, se podrá obtener la puntuación directa de la suma de ambas escalas nos proporcionará la puntuación directa de depresión. Estas puntuaciones directas serán transformadas en sus correspondientes percentiles.

VI. RESULTADOS E INTERPRETACIÓN.

PRESENCIA DE BULLYING

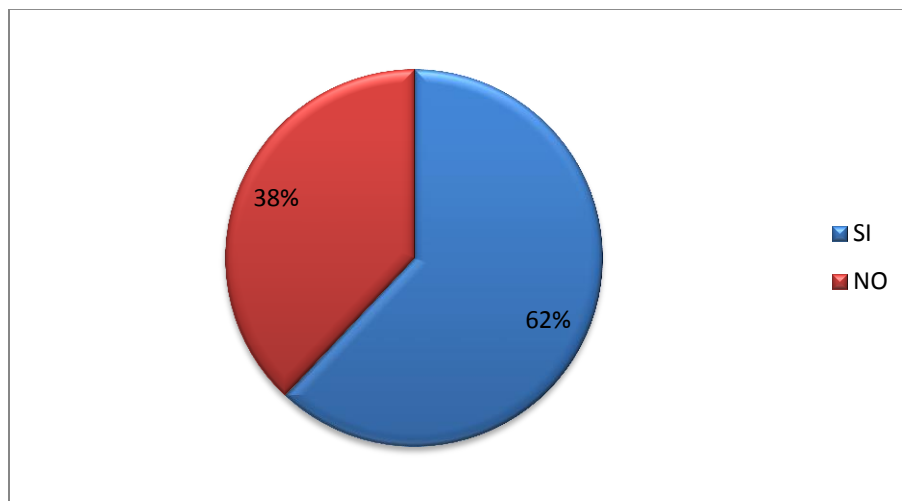
TABLA 1.

BULLYING		
VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	117	62%
NO	73	38%
TOTAL	190	100%

Fuente: Estudiantes de la Escuela de Educación Básica “Luis Urdaneta”

Elaborado por: Jessica Elizabeth Apolo Torres.

GRÁFICO N°1



Fuente: Estudiantes de la Escuela de Educación Básica “Luis Urdaneta”

Elaborado por: Jessica Elizabeth Apolo Torres.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.

Según los resultados obtenidos en la aplicación del Cuestionario Sobre Preconcepciones De Intimidación Y Maltrato Entre Iguales (PRECONCIMEI), del 100% se pudo identificar que un 62% de niños presencia el fenómeno del Bullying, esto deja evidenciar que la mayor parte de estudiantes ha sufrido acoso escolar en diferentes formas de maltrato tenemos él; aspecto verbal, en segundo lugar el aspecto físico, seguido del psicológico, todas estas formas de maltrato generalmente desencadenan alteración en el estado emocional y mental del niño, repercutiendo en el ámbito escolar, familiar y social, en cambio un 38% no presencia este fenómeno, siendo así, que los niños por miedo o vergüenza pueden reservarse manifestando que nadie lo ha intimidado o bien los niños se muestran más sinceros, al hacer frente a su vida de que no han sido intimidados por sus pares.

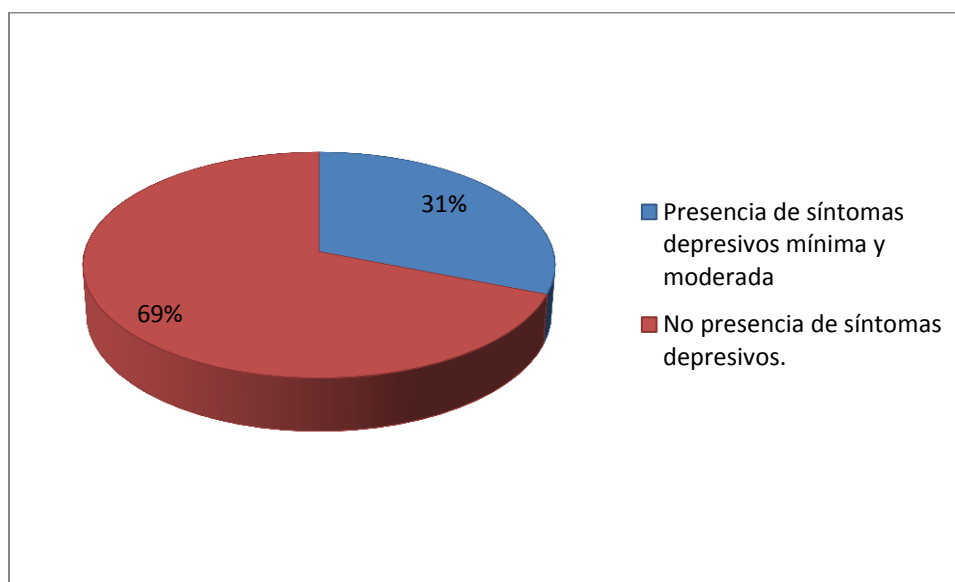
TABLA N°2.
DEPRESIÓN INFANTIL

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Presencia de síntomas depresivos mínima y moderada	36	31%
No presencia de síntomas depresivos.	81	69%
TOTAL	117	100,00%

Fuente: Estudiantes de la Escuela de Educación Básica “Luis Urdaneta”

Elaborado por: Jessica Elizabeth Apolo Torres.

GRÁFICO N° 2



Fuente: Estudiantes de la Escuela de Educación Básica “Luis Urdaneta”

Elaborado por: Jessica Elizabeth Apolo Torres.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Después de analizar los datos, se pudo evidenciar que de los 117 niños víctimas de Bullying, luego de la aplicación del Inventario de Depresión Infantil (CDI) se determinó, que el 31% de los investigados presenta sintomatología de forma mínima y moderada y el 69% no presentan sintomatología depresiva es decir se encuentran dentro de los parámetros normales.

SINTOMATOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN INFANTIL

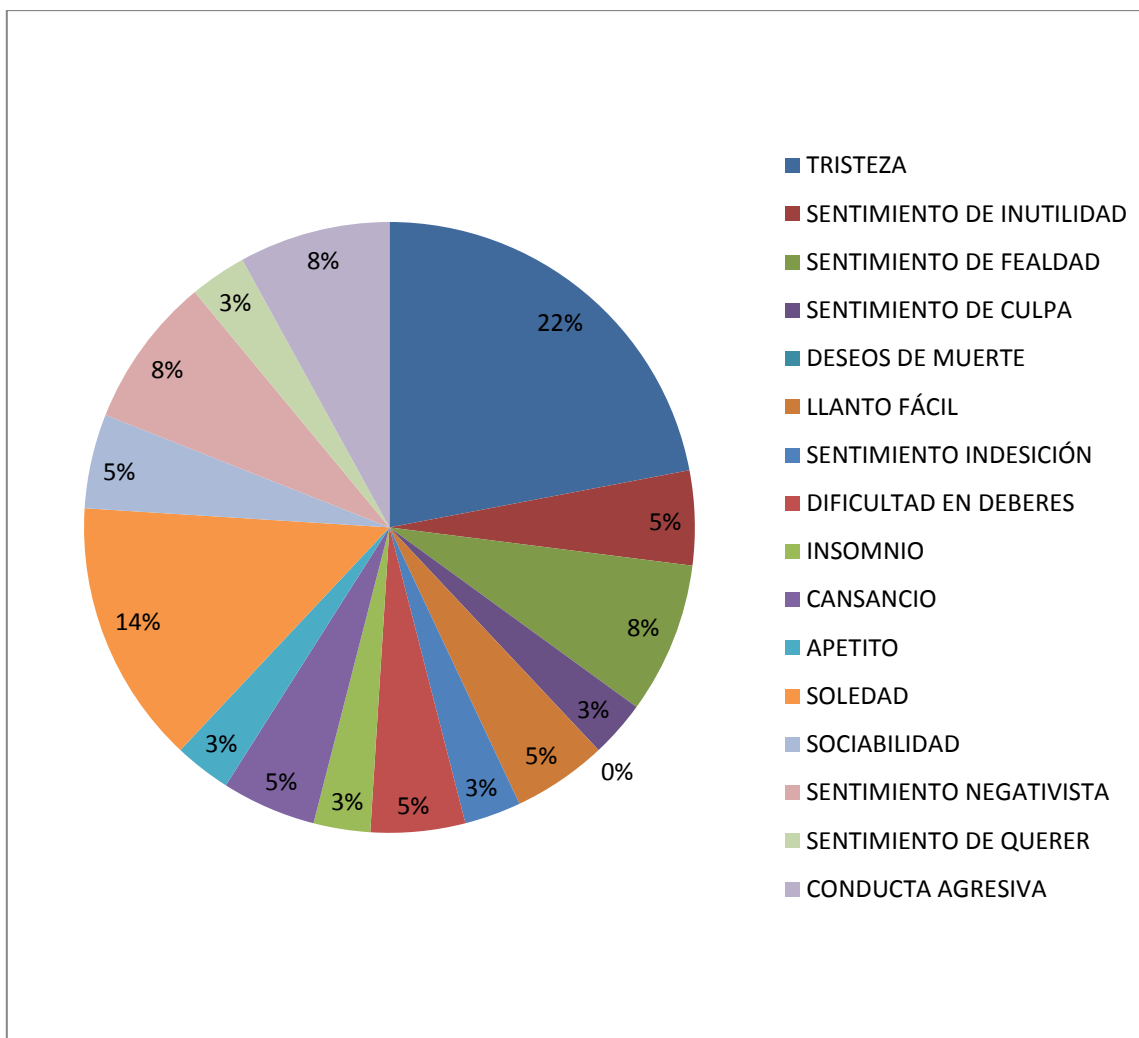
TABLA N° 3

SINTOMATOLOGÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TRISTEZA	8	22%
SENTIMIENTO DE INUTILIDAD	2	5%
SENTIMIENTO DE FEALDAD	3	8%
SENTIMIENTO DE CULPA	1	3%
DESEOS DE MUERTE	0	0%
LLANTO FÁCIL	2	5%
SENTIMIENTO INDESICIÓN	1	3%
DIFICULTAD EN DEBERES	2	5%
INSOMNIO	1	3%
CANSANCIO	2	5%
APETITO	1	3%
SOLEDAD	5	14%
SOCIABILIDAD	2	5%
SENTIMIENTO NEGATIVISTA	3	8%
SENTIMIENTO DE QUERER	1	3%
CONDUCTA AGRESIVA	3	8%
TOTAL	36	100%

Fuente: Estudiantes de la Escuela de Educación Básica “Luis Urdaneta”

Elaborado por: Jessica Elizabeth Apolo Torres.

GRÁFICO N° 3



Fuente: Estudiantes de la Escuela de Educación Básica “Luis Urdaneta”

Elaborado por: Jessica Elizabeth Apolo Torres.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Se identificó que la sintomatología depresiva que se presentan entre los pares es; la tristeza con un 22% caracterizada por un estado anímico o afectivo, de contenido negativo, donde la persona siente abatimiento (sentimiento de declive, hundimiento o desmoronamiento, tanto físico como emocional, donde se pierde la fuerza o energía), en segundo lugar el patrón de soledad con un 14%, desencadenando un aislamiento y una pérdida de interés por actividades escolares y sociales, ello puede derivar en la internalización de signos y/o síntomas.

Luego se evidencia la presencia del sentimiento negativista, y las conductas agresivas con un 8% pone en evidencia, el perfil del agresor dejando entrever que los niños que tendrán un comportamiento negativista: serán irritables, impulsivos, desafiantes y agresivos hacia otros niños incluso con el profesorado, su evolución en el futuro sino es tratada a tiempo puede derivar hacia la delincuencia o la agresión familiar, dificultando así las relaciones entre compañeros, para establecer lazos de amistad, evitando un desarrollo armónico de la personalidad

Los niños refieren que se odian a sí mismos, presentando así un sentimiento de fealdad, en un 8%, deja percibir que tienen una baja autoestima y sentimiento de inferioridad sobre sí mismos, estos sentimientos posibilitan el apareamiento de conductas de automutilación que son fuente de predisposición al maltrato o agresión.

Seguido tenemos sentimiento de inutilidad, llanto fácil, dificultad en deberes, cansancio, y sociabilidad disminuida con un 5%, se considera que estos síntomas producen una disminución de energía, fatiga física -mental que repercute en el rendimiento del niño y en la sociabilidad con los demás.

Existe un porcentaje significativo de pares que refieren sentimiento de culpa, indecisión, insomnio, alteración en el apetito y que “nadie los quiere”, con un 3%, en estos niños se ve disminuida su autoestima y se pueden generar alteraciones emocionales (ansiedad, depresión), cognitivas (distorsiones en el pensamiento) y conductuales (alteraciones en la conductas).

Todos estos síntomas característicos de la depresión infantil, si no son abordados a tiempo desencadenaran, trastornos emocionales, problemas psicossomáticos, depresión, ansiedad, pensamientos suicidas, que perturbaran, el ámbito escolar, familiar y social afectando la integridad y la salud mental del niño.

VII. DISCUSIÓN.

Los resultados confirman nuestros supuestos a través del alcance de los objetivos, los niños de la Escuela de Educación Básica “Luis Urdaneta” que refieren maltrato físico, psicológico, intimidatorio, se mantienen y persisten en la sintomatología de la depresión.

Ya que inicialmente la intimidación o maltrato escolar entre compañeros es un problema que daña afectivamente y a la vez entorpece la inteligencia emocional que es aquella que nos ayuda a tener relaciones sociales adecuadas, y en este caso incide en la aparición de depresión infantil en los niños.

Los niños que participaron en esta investigación proceden de hogares con bajos recursos económicos, considerando que la situación socioeconómica está relacionada con las conductas agresivas de algunos niños/as, pues estas personas suelen excluir socialmente del grupo a sus compañeros.

Los resultados obtenidos, en nuestra investigación para determinar el acoso escolar (Bullying) en los estudiantes, comprendido entre las edades de 8 a 12 años de edad, nos permitieron establecer que la forma más frecuente de acoso escolar es la forma verbal: insultar o poner apodos, 67,36%; daño físico 13,68%; y reírse o dejar en ridículo a otro/a niño/a 6,84%. Al igual que lo encontrado por otras investigaciones como la realizada por Paredes en Cali, Colombia, donde se aplicaron encuestas a 2542 estudiantes de 6to, 7mo y 8vo grado en 14 colegios de la ciudad, demostrando Bullying en 24,7% de los encuestados, expresado en comportamientos de agresión verbal, física y psicológica en ambos géneros de todos los estratos socioeconómicos. (Paredes, 2008)

Además los datos obtenidos en la investigación corroboran en el estudio que se realizó en el 2008, en donde, El Instituto Nacional de la Niñez y la Familia INNFA, y Defensa de Niños Internacional DNI, realizaron entre junio y julio del año mencionado, en la ENCUESTA MI OPINIÓN SÍ CUENTA, de una muestra de 980 niños y adolescentes,

reveló que en un 32% (1 054 112) niños y adolescentes, del total de 5 millones que hay en el país, es pegado, insultado por sus compañeros.

En otras investigaciones, el informe, basado en datos de un estudio de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) desarrollado entre 2005 y 2009, para este estudio se examinaron los resultados de 2.969 escuelas, 3.903 aulas y 91.223 estudiantes de sexto grado de 16 países latinoamericanos: Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, la República Dominicana y Uruguay. Y ese análisis revela que la agresión más frecuente fue el robo (39,4 %), seguida de la violencia verbal (26,6 %) y la violencia física (16,5 %), demostrando que el maltrato verbal está presente en alto porcentaje por encima de la violencia física, lo cual coincide con nuestros resultados.

Por otro lado un estudio realizado por la Facultad de Psicología de la Universidad de Cuenca en el 2010, Miriam Ordóñez y Blanche Shephard iniciaron una investigación en 74 escuelas públicas y privadas con 566 estudiantes entre seis y 12 años, se determinó que el mayor porcentaje de violencia es de tipo verbal, a través del apodo con un 47.3%, seguida del daño físico con un 9.2%, el rechazo al compañero en un 5.1% y el robo con un 2%.

Por otro lado se habla de la existencia de una patología, la Depresión Infantil en los niños víctimas de Bullying, se sabe que las constantes intimidaciones junto a la falta de socialización va creando en el niño problemas en su Autoestima lo cual repercute a lo largo de toda su vida, y no solo en la víctima sino también en el agresor que va incrementando conductas agresivas esta situación le puede llevar a desarrollar situaciones negativas en su entorno personal, y familiar. En cuanto a la depresión infantil, en nuestro estudio se puede evidenciar que el 31% de niños/as presentan síntomas depresivos mínimos y moderados.

Al igual que lo encontrado en un estudio realizado en el año 2012, por Amparo Morocho Díaz, en la ciudad de Quito, a 457 niños de la Unidad Educativa Quito Sur, concluyo en su investigación que la depresión infantil se da en los niños víctimas de Bullying,

manifestándose a través de la tristeza profunda, llanto fácil y algunas somatizaciones como dolor de cabeza y de estómago, a esto se añade la conflictividad en sus familias de origen.

En un estudio realizado por el Defensor del Pueblo,(1999-2006) se demuestra que la secuela más importante de ser víctima de acoso escolar es la soledad y la depresión.

Roland (2002) y Uba et al. (2009) donde se demostró que la depresión se relaciona significativamente con el bullying y la victimización. (Roland, 2002)

Bernstein y Watson (1997 citado por Calvo & Ballester, 2007) explican que el acoso escolar podría causar depresión en las víctimas, pues aseguran que estas llegan a internalizar los comentarios negativos de sus agresores. Eso resulta en constantes autocríticas que no les permite desarrollar su autoestima y facilita el desarrollo de una depresión en el periodo de victimización, e incluso hasta en la adultez.

Por su parte, Fernández y Martín (2005) exponen también las consecuencias del bullying, tanto en la víctima como en el agresor. En las víctimas, en primer lugar, los efectos que se han observado con mayor frecuencia apuntan hacia la sensación de soledad e infelicidad, dicen sentir temores y miedos permanentes, niveles bajos de autoestima, problemas psicosomáticos y emocionales, ansiedad y depresión, miedo de asistir a la escuela, problemas en los hábitos alimenticios y de sueño, ideas e intentos suicidas. En segundo lugar, en el agresor se puede predecir que a futuro podría estar involucrado en hechos delictivos por la naturaleza de su comportamiento. Estos buscan alcanzar aceptación y popularidad utilizando la violencia y sometiendo a sus pares a la sumisión. La impunidad de sus acciones es reforzante para su intolerancia y falta de autocontrol. (Fernández, 2005)

Al constatar que en la Escuela de Educación Básica “Luis Urdaneta”, existe el fenómeno de Bullying y que este incide en la depresión infantil, se considera que una de las formas de prevención para mejorar la calidad de vida de la población estudiantil es el planteamiento de un plan de Intervención; el objetivo de este plan será, permitir un buen desarrollo integral en los niños mejorando sus relaciones emocionales, familiares y sociales además ayudará a extinguir las prácticas de convivencia violentas en su entorno escolar, logrando así una buena salud mental para los niños.

VIII. CONCLUSIONES

- ✓ Se determinó en los estudiantes de la Escuela de Educación Básica “Luis Urdaneta” del cantón Pindal, la existencia de un alto índice de Bullying entre compañeros.
- ✓ Los niños de la Escuela de Educación Básica “Luis Urdaneta” del cantón Pindal, poseen una mayor tendencia a las formas de violencia, verbal, física y psicológica.
- ✓ Se identificó que los niños víctimas de Bullying, presentan síntomas depresivos mínimos y moderados como; la tristeza, soledad, negativismo, sentimiento de fealdad, inutilidad, culpa, llanto fácil, dificultad en deberes, cansancio, retraimiento social, indecisión, insomnio, y alteración en el apetito, que tienen como causa al bullying de que son objeto.
- ✓ Se diseñó un Plan de Intervención Psicológico encaminado a prevenir el Bullying, y a mejorar el estado emocional en los niños de la Escuela de Educación Básica Luis Urdaneta.

IX. RECOMENDACIONES.

1. Que la institución realice talleres psico-educativos de Bullying para capacitar a los profesores, padres de familia y niños.
2. Realizar labor preventiva, por parte de las autoridades de la Escuela, con videos, entregas de trípticos a los estudiantes, profesores y padres de familia, para dar a conocer los riesgos del acoso escolar.
3. Brindar asistencia psicológica a los niños y familia para prevenir alteraciones emocionales (ansiedad y depresión), fracaso escolar y riesgo suicida.
4. El centro educativo se debe encargar directamente de tener cuidadores para que supervisen aulas, receso, pasillos y servicio higiénico, para prevenir situaciones de intimidación y maltrato.
5. Incorporar en los reglamentos de régimen interno del centro educativo, las responsabilidades de los alumnos y las normas de prevención de violencia.
6. Es necesario que los padres de familia y los profesores trabajen conjuntamente para establecer normativas que funcionen dentro del hogar y en el plantel educativo y se pueda solucionar los índices elevados de violencia estudiantil.
7. Que se ejecute el Plan Psicoterapéutico dirigido a los estudiantes, encaminado a mejorar el estado emocional con la finalidad de proteger la integridad mental del niño.

X. BIBLIOGRAFÍA.

- AECC. (15 De 11 De 2010). *Empieza Practicando Relajación*. Recuperado el 22 de 06 de 2015, de <https://www.aecc.es/sobreelcancer/enfrentarsea/pautasparapacientes/yademas/paginas/empiezapracticandolarelajacion.aspx>
- Albuja B, A. E. (2009). *Depresión Infantil En Hijos De Padres Migrantes*. Recuperado el 30 de 04 de 2015, de <http://www.elsevier.es/es/revistas/atencion-primaria-27/depresion-infantil-hijos-padres-migrantes-13137724-cartas-al-director-2009>
- Alonso., A. G. (2009). La Depresión En Adolescentes. *La Salud Mental En Las Personas Jovenes En España.*, 85.
- Ambazar, G. (2000). *Contrato De Conducta*. Recuperado El 01 De 07 De 2015, De Http://www.juntadeandalucia.es/averroes/ambezar/files/07documentos/tecnicas/contrato_de_conducta.pdf
- Andrade, M. Y. (2000). *Influencia De Las Inteligencias Múltiples, El Rendimiento Académico Previo Y El Currículo Del Hogar Sobre La Autoestima De Los Alumnos De Ii Medio Comuna De Santiago-Chile*. Recuperado El 18 De 04 De 2015, De Revista Digital De Educación Y Nuevas Tecnologías 10 Agosto.: <Http://www.contexto-educativo.com.ar/2000/8/nota-02>.
- Arándiga, A. V. (2005). La Conflictividad Escolar. *Valles Conflictividad Escolar*.
- Association, A. P. (2014). *Guia De Consulta De Los Criterios Diagnosticos Del Dsm-V*. Estados Unidos: Copyright.
- Baeza, C. V. (2010). Acoso Severo Entre Iguales “Bullying”. El Enemigo Entre Amigos. . En *Acta Pediatrica* (Págs. 149-152). Madrid: Piramide.
- Balarezo, L. (2007). *Psicoterapia*. Quito: Centro De Publicaciones De La Pontificia Universidad Católica Del Ecuador.
- Barroso. (2000). *Autoestima. Ecología Y Catástrofe*. Caracas: Galac, S. A.
- Beauregard, L. &. (2005). *Autoestima: Para Quererse Más Y Relacionarse Mejor*. España: Narcea.

- Beck. (01 De 03 De 2012). *Tecnica Cognitiva*. Recuperado el 19 de 02 de 2015, de <http://www.catrec.org/08beck.html>
- Bonet. (2011). *Factores De Riesgo Infanto Juveniles*. Madrid: Piramide.
- Bordon, G. (2006). *Psicología Online*. Recuperado el 22 de 07 de 2015, de <http://www.psicologia-online.com/articulos/2011/tratamientos-en-fibromialgia-una-revision/intervencion-psicologica.html>
- Branden, N. (1992). *El Poder De La Autoestima ¿Cómo Potenciar Este Importante Recurso Psicologico?* España: Páidos Ibérica S.A.
- Branden, N. (2010). *Cómo Mejorar Su Autoestima*. España: Paidós.
- Buena, S. P. (2011). *Las Tesis De Belgrano*. Recuperado el 22 de 07 de 2015, de Http://www.ub.edu.ar/investigaciones/tesis/62_piedrabuena_tomo_1.pdf
- Casassus, J. C. (2001). *Primer Estudio Internacional Comparativo Sobre Lenguaje, Matemáticas Y Factores Técnico*. Santiago: Unesco.
- Castro, M. (8 De Agosto De 2013). *Mar Castro, Comunicación, Protocolo, Oratoria*. Recuperado El 20 De Febrero De 2015, De: <Http://www.marcastro.es/blog/la-tecnica-del-espejo>
- Cepal. (2013). *Comisión Economica Para America Latina*. Recuperado El 29 De 12 De 2014, De <Http://www.telegrafo.com.ec/sociedad/item/un-62-de-ninos-sufre-de-bullying-en-latinoamerica.html>
- Cerezo. (2002). *La Violencia En Las Aulas. Análisis Y Propuestas De Intervención*. Madrid: Alianza.
- Cerezo Ramírez, F. (1997). En *Conductas Agresivas En La Edad Escolar. Aproximación Teórica Y Metodológica. Propuestas De Intervención*. Madrid. : Pirámide.
- Cerezo, F. (2008). Acoso Escolar. Efectos Del Bullying. *Bol Pediatr* 2008. 353-358.
- Cevilla, J. G. (2004). *Tecnicas Cognitivo Conductuales*. Recuperado El 21 De 07 De 2015, De <Http://es.scribd.com/doc/42970944/tecnicas-cognitivo-conductuales#scribd>
- Chóliz, M. (2000). *Técnicas Para El Control De La Activación: Relajación*. Valencia.

- Cie-10, E. D. (1992). *Trastornos Mentales Y Del Comportamiento*. Madrid: Meditor.
- (2006). Anuario De Psicología Clínica Y De La Salud. En J. Y. Collell, *El Acoso Escolar: Un Enfoque Psicopatológico*. (Pág. 10). Madrid: Piramide.
- Corkille, B. (2001). *El Niño Feliz*. Barcelona: Gedisa. .
- Cristel Mereles, M. B. (13 De 05 De 2006). *Entrevista Psicológica*. Recuperado El 22 De 07 De 2015, De Monografias.Com:
[Http://www.monografias.com/trabajos94/entrevista-psicologica/entrevista-psicologica.shtml](http://www.monografias.com/trabajos94/entrevista-psicologica/entrevista-psicologica.shtml)
- Cukier, R. (2005). *Palabras De Jacob Levi Y Moreno*. Madrid: Summus.
- Del Barrio, V. (2008). *Tratando Depresión Infantil*. Madrid: Piramide.
- Domínguez, J. L. (2011). *Psicología Positiva Temáticas Y Técnicas*. Recuperado El 21 De 06 De 2015, De [Http://www.monografias.com/trabajos65/psicologia-positiva/psicologia-positiva2.shtml](http://www.monografias.com/trabajos65/psicologia-positiva/psicologia-positiva2.shtml)
- Dsm-V, A. A. (2014). *Guía De Consulta De Los Criterios Diagnosticos Del Dsm-V*. Estados Unidos: Copyright.
- Fernández, I. (2000). *Convivencia Y Disciplina*. En "Educar Para La Paz Y La Resolución De Conflictos". Biblioteca Básica Para El Profesorado. Cuadernos De Pedagogía. Barcelona: Cisspraxis.
- Fernández, I. Y. (2005). *Escuela Sin Violencia*. Mexico: Alfa Omega.
- Fritsch R, M. M. (2007). *¿Cómo Es La Salud Mental De Los Hijos De Madres Deprimidas Consultantes A Servicios De Atención Primaria?* Recuperado El 30 De 04 De 2015, De Redalyc:
[Http://Redalyc.Uaemex.Mx/Src/Inicio/Artpdfred.Jsp?Icve=177116685008](http://Redalyc.Uaemex.Mx/Src/Inicio/Artpdfred.Jsp?Icve=177116685008)
- Gabalda, I. C. (2007). *Manual Teórico Práctico De Psicoterapias Cognitivas*. España: Desclée De Brouwer, S.A.,.
- Gabalda, I. C. (2009). *Manual Teórico Práctico De Psicoterapias Cognitivas* . España: Desclée De Brouwer.
- García, R. (2003). *Autoconcepto Académico Y Percepción Familiar*. *Revista Galego-Portuguesa De Psicología E Educación* N° 7, 49-54.

- Giannakopoulos, G. (2009). *“Screening For Children’s Depression Symptoms In Greece: Use Of The Children’s Depression Inventory In A Nation-Wide School-Based.”* Recuperado el 30 de 04 de 2015, De Eur Child Adolesc Psychiatry: Disponible En: www.springerlink.com/index/p873025331512206.pdf
- Gise. (25 De 01 De 2006). *Monografías.Com.* Recuperado el 22 de 07 de 2015, de <http://foros.monografias.com/archive/index.php/t-31758.html>
- Gómez I, A. A. (2003). Características Psicométricas Del Instrumento. Children Depression Inventory (Cdi) Para Detector Sintomatología Depresiva De Niños 8-12 Años En La Ciudad De Medellin. En *Investigaciones De Psicología Clínica Cognitiva-Comportamental En La Ciudad De Medellin.* Medellin: Psicog.
- Goodyer. (2000). Depresión Infancia Y Adolescencia. *Centre Londres 94 Psiquiatria Y Paidopsiquiatria.*, 8.
- Hausller, I. &. (1996). En *Confiar En Uno Mismo: Programa De Autoestima.* Chile: Dolmen Educación. .
- Hendrick, J. (1990). Educación Infantil 1, Dimensión Física, Afectiva Y Social. España: Ceac.
- Jimenez I, C. A. (2006). *Morbilidad Y Maltrato Infantil En Niños Entre 7- 14 Años En Consulta De Psicología.* Recuperado el 30 de 04 de 2015, de rev hum med: <http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v6n1/hmc030106.pdf>
- (2012). El Bullying No Es Un Juego. En L. B. Julio Carozzo. Lima: Mine.
- L’ecuyer. (1985). El Concepto De Sí Mismo. . Barcelona: Oikos-Tau, S.A.
- López, G. Y. (2001). La Autoestima: Medición Y Estrategias De Intervención A Través De Una Experiencia En La Reconstrucción Del Ser. Mexico: Universidad Autonoma De Mexico.
- Lopez, J. (15 De 01 De 2009). *Economía De Fichas: Como Convertirlo En Un Sistema Eficaz Para Modificar La Conducta.* Recuperado El 21 De 07 De 2015, De <Http://www.fundacioncadah.org/web/articulo/tdah-estrategias-para-la-conducta-economia-de-fichas-como-convertirlo-en-un-sistema-eficaz-para-modificar-la-conducta.html>
- Mantilla, L. (11 De 2006). *Prevalencia De Sintomatología Depresiva En Niños Y Niñas Escolares De Bucaramanga, Colombia.* Recuperado el 30 de 04 de 2015, De

Rev.Col.Psiquiatr:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0034-74502004000200003&lng=es.

- Martínez, C. T. (07 De 08 De 2013). *Monografias.Com*. Recuperado El 23 De 06 De 2015, De <Http://www.monografias.com/trabajos98/terapia-cognitivo-conductual/terapia-cognitivo-conductual.shtml>
- Martínez, J. M. (2002). *Bullying: Itimidación Y Maltrato Entre El Alumnado*. Recuperado el 30 de 12 de 2014, de Http://www.juntadeandalucia.es/averroes/~cepc03/spip/img/pdf/acoso_escolar_baleares.pdf
- En J. M. Martínez (2006). *El Maltrato Entre Escolares En El Contexto De Las Conductas De Acoso..* Valladolid: Delta.
- Martínez, R. M. (2012). *Tecnica Del Espejo Para Mejorar El Autoconcepto Y La Autoestima*. Recuperado el 17 de 06 de 2015, de <http://www.fundacioncadah.org/web/articulo/tecnica-del-espejo-para-mejorar-autoconcepto-autoestima-afectados-tdah.html>
- Martínez, R. M. (S.F.). *Tecnica Del Espejo*. Recuperado El 21 De Febrero De 2015, de <http://www.fundacioncadah.org/web/categoria/tdah-estrategias-para-autoestima.html>
- Mckay, M. Y. (1999). *Autoestima. Evaluación Y Mejora*. Madrd: Martínez Roca.
- Meillon, T. (24 De 09 De 2014). *Terapia Cognitivo Conductual*. Recuperado El 22 de 07 de 2015, de <https://prezi.com/bzdxiwpcsrc/terapia-cognitivo-conductual/>
- Milenio. (2 De 07 De 2014). *Milenio. Politica Mexico* . Recuperado El 23 De 12 De 2014, De *Primer Bullying Escala Internacional*: Http://www.milenio.com/politica/mexico-primer-bullying-escala-internacional_0_304169593.html
- Milicic, N. Y. (2008). *Hostigamiento Escolar: Propuestas Para La Elaboración De Políticas Públicas*. Santiago De Chile: Edic.
- Murillo, J. (24 De 05 De 2014). *El Diario Noticias Manabi Ecuador*. Recuperado El 26 De 12 De 2014, De <http://www.eldiario.ec/noticias-manabi-ecuador/209352-mas-de-50-de-alumnos-de-primaria-sufre-acoso-escolar/>

- Nathaniel, B. (1992). El Poder De La Autoestima, ¿Cómo Potenciar Este Importante Recurso Psicológico. Páidos Ibérica S.A.
- Nelson., K. R. (2009). Tratado De Pediatría. España: Elseiver.
- Olweus, D. (2003). Recuperado el 29 de 12 de 2014, De Acoso Escolar, “Bullying”, En Las Escuelas : Hechos E Intervenciones: [Http://www.observatorioperu.com/lecturas/acoso_escolar_dolweus.pdf](http://www.observatorioperu.com/lecturas/acoso_escolar_dolweus.pdf)
- Olweus, D. (2008). Conductas De Acoso Y Amenaza Entre Escolares. Madrid: Morata.
- Oñate, I. P. (2007). Mobbing Escolar: Violencia y Acoso Psicologico Contra Los Niños. Ceac.
- Oñate., I. P. (14 De 09 De 2007). *Uno De Cuatro Escolares Tienen Baja Autoestima Y Sufre Ansiedad*. Recuperado el 22 de 04 de 2015, de <http://www.consumer.es/web/es/educacion/2007/09/14/166892.php>
- Paredes, T. A. (2008). *Estudio Exploratorio Sobre El Fenómeno Rev. Latinoam*. Recuperado el 10 de 01 de 2015, de <http://www.umanizales.edu.co/revistacinde/index.html>
- Pueblo, D. D. ((2000).). Informe Sobre Violencia Escolar. Madrid.: Publicaciones De La Oficina Del Defensor Del Pueblo.
- Pueblo, D. D. (04 De 03 De 2006). *Informe De América Latina En El Marco Del Estudio Mundial De Las Naciones Unidas*. recuperado el 16 de 06 de 2015, de <http://www.eird.org/herramientas/videos/plan/estudio.pdf>
- Renavente, I. M. (2004). Bullying Acoso Escolar. Madrid: Piramide.
- Roland, E. (2002). Bullying, Depressive Symptoms And Suicidal Thoughts. Educational. Estados Unidos.
- Román, C. J. (2005). El Libro De Las Habilidades De Comunicación. España: Díaz De Santos S.A.
- Romero, K. (2009). *Comorbilidad Entre Los Factores De Ansiedad Del Scared Y*. Recuperado El 29 De 04 De 2015, De [Http://Www.Psicothema.Com/Pdf/3775.Pdf](http://Www.Psicothema.Com/Pdf/3775.Pdf)
- Rosado, V. Y. (2006). Quiubule Con... Mexico: Santillana.
- Salete, A. (. (01 De 12 De 2013). *Acoso Escolar (Bullying) Escuela De Padres*. recuperado el 24 de 05 de 2015, de

http://www.google.com/search?q=salete%2c+a.++acoso+escolar+%28bullying%29+escuela+de+padres.&oe=utf8&gfns=1&hl=es&spell=1&oq=salete%2c+a.++acoso+escolar+%28bullying%29+escuela+de+padres.&gs_l=heirloomserp.3...16503.17826.0.18480.7.7.0.0.0.167.959.1j6.7.

- Samhsa. (2009). *Psicoeducación Familiar*. Recuperado el 21 de 06 de 2015, de <https://store.samhsa.gov/shin/content/sma09-4423/spanishbrochure-fp.pdf>
- Sanmartín, J. (2004). *El Laberinto De La Violencia: Causas, Tipos Y Efectos*. Madrid: Saieciana.
- Schwarz, A. (2013). *El Libro Del Bullying*. Madrid: Alianza.
- Siendones, C. F. (2006). *La Depresión Infantil. Centre Londres 94 Psiquiatria-Paidopsiquiatria*.
- Tomas, J. (2007). *Trastorno Depresivo Infantil*. Recuperado el 30 de 03 de 2015, de [centrelondres,; www.centrelondres94.com/files/trastorno_depresivo_infantil.pdf](http://www.centrelondres94.com/files/trastorno_depresivo_infantil.pdf)

PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICO DIRIGIDO A ESTUDIANTES DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA “LUIS URDANETA DEL CANTÓN PINDAL PROVINCIA DE LOJA.

Presentación:

El plan de intervención, psicoterapéutico se lo puede conceptualizar como el único tratamiento de naturaleza psicológica de los trastornos emocionales y de la conducta, implica la comunicación activa entre paciente y terapeuta, para ello se emplea métodos y técnicas con una fundamentación teórica.

En el proceso terapéutico dos aspectos son de gran importancia, la función expresiva por parte del paciente y el factor de apoyo o sostén psicológico que brinda el terapeuta, además debe existir empatía, comprensión, análisis del problema, ayudar a la toma de decisiones, disminuir a niveles aceptables los estados emocionales negativos en el sujeto y proporcionarle las técnicas y recursos para enfrentar su problema. (BORDON, 2006)

Existen diferentes psicoterapias; en el caso de la depresión infantil, la intervención psicoterapéutica, recomendada, es la cognitivo conductual, por cuanto está a diferencia de las terapias psicodinámicas, que se focalizan en los pensamientos inconscientes y ponen énfasis en la catarsis, se acerca a los patrones de los comportamientos disfuncionales y pensamientos distorsionados, por lo que considero conveniente, recurrir a este modelo terapéutico, con el propósito de disminuir la sintomatología depresiva en los niños de la Escuela de Educación Básica Luis Urdaneta, del cantón Pindal.

Objetivos:

- ✓ Disminuir la frecuencia e intensidad de la sintomatología depresiva en los niños que presentan Bullying.
- ✓ Formar habilidades de afrontamiento, para los niños que presentan Bullying, mediante las técnicas psicoterapéuticas.

Justificación:

El Bullying hoy en día un problema social y de salud pública importante, que puede generar en los niños inseguridad, aislamiento social, desvalorización, una falsa imagen de sí mismos, sintomatología depresiva, alteraciones conductuales-cognitivas y fisiológicas, que marca la vida del niño afectando el desenvolvimiento académico, emocional, familiar y social, finalmente pueden producirse intentos suicidas, sino es tratado a tiempo este fenómeno de Bullying puede desencadenar alteraciones en la personalidad, enfermedades psiquiátricas a futuro y estados depresivos durante la vida adulta. (Schwarz, 2013)

Se justifica el presente plan de intervención, ya que por intermedio de la acción – participación, de los niños con Bullying, diagnosticados con depresión infantil, dispondrán de técnicas y estrategias de afrontamiento, que les permitirá, reducir los niveles de depresión, en la perspectiva de mejorar su salud mental y la calidad de vida.

Características de la intervención cognitiva conductual

La teoría cognitiva-conductual es un proceso de resolución de problemas que se basa en una experiencia de aprendizaje, en el cual el niño aprende a descubrir, y modificar pensamientos erróneos e ideas disfuncionales, los cuales interfieren en su comportamiento y forma de relacionarse con los demás.

La terapia cognitiva, estudia los pensamientos, actitudes y creencias (denominados en conjunto ‘procesos cognitivos’) no deseados, y la terapia conductual, que se centra en la conducta en respuesta a estos pensamientos. (Martínez C. T., 2013)

El terapeuta cognitivo conductual utilizara técnicas para identificar los pensamientos que causan las emociones y las conductas problemáticas. El paciente por su parte aprenderá a modificar estos pensamientos, lo que a su vez permite respuestas más apropiadas y positivas. La finalidad de la terapia es que la persona pueda iniciar un cambio tanto en sus pensamientos y conducta logrando así una salud mental y física para reinsertarse a la sociedad. (Martínez C. T., 2013)

El trabajo se desarrollará en el marco de una relación de colaboración entre el terapeuta y el paciente, en la que ambos deciden juntos los objetivos que desean conseguir.

Mediante técnicas de exposición o afrontamiento, pensados y diseñados para cada caso en particular, proponiendo además una continuidad temática entre las sesiones, en donde se enfocan y resuelven las conductas de evitación de determinadas situaciones inadecuadas, permitiendo eliminar o al menos disminuir los síntomas de la depresión; (Gise, 2006) en los niños con Bullying objeto de esta investigación, para lo cual se proponen 12 sesiones, se debe indicar que cada sesión, tendrán una duración de 40 a 60 minutos.

En cuanto al espacio físico, el lugar en donde se desarrollará la sesión debe ser adecuado, privado y cómodo, evitando estímulos que causen interrupciones.

A nivel profesional, el terapeuta debe presentarse desde su rol, mostrarse interesado, escuchar atentamente y sin prejuicios, mantenerse abierto a la comunicación y favorecer la espontaneidad, tomar nota de aquello imprescindible, no realizar apreciaciones valorativas, explicar de qué se trata todas las actividades y profundizar temas que lo ameritan. (Buena, 2011)

N°	ACTIVIDAD	OBJETIVO	RECURSOS	TIEMPO FECHA	EVALUACIÓN.
1	ENCUADRE PSICOTERAPEUTICO	Promover un ambiente de empatía, rapport, previo a la ejecución de las sesiones a través del encuadre psicoterapéutico	Test CDI para medir la depresión Infantil	45 min. 03/08/2015	Recolección de información. A través del test CDI, permitirá conocer los niveles depresivos que presentan los niños.
2	PSICOEDUCACIÓN	Instruir a los niños sobre las causas y consecuencias del Bullying	Video para reflexionar. Diapositivas con la definición, causas y consecuencias.	60 min. 05/08/2015	Mediante preguntas se podrá retroalimentar a los niños.
3	ENTRENAMIENTO EN ASERTIVIDAD. DINÁMICA EL CIRCULO DE LA AMISTAD	Mejorar la calidad de comunicación entre los niños/as Reducir mal entendidos y afianzar lazos de amor filial.	Entrenamiento asertivo mediante el conocimiento de sus derechos asertivos. Dinámica para desarrollar comportamientos empáticos.	50 min. 07/08/2015	Reestructuración cognitiva y conductas apropiadas en los niños.
4	TECNICA DEL ESPEJO	Mejorar el autoconcepto de los niños	Un Espejo y con una serie de preguntas, se realizara una introspección en el niño,	60 min. 10/08/2015	Hacerle ver al niño todos los aspectos positivos que tiene y que aprenda a valorarlos.
5	AUTOREGISTRO	Contrarrestar distorsiones cognitivas.	Autoregistro de pensamientos.	45 min. 12/08/2015	Lograr contrarrestar los pensamientos distorsionados que presenta el niño.
6	DETENCIÓN DEL PENSAMIENTO	Contrarrestar distorsiones cognitivas que puedan desencadenar las conductas autolíticas o negativas.	Técnica stop del pensamiento.	45 min. 14/08/2015	El niño logra internalizar la palabra “stop”, y las ideas o imágenes perturbadoras ya no logran ningún efecto en el niño, para poder desenvolverse en su vida
7	TERAPIA EXPLICATIVA. TECNICA DE RESPIRACIÓN RELAJACIÓN PROGRESIVA IMAGINACIÓN GUIADA	Entrenar a los niños en respiración y relajación con la finalidad de disminuir síntomas de tensión y estrés.	Técnica de respiración y relajación	50 min. 17/08/2015	El niño sentirá una sensación placentera y disminuirá síntomas de tensión y estrés.

8	ROLE PLAYING	Modelar al niño en la aparición de nuevos comportamientos y conductas.	Escena en la cual se busca simular una situación conflictiva en donde demuestre como se siente el niño ante un conflicto.	60 min. 19/08/2015	Analizar las emociones y conductas que presenten los niños.
9	ECONOMÍA DE FICHAS	Reforzar conductas positivas, mediante administración de fichas para la extinción de conductas inadecuadas.	Tabla para la calificar la conducta positiva o negativa del niño.	60 min. 21/05/2015	Reforzar la conducta positiva del niño.
10	CONTRATO DE CONTINGENCIA.	Mejorar las relaciones interpersonales, en cuanto al comportamiento y conducta de los niños, mediante un acuerdo escrito.	Contrato de continencia en el que se comprometen a cumplir lo estipulado	45 min. 24/08/2015	Extinción de conductas y comportamientos perturbadores.
11	PSICOEDUCACIÓN FAMILIAR	Eliminar las situaciones conflictivas para mejorar la relación familiar, fortaleciendo la comunicación y los lazos familiares.	Video para reflexionar. Diapositivas con la definición, causas y consecuencias.	60 min. 26/08/2015	Mejorar la relación familiar y la comunicación entre el niño sus familiares.
12	LOGROS ALCANZADOS	Evaluar los logros alcanzados, mediante los objetivos propuestos al iniciar el proceso	Aplicación del test CDI para medir los resultados obtenidos. Utilización de una carta.	60 min. 28/08/2015	Determinar si se logró disminuir la sintomatología depresiva a través del test CDI. Carta de finalización.

SESIÓN 1.

TEMA:

1. ENCUADRE PSICOTERAPEUTICO

OBJETIVO:

- ✓ Promover un ambiente de empatía y rapport, para la ejecución de las sesiones a través del encuadre psicoterapéutico

PROCEDIMIENTO:

- Se iniciara la terapia con un ambiente de rapport y empatía, explicando los objetivos, características y pasos del contrato terapéutico, se establecerá el compromiso y responsabilidad, así como la motivación hacia el paciente, para acudir a las sesiones planificadas.
- La recolección de la información, iniciara con la observación clínica, determinando su actitud, presentación, comportamiento, y manifestaciones verbales como no verbales. (Cristel, 2006)
- Se aplica el test de Depresión Infantil, CDI que permita conocer los niveles depresivos que presentan los niños.

SESIÓN 2

TEMA:

1. PSICOEDUCACIÓN

OBJETIVOS:

- ✓ Instruir a los niños sobre las causas y consecuencias del Bullying

PROCEDIMIENTO:

- Se inicia con la presentación de un video sobre el bullying y su respectiva reflexión.
- Mediante diapositivas se dará a conocer a los estudiantes la definición, causas y consecuencias del Bullying.
- Se responderá a preguntas a los niños con la finalidad de realizar retroalimentación.

SESIÓN 3

TÉCNICA:

1. ENTRENAMIENTO EN ASERTIVIDAD
2. DINÁMICA EL CIRCULO DE LA AMISTAD.

OBJETIVOS:

- ✓ Mejorar la calidad de comunicación entre los niños/as
- ✓ Reducir mal entendidos y afianzar lazos de amor filial.

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA:

En gran medida la técnica del entrenamiento asertivo, implica reestructuración cognitiva, en tanto que se le enseña sus derechos, como individuo, se eliminan los obstáculos cognitivos para verbalizar de manera segura en favor de sus sentimientos y aspiraciones, y formas de expresarse. Habiendo establecido lo anterior se establecen conductas apropiadas en el repertorio del cliente por medio del modelado y la práctica, primero en la seguridad del consultorio y luego en ambientes sociales usuales, dándole a conocer sus propios derechos humanos asertivos, que son:

1. Tenemos derecho a juzgar nuestro propio comportamiento, nuestros pensamientos y nuestras emociones, y a tomar la responsabilidad de su iniciación y de sus consecuencias.
2. Tenemos derecho a no dar razones o excusas, para justificar nuestro comportamiento.
3. Tenemos derecho a juzgar si nos incumbe la responsabilidad de encontrar soluciones para los problemas de otras personas.
4. Tenemos derecho a cambiar de parecer.
5. Tenemos derecho a cometer errores...y a ser responsables de ellos.
6. Tenemos derecho a decir: “no lo sé”
7. Tenemos derecho a ser independientes de la buena voluntad de los demás antes de enfrentarnos con ellos.
8. Tenemos derecho a tomar decisiones ajenas a la lógica.
9. Tenemos derecho a decir: “No lo entiendo”
10. Tenemos derecho a decir: “No me importa” (Román, 2005)

Con la dinámica se desarrollará comportamientos empáticos en los alumnos acerca de aquellos otros que se encuentran en una situación de marginación y rechazo social.

EL CÍRCULO DE LA AMISTAD

Esta técnica de base emocional y conductual, consiste en realizar una sesión instructiva al grupo de alumnos mientras se encuentra ausente el alumno objeto de ayuda. Se les indica que existen varios círculos de personas con las que nos relacionamos y con ellas nos sentimos seguros, queridos, valorados y nos permiten disfrutar de su presencia. Si a alguien les falta alguno de los círculos de estas personas se queda sin esa seguridad, valoración y experimenta sentimientos de soledad, de rechazo y de baja autoestima.

Se pregunta a los alumnos quién o quiénes de la clase estarían en dicha situación. Una vez identificado el compañero o compañeros que se encuentran en semejante situación se les pide que formen un pequeño grupo de 5-6 para que aporten posibles actuaciones concretas que podrían llevarse a cabo para restablecer los círculos que le faltan (en este caso en círculo de los amigos y compañeros) y que se sintiese integrado en el grupo. (Arándiga, 2005)

SESIÓN 4

TÉCNICA:

1. TECNICA DEL ESPEJO.

OBJETIVO:

- ✓ Mejorar el autoconcepto de los niños

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA:

Esta técnica, persigue mejorar el autoconcepto de los niños y en ella, con la ayuda de un espejo, y a través de una serie de preguntas podremos guiar al niño para que se observe, para que realice una introspección y exprese qué ve en el espejo cuando se mira.

Será importante tener información previa a su realización, por lo que haremos una serie de preguntas a los niños que nos arrojarán luz sobre cuál es la opinión de los niños sobre ellos mismos.

- ¿Cuándo te miras en el espejo te ves guapo/a?
- ¿Piensas que tienes cosas buenas que aportar a los demás? ¿Cuáles?
- ¿Crees que les gustas a tus amigos y compañeros tal y como eres?
- ¿Qué cambiarías de tu apariencia?
- ¿Cuándo te sientes y te ves bien, te sientes más seguro de ti mismo?

Una vez hemos logrado que el niño nos cuente su punto de vista sobre estos aspectos, será hora de pasar al espejo. Debemos situarlo a su altura, en un sitio que sea cómodo para él, e ir haciéndole preguntas del tipo:

- ¿Qué ves en el espejo?
- ¿Cómo es la persona que te mira desde el espejo?
- ¿Lo conoces?

- ¿Qué cosas buenas tiene esa persona?
- ¿Qué cosas malas tiene quien te mira desde el espejo?
- ¿Qué es lo que más te gusta de esa persona?
- ¿Cambiarías algo de la persona del espejo?

Tenemos que hacerle ver todos los aspectos positivos que tiene el niño del espejo, que son muchos, y que aprenda a valorarlo.

Podrán llegar a impresionarnos expresando las características personales que perciben de ellos mismos, y la sinceridad con la que en muchas ocasiones se juzgan personalmente.

Podremos apoyarnos también en los compañeros con los que realicemos la actividad, realizando un intercambio de información: saber si están de acuerdo con lo que opina su compañero, qué cosas ven ellos en él que no haya dicho, etc.

Con esta actividad podremos conocer cuál es la imagen que tiene el niño sobre él mismo, cómo se percibe, qué impresión cree que causa, etc.

De esta manera podremos trabajar sobre los aspectos más relevantes. (Martínez R. M., 2012)

SESIÓN 5

TECNICA.

1. AUTOREGISTRO

OBJETIVOS:

- ✓ Contrarrestar distorsiones cognitivas mediante la técnica de un auto-registro.

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA:

- Mediante ejemplos didácticos se enseña a identificar distorsiones
- Se realiza un registro de pensamientos A.B.C., el cual consiste en un auto-registro, de pensamientos distorsionados, relacionados con el Bullying, y depresión infantil que consta de situación, pensamiento emocional racional y la emoción irracional.
 - En su aplicación la técnica del registro del ABC, constituye:
 - A= Acontecimiento, actívale algo sucedió.
 - B= Creencia, me dije algo.
 - C= Consecuencia, sentí e hice algo (Gabalda I. C., 2007)

SESIÓN 6

TECNICA.

1. DETENCIÓN DEL PENSAMIENTO

OBJETIVOS:

- ✓ Contrarrestar distorsiones cognitivas que puedan desencadenar las conductas autolíticas o negativas mediante la técnica Detención del Pensamiento.

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA:

- Se le pide al niño que cerrando los ojos imagine cualquier secuencia de pensamiento que irrumpe en ese instante en su mente. Pasado un tiempo determinado, el terapeuta le dice “Stop” o “Alto”, ante esta situación el paciente suprime el pensamiento y el terapeuta le hace notar ese detalle.
- El proceso se repite varias veces, pudiéndose alternar con diferentes pensamientos
- Conseguido este objetivo, el niño internaliza la palabra, debiendo emplear subvocalmente o a nivel de pensamiento, cada vez que en la vida rutinaria se vuelvan a presentar sus ideas o imágenes perturbadoras. (Balarezo, 2007)

SESIÓN 7

TÉCNICA:

1. TERAPIA EXPLICATIVA.
2. TÉCNICAS DE RESPIRACIÓN
3. RELAJACIÓN PROGRESIVA CON IMAGINACIÓN GUIADA.

OBJETIVO:

- ✓ Entrenar a los niños/as en relajación con la finalidad de disminuir síntomas de tensión y estrés.

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA:

- Se inicia explicando a los asistentes que es la Relajación, sus beneficios y lo que posiblemente pueden sentir.
- Luego se les entrena en la técnica de respiración, se le enseña al niño a que realice una respiración profunda, que llene sus pulmones, luego que mantenga por 3 segundos y expulse por la boca muy lentamente y que sienta el placer que esto le produce.
- Se les pide se pongan cómodos y se inicia a relajar pidiendo aflojen cada musculo de su cuerpo, se concentren en el sonido de la música y luego imaginar un lugar seguro.
- Finalmente se les pide despertar de la relajación y contar lo experimentado.
(AECC, 2010)

SESIÓN 8

TÉCNICA:

1. ROLE PLAYING

OBJETIVO:

- ✓ Modelar al niño en la aparición de nuevos comportamientos y conductas saludables para la formación del niño

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA:

- Constituye una manera de adoptar un papel en la que se tendrá como objetivos el clarificar todas aquellas cogniciones contraproducentes y facilitar la expresión de emociones del paciente, para que puedan reestructurar los pensamientos distorsionados a partir de la expresión de ideas y emociones de otros personajes asumido.
- Es necesario promover un clima de confianza y establecer cuáles son los conflictos que deben ser tomados en cuenta, como tema de interés por el o los integrantes.
- Trabajaremos a nivel imaginario donde crearemos una escena, situación o acontecimiento de la vida real que tenga un valor especial.
- Mediante el role playing buscamos simular una situación conflictiva en donde se demuestre cómo se siente el niño ante un conflicto.
- Se analiza y valora los diferentes momentos de la situación planteada y se hace las preguntas sobre el problema, se solicitará que el o los participantes que han representado el conflicto den sus opiniones y como se han sentido al asumir el rol que les ha tocado interpretar.
- El papel del terapeuta es de moderador, guiando el debate hacia la consecución de nuevas soluciones y alternativas para solucionar el conflicto planteado, se debe explorar al máximo para poder establecer conclusiones y medir las consecuencias de las decisiones tomadas.. (Meillon, 2014)

SESIÓN 9

TÉCNICA:

1. ECONOMIA DE FICHAS.

OBJETIVO:

- ✓ Reforzar conductas positivas, mediante administración de fichas para la extinción de conductas inadecuadas.

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA:

- Para llevar a cabo dicha intervención desarrollamos una tabla en la cual vendrán dos ítems diferentes (cara alegre y cara triste) que variarán en función de la conducta del niño.
- Al finalizar la jornada de clase y tras analizar las conducta del niño se procederá a calificar si presento una conducta positiva se calificara con una cara alegre en el caso de ser una conducta negativa se le calificara una cara triste.
- Cada ítem alegre costará 1 punto. Y el ítem triste 0 puntos.
- Cuando el niño alcance 20 puntos se le reforzará con un premio dependiendo de sus intereses.
- El propósito de esta técnica es que el alumno se esforzara cada día para alcanzar los puntos, finalmente se observara una mejoría considerable en el alumno. (López J. , 2009)

SESIÓN 10

TEMA:

1. CONTRATO DE CONTIGENCIA.

OBJETIVO:

- ✓ Mejorar de relaciones interpersonales, en cuanto al comportamiento y conducta de los niños, mediante un acuerdo escrito que compromete a las partes firmantes a cumplir lo estipulado.

PROCEDIMIENTO:

Se trata de un contrato o acuerdo escrito en el que se comprometen las partes implicadas a cumplir lo estipulado y a respetar los derechos del otro.

El acuerdo se elabora en dos fases:

- Fase preliminar: en que el Responsable analiza la conducta a modificar, la operativiza, y selecciona los reforzadores
- Fase de interacción y de acuerdos: citación personas implicadas, exposición del proyecto (objetivos, desarrollo y responsabilidades de cada parte); identificación recompensas; consenso sobre los términos del contrato y pacto de los costos; redacción del contrato y firma del mismo; acuerdo sobre cómo verificar su cumplimiento. (Cevilla, 2004)

EJEMPLO DE CONTRATO.

CONTRATO DE CONTIGENCIA.

YO,.....alumna/o del grado.....paralelo..... de la Escuela....., soy capaz de realizar las siguientes acciones.

1. Comportarme correctamente en clases con mis compañeros y profesor.
2. Respetar a mis compañeros.
3. No molestar a mis compañeros.
4. No insultar a mis compañeros.
5. No pelear con mis compañeros.

- Realizando estas conductas podre obtener puntos con mi profesor/a me anotara en mi CARNET DE CONDUCTA.
- Al final de cada día, entregare mi carnet de conducta al o la profesor/a, y él o ella me anotaran los puntos que haya obtenido en el día según mi conducta.
- Los puntos que obtenga los podre canjear semanalmente por aquellas cosas que me gustan.

PUNTUACIÓN.

Conducta mala	0 puntos
Conducta regular	3 puntos
Conducta buena	6 puntos
Conducta muy buena	10 puntos

Y como soy capaz de realizar todo esto, firmo junto a mi profesor/a:

En Pindal a losdel mes de..... del.....

Firma alumno/a

Firma profesor

FUENTE: (Ambazar, 2000)

EJEMPLO DE CARNET DE CONDUCTA.

CARNET DE CONDUCTA		
Profesor/a:		
Alumno/a:		
MES:		
PRIMERA SEMANA		
DIAS	PUNTAJE	PUNTUACIÓN
LUNES		
MARTES		
MIERCOLES		
JUEVES		
VIERNES		

SESIÓN 11

TEMA.

1. PSICOEDUCACIÓN FAMILIAR

OBJETIVO

- ✓ Eliminar las situaciones conflictivas para mejorar la relación familiar, fortaleciendo la comunicación y los lazos familiares.

PROCEDIMIENTO:

- Se trabaja con la familia o familiares a responsables del niño, para poder explicar la situación del paciente, haciéndole conocer que el acoso escolar o Bullying, requiere fundamentalmente apoyo familiar para poder superar la sintomatología depresiva, ansiosa que presente el niño.
- Se inicia con la presentación de un video sobre el bullying y su respectiva reflexión.
- Mediante diapositivas se dará a conocer a los familiares la definición, causas consecuencias del Bullying,.
- Se constituye un contrato entre la familia y el paciente en el cual se establece mejorar la relación familiar y la comunicación dentro de la misma, lo cual ayudara al niño a sobrellevar su condición hasta la etapa final. (Samhsa, 2009)

SESIÓN 12

CIERRE TERAPEUTICO

TEMA:

1. LOGROS ALCANZADOS

OBJETIVOS:

- ✓ Evaluar los logros alcanzados, mediante los objetivos propuestos al iniciar el proceso.

PROCEDIMIENTO:

- La aplicación del reactivos psicológico como actividad final servirá para medir resultados obtenidos. Tanto los niños como sus familiares determinarían si se logró disminuir la sintomatología presentada en un inicio y como repercutió la intervención psicoterapéutica.
- Escribir lo que han aprendido en terapia mediante la utilización de una carta.
- Cada participante lee su carta, en la que se expondrá aquello que ha sido significativo en la experiencia de participar de la terapia (Domínguez, 2011)

XI. ANEXOS.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TEMA:

“PRESENCIA DE BULLYING Y SU INCIDENCIA EN LA DEPRESIÓN INFANTIL EN NIÑOS DE 8-12 AÑOS, DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA LUIS URDANETA, DEL CANTON PINDAL, PROVINCIA DE LOJA, PERIODO ENERO-JULIO 2015”.

PROYECTO DE TESIS
PREVIA A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE PSICÓLOGA
CLÍNICA

AUTORA:

Jessica Elizabeth Apolo Torres.

LOJA-ECUADOR.
2015

I. TEMA

“PRESENCIA DE BULLYING Y SU INCIDENCIA EN LA DEPRESIÓN INFANTIL EN NIÑOS DE 8-12 AÑOS, DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA LUIS URDANETA, DEL CANTON PINDAL, PROVINCIA DE LOJA, PERIODO ENERO-JULIO 2015”.

ESQUEMA DEL MARCO REFERENCIAL

CAPÍTULO I: BULLYING

- 1.1. DEFINICIÓN
- 1.2. FACTORES DE RIESGO DE VIOLENCIA ESCOLAR.
- 1.3. FACTORES FAMILIARES
- 1.4. FACTORES ESCOLARES
- 1.5. FACTORES SOCIALES Y CULTURALES
- 1.6. FACTORES PERSONALES
- 1.7. TEORIAS DE LA AGRESIVIDAD
- 1.8. TIPOS DE MALTRATO O BULLYING
 - 1.8.1. EXCLUSIÓN SOCIAL
 - 1.8.2. VERBAL
 - 1.8.3. PSICOLÓGICO
 - 1.8.4. FISICO
 - 1.8.5. CIBERBULLYING
- 1.9. PERFILES PSICOSOCIALES
 - 1.9.1. AGRESOR
 - 1.9.1.1. PERSONALIDAD
 - 1.9.1.2. ASPECTOS FÍSICOS
 - 1.9.1.3. ÁMBITO SOCIAL Y FAMILIAR
 - 1.9.1.4. CARACTERÍSTICAS DEL AGRESOR
 - 1.9.1.5. TIPOLOGÍA
 - 1.9.2. VÍCTIMA
 - 1.9.2.1. PERSONALIDAD
 - 1.9.2.2. ASPECTOS FÍSICOS
 - 1.9.2.3. ÁMBITO FAMILIAR
 - 1.9.2.4. ÁMBITO SOCIAL
 - 1.9.2.5. CARACTERÍSTICAS DE LA VICTIMA
 - 1.9.2.6. TIPOLOGÍA
 - 1.9.3. LOS ESPECTADORES
 - 1.9.3.1. PORQUE PERMITEN LOS ESPECTADORES QUE OCURRA EL BULLYING
 - 1.9.3.2. CARACTERÍSTICAS DE LOS ESPECTADORES DEL BULLYING
- 1.10. ESCENARIOS MÁS FRECUENTES PARA EL BULLYING
- 1.11. CONSECUENCIAS PARA EL O LOS AGRESORES
- 1.12. CONSECUENCIAS PARA LA VÍCTIMA
- 1.13. CONSECUENCIAS PARA LOS/AS ESPECTADORES/AS

CAPITULO II: LA DEPRESIÓN INFANTIL.

- 2.1. DEFINICIÓN DE LA DEPRESIÓN.
 - 2.1.1. DEFINICIONES DE DEPRESIÓN INFANTIL
 - 2.2 ETIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS.
 - 2.2.1. MODELO BIOLÓGICO
 - 2.2.2. MODELO PSICOLÓGICO
 - 2.2.3. 2.3. FACTORES DE RIESGO INFANTO-JUVENILES.
 - 2.3.1. FACTORES DE VULNERABILIDAD
 - 2.3.2. FACTORES DE ACTIVACIÓN2.
- 3.3. FACTORES SOCIALES
- 2.4. SINTOMAS DE DEPRESIÓN INFANTIL SEGÚN LA EDAD.

- 2.4.1. MENORES DE 7 AÑOS
- 2.4.2. DESDE LOS 7 AÑOS A LA EDAD PUBERAL:
- 2.4.3. SÍNTOMAS EN LA ADOLESCENCIA
- 2.5 CRITERIOS DIAGNOSTICO DSM-V.
- 2.5.1. TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR.
- 2.6. DEPRESIÓN SEGÚN LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LAS ENFERMEDADES (CIE-10)
- 2.6.1. SINTOMATOLOGÍA DE UN EPISODIO DEPRESIVO
- 2.6.2. TIPOS DE DEPRESIÓN.
- 2.6.3. EPISODIO DEPRESIVO LEVE.
- 2.6.4. EPISODIO DEPRESIVO MODERADO.
- 2.6.5. EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SÍNTOMAS PSICÓTICOS.
- 2.7. EL BULLYNG Y SU RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN INFANTIL.

CAPITULO III: INTERVENCIÓN PSICOTERAPEUTICA

3.1.CONCEPTOS

- 3.1.1. ESTRATEGIAS
- 3.1.2. PSICOEDUCACIÓN
- 3.1.3 TECNICA COGNITIVO.CONDUCTUAL.
- 3.1.4. TECNICA COGNITIVA
- 3.1.5. TECNICA CONDUCTUAL
- 3.1.6. CARACTERÍSTICAS DE LA TECNICA COGNITIVO-CONDUCTUAL
- 3.1.7. OBJETIVOS DE LAS ESTRATEGIAS PSICOEDUCATIVAS COGNITIVO CONDUCTUALES
- 3.2. TECNICAS
- 3.2.1. FEEDBACK
- 3.2.2. MODELAMIENTO
- 3.2.3. TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA DE ELLIS
- 3.2.4. ENTRENAMIENTO ASERTIVO
- 3.2.5. LA EXPOSICIÓN Y PREVENCIÓN DE RESPUESTA
- 3.2.6. ROL PLAYING
- 3.2.7. RELAJACIÓN
- 3.2.8. TECNICA DEL ESPEJO
- 3.2.9. AUTOCONTROL
- 3.2.10. LA VISUALIZACIÓN
- 3.2.11. EVALUACIÓN DEL INCONSCIENTE
- 3.2.12.TERAPIA DE REGRESIÓN
- 3.2.10.CONTRATO DE CONTIGENCIA

II. PROBLEMÁTICA

Cada vez aumenta con frecuencia el acoso escolar en los centros educativos, se pueden evidenciar; las peleas, insultos y las muestras de fuerza entre un/os compañero/s y otro/s. Estas conductas agresivas se establecen como una clara muestra de abuso de poder, donde una persona se convierte en el blanco frecuente de los ataques (Cerezo F. , 2008).

Cerezo, define el fenómeno *bullying* como la violencia mantenida, mental o física, guiada por un individuo o un grupo dirigida contra otro que no es capaz de defenderse a sí mismo en esa situación, desarrollada en el ámbito escolar. Posteriormente, añade en la descripción del fenómeno su carácter intencional, perjudicial y persistente, constituyendo una dinámica asidua de exclusión, violencia y deterioro de la socialización, de un estudiante o grupo de estudiantes, hacia otro compañero al que convierte en su víctima habitual. (Cerezo F. , 2008)

La Organización Mundial de la Salud OMS define a la depresión como un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

Según “el informe, basado en datos de un estudio de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) desarrollado entre 2005 y 2009, para este estudio se examinaron los resultados de 2.969 escuelas, 3.903 aulas y 91.223 estudiantes de sexto grado de 16 países latinoamericanos: Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, la República Dominicana y Uruguay. Y ese análisis revela que la agresión más frecuente fue el robo (39,4 %), seguida de la violencia verbal (26,6 %) y la violencia física (16,5 %). Cabe recalcar que el 51,1 % de los estudiantes dicen haber sido víctimas de bullying por parte de sus compañeros de escuela durante el mes anterior al que se recogieron los datos.

Llama la atención especialmente que sea América Latina la región del mundo donde más existe violencia escolar, según los expertos, entre las causantes para su aparición están: los niveles de desigualdad social, discriminación y la intolerancia hacia ciertos grupos, como ser discapacitados, indígenas o los niños con una determinada apariencia física o en condición marginal, ya que en otras regiones como Europa, Asia y África, oscila entre el 30 y el 40 %.” (Murillo, 2014)

Si bien, las consecuencias afectan a todos los actores sociales involucrados en el Bullying, los hostigados se ven mayormente afectados, abarcando repercusiones en las diversas áreas de la persona; emocional, física, psicológica, familiar, escolar, generando sentimientos de infelicidad, inseguridad e incluso, el desarrollo de diversos tipos de somatizaciones debido al alto nivel de ansiedad al que se ven expuestos. En algunas ocasiones, las consecuencias pueden derivar hasta el suicidio de la víctima debido a la permanencia de conductas violentas y al sufrimiento que experimentan las víctimas. (Milicic, 2008).

Las repercusiones a nivel de autoestima son inevitables, ya que la valoración de sí mismo nace desde el contacto con las personas significativas, es decir, la familia, los pares y el ambiente escolar, donde el trato que surge desde estos contextos llega a potenciar o disminuir la autoestima. Es por esto que el hostigamiento entre iguales llega a establecerse como una variable disruptiva en la instauración de la autoestima que dificulta la seguridad personal albergando temores y sentimientos de minusvalía (García, 2003).

De acuerdo con un estudio sobre violencia entre estudiantes en América Latina, realizado por la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), Ecuador se encuentra en el puesto No. 7 de un total de 16 países de la región, respecto al porcentaje de estudiantes de sexto grado de primaria que declara haber sido víctimas de robo, insultos o golpes en su escuela en un 62%. (CEPAL, 2013).

Con relación a la prevalencia de la depresión infantil a nivel mundial según la OMS (Organización Mundial de la Salud), se considera que ocupa el cuarto lugar como causa de

morbilidad en el mundo, con tasas de prevalencia elevadas que alcanzan entre el 8% y el 20% en niños y adolescentes. (Tomas, 2007)

En el continente Europeo (España) la cifra es del 11.5% (Romero, 2009); sin embargo en el país de Grecia en el año 2009, reportaron que 8,6% de niños de un total de 323, tenían depresión su edad comprendía entre los 10 y 13 años. (Giannakopoulos, 2009) A nivel sudamericano en (Colombia), en la ciudad Bucaramanga, se encontró una prevalencia del 9,2%. (Mantilla, 2006). En el país de Cuba se encontró en niños de 7-14 años que el 85.7% de niños maltratados estaban deprimidos (Jimenez I, 2006), mientras que en Chile muestra cifras de depresión infantil del 25.9%, (Fritsch R, 2007) a nivel nacional un estudio realizado en la Ciudad de Quito; se encontró una prevalencia alta 41% de depresión infantil en niños entre 9 y 16 años (Albuja B, 2009)

Una vez esclarecida la problemática es importante abordar este fenómeno, debido a que el Bullying, y la depresión infantil es un antecedente generador de secuelas personales y sociales además pueden crear graves problemas psicológicos cuyos efectos frecuentemente se mantienen durante toda la vida adulta.

Por tanto es interés de la autora realizar el presente trabajo investigativo y analizar los datos obtenidos, con la finalidad de planificar, ejecutar y explorar métodos más eficaces para intervenir en este problema y prevenirlo.

III. JUSTIFICACIÓN

Los niños son víctimas y se ven día a día, influenciadas por los medios de comunicación y las redes sociales, además existen diversos factores como son: la violencia intrafamiliar, maltrato infantil, carencia afectiva, falta de comunicación y las familias disfuncionales con normas rígidas y estrictas, estas influyen en la aparición del acoso escolar o bullying desencadenado baja autoestima, depresión, comportamientos agresivos, ansiedad, llegando en caso más graves y ven como única salida al suicidio.

La presente investigación, surge viendo la necesidad de estudiar el acoso escolar o Bullying en la Educación Escolar Básica, debido a que los niños se ven afectados por este fenómeno; apodos, insultos y conductas agresivas, son factores que desencadenan en el niño inseguridad, aislamiento social, desvalorización, una falsa imagen de sí mismos, provocando sintomatología depresiva, alteraciones conductuales-cognitivas y fisiológicas, que marca la vida del niño afectando el desenvolvimiento académico, emocional, familiar y social, finalmente pueden producirse intentos suicidas, alteraciones en la personalidad, enfermedades psiquiátricas a futuro y estados depresivos durante la vida adulta.

Se justifica el presente estudio, porque contribuirá a ampliar los datos sobre el acoso escolar y la depresión infantil. Además se ofrecerá un plan de intervención para el establecimiento educativo, y de esta manera se aportara con este estudio científico social con el fin de prevenir y dar posibles soluciones a este problema.

Por todo lo expuesto se ha considerado investigar el siguiente tema: “ **PRESENCIA DE BULLYING Y SU INCIDENCIA EN LA DEPRESIÓN INFANTIL EN NIÑOS DE 8-12 AÑOS, DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA LUIS URDANETA, DEL CANTON PINDAL, PROVINCIA DE LOJA, PERIODO ENERO-JULIO 2015**”, que permitirá proporcionar un aporte de datos y resultados de investigación para afrontar científica, técnica y metodológicamente esta problemática y de esta forma servirá como fuente de información para la comunidad universitaria y sobre todo para los estudiantes de la carrera de Psicología Clínica.

IV. OBJETIVOS.

Objetivo General.

- ✓ Identificar la presencia de Bullying y su incidencia en la Depresión Infantil en niños de 8-12 Años, de la Escuela de Educación Básica Luis Urdaneta, del cantón Pindal, Provincia De Loja, Periodo Enero-Julio 2015.

Objetivos Específicos.

- Determinar la presencia de Bullying en los niños de Educación Básica de 8-12 años de edad de la Escuela Luis Urdaneta, del cantón Pindal de la Provincia de Loja.
- Identificar la sintomatología depresiva en los niños de Educación Básica de 8-12 años de edad de la Escuela Luis Urdaneta, del cantón Pindal de la Provincia de Loja.
- Diseñar un plan de intervención psicoterapéutica, encaminado a prevenir el Bullying, y a mejorar el estado emocional en los niños de la Escuela de Educación Básica Luis Urdaneta.

V. MARCO TEORICO

1. EL BULLYING

1.1.DEFINICIÓN:

Literalmente, del inglés “Bully” significa matón o agresor. En este sentido la palabra bullying puede ser utilizada como acoso escolar, hostigamiento, intimidación, maltrato entre pares, maltrato entre niños, violencia de pares o violencia entre iguales.

Dan Olweus (1983), uno de los pioneros de la Investigación, lo define como una conducta de persecución física y o/ psicológica que realiza un/a alumno/a contra otro/a, al que escoge como víctima de repetidos ataques. Esta acción negativa, e intencionada, sitúa a la víctima en una posición de la que difícilmente puede escapar por sus propios medios. La continuidad de estas conducta de maltrato provoca en la victima efectos claramente negativos: descenso de la autoestima, estados de ansiedad e incluso cuadros depresivos, lo que dificulta su integración en el medio escolar y en el desarrollo normal del aprendizaje.

Fernández y Palomero, (2001), la define como: “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”.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como:

“El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” (OMS, 2002)

El bullying, no es en absoluto trivial ni causal, sino negativo e intencionado, y sitúa a las víctimas en posiciones de las que difícilmente pueden salir por sus propios medios por lo que la erradicación del acoso escolar es responsabilidad compartida de los centros educativos y de los niños victimizados o sus familias (Oñate, 2007)

Para el autor Ortega 2008 define al bullying como un fenómeno de violencia interpersonal que implica el abuso de poder, intimidación, exclusión, acoso, amenaza, malos tratos físicos, psicológicos o relacionales. Provoca un daño importantísimo en la víctima e impunidad para el agresor

1.2.FACTORES DE RIESGO DE VIOLENCIA ESCOLAR.

“Se consideran factores de riesgo aquellas características, o particularidades a nivel personal, familiar, escolar o cultural, en las que existe una probabilidad mayor que se produzca un determinado fenómeno. (Sanmartín, 2004)

1.3.FACTORES FAMILIARES

- Patrones educativos autoritarios, métodos coactivos, violentos y uso de disciplina autoritaria.
- Incoherencia en el uso de la autoridad. Permisividad e inconsistencia educativa.
- Ser educado con violencia enseña que esa es la forma como hay que comportarse.

○ Refuerzo por parte de los adultos de formas violentas y agresivas. (Martínez, 2006)
Prácticas de crianza inadecuadas por los padres de familia: autoritarias o negligentes.
Tenemos las siguientes:

- ✓ **Maltrato intrafamiliar:** Las secuelas físicas y psicológicas del maltrato recibido determinarán sus relaciones con personas significativas y su relación con el mundo.
- ✓ **Familia disfuncional:** En estas familias la jerarquía, la estructura y las funciones de los distintos miembros no están bien delimitadas.
- ✓ **Pobres o escasos canales de comunicación:** La comunicación clara y directa propicia las relaciones estables, el aprendizaje de valores, la toma de decisiones y el fortalecimiento de la identidad.
- **Poco tiempo compartido en familia:** Lo que puede provocar una especie de soledad afectiva que afecta sobre todo a los niños, que para su desarrollo necesitan la atención, el cariño y la presencia activa de los padres. (Martínez, 2006)

1.4.FACTORES ESCOLARES

- Metodologías no cooperativas.
- Disciplinas autoritarias, punitivas, sancionadoras e inconsistentes.
- Falta de normas establecidas democráticamente y asumidas por la comunidad.
- Falta de canales de comunicación, Clima de clase insano.
- Falta de tutorización y/o monitorización.
- Ausencia de programas antibullying en los centros educativos.
- Falta de cultura preventiva del bullying en la comunidad educativa. (Martínez, 2006)

OTROS FACTORES ESCOLARES.

- Políticas educativas que no sancionan adecuadamente las conductas violentas.
- Ausencia de transmisión de valores y contenidos excesivamente academicistas.
- Falta de atención a la diversidad cultural.
- Problemática del profesorado: vulnerabilidad psicológica, carencia de una metodología adecuada para el control de la clase.
- Falta de reconocimiento social respecto a la labor profesorado.
- Ausencia de la figura del maestro. (Olweus D. , 2008)

1.5.FACTORES SOCIALES Y CULTURALES

- ❖ Violencia estructural.
- ❖ Creencias y costumbres sociales frente al bullying.
- ❖ Medios de comunicación social y modelos que “extienden-reproducen”.
- ❖ Valores socialmente aceptables.
- ❖ Altos umbrales de sensibilización hacia los modelos de dominio-sumisión y violencia. (Martínez, 2006)

1.6.FACTORES PERSONALES

- Temperamento.
- Aprendizaje de conductas violentas o sumisas durante la infancia.
- Experiencias previas de haber sido maltratado por adultos.
- Falta de autocontrol personal.
- Inhabilidad social. (Martínez, 2006)

1.7.TEORIAS DE LA AGRESIVIDAD.

La agresividad es natural a los seres humanos, es una energía que nos permite mantenernos vivos, es una fuerza emocional que nos permite protegernos, y adaptarnos a los ataques que vienen del exterior, lo importante es como lo regulamos, es decir la necesidad de activar la pulsión agresiva frente a ciertas situaciones y frenarla en otras. (Valadez 2008).

Para el autor Fernández, el termino agresión debería utilizarse para designar un acto en sí, un acto palpable y efectivo, la agresividad sin embargo es el término empleado para designar la tendencia o disposición inicial que dio lugar a la posterior agresión.

Martilla y Mackal (1983), hablan de teorías que intentan explicar las conductas agresivas en el ser humano, entre las principales se encuentran las siguientes:

La teoría de la Frustración: Desarrollada en 1939, afirma que cualquier agresión puede ser atribuida a una frustración previa, generando la aparición de un proceso de cólera en el individuo y de esta manera se produce agresión física o verbal. La Teoría psicoanalítica de Freud de igual forma considera a la agresión como una conducta gobernada por instintos.

Teoría Sociológica: Durkheim (1983), concibe como una causa determinante de la agresividad la influencia del entorno social, coincidiendo con la teoría del Aprendizaje Social de Bandura, quien alega que la conducta agresiva no es innata, a lo contrario es aprendida por observación.

La Teoría Bioquímica o Genética: Explica como el comportamiento agresivo es desencadenado como consecuencia de una serie de procesos bioquímicos que tienen lugar en el interior del organismo y en los que desempeña un papel decisivo las hormonas.

Por lo expuesto anteriormente, se puede comprobar que la conducta agresiva tiene un origen multicausal, productos de instintos, del aprendizaje social y según la carga genética con la que nace cada individuo, es difícil afirmar la influencia de un solo factor responsable de la conducta agresiva de la persona, pero se podría decir que el ser humano nace con cierta predisposición para ser agresivo por la misma composición biogenética; sin duda el medio ambiente donde crece constituirá el factor determinante en el moldeamiento de la conducta.

1.8.TIPOS DE MALTRATO O BULLYING.

Corresponde a las diferentes formas como puede presentarse el bullying en la escuela; y está en función del comportamiento de los compañeros/as, docentes o los adultos.

- 1.8.1. **Exclusión social:** Pretende aislar a la víctima del resto del grupo y compañeros. Por ejemplo: no dejarlo participar, ignorarlo completamente, excluirlo de actividades a propósito, obligarlo a hacer cosas que no quiere.
- 1.8.2. **Verbal:** Es el que se lleva a cabo a través de insultos y apodosos principalmente también son frecuentes los menosprecios en público para poner en evidencia al débil.
- 1.8.3. **Psicológico:** Son acciones encaminadas a disminuir la autoestima y fomenta su sensación de inseguridad y temor además existe una persecución, intimidación, tiranía, chantaje, manipulación y amenazas al otro, por parte del que se considera más fuerte.
- 1.8.4. **Físico:** Es la demostración de superioridad o poder que se lo lleva a cabo por medio de golpes, patadas, puñetazos, agresiones con objetos, empujones o se organiza una paliza al acosado. Este tipo de maltrato se da con más frecuencia en la escuela primaria que en la secundaria. (Martinez J. M., 2002)
- 1.8.5. **Ciberbullying:** se produce mediante las redes sociales, llámese correos electrónicos, facebook, twitter y/o teléfonos móviles, a través de los cuales se difunden comentarios agresivos, insultos y amenazas, fotos trucadas, mensajes de textos agraviantes, difusión de videos; incluye, además, la apropiación y/o usurpación de la dirección electrónica y contraseña de la víctima para fines obscenos y humillantes. (Julio Carozzo, 2012)

1.9.PERFILES PSICOSOCIALES.

A través de los diferentes estudios e investigaciones, ha sido posible delimitar los perfiles psicosociales de los distintos participantes en el Bullying:

1.9.1. Agresor.

Presentan una fuerte necesidad de dominar y someter a otros compañeros y salirse siempre con la suya, son niños populares que parecen “tenerlo todo”, con cantidades de amigos y con buenas calificaciones. Pero al mirar su mente por dentro encontraremos algo que todos tienen en común: algo o alguien los hace sentir inseguros, de modo que ellos fanfarronean y agreden, para sentirse mejor ellos mismos.

Se debe considerar que cada uno es diferente y vive diferentes experiencias.

1.9.1.1.Personalidad.

- Agresivo y fuerte impulsividad.
- Ausencia de empatía.
- Poco control de la ira.
- Percepción errónea de la intencionalidad de los demás: siempre de conflicto y agresión hacia él.
- Autosuficiente.
- Capacidad exculpatoria: Sin sentimiento de culpabilidad (“el otro se lo merece”).
- Bajo nivel de resistencia a la frustración.

- Escasamente reflexivo o hiperactivo.
- Incapacidad para aceptar normas y convenciones negociadas.
- Déficit en habilidades sociales y resolución de conflictos.
- Su evolución en el futuro puede derivar, si no se trata, hacia la delincuencia o la agresión familiar. (Renavente, 2004)

Olweus (1988) señala al agresor/a con temperamento agresivo e impulsivo y con deficiencias en habilidades sociales para comunicar y negociar sus deseos. Le atribuye falta de empatía hacia el sentir de la víctima y falta de sentimiento de culpabilidad. También denotan falta de control de la ira y nivel alto de los sesgos de hostilidad que hace que intérprete sus relaciones con los otros como fuente de conflicto y agresión hacia su propia persona. Serían según el autor noruego, violentos, autosuficientes y no mostrarían un bajo nivel de autoestima.

1.9.1.2.Aspectos físicos:

- ❖ Sexo masculino.
- ❖ Mayor fuerza física.

1.9.1.3.Ámbito social y familiar.

- Dificultades de integración social y escolar.
- Carencia de fuentes de lazos familiares.
- Bajo interés por la escuela.
- Emotividad mal encauzada en la familia.
- Permisividad familiar respecto al acceso del niño a la violencia.
- Reflejo de cómo ejercen sobre él la violencia.
- Puede sentir que sus padres o los maestros no le prestan suficiente atención.
- Ha vistos a sus padres o a sus hermanos mayores obtener lo que querían poniéndose enojados y agresivos con otras personas.
- El mismo sufre las agresiones de otro chico o de uno de sus hermanos o de sus padres.
- Está expuesto a mucha violencia en el cine, la televisión, o videojuegos.

Sin embargo no siempre los que ejercen el bullying son especialmente conflictivos como podría deducirse de estas características. En ocasiones los chicos pueden ser mejores con el agresor cuando están solos con la víctima y sin embargo unirse luego a los amigos para burlarse de él. La presión de los demás es importante en estas edades. A veces no son plenamente conscientes de que están haciendo tanto daño. Pueden pensar que se están divirtiendo.

Algunas personas actúan como agresores durante uno o dos años y luego dejan de hacerlo. Puede suceder también lo contrario: algunas personas son víctimas de los agresores cuando son jóvenes y cuando crecen y adquieren más confianza en sí mismos, se convierten en agresores. Algunos chicos actúan como agresores con una sola persona. (Renavente, 2004)

1.9.1.4.Características del agresor.

- f) Son impulsivos y de enfado fácil

- g) No muestran ninguna solidaridad con los compañeros victimizados
- h) A menudo son desafiantes y agresivos hacia los adultos, padres y profesorado incluidos
- i) A menudo están involucrados en actividades antisociales y delictivas como vandalismo, delincuencia y drogadicción
- j) En el caso de los chicos son a menudo más fuertes que los de su edad y, en particular, que sus víctimas.

1.9.1.5. Tipología.

Olweus (1988) define dos perfiles de agresor/a:

Activo: el que agrede personalmente, estableciendo relaciones directas con su víctima y el/la social-indirecto/a que logra dirigir, a veces en la sombra, el comportamiento de sus seguidores a los que induce a actos de violencia y persecución de inocentes.

Además de estos prototipos se identifica a otro colectivo que participa pero no actúa en la agresión que son los agresores **pasivos** (seguidores o secuaces del agresor/a).

1.9.2. Víctima.

- ❖ Generalmente, cuando un agresor ha elegido a alguien, se podrá identificar fácilmente a la víctima.
- ❖ Suelen ser niños tímidos, inseguros, menos fuertes físicamente, etc. Tiene muy poca confianza en sí misma y no parece poder defenderse sola.

1.9.2.1. Personalidad.

- Personalidad insegura.
- Baja autoestima (causa y consecuencia del acoso escolar)
- Alto nivel de ansiedad.
- Débiles, sumisos.
- Introversos, tímidos, Con dificultades de relación y de habilidades sociales.
- Generalmente evitativo, no tiene amigos y pasa solo.
- Inmaduro para su edad.
- Indefensión aprendida. Algunos chicos/as parecen entrar en una espiral de victimización después de sufrir uno o dos episodios de agresión por parte de otros. Seguramente su incapacidad para afrontar un problema poco serio, les lastimó su autoestima y empezaron a considerarse víctimas antes de serlo.
- Comienza teniendo trastornos psicológicos y trata de escaparse de la agresión. Protegiéndose con enfermedades imaginarias o somatizadas. Lo que puede derivar a trastornos psiquiátricos. (Renavente, 2004)

Según Avilés (2003) se suele señalar a las víctimas como débiles, inseguras, ansiosas, cautas, sensibles, tranquilas y timidas y con bajos niveles de autoestima. Especialmente se ha valorado en el comportamiento de las víctimas de la violencia la autoestima y su relación con los efectos contextuales de sus compañeros/as considerándose una constante

entre el alumnado que sufre violencia. La opinión que llegan a tener de si mismos y de su situación es muy negativa.

1.9.2.2.Aspectos físicos.

- Más frecuente en varones.
- Menos fuertes físicamente.
- Rasgos físicos (lentes, obesidad, color de pelo, raza. Una vez que el agresor elige la victima explotaría estos rasgos diferenciadores para agredirlo físico y psicológicamente).

1.9.2.3.Ámbito Familiar.

Sobreprotección familiar.

Niños dependientes y apegados al hogar familiar.

1.9.2.4.Ámbito social.

Mayor dificultad para hacer amigos. En algunos casos los chicos que tienen dificultad para hacer amigos y cuando lo hacen, se apegan excesivamente a ellos, creando lazos de dependencia, suelen estar obligados a obedecer, incluso cuando no suelen estar de acuerdo con lo que los amigos les proponen. Esto crea vulnerabilidad social y predispone a la sumisión y a la victimización.

En el caso de los chicos considerados como los menos populares de la clase, con pobre red social de apoyo (compañeros y profesores), no manteniendo tras de sí un grupo que le proteja- el aislamiento social. Si no encuentra pronto una forma de reorganizar su vida social, puede profundizar en su soledad y crearse un estado de miedo que predispondrá a los otros contra él/ella a veces. El chico que es víctima de otros, en alguna ocasión, se recluye en sí mismo. (Renavente, 2004)

1.9.2.5.CARACTERÍSTICAS DE LA VICTIMA

- g) Son prudentes, sensibles, callados, apartados y tímidos
- h) Son inquietos, inseguros, tristes y tienen baja autoestima
- i) Son depresivos y se embarcan en ideas suicidas mucho más a menudo que sus compañeros
- j) A menudo no tienen ni un solo buen amigo y se relacionan mejor con los adultos que
- k) Con sus compañeros
- l) En el caso de los chicos, a menudo, son más débiles que sus compañeros.

Algunas de estas características han contribuido, muy probablemente, a hacerlos víctimas de acoso escolar. Al mismo tiempo es obvio que el acoso repetitivo por parte de los compañeros tiene que haber aumentado considerablemente su inseguridad y la propia evaluación negativa. De acuerdo con esto, parte de estas características son tanto causa como consecuencia del acoso escolar. (Olweus D. , 2003)

1.9.2.6.TIPOLOGÍA.

Victima activa o provocativa: suele exhibir sus propios rasgos característicos, combinando un modelo de ansiedad y de reacción agresiva, lo que es utilizado por el

agresor para excusar su propia conducta. La víctima provocativa suele actuar como agresor mostrándose violenta y desafiante.

Suelen ser alumnos/as que tienen problemas de concentración y tienden a comportarse de forma tensionada e irritante a su alrededor. A veces suelen ser tildados de hiperactivos y lo más habitual es que provoquen reacciones negativas en gran parte de sus compañeros/as.

La víctima pasiva: es la más común. Son sujetos inseguros, que se muestran poco y que sufren calladamente el ataque del agresor/a. Su comportamiento, para el agresor/a, es un signo de inseguridad y desprecio al no responder al ataque y al insulto. Olweus (1988) caracteriza ese modelo de ansiedad y de reacción sumisa combinado (en los chicos), con la debilidad física que les caracteriza. Relación social en general las víctimas son sujetos rechazados, difícilmente tienen un verdadero amigo en clase y les cuesta mucho trabajo hacerlos. Son los menos populares de la clase si nos atenemos a los datos sociométricos. Son niños/as aislados/as que tienen unas redes sociales de apoyo con compañeros/as y profesorado muy pobres. Sin embargo desarrollan una mayor actitud positiva hacia su profesorado que los agresores/as. (Olweus 1988).

1.9.3. LOS ESPECTADORES.

Son aquellos que observan sin intervenir pero frecuentemente se suman sin intervenir, pero frecuentemente se suman a las agresiones y amplifican el proceso. Es por ello que se fomenta la participación en los actos de intimidación o también por el miedo de sufrir las mismas consecuencias si se ofrece apoyo a la víctima. (Collell, 2006).

1.9.3.1. PORQUE PERMITEN LOS ESPECTADORES QUE OCURRA EL BULLYING.

- Esas personas desean “ponerse del lado”, del agresor porque eso las hace sentirse fuertes. Al ponerse a lado de la víctima las haría sentirse débiles
- Se divierten con las agresiones.
- No creen que protestar pueda ayudar.
- Temen que si dicen algo, el agresor se iría contra ellos.
- Sienten que están sacando de sí sus frustraciones al lastimar a alguien, aunque ellos mismo no estén lastimando a la víctima sino mirando cómo la lastiman. (Renavente, 2004)

1.9.3.2. CARACTERÍSTICAS DE LOS ESPECTADORES DEL BULLYING.

Pueden dividirse entre:

- e) **Compinches:** Amigos íntimos y ayudantes del agresor.
- f) **Reforzadores:** Aunque no acosan de manera directa, observan las agresiones y las aprueban e incitan.
- g) **Ajenos:** Se muestran como neutrales y no quieren implicarse, pero al callar están tolerando el Bullying.
- h) **Defensores:** Pueden llegar a apoyar a la víctima del acoso.

El espectador, probablemente sin saberlo, está contribuyendo al mantenimiento del problema, pues con su silencio impide que el profesorado o la familia puedan intervenir. (Cerezo, 2002)

1.10. ESCENARIOS MÁS FRECUENTES PARA EL BULLYING

Sus escenarios más frecuente en los niños de primaria suele ser el patio de recreo, entre otros contextos, tales como:

- Aulas.
- Pasillos.
- Baños.
- Los trayectos a la escuela.
- Al regresar a casa.
- En los cambios de clase.

Es importante saber que no es bullying cuando alguien juega de manera brusca pero amistosa con el otro.

Sin embargo, para que en la escuela exista una convivencia respetuosa y solidaria, es indispensable que cualquier manifestación de violencia sea atendida.

1.11. CONSECUENCIAS PARA EL O LOS AGRESORES.

Está sujeto a consecuencias indeseadas y puede suponer para él/ella un aprendizaje sobre cómo conseguir los objetivos y por tanto, estar en la antesala de la conducta delictiva. La conducta del agresor consigue un refuerzo sobre el acto agresivo y violento como algo bueno y deseable y por otra parte se constituye como método de tener un status en el grupo, una forma de reconocimiento social por parte de los demás.

Si ellos aprenden que esa es la forma de establecer los vínculos sociales, generalizarán esas actuaciones a otros grupos en los que se integren, donde serán igualmente molestos.

Incluso cuando se vayan a emparejar, pueden extender esas formas de dominio y sumisión del otro llegando a la violencia intrafamiliar. (Schwarz, 2013)

1.12. CONSECUENCIAS PARA LA VÍCTIMA.

Sus consecuencias pueden ser nefastas ya que puede desembocar en fracaso y dificultades escolares, niveles altos y continuos de ansiedad y más concretamente ansiedad anticipatoria, insatisfacción, fobia a ir a la escuela, riesgos físicos y en definitiva conformación de una personalidad insegura e insana para el desarrollo concreto e integral de la persona. Olweus (1983) señala que las dificultades de la víctima para salir de la situación de ataque por sus propios medios provocan en ellas efectos claramente negativos como el descenso de la autoestima, estados de ansiedad e incluso cuadros depresivos con la consiguiente imposibilidad de integración escolar y académica. En este sentido, cuando la victimización se prolonga, pueden empezar a manifestar síntomas clínicos que se pueden encuadrar en cuadros de neurosis, histeria y depresión. Por otra parte, ello puede suponer una dañina influencia sobre el desarrollo de su personalidad social. La imagen que termina teniendo de sí mismos pueden llegar a ser muy negativa en cuanto a su competencia académica, conductual y de apariencia física. En algunos casos pueden desencadenar reacciones agresivas en intentos de suicidio.

Evidente baja autoestima, actitudes pasivas, pérdida de interés por los estudios lo que puede llevar a una situación de fracaso escolar, trastornos emocionales, problemas

psicosomáticos, depresión, ansiedad, pensamientos suicidas, lamentablemente algunos niños, para no tener que soportar más esa situación se suicidan. (Schwarz, 2013)

1.13. CONSECUENCIAS PARA LOS/AS ESPECTADORES/AS.

Los/as espectadores/as no permanecen ilesos/as respecto de estos hechos y les suponen un aprendizaje sobre cómo comportarse ante situaciones injustas y un refuerzo para posturas individualistas y egoístas, y lo que es más peligroso, pueden valorar como importante y respetable la conducta agresiva.

Se señala como consecuencia para ellos/as la desensibilización que se produce ante el sufrimiento de otros a medida que van contemplado acciones repetidas de agresión en las que no son capaces de intervenir para evitarlas.

Por otra parte, también se indica que aunque el espectador/a reduce su ansiedad de ser atacado por el agresor/a, en algunos casos podría sentir una sensación de indefensión semejante a la experimentada por la víctima. (Schwarz, 2013)

2. LA DEPRESIÓN INFANTIL.

2.1. DEFINICIÓN DE LA DEPRESIÓN.

La depresión se trata de un trastorno psíquico, habitualmente recurrente, que causa una alteración del estado de ánimo de tipo depresivo (tristeza) a menudo acompañado de ansiedad, en el que pueden darse, además, otros síntomas psíquicos de inhibición, sensación de vacío y desinterés general, disminución de la comunicación y del contacto social, alteraciones del apetito y el sueño (insomnio tardío) agitación o enlentecimiento psicomotor, sentimientos de culpa y de incapacidad, ideas de muerte e incluso intento de suicidio, etc. así como síntomas somáticos diversos. (Alonso., 2009)

2.1.1. DEFINICIONES DE DEPRESIÓN INFANTIL.

La depresión en la infancia se caracteriza por: (I) La presencia de tristeza. (II) Afectación de la psicomotricidad, que generalmente se muestra inhibida. (III) Distorsiones cognitivas, siendo la más frecuente la baja autoestima. (IV) Otros síntomas de expresión corporal como trastornos del sueño, o de expresión social como el retraimiento. (Del Barrio, 2008)

Se caracteriza por una situación afectiva de tristeza, mayor en intensidad y duración, que ocurre en la infancia cuando se da una combinación de síntomas, que lleva a un cambio en su conducta y sentimientos, afectando el normal desarrollo del niño/a. Pueden manifestarse con irritabilidad y una pérdida evidente de interés y placer en las actividades habituales. (Nelson., 2009)

Hollon y Beck (1979), definen la depresión como el síndrome en el que interactúan diversas modalidades: somática, afectiva, conductual y cognitiva.

2.2 ETIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS.

No existen causas únicas claramente definidas en los diferentes casos de depresión infanto-juvenil. Hay múltiples factores que están asociados con la aparición, duración y recurrencia de trastornos en la infancia y adolescencia.

En el caso de la depresión infantil, los elementos que suponen una vulnerabilidad son de naturaleza biológica, personal, social y demográfica.

A lo largo de la historia diferentes modelos han tratado de dar explicación a la depresión infantil. Podemos agruparlos en dos grandes bloques:

- **MODELO BIOLÓGICO.**
- **MODELO PSICOLÓGICO.**

MODELO BIOLÓGICO: dan como explicación 3 posibles motivos:

- Por una disminución de la actividad de la serotonina (neurotrasmisor cerebral).
- Por una disfunción del sistema neuroendocrino (aumenta los niveles del cortisol y disminuye la hormona de crecimiento).
- Por efecto de la herencia (caso de padres depresivos).

MODELO PSICOLÓGICO: que se pueden distinguir en tres corrientes:

Psicoanálisis: cree que la depresión se produce por la pérdida de un objeto (Spiz). El objeto puede ser la autoestima (del yo-según Freud), o la muerte de un ser querido.

Conductual: cree que la depresión infantil se produce por la falta de reforzamientos: a través de la ausencia de refuerzos (Lazarus), deficiencia de habilidades sociales (Lewinsohn, 1974) y acontecimientos negativos ocurridos en la vida del niño.

Cognitiva: la existencia de juicios negativos, errores y distorsiones cognitivas de sí mismo de el mundo que lo envuelve y del futuro (Beck), experiencias de fracasos, modelos depresivos (Bandura), indefensión aprendida (Seligman), ausencia de control (Rehm, 1977), atribuciones negativas. (Siendones, 2006)

En la actualidad se admite una compleja interacción de distintos factores tanto de carácter biológico como social que sirven de base a la aparición de las distintas conductas normales y patológicas. Es necesario que se dé una cierta vulnerabilidad personal, familiar y ambiental que combinadas dan lugar a la aparición de una conducta desajustada.

En el caso de la depresión infantil, los elementos que suponen una vulnerabilidad son de naturaleza biológica, personal, social y demográfica. (Del Barrio 1997).

2.3. FACTORES DE RIESGO INFANTO-JUVENILES.

2.3.1. Factores de vulnerabilidad (incrementan la predisposición general, pero rara vez provocan directamente la enfermedad)

- Factores genéticos
- Historia de trastorno afectivo en los padres
- Sexo femenino
- Edad post-puberal
- Antecedentes de síntomas depresivos
- Antecedentes de abuso físico y sexual en la infancia,
- Especialmente en el sexo femenino
- Afectividad negativa
- Pensamientos de tipo rumiativo. (Bonet, 2011)

2.3.2. Factores de activación (directamente implicados en el comienzo de la depresión y en presencia de factores de vulnerabilidad, sus efectos pueden ser mayores. Suelen ser

acontecimientos no deseados que dan lugar a cambios permanentes en las relaciones familiares y de amistad).

- Conflictos conyugales
- Desestructuración familiar
- Acoso o humillación
- Situaciones de abuso físico, emocional o sexual
- Consumo de tóxicos. (Bonet, 2011)

2.3.3. Factores sociales

Familia:

La familia constituye un pilar fundamental para el desarrollo del niño, tanto por la influencia que tienen en el comportamiento infantil como por el conjunto de relaciones que en ella se configuran, por lo cual cualquier problema o inconveniente que surja en la familia incidirá sobre la conducta del niño.

El carácter autoritario o permisivo de los padres también parece incidir en la depresión infantil. Al parecer el comportamiento autoritario de los padres cuyos hijos padecen depresión es mucho más frecuente que el comportamiento permisivo, siendo la sintomatología depresiva mucho más intensa en los primeros que en los segundos.

Por otro lado también se ha estudiado el puesto que se ocupa entre los hermanos. En muchas investigaciones aparece la posición intermedia como la más vulnerable a desarrollar trastornos de tipo emocional.

Dentro de otras situaciones que podrían desencadenar una depresión infantil están la pérdida de un progenitor, de un hermano o algún otro vínculo significativo como la separación o divorcio de los padres, y también de factores invisibles como la pérdida de autoestima al fallar en el cumplimiento de algún ideal que está ligado a las aspiraciones parentales. (Goodyer, 2000)

Escuela:

Las depresiones en la infancia parecen estar vinculadas a situaciones escolares insatisfactorias. La disminución del rendimiento escolar es una de las primeras señales indicadoras.

Es por ello que el fracaso y la disminución del rendimiento escolar pueden ser una causa y consecuencia de las depresiones infantiles.

El niño que repite el año, que fracasa en la escuela se sentirá responsable de las disputas familiares de sus padres, percibiéndose a sí mismo como culpable de todo lo negativo que en casa sucede, así descenderá su autoestima, formará un auto-concepto negativo, disminuirá su nivel de aspiraciones, no se relacionará con otros niños, se aislara socialmente y finalmente su auto-eficacia estará debilitada.

De esta manera es fácil que surja la irritabilidad, la inhibición y la desconfianza en sí mismo y en su valía personal, sentimientos que se entrelazan con los de vergüenza, inutilidad y culpabilidad. (Goodyer, 2000)

2.4. SINTOMAS DE DEPRESIÓN INFANTIL SEGÚN LA EDAD.

Según estos autores Kuhn, Petti, Puig Antich, Cantwell y Carson, Kaplan y Sadock, Romeu de acuerdo a la edad los síntomas serían:

2.4.1. Menores de 7 años:

Llanto inmotivado, retraso psicomotor y afectivo, abulia, encopresis, enuresis, quejas somáticas (cefaleas, dolor de estómago), irritabilidad, fobia escolar, enlentecimiento motor.

2.4.2. Desde los 7 años a la edad puberal:

Agitación psicomotriz, agresividad, quejas somáticas, trastornos de la eliminación (enuresis o encopresis, apatía, tristeza, aburrimiento, falta de concentración, bajo rendimiento escolar, fobia escolar,) trastornos del sueño (insomnio o hipersomnia) astenia ,abulia, adinamia, irritabilidad, no alcanzan el peso para su edad cronológica falta o aumento del apetito, indecisión, ideas obsesivas, ideas recurrentes de muerte, hipersexualidad, trastornos de conducta en la escuela y en la relación con sus pares

2.4.3. Síntomas en la Adolescencia

Iguales síntomas de la edad puberal, y puede llevar a la agresividad una conducta negativista desafiante, antisocial, , robos, adicción al alcohol o drogas, sentimientos de no ser aceptado, deseos de irse de la casa, irritabilidad, malhumor, no cooperar con la familia, encerrarse en la habitación, falta de aseo personal, retraimiento social con hipersensibilidad, trastornos del estado de ánimo, anhedonia, (desinterés por cosas que antes le atraían).

2.5 CRITERIOS DIAGNOSTICO DSM-V.

2.5.1. TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR.

En la actualidad, los criterios DSM-V-TR utilizados en el niño y el adolescente para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor son similares a los del adulto, salvo dos anotaciones. En primer lugar, el estado de ánimo en niños y adolescentes puede ser irritable como un equivalente al ánimo deprimido, y en segundo lugar, más que valorar pérdida de peso o aumento de peso (propio del adulto), se valorará el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer. **Nota:** No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (**Nota:** En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (**Nota:** En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)

4. Insomnio o hipersomnias casi todos los días.
 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
 9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los Criterios A–C constituyen un episodio de depresión mayor.

- D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco. (DSM-V, 2014)

2.6. DEPRESIÓN SEGÚN LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LAS ENFERMEDADES (CIE-10)

Se pueden clasificar de acuerdo a la Intensidad de los síntomas en Leve, Moderado y Grave. En la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) se menciona el Episodio Depresivo en 3 formas: leve, moderado y grave. Se refiere que el enfermo que la padece, sufre de un humor depresivo, una pérdida de capacidad de interés y de disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y un cansancio exagerado.

2.6.1. SINTOMATOLOGÍA DE UN EPISODIO DEPRESIVO:

1. La disminución de la atención y concentración.
2. La pérdida de la confianza de sí mismo y sentimientos de inferioridad.
3. Las ideas de culpa y de ser inútil.
4. Una perspectiva sombría del futuro.
5. Los pensamientos y actos suicidas o de auto agresiones.
6. Los trastornos del sueño.
7. La pérdida de apetito.
8. Menor participación en grupo.
9. Menos simpático o agradable con los demás.
10. Retraimiento Social.
11. Pérdida de los intereses sociales habituales.
12. Quejas somáticas: Cefalalgias no migrañosas, dolores abdominales. (CIE-10, 1992)

2.6.2. TIPOS DE DEPRESIÓN.

2.6.3. Episodio Depresivo Leve.

Debe durar al menos 2 semanas y ninguno de los síntomas debe estar en grado intenso. Tiene facultad para llevar a cabo su actividad laboral o social, aunque es probable que no las deje por completo. Presenta los siguientes síntomas:

1. Animo depresivo.
2. Perdida del interés y la capacidad de disfrutar.
3. Aumento de fatiga. (CIE-10, 1992)

2.6.4. Episodio Depresivo Moderado.

Deben estar presentes al menos 2 de los siguientes síntomas: animo depresivo, perdida de interés y de la capacidad de disfrutar o aumento de la fatigabilidad. Así como al menos 3 de estos síntomas: disminución de la atención y concentración, perdida de la confianza de sí mismo y sentimientos de inferioridad, ideas de culpa y de ser inútil, perspectiva sombría del futuro, pensamientos y actos suicidas o de auto agresiones, trastornos del sueño o pérdida de apetito. Deben durar al menos 2 semanas. El sujeto suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral y doméstica. (CIE-10, 1992)

2.6.5. Episodio Depresivo Grave sin Síntomas Psicóticos.

El enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación. El riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. El paciente debe presentar los 3 síntomas del Episodio Depresivo Leve y Moderado, y por lo menos 4 de los demás síntomas; todos ellos en intensidad grave. No es probable que el sujeto sea capaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica más allá de un grado muy limitado. (CIE-10, 1992)

2.7. EL BULLYNG Y SU RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN INFANTIL.

Las constantes intimidaciones pueden tener efectos graves a corto y largo plazo en el niño, dando lugar a importantes problemas de salud mental.

El Bullying sus características principales es la ejecución de conductas agresivas con intención explícita de dañar a otra persona, mediante el uso de violencia física y/o psicológica se puede expresar bajo diversas formas de conductas agresivas, tales como: conductas físicas (atacar físicamente a otro, en forma directa, robar y/o dañar sus pertenencias); conductas verbales (decir insultos, hacer comentarios racistas, entre otras); conductas indirectas o sociales (extender o difundir rumores para hacer sentir mal a la víctima) y cyberbullying (tipo de hostigamiento escolar reciente, que emplea las nuevas tecnologías, donde los agresores se valen de teléfonos móviles y/o el Internet para humillar, hacer sentir mal a sus víctimas de forma anónima y hacer partícipes de sus malos tratos a las demás personas del grupo curso o colegio).

Lo anteriormente mencionado genera en el niño baja autoestima, llanto fácil, tristeza, ansiedad, miedo, irritabilidad, angustia, desesperación, depresión, cambios en la personalidad, alteraciones en el comportamiento, trastornos psiquiátricos a futuro, llegando en casos más graves hasta el suicidio.

En un estudio realizado por el Defensor del Pueblo,(1999-2006) se demuestra que la escuela más importante de ser víctima de acoso escolar es la soledad y la depresión.

Para los autores: (Calvo & Ballester, 2007; Mills, Guerin, Lynch, Daly, & Fitzpatrick, 2004; Trautmann, 2008), han señalado que la depresión es una característica dentro de la población protagonista del Bullying, tanto en agresores como en víctimas ya sea pasivas o agresivas.

Bernstein y Watson (1997 citado por Calvo & Ballester, 2007) explican que el acoso escolar podría causar depresión en las víctimas, pues aseguran que estas llegan a internalizar los comentarios negativos de sus agresores. Eso resulta en constantes autocríticas que no les permite desarrollar su autoestima y facilita el desarrollo de una depresión en el periodo de victimización, e incluso hasta en la adultez.

Los estudios citados por Calvo y Ballester (2007) revelan la presencia de sintomatología depresiva en los niños que son víctimas tales como tristeza, pérdida de interés, problemas de sueño, dificultad para concentrarse y pensamientos suicidas.

Por otra parte, De Wit (1997 citado por Corveleyn et al., 2005) manifiesta que el riesgo de padecer depresión infantil puede interferir en varios ámbitos de su vida de manera negativa, así mismo si un niño ya presentó un episodio depresivo corre el riesgo de presentarlo nuevamente.

Además se conoce que las causas de la depresión son muchas sin embargo hay que tomar en cuenta que varios niños que la desarrollan tienen otros factores estresantes y situaciones difíciles como la disfuncionalidad y violencia intrafamiliar lo cual les hace más vulnerables de padecerla.

3. INTERVENCIÓN PSICOLOGICA.

Para los niños se han planteado las siguientes estrategias psicoeducativas con base de técnicas cognitivo-conductuales encaminadas para enfrentar el bullying y el estado emocional.

3.1. CONCEPTOS.

3.1.2. Estrategia.- es el conjunto de reglas que aseguran una decisión óptima en cada momento, según Andrea Fiorenza y Giorgio Nardone; “es un conjunto de tácticas y maniobras ordenadas con el fin de alcanzar el objetivo prefijado, que se reajusta progresivamente para llegar a un alto grado de precisión, eficacia y eficiencia”. (Fiorenza y Nardone, 2004).

3.1.3. Psicoeducación.- Según Jorge Maldonado en su artículo Psicoeducación en Salud menciona que la tarea psicoeducativa promueve que el problema (en nuestro caso el acoso escolar) sea afrontado y concientizado (por la comunidad educativa), que la situación sea aceptada, y por ende sea asumida por los involucrados, es decir que la persona pueda posicionarse críticamente frente al problema, para comenzar a pensar en un nuevo proyecto vital.

3.1.4. Teoría cognitivo conductual (TCC).- Friedberg & McClure “La teoría cognitivo conductual se basa en postulados del aprendizaje social y utiliza una combinación de técnicas, muchas de las cuales tienen su origen en los modelos del Condicionamiento Clásico y Operante” (Friedberg & McClure, 2005).

El condicionamiento clásico se refiere a una asociación entre estímulo y respuesta contigua, de forma que si sabemos programar estímulos adecuados obtendremos la respuesta deseada explicando tan solo comportamientos elementales.

El condicionamiento operante analiza la fijación de la respuesta según el estímulo, buscando los reforzadores necesarios para ajustar esta relación en el individuo.

Según Gomar, Mandil y Bunge mencionan que el postulado fundamental de la Teoría cognitivo conductual es que: El modo en que las personas interpretan las situaciones ejerce una influencia en las emociones y en la conducta. El objetivo consiste en modificar o mejorar las respuestas cognitivas, emocionales y conductuales desadaptativas del niño a su entorno.

3.1.5. TERAPIA COGNITIVA

Aaron Beck inicia el desarrollo de lo que denominó “Terapia Cognitiva” a principios de los años setenta en la Universidad de Pennsylvania como una psicoterapia breve y orientada al presente de ese entonces. La terapia Cognitiva está basada en un modelo cognitivo que postula que las emociones y conductas de las personas están influenciadas por su percepción de los eventos, no es una situación en sí misma la que determina lo que una persona siente, sino más bien la forma en que ella interpreta la situación .

El esquema básico del paradigma de esta teoría se representa en situaciones, pensamientos automáticos y reacciones.

Las situaciones pueden ser: un acontecimiento externo, una fantasía o imagen, o una sensación o una perturbación física.

“Los pensamientos automáticos son los pensamientos rápidos y breves que no suelen ser el resultado de una deliberación o razonamiento, sino más bien parecen brotar automáticamente. Estos pensamientos pueden tener forma verbal o visual” (Beck, 2012)

Estos pensamientos automáticos surgen de las creencias, estas creencias son ideas que son tomadas por la persona como verdades absolutas, las creencias más centrales o creencias nucleares, son cogniciones que las personas frecuentemente no expresan ni aún para sí mismas y no tienen clara conciencia de ellas. Entre ambos niveles están las denominadas creencias intermedias, de las cuales surgen los pensamientos automáticos, y que son influidas y condicionadas por las nucleares. Estas creencias intermedias están constituidas por reglas, actitudes y supuestos. Finalmente, las reacciones pueden ser: Emotivas, Conductuales o Fisiológicas.

Entre los principios de la aplicación de esta terapia hemos tomado en cuenta que se basa en una formulación permanente evolutiva del paciente y sus problemas en términos cognitivos, además esta terapia requiere una sólida alianza terapéutica, enfatiza la colaboración y la participación activa, se orienta hacia las metas, se enfatiza en el presente y apunta a enseñarle al paciente a ser un propio terapeuta y enfatiza la prevención de la recaída. (Gabalda, 2009)

3.1.6. TERAPIA CONDUCTUAL.

La meta de estas técnicas es lógicamente producir un cambio conductual y básicamente serían de dos tipos: cambiar conductas que provocan esquemas o, por el contrario, cambiar el ambiente provocando cambios vitales importantes (Young y cols, 2003).

A veces va a ser necesario el cambio conductual, otras el cambio del ambiente, y en otras ocasiones el paciente podrá emplear ambas estrategias para modificar un esquema.

El terapeuta ayuda al paciente a diseñar tareas conductuales para reemplazar respuestas de afrontamiento desadaptativas por otros patrones de conducta nuevos más adaptativos. Es muy común que los pacientes exhiban unos patrones de conducta crónicos de auto-rechazo, como por ejemplo, elegir compañeros inadecuados, abusar de sustancias ilícitas, ser demasiado agresivos cuando son criticados, o no implicarse en desafíos o en situaciones nuevas por miedo al fracaso o al rechazo. Tras la identificación de esos patrones, cliente y terapeuta pasan a acordar qué tipo de tareas conductuales se pueden hacer.

Cuando se acuerda la tarea o la conducta a realizar se prepara cuidadosamente, haciendo ensayos, ya sea en vivo o en imaginación y utilizando tarjetas de recuerdo (que ya vimos con anterioridad) para que el paciente pueda superar los obstáculos que impidan un cambio conductual.

Cuando el paciente ha llevado a cabo la tarea debe discutir con su terapeuta el resultado de ella, evaluando lo que ha aprendido. (Gabalda, 2009)

3.1.7. CARACTERÍSTICAS DE LA TECNICA COGNITIVO-CONDUCTUAL:

Es activo-directiva, es decir que los cambios requieren compromiso y un rol protagónico de los protagonistas o involucrados.

Requiere dirección y escucha por parte de quien lleva a cabo la intervención con intervenciones que promueven no solo la reflexión sino además la acción.

Se incluyen tareas para realizar entre las sesiones, como forma de poner en práctica los aspectos trabajados.

Se genera una relación colaboradora entre los involucrados, en la que el rol del que dirige la intervención consiste en asesorar y acompañar en el camino hacia los cambios que se deseen promover.

Está orientada al presente. La reflexión sobre el pasado tiene como finalidad generar cambios en el presente en pro de una vida más plena y gratificante.

Se considera que la intervención es efectiva en la medida que los niños logren las metas que se propusieron y mejoren su calidad de vida.

Enfatiza las intervenciones basadas en el desempeño y la práctica: para que exista un cambio exitoso en la conducta de los niños al resolver sus conflictos es necesario enfatizar en la práctica y el desempeño puesto que así el niño interiorizará de manera adecuada lo aprendido. (Gomar, Mandil y Bunge, 2010)

La teoría cognitiva es un proceso de resolución de problemas que se basa en una experiencia de aprendizaje, en el cual el niño aprende a descubrir, y modificar pensamientos erróneos e ideas disfuncionales, los cuales interfieren en su comportamiento y forma de relacionarse con los demás.

3.1.8. Objetivos de las estrategias psicoeducativas cognitivo conductuales.

Ayudaran a que los niños comprendan que la violencia y comportamientos agresivos no son adecuados en la interacción con sus pares, lo cual modificará su conducta al relacionarse con los demás, permitiendo que resuelvan sus conflictos poniendo en práctica las estrategias planteadas.

En la aplicación de las estrategias para los niños se utilizaran refuerzos positivos (incentivo) cada vez para que el grupo respete las normas establecidas. Estas estrategias ayudaran en el reforzamiento de las conductas positivas de los niños, para que estas se repitan y mantengan.

3.2. TÉCNICAS

3.2.1. Feedback: son técnicas motivacionales basadas en los principios de refuerzo, que sirven para crear un entorno que fomente el placer en el desarrollo y el dominio de las destrezas, es una forma o método que utilizan algunas personas para transmitir información y así para lograr conductas deseables, el nivel de precisión que se requiere en la conducta así como del progreso de los mismos en la búsqueda o entrenamiento de ese nivel exacto de ejecución.

3.2.2. Modelamiento: El modelo, es un proceso de aprendizaje observacional, en el que la conducta de un individuo o un grupo (el modelo), actúa como estímulo para generar conductas, pensamientos o actitudes semejantes, en otras personas que observan la actuación del modelo. La presentación de modelos incluye también la exposición a señales y situaciones que rodean a la conducta modelada. Las técnicas de modelado tratan de enseñar los principios o reglas que deben guiar la conducta en contextos determinados, más que respuestas imitativas simples.

3.2.3. Terapia Racional-emotiva de Ellis

Las cogniciones erróneas acerca de la interpretación que determinados alumnos realizan de actitudes o conductas de los demás inducen a la comisión de conductas problemáticas con importante carga emocional de ira, fundamentalmente. La Terapia racional-emotiva-comportamental de Ellis (1984) está fundamentada en que los problemas surgen de las ideas irracionales que las personas se formulan sobre sí mismas, sobre los acontecimientos, tendiendo a dramatizar y vivir emocionalmente los acontecimientos.

¿Cómo reacciona un alumno habitualmente agresivo ante un comentario ambiguo de un compañero, ¿o ante determinada expresión facial? ¿o ante determinados gestos? La aplicación de la TRE pretende que el alumno con tendencias a manifestar respuestas emocionales alteradas y rápidas ante estos estímulos erróneamente interpretados analice con pensamientos más positivos y con mayor reflexividad y pueda ofrecer respuestas emocionales más adaptadas. Ante una respuesta de ansiedad generada por su interpretación errónea cambiar ésta y ofrecer respuesta más serena. Ante una respuesta emocional de ira/enfado, reinterpretar la situación y responder con un nivel de enfado menor, con menor indignación o hacerlo de manera socialmente adecuada. (Cerezo R. F., 1997)

3.2.4. Entrenamiento asertivo: La asertividad es la capacidad de manifestar las ideologías y emociones oportunas sin incertidumbre, ni agresión para de tal forma ser socialmente

aceptable. Esta técnica nos permite expresar de forma directa lo que piensa y siente, protegiendo con firmeza sus opiniones y derechos, sin atropellar la de los demás, se utiliza para ayudar a aquellas personas a adaptarse a las dificultades que acontecen en su día a día, que llevan al infortunio y a la insatisfacción ya que tenemos intereses y formas de ver el mundo distinto, por lo cual el conflicto interpersonal está presente constantemente, ayudando a respetar a los demás y así mismo, sin herir ni amenazar.

3.2.5. La exposición y Prevención de respuesta

La técnica consiste en exponerse a situaciones que producen ansiedad o miedo y no realizar ninguna de las respuestas compulsivas habituales. En el caso de un alumno que siente la compulsiva necesidad de alterar el normal funcionamiento de la clase mediante interrupciones al profesor, se le puede instruir para que permanezca un durante un periodo reducido de tiempo en el aula sin emitir ninguna respuesta disruptiva, incrementando paulatinamente el tiempo de exposición. Se le pueden asociar técnicas de autoobservación, autorregistro y autorrefuerzo. La técnica también puede emplearse en aquellas situaciones en las que el alumno conflictivo siente una compulsión hacia la comisión de actos disruptivos. Así, por ejemplo, si el alumno emplea un lenguaje descalificador en las conversaciones con los demás y siente la necesidad de intervenir verbalmente para autorrevelarse, la aplicación de la técnica consistiría en proporcionarle instrucciones acerca de cómo permanecer en la conversación sin emitir ninguna respuesta:

- a) Realizar respiraciones lentas y profundas.
- b) Relajar los músculos de su cuerpo.
- c) Escuchar a los demás y asentir con la cabeza.
- d) Emitir monosílabos o frases muy cortas.
- e) Autorreforzarse por controlarse.

Estas técnicas pueden emplearse también bajo el paradigma de condicionamiento encubierto, es decir, puede iniciarse la terapia mediante la imaginación antes de pasar a la exposición y prevención de respuesta *in vivo*. (Pueblo D. d., (2000).)

3.2.6. ROL PLAYING

Esta técnica conductual tan ampliamente difundida, desarrollada y aplicada en numerosos ámbitos del comportamiento humano, también tiene su proyección en el tratamiento de la conflictividad escolar. Ha sido utilizada en numerosos estudios (Díaz- Aguado, 2002; Ortega, 1998; entre otros). En el *rol play* o ensayo de conducta, tiene especial relevancia la *inversión de papeles* de los alumnos intervinientes en los conflictos. Este cambio alternativo en los protagonistas y observadores (activos, pasivos prosociales y espectadores) permite estimular el desarrollo de la empatía y la adopción de perspectivas en el análisis de los conflictos, mediante el autoconocimiento y el conocimiento de pensamientos y sentimientos los demás observados en sus expresiones verbales y gestuales. La dramatización de las situaciones conflictivas se realiza los tiempos asignados y programados para ello, en los cuales los alumnos pueden encontrarse en mejores condiciones de tranquilidad emocional. Las situaciones dramatizadas pueden ser las que habitualmente son origen de conflicto en el centro escolar e, incluso, se pueden generar

otras situaciones anticipadas a efectos de generalización de los aprendizajes y con una finalidad preventiva, sustentada en *¿cómo actuarías ante esta situación que pudiese ocurrir en un futuro?* Este tipo de situaciones capacita a los alumnos a prever comportamientos propios y ajenos y a desarrollar sus capacidades reflexivas.

3.2.7. RELAJACIÓN MUSCULAR

Son un conjunto de procedimientos que prestan gran ayuda en el campo de la salud, específicamente la psicología clínica.

Cuando la persona está sometida a un alto grado de tensión, excitación y ansiedad se produce un incremento de la concentración muscular y por ello se inhibe el comportamiento emocional, cognitivo o motor.

Se puede definir como el proceso de interacción entre lo fisiológico y lo psicológico.

La finalidad de estas técnicas es la de capacitar a la persona para que pueda enfrentar situaciones cotidianas o específicas que le provocan ansiedad.

La Relajación Muscular Progresiva pretende conseguir un nivel de relajación general, así como un estado de autorregulación del organismo, sobre la base de la distensión de la musculatura esquelética y mediante una serie de ejercicios de tensión distensión de los principales grupos musculares. A pesar de que en el procedimiento original de Jacobson se describían más de sesenta ejercicios y varios meses de entrenamiento para lograr un nivel de relajación aceptable, en la actualidad los procedimientos basados en la RMP son considerablemente más breves en tiempo de entrenamiento y en ejercicios implicados. Una de las mejores adaptaciones y, sin duda una de las más utilizadas, es la que realizaron Bernstein y Borkovec (1973). Lo habitual consiste en unas primeras semanas en las que se practican una relajación larga (de alrededor de 16 grupos musculares y en torno a 30-40 minutos). Posteriormente, conforme se adquiere habilidad en esta técnica se reduce tanto la duración como el número de ejercicios. Así, es corriente pasar a realizar ejercicios en cuatro grupos musculares (brazos, cabeza, tronco y piernas) o a uno solo que implique a todo el cuerpo. En muchos casos, lo que interesa finalmente es conseguir relajarse en situaciones en la vida real, en la que hay otras personas implicadas y que incluso no es apropiado siquiera tumbarse, sentarse, cerrar los ojos, o realizar ejercicio de tensión-distensión alguno. En estos casos debe aprenderse lo que podríamos denominar técnicas de “relajación disimulada”, en las que la tensión que se realice no debe advertirse por los presentes. En cualquier caso, la eficacia de estas formas abreviadas y “disimuladas” depende de la adquisición de un hábito previo de relajación, lo que hace necesario que se practique en un primer momento las formas más largas o profundas de relajación.

Las principales partes del cuerpo que están implicadas en los diferentes modos de RMP son las siguientes:

a. Relajación de 16 grupos musculares:

Mano y antebrazo dominantes

Biceps dominante

Mano y antebrazo no dominantes

Biceps no dominante

Frente

Parte superior de las mejillas y nariz

Parte inferior de las mejillas y mandíbulas

Cuello y garganta

Pecho, hombros y parte superior de la espalda

Región abdominal o estomacal

Muslo dominante

Pantorrilla dominante

Pie dominante

Muslo no dominante

Pantorrilla no dominante

Pie no dominante

La descripción de cómo deben realizarse cada uno de los ejercicios de tensión-relajación es la siguiente:

1 y 3.- Apretar el puño, contrayendo mano, muñeca y antebrazo.

2 y 4.- Contraer el biceps empujando el codo contra el respaldo del sillón o contra el colchón.

5. Frente: elevar las cejas o arrugar la frente

6. Parte superior cara y nariz: arrugar la nariz y los labios

7. Parte inferior de la cara y mandíbulas: apretar los dientes y hacer una sonrisa forzada tirando de la comisura de los labios hacia afuera.

8. Pecho y garganta: empujar la barbilla como hacia abajo como si quisiera que tocara el pecho, pero al mismo tiempo hacer fuerza para que no lo consiga, es decir, contraponer los músculos frontales y posteriores del cuello.

9. Hombros y espalda. A la vez que inspira arquee la espalda como si quisiera unir los omoplatos entre sí.

10.- Abdomen. Poner el estómago duro y tenso, como si quisiera contrarrestar un fuerte golpe.

11 y 14.- Piernas: colocar la pierna estirada y subirla hacia arriba 20 cms, tensando y haciendo fuerza como si tuviera un peso en el pie, que debiera sujetar a una altura de 20 cms. Para relajar soltar la pierna y que caiga a peso.

12, 13, 15 y 16. Ejercicios de pantorrilla y pie. Existen dos movimientos:

a) estirar la pierna y la punta de los dedos como si quisiera tocar un objeto delante

b) doblar los dedos hacia atrás como si quisiera tocarse la rodilla con ellos.

Es importante tener en cuenta que estos dos últimos ejercicios de tensión debe hacerlos **SIN FORZAR**. La tensión debe ser suave, es suficiente para relajar las pantorrillas y los pies sin producir ningún daño.

b. Relajación de cuatro grupos musculares

Consiste en el mismo procedimiento que el anterior, pero agrupando en un movimiento los brazos dominante y no dominante, piernas y pies dominante y no dominante y los músculos de la cara y cuello.

Este procedimiento acorta la relajación a 10 minutos, si bien el interés no consiste en batir records de velocidad en el proceso de relajación, sino en que adquiriera un procedimiento de relajación más rápido que pueda utilizarlo en diferentes situaciones.

Hay una serie de indicaciones generales en el entrenamiento en RMP que es preciso tener en cuenta:

Debe seguirse siempre una secuencia ordenada y procurar que sea la misma en todas las ocasiones (comenzando por las manos y acabando por los pies, o viceversa)

No hay que preocuparse si se olvida algún músculo por tensar y relajar. En ese caso lo correcto es continuar con la relajación con el siguiente ejercicio que se recuerde. No obstante, para evitar los olvidos lo más adecuado es que hacer un repaso mental de los músculos antes de comenzar la relajación.

Debe tensarse durante 2 segundos aproximadamente y relajar el músculo dejándolo suelto, como si se separara de repente de los tendones que lo sujetan. Debe mantenerse el músculo relajado durante 15 segundos aproximadamente antes de tensar de nuevo.

Nunca debe forzarse excesivamente el músculo. Al tensar NO se pretende producir un alto nivel de contracción, sino facilitar la distensión. Si se tensa con demasiada fuerza puede ser perjudicial y producir molestias (hay que tener especial cuidado cuando se tensan los pies).

Al relajar, debe soltarse el músculo de repente, no hay que distendirlo lentamente pues ello requiere un control mayor de los músculos antagonistas.

Es útil imaginar en cada momento los músculos que está tensando y relajando, especialmente el músculo relajado y notar cómo se sigue distendiendo por sí mismo después de soltarlo

Es aconsejable concentrarse durante un tiempo en la agradable sensación de relajar cada músculo.

Una vez que han relajado todos los músculos hacer un repaso mental de ellos comenzando del final al principio de la secuencia facilita una autoexploración de las partes que no se ha logrado relajar convenientemente. En esta fase no es preciso tensar ningún músculo. (Chóliz, 2000).

3.2.8. TECNICA/ ESPEJO/ DESARROLLO/ FASE DEL RECONOCIMIENTO DEL YO.

La fase del reconocimiento del yo corresponde al método psicodramático del espejo. Conocemos todos el asombro incansable de los niños al verse en el espejo. Al principio el niño no es consciente de que ve en el espejo una imagen de sí mismo. Pero lo que ve, lo inquieta y para convencerse de que es realmente saca la lengua o hace cualquier otro movimiento. Cuando finalmente el niño comprende que la imagen del espejo es su propia imagen, se ha producido en su crecimiento un punto crítico, un progreso decisivo en la comprensión de sí mismo.

En concreto el paciente ve, su psique, como un espejo, un terapeuta que lo ha estudiado cuidadosamente lo representa en escena.

Esta técnica le ofrece la posibilidad de verse en un espejo, aprender de su comportamiento y sacar de todo ello provecho terapéutico.

El método del espejo se emplea cuando el paciente es incapaz de representarse a sí mismo con palabras o acciones. (Cukier, 2005)

3.2.8.1. LA TÉCNICA DEL ESPEJO

Se refiere a que tendemos a imitar a aquellas personas que nos agradan, nuestra mente favorece la repetición de movimientos, actitudes, gestos y posturas, inclusive aquellas poco naturales, distinguidas o espontáneas. Una habilidad comunicativa, y reacción subconsciente, muy apropiada para el desarrollo de relaciones, que refuerza el vínculo entre los participantes en el diálogo. Es una poderosa herramienta de integración, generadora de confianza que facilita el establecimiento de vínculos. (Castro, 2013)

Esta técnica, persigue mejorar el autoconcepto de los niños y en ella, con la ayuda de un espejo, y a través de una serie de preguntas podremos guiar al niño para que se observe, para que realice una introspección y exprese qué ve en el espejo cuando se mira. Está destinada a trabajar con niños y adolescentes de todas las edades, puesto que siempre es un buen momento para mejorar el autoconcepto que tienen de ellos mismos. (Martínez R. M.)

3.2.9. AUTOCONTROL

El autocontrol es una habilidad en la que los niños pueden controlar sus estados emocionales e impulsos para evitar que realicen conductas inadecuadas.

Conjunto de estrategias o técnicas basadas en modelos teóricos distintos pero con una finalidad común: dotar a la persona de las competencias necesarias para dirigir o controlar su propio comportamiento.

La característica principal es la importancia que concede a la persona como director y responsable de su propio comportamiento evaluando y modificando, participando y evaluando los resultados.

Los métodos específicos provienen del concepto de lugar de control o locus de control (interno o externo) interno, que dice que las personas tienen el control y la responsabilidad de los resultados de su actividad. (Rotter)

3.2.10. La Visualización

La visualización como una técnica probada que permite redefinir la imagen que las personas tienen de sí mismas y hacer importantes cambios en la vida de dichas personas. En ellas, es necesario utilizar la relajación, aclarar la mente de distracciones y la imaginación de escenas positivas. Esta técnica constituye una herramienta útil para reforzar el cambio de imagen que se busca lograr en el paciente. Ya que te permite clarificar las metas del paciente y crear una expectativa de lograrlo. Ubicar las metas y lograrlas es un gran empuje a tu autoestima.

La utilización de esta técnica resultó importante en la búsqueda de la carrera a fin a sus deseos. A través de la visualización de cada una de las que él paciente siente preferencia, le permite identificar con cual se siente entusiasmado y satisfecho. A su vez, la visualización de hacia dónde lo llevaría la realización de esta carrera, le permite plantearse una meta a corto y mediano plazo que le proporciona una sensación de sentido a su vida.

3.2.11. Evaluación del Inconsciente Evaluación del inconsciente es una técnica que se realiza en el diván en estado de relajación y se utiliza para conocer aspectos inconscientes del paciente con el fin de evaluarlos y poder transformar aquellos que están limitando su vida. Permite identificar los patrones de conducta y sus causas para encaminar al paciente a cambiarlos por patrones más efectivos y adecuados.

Esta técnica se utilizó con el fin de encontrar los obstáculos internos del paciente para aceptarse a sí mismo y encontrar su realización personal. A través de esta técnica, se logró identificar los patrones de dependencia, los esquemas mentales que tenía de sí mismo y la visión que tenía de sus padres biológicos.

3.2.12. Terapia de Regresión

Terapia de regresión es una herramienta la cual permite que el paciente recupere recuerdos reprimidos y que reviva situaciones, vivencias, traumas olvidados de su infancia que se encuentran guardados en el inconsciente. A través de esta terapia, se logra comprender los orígenes de los conflictos de la personalidad o las inconformidades que en lo cotidiano se presentan.

Es una experiencia única e intransferible que ayuda a solucionar conflictos psicológicos y emocionales. Esta técnica permite dejar aquellas emociones expresarse y los sentimientos reprimidos. Finalmente ayuda a mejorar la imagen de sí mismo y a ser cada vez menos tolerantes con los maltratos de los demás hacia él.

3.2.13 CONTRATO DE CONTINGENCIA: Para Skinner, se refiere a la estrategia general del tratamiento del cambio de conductas a través de la modificación de sus consecuencias. Consiste en elaborar y afirmar un acuerdo juicioso que puntualiza con precisión las conductas que se esperan de cada estudiante y los resultados exactos de sus comportamientos o manifestaciones, describiendo con detalle las conductas objetivo y los efectos de realizarlo. (Fernández I. , 2000)

VI. METODOLOGÍA

En la presente investigación se emplea un diseño metodológico cuantitativa- cualitativa, para recolectar, analizar y vincular los datos.

Tipo de estudio

Es de tipo descriptivo / transversal.

Etapas del diseño metodológico.

Etapas de la Investigación

La investigación quedó estructurada en dos etapas, en cada una de las cuales se perseguía objetivos específicos que llevaron a la selección de las técnicas a emplear.

Primera Etapa.

- Determinar la presencia de Bullying en los niños de la Escuela de Educación Básica Luis Urdaneta.
- Identificar la sintomatología depresiva en los niños de la Escuela de Educación Básica Luis Urdaneta.

Segunda Etapa.

- Diseñar un plan de intervención psicoterapéutica, encaminado a prevenir el Bullying, y a mejorar el estado emocional en los niños de la Escuela de Educación Básica Luis Urdaneta.

CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN.

La investigación se realizara desde Enero del 2015 hasta julio 2015. En la Escuela de Educación Básica “Luis Urdaneta”, la misma que se encuentra ubicada en el cantón Pindal Provincia de Loja.

SELECCIÓN DE LA POBLACIÓN.

De manera general se seleccionaran, los estudiantes que forman parte de la Escuela de Educación Básica Luis Urdaneta. Un total de 330 estudiantes (100%)

SELECCIÓN MUESTREAL.

ESTUDIANTES

- Distribución por edad: De los sujetos que conforman la muestra; el 58% (190 estudiantes) se encuentran en edades comprendidas entre 8-12 años de edad.
- Distribución por escolaridad: De los sujetos que conforman la muestra el 58% (190 estudiantes) se encuentran entre 4to y 7mo año de educación básica.

CRITERIOS DE INCLUSION:

Estudiantes que asisten a la Escuela de Educación Básica Luis Urdaneta de 8 a 12 años de edad.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Estudiantes menores de 8 años y mayores de 13 años.

Estudiantes que no deseen trabajar en el proceso de Investigación.

CRITERIOS DE SALIDA.

Que los estudiantes no deseen continuar con la investigación.

Definición conceptual y operacional de variables.

Con el objetivo de poder identificar algunas determinantes en la muestra estudiada se precisaron una serie de variables sociodemográficas, psicológicas y los indicadores evaluativos:

Variables sociodemográficas: Nivel de escolaridad, nivel socioeconómico y educativo.

Variables psicológicas: Estas variables serán investigadas a través del instrumento aplicado, se exploran las vivencias, necesidades, intereses, conflictos, percepción de los niños, que han experimentado bullying

Técnicas e instrumentos empleados

Se empleó un instrumento con el objetivo de obtener la información relevante necesaria para dar respuesta a los objetivos planteados.

El mismo estuvo integrado por:

Consentimiento informado

Objetivos: Solicitar el consentimiento institucional para el desarrollo de la investigación, así como a los padres de familia para autorizar que sus hijos se vinculen a la misma.

Procedimiento: Se explica los objetivos de la investigación y se solicita la autorización y colaboración a los padres de familia, para llevar a cabo la investigación. Se asume el compromiso del equipo de investigación de dar estricto cumplimiento a las normas y principios éticos.

Se ofrece la posibilidad de retirarse de la investigación si así lo estima conveniente. Si el entrevistado expresa disposición se le pide que firme el modelo establecido para estos efectos.

Instrumento.

Cuestionario.

El instrumento de evaluación empleado fue el Cuestionario de Preconcepción de Intimidación y Maltrato entre Iguales (PRECONCIMEI) de Avilés 2002 que es una versión adaptada del original propuesto por Ortega, Mora –Merchan y Mora -Fernández en 1995.

Se han incorporado datos de índole familiar, en el apartado de datos informativos.

Objetivo: Determinar el tipo de intimidación, la frecuencia, la causa y los lugares en los que se produce el acoso entre iguales.

Descripción: El Cuestionario sobre Preconcepciones de Intimidación y Maltrato entre iguales consta de 12 preguntas de formato semi-estructurado en tanto en cada una de ellas se incluyen diversas opciones de respuesta entre las cuales el niño deberá seleccionar.

Calificación e interpretación:

Se realizará el análisis del cuestionario teniendo en cuenta un enfoque cuantitativo, apoyándonos en las frecuencias absolutas y porcentajes, lo cual nos permitira establecer el consenso de la información recibida, según las variables seleccionadas.

TEST

INVENTARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL- CDI.

El Children's Depression Inventory creado por Kovacs y Beck en 1977), es el instrumento más usado en los cinco continentes para medir depresión infantil.

Objetivo: El CDI sirve para medir los signos y síntomas de la depresión en niños y adolescentes entre las edades de 6 y 17 años,

Descripción: consta de 27 ítems de opción múltiple sobre una categoría específica de los signos y síntomas asociados con la depresión. Cada ítem consta de tres frases de autoevaluación con un puntaje de 0, 1, 2 en dirección de la gravedad del síntoma. Los niños deben escoger aquella frase que identifiquen como más concordante con su situación afectiva actual.

DIMENSIONES DEL C.D.I.-

Este instrumento reporta sobre cinco factores que son: estado de ánimo negativo, problemas interpersonales, inutilidad, anhedonia y autoestima negativa.

Así, las dimensiones que evalúa el C.D.I, manteniendo invariable los propósitos y finalidades de la prueba original de la adaptación española, son:

Ideación auto despreciativa (sentimiento de inutilidad, fealdad, culpabilidad, ideas de persecución deseos de muerte, deseos de escaparse de la casa).

La escala de Disforia, se muestra síntomas de: tristeza, soledad, indefensión, pesimismo, irritabilidad, llanto fácil, negativista. Los ítems que evalúan esto son: 2, 3, 6, 11, 13, 14, 15, 19, 23,24 y 26.

La escala de o auto desprecio se muestran síntomas de: fealdad, culpabilidad, sentimientos de inutilidad, ideas de persecución, deseos de muerte, ideas de escapar de casa. Los ítems que evalúan estos síntomas son: 1, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 25 y 27.

Calificación e interpretación: Los puntajes son de 1-25 lo que significa No hay presencia de síntomas depresivos, Dentro de límites normales; de 26-74 Presencia de síntomas depresivos mínima y moderada; 75-89 Presencia de síntomas depresivos marcada o severa; y de 90-99 Presencia de síntomas depresivos en grado máximo.

.Luego de esta calificación, se podrá obtener la puntuación directa de la suma de ambas escalas nos proporcionará la puntuación directa de depresión. Estas puntuaciones directas serán transformadas en sus correspondientes percentiles.

RECOPILOCIÓN BIBLIOGRÁFICA

Con esta técnica de investigación facilitara obtener y analizar información referente a la actual investigación, para la elaboración del marco referencial.

INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.

La interpretación de los resultados se realiza a través del análisis tanto cuantitativo, como cualitativo de los datos.

ANÁLISIS DE RESULTADOS.

Los resultados obtenidos serán analizados cuantitativamente tomando en cuenta los objetivos de la investigación.

Se empleara técnicas no paramétricas de estadística descriptiva tales como:

- Tablas de frecuencias absolutas y relativas.
- Análisis porcentual: Para conocer la forma en que se agrupa la muestra en cada variable e indicador

Finalmente, los resultados obtenidos permitirán la construcción de un plan de intervención, encaminado a concientizar, prevenir el Bullying y mejorar el estado emocional de los niños.

VII. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE

Acoso Escolar (Bullying)



Explica



VARIABLE DEPENDIENTE

Depresión Infantil.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	CONCEPTO OPERATIVO	DIMENSIÓN	INDICADOR	TECNICAS E INSTRUMENTOS
EL BULLYING (ACOSO ESCOLAR)	Es cualquier forma de maltrato psicológico, verbal o físico producido entre escolares de forma reiterada a lo largo de un tiempo determinado.	MALTRATO	Físico Verbal Psicológico Social	Cuestionario de Preconcepción de Intimidación y Maltrato entre Iguales (PRECONCIMEI)
Depresión Infantil.	Se caracteriza por una situación afectiva de tristeza, mayor en intensidad y duración, que ocurre en la infancia cuando se da una combinación de síntomas, que lleva a un cambio en su conducta y sentimientos, afectando el normal desarrollo del niño/a. Pueden manifestarse con irritabilidad y una pérdida evidente de interés y placer en las actividades habituales.	Escala de Disfória Escala de Desprecio	1-25 No hay presencia de síntomas depresivos, Dentro de límites normales 26-74 Presencia de síntomas depresivos mínima y moderada; 75-89 Presencia de síntomas depresivos marcada o severa 90-99 Presencia de síntomas depresivos en grado máximo	Test INVENTARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL- CDI.

VIII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES							
	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.
1. BUSQUEDA DEL CENTRO DE PRÁCTICA PARA EL DESARROLLO DEL TEMA.	X						
2. COMPILACION DE REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	X	X					
3. ELABORACIÓN DE PROYECTOS		X	X				
4. PRESENTACIÓN Y APROBACIÓN DEL PROYECTO			X	X			
5. INVESTIGACIÓN DE CAMPO				X	X		
6. TABULACIÓN DE RESULTADOS						X	
7. ELABORACIÓN DEL INFORME FINAL							X

IX. PRESUPUESTO y FINANCIAMIENTO.

1. RECURSOS HUMANOS

- Directora de la Escuela
- Docentes
- Niños

2. RECURSOS MATERIALES

• Útiles de escritorio	20.00
• Internet	40.00
• Bibliografía	40.00
• Impresiones	120.00
• Copias	50.00
• Elaboración del informe final	60.00
• Impresiones de Tesis	300.00
• Imprevistos	100.00
• Transporte	200.00
COSTO TOTAL	\$ 930.00

X. BIBLIOGRAFÍA

- AECC. (15 de 11 de 2010). *EMPIEZA PRACTICANDO RELAJACIÓN*. Recuperado el 22 de 07 de 2015, de <https://www.aecc.es/SobreElCancer/EnfrentarseA/pautasparapacientes/yademas/Paginas/empiezapRACTICANDOLARELAJACION.aspx>
- Albuja B, A. E. (2009). *Depresión infantil en hijos de padres migrantes*. Recuperado el 30 de 04 de 2015, de http://www.elsevier.es/es/revistas/atencion-primaria-27/depresion-infantil-hijos_padres-migrantes-13137724-cartas-al-director-2009
- Alonso., A. G. (2009). La depresión en adolescentes. *La Salud mental en las personas jóvenes en España.*, 85.
- AMBAZAR, G. (2000). *CONTRATO DE CONDUCTA*. Recuperado el 01 de 07 de 2015, de http://www.juntadeandalucia.es/averroes/ambezar/files/07documentos/Tecnicas/Contrato_de_conducta.pdf
- Andrade, M. y. (2000). *Influencia de las inteligencias múltiples, el rendimiento académico previo y el currículo del hogar sobre la autoestima de los alumnos de II medio comuna de Santiago-Chile*. Recuperado el 18 de 04 de 2015, de Revista Digital de Educación y Nuevas Tecnologías 10 Agosto.: <http://www.contexto-educativo.com.ar/2000/8/nota-02>.
- Arándiga, A. V. (2005). LA CONFLICTIVIDAD ESCOLAR. *VALLES CONFLICTIVIDAD ESCOLAR*.
- Association, A. P. (2014). *GUIA DE CONSULTA DE LOS CRITERIOS DIAGNOSTICOS DEL DSM-V*. Estados Unidos: Copyright.
- Baeza, C. V. (2010). Acoso severo entre iguales “bullying”. El enemigo entre amigos. . En *Acta Pediatrica* (págs. 149-152). Madrid: Piramide.
- BALAREZO, L. (2007). *PSICOTERAPIA*. QUITO: CENTRO DE PUBLICACIONES DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR.
- Barroso. (2000). Autoestima. ecología y Catástrofe. Caracas: Galac, S. A.
- Beauregard, L. &. (2005). Autoestima: para quererse más y relacionarse mejor. España: Narcea.
- BECK. (01 de 03 de 2012). *TECNICA COGNITIVA*. Recuperado el 19 de 02 de 2015, de <http://www.catrec.org/08beck.html>
- BONET. (2011). *FACTORES DE RIESGO INFANTO JUVENILES*. MADRID: PIRAMIDE.
- BORDON, G. (2006). *PSICOLOGÍA ONLINE*. Recuperado el 22 de 07 de 2015, de <http://www.psicologia-online.com/articulos/2011/tratamientos-en-fibromialgia-una-revision/intervencion-psicologica.html>
- Branden, N. (1992). El poder de la autoestima ¿Cómo potenciar este importante recurso psicológico? España: Paidós Ibérica S.A.
- Branden, N. (2010). *Cómo mejorar su autoestima*. España: Paidós.
- BUENA, S. P. (2011). *LAS TESIS DE BELGRANO*. Recuperado el 22 de 07 de 2015, de http://www.ub.edu.ar/investigaciones/tesis/62_Piedrabuena_Tomo_1.pdf
- Casassus, J. C. (2001). *Primer estudio internacional comparativo sobre lenguaje, matemáticas y factores Técnico. Santiago: UNESCO*.
- Castro, M. (8 de agosto de 2013). *Mar Castro, comunicación, protocolo, oratoria*. Recuperado el 20 de febrero de 2015, de <http://www.marcastro.es/blog/la-tecnica-del-espejo>
- CEPAL. (2013). *COMISIÓN ECONOMICA PARA AMERICA LATINA*. Recuperado el 29 de 12 de 2014, de <http://www.telegrafo.com.ec/sociedad/item/un-62-de-ninos-sufre-de-bullying-en-latinoamerica.html>
- Cerezo. (2002). La violencia en las aulas. Análisis y Propuestas de intervención. Madrid: Alianza.
- CEREZO RAMÍREZ, F. (1997). En *Conductas agresivas en la edad escolar. Aproximación teórica y metodológica. Propuestas de intervención*. Madrid. : Pirámide.
- Cerezo, F. (2008). Acoso escolar. Efectos del Bullying. *Bol Pediatr* 2008. 353-358.
- CEVILLA, J. G. (2004). *TECNICAS COGNITIVO CONDUCTUALES*. Recuperado el 21 de 07 de 2015, de <http://es.scribd.com/doc/42970944/TECNICAS-COGNITIVO-CONDUCTUALES#scribd>
- Chóliz, M. (2000). *TÉCNICAS PARA EL CONTROL DE LA ACTIVACIÓN: RELAJACIÓN*. VALENCIA.
- CIE-10, E. D. (1992). *TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO*. Madrid: MEDITOR.
- (2006). Anuario de Psicología Clínica y de la Salud. En J. y. Collell, *El acoso escolar: un enfoque psicopatológico*. (pág. 10). Madrid: Piramide.
- Corkille, B. (2001). *El Niño Feliz*. Barcelona: Gedisa. .
- Cristel Mereles, M. B. (13 de 05 de 2006). *ENTREVISTA PSICOLOGICA*. Recuperado el 22 de 07 de 2015, de [MONOGRAFIAS.COM: http://www.monografias.com/trabajos94/entrevista-psicologica/entrevista-psicologica.shtml](http://www.monografias.com/trabajos94/entrevista-psicologica/entrevista-psicologica.shtml)

- Cukier, R. (2005). *Palabras de Jacob Levi y Moreno*. Madrid: Summus.
- Del Barrio, V. (2008). *TRATANDO DEPRESIÓN INFANTIL*. MADRID: PIRAMIDE.
- Domínguez, J. L. (2011). *PSICOLOGIA POSITIVA TEMATICAS Y TECNICAS*. Recuperado el 21 de 06 de 2015, de <http://www.monografias.com/trabajos65/psicologia-positiva/psicologia-positiva2.shtml>
- DSM-V, A. A. (2014). *GUIA DE CONSULTA DE LOS CRITERIOS DIAGNOSTICOS DEL DSM-V*. Estados Unidos: Copyright.
- FERNÁNDEZ, I. (2000). Convivencia y Disciplina. En "Educar para la Paz y la resolución de conflictos". Biblioteca Básica para el profesorado. Cuadernos de Pedagogía. Barcelona: Cisspraxis.
- Fernández, I. y. (2005). *Escuela sin violencia*. Mexico: Alfa Omega.
- Fritsch R, M. M. (2007). *¿Cómo es la salud mental de los hijos de madres deprimidas consultantes a servicios de atención primaria?* Recuperado el 30 de 04 de 2015, de Redalyc: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=177116685008>
- GABALDA, I. C. (2007). *MANUEL TEORICO PRACTICO DE PSICOTERAPIAS COGNITIVAS*. ESPAÑA: DESCLÉE DE BROUWER, S.A.,.
- GABALDA, I. C. (2009). *MANUAL TEORICO PRACTICO DEPSICOTERAPIAS COGNITIVAS*. ESPAÑA: DESCLÉE DE BROUWER.
- García, R. (2003). Autoconcepto académico y percepción familiar. *Revista Galego-Portuguesa de Psicología e educación* N° 7, 49-54.
- Giannakopoulos, G. (2009). "Screening for children's depression symptoms in Greece: use of the Children's Depression Inventory in a nation-wide school-based. Recuperado el 30 de 04 de 2015, de Eur Child Adolesc Psychiatry: Disponible en: www.springerlink.com/index/p873025331512206.pdf
- GISE. (25 de 01 de 2006). *Monografias.com*. Recuperado el 22 de 07 de 2015, de <http://foros.monografias.com/archive/index.php/t-31758.html>
- Gómez I, A. A. (2003). Características psicométricas del instrumento. Children Depression Inventory (CDI) para detectar sintomatología depresiva de niños 8-12 años en la ciudad de Medellín. En *Investigaciones de psicología clínica cognitiva-comportamental en la ciudad de Medellín*. MEDELLIN: PSICOG.
- Goodyer. (2000). Depresión Infancia y Adolescencia. *Centre Londres 94 Psiquiatria y Paidopsiquiatria.*, 8.
- Hausler, I. &. (1996). En *Confiar en uno mismo: programa de autoestima*. Chile: Dolmen Educación. .
- Hendrick, J. (1990). Educación Infantil 1, Dimensión Física, afectiva y Social. España: CEAC.
- Jimenez I, C. A. (2006). *Morbilidad y maltrato infantil en niños entre 7- 14 años en consulta de Psicología*. Recuperado el 30 de 04 de 2015, de Rev Hum Med: <http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v6n1/hmc030106.pdf>
- (2012). El bullying no es un juego. En L. B. Julio Carozzo. Lima: Mine.
- L'Ecuyer. (1985). *El Concepto de sí mismo*. . Barcelona: Oikos-tau, s.a.
- López, G. y. (2001). *La autoestima: medición y estrategias de intervención a través de una experiencia en la reconstrucción del ser*. Mexico: Universidad Autonoma de Mexico.
- LOPEZ, J. (15 de 01 de 2009). *Economía de Fichas: Como convertirlo en un sistema eficaz para modificar la conducta*. Recuperado el 21 de 07 de 2015, de <http://www.fundacioncadah.org/web/articulo/tdah-estrategias-para-la-conducta-economia-de-fichas-como-convertirlo-en-un-sistema-eficaz-para-modificar-la-conducta.html>
- Mantilla, L. (11 de 2006). *Prevalencia de sintomatología depresiva en niños y niñas escolares de Bucaramanga, Colombia*. Recuperado el 30 de 04 de 2015, de rev.col.psiquiatr.:http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502004000200003&lng=es.
- MARTINEZ, C. T. (07 de 08 de 2013). *MONOGRAFIAS.COM*. Recuperado el 23 de 06 de 2015, de <http://www.monografias.com/trabajos98/terapia-cognitivo-conductual/terapia-cognitivo-conductual.shtml>
- Martinez, J. M. (2002). *Bullying: Itimidación y Maltrato entre el alumnado*. Recuperado el 30 de 12 de 2014, de http://www.juntadeandalucia.es/averroes/~cepc03/spip/IMG/pdf/Acoso_escolar_Baleares.pdf
- (2006). El maltrato entre escolares en el contexto de las conductas de acoso. En J. M. Martínez. Valladolid: Delta.
- MARTINEZ, R. M. (2012). *Tecnica del espejo para mejorar el autoconcepto y la autoestima*. Recuperado el 17 de 06 de 2015, de <http://www.fundacioncadah.org/web/articulo/tecnica-del-espejo-para-mejorar-autoconcepto-autoestima-afectados-tdah.html>
- Martinez, R. M. (s.f.). *Tecnica del espejo*. Recuperado el 21 de febrero de 2015, de <http://www.fundacioncadah.org/web/categoria/tdah-estrategias-para-autoestima.html>

- MCKay, M. y. (1999). Autoestima. Evaluación y Mejora. Madrid: Martínez Roca.
- MEILLON, T. (24 de 09 de 2014). *TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL*. Recuperado el 22 de 07 de 2015, de <https://prezi.com/bzdxipwvcsrc/terapia-cognitivo-conductual/>
- Milenio. (2 de 07 de 2014). *Milenio. Política Mexico*. Recuperado el 23 de 12 de 2014, de Primer Bullying escala internacional: http://www.milenio.com/politica/Mexico-primero-bullying-escala-internacional_0_304169593.html
- Milicic, N. y. (2008). Hostigamiento escolar: propuestas para la elaboración de políticas públicas. Santiago de Chile: Edic.
- Murillo, J. (24 de 05 de 2014). *El Diario Noticias Manabi Ecuador*. Recuperado el 26 de 12 de 2014, de <http://www.eldiario.ec/noticias-manabi-ecuador/209352-mas-de-50-de-alumnos-de-primaria-sufre-acoso-escolar/>
- Nathaniel, B. (1992). El poder de la autoestima, ¿Cómo potenciar este importante recurso psicológico. Páidos Ibérica S.A.
- Nelson., K. R. (2009). Tratado de Pediatría. España: Elseiver.
- Olweus, D. (2003). Recuperado el 29 de 12 de 2014, de ACOSO ESCOLAR, "BULLYING", EN LAS ESCUELAS : HECHOS E INTERVENCIONES: http://www.observatorioperu.com/lecturas/acoso_escolar_dolweus.pdf
- Olweus, D. (2008). Conductas de acoso y amenaza entre escolares. Madrid: Morata.
- Oñate, I. P. (2007). Mobbing Escolar: Violencia y Acoso Psicologico contra los niños. CEAC.
- Oñate., I. P. (14 de 09 de 2007). *Uno de cuatro escolares tienen baja autoestima y sufre ansiedad*. Recuperado el 22 de 04 de 2015, de <http://www.consumer.es/web/es/educacion/2007/09/14/166892.php>
- Paredes, T. A. (2008). *Estudio Exploratorio sobre el fenómeno Rev. Latinoam*. Recuperado el 10 de 01 de 2015, de <http://www.umanizales.edu.co/revistacinde/index.html>
- PUEBLO, D. D. ((2000).). Informe sobre violencia escolar. Madrid.: Publicaciones de la Oficina del Defensor del Pueblo.
- Pueblo, D. d. (04 de 03 de 2006). *Informe de América Latina en el marco del Estudio Mundial de las Naciones Unidas*. Recuperado el 16 de 06 de 2015, de <http://www.eird.org/herramientas/videos/plan/Estudio.pdf>
- Renavente, I. M. (2004). Bullying Acoso Escolar. Madrid: Piramide.
- Roland, E. (2002). Bullying, depressive symptoms and suicidal thoughts. Educational. Estados Unidos.
- Román, C. J. (2005). EL LIBRO DE LAS HABILIDADES DE COMUNICACIÓN. España: Díaz de Santos S.A.
- Romero, K. (2009). *Comorbilidad entre los factores de ansiedad del SCARED y*. Recuperado el 29 de 04 de 2015, de <http://www.psicothema.com/pdf/3775.pdf>
- Rosado, V. y. (2006). Quiubule Con... Mexico: Santillana.
- Salete, A. (. (01 de 12 de 2013). *Acoso Escolar (Bullying) Escuela de Padres*. Recuperado el 24 de 05 de 2015, de http://www.google.com/search?q=Salete%2C+A.++Acoso+Escolar+%28Bullying%29+Escuela+de+Padres.&oe=UTF8&gfns=1&hl=es&spell=1&oq=Salete%2C+A.++Acoso+Escolar+%28Bullying%29+Escuela+de+Padres.&gs_l=heirloomserp.3...16503.17826.0.18480.7.7.0.0.0.167.959.1j6.7
- SAMHSA. (2009). *PSICOEDUCACIÓN FAMILIAR*. Recuperado el 21 de 06 de 2015, de <https://store.samhsa.gov/shin/content/SMA09-4423/SpanishBrochure-FP.pdf>
- Sanmartín, J. (2004). El laberinto de la violencia: causas, tipos y efectos. Madrid: Saeciana.
- Schwarz, A. (2013). EL LIBRO DEL BULLYING. Madrid: Alianza.
- Siendones, C. F. (2006). La depresión Infantil. *Centre Londres 94 Psiquiatria-Paidopsiquiatria*.
- Tomas, J. (2007). *Trastorno Depresivo Infantil*. Recuperado el 30 de 03 de 2015, de Centre Londres: www.centrelondres94.com/files/trastorno_depresivo_infantil.pdf

CUESTIONARIO. (PRECONCIMEI)

El instrumento de evaluación empleado fue el Cuestionario de Preconcepción de Intimidación y Maltrato entre Iguales (PRECONCIMEI) de Avilés 2002 que es una versión adaptada del original propuesto por Ortega, Mora –Merchan y Mora -Fernández en 1995.

Objetivo: Determinar el tipo de intimidación, la frecuencia, la causa y los lugares en los que se produce el acoso entre iguales.

Descripción: El Cuestionario sobre Preconcepciones de Intimidación y Maltrato entre iguales consta de 12 preguntas de formato semi-estructurado en tanto en cada una de ellas se incluyen diversas opciones de respuesta entre las cuales el niño deberá seleccionar.

Es un cuestionario confiable y validado que se ha utilizado en diferentes investigaciones de diferentes países.

Calificación e interpretación:

Se realizará el análisis del cuestionario teniendo en cuenta un enfoque cuantitativo, apoyándonos en las frecuencias absolutas y por cientos, lo cual nos permitió establecer el consenso de la información recibida, según las variables seleccionadas.

EL CUESTIONARIO DE DOCE ÍTEMS EVALÚA LO SIGUIENTE:

- La primera pregunta evaluó la opinión sobre las formas más frecuentes del maltrato entre compañeros: física, verbal, social y psicológica.
- Las preguntas número 2, 3, 5 y 8 investigaron la percepción de la víctima del maltrato recibido y determinó quienes eran las víctimas.
- La n° 2 identificó quienes eran las víctimas a través de la frecuencia de maltrato recibido, y la opción “nunca”, descartó de forma definitiva a los que no han sido maltratados.
- La pregunta n° 3 define quienes son las víctimas, de acuerdo al tiempo que estas llevan siendo maltratadas, de igual forma que la n° 2, la primera opción
- “Nadie me ha intimidado nunca”, distingue quienes no han sido maltratados.
- La n° 5 manifestó la capacidad de la víctima de dar a conocer o de ocultar el maltrato. Además dice si nadie intimida al alumno, y si es intimidado a quien se le informa.
- La n° 8 determinó si el alumno fue intimidado en alguna ocasión, y si así fue cuál cree fueron las razones del maltrato recibido por parte del agresor.
- Las preguntas 4 y 6 determinaron la situación sobre cómo y dónde se produjo el maltrato:
- La n° 4 indicó el lugar más frecuente de ocurrencia del maltrato.

- La n° 6 indicó quien detiene el acto de agresividad.
- Las preguntas 7 y 9 establecieron la percepción de él agresor:
- La n° 7 valoró al individuo como agresor de forma directa preguntando:
- ¿has maltratado o intimidado algún compañero?, a la vez que investiga la frecuencia de maltrato que realiza el alumno.
- La n° 9 justificó el por qué el individuo intimida o maltrata a sus compañeros como atribución causal, y si éste ha maltratado a sus compañeros.
- Las preguntas 10 y 11 evaluó la percepción de los espectadores:
- La n° 10 determinó si éstos justifican el maltrato hacia sus compañeros.
- La n° 11 determinó si el individuo está consciente de la presencia de maltrato en su institución.
- La pregunta n° 12 estableció las propuestas de posible solución para el problema, desde el punto de vista del agresor y el agredido.

PRECONCIMEI
Cuestionario sobre preconcepciones de intimidación y maltrato entre iguales
HOJA DE PREGUNTAS PARA EL ALUMNADO
(ADAPTADO DE ORTEGA, MORA-MERCHÁN Y MORA)

Nombre del centro:.....			
Localidad:.....	Edad:.....	Sexo: Femenino <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/>
Grado:.....	Grupo:.....	Fecha:.....	
Padres.	Escolarización:	Situación:	
SI <input type="checkbox"/>	Primaria <input type="checkbox"/>	Buena <input type="checkbox"/>	
NO <input type="checkbox"/>	de padres Secundaria <input type="checkbox"/>	Socioeconómica Muy Buena <input type="checkbox"/>	
	Superior <input type="checkbox"/>	Regular <input type="checkbox"/>	

INSTRUCCIONES:

Estimado estudiante conteste con sinceridad las siguientes preguntas.

En las preguntas 1-2-3-6-7-11-12 debes seleccionar una respuesta

En las preguntas que dice: puedes elegir más de una respuesta, ahí puedes seleccionar varias respuestas, la pregunta 4-5-8-9-10.

1. ¿Cuáles son en tu opinión las formas más frecuentes de maltrato entre compañeros/as?

- a) Insultar, poner apodos
- b) Reírse de alguien, dejar en ridículo.
- c) Hacer daño físico (pegar, dar patadas, empujar).
- d) Hablar mal de alguien.
- e) Amenazar, chantajear, obligar a hacer cosas.
- f) Rechazar, aislar, no juntarse con alguien. no dejar participar.
- g) Otros.

2. ¿Cuántas veces, en este curso, te han intimidado o maltratado algunos/as de tus compañeros/as?

- a) Nunca.
- b) Pocas veces
- c) Bastantes veces
- d) Casi todos los días, casi siempre

3. Si tus compañeros/as te han intimidado en alguna ocasión ¿desde cuándo se producen estas situaciones?

- a) Nadie me ha intimidado nunca
- b) Desde hace poco, unas semanas.
- c) Desde hace unos meses.
- d) Durante todo el curso.
- e) Desde siempre

4. ¿En qué lugares se suelen producir estas situaciones de intimidación? (Puedes elegir más de una respuesta).

- a) En la clase cuando está algún profesor/a.
- b) En la clase cuando no hay ningún profesor/a.
- c) En los pasillos del Instituto.
- d) En los aseos.
- e) En el patio cuando vigila algún profesor/a.
- f) En el patio cuando no vigila ningún profesor/a.

- g) Cerca del Instituto, al salir de clase.
- h) En la calle.

5. Si alguien te intimida ¿hablas con alguien de lo que te sucede? (Puedes elegir más de una respuesta).

- a) Nadie me intimida.
- b) No hablo con nadie.
- c) Con los/as profesores/as.
- d) Con mi familia.
- e) Con compañeros/as.

6. ¿Quién suele parar las situaciones de intimidación?

- a) Nadie.
- b) Algún profesor.
- c) Alguna profesora.
- d) Otros adultos.
- e) Algunos compañeros.
- f) Algunas compañeras.
- g) No lo sé.

7. ¿Has intimidado o maltratado a algún compañero a alguna compañera?

- a) Nunca me meto con nadie.
- b) Alguna vez.
- c) Con cierta frecuencia.
- d) Casi todos los días.

8. Si te han intimidado en alguna ocasión ¿Por qué crees que lo hicieron? (Puedes elegir más de una respuesta).

- a) Nadie me ha intimidado nunca.
- b) No lo sé.
- c) Porque los provoqué.
- d) Porque soy diferente a ellos.
- e) Porque soy más débil.
- f) Por molestarme.
- g) Por gastarme una broma.
- h) Otros.

9. Si has participado en situaciones de intimidación hacia tus compañeros/as ¿por qué lo hiciste? (Puedes elegir más de una respuesta).

- a) No he intimidado a nadie.
- b) Porque me provocaron.
- c) Porque a mí me lo hacen otros/as.
- d) Porque son diferentes (gitanos, deficientes, extranjeros, payos, de otros sitios...)
- e) Porque eran más débiles.
- f) Por molestar.
- g) Por gastar una broma.
- h) Otros.

10. ¿Por qué crees que algunos/as chicos/as intimidan a otros/as? (Puedes elegir más de una respuesta).

- a) Por molestar.

- b) Porque se meten con ellos/as.
- c) Por que son más fuertes.
- d) Por gastar una broma.
- e) Otras razones.

11. ¿Con qué frecuencia han ocurrido intimidaciones (poner apodos, dejar en ridículo, pegar, dar patadas, empujar, amenazas, rechazos, no juntarse, etc.) en tu Instituto durante el trimestre?

- a) Nunca.
- b) Menos de cinco veces.
- c) Entre cinco y diez veces.
- d) Entre diez y veinte veces.
- e) Más de veinte veces.
- f) Todos los días

12. ¿Qué tendría que suceder para que se arreglase este problema?

- a) No se puede arreglar.
- b) No sé.
- c) Que hagan algo los/as profesores/as.
- d) Que hagan algo las familias.
- e) Que hagan algo los/as compañeros/as.

Gracias por tu colaboración.

INVENTARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL: CHILDREN'S DEPRESSION

INVENTORY (CDI)

El Children's Depression Inventory creado por Kovacs y Beck en 1977), es el instrumento más usado en los cinco continentes para medir depresión infantil. El CDI sirve para medir los signos y síntomas de la depresión en niños y adolescentes entre las edades de 7 y 17 años, consta de 27 ítems de opción múltiple sobre una categoría específica de los signos y síntomas asociados con la depresión. Cada ítem consta de tres frases de autoevaluación con un puntaje de 0, 1, 2 en dirección de la gravedad del síntoma. Los niños deben escoger aquella frase que identifiquen como más concordante con su situación afectiva actual

La aplicación del inventario puede ser individual, colectiva o auto administrada, no hay tiempo límite, pero se estima en un promedio de 15 a 20 minutos aproximadamente; siendo un tiempo prudente para que pueda valorársele correctamente el cuestionario.

Inventario de Depresión Infantil

Para evaluar posibles síntomas y depresión infantil en menores que son víctimas de maltrato tanto físico, psicológico y sexual.

EL INVENTARIO DE DEPRESION INFANTIL (CDI), Kovacs.

Descripción General

Nombre Original: Children's Depression Inventory (CDI)

Nombre en Español: Inventario de Depresión Infantil (CDI)

Autora: Kovacs María (1977)

Procedencia: Canadá

Adaptación Española: V.del Barrio Gándara y Miguel Carrasco 2004

Adaptación y Estandarización: Arévalo Luna Edmundo

Administración: Niñas y niños de 7 a 16 años de edad

Duración: 15 a 20 minutos aproximadamente

Alcance: Evalúa síntomas Depresivos en niñas y niños de 7 a 16 años de edad a través de dos dimensiones:

- **Estado de ánimo disfórico.- visión negativa de sí mismo**

- **Ideas de Auto desprecio.- visión negativa del medio y del futuro**

Normalización: Baremos para escolares del nivel primario y adolescentes del nivel secundario de ambos sexos.

El inventario original de Kovacs M. plantea la presencia de síntomas de depresión se evalúa relacionándola con las dimensiones estado de ánimo negativo, problemas interpersonales, ineffectividad, anhedonia y autoestima negativa. Es un instrumento basado en el cuestionario de Beck, adaptado y estandarizado por V.del Barrio Gándara y Miguel Carrasco 2004 en España y validado en muchos otros países

Estandarización: (Pedreschi, 2002)

La estandarización de esta prueba se lo hizo basándose en el modelo de Weinberg (1973) quien nos dice que los síntomas que forman parte de la depresión son: Estado de ánimo disfórico (expresiones o muestras de tristeza, soledad, indefensión y/o pesimismo; irritable; hipersensible; negativista).

Ideación auto despreciativa (sentimiento de inutilidad, fealdad, culpabilidad, ideas de persecución deseos de muerte, deseos de escaparse de la casa).

La escala de Disforia, se muestra síntomas de: tristeza, soledad, indefensión, pesimismo, irritabilidad, llanto fácil, negativista. Los ítems que evalúan esto son: 2, 3, 6, 11, 13, 14, 15, 19, 23,24 y 26.

La escala de Autoestima o auto desprecio se muestran síntomas de: fealdad, culpabilidad, sentimientos de inutilidad, ideas de persecución, deseos de muerte, ideas de escapar de casa. Los ítems que evalúan estos síntomas son: 1, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 25 y 27.

Luego de esta calificación, se podrá obtener la puntuación directa de la suma de ambas escalas nos proporcionará la puntuación directa de depresión. Estas puntuaciones directas serán transformadas en sus correspondientes percentiles.

BAREMO NORMAS EN PERCENTILES DEL CDI, EN NIÑOS Y NIÑAS DEL NIVEL PRIMARIO.

Estado de ánimo Disfórico		Ideas de Auto desprecio		Escala Total	
PD	PC	PD	PC	PD	PC
26 a más	99			40 a más	99
25	98			39	95
24	97			37-38	90
23	95			36-37	85
22	94			34-35	80
21	92			32-33	75
20	89			30-31	70
19	86	19	99	28-29	68
18	83	18	97	26-27	63
17	80	17	93	24-25	60
16	76	16	90	23	58
15	72	15	85	22	55
14	68	14	80	20-21	50
13	63	13	75	19	45
12	60	12	70	18	40
11	55	11	65	17	35
10	50	10	60	16	30
9	45	9	55	15	28
8	40	8	50	13-14	25
7	35	7	45	12	20
6	30	6	40	11	18
5	25	5	35	10	15
4	20	4	30	8-9	10
3	15	3	20	7	8
2	10	2	10	6	5
1	5	1	5	5	3
0	1	0	1	4	1
9,658		6,794		19,532	X
3.887		2,811		5.986	DS
		4.806			N

Fuente: Adaptación y Estandarización del CDI, (Arevalo, 2008)

EVALUACIÓN DIAGNOSTICA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS A TRAVÉS DEL CDI, PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES.

PC	Categorías Diagnosticas
1-25	No presencia de síntomas depresivos Dentro de límites normales
26-74	Presencia de síntomas depresivos mínima y moderada
75-89	Presencia de síntomas depresivos marcada o severa.
90-99	Presencia de síntomas depresivos en grado máximo.

CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL CDI

Nombre..... Fecha.....

Nombre del centro:.....

Edad: _____ Sexo _____ Grado _____

CONTESTE CON SINCERIDAD Y MARQUE UNA X EN EL CASILLERO CON EL QUE SE IDENTIFIQUE:

<p>1. <input type="checkbox"/> Estoy triste de vez en cuando. <input type="checkbox"/> Estoy triste muchas veces. <input type="checkbox"/> Estoy triste siempre.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Nunca me saldrá nada bien <input type="checkbox"/> No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien. <input type="checkbox"/> Las cosas me saldrán bien</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Hago bien la mayoría de las cosas. <input type="checkbox"/> Hago mal muchas cosas <input type="checkbox"/> Todo lo hago mal</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Me divierten muchas cosas <input type="checkbox"/> Me divierten algunas cosas <input type="checkbox"/> Nada me divierte</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Soy malo siempre <input type="checkbox"/> Soy malo muchas veces <input type="checkbox"/> Soy malo algunas veces</p> <p>6. <input type="checkbox"/> A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas. <input type="checkbox"/> Me preocupa que me ocurran cosas malas. <input type="checkbox"/> Estoy seguro de que me van a ocurrir cosas terribles</p> <p>7. <input type="checkbox"/> Me odio <input type="checkbox"/> No me gusta como soy <input type="checkbox"/> Me gusta como soy</p> <p>8. <input type="checkbox"/> Todas las cosas malas son culpa mía. <input type="checkbox"/> Muchas cosas malas son culpa mía. <input type="checkbox"/> Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas.</p> <p>9. <input type="checkbox"/> No pienso en matarme <input type="checkbox"/> pienso en matarme pero no lo haría <input type="checkbox"/> Quiero matarme.</p> <p>10. <input type="checkbox"/> Tengo ganas de llorar todos los días <input type="checkbox"/> Tengo ganas de llorar muchos días <input type="checkbox"/> Tengo ganas de llorar de cuando en cuando.</p>	<p>11. <input type="checkbox"/> Las cosas me preocupan siempre <input type="checkbox"/> Las cosas me preocupan muchas veces. <input type="checkbox"/> Las cosas me preocupan de cuando en cuando.</p> <p>12. <input type="checkbox"/> Me gusta estar con la gente <input type="checkbox"/> Muy a menudo no me gusta estar con la gente <input type="checkbox"/> No quiero en absoluto estar con la gente.</p> <p>13. <input type="checkbox"/> No puedo decidirme <input type="checkbox"/> Me cuesta decidirme <input type="checkbox"/> me decido fácilmente</p> <p>14. <input type="checkbox"/> Tengo buen aspecto <input type="checkbox"/> Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan. <input type="checkbox"/> Soy feo</p> <p>15. <input type="checkbox"/> Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes <input type="checkbox"/> Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes <input type="checkbox"/> No me cuesta ponerme a hacer los deberes</p> <p>16. <input type="checkbox"/> Todas las noches me cuesta dormirme <input type="checkbox"/> Muchas noches me cuesta dormirme. <input type="checkbox"/> Duermo muy bien</p> <p>17. <input type="checkbox"/> Estoy cansado de cuando en cuando <input type="checkbox"/> Estoy cansado muchos días <input type="checkbox"/> Estoy cansado siempre</p> <p>18. <input type="checkbox"/> La mayoría de los días no tengo ganas de comer <input type="checkbox"/> Muchos días no tengo ganas de comer <input type="checkbox"/> Como muy bien</p> <p>19. <input type="checkbox"/> No me preocupa el dolor ni la enfermedad. <input type="checkbox"/> Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad <input type="checkbox"/> Siempre me preocupa el dolor y la Enfermedad</p>
---	--

20. Nunca me siento solo.
 Me siento solo muchas veces
 Me siento solo siempre
21. Nunca me divierto en el colegio
 Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando.
 Me divierto en el colegio muchas veces.
22. Tengo muchos amigos
 Tengo muchos amigos pero me gustaría tener más
 No tengo amigos
23. Mi trabajo en el colegio es bueno.
 Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes.
 Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba bien.
24. Nunca podré ser tan bueno como otros niños.
 Si quiero puedo ser tan bueno como otros niños.
 Soy tan bueno como otros niños.
25. Nadie me quiere
 No estoy seguro de que alguien me quiera
 Estoy seguro de que alguien me quiere.
26. Generalmente hago lo que me dicen.
 Muchas veces no hago lo que me dicen.
 Nunca hago lo que me dicen
27. Me llevo bien con la gente
 Me peleo muchas veces.
 Me peleo siempre.

GRACIAS POR TU COLABORACIÓN

SOLICITUD DE PERMISO PARA EL CENTRO

Pindal, 07 de Mayo del 2015

Lic.

Rosmeri Marín Rodríguez.

**DIRECTORA DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA LUIS
URDANETA.**

De mis consideraciones.-

Me es grato dirigirme a usted con la finalidad de hacerle llegar un cordial y afectuoso saludo y a la vez solicitarle muy comedidamente se digne autorizar se me conceda todas las facilidades para que yo, Jessica Elizabeth Apolo Torres, Egresada de la Carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja, con el fin de aplicar los reactivos psicológicos para la Investigación del Proyecto de Tesis Titulado: **“PRESENCIA DE BULLYING Y SU INCIDENCIA EN LA DEPRESIÓN INFANTIL EN NIÑOS DE 8-12 AÑOS, DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA LUIS URDANETA, DEL CANTON PINDAL, PROVINCIA DE LOJA, PERIODO ENERO-JULIO 2015”**, y mediante este medio identificar el Bullying y la sintomatología depresiva en los niños y establecer un Plan de Intervención Psicológico.

Por la atención que se digne prestar a la presente, le expreso mis más sinceros agradecimientos.

Muy Atentamente.

Jessica Elizabeth Apolo Torres
1104034143
Solicitante

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Señor padre de familia, con motivo de realizar una investigación titulada: “Presencia de Bullying y su incidencia en la depresión infantil, en niños de 8 a 12 años de educación básica”. Le solicitamos muy comedidamente, la colaboración voluntaria de su hijo/a para tales efectos.

Se utilizarán instrumentos sencillos para la recogida de la información. Usted es libre de sacar a su hijo de la investigación en el momento que así lo considere pertinente.

Por otra parte y para un mejor resultado del estudio, se guardara con confidencialidad los datos obtenidos del menor, salvo en el caso de existir un riesgo para su salud o la de terceros.

Por tales razones pedimos su consentimiento una vez conocido el propósito de la investigación.

Aceptando voluntariamente que mi hijo sea participe en la investigación.

Nombres y Apellidos del niño.

Firma Padre de familia

Nombres y Apellidos de la Investigadora

Firma

ÍNDICE

PORTADA.....	i
CERTIFICACIÓN.....	ii
CARTA DE AUTORIZACIÓN.....	iii
AUTORÍA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
DEDICATORIA	vi
I. TÍTULO.....	1
II. RESUMEN.....	2
SUMMARY.....	3
III. INTRODUCCIÓN.....	4
IV. REVISIÓN DE LITERATURA.....	6
CAPÍTULO I: BULLYING.....	6
1.1. DEFINICIÓN.....	6
1.2. FACTORES DE RIESGO DE VIOLENCIA ESCOLAR.	7
1.3. FACTORES FAMILIARES.....	7
1.4. FACTORES ESCOLARES.....	8
1.5. FACTORES SOCIALES Y CULTURALES.....	8
1.6. FACTORES PERSONALES.....	8
1.7. TEORIAS DE LA AGRESIVIDAD.....	9
1.8. TIPOS DE MALTRATO O BULLYING.....	10
1.8.1. EXCLUSIÓN SOCIAL.....	10
1.8.2. VERBAL.....	10
1.8.3. PSICOLÓGICO.....	10
1.8.4. FISICO.....	10
1.8.5. CIBERBULLYING.....	10
1.9. PERFILES PSICOSOCIALES.....	11
1.9.1. AGRESOR.....	11
1.9.1.1. PERSONALIDAD.....	11
1.9.1.2. ASPECTOS FÍSICOS.....	12
1.9.1.3. ÁMBITO SOCIAL Y FAMILIAR.....	12
1.9.1.4. CARACTERÍSTICAS DEL AGRESOR.....	13
1.9.1.5. TIPOLOGÍA.....	13
1.9.2. VÍCTIMA.....	13
1.9.2.1. PERSONALIDAD.....	14
1.9.2.2. ASPECTOS FÍSICOS.....	14

1.9.2.3. ÁMBITO FAMILIAR.....	15
1.9.2.4. ÁMBITO SOCIAL.....	15
1.9.2.5. CARACTERÍSTICAS DE LA VÍCTIMA.....	15
1.9.2.6.. TIPOLOGÍA.....	16
1.9.3. LOS ESPECTADORES.....	16
1.9.3.1. PORQUE PERMITEN LOS ESPECTADORES QUE OCURRA EL BULLYING.	17
1.9.3.2. CARACTERÍSTICAS DE LOS ESPECTADORES DEL BULLYING.....	17
1.10. ESCENARIOS MÁS FRECUENTES PARA EL BULLYING.....	17
1.11. CONSECUENCIAS PARA EL O LOS AGRESORES.....	18
1.12. CONSECUENCIAS PARA LA VÍCTIMA.....	18
1.13. CONSECUENCIAS PARA LOS/AS ESPECTADORES/AS.....	19
CAPITULO II: LA DEPRESIÓN INFANTIL.	20
2.1. DEFINICIÓN DE LA DEPRESIÓN.	20
2.1.1. DEFINICIONES DE DEPRESIÓN INFANTIL.....	20
2.2 ETIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS.	20
2.3. FACTORES DE RIESGO INFANTO-JUVENILES.	22
2.3.1. FACTORES DE VULNERABILIDAD.....	22
2.3.2. FACTORES DE ACTIVACIÓN.....	22
2.3.3. FACTORES SOCIALES.....	22
2.4. SINTOMAS DE DEPRESIÓN INFANTIL SEGÚN LA EDAD.	24
2.4.1. MENORES DE 7 AÑOS.....	24
2.4.2. DESDE LOS 7AÑOS A LA EDAD PUBERAL.....	24
2.4.3. SÍNTOMAS EN LA ADOLESCENCIA.....	24
2.5 CRITERIOS DIAGNOSTICO DSM-V.	24
2.5.1. TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR.	24
2.6. DEPRESIÓN SEGÚN LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LAS ENFERMEDADES (CIE-10).	26
2.6.1. SINTOMATOLOGÍA DE UN EPISODIO DEPRESIVO.....	26
2.6.2. TIPOS DE DEPRESIÓN.	27
2.6.3. EPISODIO DEPRESIVO LEVE.	27
2.6.4. EPISODIO DEPRESIVO MODERADO.	27
2.6.5. EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SÍNTOMAS PSICÓTICOS.	27
2.7. EL BULLYNG Y SU RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN INFANTIL.	28
CAPITULO III: INTERVENCIÓN PSICOTERAPEUTICA.....	29
3.1.CONCEPTOS.....	29
3.1 2. ESTRATEGIAS.....	29
3.1.3. PSICOEDUCACIÓN.....	29

3.1.4. TEORIA COGNITIVO.CONDUCTUAL.....	30
3.1.5. TECNICA COGNITIVA.....	30
3.1.6. TECNICA CONDUCTUAL.....	31
3.1.7. CARACTERÍSTICAS DE LA TECNICA COGNITIVO-CONDUCTUAL.....	32
3.1.8. OBJETIVOS DE LAS ESTRATEGIAS PSICOEDUCATIVAS COGNITIVO CONDUCTUALES.....	33
3.2. TECNICAS.....	33
3.2.1. FEEDBACK.....	33
3.2.2. MODELAMIENTO.....	33
3.2.3. TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA DE ELLIS.....	34
3.2.4. ENTRENAMIENTO ASERTIVO.....	34
3.2.5. LA EXPOSICIÓN Y PREVENCIÓN DE RESPUESTA.....	34
3.2.6. ROL PLAYING.....	35
3.2.7. RELAJACIÓN.....	36
3.2.8. TECNICA DEL ESPEJO/ DESARROLLO/ FASE DEL RECONOCIMIENTO DEL YO.....	40
3.2.8.1. TECNICA DEL ESPEJO.....	40
3.2.9. AUTOCONTROL.....	41
3.2.10. LA VISUALIZACIÓN.....	41
3.2.11. EVALUACIÓN DEL INCONSCIENTE.....	41
3.2.12. TERAPIA DE REGRESIÓN.....	42
3.2.10.CONTRATO DE CONTIGENCIA.....	42
V. MATERIALES Y MÉTODOS.....	43
VI. RESULTADOS	47
VII. DISCUSIÓN.....	52
VIII. CONCLUSIONES.....	55
IX. RECOMENDACIONES	56
X. BIBLIOGRAFÍA.....	57
PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICO.....	64
XI. ANEXOS.....	85