



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**

**ÁREA DE LA SALUD HUMANA**

**CARRERA DE MEDICINA HUMANA**

**TÍTULO:**

**ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y BAJA AUTOESTIMA  
EN ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE BULLYING EN  
LOS COLEGIOS LA DOLOROSA Y SANTA  
MARIANITA DE JESÚS EN LA CIUDAD DE LOJA  
EN EL AÑO 2015**

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN  
DEL TÍTULO DE MEDICO GENERAL

**AUTOR:**

*Yeferson Patricio Camacho Rivera*

**DIRECTORA DE TESIS:**

*Dra. Ana Catalina Puertas Azanza Mg. Sc.*

**Loja – Ecuador  
2016**

**CERTIFICACIÓN**

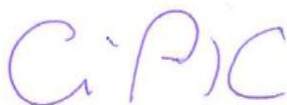
Dra. Ana Catalina Puertas Azanza Mg. Sc.

**DIRECTORA DE TESIS**

CERTIFICO:

Que luego de haber dirigido el trabajo de investigación titulado **ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y BAJA AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES VICTIMAS DE BULLYING EN LOS COLEGIOS LA DOLOROSA Y SANTA MARIANITA DE JESÚS DE LA CIUDAD DE LOJA EN EL AÑO 2015** de autoría del Sr. Yeferson Patricio Camacho Rivera, estudiante de la Carrera de Medicina Humana, previo a la obtención del título de MEDICO GENERAL, y por considerar que ha sido revisada en su integridad y se encuentra concluida en su totalidad, autorizo su presentación final ante el tribunal respectivo.

Loja, 17 de octubre del 2016



Dra. Ana Catalina Puertas Azanza Mg. Sc.


**DIRECTORA DE TESIS**

## AUTORÍA

Yo, Yeferson Patricio Camacho Rivera, declaro ser autor del presente trabajo de tesis titulado : **ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y BAJA AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE BULLYING EN LOS COLEGIOS LA DOLOROSA Y SANTA MARIANITA DE JESUS EN LA CIUDAD DE LOJA EN EL AÑO 2015** 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.

**Firma:** .....



**Autor:** Yeferson Patricio Camacho Rivera

**Cédula:** 1104679749

**Fecha:** 17 de Octubre del 2016

## CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Yeferson Patricio Camacho Rivera, declaro ser autor de la Tesis titulada: **ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y BAJA AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES VICTIMAS DE BULLYING EN LOS COLEGIOS LA DOLOROSA Y SANTA MARIANITA DE JESÚS DE LA CIUDAD DE LOJA EN EL AÑO 2015**, como requisito para Optar al Grado de **Médico General**; 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:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del País y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

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

Para constancia de esta autorización, firma el autor en la Ciudad de Loja, a los 17 días del mes de octubre del dos mil dieciséis.

FIRMA:.....

**AUTOR:** Yeferson Patricio Camacho Rivera  
**CÉDULA:** 1104679749  
**DIRECCIÓN:** Ciudadela Sauces Norte  
**CORREO ELECTRÓNICO:** [jefer\\_pato97@hotmail.com](mailto:jefer_pato97@hotmail.com)

**CELULAR:** 0991511083

### DATOS COMPLEMENTARIOS

**DIRECTORA DE TESIS:** Dra. Ana Catalina Puertas Azanza Mg.Sc  
**TRIBUNAL DE GRADO:** Dr. Patricio Fernando Aguirre Aguirre Mg. Sc.  
Dr. Luis Vicente Minga Ortega Md. Esp.  
Dr. Ángel Vicente Ortega Gutiérrez Md. Esp.

## DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a mi Dios quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar.

Para mis padres Francisco y María que han sido y son el pilar fundamental en mi vida, sus consejos, comprensión, amor, ayuda, apoyo incondicional y por siempre confiar en mí en los momentos difíciles, por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. Me han dado todo lo que soy como persona, son los mejores padres que un hijo podría tener, mis valores, mis principios, mi carácter, mi perseverancia, mi coraje se los debo a ustedes ya que con ellos he logrado conseguir mis objetivos.

A mis hermanos Briggithy y Christian, que han estado siempre presentes cuando los necesitaba y demás familia en general por el apoyo que siempre me brindaron día a día en el transcurso de cada año de mi carrera universitaria.

A mi hijo Jhael Andreé quien ha sido y es mi motivación, inspiración y felicidad, es lo más bello y preciado que tengo en mi vida.

*Yeferson Patricio*

## AGRADECIMIENTO

El presente trabajo de tesis primeramente me gustaría agradecerte a ti Dios por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, porque hiciste realidad este sueño anhelado.

A mis padres, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento. Depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad. Es por ellos que soy lo que soy ahora. Los amo con mi vida.

A la UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA eterno agradecimiento a esta prestigiosa universidad la cual abrió y abre sus puertas a jóvenes como nosotros, preparándonos para un futuro competitivo y formándonos como personas de bien.

A mi directora de tesis, Dra. Ana Puertas por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación ha logrado en mí que pueda terminar mis estudios con éxito.

También me gustaría agradecer a mis profesores durante toda mi carrera profesional porque todos han aportado con un granito de arena a mi formación.

*El Autor*

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

CERTIFICACIÓN.....	I
AUTORÍA .....	III
CARTA DE AUTORIZACIÓN.....	IV
DEDICATORIA .....	V
AGRADECIMIENTO .....	VI
ÍNDICE DE CONTENIDOS .....	VII
<b>a. TÍTULO .....</b>	<b>1</b>
<b>b. RESUMEN.....</b>	<b>2</b>
<b>c. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>4</b>
<b>d. REVISION DE LITERATURA .....</b>	<b>9</b>
1. BULLYING.....	9
1.1. Definición.....	9
1.2. Condiciones que configuran el bullying .....	10
1.3. Tipos de bullying .....	11
1.4. Participantes del bullying.....	12
1.4.1. Agresores .....	13
1.4.2. Víctimas.....	15
1.4.3. Mayoría silenciosa:.....	16
1.5. Consecuencias del bullying .....	17
1.6. Factores de riesgo.....	18
1.7. Cambios psicológicos en la etapa escolar.....	20
2. DEPRESION .....	24
2.1. Factores de riesgo en depresión .....	26
2.1.1. Género: .....	26
2.1.2. Edad.....	27
2.1.3. Nivel Socioeconómico.....	27
2.1.4. Acontecimientos traumáticos en la infancia /depresión infantil.....	28
2.1.5. Entorno social y familiar. ....	28
2.1.6. Acontecimientos vitales.....	28
2.1.7. Personalidad .....	29
2.2. Tipos de depresión .....	29
2.2.1. Trastorno depresivo mayor.....	29

2.2.2.	Depresión enmascarada .....	30
2.2.3.	Depresión crónica .....	30
2.2.4.	Trastornos distímico .....	31
2.2.5.	Depresión menor .....	31
2.2.6.	Depresión psicótica .....	31
2.2.7.	Depresión breve recidivante .....	32
2.3.	Depresión en adolescentes .....	32
2.3.1.	El proceso de duelo del adolescente .....	33
2.3.2.	Entrecruzamiento de duelos .....	35
2.3.3.	Psicopatología depresiva en la adolescencia .....	35
2.3.4.	Duelo patológico .....	36
3.	LA AUTOESTIMA .....	37
3.1.	Componentes de la autoestima .....	39
3.2.	Autoestima en adolescentes .....	42
3.3.	Factores modificadores del autoestima .....	43
4.	ANSIEDAD EN EL ADOLESCENTE .....	45
4.1.	Factores que provocan ansiedad en el adolescente .....	46
<b>e.</b>	<b>MATERIALES Y MÉTODOS .....</b>	<b>49</b>
<b>f.</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>53</b>
<b>g.</b>	<b>DISCUSIÓN .....</b>	<b>60</b>
<b>h.</b>	<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>64</b>
<b>i.</b>	<b>RECOMENDACIONES .....</b>	<b>66</b>
<b>j.</b>	<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>68</b>
<b>k.</b>	<b>ANEXOS .....</b>	<b>71</b>



**a. TÍTULO**

ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y BAJA AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES VICTIMAS  
DE BULLYING EN LOS COLEGIOS LA DOLOROSA Y SANTA MARIANITA DE  
JESUS DE LA CIUDAD DE LOJA EN EL AÑO 2015

**b. RESUMEN**

Actualmente el bullying está teniendo una mayor importancia, por los trastornos de conducta, estado de ánimo, violencia que genera, que anteriormente no se le daba la importancia que requería pero que ahora ha llamado la atención a profesores y a personal de la salud. El propósito del presente trabajo de investigación fue: cuantificar el número de adolescentes que sufren bullying en los colegios La Dolorosa y la Unidad Educativa Santa Marianita de Jesús, determinar los niveles y la prevalencia de depresión más común en los adolescentes víctimas de bullying, conocer la prevalencia y niveles de ansiedad en los adolescentes víctimas de acoso escolar, conocer la relación en el autoestima de los estudiantes víctimas de bullying e identificar las diferencias en la prevalencia de bullying en ambos sexos. Se realizó un estudio de tipo descriptivo, cuantitativo y transversal del cual se obtuvo una muestra de 145 alumnos de primero y segundo año de bachillerato del colegio La Dolorosa, y 145 alumnas de la Unidad Educativa Santa Marianita de Jesús. Para la recolección de la muestra se utilizó la encuesta, que sirvió para identificar cuáles son los adolescentes víctimas de bullying y de ellos cuáles presentaban depresión, asimismo si presentaban ansiedad y también conocer la relación con su autoestima. El índice de bullying en el colegio La Dolorosa es de 100 adolescentes y 125 adolescentes en la Unidad Educativa Santa Marianita de Jesús. Los altibajos en el estado de ánimo fueron los más frecuentes en los dos colegios; mientras que la incidencia de baja autoestima y ansiedad son mínimos.

**PALABRAS CLAVES:** Adolescentes, Bullying, Depresión, Autoestima, Ansiedad.

## **SUMMARY**

Currently the bullying is having on greater importance, because of behavioral disorders, mood, violence it generates, that previously was not given the importance which it required but it has now attracted the attention at teachers and healthcare personnel. The purpose of the present research project was: quantifying the number of adolescents suffering from bullying in La Dolorosa and Educational Unit Santa Marianita de Jesus high schools, determining the levels and the prevalence of depression more common among adolescent victims of bullying, determining the prevalence and levels of anxiety among adolescents victims of school bullying, knowing the relationship in self-esteem of the students victims of bullying and identifying for differences in the prevalence of bullying in both sexes. It was performed a study of type descriptive, quantitative and transversal of which a sample of 145 freshmen and sophomore was obtained of the high schools baccalaureate of La Dolorosa, and 145 students from the Educational Unit Santa Marianita de Jesus. For the sample collection it was utilized a survey that served to identify which are the adolescent victims of bullying and from them which presented depression, likewise if they presented anxiety and also to know the relationship with self-esteem. The index for bullying at La Dolorosa high school is from 100 adolescents and 125 of adolescents in the Educational Unit Santa Marianita de Jesus.

The ups and downs in the mood were the most prevalent in the two high schools; whereas the incidence low self-esteem and anxiety are minimal. **KEYWORDS:** Adolescents, Bullying, Depression, Self-esteem, anxiety

### c. INTRODUCCIÓN

En la sociedad actual hablar de conflictividad escolar (bullying) no es una novedad ya que cada día se es más consciente de las situaciones violentas que casi a diario se presentan en el seno de los centros educativos. Algunos autores afirman que las situaciones de violencia escolar han aumentado en los últimos años y auguran que dichas situaciones van a ir en aumento. Esta realidad es preocupante para la totalidad de la comunidad educativa. Así según Aznar & Hinojo, (2012) señalan:

El panorama de conflictividad que se presenta en los centros escolares se refleja a nivel de los distintos espacios escolares; desde las aulas, pasillos, aseos, vestuarios, patio, comedor, etc. Y por otro lado, esas situaciones violentas se manifiestan por parte del alumnado tanto a nivel de compañeros como a nivel de profesorado. Ambas situaciones deben de erradicarse en nuestros centros ya que la violencia contamina la convivencia escolar, siendo esta última la clave para trabajar en un clima de respeto mutuo, donde se fomentan las relaciones positivas, se refuerce el aspecto psicológico del adolescente y exista relaciones sanas tanto a nivel de profesorado como de alumnado.

Según el diario EL Universo, (2014) destaca:

En Ecuador, según psicólogos y especialistas en temas de la niñez y adolescencia el acoso siempre existió, pero antes era considerado normal y no se denunciaba. “¿Por qué ahora se escucha más el acoso con la etiqueta bullying? Porque la sociedad ya no está tolerando la agresión como lo hacía antes y se expresa. Hace años, la sociedad era tolerante a la violencia, de ahí frases como ‘la letra con sangre entra’”, indica el psicólogo clínico Wilson Betancourt.

Este cuestionamiento es delicado por la etapa crítica del desarrollo emocional, moral y social en que se encuentran los alumnos. De acuerdo a (Bustamante Mangarro, 2013) señala:

El fenómeno bullying podría ser invisible por sus tintes de juego y broma, caldo de cultivo de un ambiente hostil en el que se cimientan los factores que convertirán a la víctima en agresor. La intimidación en la educación primaria puede ser invisible, y por lo mismo más peligrosa para la salud emocional. El bullying además de ser un problema de salud para la infancia, es un problema social, que puede convertirse en un factor de riesgo para problemas de conducta y delincuencia.

La depresión y la baja autoestima que se presentan en los adolescentes víctimas de bullying, son síntomas que, al inicio no son muy evidentes, y por lo general se presentan como personas inseguras, sensitivas, poco asertivas, físicamente más débiles, con pocas habilidades sociales y con pocos amigos; es decir en la mayoría de casos los llamados buenos alumnos.

Pero hoy el acoso también presenta un agravante: su práctica es cada vez más violenta, según se evidencia en denuncias presentadas ante las unidades educativas y la Dinapen. En Quito, la semana pasada se hizo público el caso de un alumno de colegio de 13 años, quien fue aislado al ser señalado como agresor de otro menor que fue hallado en el baño, atado de pies y manos, con una media en la boca y un pasamontañas en la cabeza. En Guayaquil, en noviembre pasado, cuatro estudiantes de un colegio del suburbio fueron sancionadas con medidas socioeducativas (charlas una vez por semana, durante tres meses) por el Juzgado 15° de la Niñez y Adolescencia del Guayas, tras haber golpeado a una compañera.

Margarita Velasco, directora del Observatorio de la Niñez y la Adolescencia, dice

Ahora es mucho más agresivo porque es más orquestado entre los jóvenes y traspasa incluso el ámbito escolar: se evidencia a la salida del plantel, camino a la casa y en las redes sociales, una acción que se conoce como cyberbullying (EL Universo, 2014)

El acoso entre estudiantes está disminuyendo en las escuelas en Estados Unidos, de acuerdo con un sondeo del Departamento de Educación difundido el viernes que encontró que las niñas son más molestadas que los niños, y que los estudiantes blancos son más acosados que los de minorías. Según el sondeo, 22% de los alumnos de entre 12 y 18 años reportaron haber sido molestados en 2013, un descenso de 6 puntos porcentuales comparado con 2011 y su nivel más bajo desde que el Centro Nacional de Estadísticas de la Educación comenzó a encuestar a estudiantes sobre el llamado "bullying" en 2005. El acoso escolar se ha extendido de los pasillos y baños de las escuelas a las redes sociales, lo que ha incrementado la concientización en años recientes de lo que una vez fue tema tabú. El enfoque ha resultado en un agresivo plan para frenarlo en el que participan desde autoridades académicas hasta el gobierno. (El Universo, 2015)

Así también EL Universo, (2014) manifiesta:

En Ecuador, según la Encuesta Nacional de la Niñez y la Adolescencia (ENNA), el 64% de menores escolarizados, de 8 a 17 años, declaró haber presenciado peleas entre alumnos; un 57% dijo que destruían cosas de los otros; y un 69%, que molestan o abusan de los más pequeños. El informe, hecho en el 2010 por el Observatorio de la

Niñez y Adolescencia, también revela que el 63% de alumnos molesta a otros por ser diferentes; el 74% insulta o se burla; y el 53% sufre robos.

Por otra parte Diario La Hora, (2012) argumenta:

El Consejo Editorial de Diario La Hora, a través de sus integrantes que representan a 24 colegios de la ciudad de Loja, opina sobre el acoso escolar o también conocido como hostigamiento o por su término inglés “bullying”. Esta práctica peligrosamente tiende a acechar e introducirse en los diversos planteles de la urbe. En criterio de Pablo Javier Vivanco, de la Unidad Educativa Calasanz, el “bullying” es un fenómeno ya palpable en el campo educativo, que deja en la niñez y juventud una baja autoestima e introversión y que pueden desembocar incluso en un suicidio. Frente a la mala práctica del “bullying”, Paula Armijos, de La Porciúncula, recomienda a las víctimas a defenderse y no dejarse manipular ni amenazar de sus “victimarios”. Coincide con Pablo Vivanco en que estas acciones pueden generar traumas posteriores y traer “consecuencias catastróficas.

Teniendo en cuenta lo expuesto es importante realizar este trabajo investigativo, denominado: **ANSIEDAD, DEPRESION Y BAJA AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES VICTIMAS DE BULLYING EN LOS COLEGIOS LA DOLOROSA Y SANTA MARIANITA DE JESUS DE LA CIUDAD DE LOJA EN EL AÑO 2015** cuyos objetivos fueron cuantificar el número de alumnos que sufren bullying en los colegios La Dolorosa y Santa Marianita de Jesús de la ciudad de Loja, así como identificar la prevalencia y el grado de depresión más común, y el sexo más frecuente en las que se presenta la depresión, también conocer la relación con el autoestima y presencia de ansiedad en los adolescentes de estos

colegios. Y una vez obtenidos todos estos datos poderlos socializar con los alumnos y profesores, y de esta manera se analice la situación y se tomen las medidas correctivas y preventivas correspondientes.

Para este estudio se tomó como muestra los 290 alumnos del primero y segundo bachillerato de ambas instituciones. Para la recolección de la muestra se utilizó el Test de evaluación de la depresión, baja autoestima y ansiedad en los alumnos que sufren bullying, a través de la cual pude obtener la información necesaria para la elaboración de este trabajo.

Al final de la investigación se obtuvo como resultado que la mayoría de los alumnos de ambos colegios han sufrido bullying, 100 alumnos encuestados del colegio La Dolorosa son víctimas del bullying; a diferencia de 120 alumnos encuestados de la Unidad Educativa Santa Marianita de Jesús de Loja. Los altibajos en el estado de ánimo fueron los más frecuentes en los dos colegios, teniendo así que la depresión se presenta con una frecuencia de 48 casos en el colegio La Dolorosa y 65 casos en la Unidad Educativa Santa Marianita de Jesús; mientras que la incidencia de baja autoestima y ansiedad son mínimos.

Esto nos da una apreciación de que el bullying está presente en ambos colegios independientemente del sexo que estos sean, y que las alteraciones psicológicas también se encuentran en los alumnos que sufren acoso escolar, aunque estas no sean muy graves, es importante tenerlas en cuenta, y estar pendientes de su evolución, para evitar a futuro consecuencias que tengamos que lamentar.



## **d. REVISION DE LA LITERATURA**

### **1. BULLYING**

#### **1.1. Definición**

El Bullying es un anglicismo con el que se designa el proceso de intimidación en los centros de estudio, (sistemático y creciente) por parte de ciertos compañeros hacia otro, con el beneplácito del grupo. La definición más extendida es la que entiende el acoso escolar como un conjunto de conductas de maltrato, normalmente intencionado y perjudicial de uno o varios alumnos sobre otro(s), generalmente más débiles en algún sentido (en número, en edad, en fuerza física o en resistencia psicológica), a los que convierten en sus víctimas habituales, los cuales no pueden defenderse por sí mismos de manera eficaz.

De acuerdo a Smith and Sharp, (1994) define como “actos repetidos de agresión entre iguales que no pueden defenderse fácilmente, que adopta diferentes formas y que implican un abuso sistemático de poder.”.

Según Ortega, (1998) señala “el Bullying es un comportamiento prolongado de insultos, rechazo social, intimidación y/o agresividad física de unos alumnos contra otros, que se convierten en víctimas de sus compañeros.”

El Bullying suele ser solapado, los chicos no hablan del problema; las agresiones se manifiestan en los lugares donde no hay adultos (recreos, comedor, pasillos, baños, entre otros); sin embargo, en las aulas es por lo regular donde en general aparece o se gesta el

problema. En general son situaciones de acoso, intimidación o victimización en la que un alumno o alumna está expuesto, de forma repetida y durante un tiempo, a acciones negativas que llevan a cabo otros compañeros. Las acciones negativas incluyen tanto las cometidas verbalmente o mediante contacto físico, como las psicológicas de exclusión.

Frecuentemente, la víctima es amenazada: “si hablas va a ser peor”. Lo más importante no es la acción en sí misma, sino los efectos que produce entre sus víctimas. Nadie debe subestimar el miedo que un niño, niña o adolescente intimidado puede llegar a sentir. Si bien se trata de una problemática vivida desde tiempos inmemorables, se agrava en la actualidad mediante el acceso de los menores a las nuevas tecnologías, antes las burlas se daban sólo en horarios escolares, ahora quienes acosan a sus víctimas lo hacen las 24 h por medio de Internet o mensajes de texto.

## **1.2. Condiciones que configuran el bullying**

El Bullying se configura cuando se dan las siguientes condiciones:

- Ataques o intimidaciones físicas, verbales o psicológicas, destinadas a causar miedo, dolor o daño a la víctima.
- Las agresiones se producen sobre la misma persona (víctima) de forma reiterada y durante un tiempo prolongado.
- El objetivo de la intimidación suele ser un solo alumno. Se puede ejercer en solitario o en grupo, pero se intimida a sujetos concretos. Nunca se intimida al grupo.
- El agresor establece una relación de dominio-sumisión sobre la víctima. abuso de

poder, del más fuerte al más débil.

- La agresión supone un dolor no sólo en el momento del ataque, sino de forma sostenida, ya que crea la expectativa en la víctima de poder ser blanco de futuros ataques.
- Ausencia de provocación por parte de la víctima. (Pardo, Sandoval, & Umbarila, 2007)

Aunque el fenómeno Bullying ha ocurrido por mucho tiempo solo, ahora se divulga y se hace conciencia sobre su importancia y la necesidad de intervención. No hay que confundir las relaciones intrapersonales entre los alumnos con los típicos altibajos que se producen entre compañeros, especialmente a lo largo de la etapa de la adolescencia y pre-adolescencia. Los conflictos y las malas relaciones entre iguales, los problemas de comportamiento o de indisciplina son fenómenos perturbadores pero no son verdaderos problemas de violencia, aunque pueden degenerar en ellos, si no se resuelven de una forma adecuada. No todos los comportamientos agresivos o los conflictos que surgen en un grupo pueden considerarse hostigamiento o maltrato. Los problemas de convivencia, si son solucionados adecuadamente, contribuyen al desarrollo de habilidades para la socialización.

### **1.3. Tipos de bullying**

Los tipos de Bullying se describen a continuación:

- Físico: Golpear, patear, pegar, empujar, amenazar con hacerlo, robar, esconder o estropear las cosas de alguien, obligar a alguien a hacer lo que no desea.
- Verbal: Poner apodos, burlarse, insultar.
- Social: “Hacer el vacío”, “ningunear”, aislar a la víctima, ignorarla

deliberadamente, difundir rumores.

- Psicológico: Acciones encaminadas a minar la autoestima de la víctima como amenazas.
- Ciberacoso o Ciber-Bullying: Es cuando se utiliza la interactividad de la red para dañar a otros, avergonzarlos o atemorizarlos. Es el uso de medios telemáticos, internet, telefonía móvil, videojuegos conectados “en línea” para ejercer acoso entre alumnos. (Silva Escoria & Mejía Pérez, 2015)

El tipo de Bullying más frecuente se traduce en insultar, reírse de los compañeros o ponerles sobrenombres. En el extremo opuesto está el hacer chantaje a los compañeros para pedirles dinero.

Los varones tienden a usar la intimidación física o las amenazas, sin importarles el género de sus víctimas. La intimidación de las niñas es con mayor frecuencia verbal, usualmente siendo otra niña el objetivo. Recientemente el Bullying se ha extendido mediante el empleo de los ordenadores y se ha visto en los “chat” y mediante la correspondencia electrónica ("e-mail").

#### **1.4. Participantes del bullying**

Además del agresor y la víctima, debemos incluir a los compañeros, profesores, personal administrativo y de servicio de la institución educativa, que, de una u otra forma, cumplen un rol en esta situación de hostigamiento.

Se observan características específicas que se identifican en el agresor, la víctima y los espectadores que se denomina mayoría silenciosa.

### 1.4.1. Agresores

En general son del género masculino y su fortaleza física suele ser superior a la de sus víctimas. Sin embargo, cuando tenemos delante a una agresora mujer, su estilo será más sutil, más indirecto y menos burdo que un hombre. Suelen ser chicos con un nivel de autoestima aparentemente alto y que intentan imponerse a algunos de sus compañeros. Asumen el rol de líderes.

Generalmente son imponentes físicamente (los varones), manipuladoras (las mujeres), con bajo rendimiento escolar. Su temperamento es agresivo e impulsivo, con deficiencias en habilidades sociales para comunicar y negociar sus deseos. Presentan falta de empatía y de sentimientos de culpabilidad. Son o fueron hostigados en algún momento, ya sea en la escuela o fuera de ella.

Todos tienen en común que algo o alguien les hace sentir inseguros. Los niños y adolescentes que intimidan, se engrandecen y cobran fuerzas al controlar o dominar a otros. Muchas veces han sido las víctimas de abuso físico o de intimidación.

En estudios de Olweus se afirma que el agresor tiene un alto concepto de sí mismo, en contraposición de otros estudios que afirman que tiene poca autoestima. De lo que se trata es que el sentimiento interno de sentirse “poco valioso” provoca una reacción defensiva de prepotencia y engreimiento, por tanto, el sentimiento de poca autoestima tiene una traducción en el comportamiento de engreimiento, y búsqueda de popularidad. Es decir, ganan respeto atemorizando a otros, un respeto que no se tienen a sí mismos.

Al principio, el agresor se meterá con su víctima con malos tratos de intensidad baja, pero, conforme transcurra el tiempo y observe que su víctima carece de protección, irá aumentando la intensidad y frecuencia de los abusos, creando un círculo vicioso de agresión.

Fuensanta Cerezo (2001) afirma que “se observa en los agresores puntuaciones altas en las variables de psicoticismo, sinceridad y liderazgo. El psicoticismo fue la dimensión discriminante entre los agresores y las víctimas”. El psicoticismo es uno de los factores personalidad de la teoría de H.J. Eysenck y hace referencia

La dureza emocional, cuyos rasgos más definitorios podrían ser algunos de los que siguen: personas solitarias, se meten en problemas, son fríos y faltos de sentimientos humanitarios con sus compañeros y/o con los animales, son agresivos y hostiles, incluso con los más próximos y queridos, intentan suplir su falta de sentimientos entregándose a la búsqueda de sensaciones dolorosas sin pensar en los riesgos implicados. La empatía, la culpabilidad o la sensibilidad para con sus iguales suelen ser nociones desconocidas para un niño o adolescente que puntúa alto en psicoticismo. (Aznar & Hinojo, 2012)

Olweus (1998) nos propone tres factores que a su entender resultan decisivos y conducentes para que un niño desarrolle conductas de agresión, a saber:

- a) Actitud emotiva de los padres o cuidador. - Una carencia de afecto facilitará las conductas agresivas y una presencia de cariño y comprensión hará menos posible las conductas agresivas posteriores.
- b) Grado de permisividad de los padres ante la conducta agresiva del hijo/a.- Un estilo educativo excesivamente permisivo, tolerante o inhibicionista sobre dichas

conductas favorece su presencia.

- c) Modelos de afirmación de la autoridad. - El hijo/a interioriza las propias normas y estrategias que utilizan con él / ella para luego usarlas con sus iguales. El niño que vive castigado, castiga a los demás. Una de las circunstancias más interesantes a la que se pone relieve, es que el número de acosadores frecuentes va creciendo con los años porque no se toman medidas en edades tempranas.

#### **1.4.2. Víctimas**

En general son chicos débiles, inseguros, con baja autoestima y fundamentalmente incapaces de salir por sí mismos de la situación que padecen. Tienen bajas habilidades sociales y suelen ser rechazados dentro del grupo. No disponen de herramientas psicológicas y/o sociales para hacer frente a la situación.

Suelen ser chicos apegados a su familia, dependientes y sobreprotegidos por sus padres. Los niños que son intimidados experimentan un sufrimiento real que puede interferir con su desarrollo psicológico, social y emocional, al igual que con su rendimiento escolar. Algunas víctimas de intimidación hasta han intentado suicidarse antes de tener que continuar tolerando tal persecución y castigo.

La falta de autocontrol y las variables ansiedad / Timidez tienden a repetirse con mayor frecuencia en niños / as que han sido o son víctimas de Bullying.

Se suele señalar a las víctimas como inseguras, con baja autoestima y escaso éxito social. Llegan a valorarse a sí mismos y a sus propias reacciones ante las agresiones de manera muy

negativa e incapaz. Existe, por tanto, un alto riesgo de indicadores depresivos dada su percepción de indefensión (“no puedo hacer nada para defenderme, no sé cómo se hace, soy un tonto”). Una de las máximas defensas de quienes son atacados es alejarse de todo y tomar una actitud de introspección, “no cuentan a nadie lo que les pasa y en muchos casos hasta terminan creyendo que son merecedores de tanto hostigamiento. Suelen pasar más tiempo en casa, no salen tanto con sus amigos (sociabilidad menor). En no pocas ocasiones el estilo educativo excesivamente sobre protector de los padres facilita el apego extra que les impide defenderse por ellos mismos y creer que necesitan a los más habilidosos o más poderosos para defenderse. Es curioso porque en otros estudios aparecen los estilos educativos inhibicionista (el padre que no le interesa la educación de su hijo y piensa que cada uno debe hacerse su propio camino más bien en solitario) e hiperexigente o castigador.

Existe también otro aspecto a tener en cuenta que nos ayuda a definir a la víctima. Suelen tener bastante interiorizado el lema de “es peor ser chivato que víctima”. Lo que les lleva a mostrar en ocasiones gran reticencia a comunicar su condición percibida. El estigma de inferioridad, de vergüenza y de impotencia que marca a estos chicos les impide revelar su sufrimiento a familiares, y mucho menos denunciar a sus torturadores.

### **1.4.3. Mayoría silenciosa:**

En una situación de Bullying generalmente hay observadores, es decir, ocurre con otros alrededor, tener «público» es muy importante para un hostigador. Quiere que la gente vea lo que está haciendo y que tiene poder sobre su víctima. Esto ocurre generalmente porque el agresor desea tener reputación de ser duro o fuerte o porque cree que eso lo volverá más popular, por eso, es alguien a quien otras personas buscan y con quien quieren andar. Los



testigos no son exactamente «inocentes», desean «ponerse del lado» del agresor, porque eso les hace sentirse fuertes. Además, ponerse del lado de la víctima les haría sentirse débiles. Se divierten con las burlas y temen que si dicen algo, el hostigador iría contra ellos. Mirar es una manera de hostigar o agredir «a través del otro». Están sacando así sus frustraciones, aunque ellos mismos no estén lastimando a la víctima sino mirando cómo la lastiman. Los compañeros temen defender a la víctima por la posibilidad de pasar a ocupar su lugar. Muchos se divierten ante la humillación de un compañero, también pueden sentir que el agresor hace aquello que ellos mismos no se animan. Se produce un contagio social que inhibe la ayuda e incluso fomenta la participación en los actos intimidatorios.

Los adultos (padres y maestros) a menudo solo detectan el problema cuando ha tomado proporciones evidentes y con frecuencia graves. Por parte del centro escolar, es posible que negligencia en sus funciones de castigar o sancionar conductas agresivas o violentas, sea un factor de riesgo para que se mantenga y acreciente el Bullying. La falta de conciencia, la clandestinidad, el secreto y la ignorancia por parte de los adultos es una de los factores que perpetúan el fenómeno. (Vasquez Jiménez, 2007)

### **1.5. Consecuencias del bullying**

**Agresor:** les hace creer que gozan de impunidad ante hechos inmorales y destruye sus posibilidades de integración social. Existe relación con problemas de salud mental en la adolescencia y conductas delictuales en la vida adulta.

**Víctimas:** afecta gravemente el desarrollo de su personalidad. Daño físico, psicológico y moral. Disminución de autoestima, sentimientos de miedo, vergüenza y debilidad. Baja el

rendimiento académico.

**El resto de los escolares:** como espectadores conviven en un clima de temor e injusticia y terminan creyendo en la “ley del más fuerte”.

**Profesorado:** dificulta la labor educativa, genera problemas de indisciplina y produce desánimo e impotencia entre los docentes cuando no se cuenta con herramientas para enfrentar el problema.

**Comunidad Educativa:** daña la convivencia escolar. Define normas de convivencia no escritas fundadas en la ley del más fuerte.

## **1.6. Factores de riesgo**

Cuando hablamos de factor de riesgo o factor facilitador nos referimos a los eventos o circunstancias que aumentan la probabilidad estadística de que un hecho ocurra o bien contribuyen necesariamente a que ese hecho se produzca, pero no de manera exclusiva. Los factores de riesgo para este fenómeno de Bullying o acoso escolar son múltiples y complejos. Los estudios sobre este asunto indican factores personales, familiares y sociales del agresor y la víctima, así como factores relacionados con la cultura escolar.

Sabemos que en el origen y, especialmente, en el desarrollo de la mayor parte de las conductas agresivas y de acoso se encuentran, además de posibles factores individuales tanto de los agresores como de las víctimas, las influencias de procesos grupales, así como de factores organizacionales y sociales. En definitiva, la mayor parte del comportamiento humano no depende exclusivamente ni de las características

personales ni de las ambientales, sino de su interacción, la cual a su vez posee un carácter único, ya que ninguna vivencia o situación es idéntica a otra. (Aguilar Maya, 2013)

Hoy en día los factores grupales, organizacionales y sociales tienden habitualmente a ignorar las conductas de acoso, tolerarlas, secundarlas e incluso pueden llegar a instigarlas. Para la comprensión, la prevención y la eliminación de estos tipos de conductas resulta imprescindible conocer los efectos de los mencionados procesos.

Parece ser que los factores de riesgo llamados “socioculturales” tienen alta influencia. La alta presencia de contenidos violentos y sistemas “justos” de resolución de conflictos mediante la violencia junto con la ausencia de valores como la comunicación efectiva, la sinceridad, el respeto a lo diferente, la empatía, etc. suponen otro balón de oxígeno más para que las agresiones persistan en el tiempo. Existen, en nuestra sociedad, ciertos factores de riesgo de violencia, como la exclusión social o la exposición a la violencia a través de los medios de comunicación a lo que se suma, que en general, carecemos de ciertas condiciones protectoras que podrían mitigar los efectos de dichos factores, como modelos sociales positivos y solidarios, contextos de ocio y grupos de pertenencia constructivos o adultos disponibles y atentos para ayudar.

En todas las edades, en diversas situaciones de la vida, los grupos sociales establecen ciertos patrones de conducta como señales de prestigio, por ejemplo los méritos académicos, el uso creativo de talentos, los logros profesionales, etc., no siempre para todos es posible alcanzarlos, por diferentes razones, entonces apelan a formas agresivas de ganar poder y sentirse importantes, el Bullying es una de ellas. En ese sentido,

nuestra sociedad se ha liberalizado bastante la respuesta violenta y se han eliminado controles sociales, morales e incluso religiosos. Es frecuente observar jóvenes amigos que se relacionan pegándose e insultándose, sin ningún contenido de agresión. (Aguilar Maya, 2013)

Los cambios acelerados provocan que los jóvenes no acepten los valores de sus padres y busquen en los medios y en sus iguales para decidir cómo quieren ser, la violencia se relaciona también con el clima social en el aula y se puede prevenir formando a los niños en habilidades de competencia social como respetar al otro, pedir turnos, resolver los conflictos por consenso, y pidiéndoles su compromiso para desterrar la agresividad. No obstante, los riesgos son una suma de vulnerabilidades: la familia que no atiende, el chico que se une a pandillas, el fracaso escolar y el colegio que no sabe resolver todo eso.

El análisis de los factores individuales, así como de los procesos grupales y sociales del acoso escolar nos proporciona un conocimiento de los elementos del fenómeno tanto los que intervienen en su desarrollo como los que fomentan la cronificación del mismo.

### **1.7. Cambios psicológicos en la etapa escolar**

La etapa escolar, que coincide con la pubertad y la adolescencia es considerada como un período crítico, saturado de tensiones. Durante esta etapa se consolida la seguridad y la confianza en sí mismo adquiridas tras la primera infancia, y ahora, al enfrentarse con nuevos conflictos, ha de resistir mejor los vaivenes emocionales a que son sometidos por la renovación pulsional: el tormentoso oleaje de los deseos reprimidos y las satisfacciones anheladas. El incremento de la tensión es el primer resultado de la reaparición de deseos

inconscientes reprimidos durante infancia, resulta difícil y crítico resistir esta tensión, que ocasionalmente se descarga a través de actitudes antes desconocidas: Egoísmo, crueldad, suciedad, o dejadez, por ejemplo. Son comportamientos propios de una primera y más conflictiva etapa de la adolescencia, en la que la tormenta pulsional que se está desatando arrastra pulsiones parciales pre-genitales. (Orales y anales, agresivas y sádicas) que el joven no consigue controlar con eficacia, y para las que busca una satisfacción impostergable. La disolución de la identidad infantil coincide entonces con el segundo y definitivo final de la crisis edipiana, renovada en parte tras la pubertad. Esto comporta la renovación de la castración sobre las pulsaciones pre- genitales (orales, anales, fállicas) y sobre todos los deseo genitales que tengan algo de incestuoso.

Se hacen además complejos y evidentes los ajustes que demandan los cambios fisiológicos y corporales, así como las exigencias socioculturales: demandas de independencia, de ajustes heterosexuales y con los semejantes, de preparación vocacional, de desarrollo de una filosofía de la vida fundamental y normativa. La vida escolar, coincide con cambios psicológicos, crisis y desafíos importantes dentro del ciclo vital humano, que son claves para el desarrollo y la salud mental. Dentro de las características psíquicas mencionamos algunas que guardan relación con la posibilidad de aparición y mantenimiento del Bullying y conductas disruptivas en el ámbito escolar, como lo señala (Roterberg, 2001)

- El aumento cuantitativo de los impulsos lleva al resurgimiento de la pregenitalidad, esto hace al niño más inaccesible, más difícil de enseñar y controlar. En estas fases debe lograrse la renuncia a los objetos primarios de amor y la búsqueda de otros. Dos temas dominantes: revivir el Complejo de Edipo y desconexión de los primeros objetos de amor.
- El Yo salvaguarda su identidad con operaciones defensivas: algunas de carácter

restrictivo para el yo y otras son de carácter adaptativo, permite la descarga de impulsos inhibidos: sublimación.

- Polaridad activo-pasivo: problema crucial de la adolescencia. La polaridad se ejercita con el yo, con el objeto y el mundo externo: pautas fluctuantes del estado de ánimo, cambios en la conducta y cambios en la capacidad de ver la realidad. Sumisión y rebelión, sensibilidad delicada y torpeza emocional, altruismo y egoísmo, ideas cambiantes y argumentos absurdos, apetito voraz, etc. Hay un aumento cuantitativo de la presión instintiva.
- Ambivalencia: no sólo amar y odiar sino también polaridad de las metas instintivas, activas y pasivas. El papel pasivo de ser controlado es reemplazado por la necesidad de controlar activamente el mundo externo.
- El Superyó disminuye su eficiencia. Se convierte en adversario del yo. El yo se queda debilitado, aislado. Aparece un sentimiento de vacío, de tormento interno.
- Las reglas y valores se han independizado de la autoridad parental y operan parcialmente dentro del yo. A pesar de todo, el autocontrol amenaza con romperse y surgen los comportamientos delictivos. Esta actuación puede detenerse recurriendo a la fantasía, al autoerotismo y con una vuelta al narcisismo.
- Afirmación gradual del impulso sexual adecuado, que produce angustia en el yo. En ambos sexos hay un aumento del narcisismo que precede a la consolidación del amor heterosexual. Por medio de él, se protege de las desilusiones, los rechazos y los fracasos.
- Los padres valorados son ahora devaluados, las críticas dirigidas contra los progenitores pueden ser poco menos que incesantes e inspiradas por motivos muy diversos. Al principio son aspectos más superficiales de la cotidianidad los que merecen su desaprobación, pero poco más tarde, a medida que van ampliando la

comprensión del entorno social y cultural que le es propio, no dejan de manifestarla ante cuestiones más esenciales o profundas.

- El hambre de objetos reales o imaginarios es abrumadora. Debe identificarse en forma positiva o negativa con el padre del mismo sexo, antes de que pueda existir amor heterosexual. La tendencia a engullir tiene que ver con el “hambre de objeto”, que es la función incorporativa.
- La vida de fantasía y la creatividad están en la cúspide. Estas expresiones son un vehículo para la participación social. Las fantasías sirven como ensayos de transacciones interpersonales. Por un lado hay una hipersensibilidad, referida al anhelo de amor y por otro, hay sentimientos de despersonalización, de alejamiento y de irrealidad que dan a la adolescencia el rasgo de funcionamientoseudopsicótico.
- Tendencia a preservar los privilegios de la infancia y a gozar simultáneamente de las prerrogativas de la madurez es casi un sinónimo de la adolescencia misma.

Así también (Roterberg, 2001) considera:

Existen dos fuentes de peligro interno: una es el empobrecimiento del yo; la otra es la ansiedad instintiva despertada durante el movimiento progresivo de la libido hacia la heterosexualidad. Juegan aquí un rol importante las reacciones defensivas. La elección de defensas está de acuerdo con el surgimiento progresivo del carácter. Las medidas defensivas asumen luego una fijación adaptativa. Los mecanismos de defensa son: el ascetismo y la intelectualización. El primero prohíbe la expresión del instinto, fácilmente cae en tendencias masoquistas. El segundo vincula los procesos instintivos con contenidos ideacionales, acceden así a la conciencia y son controlados. Se permite la descarga de la agresión en forma desplazada.

Otra defensa es aceptar un código de comportamiento. La motivación reside en ser igual en la conducta externa con los demás, o en llenar los requisitos de la norma de un grupo: uniformismo. Fuente de seguridad en la conducta compartida y mutuo reconocimiento de igualdad.

## **2. DEPRESION**

Según la OMS, (2008) considera:

La depresión es 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.

La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional.

La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria. Existen algunas características como:

- a. La depresión es un trastorno mental frecuente que afecta a más de 350 millones de personas en el mundo.



- b. La depresión es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial de morbilidad.
- c. La depresión afecta más a la mujer que al hombre.
- d. En el peor de los casos, la depresión puede llevar al suicidio.
- e. Hay tratamientos eficaces para la depresión.
- f. La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a unos 350 millones de personas. (Casal, 2013)

La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio, que es la causa de aproximadamente 1 millón de muertes anuales.

- g. Aunque hay tratamientos eficaces para la depresión, más de la mitad de los afectados en todo el mundo (y más del 90% en algunos países) no reciben esos tratamientos. Entre los obstáculos a una atención eficaz se encuentran la falta de recursos y de personal sanitario capacitados, además de la estigmatización de los trastornos mentales y la evaluación clínica inexacta. Las personas con depresión no siempre se diagnostican correctamente, ni siquiera en algunos países de ingresos elevados, mientras que otras que en realidad no la padecen son diagnosticadas erróneamente y tratadas con antidepresivos.
- h. La carga mundial de depresión y de otros trastornos mentales está en aumento. En una resolución de la Asamblea Mundial de la Salud de mayo de 2012 se abogó por

una respuesta integral y coordinada de los países al problema de los trastornos mentales. (Casal, 2013)

## **2.1. Factores de riesgo en depresión**

### **2.1.1. Género:**

La mayor prevalencia de depresión es en mujeres a razón de 2:1 para la depresión mayor y unipolar, mientras que en caso de depresión bipolar la proporción se iguala. De acuerdo a (Ruiz, 2005) explica:

La distimia se presenta con una mayor frecuencia en la mujer que en hombre, con una proporción 2:1, aparentemente estas diferencias se deben a factores culturales. El trastorno breve recurrente tiene una mayor prevalencia en la mujer que en hombre. La desproporción a favor de la mujer con respecto a la depresión emerge a partir de la adolescencia, mientras que en los hombres sería en la etapa prepuberal. Esto probablemente se deba al papel de las hormonas sexuales en la mayor prevalencia de depresión en la mujer, especialmente cuando muchas mujeres refieren cambios de humor en relación con las etapas en las que se producen cambios en las hormonas sexuales como en la menopausia, con el uso de anticonceptivos orales, o con la terapia hormonal sustitutiva. Pero lo que sí se ha demostrado es un aumento de la depresión después del parto, especialmente en las mujeres que tienen una fuerte carga familiar de historia de depresión. Se pretendió analizar el fenómeno de la emergencia en la adolescencia de la diferencia de género para la depresión. Para ello se midió en niños prepuberales sus niveles de hormonas sexuales, constatando que el incremento de

depresión en las niñas con respecto a los niños comienza a manifestarse cuando alcanzan el estadio III de Tanner, por lo tanto se pudo comprobar que el cambio en la morfología corporal es lo más importante que el avance en edad a la hora de predecir el riesgo de depresión, por lo tanto se ha observado que aquellas niñas que maduran a nivel físico más tempranamente experimentan un estrés psíquico que el resto de sus compañeras de su misma edad. Este estrés se exagera en aquellas niñas que tienen un grupo de amigas mixto, frente a aquellas que tienen un grupo de amigos de su mismo sexo. Este resultado sugiere una influencia ambiental que potenciaría el efecto de las hormonas sexuales.

Todos estos estudios apuntan a una mayor vulnerabilidad en las mujeres a sufrir trastornos afectivos depresivos en relación a los hombres estando sometidos al mismo nivel de estrés. Desde el punto de vista genéticos se descubrió que los genes de ansiedad y neuroticismo. Y que en las mujeres la depresión se debe a esta asociación entre ansiedad y neuroticismo, por lo tanto, tasas más elevadas de estos genes conlleva a mayor depresión.

### **2.1.2. Edad**

Según estudios se ha comprobado que la edad media para el inicio de la depresión se sitúa en los principios de la vida adulta en los 24.7 años. Un estudio previa reseña una edad media de inicio de la enfermedad entre 24.8 y los 34.8 años.

### **2.1.3. Nivel Socioeconómico**

En numerosos estudios se ha comprobado que tanto la pobreza como un nivel socioeconómico bajo van acompañados de mayor prevalencia de depresión, algunos factores

determinan que sería una determinada predisposición genética, la que estaría determinando el que los sujetos fracasaran en la posibilidad de alcanzar posiciones sociales más altas.

#### **2.1.4. Acontecimientos traumáticos en la infancia /depresión infantil.**

La pérdida parenteral durante la infancia ha sido considerada como un factor predisponente para padecer el trastorno depresivo en la edad adulta, por lo que podría triplicar el riesgo de depresión, así como aumentar los episodios padecidos. Pero no está del todo confirmado y más se lo observa como un factor general e inespecífico.

Otro de los factores que determinan la depresión son infantil son la baja estima, la historia de abusos sexuales y físicos de la infancia, o una pobre percepción del rol de la familia. También mediante estudios se pudo determinar que aquellos pacientes neuróticos con alta sensibilidad interpersonal y juicio negativo sobre las relaciones relataban marcado autoritarismo y sobreprotección maternas durante la infancia.

#### **2.1.5. Entorno social y familiar.**

Las relaciones parenterales tienen un papel importante en el desarrollo de trastornos depresivos. En numerosos estudios retrospectivos se ha manifestado que las personas deprimidas percibían que sus padres habían sido sobreprotectores e intrusivos, y que de alguna manera utilizaban estrategias culpabilizadoras y ansiógenas para ejercer control sobre ellas.

#### **2.1.6. Acontecimientos vitales**

Estudios indican que los sucesos vitales estresantes tienen capacidad para precipitar tanto

episodios maníacos como depresivos, presentando una acción patogénica que estaría limitada desde las primeras semanas hasta los seis meses posteriores.

### **2.1.7. Personalidad**

De acuerdo a (Chinchilla Moreno, 2008) manifiesta:

Los rasgos neuróticos son los que más se relacionan con depresión, determinando en parte su curso y evolución, ya que se ha observado que son aquellos individuos más neuróticos y con mayores niveles de rigidez y obsesividad los que presentan tasas de cronicidad más altas. Estas características se han encontrado más en mujeres que en hombres. Las mujeres presentan mayores puntuaciones que los hombres para deseabilidad social, neuroticismo, extroversión y responsabilidad, mientras que los hombres puntuaron más para apertura de experiencias. Los resultados apuntaron a que las diferencias por género en los factores de personalidad, especialmente el neuroticismo, podrían jugar un papel muy importante actuando como mediadores en la relación entre ser mujer y sufrir depresión.

## **2.2. Tipos de depresión**

### **2.2.1. Trastorno depresivo mayor**

Se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores en ausencia de manía o hipomanía. Los síndromes depresivos causados por enfermedades médicas y por medicaciones o sustancias psicoactivas no se consideran trastornos primarios del estado de

ánimo y no se les atribuye el diagnóstico de trastorno depresivo mayor.

El trastorno depresivo mayor puede presentarse en un episodio único, la recurrencia constituye la regla pero no la excepción. Después de presentar un episodio de depresión existe un porcentaje del 50% después del tercer episodio, el riesgo de un cuarto es aproximadamente del 90%. Cada nuevo episodio tiende a presentarse más pronto con el curso del tiempo. Los síntomas depresivos se recuerdan mejor cuando el paciente se siente más deprimido que cuando la depresión es menos grave. (Pardo, Sandoval, & Umbarila, 2007)

### **2.2.2. Depresión enmascarada**

Cerca del 50% de los episodios depresivos mayores no se detectan porque el estado de ánimo depresivo es menos evidente que otros síntomas del trastorno. La alexitimia o trastorno para expresar los sentimientos con palabras, puede centrar la atención del paciente en los síntomas físicos de la depresión, como el insomnio, disminución de la energía y los problemas de concentración, sin que el sujeto sea consciente de que está deprimido. El consumo de sustancias como forma de autotratamiento es más evidente. Otros cuadros de depresión mayor suelen estar enmascarados son los conflictos conyugales y familiares, el absentismo laboral, el bajo rendimiento escolar, el aislamiento social y la falta de motivación.

### **2.2.3. Depresión crónica**

Las formas crónicas de depresión explican el 12-35% de los trastornos depresivos. Un mayor número de pacientes cumplen criterios de cronicidad si esta se define partir de la presencia de

algunos síntomas depresivos, y no con un determinado nivel de síntomas, como puede ser una puntuación de 10 en la escala de evaluación para la depresión de Hamilton. Si la depresión crónica se define en parte por el deterioro en la actividad, algunos de estos pacientes pueden considerarse crónicamente deprimidos a pesar de que no se manifiesten síntomas depresivos específicos.

#### **2.2.4. Trastornos distímico**

Significa depresión crónica no episódica que se consideraba menos grave que la depresión mayor. La característica principal es un estado de ánimo crónicamente depresivo que se presenta la mayor parte del día, la mayoría de los días, al menos durante 2 años.

#### **2.2.5. Depresión menor**

Es un trastorno en el cual la alteración más notable es un estado de ánimo deprimido manteniendo sin el síndrome depresivo completo. Se caracteriza porque la persona se siente deprimida o triste durante una semana o 2 semanas. Se requieren al menos dos síntomas de una lista más larga que la del trastorno depresivo mayor, esta se caracteriza por actitud pesimista y la autocompasión.

#### **2.2.6. Depresión psicótica**

Hace referencia a un episodio depresivo mayor que se acompaña de síntomas psicóticos. Algunos clínicos consideran que la depresión psicótica es relativamente infrecuente. Las

ideas delirantes sin alucinaciones se presentan entre la mitad y las dos terceras partes de los adultos con depresión psicótica, mientras que el 3 y 25% de los pacientes presentan alucinaciones sin ideas delirantes.

### **2.2.7. Depresión breve recidivante**

Según (Pardo, Sandoval, & Umbarila, 2007) hacen referencia:

Requiere que los síntomas estén presentes durante 2 semanas seguidas para efectuar el diagnóstico de episodio depresivo mayor. Por lo que este trastorno breve recidivante los episodios depresivos cumplían los criterios sintomáticos del DSM-IV pero no los criterios de duración para la depresión mayor. Los episodios depresivos en la depresión breve recidivante muestran el mismo número y a la misma gravedad de síntomas que los episodios depresivos mayores, pero duran entre 1 día y 1 semana. Para diagnosticar una depresión breve recidivante, los episodios se deben presentar de nuevo al menos una vez al mes durante un mínimo de 12 meses. Aunque cada episodio depresivo agudo tiene una duración breve recidivante conlleva a un elevado riesgo de suicidio.

### **2.3. Depresión en adolescentes**

Las frecuentes alteraciones de ánimo que se expresan en la adolescencia dan cuenta de la dura prueba que debe atravesar la precaria estabilidad narcisista del yo de los jóvenes. Anna Freud en *La Adolescencia* señaló que hay “una llamativa semejanza entre las respuestas de los adolescentes y el tratamiento de pacientes que atraviesan períodos de duelo o infortunios amorosos.



### 2.3.1. El proceso de duelo del adolescente

Los adolescentes están comprometidos en una lucha con las ansiedades y preocupaciones que el tránsito hacia la adultez les depara, incluida la labor de duelo que caracteriza este momento de la vida, con evidencias de sentimientos de nostalgia y añoranza. Por otra parte, muestran una extraordinaria movilidad emocional hacia estados mentales de interés en: situaciones nuevas, personas o actividades más allá de sus pesares y transitorios periodos de tristeza y retracción. Aquel que duela siente que perdió a alguien o algo que identifica claramente y que pena por no tener, mientras que el joven que no conoce el motivo de su penar, e ignora, las razones de su tristeza.

Podríamos decir que el primero sufre un revés en el mundo externo que no quería que le ocurriese y le paso, que le significa una perdida por la cual se entristece y duela, mientras que el adolescente sufre por un proceso interno inconsciente, que promueve la renuncia, que tiene un carácter más activo en la búsqueda de independencia de los padres y apartamiento de su autoridad. El adolescente no tiene una noción clara de este proceso, sino más bien una vivencia difusa y además junto con su añorar el pasado, puede duelar, actuar, buscar y crear otros vínculos realizar actividades sublimatorias y creativas, imaginar y proyectar en el futuro. Por lo que el adolescente se ve inmerso en tres duelos: El duelo por el cuerpo infantil, el duelo por los padres infantiles y el duelo por la identidad (bisexualidad).

(Aznar & Hinojo, 2012) señalan

La modificación sexual del adolescente es lenta y ninguna premura interna o externa favorece esta labor, pues existe un tiempo para que se produzca este duelo y no tome

las características de una negación maniaca. El duelo necesita tiempo y espacio, si los mecanismos defensivos obstaculizan estas necesidades y no permiten el entrecruzamiento de las emociones y la reubicación de la libido en otros objetos, se favorecerá un proceso autodestructivo.

Según (Bustamante Mangarro, 2013) considera:

El adolescente puede presentarse con estados de ánimo recurrentes de depresión y desesperanza, en los que intervienen no solo severos conflictos de culpa, sino insistentes sentimientos de vergüenza, y en que al estar pendientes de sí mismo llegan a veces a la preocupación hipocondriaca por la salud del cuerpo o el miedo paranoide. Pero ahora los deseos incestuosos sexuales y hostiles se tienen que resignar definitivamente, y los lazos de ternura con sus padres se tienen que aflojar para garantizar su salida exogámica. Este proceso fue considerado por Freud como “uno de los logros psíquicos más importantes, pero también más penosos”.

En beneficio de su crecimiento mental el adolescente necesita periodos de calmo retiro e introspección, en momentos en que no se siente deprimido ni desolado, pero le gusta estar solo y ocuparse de el mismo. Es indudable que el prolongado periodo de sobreexpansión narcisista de absorción en metas ambiciosas y valores altamente narcisistas, tiene un potencial peligroso y explica la propensión del joven a aquellos estados de ánimo oscilantes de depresión y felicidad. Constituye lo más profundo de su regresión narcisista, que, aun en adolescentes no seriamente perturbados, puede, causar estados depresivos transitorios, con rasgos paranoides e hipocondriacos, con sentimientos de extrema desolación y aislamiento,

problemas de identidad típicos de depresión psicótica.

### **2.3.2. Entrecruzamiento de duelos**

Es fundamental el papel de los padres en cuanto a la facilitación o traba de la elaboración de los duelos que el joven debe enfrentar. La compleja resolución de esta etapa se ve condicionada por la actitud que asumieron y asumen los padres hacia él o ella y entre ellos como pareja conyugal, determinadas por sus propias vicisitudes edípicas e historia vital, así como por el encadenamiento generacional. Los padres tendrán que perder a su hijo deseado y resignar esos impulsos incestuosos, lo que implica un duelo concomitante al que realiza su hijo, lo que les hace perder el monopolio de la genitalidad en la familia. (Hales, Yudofsky, & Talbott, 2000)

El despegue y la individualización mutua, es un proceso lento, ríspido y muchas veces doloroso. La autoconfianza y la autoestima disminuyen y surge la rabia contra sí mismo y contra los padres. Las acciones del adolescente dejan de estar regidas por la lógica y responden tan solo a su necesidad interior de establecer su identidad a través de la rebelión contra la actitud dominante del progenitor. Esto puede llegar a estados depresivos y conducir a ideas suicidas, el acto suicida se convierte en la destrucción de si propio, en el castigo del progenitor

### **2.3.3. Psicopatología depresiva en la adolescencia**

En 1917 Freud planteo la diferencia que existe entre la aflicción o duelo normal y la melancolía o duelo patológico. Reconoció que en la melancolía, el objeto abandonado del yo, y que los interceptores significan la agresión al objeto internalizado. Destacó también el

proceso regresivo de la relación objetar hacia la identificación, la incorporación oral y la crueldad del súper yo, como consecuencia de la difusión pulsional concomitante al acto de la identificación. La pérdida es experimentada como la pérdida del propio yo.

#### **2.3.4. Duelo patológico**

El adolescente con patología depresiva se presenta desganado, apático, con disminución de la autoestima, marcada ambivalencia, reproches y auto reproches y pérdidas vividas como un adherido narcisista. Se detectan ciertos hallazgos clínicos que se repiten tales como: relaciones de tipo narcisista, complejos de ambivalencia, disminución de la autoestima, regresión a puntos de fijación orales y anales, la agresión vuelta contra el self. (Rodríguez Naranjo, Caño Gonzales, 2013).

En general el desencadenamiento se debe a una pérdida e objeto o a una pérdida de objeto o una herida narcisista y conflictos asociados con la vergüenza y la culpa.

La vergüenza y la humillación, la inferioridad, la inadecuación, y la debilidad constituyen los principales afectos y el resultado es el desvalidamiento del yo. La oralidad es de índole primitiva. La madre, a su vez suele ser sádica, despectiva, con tendencia al reproche y al menosprecio. Los sentimientos de autorrechazo, provocados por la desilusión que produce el derrumbe de la idealización de los padres lleva a dirigir la agresión contra el self, agresión que aniquila tanto al self como a los objetos odiados, y la muerte es el castigo al deseo de matar

### 3. LA AUTOESTIMA

Hay algunas medidas de autoestima que piden a las personas que confirmen o rechacen una serie de afirmaciones evaluativas sobre el yo. La puntuación en las escalas de la autoestima esta negativamente correlacionada con la puntuación en la escala del neuroticismo de los cinco grandes.

Los individuos, que se ven a sí mismos bien adaptados, tienen más probabilidades de obtener una mayor puntuación en las medidas de autoestima. Sin embargo, esto no implica que las medidas de autoestima, no sean autoestima. Las personas tienen más propensión a confirmar ítems de un test de autoestima, que sugieren que se tienen características positivas. Quizá, la gente haga algo para aumentar su autoestima. También, las personas pueden tender a ver sus actuaciones de una forma más positiva que la que se debiera. Las percepciones que tenemos de nosotros mismos son más positivas que las debidas a nuestras verdaderas características. Esto es válido para todo el mundo o sólo para aquellos individuos que tienen una alta autoestima. (Atienza, Moreno, & Balguer, 2000)

Es posible distinguir dos puntos de vista diferentes de la autoestima. La gente generalmente, tiene un concepto correcto de sus propias percepciones. Esto a veces se llama perspectiva de correspondencia. Es decir, la autopercepción se corresponde con la realidad. La gente distorsiona las perspectivas de sí mismo para aumentar su autoestima. Por esta razón Jhon y Robin realizaron una investigación en la que se obtuvieron los siguientes resultados: Primero hay datos que apoyan la teoría de la correspondencia. Los individuos juzgan la calidad de su actuación de una manera relativamente acertada. La media de la correlación entre las

categorías que cada individuo se atribuyó y las categorías asignadas por el resto era de 0.32. Segundo, los individuos son menos exactos al juzgar sus propias posiciones que las clasificaciones de los demás. El promedio de correlación entre las posiciones asignadas por unos participantes a otros participantes era de 0.45. Debe haber ciertos sesgos en los juicios sobre uno mismo. Tercero, los sesgos tienden a ser autointensificadores.

Los individuos tendían a colocar su propia actuación más alta que la que fue por sus compañeros o por el equipo de asesores. El cincuenta y ocho por ciento de los individuos se colocaron a sí mismos en una posición más alta de lo que lo hicieron sus compañeros. Cuarto, aunque la mayoría de los individuos distorsionaron sus propias perspectivas de actuación de una manera autoinsatisfactoria, esto no era verdad en todos los sujetos. Aproximadamente un tercio colocó su actuación por debajo de lo que hicieron sus compañeros. Estos datos implican que algunos individuos pueden subestimar la calidad de su actuación. Quinto, los autoinformes sobre la calidad de actuación en esta tarea estaban relacionados con características de la personalidad. (Atienza, Moreno, & Balguer, 2000)

¿Cómo influyen las creencias sobre uno mismo en el comportamiento? El estudio de John y Robin nos da cierta información sobre cómo los individuos evalúan su actuación, pero no sobre la influencia de la autoestima en su comportamiento.

¿La autoestima está asociada con una ejecución óptima en una tarea? Baumeister, Heatherton y Tice estaban interesados en la relación que hay entre la autoestima y el comportamiento en la conducta dirigida a metas. Estudiaron cómo actuaban unos sujetos que jugaban un partido de video-juego. Después de jugar se les asignó una meta a la que debían de llegar. En este

estudio se observó que las personas que tenían la autoestima alta jugaron mejor que las que la tenían baja, cuando no eran informados de que podrían bloquearse, es decir, cuando no existía amenaza posible para su autoestima. Cuando los sujetos eran informados de que podían bloquearse, los individuos con alta autoestima no jugaron tan bien, como los que tenían baja autoestima. Los individuos con alta autoestima establecieron, ilusoriamente, altas metas para sí mismos, que no pudieron superar. Como resultado, ganaron menos dinero en la tarea que los individuos con baja autoestima.

Ambos estudios se centran en lo que se podría llamar el lado oscuro de la autoestima. Tener la autoestima alta se percibe como bueno. Probablemente la mayoría de nosotros, nos queremos sentir bien con nosotros mismos; y las personas que tienen una autoestima alta, pueden obtener mejores resultados en una tarea que las que tienen una autoestima baja. Al mismo tiempo los individuos pueden distorsionar sus interpretaciones de la experiencia para aumentar y preservar su autoestima. Estos aumentos pueden llevarles a una percepción irreal de su propia actuación, y cuando la propia perspectiva positiva de sí mismos puede estar amenazada, estos individuos pueden seleccionar metas carentes de realismo y actuar de una forma menos competente.

### **3.1. Componentes de la autoestima**

Sobre la autoestima descansan varios conceptos que subyacen al afecto. Conceptos que se pueden reconocer como cualidades independientes pero que en conjunto dan forma y constitución a la autoestima como un elemento integrado: a) la autoeficacia, b) la autodignidad, c) el autoconcepto y d) la autorrealización.

Primero, la autoeficacia. Bandura (1986, citado en Prieto, s. f.) entiende la autoeficacia como "la autopercepción de las personas de su propia eficacia. "No basta con ser capaz de; es preciso juzgarse capaz de" (Prieto, s. f.). Es una motivación intrínseca (un estímulo) que lleva al ser humano a emprender conductas específicas en función de los logros que este pretende alcanzar (Prieto, s.f.), basado en la valoración y el juicio de su propia capacidad y el reconocimiento de sus limitantes.

Es muy importante que las adolescentes y los adolescentes se sientan autoeficaces, mayormente en la escuela cuando se requiere que trabajen en algo, debido a que es uno de los factores principales en la automotivación escolar. Muy a menudo la persona adolescente, por su natural inestabilidad emocional y cambios hormonales que generan pereza y apatía, no pone empeño en sus labores. (Dr. Loredó-Abdalá, Dr. Perea-Martínez, & Dra. López-Navarrete, 2008)

El segundo elemento de la autoestima adolescente es la autodignidad. Primero valdría la pena revisar qué entendemos por dignidad para luego establecer los parámetros necesarios de la dignidad en sí mismos. Reyes (2008) comenta que en muchas ocasiones poliutilizamos el término de dignidad, usándolo como un escudo para evitar que otros lesionen nuestros derechos, como "Ten dignidad" para referirnos a mantener una calidad de "digno" o "merecedor" o "por dignidad no lo permití", para entender en ello que por decencia y estima no accedimos a algo. La Real Academia Española la define como la "gravedad y decoro de las personas en la manera de comportarse". Sin embargo, podemos argumentar que la dignidad es la cualidad de las personas para hacerse valer como seres humanos.

El tercer elemento es el autoconcepto. Podemos entender el autoconcepto como la idea que



concebimos de nosotros mismos, como un reflejo perceptivo de nuestra propia realidad y experiencia. Rogers (1982) lo postula como la “Confirmación organizada de percepciones del sí mismo, admisibles a la conciencia...”. Una serie de creencias de nosotros mismos que se manifiestan en nuestra conducta cotidianamente. Tiene que ver íntimamente con lo que González y Tourón (1992) plantean: ¿quién soy yo? Basado en los aspectos cognitivos del sí mismo (Saura, 1996). “Una organización cognitivo-afectiva de gran trascendencia en el comportamiento de los individuos...” (González y Tourón, 1992,).

Algunos autores como Haussler y Milicic (1994) o Denegri, Opazo y Martínez (2007), entre otros conciben 3 etapas del autoconocimiento: la etapa del sí primitivo, la etapa del sí mismo exterior y la etapa del sí mismo interior. Estas etapas van cubriendo la edad de la persona desde su nacimiento, la preadolescencia y de la adolescencia en adelante, que es cuando se tiene un aumento de la autoconsciencia.

La autorrealización es, desde nuestra perspectiva, la consecución procedimental y continua de logros de diversas dimensiones y naturalezas que desarrollan un estado de plenitud en uno mismo. Puede tener o no que ver con los otros o simplemente con la autosatisfacción, aunque algunos conciben que esto no es posible.

La autorrealización en los adolescentes es un asunto plenamente exponencial. Es decir, no es una cuestión simplemente de humor, de estado de ánimo o puramente emocional. Es un conjunto de elementos que inciden en lo emocional, pero que se forja a lo largo de una vida con más consciencia y estabilidad. La persona adolescente puede tener visos de autorrealización en sus experiencias, primordialmente en el aspecto afectivo, que es en donde centra mucho de su atención y esfuerzo; pero conseguir la autorrealización sería un asunto bastante polémico y complicado. Sin embargo, sí es un asunto de atención.

### 3.2. Autoestima en adolescentes

La etapa adolescente es una de las más importantes en la vida del ser humano. Es en donde se despabilan las emociones, se descubre el carácter y se suscitan cambios que pueden reorientar el sentido de la vida misma. Y es, precisamente, en esta etapa, cuando el ser humano atraviesa la educación secundaria en donde se aterriza este análisis.

La adolescencia es una de las etapas que enmarcan la vida del ser humano; la metamorfosis fisiológica y psicológica se dejan notar a primera vista; sus principales manifestaciones, como una simple referencia sucinta, son el aumento de talla, la aparición del vello axilar y púbico, el desarrollo morfológico conforme al sexo y sus procesos singulares (Gallego, 2006), desde la parte fisiológica.

En cuanto a lo psicológico, comienzan a tener cambios repentinos de humor, actitudes de rebeldía, una compleja atracción por las transgresiones a las normas y valores del mundo adulto (Peñas, 2008), pero también un enorme desarrollo de la curiosidad y la necesidad de pertenencia que los envuelve muchas veces en la apatía, hostilidad y holgazanería.

La autoestima de las personas adolescentes es un asunto de gran importancia, primero para sí mismo, segundo para su proceso educativo y, finalmente, para la educación como tal, en tanto personas educadas serán productivas para la sociedad; es el factor que puede definir, de manera relevante en el alumnado, tanto su motivación académica, como un estado emocional favorable para el logro de un desempeño escolar redituable y un desarrollo educativo como sujeto individual y colectivo en aras de la plenitud. Es importante que el profesorado conozca los elementos de autorreferencia que dan forma y nutren la autoestima, para poder trabajarlos como procesos educativos implicados en el quehacer docente y, así, ello fortifique su tarea pedagógica. (Silva Escoria & Mejía Pérez, 2015)

### 3.3. Factores modificadores del autoestima

La autoestima se construye en gran medida en la infancia y la adolescencia y da forma a cómo nos vemos a nosotros mismos (autoconcepto) y a cómo nos relacionamos con la familia, los amigos, el trabajo o la pareja. Sea cuál sea nuestro nivel de autoestima, la buena noticia es que, con voluntad, siempre es posible conducirla a niveles que mejoren nuestra calidad de vida. Según explica a Infosalus Silvia Congost, psicóloga y autora de 'Autoestima automática' (Zenith, 2015), señala:

Nuestra autoestima se forma a partir del reconocimiento, la aprobación y el afecto de nuestros padres y aunque hasta un 30% de cómo vemos el mundo proceda de la genética, la buena noticia es que hasta un 70% depende del entorno, lo que deja un amplio margen para poder cambiar los aspectos menos positivos.

Para la autora, aunque nuestra autoestima se forme en la infancia y la juventud, durante la vida adulta sus niveles fluctúan y para los momentos en los que está baja existen herramientas para mejorarla y mantenernos en niveles estables y saludables.

"El concepto de autoestima experimentó un 'boom' en los años 70 pero ha continuado desarrollándose porque cada vez somos más conscientes de nosotros mismos, queremos entendernos mejor, conseguir nuestros objetivos vitales y tener más calidad de vida", señala Congost.

La psicóloga expone a Infosalus 10 de los aspectos que juegan en nuestra contra cuando se trata de mantener nuestra autoestima en buena forma y algunas alternativas para

contrarrestarlos:

1. El auto-diálogo de desaprobación: destacar siempre lo que hacemos mal no conduce a nada bueno. La opción contraria es el reconocimiento, buscar los aspectos positivos que tenemos, ya que todos contamos con un potencial y unas cualidades individuales valiosas.

2. Compararnos con los demás: porque lo habitual es hacerlo en un sentido de desaprobación, al comparar deberíamos emplear el modelado y ser constructivos para aspirar a aquello que otra persona ha conseguido y que nos gusta. "En los más pequeños la comparación en negativo con los hermanos o los primos, por ejemplo, puede llevar a que desarrollen inseguridad", señala Congost.

No poner límites: los límites marcan la frontera de nuestra dignidad, aquello que no es negociable. A pesar de que con las pequeñas cosas del día a día hay que saber adaptarse y ser flexible, aquello que nos hace sentir mal no debe tener lugar, está fuera de estos límites y de esta forma debemos hacerlo saber.

4. No ser asertivos: tener capacidad para expresar aquello que no queremos no es fácil, por ello hay que reflexionar, detenerse un momento y preguntarnos si queremos o no hacer lo que nos piden. "No debemos olvidarnos de nosotros mismos porque esto nos hará infelices, hay que evitar el miedo al rechazo o a no agradar al otro, hay que aprender a decir que no con respeto", señala la autora.

5. No respetarnos a nosotros mismos: tenemos que aprender a tratarnos bien y a evitar las conductas no constructivas y que nos hacen sentir mal. Por ello, hacer deporte y cuidarnos forman parte de ese respeto que nos debemos.

6. Rodearnos de personas tóxicas: estas personas no nos hacen sentir bien, por ello hay que poner distancia en la medida de lo posible, reducir los tiempos que compartimos

con ellas sin sentir la obligación moral de hacerlo y poner las barreras necesarias para protegernos.

7. No responsabilizarnos de nuestras emociones: cualquier cosa que no nos haga sentir bien también es responsabilidad nuestra ya que aunque esté desencadenada por una persona o situación siempre tenemos la opción de actuar en consecuencia y evitar los daños. "Es nuestra responsabilidad hacer un cambio e ir hacia otra dirección si algo nos hace sentir mal. Debemos ser conscientes de aquello que depende de nosotros cambiar y si es necesario pedir ayuda psicológica para hacerlo", señala Congost.

8. Establecer relaciones de dependencia emocional: esta dependencia es muy destructiva y nos deja exhaustos. "Es necesario detenernos a reflexionar sobre aquello que buscamos en una pareja y qué nos hace felices y no dejarnos la piel en intentar cambiar al otro al que ya elegimos siendo de una determinada manera". (La Nueva España, 2015)

#### **4. ANSIEDAD EN EL ADOLESCENTE**

Los trastornos de ansiedad (TA) son los trastornos psiquiátricos más frecuentes en niños y adolescentes, con una prevalencia estimada que oscila según los estudios entre el 9-21%, significando un problema de salud importante en la población infantojuvenil. Su evolución natural sin tratamiento puede derivar en serias repercusiones negativas en el funcionamiento académico, social y familiar de los niños, interfiriendo de forma importante en el desarrollo. Su identificación puede ser difícil pues, en ocasiones, son expresiones exageradas o temporalmente inadecuadas de lo que se consideran reacciones normales y adaptativas: el miedo y la ansiedad.

Los TA incluyen trastornos de inicio específico en la infancia y adolescencia (ej. el trastorno de separación) y otros cuya expresión sindrómica es semejante a los TA del adulto (ej. trastorno de pánico). Las manifestaciones de los TA son polimorfas y desconcertantes en ocasiones (quejas físicas variadas, rechazo a ir al colegio, comportamientos de apego excesivo a los padres o a los principales cuidadores, resistencia a ir a dormir, hiperactividad oposicionismo, etc.). (Pardo, Sandoval, & Umbarila, 2007)

La consulta del pediatra es el lugar idóneo para establecer un diagnóstico de presunción y proceder a la indagación y posterior confirmación de aquél. El pediatra debe estar familiarizado con el diagnóstico, las herramientas básicas de tratamiento y los procedimientos de derivación a salud mental. Las principales modalidades de tratamiento en la práctica clínica son la terapia cognitivo-comportamental (TCC), las intervenciones informativas para familiares y el tratamiento farmacológico. Aunque se han producido importantes avances en el desarrollo y aplicación de tratamientos para los TA, aún existe un número limitado de estudios que prueben la eficacia de los mismos.

#### **4.1. Factores que provocan ansiedad en el adolescente**

Como otros trastornos psiquiátricos, los trastornos de ansiedad son explicados aplicando el modelo causal de vulnerabilidad-estrés. Según éste, el individuo podría presentar una serie de factores predisponentes o de riesgo para el padecimiento de los trastornos de ansiedad que serían desencadenados por otros (factores desencadenantes).

A continuación, resumiremos algunos de estos factores; no obstante, conviene clarificar que

los estudios epidemiológicos realizados hasta el momento no confirman ninguno de ellos. El hallazgo más replicado por todos los estudios es que los trastornos de ansiedad son más prevalentes en las chicas por tanto, el sexo parece un factor interviniente aunque no existe ninguna teoría psicopatológica que explique esta diferencia de forma convincente. Tampoco conocemos los caminos por los que los factores de riesgo o predisponentes confluirían y terminarían o no produciendo los trastornos de ansiedad; además, los estudios necesitarían incluir la perspectiva del desarrollo porque no todos los factores de riesgo o situaciones traumáticas tienen un mismo efecto patogénico según el momento del desarrollo en el que tienen lugar:

- **Factores genéticos y constitucionales.** “Aunque parece que los trastornos de ansiedad se agrupan en determinadas familias, aún no se ha establecido si la transmisión es genética o determinada por la crianza”. (Ruiz, 2005)

Puede afirmarse que los factores genéticos podrían ocupar un lugar destacado en la génesis de algunos (trastorno de pánico), estando otros, como la ansiedad generalizada o la de separación, más condicionados por factores ambientales

- **Temperamento:** los niños y adolescentes que son inhibidos comportamentalmente, tímidos o tendentes a la retracción en los primeros años tienen más tendencia a desarrollar trastornos de ansiedad posteriormente.

- **Estilos parentales:** la sobre-protección que, en ocasiones, es debida a las propias ansiedades parentales, tales como ansiedad de separación, viene a contribuir a la génesis en el niño de un sentido de sí mismo como alguien indefenso, que está en

peligro y desprovisto de los recursos personales para protegerse, defenderse ni sobreponerse a las situaciones difíciles. Por su parte, las actitudes parentales críticas o los estilos educativos excesivamente punitivos pueden ser intimidatorios e interferir en el desarrollo de un concepto de sí, seguro y capaz. (Ruiz, 2005)

Algunos miedos específicos pueden ser transmitidos por los padres e incorporados por los chicos a través de mecanismos identificatorios básicos.

- **Acontecimientos vitales estresantes:** algunos miedos pueden ser iniciados por algún acontecimiento inusualmente aterrador (la experiencia de una tormenta). Además, la elaboración cognitiva (explicación) que de una experiencia atemorizante haga el niño y/o adolescente influirá en que éste pueda desarrollar un trastorno de ansiedad en el futuro.

- **Los ambientes sociales desfavorables** (grandes adversidades, económicas o condiciones de vida, relaciones laborales y académicas etc.) generan un clima de inseguridad crónica que puede contribuir al desarrollo de un trastorno de ansiedad. (Ruiz, 2005)



## **e. MATERIALES Y MÉTODOS**

### **Tipo de estudio**

Descriptivo, cuantitativo, transversal, con la finalidad de conocer el significado, características y factores del bullying, así como cantidades de adolescentes víctimas de bullying y su influencia en ellos, el cual se realizara en un determinado tiempo.

### **Área de estudio**

El estudio se llevó a cabo en los colegios La Dolorosa de varones, ubicado en el sector céntrico de la ciudad, y la Unidad Educativa Santa Marianita de Jesús de mujeres; los mismos que cuentan con 3 años de educación básica y 3 años de bachillerato y se encuentran localizados en la ciudad de Loja con la finalidad de obtener una muestra que sea tanto de varones como de mujeres y contrastar los resultados.

### **Universo:**

Lo conforman todos los estudiantes de la Unidad Educativa Santa Marianita de Jesús y colegio La Dolorosa que corresponden a 2850 alumnos en total.

### **Muestra:**

Se tomó como muestra los 290 alumnos de ambos colegios mediante muestreo no probabilístico por conveniencia a criterio del investigador y que correspondían al primero y segundo año de bachillerato.

**Criterios de Inclusión:** Los estudiantes del primero y segundo curso que se encontraban matriculados y asistiendo a clases y que dieron su consentimiento para la aplicación del test.

**Criterios de Exclusión:** Los estudiantes que presentaron trastornos psicopatológicos diagnosticados y/o que se encuentren en tratamiento.

**Tipo De Muestreo:** Se eligió el no probabilístico por conveniencia, porque la muestra se seleccionó siguiendo criterios de inclusión y exclusión y se tomaron casos disponibles en un momento dado.

### **Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos**

**Técnicas:** para la recolección de la información se utilizó la encuesta.

**El Test:** Para la evaluación de la depresión se utilizó el test de Beck, para autoestima el test de Rosenberg y Test de Hamilton para ansiedad sin alterar el contenido ni el orden de dichos test.

El test de Beck-II (BDI-II) fue creado por el psiquiatra, investigador y fundador de la Terapia Cognitiva, Aaron T. Beck, es un cuestionario autoadministrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. El BDI-II ha experimentado algunas modificaciones respecto a las versiones anteriores para representar mejor los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, American Psychiatric Association, 1994) y CIE-10 (Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, Organización Mundial de la Salud, 1993). La prueba ha de ser destinada preferentemente para un uso clínico, como

un medio para evaluar la gravedad de la depresión en pacientes adultos y adolescentes con un diagnóstico psiquiátrico y con 13 años o más de edad. Una vez que se aplicó el test se procede a sumar cada uno de los ítems, los mismos que tienen una puntuación que va de 0 a 3 cada una, posterior a ello se analizan los resultados obtenidos de la siguiente manera: una puntuación de 1 a 10 indican altibajos en el estado de ánimo considerados como normales; de 11 a 16 presenta leve perturbación del estado de ánimo; de 17 a 20 estados de depresión intermitentes; 21 a 30 depresión moderada; 31 a 40 depresión grave y más de 40 depresión extrema. (Conde Peñalver, 2006)

La escala de ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAS) fue diseñada en 1.959. Inicialmente, constaba de 15 ítems, pero cuatro de ellos se refundieron en dos, quedando reducida a 13. Posteriormente, en 1.969 dividió el ítem “síntomas somáticos generales” en dos (“somáticos musculares” y “somáticos sensoriales”) quedando en 14. Esta versión es la más ampliamente utilizada en la actualidad. Su objetivo era valorar el grado de ansiedad en pacientes previamente diagnosticados y, según el autor, no debe emplearse para cuantificar la ansiedad cuando coexisten otros trastornos mentales (específicamente desaconsejada en situaciones de agitación, obsesiones, demencia, histeria y esquizofrenia).

El test de Rosemberg es un cuestionario que se utiliza para valorar la autoestima personal, este consta de 10 ítems, de las cuales cinco están enunciadas en forma positiva y cinco en forma negativa, de los ítems del 1 al 5 las respuestas se puntúan de 4 a 1, de los ítems del 6 al 10 las respuestas se puntúan del 1 al 4. Su interpretación es la siguiente: de 30 a 40 puntos el autoestima esta elevada, de 26 a 29 autoestima media o normal, menos de 25 puntos se considera como autoestima baja. (Atienza, Moreno, & Balguer, 2000)

## Procedimiento

Se procedió a la selección de los colegios tomando en cuenta de que estos fueran tanto del sexo masculino como del sexo femenino y a que estos establecimientos presentan gran cantidad de alumnado de diferente estrato social y diferente procedencia con la finalidad de obtener los resultados esperados en el trabajo investigativo.

Luego de obtener el respectivo permiso de los rectores y vicerrectores de los establecimientos educativos, se procedió a la selección de los años lectivos en los cuales se realizara la investigación y siguiendo los criterios de inclusión y exclusión y se tomaron casos disponibles en un momento dado a conveniencia del investigador.

Luego se procedió a aplicar las encuestas a los adolescentes que nos dieron su consentimiento informado y se los selecciono a aquellos que presentaban bullying para trabajar en ellos.

Posteriormente se procedió a realizar la tabulación de los datos de acuerdo a lo objetivos, y entre ellos se determinó la prevalencia de depresión a través de la siguiente formula:

$$\text{Prevalencia} = \frac{\text{Número de casos de una enfermedad en un momento determinado}}{\text{Poblacion total en estudio en ese momento}} \times 100$$

Luego se realizó la presentación de los resultados en tablas, que posteriormente permitió elaborar la discusión, conclusiones y recomendaciones.

## f. RESULTADOS

**Tabla N° 1.**

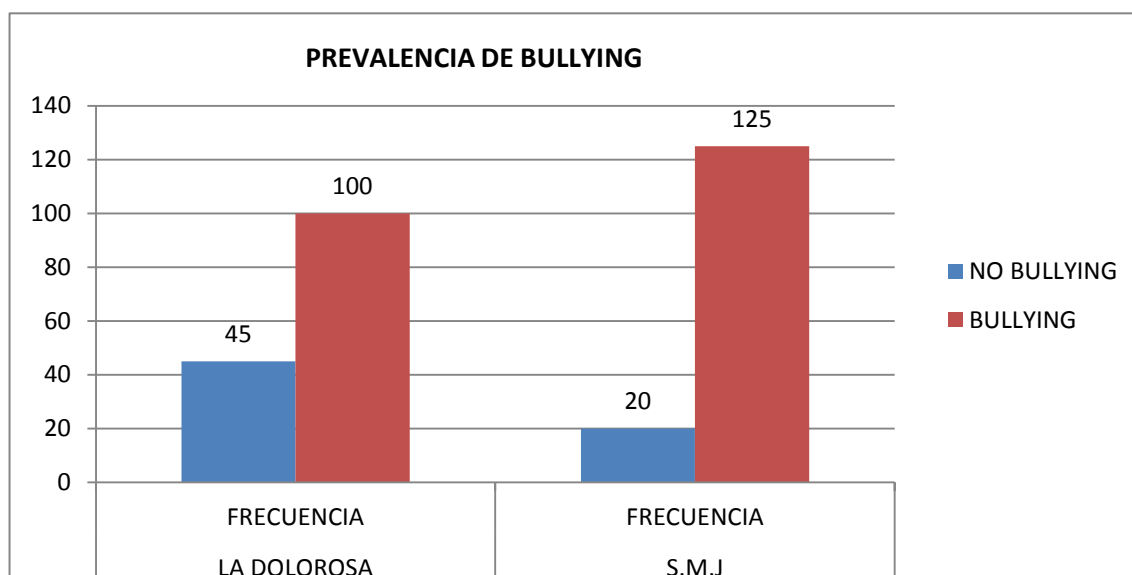
**ADOLESCENTES VICTIMAS DE BULLYING EN LOS COLEGIOS LA DOLOROSA Y LA UNIDAD EDUCATIVA SANTA MARIANITA DE JESUS DE LA CIUDAD DE LOJA.**

VARIABLES	LA DOLOROSA	S.M.J
	FRECUENCIA	FRECUENCIA
NO BULLYING	45	20
BULLYING	100	125
TOTAL	145	145

**Fuente:** Test de evaluación de Bullying

**Elaborado por:** Yeferson Camacho

**Gráfico N° 1**



**Fuente:** Test de evaluación de Bullying

**Elaborado por:** Yeferson Camacho

**INTERPRETACIÓN:** En la siguiente tabla se puede valorar que la mayoría de los estudiantes encuestados son víctimas de bullying. En el colegio La Dolorosa hay un total de 100 alumnos que sufren bullying y en el colegio Santa Marianita De Jesús hay 125 alumnas que son víctimas de bullying.

Tabla N° 2.

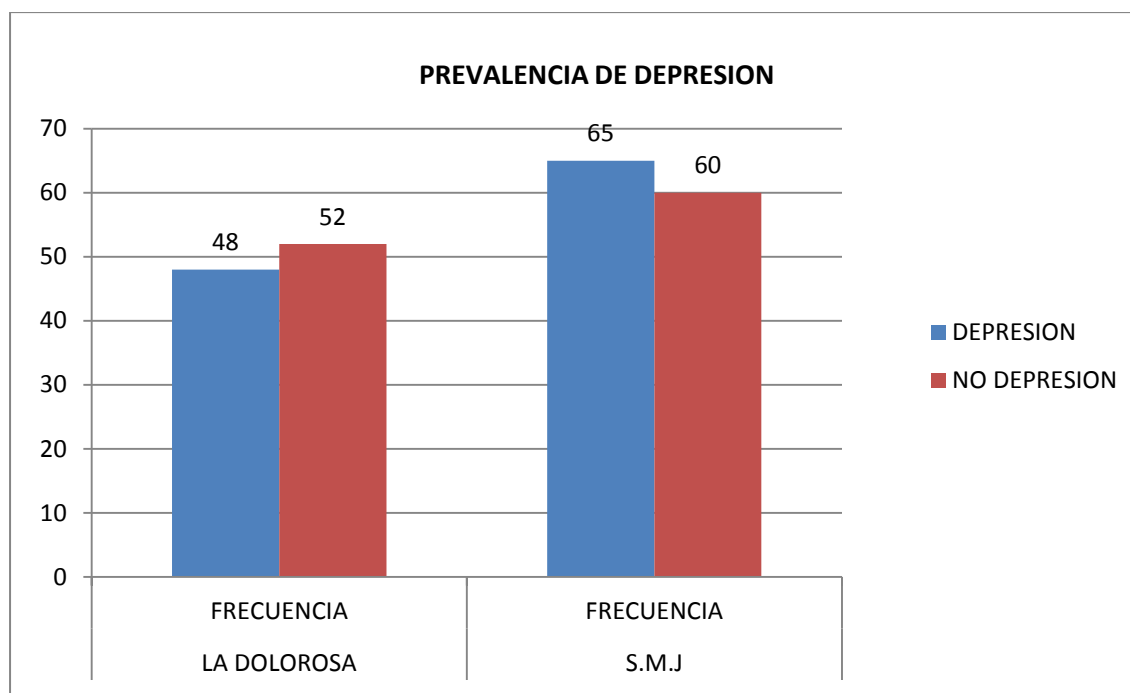
**PREVALENCIA DE DEPRESION DE LOS ADOLESCENTES QUE SUFREN  
BULLYING DE LOS COLEGIOS LA DOLOROSA Y LA UNIDAD EDUCATIVA  
SANTA MARIANITA DE JESUS DE LA CIUDAD DE LOJA.**

VARIABLES	LA DOLOROSA	S.M.J
	FRECUENCIA	FRECUENCIA
DEPRESION	48	65
NO DEPRESION	52	60
TOTAL	100	125

Fuente: Test de evaluación de la depresión Beck

Elaborado por: Yeferson Camacho

Gráfico N° 2



Fuente: Test de evaluación de la depresión Beck.

Elaborado por: Yeferson Camacho

**INTERPRETACION:** De acuerdo al siguiente gráfico, la frecuencia de depresión está presente en 48 estudiantes del colegio La Dolorosa y en el colegio Santa Marianita de Jesús la depresión se presenta en 65 estudiantes, lo que nos advierte una alta presencia de este trastorno en los estudiantes victimas de bullying de los establecimientos encuestados.

Tabla N° 3.

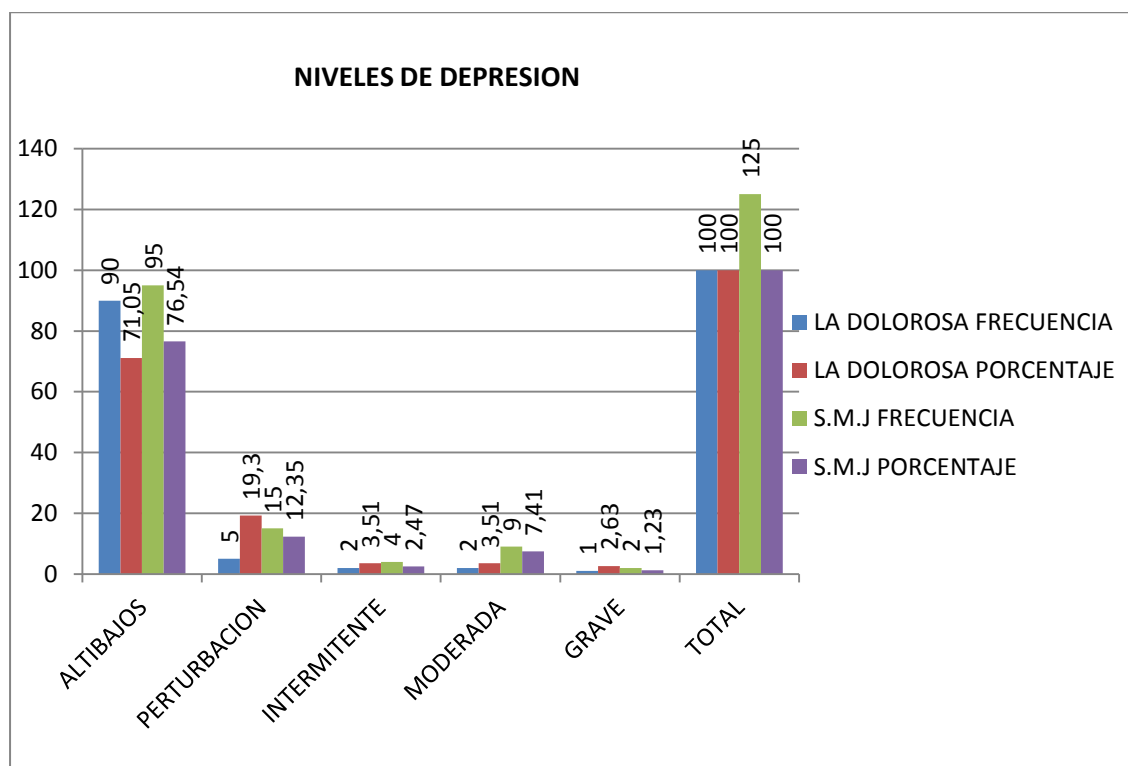
**NIVEL DE DEPRESIÓN EN LOS ADOLESCENTES QUE SUFREN BULLYING DE  
LOS COLEGIOS LA DOLOROSA Y LA UNIDAD EDUCATIVA SANTA  
MARIANTA DE JESUS DE LA CIUDAD DE LOJA.**

VARIABLES	LA DOLOROSA		S.M.J	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ALTIBAJOS	90	71,05	95	76,54
PERTURBACION	5	19,3	15	12,35
INTERMITENTE	2	3,51	4	2,47
MODERADA	2	3,51	9	7,41
GRAVE	1	2,63	2	1,23
TOTAL	100	100	125	100

**Fuente:** Test de evaluación de la depresión Beck.

**Elaborado por:** Yeferson Camacho

Gráfico N° 3



**Fuente:** Test de evaluación de la depresión,

**Elaborado por:** Yeferson Camacho

**INTERPRETACIÓN:** Los altibajos en el estado de ánimo que son considerados como normales son los más frecuentes y corresponden a 71,05% en el colegio La Dolorosa y al 76,54% en la Unidad Educativa Santa Marianita de Jesús. Mientras que la depresión grave presento mínimos porcentajes en el colegio La Dolorosa con 2,63%, y 1,23% en la Unidad Educativa Santa Marianita de Jesús.



Tabla N° 4.

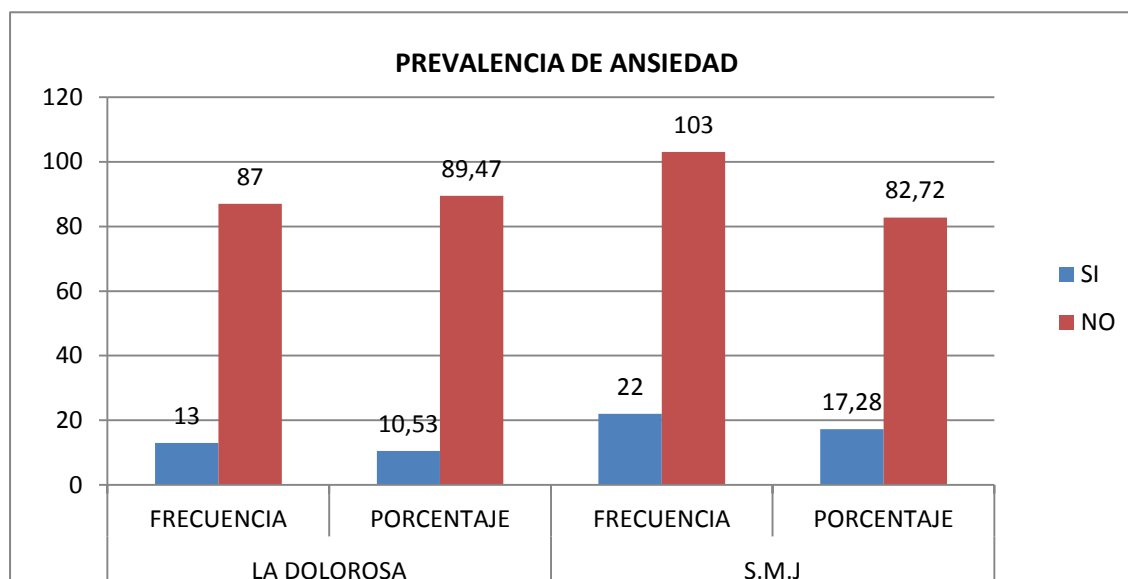
**PREVALENCIA DE ANSIEDAD EN LOS ADOLESCENTES DE LOS COLEGIOS  
LA DOLOROSA Y LA UNIDAD EDUCATIVA SANTA MARIANITA DE JESUS DE  
LA CIUDAD DE LOJA.**

VARIABLES	LA DOLOROSA		S.M.J	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	13	10,53	22	17,28
NO	87	89,47	103	82,72
<b>TOTAL</b>	100	100	125	100

**Fuente:** Test de evaluación de ansiedad de Hamilton.

**Elaborado por:** Yeferson Camacho

Gráfico N° 4



**Fuente:** Test de evaluación de ansiedad de Hamilton.

**Elaborado por:** Yeferson Camacho

**INTERPRETACION:** La ansiedad que se presentan en ambos colegios son mínimas con un porcentaje en el colegio La Dolorosa de 10,53%, y en la Unidad Educativa Santa Marianita de Jesús de 17,28%.

Tabla N° 5.

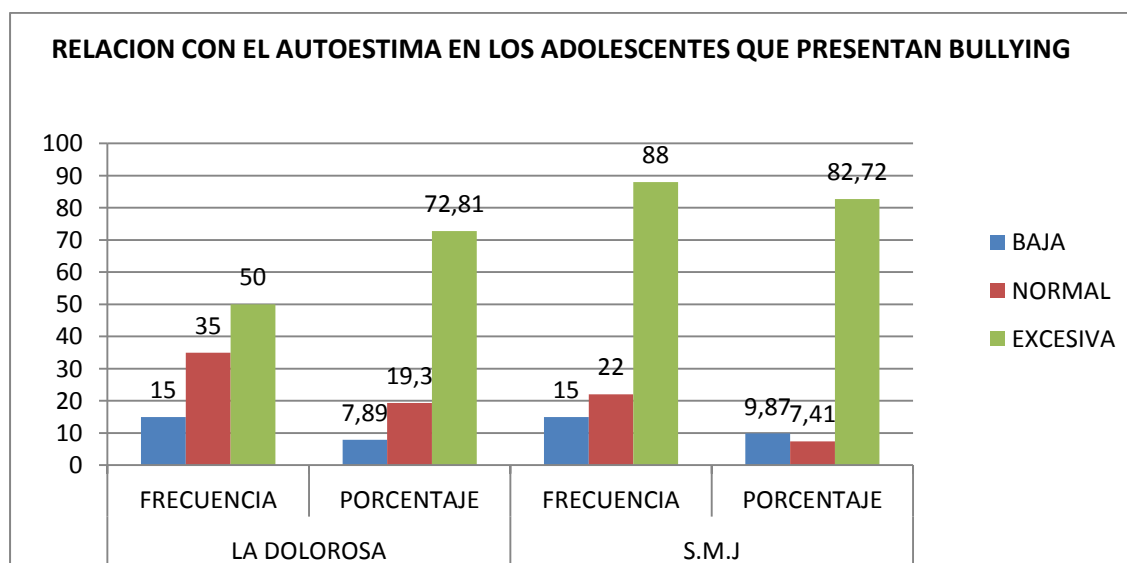
**RELACION CON EL AUTOESTIMA EN LOS ADOLESCENTES VICTIMAS DE BULLYING EN LOS COLEGIOS LA DOLOROSA Y LA UNIDAD EDUCATIVA SANTA MARIANITA DE JESUS DE LA CIUDAD DE LOJA.**

VARIABLES	LA DOLOROSA		S.M.J	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BAJA	15	7,89	15	9,87
NORMAL	35	19,3	22	7,41
EXCESIVA	50	72,81	88	82,72
TOTAL	100	100	125	100

**Fuente:** Test de evaluación del autoestima Rosemberg

**Elaborado por:** Yeferson Camacho

Gráfico N° 5



**Fuente:** Test de evaluación de Rosemberg para autoestima

**Elaborado por:** Yeferson Camacho

**INTERPRETACIÓN:** El nivel de autoestima que predomina es la autoestima excesiva tanto en el colegio La Dolorosa con 72,81%, y en la Unidad Educativa Santa Marianita de Jesús. con 82,72%; mientras que los niveles de baja autoestima son muy bajos que corresponden al 7,89% y 9,88%.

Tabla N° 6.

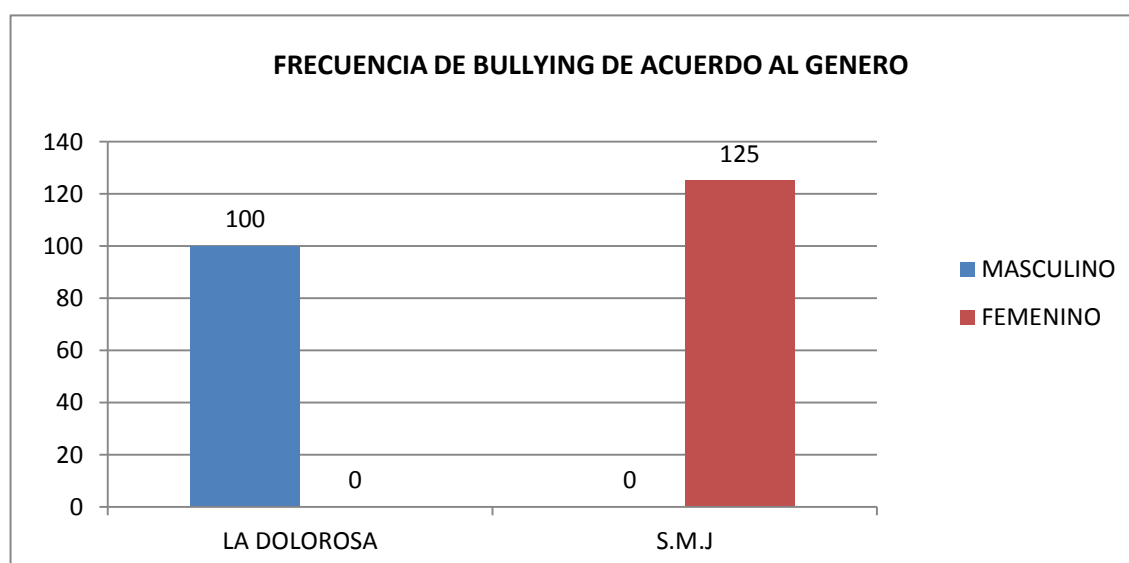
**SEXO MAS FRECUENTE EN EL QUE SE PRESENTA BULLYING EN LOS ADOLESCENTES DE LOS COLEGIOS LA DOLOROSA Y LA UNIDAD EDUCATIVA SANTA MARIANITA DE JESUS DE LA CIUDAD DE LOJA.**

VARIABLES	LA DOLOROSA	S.M.J
MASCULINO	100	0
FEMENINO	0	125
TOTAL	100	125

**Fuente:** Test de evaluación para el género.

**Elaborado por:** Yeferson Camacho

Gráfico N° 6



**Fuente:** Test de evaluación de la depresión para el genero

**Elaborado por:** Yeferson Camacho

**INTERPRETACION:** El bullying o acoso escolar en el colegio Santa Marianita de Jesús se presenta más con una frecuencia de 125, mientras que en colegio la Dolorosa se presenta con una frecuencia de 100 lo que nos quiere decir que el acoso escolar entre pares se da con más frecuencia en los estudiantes de sexo femenino.

## **g. DISCUSIÓN**

Los resultados obtenidos en este trabajo investigativo indican que de un total de 145 alumnos de los primeros y segundos bachilleratos del colegio La Dolorosa, 100 alumnos sufren bullying, y de 145 alumnas de la Unidad Educativa Santa Marianita de Jesús, 125 sufren bullying; indicando que la frecuencia de este acoso escolar es muy elevado en dichos establecimientos de la ciudad de Loja, independientemente de si este establecimiento es masculino o femenino y de orígenes religiosos.

Según un estudio, México ocupa el primer lugar internacional de casos de bullying en educación básica ya que afecta a 18 millones 781 mil alumnos de primaria y secundaria tanto públicas como privadas de acuerdo con la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE). El análisis efectuado por el OCDE entre los países miembros reporta que 40.24% de los estudiantes declaró haber sido víctima de acoso, 25.35% haber recibido insultos y amenazas, 17% ha sido golpeado y 44% dijo haber atravesado por algún episodio de violencia verbal, psicológica, física y ahora a través de las redes sociales. El bullying se ha convertido en un severo problema, ya que, conforme a la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) el número de menores afectados aumentó en los últimos dos años 10%, al grado que 7 de cada 10 han sido víctimas de violencia. (Valdez, 2014)

De acuerdo a la revista peruana de pediatría en un estudio realizado en CEP distrito de Pueblo Libre-Lima se encuestó a “185 alumnos de los cuartos de primaria hasta los quintos de secundaria, encontrándose que habían sufrido bullying el 54,7% de estos alumnos. Esto nos indica que en varios países existe un alto porcentaje de bullying” (Velarde Mayol & Gonzalez Rodríguez, 2011)

Así tenemos que estos estudios no están muy alejados a la realidad en nuestro medio en los que se evidencian altos índices de bullying , asimismo que este tipo de acoso se encuentra presente más frecuentemente entre los primeros y segundos años de bachillerato.

En un estudio realizado en Chile en el cual participaron 8131 estudiantes de educación media, 47% de ellos reportaron haber sido matoneados en el último mes y de éstos el 30% reportaron sentimientos de tristeza y desesperanza durante dos o más semanas en el último año. Los estudiantes de séptimo y octavo reportaron más probabilidad de matoneo que los de noveno, pero los de noveno reportaron más altos niveles de soledad, dificultades para dormir y pensamientos suicidas que los estudiantes de séptimo y octavo grado. Los hombres tienen más probabilidades que las niñas de reportar acoso escolar en el último mes, pero las mujeres tienen más probabilidad que los muchachos de reportar síntomas de depresión, como sentimientos de tristeza y desesperanza, soledad, dificultades con el sueño y pensamientos suicidas (Cepeda Cuervo & Caicedo Sánchez, 2012)

En un estudio de cohorte prospectiva de 6 meses realizado en Dinamarca estudio a 1118 alumnos en los que encontraron que al final del estudio, la incidencia de síntomas psicossomáticos (síntomas depresivos, ansiosos, dolor abdominal, problemas de sueño, sentirse tenso o cansado, mojar la cama o disminución del apetito), fue estadísticamente significativa en los jóvenes catalogados como víctimas de bullying al inicio del estudio. Por otro lado, aquellos jóvenes con síntomas ansiosos o depresivos al inicio del estudio presentaron mayor victimización al término de este, diferencia que también fue estadísticamente significativa, lo cual podría deberse a la mayor vulnerabilidad que podrían presentar estos jóvenes. (Perez Carmona & Martínez, 2006)

Por lo tanto, podríamos decir que las consecuencias que se pueden presentar por este tipo

acoso o violencia son evidentes y múltiples, ya que estas pueden ser escolares, psicológicas, sociales, etc. Dentro de las consecuencias psicológicas tenemos que estas pueden influenciar en el desarrollo social de los alumnos e impedir que tengan una buena aceptación con ellos mismos y también puede impedir que tengan una buena relación con las personas que los rodean.

Podemos darnos cuenta que según los estudios anteriormente mencionados en relación con el presente trabajo investigativo existe un contraste en cuanto a los resultados obtenidos, ya que en esta investigación se indica que en ambos colegios los alumnos presentan algún tipo de depresión siendo los más comunes altibajos del estado de ánimo que en si son considerados como normales propios para su edad, lo cual indica que no presentan aun un estado de depresión establecido, y que el hecho de que sufran acoso escolar no influye en su estado de ánimo en la mayoría de los alumnos; en el colegio La Dolorosa se encontró que 48 alumnos presentaron depresión de los cuales 19,30% fueron perturbaciones del estado de ánimo, 3,51% depresión intermitente, 3,51% depresión moderada, y 2,63% depresión grave. Estos datos son algo parecidos a los encontrados en la Unidad Educativa Santa marianita de Jesús de Loja en donde 65 alumnos presentaron depresión y de acuerdo a su grado se presentaron de la siguiente manera: 12,35% perturbaciones en el estado de ánimo, 2,47% depresión intermitente, 7,41% depresión moderada, y 1,23% depresión grave, así podemos analizar que la depresión en si se presenta en un porcentaje alto y la depresión grave se encuentra con porcentajes mínimos en ambos colegios. Hay q tomar en cuenta que en el colegio Santa Marianita de Jesús, 65 mujeres, es decir, la mayoría presentan una mayor frecuencia de depresión, no así en el colegio La Dolorosa en donde 48 hombres, es decir, la minoría presentan una mayor frecuencia de depresión lo que nos da a entender que la depresión tiene mayor impacto en el sexo femenino. Pero un dato muy importante que se pudo encontrar es

que el autoestima de la mayoría de los alumnos encuestados y que sufren bullying es excesiva o elevada, es decir estos hechos que se producen dentro de estas instituciones educativas no repercuten en su autoestima, es probable que esto se deba a que estos hechos son tan “comunes”; que cuando se presentan como hechos leves son tomados como chiste o bromas, pero cuando estos ya se vuelven violentos o agresivos, es ahí, donde pasan de ser una burla a actos intimidantes y que ocasionan problemas a quienes lo sufren. Es por ello que los porcentajes de autoestima excesiva que se encontró son de 72.81% y del 82.72% respectivamente.

En cuanto a la presencia de ansiedad en los jóvenes encuestados tenemos que en el colegio La Dolorosa la minoría, es decir, 13 estudiantes (10,53%) presentan este trastorno, y en el colegio Santa Marianita de Jesús, 12 estudiantes (17%) presentan ansiedad. Los estudios epidemiológicos sobre los trastornos de ansiedad cuentan con serias dificultades metodológicas. La primera y principal es la dificultad existente para delimitar y definir lo que se está estudiando (ej ¿qué es un caso?, ¿dónde está la normalidad y dónde la patología?). Además, los resultados varían en función del diseño de los estudios epidemiológicos, que son variados también en cuanto a la calidad metodológica. En líneas generales las tasas de prevalencia oscilan entre el 9-21%. Los resultados de algunos estudios indican que no todos los niños y adolescentes que presentan algún trastorno de ansiedad se encuentran severamente limitados en su funcionamiento diario.

## **h. CONCLUSIONES**

- En el colegio La Dolorosa existe un alto índice de bullying con una frecuencia de 100 alumnos; a diferencia de la Unidad Educativa Santa Marianita de Jesús, que se presentan 125 alumnas que sufren acoso escolar, es decir, el maltrato escolar entre pares es más frecuente en el sexo femenino.
- La prevalencia de depresión en el colegio La Dolorosa es del 48,5%, en cambio en la Unidad Educativa Santa Marianita de Jesús en la que presentó una prevalencia de 56.6%. Los altibajos del estado de ánimo que son considerados como normales presentan un mayor porcentaje en los dos colegios, 71,05% en La Dolorosa y 76,54% en la Unidad Educativa Santa Marianita de Jesús; y dentro de los grados de depresión en sí establecidos tenemos que las perturbaciones en el estado de ánimo presentan un mayor porcentaje en los dos colegios con un 19,30% y 12,35% respectivamente. El estado de depresión grave presentó mínimos porcentajes con un 2,63% y 1,23% en los dos colegios.
- En relación a la presencia de ansiedad tenemos que este trastorno se presenta con mínimas cifras en ambos colegios, en el colegio La Dolorosa con un porcentaje de 89.48% es decir 88 estudiantes no presentan ansiedad, y en la Unidad Educativa Santa Marianita de Jesús con un porcentaje de 82,72% es decir, 113 estudiantes.
- El grado de autoestima más común en el colegio La Dolorosa es la autoestima excesiva con un 72.81%; mientras que en la Unidad Educativa Santa Marianita de Jesús, también presentan la autoestima excesiva en su mayor porcentaje con un 82.72%. Mientras que la baja autoestima presenta porcentajes mínimos en ambos colegios un 7,89% y 9,88% respectivamente.



- El sexo que se presenta con mayor frecuencia el bullying es en el sexo femenino, es decir, en la Unidad Educativa Santa Marianita de Jesús con un total de 125 estudiantes, en cambio en el sexo masculino la presencia de bullying es un poco menor con un total de 100 estudiantes, lo que se aprecia es que el bullying se expresa en cifras altas en ambos colegios con una leve diferencia en cuanto al sexo.
- Se entregó una copia de los resultados obtenidos a cada institución y se pondrá énfasis que el bullying es un problema real que existe en sus instituciones y en que no solo intervienen los alumnos sino que todos los que componen dichas instituciones, es decir, alumnos, profesores, autoridades y familiares, a fin de que se planteen estrategias en el mejoramiento en las relaciones interpersonales en cada institución educativa.

## **i. RECOMENDACIONES**

- En relación a los resultados obtenidos se recomienda especialmente a las autoridades que controlan el comportamiento del alumnado a tener mayor vigilancia en lugares alejados u ocultos que están en los colegios, debido que estos sitios se prestan a que se cometa este tipo de acoso, y que la mayor parte de los alumnos encuestados están sufriendo algún tipo de bullying, y si no se lo controla a tiempo a un futuro podrían tener graves consecuencias, así como se ha presentado en otros países en los cuales el bullying ha causado consecuencias graves e incluso la muerte en estos adolescentes que son víctimas de este fenómeno social.
- Los estudiantes de éstos colegios que forman parte de la directiva estudiantil deberían realizar estrategias preventivas y mejorar las relaciones interpersonales entre el alumnado a fin de informar a sus compañeros que el bullying no es “normal” que se presente en los colegios, debido que esa es la apreciación que tienen los alumnos acerca de este suceso, y por lo tanto fomentar a que denuncien a las autoridades estos actos de acoso escolar, de esta manera poder frenar a que los agresores sigan intimidando a las víctimas o que en algunos casos, evitar que las víctimas se vuelvan agresores, asimismo promover a los que son espectadores del acoso que no se queden callados y manifiesten lo que está sucediendo.
- Realizar talleres, prácticas deportivas, acciones en donde los estudiantes tengan que reunirse y cooperar entre ellos en los cuales se promueva la interacción y el diálogo con todos los alumnos, fomentando el respeto, la amistad, la colaboración y así estimular que sean personas más sociables permitiéndoles sentirse parte de un grupo, de esta manera

evitar el aislamiento social que podría llevar a la depresión especialmente entre las chicas, ya que este grupo es más susceptible a presentar bullying.

- A las autoridades administrativas, docentes de dichos establecimientos se recomienda dialogar con sus alumnos, interesarse por sus problemas especialmente si son de tipo académico o de conducta, debido que estas pueden ser señales de que algún alumno está sufriendo bullying, para así poder conocerlos y tomar las correcciones pertinentes. Lo que se puede lograr reforzando el área de Psicología en cada establecimiento con un monitoreo continuo de los adolescentes, principalmente aquellos que presentan algún factor de riesgo.
- Identificar posibles factores de riesgo entre los alumnos, por ejemplo aquellos estudiantes que provienen de otros colegios, aquellos que están repitiendo el año, aquellos que tienen mala conducta, los que tienen malas notas, los que provienen de hogares monoparentales donde exista la migración, o aquellos que tengan algún tipo de discapacidad anatómica o de expresión, ya que dichos estudiantes son propensos a ser víctimas de bullying o a su vez ser agresores o que formen parte del grupo de espectadores del acoso y callen.

## j. BIBLIOGRAFIA

- Aguilar Maya, T. (2013). ng Factores de Riesgo y Consecuencias Clínicas. Caracterización del problema y sus estrategias de Intervención. *Revista chilena*, 19 4-4.
- Atienza, F., Moreno, M., & Balguer, R. (2000). *Analisis de la escala de autoestima de.Rosemberg*. Obtenido de <http://www.uv.es/uipd/cuestionarios/accesolibre/EAR.pdf>.
- Aznar, I., & Hinojo, M. (1 de 09 de 2012). *Estudio de la Violencia y Cofictividad Escolar en las Aulas de Educación Primaria a través de un Cuestionario de Clima deClase*. . Obtenido de . [http://www.rinace.net/arts/vol5num1/art9\\_htm.htm](http://www.rinace.net/arts/vol5num1/art9_htm.htm)
- Berger, C. (s.f de s.f de 2011). *BULLYING*. Obtenido de Gobierno de Chile: [http://www.mineduc.cl/usuarios/convivencia\\_escolar/doc/201103041154570.Bullyng.pdf](http://www.mineduc.cl/usuarios/convivencia_escolar/doc/201103041154570.Bullyng.pdf)
- Bustamante Mangarro, J. M. (2013). Caracterización Psicosocial Del Bullying En La Escuela Primaria. XI Congreso Nacional de Investigación Educativa, Aprendizaje y Desarrollo Humano. *Revista Medica de México*, 40 (1) 3-9.
- Casal, R. A. (s.f de s.f de 2013). *Estudio descriptivo acerca de los efectos del Bullying en el*. Obtenido de Universidad del Salvador Facultad de Psicología: [http://www.usal.edu.ar/archivos/di/casal\\_rocio.pdf](http://www.usal.edu.ar/archivos/di/casal_rocio.pdf)
- Centinela. (03 de 10 de 2013). Bullying afecta a agredidos y agresores. *Centinela*.
- Cepeda Cuervo, E., & Caicedo Sánchez, G. (2012). *Acoso escolar: caracterización, consecuencias y prevención*. Obtenido de Ministerio de Educación Colombia: <http://www.bdigital.unal.edu.co/6553/1/cepedacuervoedilberto.2012.pdf>
- Chinchilla Moreno, A. (2008). *Aspectos epidemiológicos y etiopatogénicos. La depresión y sus máscaras, aspectos terapéuticos*. Buenos Aires: Médica Panamericana.

- Conde Peñalver, C. (2006). *Evaluación del Inventario BDI.II*. Obtenido de <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>.
- Desuque, D., Vargas, R. J., & Lemos, V. (2011). Ideación de suicidio en la adolescencia. Suicida En Población Adolescente En Entre Ríos, Argentina Análisis Psicométrico Del Cuestionario De Creencias Actitudinales Sobre El Comportamiento Suicida En Población Adolescente En Entre Ríos, Argentina. *Rev. Scielo*, 188-191.
- Diario La Hora. (11 de 11 de 2012). Opinan sobre el ‘bullying’ o acoso escolar. *La Hora*.
- Dr. Loredó-Abdalá, A., Dr. Perea-Martínez, A., & Dra. López-Navarrete, G. E. (29 de 04 de 2008)“Bullying”: acoso escolar. La violencia entre iguales. Problemática real. Obtenido de INP: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2008/apm084e.pdf>
- EL Universo. (26 de 01 de 2014). El acoso escolar se torna más violento en las aulas de Ecuador. *Acoso Escolar*.
- El Universo. (15 de 05 de 2015). El acoso escolar o bullying se reduce en EE.UU., según un sondeo. *El Universo*, págs. 1-2.
- Hales, R., Yudofsk, S., & Talbott, J. (2000). *Transtornos psiquiátricos. Tratado de Psicología*. Gran Montaña: Masson.
- La Nueva España. (2015). *Los 10 factores que afectan negativamente a la autoestima*. . Obtenido de <http://www.lne.es/vida-y-estilo/salud/expertos/2015/03/10/10-factores-afectannegativamente-autoestima/1724799.html>
- Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2013). *MIES participó en I foro para prevenir el acoso escolar*. Obtenido de <http://www.inclusion.gob.ec/mies-participo-en-i-foro-para-prevenir-el-acoso-escolar/>
- Pardo, G., Sandoval, A., & Umbarila, D. (2007). Adolescencia y Depresión. *Revista colombiana de psicología*, 17-9.

- Perez Carmona, M. P., & Martínez, J. (2006). *Bullying en Chile II: consecuencias y estrategias de prevención*. Obtenido de Revista Chilena:  
<http://medicinafamiliar.uc.cl/html/articulos/141.html>
- Roterberg, L. (2001). Algunas reflexiones acerca de depresión en la adolescencia. En A. Mallo, *Depresiones y antidepresivos de la neurona y de la mente, de la molécula y de la palabra*. (págs. 155-160). Buenos Aires: Panamericana.
- Ruiz, A. M. (2005). *Trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia*. Exlibris: Madrid.
- Silva Escoria, I., & Mejía Pérez, O. (2015). Autoestima, adolescencia y pedagogía. *Revista Educare*, 241-256.
- Universia. (2013). *El 70% de los niños latinoamericanos es víctima de acoso escolar*. . Obtenido de Universia.net:  
<http://noticias.universia.com.ec/enportada/noticia/2013/05/24/1026040/70-ninos-latinoamericanos-es-victima-acosoescolar.html>.
- Valdez, B. (23 de 05 de 2014). *México es el primer lugar de bullying a escala internacional*. . Obtenido de [http://www.milenio.com/politica/Mexico-primer-bullying-escalainternacional\\_0\\_304169593.html](http://www.milenio.com/politica/Mexico-primer-bullying-escalainternacional_0_304169593.html)
- Vasquez Jiménez, A. (2007). *El Maltrato Entre Escolares (Bullying) En El Primer Ciclo De Educación Secundaria Obligatoria: Valoración De Una Intervención A Través De Medios Audiovisuales*. Huelva: Universidad de Huelva.
- Velarde Mayol, C., & Gonzalez Rodríguez, M. (22 de mayo de 2011). *Los adolescentes que sufren acoso escolar tienen mas ideas suicidas*. Obtenido de Evidencias de pediatría:  
<http://www.evidenciasenpediatria.es/files/41-11311-RUTA/59AVC.pdf>

**k. ANEXOS**

**Anexo N°1**



**“UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA”**

*Área de la Salud Humana*

***TEST DE EVALUACION DE LA DEPRESIÓN. BAJA AUTOESTIMA Y  
ANSIEDAD EN LOS ALUMNOS QUE SUFREN BULLYING.***

Sexo: F: \_\_\_\_\_M:\_\_\_\_\_

Edad:\_\_\_\_\_

**BULLYING**

**1. ¿Has sufrido algún tipo de maltrato físico (golpes, patadas, empujones, etc.), por parte de tus compañeros?**

Si No

**2. ¿Alguna vez te han robado o escondido algo?**

Sí No

**3. ¿Tus compañeros de clase te ponen apodos?**

Sí No

**4. ¿Alguna vez tus compañeros te han insultado o se han burlado de ti?**

Sí No

**5. ¿Has sentido que tus compañeros se alejan de ti, o que te ignoran?**

Sí No

**6. ¿Tal vez tus compañeros difunden rumores de ti?**

Sí No

**7. ¿Has sufrido algún tipo de amenaza por parte de tus compañeros?**

Sí No

**8. ¿Has recibido algún tipo de amenaza o acoso a través de redes sociales, o mensajes de texto, llamadas, etc.?**

Sí No



## **DEPRESIÓN - TEST DE BECK**

**Subraye la respuesta que más se adapte a su realidad.**

### **9. Tristeza.**

No me siento triste. Me siento triste.

Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo. Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.

### **10. Pesimismo**

No me siento especialmente desanimado de cara al futuro. Me siento desanimado de cara al futuro.

Siento que no hay nada por lo que luchar.

El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

### **11. Sensación de fracaso**

No me siento fracasado.

He fracasado más que la mayoría de las personas.

Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro. Soy un fracaso total como persona.

### **12. Insatisfacción**

Las cosas me satisfacen tanto como antes. No disfruto de las cosas tanto como antes.

Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.

### **13. Culpa**

No me siento especialmente culpable.

Me siento culpable en bastantes ocasiones.

Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones. Me siento culpable constantemente

### **14. Expectativas de castigo**

No creo que esté siendo castigado. Siento que quizás esté siendo castigado. Espero ser castigado.

Siento que estoy siendo castigado.

### **15. Autodesprecio**

No estoy descontento de mí mismo. Estoy descontento de mí mismo. Estoy a disgusto conmigo mismo. Me detesto.

### **16. Autoacusación**

No me considero peor que cualquier otro.

Me autocritico por mi debilidad o por mis errores. Continuamente me culpo por mis faltas.

Me culpo por todo lo malo que sucede.

### **17. Idea suicidas**

No tengo ningún pensamiento de suicidio.

A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré. Desearía poner fin a mi vida.

Me suicidaría si tuviese oportunidad.

**18. Episodios de llanto** No lloro más de lo normal. Ahora lloro más que antes. Lloro continuamente.

No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.

### **19. Irritabilidad**

No estoy especialmente irritado.

Me molesto o irrito más fácilmente que antes. Me siento irritado continuamente.

Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.

### **20. Retirada social**

No he perdido el interés por los demás.

Estoy menos interesado en los demás que antes. He perdido gran parte del interés por

los demás. He perdido todo interés por los demás.

### **21. Indecisión**

Tomo mis propias decisiones igual que antes. Evito tomar decisiones más que antes.

Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes. Me es imposible tomar decisiones.

### **22. Cambios en la imagen corporal.**

No creo tener peor aspecto que antes

Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.

Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.

Creo que tengo un aspecto horrible.

### **23. Enlentecimiento**

Trabajo igual que antes.

Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo. Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.

Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

### **24. Insomnio**

Duermo tan bien como siempre. No duermo tan bien como antes.

Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.

### **25. Fatigabilidad**

No me siento más cansado de lo normal.

Me canso más que antes.

Me canso en cuanto hago cualquier cosa. Estoy demasiado cansado para hacer nada.

### **26. Pérdida de apetito**

Mi apetito no ha disminuido.

No tengo tan buen apetito como antes. Ahora tengo mucho menos apetito.

He perdido completamente el apetito.

### **27. Pérdida de peso**

No he perdido peso últimamente. He perdido más de 2 kilos.

He perdido más de 4 kilos. He perdido más de 7 kilos.

### **28. Preocupaciones somáticas**

No estoy preocupado por mi salud

Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarros, etc.

Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.

Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.

### **29. Bajo nivel de energía**

No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo. La relación sexual me atrae menos que antes.

Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes. He perdido totalmente el interés sexual.

**NIVEL DE AUTOESTIMA - TEST DE ROSEMBERG**

**Subraye la respuesta que más se adapte a su realidad.**

**30. ¿Siento que soy una persona digna, al menos tanto como las demás?**

Muy de acuerdo  
De acuerdo  
En desacuerdo  
Muy en desacuerdo

**31. ¿Estoy convencido de que tengo buenas cualidades?**

Muy de acuerdo  
De acuerdo  
En desacuerdo  
Muy en desacuerdo

**32. ¿Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente?**

Muy de acuerdo  
De acuerdo  
En desacuerdo  
Muy en desacuerdo

**33. ¿Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a**

Muy de acuerdo  
De acuerdo  
En desacuerdo  
Muy en desacuerdo

**34. ¿En general, estoy satisfecho conmigo mismo/a?**

Muy de acuerdo  
De acuerdo  
En desacuerdo  
Muy en desacuerdo

**35. ¿Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a?**

Muy de acuerdo

De acuerdo  
En desacuerdo  
Muy en desacuerdo

**36. ¿En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a?**

Muy de acuerdo  
De acuerdo  
En desacuerdo  
Muy en desacuerdo

**ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON****Nombre:****Sexo:****Instrucciones de llenado**

Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su percepción.

<b>SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD</b>	<b>Ausente</b>	<b>Leve</b>	<b>Moderado</b>	<b>Grave</b>	<b>Muy grave/ Incapacitante</b>
<b>1. Estado de ánimo ansioso.</b> Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>2. Tensión.</b> Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>3. Temores.</b> A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>4. Insomnio.</b> Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>5. Intelectual (cognitivo)</b> Dificultad para concentrarse, mala memoria.	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>6. Estado de ánimo deprimido.</b> Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

<b>7. Síntomas somáticos generales (musculares)</b> Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
<b>8. Síntomas somáticos generales (sensoriales)</b> Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
<b>9. Síntomas cardiovasculares.</b> Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
<b>10. Síntomas respiratorios.</b> Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
<b>11. Síntomas gastrointestinales.</b> Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
<b>12. Síntomas genitourinarios.</b> Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
<b>13. Síntomas autónomos.</b> Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4

<b>Ansiedad psíquica</b>	
<b>Ansiedad somática</b>	
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	



## Anexo # 2

**UNIDAD EDUCATIVA VICENTE ANDA AGUIRRE  
SECCIÓN DIURNA "LA DOLOROSA"**

Loja, 05 de noviembre del 2015

Lic. Patricio Espinoza

VICERRECTOR DE LA UNIDAD EDUCATIVA VICENTE ANDA AGUIRRE  
SECCIÓN DIURNA "LA DOLOROSA"

CERTIFICA:

Que el Sr. Yeferson Patricio Camacho Rivera con CI: 1104679749 en calidad de estudiante de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja aplicó encuestas a los estudiantes que cursaban educación básica y que se encontraban matriculados para la realización del trabajo de investigación titulado ANSIEDAD, DEPRESION Y BAJA AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES VICTIMAS DE BULLYING EN LOS COLEGIOS LA DOLOROSA Y SANTA MARIANITA DE JESUS DE LA CIUDAD DE LOJA EN EL AÑO 2015, y la posterior entrega de resultados para su respectivo análisis.

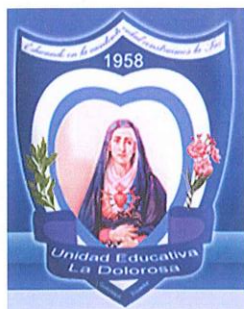
Loja, 05 de noviembre 2015

*P. Espinoza*

Lic. Patricio Espinoza



## UNIDAD EDUCATIVA “LA DOLOROSA”



La Unidad Educativa “La Dolorosa” certifica que el Señor **Jeferson Patricio Camacho Rivera** con cedula 1104679749 en calidad de estudiante de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja aplico encuestas a los estudiantes de octavo y noveno año de educación básica de la Unidad educativa antes mencionada y los resultados de las mismas servirán para el siguiente tema de tesis **ANSIEDAD, DEPRESION Y BAJA AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES VICTIMAS DE BULLYING EN LOS COLEGIOS LA DOLOROSA Y SANTA MARIANITA DE JESUS DE LA CIUDAD DE LOJA EN EL AÑO 2015.**



### Anexo # 3

#### Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por YEFERSON PATRICIO CAMACHO RIVERA, de la Universidad Nacional de Loja. La meta de este estudio es identificar la ANSIEDAD, DEPRESION, Y BAJA AUTOESTIMA EN LOS ADOLESCENTES VICTIMAS DE BULLYING.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá completar la siguiente encuesta. Esto tomará aproximadamente de 10 a 15 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por YEFERSON PATRICIO CAMACHO RIVERA. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es identificar la ANSIEDAD, DEPRESION, Y BAJA AUTOESTIMA EN LOS CHICOS Y CHICAS Y SUFREN BULLYING.

Me han indicado también que tendré que responder un cuestionario, lo cual tomará aproximadamente 10 a 15 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

-----  
Nombre del Participante

-----  
Firma del Participante

Anexo # 4

## English Speak Up Center

---

Nosotros "*English Speak Up Center*"

CERTIFICAMOS que

La traducción de los documentos adjuntos solicitada por YEFERSON PATRICIO CAMACHO RIVERA con cedula de ciudadanía N° 1104679749 ha sido realizada por el Centro Particular de Enseñanza de Idiomas "*English Speak Up Center*".

Esta es una traducción textual de los documentos adjuntos, y el traductor es competente para realizar traducciones.

Loja, 5 de octubre de 2016

*Elizabeth Sánchez Burneo*

Lic. Elizabeth Sánchez Burneo

DIRECTORA ACADÉMICA

