

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN-TACNA

**Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de Enfermería**

RELACIÓN ENTRE EL BULLYING Y LA DEPRESIÓN EN LOS
ADOLESCENTES DE LA I.E. ENRIQUE
PAILLARDELLE, TACNA 2017

TESIS

Presentada por:

Bach. Noemí Marisol Quispe Chata

Para optar el Título Profesional de:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

TACNA – PERÚ
2017

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN-TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Enfermería

RELACIÓN ENTRE EL BULLYING Y LA DEPRESIÓN EN LOS
ADOLESCENTES DE LA I.E. ENRIQUE
PAILLARDELLE, TACNA 2017

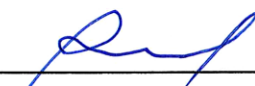
TESIS

Presentada por:

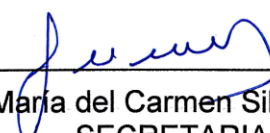
BACH. NOEMÍ MARISOL QUISPE CHATA

Para optar el Título Profesional de:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA


Aprobada por: UNANIMIDAD ante el siguiente Jurado:



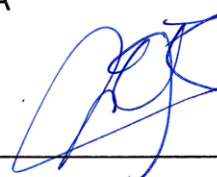
Dra. Victoria Nora Vela de Córdova
PRESIDENTA



Dra. María del Carmen Silva Cornejo
SECRETARIA



Dra. Elizabeth B. Huerta Tovar
VOCAL



Dra. Silvia C. Quispe Prieto
ASESORA

DEDICATORIA

A mi madre Rogelia Chata Cervantes quien me dio la vida, quien creyó en mí y me enseñó que en esta vida nada es imposible. Gracias por ser la fuerza para lograr mi objetivo.

A mi padre Daniel Quispe Calsi por enseñarme desde muy pequeña que con perseverancia y esfuerzo lograría culminar mi carrera. Siempre dándome aliento cuando lo necesitaba. Gracias por su sacrificio, comprensión y paciencia.

A mis hermanos, gracias por los ánimos, por sus palabras de motivación y amor incondicional, este logro es una muestra de sus ejemplos.

Y a mis distinguidos profesores, porque gracias a ellos, aprendí amar Enfermería.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por haberme dado la sabiduría, paciencia y fortaleza para culminar una etapa más en mi vida.

A la Escuela Profesional de Enfermería FACS/UNJBG, por darme la oportunidad de forjarme profesionalmente.

A la Dra. Silvia Quispe Prieto, quien cumplió de manera eficiente y comprometida su labor como asesora durante el desarrollo y culminación del presente trabajo de investigación.

A la directora y docentes de la I.E. Enrique Paillardelle, por las facilidades y el apoyo en la ejecución de la investigación.

ÍNDICE

Pág.

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema.....	1
1.2. Formulación del problema.....	4
1.3. Objetivos.....	5
1.4. Justificación.....	5
1.5. Formulación de la hipótesis.....	7
1.6. Operacionalización de variable.....	8

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación.....	10
2.2. Bases teóricas.....	20
2.3. Definición conceptual de términos.....	61

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Método, tipo y diseño de Investigación.....	62
3.2. Población, muestra y muestreo.....	62
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	64
3.4. Procedimientos de recolección de datos.....	75
3.5. Plan de procesamiento y análisis de datos.....	77

CAPÍTULO IV: DE LOS RESULTADOS

4.1 Resultados.....	78
4.2 Discusión.....	91
CONCLUSIONES.....	105
RECOMENDACIONES.....	106
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	108
ANEXOS.....	116

ÍNDICE DE TABLAS

		Pág.
TABLA N° 01	Nivel de Bullying en los adolescentes de la I.E. Enrique Paillardelle, Tacna 2017	79
TABLA N° 02	Intensidad del Bullying en los adolescentes de la I.E. Enrique Paillardelle, Tacna 2017	81
TABLA N° 03	Nivel del Bullying según las Modalidades (Conductas) en los adolescentes de la I.E. Enrique Paillardelle, Tacna 2017	83
TABLA N° 04	Nivel de Depresión en los Adolescentes de la I.E. Enrique Paillardelle, Tacna 2017	86
TABLA N° 05	Relación entre el Bullying y la Depresión de los adolescentes de la I.E. Enrique Paillardelle, Tacna 2017	88
TABLA N° 06	Correlación entre Bullying y Depresión en Los Adolescentes	150
TABLA N° 07	Población según la etapa de la adolescencia y el sexo de la I.E. Enrique Paillardelle, Tacna 2017	151
TABLA N° 08	Nivel de bullying en relación al sexo en los adolescentes de la I.E. Enrique Paillardelle, Tacna 2017	153

TABLA N° 09	Nivel de bullying en relación a la etapa de la adolescencia de la I.E. Enrique Paillardelle, Tacna 2017	155
TABLA N° 10	Nivel de depresión según el sexo de los adolescentes de la I.E. Enrique Paillardelle, Tacna 2017	157
TABLA N° 11	Nivel de depresión en relación a la etapa de la adolescencia de la I.E. Enrique Paillardelle, Tacna 2017	159

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pag.
GRÁFICO N° 01 Nivel de Bullying en los adolescentes de la I.E. Enrique Paillardelle, Tacna 2017	80
GRÁFICO N° 02 Intensidad del Bullying en los adolescentes de la I.E. Enrique Paillardelle, Tacna 2017	82
GRÁFICO N° 03 Nivel del Bullying según las Modalidades (Conductas) en los adolescentes de la I.E. Enrique Paillardelle-Tacna, 2017	85
GRÁFICO N° 04 Nivel de Depresión en los adolescentes de la I.E. Enrique Paillardelle, Tacna-2017	87
GRÁFICO N° 05 Relación entre el Bullying y la Depresión de los adolescentes de la I.E. Enrique Paillardelle, Tacna – 2017	90
GRÁFICO N° 06 Población según la etapa de la adolescencia y el sexo de la I.E. Enrique Paillardelle, Tacna 2017	152
GRÁFICO N° 07 Nivel de bullying en relación al sexo en los adolescentes de la I.E. Enrique Paillardelle, Tacna 2017	154
GRÁFICO N° 08 Nivel de bullying en relación a la etapa de la adolescencia de la I.E. Enrique Paillardelle, Tacna 2017	156

GRÁFICO N° 09	Nivel de depresión según el sexo de los adolescentes de la I.E. Enrique Paillardelle, Tacna 2017	158
GRÁFICO N° 10	Nivel de depresión en relación a la etapa de la adolescencia de la I.E. Enrique Paillardelle, Tacna 2017	160

RESUMEN

Esta investigación tiene como objetivo: Determinar la relación entre el Bullying y la Depresión en los adolescentes de la I.E. Enrique Paillardelle, Tacna 2017. Es un estudio de tipo descriptivo correlacional, de corte transversal, con abordaje cuantitativo. La población estuvo constituida por 890 adolescentes que cursan del primero al quinto año de educación secundaria, la muestra estuvo conformada por 270 estudiantes entre varones y mujeres. Los instrumentos que se aplicaron fueron el Autotest Cisneros y el Inventario de depresión de Beck-II. Los resultados muestran que el 88,2% manifiestan haber sido víctimas de bullying, siendo el 34,2% de la muestra los que han vivido el bullying con mayor intensidad, y las conductas más frecuentes fueron la Coacción y Exclusión - Bloqueo Social. En relación a la presencia de la depresión, se encontró que el 69,3% no presentan depresión. El estudio reveló un coeficiente de correlación no paramétrica de $Rho=0,320$ y nivel de significancia $p= 0,000$, por lo que indica la existencia de relación positiva con una intensidad de asociación alta. Concluyendo que a mayor nivel de bullying, mayor será la gravedad de la depresión presente en los adolescentes.

Palabras clave: Bullying, Depresión, Adolescente.

ABSTRACT

The purpose of this research is to: Determine the relationship between Bullying and Depression in adolescents of the I.E. Enrique Paillardelle, Tacna 2017. It is a descriptive, correlational, cross-sectional study with a quantitative approach. The population was constituted by 890 adolescents who study from the first to the fifth year of secondary education, the sample was conformed by 270 students between men and women. The instruments that were applied were the Autotest Cisneros and the Depression Inventory of Beck-II. The results show that 88,2% claim to have been victims of bullying, with 34,2% of the sample having experienced bullying with greater intensity, and the most frequent behaviors were Coercion and Exclusion - Social Blockade. In relation to the presence of depression, it was found that 69,3% do not present depression. The study revealed a nonparametric correlation coefficient of $Rho = 0,320$ and level of significance $p = 0,000$, which indicates the existence of a positive relationship with a high association intensity. Concluding that the higher the level of bullying, the greater the severity of the depression present in adolescents.

Keywords: Bullying, Depression, Adolescent.

INTRODUCCIÓN

El presente estudio tiene como objetivo: Determinar la relación entre el bullying y la depresión en los adolescentes del I.E. Enrique Paillardelle, Tacna 2017. En donde sus resultados nos permitirán conocer la prevalencia del bullying, la presencia de la depresión y su grado de correlación entre estas dos variables.

El bullying es una de las formas de violencia que se dan entre los escolares, una conducta agresiva que se da de forma repetitiva e intencionada; llegando afectar a la víctima y deteriorando su desarrollo normal, afectando de manera perjudicial su estado psicológico llegando a provocar grave estado de depresión y en peores de los casos ocasionando el suicidio. Este fenómeno socioeducativo trae consigo consecuencias negativas repercutiendo su futuro en la adultez.

Hoy en día es común hablar sobre el bullying, y más aún, crear propuestas para acabar con tamaño problema. Sin embargo, en nuestro país, aun existiendo variedad de esfuerzos e iniciativas, este fenómeno aún sigue persistiendo.

Y por otro lado está la depresión, un problema de salud pública que ha adquirido gran importancia en los últimos años, debido a su alta prevalencia y fuerte impacto que tiene sobre la sociedad. Definida como un estado afectivo o trastorno mental que se manifiesta por sentimientos de tristeza, culpa y autoestima baja, que se presenta como una reacción a una situación que repercute negativamente a la persona.

El profesional de enfermería actúa tanto en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en todas las etapas de vida. Por lo tanto es

responsable de la atención primaria de la salud del adolescente y por ende debe garantizar su bienestar mental, y para ello debe actuar en sus factores de riesgo como es el bullying.

La presente tesis consta de cuatro capítulos, tales como el planteamiento del problema, marco teórico, metodología de la investigación y los resultados.

En el Capítulo I de este trabajo se tratan aspectos concernientes al planteamiento del problema, se hace referencia a la descripción y formulación del problema, objetivos, hipótesis, justificación y la operacionalización de variables. En el Capítulo II se presenta el marco teórico e incluye los antecedentes, bases teóricas y definición conceptual de términos; el Capítulo III describe la metodología que se utilizó para realizar este trabajo, con su diseño, población y muestra de estudio, técnica e instrumento de recolección de datos y procesamiento de datos. En el Capítulo IV se presenta los resultados obtenidos para esta investigación y se hace la discusión sobre los datos hallados para las variables estudiadas. Finalmente se consideran las conclusiones, recomendaciones y anexos sobre este trabajo de investigación.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

En la actualidad el bullying (acoso escolar) ha tomado mucha relevancia debido a los casos que se han dado a conocer por distintos medios de difusión en el país en los últimos tiempos. Siendo este tipo de agresión escolar uno de los fenómenos sociales que más se vive e incide entre los estudiantes junto con otro problema creciente que es la depresión.

Ambos términos se han visto en muchas oportunidades que están estrechamente relacionados, ya que por un lado el bullying al afectar tanto física como psicológicamente trae como consecuencia repercusiones negativas en la salud mental del escolar, siendo una de las más graves, la depresión, cuyo estado emocional pone en peligro su integridad y siendo aún más delicado en los adolescentes, quienes están en una etapa de definición de su imagen, identidad y personalidad; y al verse afectado y perturbado en este proceso de desarrollo, puede ocasionar problemas en su futuro o en los peores casos la muerte.

Ambos provocando de manera negativa en los estudiantes como dificultad en el aprendizaje, repercusión en su rendimiento académico o casos de abandono escolar. Todo esto en diversos contextos culturales y sociales.

El bullying por un lado es un problema escolar que afecta tanto el rendimiento académico como la salud mental de las víctimas incluso de los agresores, es un hostigamiento o la amenaza a un estudiante o compañero (a) cuyo objetivo principal es hacer daño, lastimar, destruir, obstaculizar,

humillar a otro. Sus causas son difusas, sin embargo, hay entornos que favorecen que existan, como una familia disfuncional.

Según el Ministerio de Educación, define el bullying o acoso escolar como “todas las formas de actitudes agresivas, intencionales, eventuales o repetidas, que ocurren sin motivación aparente, adoptada por uno o más alumnos sobre otro/o alumnos, causando dolor angustia y ejecutadas dentro de una relación desigual de poder.” (1)

Según el sistema especializado en reporte de casos sobre violencia escolar (Siseve) creado por el Ministerio de Educación, solo entre el 2013 y el 2017, se han reportado 11 298 casos de bullying en el Perú. Cifra que va en aumento, posicionando a Perú entre los países con más casos de bullying en Latinoamérica. (2)

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática, un estudio revela la magnitud del bullying en niños y adolescentes. En donde las cifras indican que 74 de cada 100 adolescentes, de 12 a 17 años, fueron víctimas de violencia psicológica o física por arte de sus compañeros en sus instituciones educativas. De ellos el 71,1% fueron agredidos psicológicamente y el 30,4% fueron víctimas de violencia física. Y de las cuales el 80% sucedieron en los salones de clase. (3)

De acuerdo al Ministerio de Educación, en Tacna se reportaron 117 casos de violencia en colegios, 100 de ellos ocurrieron en instituciones educativas estatales y 17 en privadas. (4)

Si esta situación continua puede conllevar a problemas de autoestima, inseguridad, bajo rendimiento, problemas en las habilidades sociales y depresión; siendo esta ultima el más grave al exponer a la persona al suicidio. Por eso es vital la intervención y control de este problema.

Por otro lado está “la depresión que es un estado afectivo en el que la persona manifiesta sentimientos de tristeza, culpa y autoestima baja. Puede ser una alteración crónica o manifestarse en la forma de un cuadro agudo. Muchas veces relacionado con la pérdida.” (5)

En el Perú, según el Instituto Nacional de Salud Mental en el año 2014, aproximadamente, un millón 700 mil personas que sufren de depresión el, 80% de los 334 casos de suicidios presentados en el país el año pasado tuvo su origen en problemas de ánimo y depresión. De cada 20 personas mayores de 15 años, una se deprime al año; de cada 20 personas con episodio de depresión, una intenta suicidarse; y de cada 20 intentos de suicidio, uno llega a consumar. (6)

En Tacna, 5 de cada 100 habitantes han tenido algún episodio de ansiedad o depresión, Según la responsable de salud mental del Hospital Hipólito Unanue, Mónica Calderón en el año 2014, la región ocupa los primeros lugares en casos de suicidios en el Perú, triste final al que lleva el cuadro depresivo, si no es tratada a tiempo. (7)

Es por ello que se realiza esta investigación en uno de los Colegios con mayor número de casos de Bullying según Defensoría del Pueblo de Tacna, como es la Institución Educativa Enrique Paillardelle. (8) Una Institución Pública del Estado Mixto ubicada en la región de Tacna, el cual cuenta con nivel Inicial, Primaria y Secundaria, cuyas familias se caracterizan por dedicarse en su mayoría al comercio, de un nivel socioeconómico medio.

En el Nivel Secundario, la población con el que se trabajó en esta investigación, alberga 890 estudiantes, se encuentran distribuidos en 29 secciones con estudiantes que oscilan entre 11 a 18 años de edad.

Cabe mencionar que los estudiantes del nivel secundario de dicha institución, tienen antecedentes de no contar con una adecuada salud mental, esta evidenciada en diversas investigaciones, donde aproximadamente el 50% tienden a presentar ideación o riesgo suicida entre bajo y mediano, estos datos nos indican que los adolescentes pertenecientes a mencionada institución educativa, tienden a experimentar fuertes sentimientos de desilusión, enojo, frustración, conllevándolos a sumergirse a una profunda depresión. Por lo que se considera una población vulnerable.

Por consiguiente, la preocupación es latente sobre el estado de salud mental de los adolescentes.

Definitivamente la falta de acciones hasta ahora no ha sido lo suficiente para minimizar este problema. Y es de interés por el que se presenta esta investigación.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

Por lo expuesto anteriormente se ha considerado necesario plantear la siguiente interrogante:

¿Existe relación entre el bullying y la depresión en los adolescentes de la I.E. Enrique Paillardelle, Tacna 2017?

1.3. OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar la relación entre el bullying y la depresión en los Adolescentes de la I.E. Enrique Paillardelle, Tacna 2017

Objetivos Específicos

- Identificar los niveles del bullying en los Adolescentes de la I.E. Enrique Paillardelle, Tacna 2017
- Determinar los niveles de depresión en los Adolescentes de la I.E. Enrique Paillardelle, Tacna 2017
- Evaluar la relación entre el Bullying y la depresión en los Adolescentes de la I.E. Enrique Paillardelle, Tacna 2017

1.4. JUSTIFICACIÓN

El término bullying se refiere al maltrato que se produce entre alumnos en el contexto escolar y tiene que ver con la intimidación, aislamiento, amenazas, insulto, o hasta agresión física en contra de una víctima o víctimas señaladas.

Aunque estas situaciones son muy comunes en las escuelas de todos los niveles, llegan a ser gravemente dañinas para quienes las sufren generalmente en silencio y soledad, y de las cuales difícilmente logran salir por sus propios medios.

Por tal razón el problema de bullying debe visualizarse desde una perspectiva de salud, dado que constituye un factor de riesgo para la salud

mental en adolescentes que puede llevar a dificultades en el desempeño escolar, aumentar ansiedad sobre todo anticipatoria, fobias escolares, déficit de autoestima, trastornos depresivos que conducen a la persona a un estado de desesperanza, impotente para controlar los sucesos de su medio ambiente dejándose vencer.

En base al argumento anterior y de acuerdo a los resultados que se obtuvieron, se logrará implementar medidas para eliminar o minimizar la problemática existente, y para ello el rol de los Profesionales de Enfermería es vital y esencial para la prevención y promoción de la salud en este caso orientado hacia la salud mental de la población estudiantil, así mismo para la detección temprana por parte de toda la comunidad escolar (docentes, auxiliares, etc)

La intervención a esta problemática contribuirá a la disminución de conductas antisociales como la depresión que influyen negativamente en el progreso académico.

Es importante que el personal de salud y en especial Enfermería identifique factores de riesgo en los estudiantes y a partir de este indicador poder intervenir conjuntamente con la comunidad escolar logrando de esta manera prevenir y/o tratar este problema que afecta la salud y la educación de los adolescentes.

Una sociedad se desarrollará fuerte y sana si desde la infancia se ha sabido inculcar en el niño, niña y adolescente valores de respeto al prójimo, igualdad, y altos niveles de autoestima.

1.5. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

Hipótesis estadística

- Hi: Existe relación entre bullying y la depresión en los adolescentes de la I.E. Enrique Paillardelle, Tacna -2017
- Ho: No existe relación significativa entre bullying y la depresión en los adolescentes de la I.E. Enrique Paillardelle, Tacna -2017

1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	ESCALA VALORATIVA	NIVEL DE MEDICIÓN
EL BULLYING	Se refiere a una situación social en la que uno o varios escolares toman como objeto de su actuación injustamente agresiva a otro compañero y lo someten, por tiempo prolongado, a agresiones, hostigamiento verbal, exclusión social, ridiculización, coacción, restricción en la comunicación amenaza y robos, aprovechándose de su inseguridad, miedo o dificultades personales para pedir ayuda o defenderse.	VIOLENCIA FÍSICA	• Agresiones físicas (robo, violencia, (insultos, gritos)	15,19,23,24,28,29,39	Muy Bajo/Bajo/ No Bullying: 50 Casi Bajo: 51-54 Medio: 55-58 Casi Alto: 59-67 Alto: 68-88 Muy Alto: 89-150	ORDINAL
			• Intimidación (acoso, hostigamiento físico intimidatorio).	28,29,39,40,41,42,43,47,48,49		
			• Amenazas (extorsión)			
		• Robos	13,14,15,16			
		VIOLENCIA PSICOLOGICA (VIOLENCIA VERBAL/ SOCIAL)	• Hostigamiento Verbal (desprecio, ridiculización, burla, menosprecio, apodos, imitación burlesca)	3,6,17,19,20,24,25,26,27,30,37,38		
			• Coacciones (obligar actuar en peligros o situaciones comprometidas)	7,8,11,12,13,14,47,48		
			• Restricción de la Comunicación	1,2,4,5,10		
			• Exclusión social (Impiden la comunicación, socialización participación con los demás)	10,17,18,21,22,31,38,41,45		
			• Bloqueo Social (marginación impuesta, aislarlo de los grupos)			
		• Desprecio y Ridiculización (induce el rechazo de otros hacia la víctima, manipulan la imagen social de la víctima).	2,3,6,9,19,20,26,27,31,32,33,34,35,36,44,46,50			

b)

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ITEMS	ESCALA VALORATIVA	NIVEL DE MEDICIÓN
LA DEPRESIÓN	Es el estado que se manifiesta por infelicidad, sentimiento de tristeza o dolor emocional, es un sentimiento persistente de inutilidad, de pérdida de interés por el mundo y de falta de esperanza en el futuro que se presenta como reacción a una situación que repercute negativamente a la persona.	Síntomas afectivos/emocionales	- Sentimientos de tristeza	1, 10	Mínima depresión/No depresión: 0-13 Depresión leve: 14-19 Depresión moderada: 20-28 Depresión grave: 29-63	ORDINAL
			- Insatisfacción	3, 4, 13		
			- Irritabilidad	17, 11		
		Síntomas Motivacionales	- Desinterés social	12		
			- Capacidad laboral	15, 20		
		Síntomas Somáticos/fisiológicas	- Cambios en el patrón de sueño	16		
			- Cambios en el apetito	18		
			- Enfermedad	20		
			- Pérdida de interés por el sexo opuesto	21		
		Síntomas Cognitivas	- Pesimismo	2, 7, 14		
			- Culpabilidad	5, 6, 8		
			- Ideación suicida	9		
			- Falta de concentración	19		

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Mediante la revisión de investigaciones y estudios realizados a nivel internacional, nacional y local relacionados con el problema y/o variables de estudio se encontraron los siguientes trabajos:

Buenaño E. y Tipantuña M. (9). En su estudio titulado: “Bullying y depresión en adolescentes del décimo año de Educación Básica en la Unidad Educativa Fiscal “Benito Juárez” del Distrito Metropolitano de Quito, periodo octubre 2016 - febrero 2017”, tuvo como objetivo: analizar la relación entre el bullying y la depresión en los adolescentes, la metodología empleada fue: de método descriptivo, transversal y cuantitativo, con una muestra de 166 estudiantes obtenidos mediante el muestreo probabilístico aleatorio, utilizaron como instrumentos el Test de Beck y el Cuestionario sobre intimidación y maltrato entre iguales. En dicho estudio se llegó al siguiente resultado: una fuerte asociación entre el bullying y la depresión, el 65,6% de las víctimas del bullying presentan depresión intermitente, moderada, grave y extrema.

Yedra L. (10). En su estudio titulado: “Acoso Escolar en Adolescentes Maracaibo - Venezuela, 2016”, tuvo como objetivo: determinar el nivel de acoso escolar en adolescentes, en su metodología: se utilizó el método transeccional y descriptivo, con una población de 1 200 estudiantes y una muestra de 118, obtenida mediante el muestreo no probabilístico intencional, se aplicó el siguiente instrumento: Test de Acoso y Violencia

Escolar (AVE). Entre sus resultados se obtuvo que: el nivel de acoso escolar fue de nivel casi alto, con una intensidad muy baja.

García G., Velasco V. y Vizcarra V. (11). En su estudio titulado: “Víctima de Bullying, aprovechamiento escolar y depresión en adolescentes mexicanos de la frontera entre México y Estados Unidos de Norteamérica” – 2015”, tuvo como objetivo: indagar la relación entre ser víctima de Bullying, depresión y desempeño académico, en su metodología utilizó el método descriptivo, con una muestra de 1042 alumnos de secundarias públicas y privadas, obtenida mediante el muestreo probabilístico aleatorio, cuyos instrumentos utilizados son: ex profeso para medir el bullying y la escala de Depresión de Zung para medir la depresión. Se obtuvieron como resultados que: la prevalencia de Bullying, como víctima, fue alrededor del 20% siendo ligeramente mayor en hombres que en mujeres, y que la asociación entre bullying y depresión fue significativa ($r=.320$, $p=.000$) indicando que a mayor grado de Bullying (víctima), mayor grado de depresión.

Benavides JA, Labachuco A, López N, et al. (12). En su estudio titulado: “Prevalencia de depresión en estudiantes con bullying de una institución educativa distrital de Bogotá Colombia – 2015”, cuyo objetivo fue: determinar la prevalencia y la asociación de depresión en víctimas de Bullying en los estudiantes de 6° a 11° en jornadas de mañana y tarde de un colegio distrital en Bogotá, en su metodología se utilizó el método: de corte transversal, la muestra fue de 465 estudiantes, obtenida mediante el muestreo probabilístico estratificado, cuyos instrumentos utilizados son: la escala de Depresión para adolescentes Kutcher y el Instrumento para medir el acoso escolar (Bullying) en adolescentes. En dicho estudio llegaron a los siguientes resultados: se encontró una alta prevalencia de la depresión con

el 22,5%, finalizando que existe una relación probabilística entre la depresión y el bullying.

Magaña K. (13). En su estudio titulado: “Personalidad, Autoestima y Depresión Asociados a Bullying en Adolescentes de La Escuela Preparatoria Oficial No. 19, San Martín de las Pirámides, Estado de México, 2012-2013”, cuyo objetivo fue: demostrar que la presencia de bullying se asocia correlacionalmente con la personalidad, con la autoestima y con la depresión en adolescentes, en su metodología utilizó el método tipo prospectivo, transversal y descriptivo, cuyo universo de trabajo fue de 375 adolescentes obtenidos mediante el muestreo convencional , obtuvieron como resultados: que los adolescentes presentan bullying en un 76,2% y la autoestima baja se presentó en el 9,3% y la presencia de depresión fue del 32,4%, finalizando que los adolescentes con presencia de bullying y depresión representan un 29,0%, según la prueba estadística encontraron un valor de $p < 0,05$.

Morales M. (14). En su estudio de “Bullying y su relación con la depresión en adolescentes, Mexico-2014”, cuyo objetivo fue: determinar la relación del bullying con la depresión en los estudiantes de secundaria, en su metodología utilizó el método tipo descriptivo, correlacional y transversal, con una población sujeta a estudio de 286 estudiantes, obtenida mediante el muestreo no probabilístico por conveniencia, los instrumentos utilizados fueron: el Auto Test Cisneros y la Prueba de Zug y Conde. Obtuvieron como resultados que: el 31,47% de los estudiantes muestran baja presencia de Bullying mientras el 40,91% lo presenta muy alto. Así mismo el 3,34% de los estudiantes padecen de depresión grave, mientras que el 57,69% lo padecen moderadamente seguido de 32,53% de depresión leve. En cuanto a la relación del bullying y la depresión

obtuvieron que si hay correlación entre estas dos variables dado que el grado de significancia es de $0,022 < 0,05$.

Gonzalez D. y Saez N. (15). En su estudio de “Acoso escolar, ansiedad, depresión en adolescentes de ciclo diversificado-Maracaibo Venezuela-2014”, cuyo objetivo fue: determinar los niveles de acoso escolar, ansiedad y depresión en adolescentes de ciclo diversificado, en su metodología utilizo el método descriptivo y transaccional con una muestra representada por 670 estudiantes obtenidas mediante el muestreo del censo poblacional , los instrumentos aplicados fueron: el Test de Acoso y Violencia Escolar, el inventario de Ansiedad de Beck y el inventario de Depresión de Beck . En sus resultados obtuvieron que: los adolescentes del 4to y 5to año, el 91% y 89% respectivamente, son víctimas del bullying con un nivel de acoso casi alto, ambos años presentando un nivel de ansiedad leve y un nivel de depresión normal, finalizando que las víctimas de acoso escolar presentaron niveles de depresión normal.

Turcios E. (16). En su estudio de “Niveles de depresión que se presentan en jóvenes víctimas de bullying que cursan la secundaria en un colegio privado de la ciudad capital” Guatemala-2013, su muestra estuvo constituida por 24 alumnos. Presenta en sus resultados que el 29% de los evaluados son víctimas de Bullying, mientras el 71% son acosadores u observadores. Así mismo, se obtuvo que el 57% de las víctimas de Bullying consta de una presencia mínima de depresión, el 14% refleja tener depresión media, el 29% manifiesta depresión moderada y ninguno de ellos padece depresión severa. En sus conclusiones refieren que es positiva la implementación de un programa dirigido a los alumnos víctimas de bullying que presentan síntomas de depresión.

Chulli D., Cardenas J. y Vilca L. (17). En su investigación titulada: “Funcionamiento familiar y bullying en estudiantes de instituciones

educativas públicas del distrito de Lurigancho” Lima-2017, cuyo objetivo fue: determinar si existe asociación significativa entre el funcionamiento familiar y el bullying en estudiantes del nivel secundario de instituciones educativas públicas del distrito de Lurigancho, en su metodología utilizaron el método relacional de corte transversal, con una muestra de 823 estudiantes seleccionados mediante el muestreo no probabilístico, los instrumentos utilizados fueron: el Family Adaptability and Cohesión Evaluation Scale y el Cuestionario de Bullying . Llegaron a los siguientes resultados: que la mayoría de los adolescentes experimenta el bullying en un nivel moderado (48,3%), y se halló que no existe asociación significativa entre los niveles de funcionamiento familiar y el nivel de bullying global sufrido.

Figuroa S. (18). En su estudio titulado: “Inteligencia emocional y bullying en estudiantes del nivel secundario de dos instituciones educativas de Lima- Metropolitana, 2016”, cuyo objetivo fue: determinar si existe relación significativa entre inteligencia emocional y bullying, en su metodología utilizó el método de corte transversal y correlacional, tuvieron como muestra a 256 estudiantes, los instrumentos aplicados fueron: la escala de inteligencia emocional The Trait Meta- Mood Scale y el cuestionario de acoso escolar Autotest Cisneros. Obtuvieron como resultado que el 48.1% de estudiantes presentan un nivel adecuado de inteligencia emocional, lo cual indica que poseen apropiadas habilidades para percibir, comprender y regular las emociones y el 69% de estudiantes se encuentran en el nivel alto de bullying, encontrándose que no existe relación significativa entre las variables de estudio.

Cahuana S. y Gamero E. (19). En su estudio titulado: “Efectos del bullying en los alumnos de la Institución Educativa Ciro Alegría de Alto Larán-Ica. 2016”, cuyo objetivo fue: determinar los principales efectos del

bullying en los alumnos de la Institución Educativa Ciro Alegría de Alto Larán del distrito de Chincha-Ica, en su metodología utilizó el método descriptivo con una muestra de 92 estudiantes del nivel secundario. Entre sus resultados se obtuvo que: los principales efectos del bullying en la dimensión física es el miedo de acudir al colegio, llanto, ansiedad, nerviosismo, agresividad y deserción escolar por causa de las agresiones; en la dimensión verbal es la tristeza, signo de hipersensibilidad, actitudes de rebeldía en sus hogares y en la dimensión psicológica estudiantes con baja autoestima, depresión, disminución en el rendimiento académico, trastornos emocionales, pérdida de interés por la vida.

Rodriguez D. y Noé H. (20). En su estudio titulado: “Acoso escolar y asertividad en institución educativa nacional de secundaria de Chimbote Perú” – 2016, cuyo objetivo fue: determinar la relación que existe entre el acoso escolar y asertividad en estudiantes de educación secundaria, en su metodología utilizó el método de corte transversal y correlacional, con una muestra conformada por 273 estudiantes seleccionados mediante el muestreo probabilístico estratificado, los instrumentos aplicados fueron: el Auto-Test Cisneros de acoso escolar de Oñate y Piñuel y Asertividad de García y Magáz. Se encontraron entre sus resultados que el 24,2% fueron víctimas siempre o casi siempre de Exclusión y Bloqueo social, 37,4% de Restricción y 37,7% de Robos, finalizando que existe correlación en la escala de Autoasertividad y escalas de acoso escolar entre $-,311$ a $-,542$, ($p < .01$).

Robles L. (21). En su estudio titulado: “Frecuencia del Bullying y sus modalidades en estudiantes de educación secundaria de una Institución Educativa Pública” Callao-2015, cuyo objetivo fue: determinar la frecuencia del Bullying y sus modalidades en estudiantes de educación secundaria, en su metodología utilizó el método descriptivo y transversal, la población

sujeta a estudio fue de 122 alumnos obtenido mediante el muestreo no probabilístico por conveniencia, el instrumento aplicado fue el Autotest Cisneros de Acoso Escolar. Entre sus resultados obtuvieron que un 41,7% presentó una frecuencia alta de Bullying, también se observó una intensidad baja con 84,4% en mayor proporción; en las modalidades, se observa la modalidad de coacción con 99,1%, desprecio- ridiculización con 60,6%, agresiones con 56,6%, seguido de restricción- comunicación con 55,7% y hostigamiento verbal con 51,1%.

Sáenz S., Vergara J. (22). En su estudio titulado: “Bullying en estudiantes de secundaria de las instituciones educativas estatales de la UGEL 07 y nivel de preparación del docente para abordarlo.” Lima-2016, cuyo objetivo fue: determinar la prevalencia de bullying en los estudiantes de secundaria de Instituciones Educativas, en su metodología utilizó el método descriptivo comparativo, como muestra estuvo conformada por 789 estudiantes de 36 Instituciones Estatales de Educación secundaria, los instrumentos aplicados fueron: el Auto-test Cisneros y el Prof-Bull. Dichas investigaciones obtuvieron como resultados: prevalencia de bullying de 26,4% en los en el nivel alto y muy alto, de la cual un 4,6% se encuentra en un bullying severo. Un 57,2% en un nivel medio lo que indica un nivel normal. Y un 22,5% de docentes que conocen y utilizan estrategias adecuadas para abordarlo.

Salas O. (23). En su estudio titulado: “Percepción del Acoso Escolar O Bullying de los Estudiantes de las Instituciones Educativas Secundarias de la Jurisdicción del Puesto de Salud Guadalupe Juliaca 2015”, cuyo objetivo fue: describir las vivencias y percepciones del acoso escolar o bullying de los adolescentes de las Instituciones Educativas Secundarias, en su metodología utilizó el método deductivo de estudio cuantitativo, tuvieron como muestra a 150 estudiantes seleccionados mediante el muestreo

probabilístico, los instrumentos utilizados fueron: cuestionarios y guía de entrevista elaborados por el autor. Obtuvieron como resultado que: la mayor percepción de acoso se manifestó en la agresión física en el 55,3%, la más resaltante es la condición de testigo con el 45,3%, en la percepción del acoso escolar hay un 37,3% que afirman que es negativo e inaceptable, 35,3% manifiesta o considera que es un tipo de violencia escolar y 24% manifiesta que es algo normal y común.

Vizcarra E. (24). En su estudio titulado: “El bullying y el aprendizaje escolar de los estudiantes del tercer grado de educación secundaria de la institución educativa “Gran Unidad Escolar Mariano Melgar” del distrito de Mariano Melgar – Arequipa” 2013, cuyo objetivo fue: determinar la relación existente entre el Bullying y el Aprendizaje Escolar de los Estudiantes, en su metodología utilizó el método descriptivo de diseño correlacional, con una población censal de 121 estudiantes seleccionado mediante el muestreo no probabilístico por conveniencia, los instrumentos utilizados fueron: el Auto-test de Cisneros y la Investigación documental. Entre sus resultados obtenidos fueron que: el 66,12 % de los estudiantes presenta un nivel de bullying moderado, en el aprendizaje, en un 53,72 % es regular, finalmente indica que el bullying influye de manera negativa en el aprendizaje de los estudiantes.

Quenta L. (25). En su estudio titulado: “Bullying escolar e ideación suicida en los estudiantes del tercer año de secundaria de Instituciones Educativas Públicas, Tacna, 2015”, cuyo objetivo fue: determinar si existe relación entre el bullying escolar e ideación suicida en los estudiantes del tercer año de secundaria de instituciones educativas públicas, Tacna 2015, en su metodología utilizó el método descriptivo correlacional, con una muestra de 335 estudiantes seleccionado mediante el muestreo no probabilístico por conveniencia, los instrumentos utilizados fueron: el Auto-

test de Cisneros y la Escala de Ideación Suicida de Beck. Entre los resultados se halló que el 75,5% de los estudiantes presentan un nivel bajo de bullying, según la correlación de variables se llegó que existe una relación directa ($X^2C = 26,11$) entre bullying escolar e ideación suicida.

Morales M. (26). En su estudio titulado: “Maltrato intrafamiliar relacionado al riesgo de suicidio en los Adolescentes de 4° y 5° año de secundaria de la I.E. Enrique Paillardelle Tacna 2014”, cuyo objetivo fue: determinar la relación entre el maltrato intrafamiliar y el riesgo de suicidio en adolescentes, en su metodología utilizó el método de tipo descriptivo, correlacional, con una muestra a 180 estudiantes obtenido mediante el muestreo no probabilístico por conveniencia, los instrumentos utilizados fueron: la Escala de Maltrato Intrafamiliar y Riesgo de Ideación Suicida de Aaron Beck. Dicha investigación llegó a los siguientes resultados: que el 46,7% presentó un nivel bajo de maltrato intrafamiliar y el 54,4% mostró mediano riesgo suicida; finalizando que existe correlación positiva considerable entre el maltrato intrafamiliar y el riesgo de suicidio en adolescentes de la I.E. Enrique Paillardelle.

Torres S. (27). En su estudio titulado: “El Bullying, características sociodemográficas y el clima familiar de los adolescentes de la Institución Educativa Manuel A. Odria Tacna – 2012”, cuyo objetivo fue: determinar la relación entre el Bullying, Características Sociodemográficas y el Clima Familiar en adolescentes de la I. E. "Manuel A Odria", en su metodología utilizó el método descriptivo correlacional, de corte transversal, prospectivo, con una muestra de 142 estudiantes obtenido mediante el muestreo aleatorio estratificado, los instrumentos utilizados fueron la Escala de Clima Social en la Familia y cuestionario elaborado por el autor. Dicha investigación llegó a los siguientes resultados: el nivel de violencia escolar predominante es el moderado (76,8%), mientras que el 89,4% percibe un

clima familiar inadecuado, finalizando que existe una relación significativa entre el Bullying y el Clima Familiar con $p < 0,05$.

Cahuana H. (28). En su estudio de “Factores familiares relacionados al bullying en adolescentes de la I.E. Jorge Martorell flores-tacna-2012”, cuyo objetivo fue: relacionar los factores familiares con el bullying de los adolescentes de la Institución Educativa Jorge Martorell Flores, en su metodología utilizó el método descriptivo, correlacional, con una muestra de 109 estudiantes seleccionados mediante el muestreo no probabilístico, los instrumentos aplicados fueron: cuestionarios para cada variable elaborados por el autor. Presentaron en sus Resultados que el 56,9% de los escolares tienen un nivel de bullying moderado y que el 61,5% presenta violencia intrafamiliar; finalizando que los factores familiares: violencia intrafamiliar, física, psicológica, por negligencia, el consumo de alcohol, la disfunción familiar, el estilo de crianza autoritario, democrático y negligente, se relacionaron significativamente al nivel de bullying.

Valverde Y. (29). En su estudio titulado: “Violencia escolar o bullying relacionado con el funcionamiento familiar, adolescentes de la I.E. “Mariscal Cáceres” Tacna – 2011”, cuyo objetivo fue: determinar la relación entre la violencia o bullying con el funcionamiento familiar en adolescentes de la I. E. “Mariscal Cáceres”, en su metodología utilizó el método descriptivo correlacional, de corte transversal, su muestra estuvo conformada por 242 estudiantes seleccionado mediante el muestreo aleatorio probabilístico estratificado, los instrumentos aplicados fueron: el Cuestionario de Funcionamiento Familiar de la Cuesta y el Cuestionario de Agresión entre Pares . Se obtuvieron como muestra que: el nivel de violencia escolar predominante es el moderado (42%) y que la mayoría de ellos provienen de familias disfuncionales y severamente disfuncionales,

obteniéndose que existe una relación significativa entre el Bullying y el Funcionamiento familiar ($p < 0.05$).

2.2. BASES TEÓRICAS:

2.2.1. MODELO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (SISTEMAS)

El modelo de sistemas de la Dra Betty Neumann surgió en 1974, utiliza las teorías de Gestalt, el estrés de Hans Selye y la teoría general de sistemas y refleja la naturaleza de los organismos como sistemas abiertos. (30)

Basado en la teoría general de sistemas el modelo define a los organismos como sistemas holísticos, esto se refiere al intercambio de energía entre elementos.

El modelo resalta la importancia tanto de las personas sanas como de las personas enfermas, como sistemas abiertos y la influencia que ejerce el medio ambiente sobre éstas. (Ver Anexo N° 01)

A partir de ello se realiza el siguiente análisis:

ADOPCIÓN DE MODELO DE SISTEMAS A LA INVESTIGACIÓN:

El mayor índice de problemas en el adolescente está asociado a la falta de solidez de las líneas de defensa, es decir que los factores protectores de la familia, entorno social y el estado psicológico cuando no se encuentra en un estado óptimo posibilita que los factores estresantes que vienen en este caso la violencia u hostigamiento escolar (Bullying) rompan esta línea de defensa produciendo cambios negativos en el comportamiento del

adolescente y por ende en su salud mental como es la Depresión . En otras palabras, la deficiencia de buen desarrollo psicosocial y familiar y su influencia negativa trae consigo la adquisición conductas de riesgo, la Depresión una de ellos como resultado del constante miedo, temor y humillación que está expuesto todos los días de labores escolares, dando como consecuencia el deterioro de su desarrollo en esta etapa de vida y perjudicando su formación para la adultez.

Es decir:

El adolescente es un compuesto dinámico que presenta interrelaciones fisiológicas, psicológicas, socioculturales y de desarrollo, que mantienen contacto entre el entorno interno y externo.

Es por estas razones que dicho modelo es adaptable a los adolescentes los cuales su problema de salud en esta etapa se debe a las transformaciones (biológicas, psicológicas, sociales y emocionales), y a los conocimientos brindados asertivamente durante su crecimiento y desarrollo.

MODELO DE SISTEMAS DE NEUMANN ADAPTADO A LA INVESTIGACIÓN



ELABORADO POR: Bach. Quispe N.

2.2.2. BULLYING

Bullying es “una palabra de la lengua inglesa ampliamente utilizada para referirse al acoso entre iguales (compañeros) se traduce también como intimidación, acoso, maltrato, matonaje, hostigamiento o victimización entre iguales”. (31)

Uno de los estudiosos del tema, Dan Olweus , lo definió como una conducta de persecución física o y/o psicológica que realiza un/a alumno/a contra otro/a, al que escoge como víctima de repetidos ataques. Esta acción, negativa e intencionada, sitúa a la víctima en una posición de la que difícilmente puede escapar por sus propios medios. La continuidad de estas relaciones provoca en las víctimas efectos claramente negativos: descenso de la autoestima, estados de ansiedad e incluso cuadros depresivos, lo que le dificulta su integración al medio escolar y la adquisición de aprendizajes. (31)

La situación del bullying o también llamada acoso escolar, es lo que se evidencia actualmente en las instituciones educativas, esta situación se debe tratar de enfrentar de forma oportuna a fin de controlar la presencia del mismo.

Según Cerezo (32) define el bullying como una forma de maltrato normalmente intencionado y perjudicial de un estudiante hacia otro compañero, generalmente más débil, al que convierte en su víctima habitual.

Según el investigador Gómez (33), el bullying se puede definir como la intimidación, el abuso, el maltrato físico y psicológico de un niño o grupo de niños sobre otro u otros. Incluye una serie de acciones negativas de distinta

índole, como bromas, burlas, golpes, exclusión, conductas de abuso con connotaciones sexuales y, desde luego, agresiones físicas.

Según Mercedes N. et al. (34), citando a Olweus, 1993 y las Naciones Unidas 1988, aluden que tres elementos confirman un acoso escolar:

- a) Desequilibrio de poder
- b) Intencionalidad de los actos de agresión (físicos o psicológicos)
- c) Continuidad en el tiempo

Pero para que produzcan victimización debe existir un daño.

En conclusión, bullying en todo tipo de conducta que se da con intencionalidad de causar miedo e intimidación a la víctima, esto implica maltrato físico, verbal y psicológico en un tiempo prolongado. Es difícil de identificar cuando una persona realmente sufre de bullying debido con la perspicacia en que se ejecuta.

FORMAS DE BULLYING (ACOSO ESCOLAR)

El acoso escolar puede ser físico o no físico, y puede incluir daños materiales.

- a) **El acoso físico**, es la forma más obvia de Bullying, y tiene lugar cuando una persona sufre daños físicos al ser mordida, pegada, pateada, golpeada, arañada, escupida, zancadilleada, o por tirarle del pelo, a causa de cualquier otro ataque físico.
- b) **El acoso no físico** (algunas veces conocido como agresión social) puede ser verbal o no verbal.

- Acoso verbal. Incluye las llamadas telefónicas ofensivas, la exigencia mediante amenazas de dinero o bienes materiales, la intimidación general o las amenazas de violencia, la asignación de mote, los comentarios o burlas racistas, el lenguaje sexualmente indecente u ofensivo, las burlas malévolas o los comentarios crueles, y la difusión de rumores falsos y malintencionados.
 - Acoso no verbal. Puede ser directo o indirecto. El directo normalmente acompaña a la intimidación verbal o física. El indirecto incluye la manipulación y suele ser furtivo.
 - Acoso no verbal directo: incluye gestos groseros y las caras de desprecio, y normalmente no se contempla como un acoso, ya que se ve como algo relativamente inofensivo. En realidad puede utilizarse para mantener el control sobre alguien y para intimidarle y recordarle que en cualquier momento puede ser el escogido.
 - Acoso no verbal indirecto: incluye de manera premeditada y normalmente sistemática, ignorar, excluir y aislar. Enviar notas ofensivas, y hacer que los demás estudiantes sientan aversión hacia alguien.
- c) **Daños materiales.** Puede incluir desgarrar prendas de vestir, romper libros y otros objetos, y tomar posesiones (robar). (35)

Según Piñuel y Oñate a partir del informe Cisneros X “Acoso y Violencia Escolar” los mismos que se incluyen en el Autotest Cisnero, agrupa en cuatro grandes dimensiones las diferentes manifestaciones del acoso o violencia escolar, estas dimensiones a su vez agrupan otras modalidades o escalas los cuales se detallaran a continuación: (36-37)

a) Violencia Física:

Agresiones: La escala de agresiones evalúa conductas directas de agresión ya sea física o psicológica. Se trata de la escala que evalúa la violencia más directa contra el niño, aunque sabemos que para muchos autores y especialmente Araceli Oñate y Piñuel, ésta no siempre es la más dañina psicológicamente. “Las agresiones físicas, la violencia, el robo o deterioro a propósito de sus pertenencias, los gritos, los insultos, el reírse de él... son los indicadores de esta escala que orientan la actuación más urgente a la hora de proteger físicamente al niño que está siendo objeto de ellas.”

b) Intimidación física:

- **Amenazas:** Agrupa las conductas de acoso escolar que buscan amilanar mediante las amenazas contra la integridad física del niño o de su familia, o mediante la extorsión.
- **Intimidación:** Agrupa aquellas conductas de acoso escolar que persiguen amilanar, amedrentar, apocar o consumir emocionalmente al niño mediante una acción intimidatoria. Con ellas quienes acosan buscan inducir el miedo en el niño. Sus indicadores son acciones de intimidación, amenaza, hostigamiento físico intimidatorio, acoso a la salida del centro escolar.

c) Violencia verbal

- **Hostigamiento verbal:** Agrupa aquellas conductas de acoso escolar que consisten en acciones de hostigamiento y acoso psicológico que manifiestan desprecio, falta de respeto y desconsideración por la dignidad del afectado. El desprecio, el odio, la ridiculización, la burla,

el menosprecio, apodos, la crueldad, la manifestación gestual del desprecio, la imitación burlesca son los indicadores de esta escala.

- **Coacciones:** Agrupa aquellas conductas de acoso escolar que pretenden que la víctima realice acciones contra su voluntad. Mediante estas conductas quienes acosan al niño pretenden ejercer un dominio y un sometimiento total de su voluntad; así, que la víctima haga esas cosas contra su voluntad proporciona a los que fuerzan o tuercen esa voluntad diferentes beneficios, pero sobre todo poder social. Los que acosan son percibidos como poderosos, sobre todo, por los demás que presencian el doblegamiento de la víctima. Así mismo con frecuencia las coacciones implican que el niño sea víctima de vejaciones, abusos o conductas sexuales no deseadas que debe silenciar por miedo a las represalias sobre sí o sobre sus hermanos.

d) Violencia Social:

- **Exclusión social:** Agrupa las conductas de acoso escolar que buscan excluir de la participación al niño acosado. El “tú no”, es el centro de estas conductas con las que el grupo que acosa segrega socialmente al niño. Al ningunearlo, tratarlo como si no existiera, aislarlo, impedir su expresión, impedir su participación en juegos, se produce el vacío social en su entorno.
- **Bloqueo social:** Agrupa las acciones de acoso escolar que buscan bloquear socialmente a la víctima. Todas ellas buscan el aislamiento social y su marginación impuesta por estas conductas de bloqueo.

Son ejemplos las prohibiciones de jugar en un grupo, de hablar o comunicar con otros, o de que nadie hable o se relacione con él, pues

son indicadores que apuntan un intento por parte de otros de quebrar la red social de apoyos del niño.

- **Manipulación social:** Agrupa aquellas conductas de acoso escolar que pretenden distorsionar la imagen social del niño y “envenenar” a otros contra él. Con ellas se trata de presentar una imagen negativa, distorsionada y cargada negativamente de la víctima. Se cargan las tintas contra todo cuanto hace o dice la víctima, o contra todo lo que no ha dicho ni ha hecho. No importa lo que haga, todo es utilizado y sirve para inducir el rechazo de otros. A causa de esta manipulación de la imagen social de la víctima acosada, muchos otros niños se suman al grupo de acoso de manera involuntaria, percibiendo que el acosado merece el acoso que recibe, incurriendo en un mecanismo denominado “error básico de atribución”.

CARACTERÍSTICAS DEL BULLYING

Avilés Martínez expone que hay una serie de aspectos que caracterizan el Bullying:

- Debe existir una víctima (indefensa) atacada por un abusón o grupo de matones.
- Debe existir una desigualdad de poder “desequilibrio de fuerzas” entre el más fuerte y el más débil. No hay equilibrio en cuanto a posibilidades de defensa, ni equilibrio físico, social o psicológico. Es una situación desigual y de indefensión por parte de la víctima.
- La acción agresiva tiene que ser repetida. Tiene que suceder durante un periodo largo de tiempo y de forma recurrente. (38)

Según Oñate y Piñuel (39), en su estudio Cisneros X, señalan los indicadores del Acoso y violencia escolar, que conllevan a cambios en las conductas:

- Cambio repentino en el comportamiento (heridas, ropa deteriorada, cerca de los adultos en el recreo)
- Estrategias de evitación: excusas para no ir al colegio, querer de cambiar de centro, fobia de ir al colegio
- Cambios bruscos en el estado de ánimo: apatía y depresión (llanto incontenible o exagerado), esta triste y llora fácilmente.
- Cambios en la personalidad: retraimiento, irritabilidad
- Sintomatología psicósomática: ansiedad, insomnio, dolor de estómago, vómitos y náuseas por las mañanas.
- Búsqueda de objetos “perdido”
- Evitación social con los amigos
- No querer contar cosas del colegio
- Pérdida de autoestima e indefensión: la indefensión se aprende y es el enemigo a batir.

FASES DEL BULLYING

Según Piñuel y Oñate (39), el bullying sigue habitualmente cinco fases:

- **Desencadenamiento del proceso Instigador:**

El acoso puede recaer sobre cualquiera. «Muchos son niños absolutamente normales, felices y brillantes», dice Araceli Oñate. Prueba de ello es que muchas víctimas responden afirmativamente en los test a enunciados tan optimistas y generosos como «cuando pierdo en algún juego me alegro por los que ganan» o «prefiero salir con gente que quedarme a ver la tele». El hecho que desencadena el proceso de acoso

sorprende por lo puntual y lo insignificante. Cometer un error, haberse dejado anotar una canasta crucial como el niño de Andalucía, orinarse delante de la clase, sacar una nota que despunta por arriba o por abajo o incorporarse tarde al colegio... cualquier detalle basta para que el agresor se fije en alguien y decida convertirlo en su presa.

- **Comienza el Hostigamiento y el Acoso:**

El acosador ya tiene a su víctima en el punto de mira y comienza a desplegar sus armas para conseguir que el resto del grupo lo demonice también. Le pone motes, realiza caricaturas ofensivas, le grita, le chilla o lo maltrata ostensiblemente a la vista de todos... «Intenta que los testigos pasen a ser participantes activos en el proceso de acoso», explica Piñuel. Algunos colaboran en el hostigamiento por miedo al instigador y a que éste pueda cebarse con ellos también. Los más simplemente se dejan llevar por el mimetismo de la violencia. «La mayoría se burlará de la víctima, la estigmatizará y se apartará de ella por el simple hecho de que todos lo hacen», asegura Araceli Oñate.

- **El asesinato Psicológico:**

El niño acosado comienza a creer que todo lo hace mal, que es un desastre, tiene una visión pesimista de la vida y de los demás e incluso se inclina por pensar que los que lo acosan tienen razón. Se derrumba.

Ante este panorama, el niño comienza a desarrollar los primeros síntomas de indefensión: disminuye su rendimiento escolar, se aísla socialmente, altera su conducta (pánico, ataques de rabia, llanto o miedo a ir al colegio), surge la agresividad y los primeros incidentes con la familia, aumenta el absentismo escolar, se retrae... El asesinato psicológico está en marcha.

- **Manifestaciones psicossomáticas graves:**

La conclusión más alarmante del estudio es el enorme daño psicológico que sufren las víctimas. Presenta síntomas de estrés postraumático (pesadillas, ansiedad, temblores, sudoración, flash back, pérdida de la capacidad de concentración...), a la vez síntomas de depresión, autodesprecio, disminución de la autoestima, tiene una imagen negativa de sí mismo. Y comienzan a tener ideas suicidas recurrentes.

Ante tal cuadro clínico, no es de extrañar que con frecuencia muchos yerren en el diagnóstico y se confunda a la víctima con un enfermo mental. «Algunos de estos niños, cuando los cambian de centro para tratar de cortar el acoso, pueden llegar a reproducir el comportamiento del agresor en el nuevo colegio.

- **Expulsión o auto exclusión de la víctima.**

La mayoría de los casos de acoso escolar se zanján con la salida de la víctima del colegio. «Las instituciones escolares tienden a negar sistemáticamente que tales violencias existan en sus centros. No quieren asumir la responsabilidad que tienen de proteger a los niños y demasiadas veces lo que esperan de las víctimas es que se marchen. Es la salida más cómoda, pero la más injusta y lesiva para el niño». En muchos casos el cambio de colegio está aconsejado por el orientador.

PROTAGONISTAS Y ROLES EN EL BULLYING

Ruiz et al., (40), citando a Quintana, menciona que los protagonistas del bullying son:

- El **agresor**, suele ser un individuo con fortaleza física mayor, con falta de empatía afectiva, sin sentimientos de culpa.

- La **víctima**, acostumbra a ser de menor fortaleza física, puede pertenecer a minorías étnicas o sociales, tiene una baja autoestima, etc. No obstante, señala que las características de las víctimas del acoso están cambiando, dejando de centrarse en carencias psicológicas individuales para explicarlas en relación al contexto en el que se produce.
- Los **espectadores**, identifican víctimas y agresores, mostrando incluso algunos de ellos una actitud complaciente ante la inequidad mientras que otros son indiferentes, toleran estas situaciones injustas.

FACTORES PROTECTORES ASOCIADOS A VICTIMIZACION

Aquellos niños con características personales de riesgo de victimización, tales como la internalización de problemas, tener más amigos y relaciones con pares protectores, los puede proteger contra la victimización. Profesores cálidos y cuidadosos con los alumnos en clases también puede proteger contra la victimización. (31)

FACTORES QUE PUEDEN DESENCADENAR UNA SITUACION DE BULLYING

Los factores que pueden desencadenar una situación de este tipo son muy diversos y diferentes en cada caso, pero los expertos han determinado 3 ámbitos que permiten determinar o intuir algunas de las causas de este fenómeno.

Según Loredó et al., (41) citando a la psicóloga Senovilla, nos habla básicamente de factores personales, familiares y escolares.

- En relación a los **factores personales**, si analizamos al agresor y su entorno, en la mayoría de casos vemos que este presenta dificultades

de empatía o identificación con la víctima y distorsión cognitiva (culpabiliza a la víctima de la situación). También suelen ser sujetos que se perciben como superiores a los demás; ya sea porque tienen compañeros que los apoyan o porque esa es su manera de responder a las agresiones.

La persona agresora tiene algunos rasgos específicos de personalidad: agresividad, impulsividad, ausencia de empatía, déficit de habilidades sociales y de resolución de conflictos, poco control de la ira y la frustración... y las víctimas acostumbran a ser personas inseguras, con problemas de autoestima, introvertidos, con problemas de ansiedad que pueden acabar provocando indefensión aprendida.

- A nivel **familiar**, los agresores pueden ser chicos y chicas que han crecido con un estilo educativo permisivo que los lleva a no interiorizar adecuadamente la realidad, puede haber un entorno familiar violento y/o con tensiones, conflictivo... Se ha observado que un estilo familiar autoritario provoca problemas de externalización de la conducta.

En cambio, un estilo educativo familiar negligente o permisivo promueve a niños incapaces de reconocer la importancia de las normas de convivencia. En conclusión, tanto un entorno familiar permisivo como excesivamente autoritario son inadecuados para la educación del niño. No hay que olvidar que, a parte de la familia, los medios de comunicación tienen una gran influencia en los comportamientos sociales de niños y jóvenes. Algunos programas que ven los niños y adolescentes exponen un modelo de proyecto vital que busca conseguir el éxito a cualquier precio. La imitación de este modelo en individuos que no sepan ser críticos puede ser peligrosa. Igualmente, la violencia está presente cada día en muchos programas

de TV y esto ha llevado, en algunos casos, a la desensibilización y a considerar normales conductas y actitudes que van en contra de la dignidad de la persona.

En este sentido, Loredo A., et al. (41), apuntan a la especial relevancia e influencia de los medios de comunicación (televisión) en la conducta antisocial y violenta de niños y adolescentes; al igual que lo hacen Internet, los videojuegos, el consumo de alcohol, drogas, y comportamientos delictivos que están apareciendo como nuevos factores detonantes de la violencia escolar.

- A nivel **escolar**, debemos tener en cuenta las relaciones profesor-alumno y alumno-alumno. Muchas veces, los profesores solo interactúan con un grupo reducido de alumnos y eso hace que los demás puedan sentirse ignorados, creando así situaciones de tensión. De igual modo sucede en las relaciones entre compañeros. Aparte de estos aspectos más concretos de aula, la ausencia de un buen clima de convivencia en el centro y una deficiente gestión y resolución de conflictos puede agravar las situaciones de bullying. Es por eso que es tan importante la formación del profesorado en este sentido.

Para Musalem y Castro (31), los factores de riesgo que aumentan la victimización por bullying, refiere que niños con pocos amigos, sin un mejor amigo recíproco o con poco amigos apoyadores y protectores, es más probable que experimenten rechazo o aislamiento de los pares y sean víctima fácil de los agresores. Estos niños pueden ser fácilmente marginados y ser objeto de bullying. Hace referencia a diversos autores quienes evidenciaron que niños con trastornos psiquiátricos (trastornos depresivos, trastorno de espectro autista, discapacidades) sufren mayor

hostigamiento, además niños con obesidad y sobrepeso, especialmente mujeres, son víctimas de acoso verbal y aislamiento social; los varones obesos también de exclusión social.

Así, citando a Shetgiri (2013) nos muestra una lista de factores más comunes que aumentan la victimización por bullying:

- Ser físicamente débil
- Baja autoestima
- Autopercepción negativa
- Bajas competencia sociales⁸
- Conductas internalizadoras (depresión, ansiedad)
- Apego inseguro madre-hijo
- Madres sobreprotectoras
- Parentalidad intrusiva o coercitiva
- Abuso infantil (31)

Según Loredo A. et al. (41) mencionan que hay elementos considerados como favorecedores de la génesis o no del fenómeno del bullying. Lo explica en la siguiente tabla:

Factores de Protección y Riesgo en la génesis del Bullying:

Contexto	Protección	Riesgo
Familia	<p>Cuidado y comunicación.</p> <p>Claras expectativas de desarrollo.</p> <p>Convivencia familiar.</p> <p>Conocimientos de anticoncepción.</p> <p>Monitoreo y supervisión de conductas.</p>	<p>Ambiente de violencia doméstica.</p> <p>Nivel educativo bajo.</p> <p>Expectativas paternas escasas.</p> <p>Antecedente familiar de suicidio.</p> <p>Actitudes sexuales permisivas.</p>
Iguales	<p>Conocimientos de anticoncepción.</p> <p>Concepto de vida sexual saludable.</p> <p>Deporte, grupo religioso, música.</p> <p>Amigos de la familia.</p> <p>Amistad desde la infancia.</p> <p>Procedencia de familia resiliente.</p>	<p>Conducta violenta.</p> <p>Vida sexual sin protección.</p> <p>Consumo de drogas.</p> <p>Amigos de mayor edad.</p> <p>Popularidad.</p> <p>Vida sentimental.</p>
Escuela	<p>Promoción y convivencia académica.</p> <p>Vinculada al contexto familiar y social.</p> <p>Normativa.</p> <p>Programa incluyente.</p> <p>Moral flexible.</p> <p>Supervisión policial.</p>	<p>Ambiente sin contención.</p> <p>Convivencia hostil.</p> <p>Resolución violenta a conflictos.</p> <p>Distante al hogar.</p> <p>Sin vínculo con las familias.</p>

Comunidad	<p>Relación y convivencia religiosa.</p> <p>Índice bajo de edad temprana de maternidad y matrimonio.</p> <p>Convivencia y trabajo social.</p> <p>Áreas de recreo, deporte, lectura.</p>	<p>Soporte y capital social medio/bajo.</p> <p>Elevada tasa de violencia, suicidio, adicciones, accidentes.</p> <p>Cambios frecuentes de residencia.</p>
-----------	---	--

Y los factores individuales

Las características individuales definen la susceptibilidad de ejercer o sufrir violencia. El nivel de adaptabilidad que cada niño o adolescente tiene, determina la capacidad de análisis, interpretación y respuesta que tendrá en la adversidad o bien, en las experiencias positivas a lo largo de su vida.

Por lo tanto, de acuerdo a los diferentes factores individuales y de grupo que regulan la respuesta conductual de cada persona, familia o sociedad, el resultado define directamente el desarrollo o no de este fenómeno médico social de violencia entre menores. (41)

CONSECUENCIAS DEL BULLYING

Ser víctima por periodos prolongados está fuertemente asociado a conductas de riesgo en la adolescencia que pueden perjudicar a su salud. Debido que en la Adolescencia es una etapa vulnerable debida que la persona está en una etapa de búsqueda de su identidad, de cambios psicosociales y cambios emocionales.

Moreno, citando a Ovejero (42), clasifican los principales efectos del maltrato escolar en:

- **Físicos:** cefaleas, dolores de estómago, problemas del sueño, cansancio, pérdida del apetito, etc.
- **Psicológicos:** miedo, angustia, reducción de la autoestima, incremento del estrés y miedo a ir al colegio, síntomas depresivos llegando a veces a una clara depresión e incluso a veces al suicidio.
- **Escolares:** su autoimagen académica empeora, su motivación baja, desarrollan fobia a la escuela, el absentismo escolar aumenta, con lo que aumenta de esta manera también la probabilidad de fracaso escolar.
- **Sociales:** aislamiento, ostracismo e incluso rechazo social, y conocidos son los efectos dramáticos de estos fenómenos. (42)

Diversas investigaciones muestran que el bullying puede afectar a todos los involucrados, no solo a los participantes, sino también al entorno más amplio: padres, familias, escuela y comunidad.

Afecta la formación de la identidad personal y social de los alumnos o jóvenes que sufren de maltrato por parte de pares. Estos efectos interfieren el desarrollo social, emocional y caracterológico, pudiendo perdurar a lo largo de toda la vida, afectando la estabilidad emocional, la seguridad o confianza en sí mismo, el sentido del propio valor y la confianza en los vínculos. (31)

Las víctimas son las que más sufren: se describe que produce miedo, baja de autoestima, pérdida de autoconfianza, aislamiento o rechazo social, absentismo escolar, disminución del rendimiento académico.

Los estudios muestran además que ellos presentan diversos problemas psicosomáticos como: cefalea, dolores abdominales, espalda, cuello, problemas para dormir, enuresis, problemas respiratorios, baja del apetito.

A nivel de la salud mental presentan ansiedad, fobia social, depresión, tendencias suicidas, entre otros, que dejan huella a corto, mediano y largo plazo. (31)

Así mismo, Oñate y Piñuel (39), mencionan en su estudio que hay consecuencias en el entorno escolar:

- Perjudica el desarrollo global del alumno
- Disminuye la oportunidad de aprender
- Reduce los comportamientos cooperativos
- Perjudica el sentimiento e afiliación o pertenencia a la institución educativa
- Interfiere en el desarrollo de la creatividad
- Desencadena un proceso de imitación del “modelo de interacción violento”
- Origina malestar, desánimo y falta de confianza en los profesores.

Daños del acoso escolar en la víctima:

- Alteraciones cognitivas: dificultad de atención, pérdida de memoria, distorsión del razonamiento, entre otros.
- Trastornos emocionales: ansiedad, depresión, frustración, agotamiento emocional, entre otros.
- Alteraciones del comportamiento: aislamiento, falta de implicación, retraimiento, inhibición, agresividad, rutinas obsesivas, conductas adictivas

- Sintomatología psicósomática: pesadillas, sueño interrumpido, recurrencia de vivencias, trastornos gastrointestinales, falta de apetito, llanto, entre otros.

Pero además de las víctimas, existen también indicaciones de que el acoso escolar afecta también negativamente tanto a los intimidadores como a los espectadores.

El maltrato escolar tiene también efectos negativos en los testigos o espectadores, como puede ser el dolor interior por ver sufrir a otro y no hacer nada, lo que, a su vez, puede crearles sentimiento de culpa

LA VIOLENCIA EN LA ADOLESCENCIA

Según la UNICEF (2011), los actos de violencia pueden ocurrir en el hogar, la escuela y la comunidad, y pueden ser de índole física, sexual o psicológica.

Es imposible conocer la verdadera magnitud de la violencia contra los adolescentes, puesto que la mayoría de estos hechos ocurren en secreto y no se denuncian.

Además de soportar la violencia de los adultos, en la adolescencia hay muchas más probabilidades de padecer la violencia de los propios pares que en otras etapas de la vida. Los episodios de violencia física llegan a su máximo nivel durante la segunda década de vida, y algunos adolescentes recurren a ella para obtener el respeto de los demás jóvenes o para afirmar su independencia.

La mayoría de estos abusos tienden a dirigirse hacia otros adolescentes.

Perpetrar o ser víctima de actos de violencia física es más frecuente en la adolescencia que en la edad adulta. Algunos adolescentes son más vulnerables a este tipo de violencia; por ejemplo, los que tienen alguna discapacidad, los que viven en las calles, los que tienen problemas con la ley, y los refugiados y desplazados. (43)

2.2.3. LA DEPRESIÓN

La depresión es un problema de salud pública que ha adquirido gran importancia en los últimos años. Estos se deben a su alta prevalencia, así como al fuerte impacto que tiene sobre la sociedad. Este padecimiento no es exclusivo de la niñez o la etapa adulta; en la adolescencia los síntomas y trastornos depresivos también representan un grave problema de salud pública y mental.

La depresión es una enfermedad común pero grave y la mayor parte de quienes la padecen necesitan tratamiento para mejorar.

Desde el punto de vista de la psicología, es un trastorno mental caracterizado por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, indefensión y desesperanza profundo. A diferencia de la tristeza normal, o la del duelo, que sigue a la pérdida de un ser querido, la depresión patológica es una tristeza sin razón aparente que la justifique y además grave y persistente.

Según la OMS, 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”. (44)

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. (44)

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas. Es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad. Afecta más a la mujer que al hombre.

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. Cada año se suicidan cerca de 800 000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años. (45)

Según Retamal (46), puede aparecer acompañada de varios síntomas concomitantes, incluidas las perturbaciones del sueño y de la comida, la pérdida de iniciativa, el autocastigo, el abandono, la inactividad y la incapacidad para el placer.

Según Zuñiga A., et al. , considera que “La depresión es una enfermedad que afecta el estado de ánimo, los pensamientos y por lo tanto al organismo total. Es un sentimiento persistente de inutilidad, de pérdida

de interés por el mundo y de falta de esperanza en el futuro que modifica negativamente la funcionalidad del sujeto” (47)

A menudo, el término depresión es confuso y tiende a ser malinterpretado, ya que se utiliza con excesiva frecuencia para describir estados anímicos negativos normales, que desaparecen con facilidad o tienen un carácter transitorio.

Los trastornos depresivos no son causados por una debilidad personal, un fallo de carácter o como consecuencia de una inmadurez psicológica latente, sino de una compleja combinación de factores biológicos, psicológicos y ambientales.

Según Scucheuski, “el estado de ánimo deprimido (depresión) se manifiesta en que el enfermo siente tristeza, inquietud, angustia, todo lo ve negro. Nada ni nadie lo alegra. Manifiesta ideas de autoacusación, de haber pecado y algunas veces hipocondriacas. Los enfermos se niegan a menudo a comer, tienen ideas de suicidio y tratar de llevarlos a cabo. El curso de su pensamiento suele ser lento y presenta inhibición motora”. (48)

“El estado depresivo puede durar desde unas horas y días hasta varios meses e incluso años. La depresión es propia de muchas enfermedades psíquicas”. (48)

Las personas que están deprimidas experimentan profundos sentimientos de tristeza que pueden resultar invalidantes para desarrollar sus relaciones familiares y sus responsabilidades laborales. Pierden el deseo de realizar actividades y pueden sumirse en un estado de apatía y fatalismo frente al futuro. En los episodios depresivos, es común que la persona esté baja de ánimo y sin energía, de tal manera, que se pueden sentir cansadas después de realizar un esfuerzo mínimo. El sueño se

trastorna y disminuye el apetito. Con frecuencia las personas que sufren episodios depresivos pierden la confianza en sí mismas y se desvalorizan”. (49)

Según el Ministerio de Salud en Perú, califica “trastorno depresivo como una enfermedad que afecta fundamentalmente el estado de ánimo (humor), por lo que también se le conoce como trastorno del humor o trastorno afectivo”. (49)

TIPOS DE DEPRESIÓN

Según el Ministerio de Salud del Perú (2005), existen varios tipos de trastornos depresivos. Los más comunes son:

- **La depresión severa**, Se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras. Un episodio muy incapacitante puede ocurrir una sola vez en la vida, pero por lo general ocurre varias veces en el curso de la vida.
- **La distimia**, Es un tipo de depresión menos grave, que incluye algunos síntomas crónicos que se presentan a largo plazo, tales como los sentimientos intermitentes de tristeza, el cansancio, o la desmotivación, pero por lo general no resultan incapacitantes, aunque sí interfieren con el funcionamiento y la sensación de bienestar de la persona. Muchas personas con distimia pueden padecer episodios depresivos severos en algún momento de su vida.
- **El trastorno bipolar** También se le llama enfermedad maníaco - depresiva. Éste no es tan frecuente como los otros trastornos depresivos. El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de gran exaltación o euforia (manía) y fases con el estado de ánimo bajo (depresión). Estos cambios de ánimo

pueden ser dramáticos y rápidos, pero generalmente suelen ser graduales. (49)

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades, en su décima versión, considera que es preciso que el síntoma dure al menos dos semanas para considerar la existencia de un trastorno depresivo. (50)

En los episodios depresivos típicos el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- La disminución de la atención y concentración.
- La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves).
- Una perspectiva sombría del futuro.
- Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- Los trastornos del sueño.
- La pérdida del apetito. (50)

Y, en cuanto a la severidad de los episodios, la CIE-10 distingue los siguientes tres niveles: (50)

- **Episodio depresivo leve:**

Ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión. Ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo.

- **Episodio depresivo moderado:**

Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.

- **Episodio depresivo grave:**

Durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave.

SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN

Según Beck, (15) la depresión se caracteriza por un estado de ánimo habitualmente bajo, por la pérdida de la capacidad previa de disfrute, del interés por las actividades cotidianas de la vida, por las cosas que solían interesar y gustar a la persona antes de la depresión.

Beck clasifica la sintomatología de la depresión en las siguientes categorías:

a) Síntomas afectivos:

Se presenta como un estado de tristeza constante, seguida por cierta apatía y frustración, y demuestra un estado de indiferencia.

b) Síntomas motivacionales:

Refiriéndose al comportamiento cambiantes en cuanto a las metas y objetivos, perdiendo interés y evitando las experiencias que antes le eran placenteras, llegando a un estado de inactividad y en niveles avanzados tienden a retirarse completamente de la vida.

c) Síntomas fisiológicas o somáticas:

Que tienden a agruparse en pérdida de apetito y peso, los cuales aumentan en gravedad en medida en que la depresión progresa; todos ellos pueden conducir a trastornos del sueño, en la mayoría de los casos como insomnios.

d) Síntomas cognitivos:

Partiendo del razonamiento y procesos de pensamiento, en la depresión también se aprecia una forma de pensar negativa, acerca de la propia persona, de los demás, del mundo y del futuro, así como del entorno y las personas que lo rodean. En algunos casos conforme aumenta la depresión, la desesperanza fomenta los pensamientos recurrentes de muerte como ideación suicida, incluso intentos reales de poner fin a su vida.

Según Muphy, (14) describe los siguientes síntomas depresivos propios de la adolescencia:

- **Trastorno de sueño:**

Se trata habitualmente de insomnio, pero en el adolescente puede existir a veces hipersomnia. El insomnio es, en general de tipo terminal, es decir el paciente se despierta temprano por la mañana y ya no puede conciliar el sueño.

- **Trastorno de la alimentación:**

Se trata en general de anorexia, aunque puede observarse bulimia en un 10% de mujeres. En frecuencia la pérdida de peso.

- **Disminución de la fuerza:**

La astenia es habitual y se acompaña de un descenso del nivel de actividad, e incluso de postración. Sin embargo, también puede darse el comportamiento opuesto, caracterizado por agitación motora.

- **Complejos de culpabilidad o de inutilidad:**

Algunos pacientes se consideran graves pecadores aun sin saber exactamente por qué, mientras que otros rebuscan en su pasado un motivo de vergüenza o culpabilidad.

- **Trastornos del pensamiento o memoria:**

El paciente mismo indica muchas veces que su mente ya no funciona como ante. La concentración se hace difícil y le resulta muy difícil decidir.

- **Perdida de interés:**

Se centra muchas veces en la actividad sexual, pero también afecta, en general, a actividades que se realizaban antes como agrado.

Otros síntomas principales según describe García M. (51) son las siguientes:

- **Tristeza patológica:**

Se diferencia de la tristeza, que puede ser un estado de ánimo normal como la alegría, cuando alcanza un nivel tal que interfiere negativamente en la vida cotidiana, tanto en lo social como en lo familiar y lo sexual. Aparece sin motivo o tras un acontecimiento significativo. Es una sensación muy profunda, arrasadora.

- **Pérdida del placer:**

En lo sexual, se llega a la impotencia en el hombre o a la frigidez en la mujer; también disminuye y tiende a desaparecer el contento en el trabajo, en el deporte y en los juegos y otras actividades que anteriormente le eran gratificantes.

- **Desgano y anhedonia:**

El sujeto se torna apático, no tiene ganas de nada (ni siquiera de vivir) y nada le procura placer, desinterés por estar con amigos y familiares.

- **Disminución de la energía:**

Se produce un cansancio injustificado, a veces, con variaciones durante el día, muy a menudo más acentuado por la mañana. Las personas

afectadas suelen sentirse más fatigadas por la mañana que por la tarde. Puede haber agitación psicomotora.

- **Pensamiento suicida:**

Los pacientes presentan una preocupación exagerada por la muerte, y alimentan sentimientos autodestructivos.

Las depresiones en adolescentes parecen ser similares a las de los adultos en cuanto a expresión sintomática, sin embargo existe un factor diferencial más que relevante; las sobrepasan en cuanto a destructividad.

LA DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA

La depresión en los adolescentes se presenta en un momento de grandes cambios personales, cuando hombres y mujeres están definiendo una identidad distinta a la de sus padres, lidiando con asuntos de género y su sexualidad emergente, y tomando decisiones por primera vez en sus vidas.

La depresión en la adolescencia a menudo coexiste con otros trastornos tales como ansiedad, comportamiento perturbador, trastornos alimenticios, o abuso de sustancias. También puede conducir a un aumento en el riesgo de suicidio.

Según Pardo, Sandoval & Umbarila, 2004, Los adolescentes constituyen uno de los grupos etarios que presenta mayor probabilidad de sufrir síntomas depresivos, ya que en dicha etapa se llevan a cabo procesos de cambios físico, cognitivo, afectivo y sociocultural, que demandan de los jóvenes el desarrollo de estrategias de afrontamiento que les permitan establecer un sentido de identidad, autonomía, así como éxito

personal y social. Además, es el periodo de desarrollo más importante para la adquisición y el mantenimiento de patrones de comportamiento saludable, que disminuyan el riesgo y prevengan el desarrollo de trastornos clínicos durante este periodo y la edad adulta. (52).

2.2.4. ADOLESCENCIA

La adolescencia es un periodo de cambios biopsicosociales donde el individuo tiene una búsqueda de una propia identidad lo cual lo convierte en una persona que es susceptible a cambiar repentinamente su forma de actuar.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es el periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la madurez reproductiva, transitan los patrones biológicos y psicológicos de la niñez a la adultez. Es el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia. (52)

Según el Ministerio de Salud del Perú, la adolescencia comprende los rangos de edad entre los 12 a 17 años 11 meses y 29 días según el Ministerio de Salud mediante la resolución Ministerial N°538-2009/MINSA.

Al margen de las definiciones es importante resaltar que el crecimiento biológico, social, emocional e intelectual de los adolescentes, suele ser totalmente asincrónico y con frecuentes periodos de regresión.

Según García (51) menciona que La adolescencia es el periodo que está marcado por cambios muy importantes en tres áreas:

- **Físicamente**, el adolescente experimenta todos los cambios corporales de la pubertad.
- En cuanto al **desarrollo cognoscitivo**, los adolescentes inician el pensamiento operacional formal y los primeros pasos hacia la construcción de una identidad ocupacional y sexual. Las primeras etapas de las operaciones formales son visibles para muchos, pero no para todos los adolescentes en este periodo. Estas etapas de los 14 años o más se caracterizan por un razonamiento moral convencional. A los 17 o 18 años, algunos adolescentes han alcanzado operaciones formales consolidadas por un razonamiento moral.
- En el **desarrollo social** estos cambios no sólo afectan a las relaciones con sus compañeros, también afectan a las relaciones con sus padres. De hecho, es el periodo de desequilibrio social con mayores problemas en las relaciones padre-hijo, influencia máxima de la presión de los compañeros y problemas de la conducta y depresión. El adolescente empieza a cuestionar los antiguos valores, los viejos papeles, las viejas ideas de la identidad. Las amistades individuales son importantes a lo largo de este periodo, aunque también se inician las relaciones heterosexuales.

Un aspecto fundamental de proceso evolutivo de los adolescentes es la adquisición de una identidad propia, pasa de ser dependiente a ser

independiente. Es un momento en el que el adolescente intenta ser libre pero todavía depende de sus padres y se siente muy ligado a ellos y su autoestima puede sentirse disminuida ante cualquier desviación en su apariencia física, en el código de la ropa o de conducta.

Tras un periodo de turbulencias, se produce el final de la adolescencia cuando el sujeto empieza a asumir tareas propias del adulto joven.

Por tanto, cabe recalcar que la evolución que los adolescentes viven en esa etapa, los hace entrar en crisis, pues se encuentran en la búsqueda de su propia identidad, en el proceso de configurar su personalidad. En ocasiones, la familia o el adolescente se verán desbordados y precisarán de ayuda externa a la familia.

ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA

Según UNICEF, 2011 (citando a Johnson, et al., Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, UNICEF 2002, UNICEF 2006), en su publicación *La Adolescencia: época de oportunidades*, refiere que, dado el abismo de experiencia que separa a los adolescentes más jóvenes de los mayores, resulta útil contemplar esta segunda década de la vida como dos partes:

- **La adolescencia temprana (de los 10 a los 14 años)**

Es en esta etapa en la que, por lo general, comienzan a manifestarse los cambios físicos, que usualmente empiezan con una repentina aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias. Estos cambios externos son con frecuencia muy obvios y pueden ser motivo de ansiedad, así como de entusiasmo para los individuos cuyos cuerpos están sufriendo la transformación.

Es durante la adolescencia temprana que tanto las niñas como los varones cobran mayor conciencia de su género que cuando eran menores, y pueden ajustar su conducta o apariencia a las normas que se observan. Pueden resultar víctimas de actos de intimidación o acoso, o participar en ellos, y también sentirse confundidos acerca de su propia identidad personal y sexual.

La adolescencia temprana debería ser una etapa en la que niños y niñas cuenten con un espacio claro y seguro para llegar a conciliarse con esta transformación cognitiva, emocional, sexual y psicológica, libres de la carga que supone la realización de funciones propias de adultos y con el pleno apoyo de adultos responsables en el hogar, la escuela y la comunidad. (43)

- **La adolescencia tardía (de los 15 a los 19 años)**

Para entonces, ya usualmente han tenido lugar los cambios físicos más importantes, aunque el cuerpo sigue desarrollándose. El cerebro también continúa desarrollándose y reorganizándose, y la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo aumenta notablemente. Las opiniones de los miembros de su grupo aún tienden a ser importantes al comienzo de esta etapa, pero su ascendente disminuye en la medida en que los adolescentes adquieren mayor confianza y claridad en su identidad y sus propias opiniones.

La temeridad –un rasgo común de la temprana y mediana adolescencia, cuando los individuos experimentan con el “comportamiento adulto”– declina durante la adolescencia tardía, en la medida en que se desarrolla la capacidad de evaluar riesgos y tomar decisiones conscientes.

En la adolescencia tardía, las niñas suelen correr un mayor riesgo que los varones de sufrir consecuencias negativas para la salud, incluida la depresión; y a menudo la discriminación y el abuso basados en el género magnifican estos riesgos. Las muchachas tienen una particular propensión a padecer trastornos alimentarios, tales como la anorexia y la bulimia; esta vulnerabilidad se deriva en parte de profundas ansiedades sobre la imagen corporal alentadas por los estereotipos culturales y mediáticos de la belleza femenina.

No obstante, estos riesgos, la adolescencia tardía es una etapa de oportunidades, idealismo y promesas. Es durante estos años que los adolescentes ingresan en el mundo del trabajo o de la educación superior, establecen su propia identidad y cosmovisión y comienzan a participar activamente en la configuración del mundo que les rodea. (43)

Según la OMS, la adolescencia transcurre en tres etapas: (53)

- **Adolescencia temprana: 10 a 13 años**
 - Pubertad: crecimiento rápido, caracteres sexuales secundarios, capacidad reproductiva.
 - Adaptación al cuerpo nuevo. Imagen corporal.
 - Comienza la separación de la familia.
 - Interacción con pares del mismo sexo.
 - Atracción por sexo opuesto: primeros enamoramientos.
 - Familia: ambivalencia (afecto y rechazo; dependencia y autonomía), primeros conflictos y peleas, rebeldía y obstinación.
 - Impulsividad
 - Cambios de humor
 - Pensamiento concreto aún.

- **Adolescencia Media: 14 a 16 años**

- Se completan cambios puberales.
- Intensa preocupación por la apariencia física.
- Búsqueda de la propia identidad: diferente a la del adulto (lenguaje, ropa).
- Aumenta distanciamiento con la familia.
- Grupo de amigos: mixtos. Amistad con mayor intimidad y grupos de pertenencia (positivos o negativos).
- Proceso de Identidad de la personalidad y definición de la orientación sexual.
- Primeros enamoramientos.
- Aparición de conductas nuevas.
- Fluctuaciones emocionales extremas.
- Mayores conflictos con los padres y otros adultos: “caída de los ídolos”.
- Cuestionamiento de las conductas y valores.
- Hipercríticos de los adultos.
- Pensamiento más abstracto e hipotético deductivo.
- Desarrollo cognitivo: aumenta la capacidad de razonamiento y las exigencias escolares.
- Aparición de las conductas de riesgo.
- Egocéntrismo.
- Necesidad de mayor autonomía: Distanciamiento (libertad) vs. Acompañamiento (límites y contención).

- **Adolescencia Tardía: 17 a 19 años**

- Maduración biológica completa.
- Aceptación de la imagen corporal.

- Consolidación de la identidad: ¿quién soy? ¿qué haré con mi vida?
- Definición de la vocación y lo necesario para lograrlo.
- Relaciones de pareja más estables.
- Mayor capacidad de intimar en sus relaciones interpersonales: relaciones más maduras, los amigos influyen menos.
- Identidad sexual estructurada.
- Nivel de pensamiento adulto.
- Familia: vuelven relaciones con los padres más cercanas, menos conflictos.
- Formación escala de valores propios, desarrollo moral consolidado.

CARACTERISTICAS PSICOSOCIALES DEL ADOLESCENTE:

La adolescencia es la transformación de la niñez a la adultez. Está caracterizada por la búsqueda de identidad, necesidad de intelectualizar y fantasear, crisis religiosas, desubicación temporal, fluctuaciones de humor, contradicciones de la conducta, tendencia grupal y separación progresiva de los padres. (54)

La adolescencia se divide en tres etapas; adolescencia temprana, media y tardía. (54)

La adolescencia temprana (11 a 14 años): se da después de la niñez, ofrece oportunidades de crecimiento- no sólo en dimensiones físicas, sino también en competencias cognoscitivas y sociales, autonomía, autoestima e intimidad.

El interés hacia el cuerpo, favorece la intervención en salud. En lo emocional, cambian la dependencia afectiva de los padres y la trasladan a los pares.

En la adolescencia media (14 a 16 años), la disminución del interés en el cuerpo limita las acciones en salud, sin embargo el creciente interés en la búsqueda de pareja puede ser un objetivo relacionado.

En la adolescencia tardía (17 a 19 años), la comunicación se facilita porque existe la influencia familiar y de los pares en la toma de decisiones.

Cada etapa trae nuevas crisis, que podrían reflejarse en la sociedad, siendo de interés para la salud pública, dado que tienen relación directa con la comprensión de este tema, como el uso de sustancias psicoactivas, tabaco, alcohol; desórdenes de la alimentación; sexualidad; depresión, autolesiones y bullying. (54)

TEORIAS SOBRE LA ADOLESCENCIA

Según Adrián, et al. (55), citando a G. Stanley Hall, refiere que la adolescencia es un periodo turbulento dominado por los conflictos y los cambios anímicos, claramente diferenciado de la infancia, en que el adolescente experimenta como un nuevo nacimiento como ser biológico y social.

No existe una concepción homogénea, cada teoría ofrece alguna aportación que nos ayuda a comprender: (55)

- **Enfoque Psicoanalista:**

Para Freud:

- a) Supone un rebrote del complejo de Edipo
- b) La base de la formación está en la infancia y determina la adolescencia.

Para Anna Freud:

Los desajustes de la personalidad adulta están relacionados con los acontecimientos de la adolescencia.

Para Peter Bloss:

La desvinculación afectiva de los padres deja un vacío que justificaría el comportamiento regresivo.

- **Enfoque Sociológico:**

- Sitúa el origen de los conflictos en el contexto social y los acontecimientos externos
- Periodo de socialización complejo por las dificultades de cumplir con las demandas de la sociedad que muchas veces son demasiado complejas y contradictorias.
- Tareas evolutivas para el adolescente:

Aceptación de su propio cuerpo

Consolidación del rol de género

Relaciones más maduras con compañeros ambos sexos

Independencia emocional de los padres

Adquisición de valores de comportamiento.

- **Enfoque Piagetiano**

- Cambio cognitivo

- Nueva forma de afrontar cognitivamente las diversas tareas y acontecimientos que se plantean
- Desarrollo del pensamiento abstracto

SALUD MENTAL DEL ADOLESCENTE DEL PERU

Según un estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado –señala que uno de cada ocho niños o adolescentes sufre problemas de salud mental en algún momento de su vida. (56)

Los especialistas señalan que la depresión en los niños y adolescentes constituye el primer problema de salud pública en el Perú. Esta es una condición común, crónica, recurrente y de tendencia familiar que usualmente persiste en la adultez. El mismo estudio señala que los trastornos del comportamiento tienden a persistir de la adolescencia a la etapa adulta, asociándose en algunos casos a problemas conyugales, comportamiento antisocial y deficiente estado de salud física. (56)

Son diversos los factores determinantes que ocasionan un problema de salud mental en los menores: factores individuales, que causan en los niños y adolescentes una baja calidad de vida, de autoestima, desconfianza, violencia, estados tensionales, estados depresivos y uso de sustancias tóxicas. (56)

Según Sulca (63), durante la adolescencia, es decir, de entre los 12 a 19 años de edad existe un mayor impacto en la salud mental, debido a los cambios físicos, emocionales, intelectuales y de conductas sociales propios de esta etapa de la vida. “Se dice que uno de cada 8 adolescentes va a hacer problemas serios en su salud mental. En el Perú aproximadamente el 34 % de los adolescentes tiene ideación suicida”, advierte el psiquiatra Hugo Lozada a propósito del Día Mundial de la Salud Mental. (57)

Y es que un menor de edad que todavía no ha logrado una madurez emocional, es más vulnerable a cuadros depresivos y de ansiedad. Está expuesto a nuevos estresores como el ciberbullying y las adicciones. “Ya un niño comienza a tener consumo de cigarrillos a los 7 años, alcohol y drogas 7 años, inicio de relaciones sexuales a los 12 años. Todos estos aspectos socioculturales comienzan a tener impacto en la psiquis del adolescente”. (58)

2.3. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE TÉRMINOS

- **DEPRESIÓN:**

Estado de infelicidad, sentimiento de tristeza o dolor emocional, es un sentimiento persistente de inutilidad, pérdida de interés y de falta de esperanza en el futuro que se presenta como reacción a una situación negativa a la persona.

- **BULLYING:**

El bullying ocurre cuando el escolar es atormentado o maltratado continuamente e intencionalmente por otros, con el fin de someterlo y asustarlo, para obtener algún resultado favorable para los acosadores o simplemente a satisfacer la necesidad de agredir y destruir.

- **ADOLESCENCIA:**

La adolescencia es un periodo de cambios biopsicosociales donde el individuo tiene una búsqueda de una propia identidad lo cual lo convierte en una persona que es susceptible a cambiar repentinamente su forma de actuar.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. MÉTODO, TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Esta investigación es de tipo correlacional, ya que estudia las relaciones entre dos variables, siendo en este caso: la relación entre el bullying como variable independiente y la depresión como variable dependiente.

El diseño es no experimental de tipo descriptivo, transversal y correlacional.

- No experimental porque se estudió las variables tal y como se comportan en su contexto natural, sin incorporar elementos que varíe su comportamiento.
- Transversal, porque el estudio es de en un determinado tiempo, tal como se muestra en el momento real.
- Descriptivo, porque permitió establecer la asociación sobre la variable independiente (factores asociados), y la variable dependiente (vocación profesional de enfermería)

3.2. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

POBLACIÓN:

La población de investigación estuvo representada por adolescentes de educación secundaria de la Institución Educativa Enrique Paillardelle del Distrito Coronel Gregorio Albarracín Lanchipa de Tacna conformando un total de 890 alumnos. (Ver Anexo N°02)

MUESTRA:

La muestra con la cual se trabajó es de 270 adolescentes obtenidos estadísticamente mediante la fórmula para poblaciones finitas. (Ver anexo N°02).

Criterios de inclusión

La población sujeto de estudio está constituida por todos aquellos alumnos que cumplen con los siguientes criterios de inclusión:

- Edad de 10 a 19 años.
- Adolescentes que se encuentran en clases al momento de la aplicación del instrumento y que aceptan participar en la investigación.

Criterios de exclusión

- Adolescentes que no acepten colaborar con la investigación.
- Adolescentes que no estén presentes
- No se considerará a los estudiantes cuya edad no fluctúa entre 10 a 19 años de edad.

MUESTREO:

La muestra se seleccionó mediante el muestreo aleatorio probabilístico estratificado. (Ver Anexo N°03).

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para llevar a cabo el presente trabajo de investigación se utilizará la técnica de la encuesta para la recolección de datos.

El instrumento de medición que se utilizó fue el cuestionario destinado a la obtención de respuestas sobre el problema en estudio a partir del propio sujeto en cuestión. El cual se aplicó a los adolescentes escolares del nivel secundario de la Institución Educativa “Enrique Paillardelle”.

El cuestionario presenta las siguientes características:

- Es auto aplicativo y anónimo.
- Incluye una breve explicación de los propósitos del estudio, manejo de la información y subraya la necesidad de responder con sinceridad a las interrogantes.
- Se considera el orden en que se formulan las preguntas.

Comienza con preguntas de información general y seguidamente con los ítems de evaluación.

Son dos los instrumentos que se emplearon en esta investigación:

AUTO-TEST CISNEROS DE ACOSO ESCOLAR

Descripción del Instrumento:

El auto-test es un cuestionario elaborado por Piñuel y Araceli Oñate en el año 2005, a través del Instituto de Innovación Educativa y Desarrollo Directivo (IEDI) aplicado en el Informe Cisneros VII.

Trata de un instrumento que evalúa el Índice Global de Acoso (Bullying) a través de puntuaciones obtenidas en los 50 ítems. Y hace un perfil sobre las situaciones más frecuentes.

La herramienta Cisneros de Acoso y Violencia Escolar, recoge los **tres criterios diagnósticos** comúnmente aceptados por los investigadores para dilucidar si nos encontramos ante un caso de **acoso y violencia escolar**, a saber:

- La existencia de una o más conductas
- La duración en el tiempo del proceso de acoso
- Repetición de la conducta

La concurrencia de estas tres características acredita la existencia de un niño sometido a un cuadro de acoso y violencia escolar.

Es por ello que el auto test de Cisneros evalúa 3 componentes:

a) Índice global del acoso escolar (bullying)

Es la continuidad en el tiempo medido por la frecuencia de las conductas de acoso en un marco temporal concreto.

La duración en el tiempo del proceso de acoso, con el establecimiento de un proceso de indefensión que va a ir minando la resistencia del niño y afectando significativamente a su vida: académico, afectivo-emocional, social y familiar.

b) Intensidad del acoso escolar (bullying)

Efecto en la victimización/ vivencia de conductas intensas de acoso

Es la repetición de la conducta de hostigamiento y violencia que ha de ser evaluada por el niño que la padece no como meramente incidental (alguna vez, pocas veces), sino como una conducta que el niño espera sistemáticamente sufrir dentro del entorno escolar en la relación con aquellos otros niños que le acosan.

c) Conductas de acoso escolar

La existencia de una o más de las conductas de hostigamiento y violencia. Son las manifestaciones y/o modalidades del Bullying:

- Escala de Desprecio-Ridiculización

Esta área agrupa a los Ítems de acoso escolar que pretenden distorsionan la imagen del adolescente y la relación de los otros con él.

- Escala de Coacción

Agrupar aquellas conductas de acoso escolar que pretenden que el adolescente realice acciones contra su voluntad.

- Escala de Restricción-comunicación

Agrupar las acciones de acoso escolar que pretenden bloquear socialmente al adolescente. Así las prohibiciones de jugar en un grupo, de hablar o comunicarse con otros, son indicadores que señalan un intento de quebrar la red social de apoyos en el adolescente.

- Escala de agresiones

Agrupar las conductas directas de agresión ya sea física o psicológica. Esta es una escala que evalúa la violencia más directa contra el adolescente, aunque no siempre ésta es más lesiva psicológicamente. Las

agresiones físicas, la violencia, el robo o el deterioro a propósito de sus pertenencias, los gritos los insultos son los indicadores de esta escala.

- Escala de Intimidación-Amenaza

Agrupar aquellas conductas de acoso escolar que persiguen, amilanan, amedrentan, o consume emocionalmente al adolescente mediante una acción intimidatoria. Con ellas, quienes acosan buscan inducir el miedo en el niño.

Sus indicadores son acciones de intimidación, amenaza, hostigamiento físico intimidatorio y acoso a la salida de clase. O incluso puede manifestarse e amenazas contra la familia de la víctima.

- Escala de Exclusión-Bloqueo Social

Agrupar las conductas de acoso escolar que buscan excluir de la participación del adolescente acosado. Al ningunearlo, tratarlo como no existiera, aislarlo, impedir su expresión, impedir su participación en juegos se produce el vacío social en su entorno.

- Escala de Hostigamiento Verbal

Agrupar aquellas conductas de acoso escolar que consisten en acciones de hostigamiento y acoso psicológico que manifiestan desprecio y falta de respeto y de consideración por la dignidad del adolescente.

Los indicadores son: el desprecio, odio, ridiculización, burla, menosprecio, los sobrenombres o apodos, la malicia y la imitación burlesca.

- Escala de Robos

Agrupar conductas de acoso escolar que consisten en acciones de apropiación de las pertenencias de la víctima ya sea de forma directa o por chantajes.

Propiedades psicométricas del auto test de Cisneros

a) Validez

El Instrumento Auto-test Cisneros, fue adaptado de su versión original para la investigación. Se modificó la redacción de los siguientes ítems a palabras más comunes de nuestra región.

ítem	Ítem original	Ítem modificado
06	Me llaman por motes	Me llaman por apodos
09	Me tienen manía	Me tienen atemorizado
23	Me pegan collejas, puñetazos, patadas	Me pegan puñetazos, patadas
24	Me chillan o gritan	Me gritan
43	Me zarandean o empujan para intimidarme	Me empujan para intimidarme

Y se modificó los ítems 1, 4, 5,10 y 21. Redactándolos en premisas positivas.

ítem	Ítem original	Ítem modificada
01	No me hablan	Me hablan
04	No me dejan hablar	Me dejan hablar
05	No me dejan jugar con ellos	Me dejan jugar con ellos
10	No me dejan que participe, me excluyen	Me dejan que participe,
21	No me dejan que hable o me relacione con otros.	Me dejan que hable o me relacione con otros.

El instrumento fue validado a través del juicio y criterios de expertos: dos licenciados de psicología, dos licenciados de enfermería y un estadista.

Los instrumentos fueron validados a través de un cuestionario que mide la calidad del instrumento, cuyas escalas de medición fueron del 1 al 5.

Se utilizó la Distancia de puntos múltiples (DPP) para la calificación. El valor DPP obtenido fue de 1.17 cayendo en las zonas A y B lo cual significa una adecuación total del instrumento y que puede ser aplicado. (Ver anexo n°04)

b) Análisis de confiabilidad de auto test Cisneros

Los autores reportan un índice de fiabilidad, alfa de Crombach de 0,9621. La eficacia de este instrumento está demostrada en el Informe Cisneros VII (Piñuel, 2005).

En el Perú, se utilizó en algunas investigaciones sobre el Bullying, con una fiabilidad promedio de 0,86. En una Investigación sobre las propiedades Psicométricas del Instrumento en adolescentes de Trujillo, por Ucañan, obtuvieron un Alfa de Crombach de 0,990.

En la presente investigación, con fines de consistencia interna, se aplicó una prueba piloto cuya muestra fue de 22 estudiantes del nivel secundario de una Institución educativa pública, tomándose en cuenta que la población tuviese características similares a la población objeto de estudio. El propósito de la prueba piloto es conocer la comprensión, practicidad y tiempo en la aplicación del instrumento, así como proporcionar las bases necesarias para las pruebas de validez y confiabilidad.

El criterio de confiabilidad se determinó a través del coeficiente Alfa de Cronbach, mediante el método de la varianza, aplicado a la prueba piloto cuyo resultado fue de 0,8, considerándose un nivel elevado. Así mismo se realizó el análisis estadístico de las conductas, donde todas las escalas se ubican en un nivel aceptable. (Ver Anexo N° 05)

c) Normas para la calificación del auto-test Cisneros

La forma de calificación, se respetó la versión original del Instrumento, propuesto por Piñuel y Oñate (2005).

Las modalidades de respuesta son las siguientes con sus respectivos valores:

- Nunca = 1
- Pocas veces = 2
- Muchas veces = 3

A excepción de los ítem modificados, Ítem 1, 4, 5, 10 y 21. Los cuáles serán calificados a la inversa.

- Índice Global de Acoso:

Para obtener la puntuación directa, se sumó la puntuación obtenida entre las preguntas 1 a 50. Obteniéndose un índice entre 50 y 150 puntos.

- Escala de Intensidad de Acoso

Se sumó 1 punto cada vez que entre las preguntas 1 al 50 el adolescente ha seleccionado la respuesta 3 (3= muchas veces). Debe obtenerse un índice entre 1 y 50 puntos

- Las Conductas:

Se sumaron las puntuaciones de los ítems dependiendo de la conducta que se calificara.

Obtenidos las puntuaciones directas, se utilizó el baremo del Auto test Cisneros. Ubicándolos, y de esta manera establecer el tipo de riesgo que presentan de Acoso Escolar o Bullying. Que se presenta en el siguiente cuadro:

CALIFICACIÓN	MUY BAJO	BAJO	CASI BAJO	MEDIO	CASI ALTO	ALTO	MUY ALTO
INDICE GLOBAL DE BULLYING	50		51-54	55-58	59-67	68-88	89-150
INTENSIDAD DE BULLYING	0-1				2	3-10	11-50
DESPRECIO-RIDICULIZACION	1-19			20-22	23-26	27-35	36-51
COACCION	1-7				8	9-11	12-24
RESTRICCION-COMUNICACIÓN	1-5			6-7	8	9-11	12-15
AGRESIONES	1-7			8-10	11	12-14	15-21
INTIMIDACION-AMENAZAS	1-10				11-14	15	16-30
EXCLUSION-BLOQUEO SOCIAL	1-9				10-11	12-16	17-27
HOSTIGAMIENTO VERBAL	1-15			16-17	18-20	21-26	27-36
ROBOS	1-4			5	6	7	8-12

INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK-II

Descripción del Instrumento:

Este instrumento fue creado por Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown, en el año 1996. SU adaptación española fue dada por Jesus Sanz y Carmelo Vasquez en el 2011.

El BDI-II, es un auto informe que proporciona una medida para detectar la presencia y evaluar la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años a más. Se compone de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc. Estos síntomas se corresponden con los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales cuarta edición (DSM-IV) y de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la salud, Organización Mundial de la Salud 1993 (CIE-10).

En concreto, se incluyen todos los criterios propuestos en las dos referencias citadas para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor y casi todos los propuestos para el diagnóstico de distimia (en concreto, todos los del DSM-IV y el 75% del CIE-10).

El BDI-II es fácil de utilizar. Se puede aplicar de forma individual o colectiva, con formato de papel y lápiz o de forma oral. En general, requiere entre 5 y 10 minutos para ser completado; aunque los pacientes con depresión grave o trastornos obsesivos a menudo pueden tardar más tiempo en cumplimentarlo.

Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II

a) Validez del Inventario de Depresión de Beck-II

El instrumento ha sido validado internacionalmente. Los resultados indican que el BDI-II es un test apropiado para la medición de la presencia y gravedad de la sintomatología depresiva en la población, tanto en ámbitos clínicos como de investigación. Sin embargo, estas buenas propiedades no justifican que el juicio diagnóstico sobre si una persona padece o no un trastorno depresivo recaigan solo en los resultados que el test ofrece. El BDI-II es un test útil para identificar síntomas depresivos y cuantificar su intensidad, lo que obviamente es muy importante para evaluar, por ejemplo, la gravedad de un paciente o su progreso terapéutico. Sin embargo, el diagnóstico de un trastorno depresivo se debe efectuar teniendo en cuenta no solo el tipo y número de síntomas presentes, sino también ciertos criterios de duración, gravedad, curso, incapacidad y ausencia de ciertas causas posibles o de ciertos diagnósticos concurrentes, según el Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos.

Para el presente trabajo, a pesar de no modificar los ítems, se validó a juicios de expertos, dos licenciados de psicología, dos licenciados de enfermería y un estadista. Mediante la distancia de puntos múltiples (DPP), obteniéndose 1,95. Cuyo valor máximo es 12,00. Lo que significa una adecuación total del instrumento y que puede ser aplicado. (Ver anexo nº06)

b) Análisis de confiabilidad de Inventario de Depresión de Beck-II

El coeficiente de confiabilidad por Alfa de Crombach de la versión original es muy elevada de 0,93. A nivel internacional tuvo una fiabilidad de 0,872. En Latinoamérica su consistencia interna en diversos estudios

resultado elevado un promedio de 0,88 para población psiquiátrica y de 0,86 para población normal.

En el Perú, el instrumento no ha sido adaptado pero ha sido utilizado en diversas ocasiones como estudios epidemiológicos y de investigación. Obteniéndose una confiabilidad elevada (0,90) y correlaciones ítem-test corregida superiores a 0,20.

En un último estudio, que evaluó las propiedades psicométricas del Inventario de depresión de Beck, en Lima, por Carranza (2013), obtuvieron un coeficiente de 0,878.

Para la presente investigación, se analizó la confiabilidad por consistencia interna del BDI-II. Mediante el método de la varianza, aplicado a la prueba piloto cuyo resultado fue un Alfa de Crombach de 0,8, considerándose un nivel elevado de confiabilidad. (Ver Anexo N° 07)

d) Normas para la calificación del Inventario de Depresión BDI-II

Las instrucciones para el BDI-II solicitan a las personas evaluadas que elijan las afirmaciones más características que cubren el marco temporal de las últimas dos semanas, incluido el día de hoy, para ser consistente con los criterios del DSM-IV para la depresión mayor.

El formato de los ítems es de tipo Likert con cuatro categorías de respuesta ordenadas que se codifican de 0 hasta 3. La puntuación es la suma de las respuestas a los 21 ítems. Si una persona ha elegido varias opciones en un ítem, se toma la opción con la puntuación más alta. También se puntúan de 0 a 3. Excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que tienen 7 categorías.

El rango de las puntuaciones va desde 0 a 63 puntos. Cuanta más alta sea la puntuación, mayor será la severidad de los síntomas depresivos.

Para determinar el nivel de sintomatología depresiva en los adolescentes, se calificó según la versión original, que se describirán a continuación:

Calificación De Nivel De Depresión

Puntuación	Calificación
0-13	Mínima Depresión (ausencia)
14-19	Depresión Leve
20-28	Depresión Moderada
29-63	Depresión Grave

3.4. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se tuvo en cuenta los siguientes pasos:

a) Estructurar el instrumento de recolección de datos

- Para ello, se validaron los instrumentos a juicio de expertos (2 licenciadas de enfermería, 2 psicólogos, 1 estadista). (Ver Anexo N° 08)
- Para su fiabilidad, se aplicó una prueba piloto a una institución educativa de similares características a la población de estudio, conformada de 22 estudiantes adolescentes.
- Una vez recogidos los datos, se procesó la información utilizando el paquete estadístico SPSS versión 22 por el estadístico. Tal como se indica en la descripción de los instrumentos, determinando así su consistencia interna, aplicable.

b) Aplicación del instrumento de recolección de datos previa coordinación.

- Se solicitó una carta de presentación a la Escuela Profesional de Enfermería UNJBG-FACS, con el fin de contar con el permiso necesario para la aplicación de los instrumentos con los alumnos de secundaria. (Ver Anexo N°10, 11, 12)
- Para la ejecución de las encuestas, hubo el apoyo de otras investigadoras, Bach. Mónica Cutipa Calisaya y Bach. Marite Valle Hinojosa.
- Se coordinó con el Coordinador de Tutoría de la Institución Educativa para el proceso de aplicación de las encuestas.
- La distribución de la muestra se hizo de manera proporcional en todos los años de estudio.
- Las aulas se escogieron de manera aleatoria, hasta cubrir la muestra calculada.
- Los adolescentes participantes en el estudio desarrollaron los instrumentos en sus centros de enseñanza durante un periodo regular de clase, previa explicación introductoria de los objetivos del estudio.
- El tiempo de duración para la encuesta fue de 30 minutos. Así mismo se garantizó el anonimato y la confidencialidad de los datos.

c) Por último, organización de datos recolectados para el análisis estadístico correspondiente.

- Se procedió a la codificación de los instrumentos y luego se creó una base de datos.

CONSIDERACIONES ÉTICAS:

Para el desarrollo del estudio se obtuvo la autorización de las personas con el consentimiento informado, de acuerdo a las disposiciones del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la Salud, aplicando los siguientes artículos:

- Artículo 13, donde refiere que prevalecerá el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos.
- Artículo 17, donde menciona que el sujeto a investigar no sufrirá daños en el estudio.
- Artículo 20, donde el sujeto de investigación autoriza su participación mediante un consentimiento informado por escrito.
- Artículo 21, en el cual el sujeto deberá recibir una explicación clara y completa del estudio al cuál será sometido.

3.5. PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Una vez concluido con la recolección de datos se codificaron y vaciaron a una base de datos en programa Excel de Microsoft Windows 2013; el procesamiento de los mismos se realizó utilizando el software estadístico informativo Statical Package for the Social Sciences (SPSS) V. 25.0.

Para el análisis estadístico descriptivo se utilizó las frecuencias absolutas y frecuencias relativas simples, para el análisis de la correlación de variables, se utilizó la prueba no paramétrica del Coeficiente de Spearman.

CAPÍTULO IV

DE LOS RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

En este capítulo se presentan las tablas, análisis y gráficos estadísticos elaborados a partir de la información obtenida durante la investigación que fueron procesados en el programa SPSS23.

Luego de aplicar los instrumentos de recolección de datos, se obtuvieron los siguientes resultados, respondiendo así a los objetivos e hipótesis planteadas.

TABLA N° 01
NIVEL DE BULLYING EN LOS ADOLESCENTES DE LA I.E.
ENRIQUE PAILLARDELLE, TACNA 2017

Presencia De Bullying	Nivel De Bullying	Nº	%
No hay presencia de Bullying	Muy Bajo/Bajo	1	0,4
	Casi Bajo	28	10,4
Presencia del Bullying	Medio	57	21,1
	Casi Alto	111	41,1
	Alto	67	24,8
	Muy Alto	6	2,2
TOTAL		270	100,0

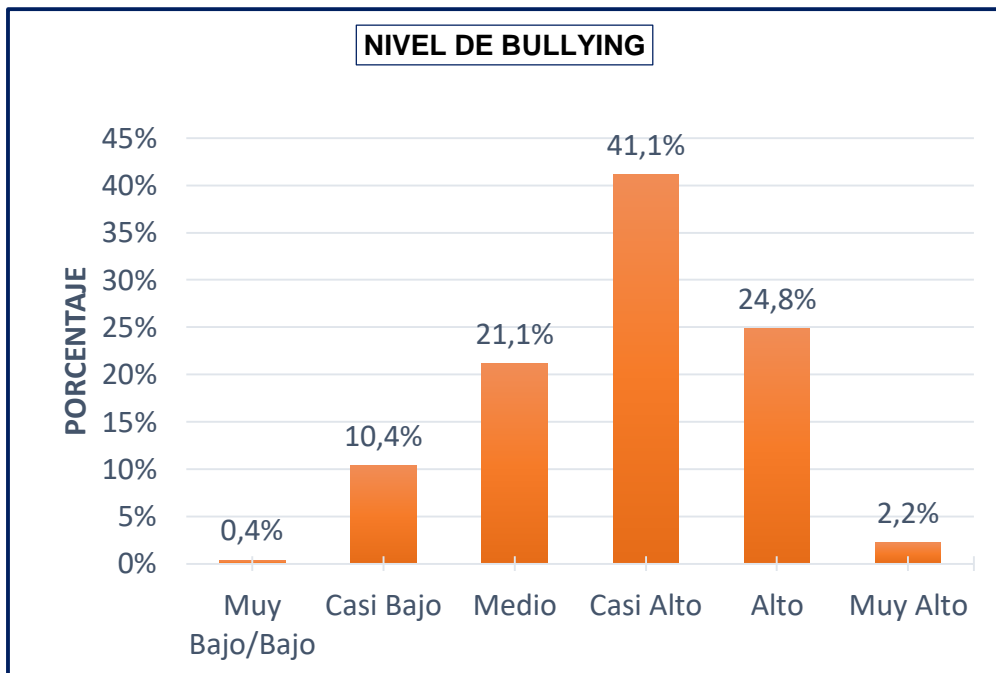
FUENTE: Cuestionario aplicado a adolescentes de secundaria de la I.E. Enrique Paillardelle
ELABORADO POR: Oñate P. y Oñate A. Modificado por Quispe N.

DESCRIPCIÓN:

En la presente tabla se muestra los porcentajes acumulados de las categorías: medio, casi alto, alto y muy alto, evidenciando la existencia de un 88,2% de bullying que manifiestan haber sido víctimas alguna vez o muchas veces por parte de sus compañeros. En tanto que los porcentajes acumulados de las categorías: muy bajo/bajo y casi bajo evidencian que el 10,8% de la muestra de estudio no presenta bullying.

GRÁFICO N° 01

NIVEL DE BULLYING EN LOS ADOLESCENTES DE LA I.E. ENRIQUE PAILLARDELLE, TACNA 2017



FUENTE: Ítem Tabla N° 01

TABLA N° 02
INTENSIDAD DEL BULLYING EN LOS ADOLESCENTES DE LA
I.E. ENRIQUE PAILLARDELLE, TACNA 2017

INTENSIDAD DE BULLYING	N°	%
BAJO	175	64,8
MEDIO	51	18,9
CASI ALTO/ALTO	40	14,8
MUY ALTO	4	1,5
TOTAL	270	100,0

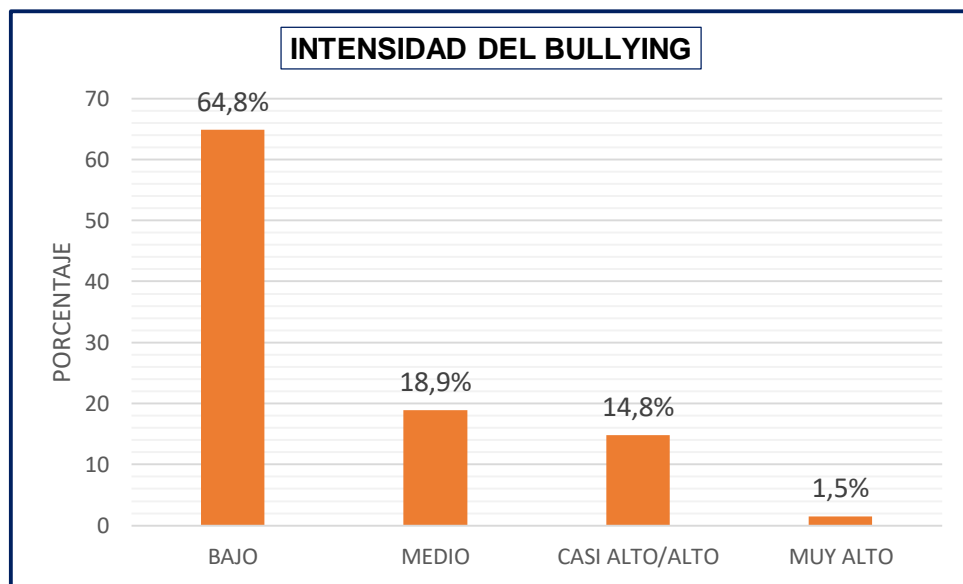
FUENTE: Cuestionario aplicado a adolescentes de secundaria de la I.E. Enrique Paillardelle
ELABORADO POR: Oñate P. y Oñate A. Modificado por Quispe N.

DESCRIPCIÓN:

En la presente tabla se observa que el 64,8% de estudiantes presentan una intensidad baja de bullying, mientras que en porcentajes acumulados de las categorías medio, casi alto/alto y muy alto evidencian la existencia de un 34,2% que han sido víctimas muchas veces o de alta intensidad de bullying.

GRÁFICO N° 02

INTENSIDAD DEL BULLYING EN LOS ADOLESCENTES DE LA I.E. ENRIQUE PAILLARDELLE, TACNA 2017



FUENTE: Ítem Tabla N° 02

TABLA N° 03

NIVEL DEL BULLYING SEGÚN MODALIDADES (CONDUCTAS) EN LOS ADOLESCENTES DE LA I.E.

ENRIQUE PAILLARDELLE, TACNA 2017

MODALIDADES DEL BULLYING		BAJO		MEDIO		CASI ALTO		ALTO		MUY ALTO		TOTAL	
SUB-ESCALAS		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
VIOLENCIA FÍSICA	AGRESIONES	87	32,2	151	55,9	10	3,7	18	6,7	4	1,5	270	100
	INTIMIDACIÓN-AMENAZAS	165	61,1	0	0,0	98	36,3	3	1,1	4	1,5	270	100
	ROBOS	123	45,6	69	25,6	45	16,7	24	8,9	9	3,3	270	100
VIOLENCIA PSICOLÓGICA	HOSTIGAMIENTO VERBAL	89	33,0	55	20,4	75	27,8	44	16,3	7	2,6	270	100
	COACCIÓN	0	0,0	0	0,0	191	70,7	70	25,9	9	3,3	270	100
	RESTRICCIÓN DE LA COMUNICACIÓN	43	15,9	134	49,6	30	11,1	56	20,7	7	2,6	270	100
	EXCLUSIÓN-BLOQUEO SOCIAL	10	3,7	0	0,0	95	35,2	155	57,4	10	3,7	270	100
	DESPRECIO Y RIDICULIZACIÓN	73	27,0	77	28,5	76	28,1	39	14,4	5	1,9	270	100

FUENTE: Cuestionario aplicado en adolescentes del nivel secundaria de la I.E. Enrique Paillardelle

ELABORADO POR: Oñate p. y Oñate A. Modificado por Quispe N.

DESCRIPCIÓN:

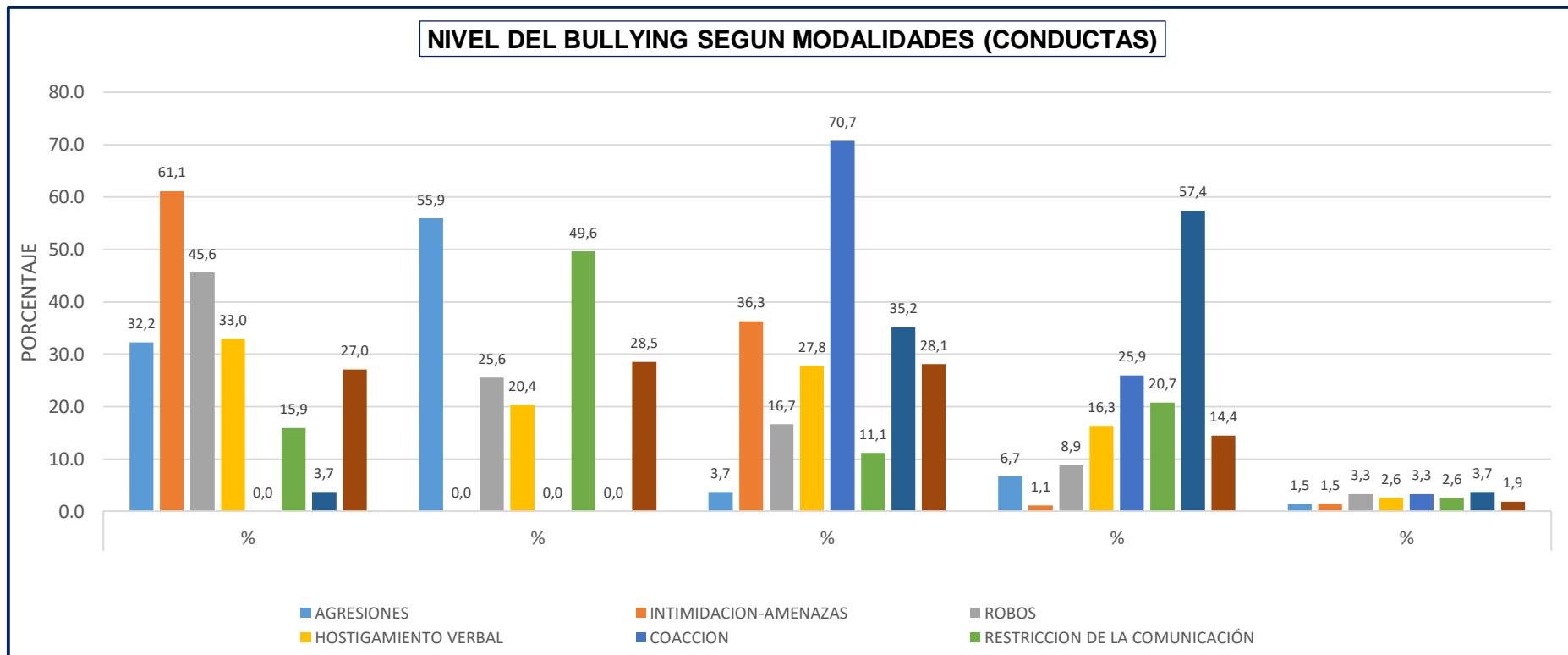
En la tabla se observa que en la I.E. Enrique Paillardelle con respecto al nivel de bullying en las distintas conductas en que se manifiesta el fenómeno: en el **nivel Muy Alto** el 3,7% sufren de la conducta de Exclusión y Bloqueo Social seguido del 3,3% de Robos y Coacción; en el **nivel Alto** un significativo 57,4% sufren de la conducta de Exclusión social y bloqueo, seguido del 25,9% de Coacción; en cuanto al **nivel casi alto** más de la mitad de la población en estudio con un 70,7% manifiestan haber sido víctimas de Coacción, seguido del 35,2% de exclusión social; en cuanto al **nivel Medio** el 55,9% sufren de agresiones seguido del 49,6% que sufren de restricción de la comunicación; y por último en el **nivel Bajo** el 61,1% sufren de intimidación y amenazas, seguido del 45,6% que sufren de Robo.

Se observa que las conductas más frecuentes son la Coacción con un 70,7% esto en un nivel Casi Alto, seguido de 61,1% de Amenazas en el nivel Bajo, 55,9 de agresiones en el nivel Medio, 57,4% de exclusión social y bloqueo en el nivel alto y con 3,7% sufren de Exclusión social y bloqueo con un nivel Muy Alto.

GRÁFICO N° 03

NIVEL DEL BULLYING SEGÚN MODALIDADES (CONDUCTAS) EN LOS ADOLESCENTES DE LA I.E.

ENRIQUE PAILLARDELLE, TACNA 2017



FUENTE: Ítem Tabla N° 03

TABLA N° 04
NIVEL DE DEPRESION EN LOS ADOLESCENTES DE LA I.E.
ENRIQUE PAILLARDELLE, TACNA 2017

PRESENCIA DE LA DEPRESIÓN	NIVEL DE DEPRESIÓN	N°	%
Sin Depresión	MINIMA	187	69,3
	LEVE	34	12,6
Con Depresión	MODERADA	25	9,3
	GRAVE	24	8,9
TOTAL		270	100,0
Media Total		11,39	

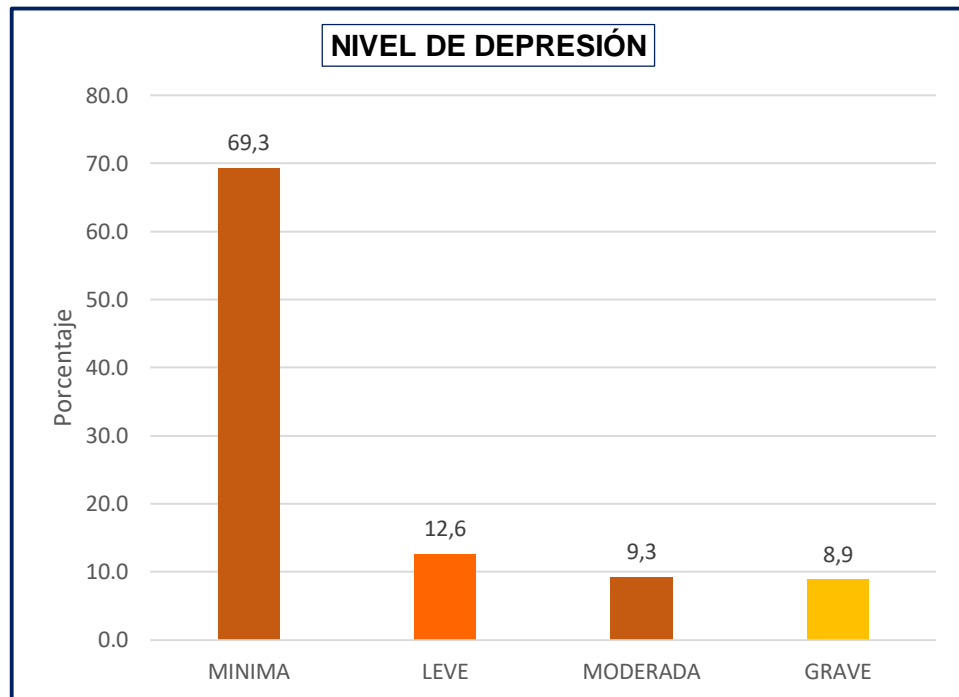
FUENTE: Cuestionario aplicado a adolescentes de secundaria de la I.E. Enrique Paillardelle
ELABORADO POR: Beck A., Steer R., Brown G. Modificado por Sanz J. Vasquez C.

DESCRIPCIÓN:

En la tabla N° 04 se observa que en mayor porcentaje con el 69,3% de los estudiantes presentan depresión mínima o catalogada sin depresión, mientras que 30,7% restantes presentan depresión en distintos niveles: 12,6% del total de la población de estudio tienen depresión leve, el 9,3% con depresión moderada y el 8,9% con depresión grave. Se halló una media total de 11,39 ubicada como depresión mínima (sin depresión).

GRÁFICO N° 04

NIVEL DE DEPRESIÓN EN LOS ADOLESCENTES DE LA I.E. ENRIQUE PAILLARDELLE, TACNA 2017



FUENTE: Ítem Tabla N°04

Comprobación de la Hipótesis

TABLA N° 05

EL BULLYING Y SU RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN EN LOS ADOLESCENTES DE LA I.E. ENRIQUE

PAILLARDELLE, TACNA 2017

DEPRESIÓN	BULLYING												TOTAL	
	Muy Bajo/Bajo		Casi Bajo		Medio		Casi Alto		Alto		Muy Alto			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Mínima/Sin depresión	1	100,0	27	96,4	48	84,2	72	64,9	38	56,7	1	16,7	187	69,3
Leve	0	0,0	0	0,0	6	10,5	17	15,3	11	16,4	0	0,0	34	12,6
Moderada	0	0,0	0	0,0	1	1,8	13	11,7	10	14,9	1	16,7	25	9,3
Grave	0	0,0	1	3,6	2	3,5	9	8,1	8	11,9	4	66,7	24	8,9
Total	1	100,0	28	100,0	57	100,0	111	100,0	67	100,0	6	100,0	270	100,0

FUENTE: Cuestionarios aplicados en adolescentes del nivel secundaria de la I.E. Enrique Paillardelle

ELABORADO POR: Quispe N.

DESCRIPCIÓN:

En la tabla N°05 se muestra la relación existente entre el bullying y la depresión. Se puede observar que del 100% de los adolescentes que son víctimas de bullying de nivel muy bajo y bajo, el 100% no presentan depresión y los de nivel casi bajo, el 96,4% no presentan depresión.

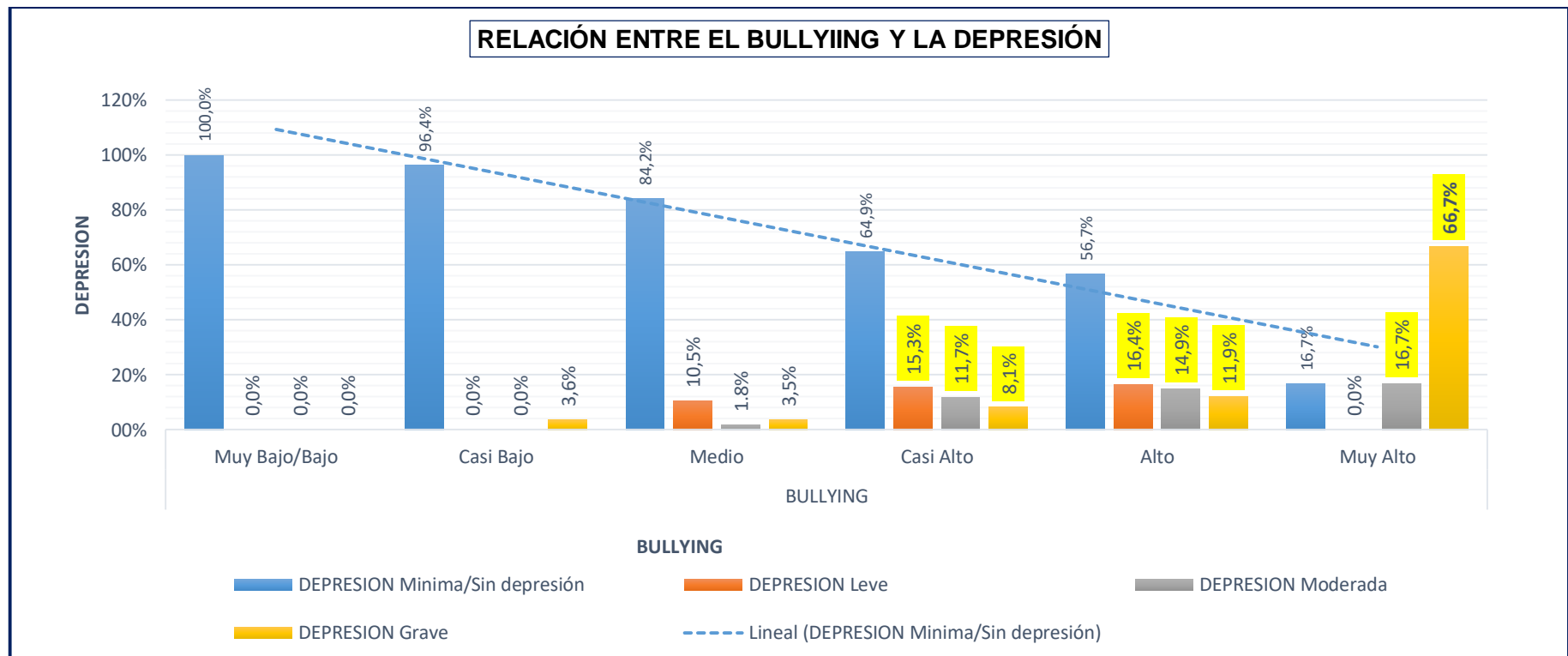
Por otra parte, del 100% de los adolescentes que sufren de bullying de nivel medio, el 84,2% no presentan depresión, el 10,5% tienen depresión leve, el 3,5% depresión grave y el 1,8% depresión moderada. En los alumnos que resultaron ser víctimas de bullying de nivel casi alto, el 64,9% no presentan depresión, 15,3% tienen depresión leve, el 11,7% depresión moderada y el 8,1% depresión grave.

Del total que son víctimas de bullying Alto, 56,7% no tienen depresión, 16,4% tienen depresión leve, el 14,9% depresión moderada y el 11,9% depresión grave. Y por último los que son víctimas de bullying de nivel Muy alto, del 100%, el 16,7% no tienen depresión, 16,7% tienen depresión moderada y el 66,7% tienen depresión grave.

GRÁFICO N° 05

RELACIÓN ENTRE EL BULLYING Y LA DEPRESIÓN EN LOS ADOLESCENTES

DE LA I.E. ENRIQUE PAILLARDELLE, TACNA 2017



FUENTE: Ítem Tabla N°05

4.2. DISCUSIÓN

En la Tabla N°01 se muestra los niveles de Bullying de los adolescentes de la I.E. Enrique Paillardelle, se halló que el 88,2% son víctimas de bullying, siendo el nivel casi alto con el 41,1% más reportado, seguido del 24,8% con nivel alto y 21,1% con nivel medio.

Estos resultados se asemejan a los resultados obtenidos por las investigaciones realizadas a nivel internacional tales como Magaña (13), en su estudio realizado en México, donde también se encontró un alto porcentaje de adolescentes víctimas del bullying con el 76,2%. También concuerda con la investigación realizada por González y Saenz (15), en su estudio realizado en Venezuela, donde obtuvieron como resultado que en el 4to año los adolescentes en un 91% presentaron acoso escolar y en el 5to año el 89%. En Ecuador, por Alfaro (58), revela una prevalencia alta del bullying siendo esta en un 96,9%.

En cuanto a los estudios realizados en el país, concuerda con el estudio de Figueroa (18), realizado en Lima-Metropolitana en el 2016, donde se encontró que el 69% de los estudiantes presentaron un nivel alto de bullying, el 19,9% nivel moderado y el 11,1% de nivel bajo. En el estudio de Robles L. (21), realizado en el Callao-Perú en el 2015, encontraron que el 41,7% presento una frecuencia alta de bullying.

Así mismo, concuerda con Saenz y Vergara (22) en su estudio realizado en Chimbote, donde obtuvieron que el 26,4% de los adolescentes, en porcentajes acumulados, se encuentran con nivel alto y muy alto, 4,6% con bullying severo y el 57,2% con nivel medio y 16,5% con nivel bajo, cabe mencionar que los autores consideraron que el nivel medio indica normalidad, es decir existe relación de agresión pero no son

consideradas como bullying y el nivel bajo no hay bullying ni otro tipo de violencia o agresión.

En comparación con las investigaciones realizadas en Tacna, los resultados coinciden con Torres (27), donde tuvieron como resultados que la mayoría de los estudiantes son víctimas de la violencia escolar en un 90,2% con niveles altos. Así mismo con Cahuana (31), donde encontraron que el 96,3% presentan bullying entre moderado y severo. Y con Valverde (32), donde el 80% de los adolescentes sufrieron del bullying entre moderado y severo.

Según el Psicólogo Carozzo (59), explica que la razón por el que el bullying aún prevalece o siga existiendo en el Perú, no por el simple hecho que habiten niños y jóvenes agresores que atacan a los más vulnerables, o porque dichos estudiantes viven en situaciones de riesgo social en donde asimilan y replican patrones de conducta agresiva que trasladan a la escuela. Menos aún por que existan niños (as) o jóvenes que poseen perfil propicio para ser agredido. El alega que lo que existe en la sociedad y se reproduce en la escuela, es la existencia de relaciones interpersonales basada en la inequidad y la asimetría del poder, relaciones autoritarias y verticales que gatillan formas de resolución de conflictos basados en la violencia y por qué no existen en el entorno familiar y escolar estilos o modelos de relación basados en la convivencia, tolerancia y la solidaridad.

Al respecto Sucasaca (60), refiere que el nivel de Bullying se mide a través de una serie de factores ya sea la existencia de una o más conductas de hostigamiento y violencia en el colegio, la repetición de la conducta, su duración que va ir alterando la personalidad del adolescente; la presencia de estas características acredita la existencia de un nivel de Bullying al cual el adolescente está sometido a un cuadro de acoso psicológico en la escuela afectando significativamente todos los aspectos de su vida

(académico, afectivo, emocional y familiar) así mismo refiere que ya sea un bullying bajo, medio y alto, constituye un problema que preocupa a padres, profesores y a la sociedad en general en tanto que tienen la responsabilidad educadora de los adolescentes.

Por lo que se evidenciaría que los estudiantes han sido víctimas de bullying alguna vez por parte de sus compañeros, donde las conductas de tipo físico y psicológica serían continuas, representando esto un flagelo de severa importancia que podría, a corto o mediano plazo, afectar el rendimiento académico, las relaciones interpersonales y el desarrollo social de la víctima.

En la tabla N°02 se observó que el bullying como fenómeno global presenta una baja intensidad con el 64,8%. Y el 34,2% han sido víctimas de alta intensidad, es decir, que han sido muchas veces víctimas de conductas agresivas por parte de sus compañeros.

Cabe mencionar que la intensidad del bullying es el número de actos de maltrato vividos por la víctima con alta frecuencia.

Según Piñuel y Oñate (39), explica que es la repetición de la conducta de acoso escolar que ha de ser evaluada por el niño que la padece no como meramente incidental (algunas veces, pocas veces), sino con una conducta que el niño espera sistemáticamente sufrir dentro del entorno escolar en la relación con aquellos otros niños que lo acosan.

Estos resultados se reafirman con el estudio de Robles L. (21), quien encontró que el 84,4% de los estudiantes de secundaria sufren de bullying con intensidad baja en mayor proporción. Al igual con el estudio de Alfaro (58), en Ecuador, quien obtuvo que el 77,1% presentan intensidad de acoso escolar baja y 13,5% alto.

Según Yedra (10), citando a Misle y Pereira, indica que la intensidad del acoso escolar tiene a aumentar a medida que se incrementa las situaciones y su periodicidad, pues quien es víctima comienza entender que no se trata de bromas o juegos, sino de una agresión sistemática e intencional contra su persona, que puede llegar a experimentar de forma tan fuerte que afecta su vida emocional y social. Quien también en su estudio halló que el 66,1% de los estudiantes adolescentes presentaron un acoso escolar de intensidad baja.

Lo cual indicaría que las conductas experimentadas de acoso escolar no son vividas con alta intensidad en su mayoría, esto podría deberse a que al principio no se reconocen tales conductas con un ataque intencionado, hasta que esta se haga más frecuentes o graves.

En la tabla N°03, se muestra las más frecuentes del bullying reportados, se halló que en el nivel Muy Alto el 3,7% sufren de la conducta de Exclusión social y Bloqueo seguido del 3,3% de Robos y Coacción; en el nivel Alto un significativo 57,4% sufren de la conducta de Exclusión social y bloqueo, seguido del 25,9% de Coacción; en cuanto al nivel casi alto más de la mitad de la población en estudio con un 70,7% manifiestan haber sido víctimas de Coacción, seguido del 35,2% de exclusión social; en cuanto al nivel Medio el 55,9% sufren de agresiones seguido del 49,6% que sufren de restricción de la comunicación; y por último en el nivel Bajo el 61,1% sufren de intimidación y amenazas, seguido del 45,6% que sufren de Robo.

Si analizamos con respecto a las conductas más frecuentes, encontramos en primer lugar a la Coacción con un 70,7% esto en un nivel Casi Alto, seguido de 61,1% de Amenazas en el nivel Bajo, 55,9 de agresiones en el nivel Medio, 57,4% de exclusión social y bloqueo en el nivel alto y con 3,7% sufren de Exclusión social y bloqueo con un nivel Muy Alto.

Siendo de severa ocurrencia las conductas de: Coacción (violencia verbal) y Exclusión social-Bloqueo (violencia social), ambos pertenecientes a la Violencia Psicológica, según Piñuel y Oñate.

La coacción, definida por los autores como aquellas conductas que pretenden que la víctima realice acciones contra su voluntad. Mediante estas conductas quienes acosan al niño pretenden ejercer un dominio y un sometimiento total de su voluntad; así, que la víctima haga esas cosas contra su voluntad proporciona a los que fuerzan o tuercen esa voluntad diferentes beneficios, pero sobre todo poder social. Los que acosan son percibidos como poderosos, sobre todo, por los demás que presencian el doblegamiento de la víctima. Así mismo con frecuencia las coacciones implican que el niño sea víctima de vejaciones, abusos o conductas sexuales no deseadas que debe silenciar por miedo a las represalias sobre sí o sobre sus hermanos. (39)

Y la Exclusión-Bloqueo Social agrupa las conductas que buscan excluir de la participación al niño acosado. El “tú no”, es el centro de estas conductas con las que el grupo que acosa segrega socialmente al niño. Al ningunearlo, tratarlo como si no existiera, aislarlo, impedir su expresión, impedir su participación en juegos, se produce el vacío social en su entorno. (39) Son ejemplos las prohibiciones de jugar en un grupo, de hablar o comunicar con otros, o de que nadie hable o se relacione con él, pues son indicadores que apuntan un intento por parte de otros de quebrar la red social de apoyos del niño. (37)

Estudios de otros países obtuvieron similares resultados, como el realizado en Ecuador-quito (2016), por Alfaro (58), quien describe que más de la mitad de los estudiantes reportaron que fueron víctimas de los componentes como: desprecio, coacción, agresión, exclusión con una intensidad casi alta. Concuenda con los resultados obtenidos por Robles L.

(21), quienes ocuparon en primer lugar la modalidad de coacción con el 99,1% seguido del desprecio y ridiculización con el 60,6%, tercero por las agresiones 56,6% y seguido de la restricción-comunicación con 55,7% quienes se hallan por encima del 50% de casos de medio a alto. Mismos resultados difieren con el resultado obtenido por Benavides (12), quienes 60% de los estudiantes víctimas refieren un índice alto de violencia y 50% de rechazos.

En el Perú, estos resultados concuerdan con Chulli y Cardenas (17), realizado en Lima en el 2017, quienes encontraron que las víctimas del bullying en su mayoría fueron por agresión psicológica con el 19,3% y verbal con el 22,3%. Lo mismo sucede con el estudio de Rodríguez y Noé (20), estudio realizado en Chimbote en el 2016, donde obtuvieron que las conductas más frecuentes fueron la Exclusión y Bloqueo Social con el 24,2% la restricción y Comunicación con el 37,4% y Robos con el 37,7%. Así mismo con el estudio de Hirpahuanca (61), quienes encontraron que el tipo de bullying más practicado es el de tipo verbal con el 18,5% seguido del psicológico con el 16,2% y por último el acoso físico con el 15,3%.

Como podemos observar, son muchos los estudios que hallaron mayor frecuencia de conductas de violencia psicológica. Esto conlleva a repercutir de manera muy negativa a la salud mental del adolescente, propenso a sufrir de trastornos mentales, y afectar su desarrollo en la Adulthood.

En la tabla N°04 se muestra el nivel de depresión en los adolescentes de estudio, Se observó que en mayor porcentaje con el 69,3% de los estudiantes presentan depresión mínima o catalogada sin depresión, mientras que 30,7% restantes presentan depresión en distintos niveles: 12,6% del total de la población de estudio tienen depresión leve, el 9,3% con depresión moderada y el 8,9% con depresión grave. Se encontró que

la media de la muestra total (11,39) se ubicó dentro de la categorización “depresión mínima o sin depresión”.

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades, en su décima versión, Una persona con un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo. Uno que sufre de episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica. Y durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave. (50)

A nivel internacional, dicho resultado guarda una similitud a los obtenidos por Buenaño y Tipantuña (9), quienes encontraron que el 75% de los adolescentes tenían ausencia de depresión, seguido del 27% con leve perturbación, 25% con depresión moderada, 22% con depresión intermitente, 14% de depresión grave y un 3% con depresión extrema. Lo mismo se encontró con el estudio de Benavides, et al. (12), quienes hallaron que solo el 22,5% presentan depresión. Y concuerda con los resultados obtenidos por Gonzalez y Saenz (15), quienes también encontraron un nivel mínimo de depresión el 85,7% catalogada por el autor como depresión normal en los adolescentes en el 4to año, 13% nivel leve, 1% nivel moderado y el 0,3% nivel severo. En el 5to año 90% no tienen depresión, 9,4% con depresión leve, 0,3% depresión moderada y 0,3% depresión severa. Tales resultados, explica citando a Castillo 2008, quien

refiere que los malos tratos entre compañeros (bullying) e presenta como algo “normal” que ocurre en adolescentes como parte de un proceso de socialización, por tanto, los apodosos ofensivos, las burlas, los golpes y abusos en general son tolerados como parte de las relaciones habituales entre estudiantes de secundaria.

Estos resultados pueden explicar mediante el Modelo de Sistemas de la Dra. Betty Neumann, quien sostiene que las personas somos seres holísticos y sistemas abiertos influenciados por el medio que nos rodea. Sin embargo, en su modelo nos refiere que si una persona posee una estructura básica en buenas condiciones y bien fortalecida, los factores estresores pueden no afectarle con gravedad su salud. Por lo que se debe brindar a la población de estudio una prevención primaria, con el fin de fortalecer las líneas de defensa, mediante la promoción de las habilidades de afrontamiento y autoestima. Y a los afectados del bullying y la depresión, brindar apoyo multidisciplinario como medida de prevención secundaria. (30)

Es decir nos encontramos frente a una población de estudio que en su conjunto no padecería un riesgo a sufrir la depresión, ya que se obtuvo un nivel bajo en más de la mitad de la muestra. A pesar de los factores de riesgo que pueden estar sometidos gozan de una salud mental establecen su mayoría.

En la tabla N° 05, nos muestra la relación Bullying y Depresión, si bien el 88,2% de los adolescentes presentan bullying y el 69,3% no tienen depresión En la tabla de relación, se observó que a medida que el nivel del bullying se acrecienta, es decir, que a mayor frecuencia del bullying, mayor es la presencia y gravedad de la depresión.

Es decir, los estudiantes que no son víctimas del Bullying, casi el 100% no presentan síntomas de depresión. Por otro lado, cuanto mayor es el nivel de bullying, mayor es la presencia de depresión así mismo la gravedad de esta aumenta, obteniéndose que los alumnos que sufren de bullying nivel muy Alto, el 66,7% tienen depresión grave.

Sin embargo, cabe mencionar que existe un porcentaje de estudiantes que aun siendo víctimas de bullying en diferentes niveles, no presentan depresión alguna. Esto puede explicarse a que más del 50% sufre el bullying en baja intensidad.

Este último hallazgo puede explicarse en el estudio realizado por Saenz (37), donde encontró que un grupo de adolescentes manifiestan que las intimidaciones entre compañeros son normales, que siguiendo a los planteamientos de Olweus, terminan por valorar la agresión como intrascendente e incluso respetable. Así mismo en un estudio realizado en Perú por Salas (62), titulado "Percepción del Acoso Escolar O Bullying de los Estudiantes de las Instituciones Educativas Secundarias de la Jurisdicción del Puesto de Salud Guadalupe Juliaca 2015", concluyeron que el 24% manifiesta que es algo normal y común en el colegio, es decir uno de cada cuatro considera que es "normal".

Esto también lo explica el estudio Cisneros X por Oñate Y Piñuel (39), quienes mencionan que tanto familiares, docentes y los involucrados ya sea como víctima, espectador o agresor, ven este fenómeno como un comportamiento normal que pasan todo adolescente en su etapa escolar.

Haciendo una revisión y contrastando con estudios de otros países. Dichos resultados difieren con los obtenidos en Guatemala en el 2013 en la investigación realizada por Turcios (16), en donde hallaron que el 57% de víctimas del bullying presentan mínima depresión, el 14% con depresión

media y 29% depresión moderada y ninguno padece depresión severa. Tales resultados también difieren con lo obtenido en Venezuela en el 2014 por Gonzalez y Saenz (15), quienes encontraron niveles de depresión normal en víctimas de acoso escolar.

Sin embargo en el estudio realizado en Ecuador en el 2016-2017 por Buenaño y Tipantuña (9), quienes al igual que la presente investigación, a pesar de que la mayoría de estudiantes no presentaron depresión, observaron que el 65,6% de las víctimas del bullying presentaron depresión entre intermitente, moderada, grave y extrema manifestando que muchas veces han sufrido de esta intimidación. También es similar resultado con Morales (14), en México, 2014, quien encontró que los estudiantes que presentaron bullying alto tienen depresión moderada en un 59,5%, los de bullying casi alto muestran depresión moderada en un 57,6% y de bullying casi alto y alto con depresión grave el 16,7%.

Referente a estudios similares realizados en el Perú, concuerda con lo planteado por Saenz (37), que el rechazo, crítica, burlas y agresiones de los pares (entre compañeros de clase) significa un evento estresante significativo, así como la devolución de una autoimagen negativa y de poco valor personal, lo que explicaría la sintomatología depresiva más elevada.

Por lo tanto, hacerse bromas, burlarse de otros, “vacilarse”, darse apodos, forma parte de la idiosincrasia de nuestro país, promovida por muchos medios de comunicación como algo normal o incluso cómica. Por ello se puede explicar que los estudiantes víctimas del bullying pueden percibirlo como algo normal.

Otra explicación puede ser que los adolescentes que son víctimas del bullying, poseen una gran fortaleza o habilidades de afrontamiento interno. Esto lo explica Saenz (37) quien indica que esto se debería a que sus

características ambientales funcionan como factores protectores hacia el desarrollo de síntomas depresivos, asimismo recalcan que la salud de los adolescentes podría deberse a otros factores asociados los cuales le dan mayor fortaleza biológica y psicológica en lo que se refiere a vulnerabilidad para el desarrollo de síntomas depresivos.

En la tabla N° 06, se muestra El coeficiente de correlación no paramétrica entre las dos variables de estudio, encontrándose con un coeficiente de 0,320 y un nivel de significancia de 0,000. Por lo que podemos afirmar que existe una relación positiva con una intensidad de asociación alta.

Es decir, a mayor el nivel de Bullying, mayor será la gravedad de la depresión.

Por lo tanto, se acepta la Hipótesis Alternativa, en el cual afirma que si existe relación entre el bullying y la depresión en los adolescentes de la I.E. Enrique Paillardelle, Tacna 2017.

Los resultados de correlación significativa concuerdan con estudios internacionales, tales como en México por Garcia, et al. (11), quienes obtuvieron que a mayor grado de Bullying (víctima), mayor grado de depresión ($p=0,000$). Lo mismo sucede con el estudio en Colombia, 2015 por Benavides (12), quienes encontraron una relación estadísticamente significativa. Y a nivel Nacional concuerda con el estudio de Saenz (37) quien afirma que la incidencia en acoso escolar si está relacionada a la presentación de sintomatología depresiva.

Según el estudio realizado por Cahuana y Gamero (19), en Ica-Perú 2016, donde investigaron los efectos del bullying, obtuvieron que en la dimensión psicológica, los estudiantes víctimas de este fenómeno, uno de

efectos fue la depresión, y entre otros la baja autoestima, pérdida de interés por la vida, trastornos emocionales y el rendimiento académico, sin mencionar en las dimensiones físicas y verbales.

Según Musalmen y Castro (31), de Chile en el 2015, refieren que los alumnos o jóvenes que sufren de maltrato por parte de pares, afecta la formación de la identidad personal y social. Estos efectos interfieren el desarrollo social, emocional y caracterológico, pudiendo perdurar a lo largo de toda la vida, afectando la estabilidad emocional, la seguridad o confianza en sí mismo, el sentido del propio valor y la confianza en los vínculos.

Por tanto, la depresión está muy ligada con la autoestima, es por ello que si un adolescente no construye una autoestima sólida y saludable, puede estar predispuesto o vulnerable a factores externos ya sea con emociones agresivas, negativas y mayor depresión.

Según Vallés (63), en su estudio Emociones y sentimientos en el acoso escolar por el Instituto Psicopedagógico del Perú, menciona que el aprendizaje de la convivencia forma parte del proceso de socialización del individuo y se incluye en el desarrollo integral de la personalidad, sin embargo este aprendizaje no está exento de dificultades y conflictos interpersonales en forma de comportamientos acosadores, intimidadores, de abuso, manipulación, maltrato y otras formas de violencia física y psicológica hacia los demás, los cuales provocan emocionalidad negativa en quienes son víctimas de estos comportamientos de maltrato. Vallés cita a Kowalski, Limber y Agatston (2010), quienes mencionan que estas emociones negativas pueden dar lugar a trastornos psicológicos como la depresión pero esta también causa baja autoestima, indefensión y ansiedad/fobia social. Vallés concluye que las víctimas de acoso escolar tienen bajo nivel de Inteligencia Emocional.

Es por ello que, la estabilidad emocional y habilidades de afrontamiento se aprenden en el hogar, y el colegio es el lugar donde se pone en práctica estas habilidades y se fortalecen gracias a la orientación del docente.

Como bien lo sostiene la Betty Neumann, en su modelo de sistemas, las fuerzas estresantes del entorno de la persona puede incrementar la enfermedad o el impacto negativo si hay más energía requerida que la disponible para sostener la vida, para ello menciona la importancia de la intervención de la enfermera, identificando y evaluando los estresores, valorando la respuesta de la persona (en este caso el adolescente), el uso de los factores protectores de la misma y la recuperación, viendo a la persona como una totalidad compuesta de variables psicológicas, socioculturales y de desarrollo (30)

Es importante que el adolescente tenga un buen desarrollo emocional y social en la escuela, esto implica relaciones sanas y positivas que fomenten el reconocimiento, respeto y valoración en todos los integrantes de la comunidad escolar.

Esta prevalencia del bullying en los estudiantes, puede deberse a que los docentes hacen omiso a este problema, o les resulta dificultoso, o simple temor o falta de voluntad en involucrarse en los procesos interpersonales entre los alumnos. O como menciona Piñuel y Oñate, en el estudio Cisnero X, (39), que existe un síndrome de negación ante el acoso escolar, considerándolo como parte de la vida el maltrato forja el carácter, tomándolo como una broma de niños, o porque la víctima se lo merece, no tomarlo importancia o dejar que el tiempo lo solucione, es decir trivializar o banalizar el acoso escolar.

Entonces, es crucial que el docente atienda, escuche, y sea muy observador en lo que sucede en la institución educativa, y no solo cumplir

con las competencias laborales del curso. Y brindar ayuda a encontrar soluciones, y fomentar una saludable convivencia entre los alumnos. Promoviendo empatía, colaboración aceptación de diferencias el respeto mutuo y sobre todo orientar al propio estudiante a que desarrolle su capacidad de resolución de conflictos.

CONCLUSIONES

- Los Adolescentes de la I.E. Enrique Paillardelle tienen un nivel casi alto (41,1%).
- Los adolescentes de la I.E. Enrique Paillardelle presentan una depresión mínima o sin depresión (69,3%).
- Se evaluó que la relación existente entre las variables bullying y depresión en los adolescentes de la I.E. Enrique Paillardelle; mediante el coeficiente Rho de Spearman, es de 0,320 y un nivel de significancia de 0,000. Por lo que podemos afirmar que existe una relación positiva con una intensidad de asociación alta. Es decir, a mayor el nivel de Bullying, mayor será la gravedad de la depresión.

RECOMENDACIONES

Este fenómeno es un grave problema de salud pública, que debe resolverse desde un enfoque multidisciplinar e integral. Si bien la incidencia del bullying es altísima, la depresión no está muy presente. Sin embargo se debe impulsar la prevención y control mediante una supervisión continua y muy observadora, y no esperar que el nivel de depresión llegue a ser más grave.

Debido a altos niveles de bullying que viven los adolescentes y hallado una depresión mínima en su mayoría y , se recomienda lo siguiente:

A las instituciones

- Impulsar talleres que promuevan una convivencia de respeto y tolerancia entre los estudiantes y la sobre el bullying en las horas de tutoría.
- Así también desarrollar competencias emocionales o habilidades de afrontamiento; como la empatía, liderazgo, mejora de autoestima, entre otros, y las habilidades sociales en los horarios de tutoría, para fortalecer la salud mental y del mismo modo mitigar la depresión presente en la minoría de los adolescentes y de esta manera garantizar el bienestar psicológico del adolescente.
- Conformar comités de vigilancia en padre, docentes y los mismos estudiantes, para mayor supervisión en la institución.

A la familia

- Sensibilizar a los padres para que establezcan mayor comunicación con sus hijos y de esta manera detectar a tiempo adolescentes víctimas de bullying o estado depresivo grave.

A los profesionales de salud:

- Mayor importancia en la detección temprana del bullying en la atención primaria de salud, así como la existencia de una posible depresión.
- Brindar atención multidisciplinaria en casos de bullying.
- Brindar apoyo psicológico al adolescente en casos de depresión, e involucrar a la familia y escuela.
- Promover la tolerancia, respeto y habilidades de afrontamiento en los adolescentes como medida preventiva, en las instituciones educativas.

Otras investigaciones:

- Realizar investigaciones comparativas de prevalencia del bullying o acoso escolar entre instituciones públicas y privadas de Tacna.
- Realizar un estudio correlacional entre los efectos del bullying con las habilidades de afrontamiento.
- Realizar investigaciones que identifique los factores causales del Bullying.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud. Programa de salud escolar 2013. Perú: Ministerio de Salud; 2013
2. El Comercio. Día Contra El Bullying: Hubo 11 mil casos en los últimos 4 años. [serie en internet]. 2017 Mayo 02; [citada 2017 Agosto 26]. Disponible en: <https://elcomercio.pe/peru/diacontraelbullying-hubo-11-mil-casos-ultimos-4-anos-418029>
3. La Republica. INEI: 65 de cada 100 escolares han sufrido bullying en sus colegios. [serie en internet]. La Republica. 2016 Agosto 29; [citada 2017 Mayo 16]; Sect. Sociedad. Disponible en: <http://larepublica.pe/sociedad/798218-inei-65-de-cada-100-escolares-han-sufrido-bullying-en-sus-colegios>
4. La Republica. En Tacna, se detecta alto índice de maltrato escolar. [serie en internet]. La Republica. 2016 Mayo 15; [citada 2017 Mayo 16]; Sect. Sociedad. Disponible en: <http://larepublica.pe/impres/sociedad/767637-en-tacna-se-detecta-alto-indice-de-maltrato-escolar>
5. Schutz J, Urdebeek S. Enfermería Psiquiátrica, Planes de Cuidado. México. El Manual Moderno; 2013.
6. Perú 21. El 18% de la población suicida en Perú corresponde a niños y adolescentes. [serie en internet]. 2014 Agosto 26; [citada 2016 junio 28]; sect. Salud. Disponible en: <http://peru21.pe/actualidad/18-poblacion-suicida-peru-corresponde-ninos-y-adolescentes-2146380>
7. Mamani E., 5 de cada 100 personas en Tacna sufre de depresión. [serie en internet]. Correo Tacna. 2016 Octubre 12; ; [citada 2016 junio 17]; Sect, Ciudad, Disponible en: <http://diariocorreo.pe/ciudad/5-de-cada-100-personas-en-tacna-sufre-de-dep-74178/>
8. Walter Mello. Alta incidencia de bullying en Tacna según Defensoría. [serie en internet]. La Republica. 2016 Junio 29; [citada 2016 junio

- 28]; sect. Defensoría del Pueblo. Disponible en: <http://larepublica.pe/28-06-2012/alta-incidencia-de-bullying-en-tacna-segun-defensoria>
9. Buenaño E., Tipantuña M. Bullying y depresión en adolescentes del décimo año de Educación Básica en la Unidad Educativa Fiscal “Benito Juárez” del Distrito Metropolitano de Quito. Periodo octubre 2016 - febrero 2017.[tesis de licenciatura]. Ecuador. Editorial universidad central del Ecuador. 2017. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/10123>
 10. Yedra L. Acoso escolar en adolescentes. Universidad Rafael Urdeneta. Maracaibo, 2016. [optar grado de licenciatura]
 11. García G., Velasco V., Vizcarra V. Víctima de *Bullying*, aprovechamiento escolar y depresión en adolescentes mexicanos de la frontera entre México y Estados Unidos de Norteamérica. Rev. Internacional sobre Diversidad e Identidad en la Educación. 2015: 2(1) [en línea] [fecha de consulta 2017 septiembre 19]. Disponible en:
 12. Benavides JA, Labachuco A, López N, Salazar J. Prevalencia de depresión en estudiantes con bullying de una institución educativa distrital de Bogotá. Rev.salud.hist.sanid.on-line 2015;10(2):23-33 (julio-diciembre). Disponible en: <http://revistas.uptc.edu.co/revistas/index.php/shs>
 13. Magaña K. “Personalidad, Autoestima Y Depresión Asociados A Bullying En Adolescentes De La Escuela Preparatoria Oficial No. 19, San Martín De Las Pirámides, Estado De México, 2012-2013”. [tesis de especialidad]. México. Editorial: universidad Autónoma del Estado de Mexico. 2014
 14. Morales M. Bullying y su relación con la depresión en adolescentes.[tesis de licenciatura]. Mexico. Editorial: Universidad Autonoma de Queretaro. 2014.

15. González D., Sáenz N. Acoso escolar, Ansiedad, Depresión en Adolescentes de ciclo Diversificado. [tesis de especialidad]. Maracaibo. Editorial: Universidad Rafael Urdaneta. 2014.
16. Turcios E. Niveles de depresión que se presentan en jóvenes víctimas de bullying que cursan la secundaria en un colegio privado de la ciudad capital. [tesis de licenciatura]. Guatemala. Editorial: Universidad Rafael Landívar. 2013.
17. Chulli D., Cardenas J., Vilca L. "Funcionamiento familiar y bullying en estudiantes de instituciones educativas públicas del distrito de Lurigancho". [en línea] 2017, Revista de Investigación Apuntes Psicológicos. Vol2 (1) [Enero-Marzo]; [citada el 2017 SETIEMBRE 21],
18. Figueroa, S. Inteligencia emocional y *bullying* en estudiantes del nivel secundario de dos instituciones educativas de Lima-Metropolitana, 2016 [Tesis para licenciatura]. Lima: Universidad Peruana Unión., 2017.
19. Cahuana S., Gamero E. Efectos del bullying en los alumnos de la Institución Educativa Ciro Alegría de Alto Larán-Ica. [tesis de licenciatura]. Ica: Universidad de Huancavelica, 2016.
20. Rodriguez D., Noé H. Acoso escolar y asertividad en institución educativa nacional de secundaria de Chimbote Perú. 2016. Rev. Inv. Alto andino. 2017. Vol. 19 (2) Universidad Cesar Vallejo de Chimbote.
21. Robles L. Frecuencia del Bullying y sus modalidades en estudiantes de educación secundaria de una Institución Educativa Pública. Rev. Científica Agora. 2016 03 (01) [tesis de licenciatura] Universidad Norbert Wiener. Callao.
22. Sáenz S., Vergara J. Bullying en estudiantes de secundaria de las instituciones educativas estatales de la UGEL 07 y nivel de preparación del docente para abordarlo. [tesis de maestría]. Lima-Perú. Editorial: Universidad "Marcelino Champagnat", 2016

23. Salas O. Percepción del Acoso Escolar O Bullying de los Estudiantes de las Instituciones Educativas Secundarias de la Jurisdicción del Puesto de Salud Guadalupe Juliaca 2015 [tesis para especialidad]. Arequipa: Universidad de San Agustín, 2015.
24. Vizcarra A. El bullying y el aprendizaje escolar de los estudiantes del tercer grado de educación secundaria de la institución educativa “Gran Unidad Escolar Mariano Melgar” del distrito de Mariano Melgar – Arequipa. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín [tesis de licenciatura], 2013.
25. Quenta L. Bullying escolar e ideación suicida en los estudiantes del tercer año de secundaria de Instituciones Educativas Públicas, Tacna, 2015. [tesis de Maestría]. Lima Perú. Editorial: Universidad Peruana Unión. 2015.
26. Morales M. Maltrato Intrafamiliar relacionado al riesgo de suicidio en los Adolescentes de 4° y 5° año de secundaria de la I.E. Enrique Paillardelle Tacna 2014. [tesis de licenciatura]. Tacna Perú. Editorial: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. 2015.
27. Torres S. El Bullyng, características sociodemográficas y el clima familiar de los adolescentes de la Institución Educativa Manuel A. Odria ,Tacna – 2012. [tesis de licenciatura]. Tacna – Perú. Editorial: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. 2013.
28. Cahuana H. Factores Familiares relacionados al Bullying en adolescentes de la I.E. Jorge Martorell Flores-Tacna-2012. [Tesis de licenciatura]. Editorial: Universidad Nac. Jorge Basadre Grohmann. 2012.
29. Valverde Y. Violencia escolar o bullying relacionado con el funcionamiento familiar, adolescentes de la I.E. "Mariscal Cáceres" Tacna – 2011. Tacna-Peru. Editorial: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. 2011

30. Tomer A. Alligood M. Modelos y Teorías en Enfermería. 6ed. España. Elsevier; 2007.
31. Musalmen R, Castro P., Que sabe de Bullying, Rev Med Clin Las Condes [serie en internet]. Chile. 2015 Febrero. [citada 2017 Mayo 16].26 (1): [Alrededor de 10 pantallas]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-que-se-sabe-bullying-S071686401500005X>
32. Revista Mexicana de Investigacion Educativa, Bullying: El poder de la violencia. Una perspectiva cualitativa sobre acosadores y víctimas en escuelas primarias de Colima, vol.18 no.58 México jul-sep. 2013
33. Revista Digital de Humanidades: Bullying (Violencia Escolar), autor: Lic. Nora E. Juri, , 2012
34. Mercedes N., Seijo DS., Vilariño M. Vazquez M. Frecuencia e Intensidad en el Acoso escolar ¿Qué es la victimización? Revista Iberoamericana de Psicología y Salud Vol 4 Num 2 julio 2013 pp 1-15 Sociedad universitaria de investigación en psicología y salud. España.
35. Sullivan K., Cleary M. Bullying en la enseñanza secundaria: el acoso escolar. España. Editorial Ceac. 2003.
36. Aranda E. Violencia escolar entre alumnas de primero de secundaria de una institución educativa del callao. [Tesis licenciatura]. Lima Perú. Universidad San Ignacio de Loyola. 2010.
37. Saenz M. Sintomatología Depresiva y acoso escolar en un grupo de adolescentes escolares. [tesis doctoral]. Lima-Peru. Editorial: Tesis PUC. 2011.
38. Orozco W. Acoso escolar entre estudiantes: la epidemia silenciosa. Ebais. [serie en internet]. [2017 Mayo 20]. 26(1): [16 paginas]. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v26n1/art3.pdf>

39. Oñate A., Piñuel I. Estudio Cisneros X Violencia y acoso escolar en España. Instituto de innovación educativa y desarrollo directivo. Septiembre 2006.
40. Ruiz, R.; Riuró, M.; Tesouro, M. Estudio del bullying en el ciclo superior de primaria. Educación XXI. [serie en internet]. 2015. [citada 2017 Mayo 21]; 18(1): [23 hojas] Disponible en: <http://revistas.uned.es/index.php/educacionXX1/article/viewFile/12384/12227>
41. Loredo A., Perea A., Lopez G. Bullying: acoso escolar. La Violencia entre iguales. Problemática real en adolescentes. Acta Pediatrica de Mexico. Vol. 29. Num. 4. 2008
42. Moreno V. El bullying o acoso escolar en la Educación Secundaria. La Educación Física y el Deporte como medios de prevención e intervención. [Monografía en Internet]. Sevilla: Universidad de Sevilla. 2015 Junio 11. [Citada 2017 Mayo 21]. [41 paginas]. Disponible en: <https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/32872/TFG-0194.pdf?sequence=1>
43. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia-UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2011: La Adolescencia, Una época de oportunidades. 2011.
44. OMS, Salud Mental, trastornos mentales : depresión OMS 2017 disponible en: http://www.who.int/mental_health/management/depression/es/
45. OMS, Salud Mental trastornos mentales : depresión OMS FEBRERO 2017 disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
46. Retamal, P. (1998). *Depresión*. Santiago, Chile: Editorial Universitaria.
47. Zúñiga A, Sandoval M, Urbina C, et al. Los Trastornos del Estado de Animo. Revista Dig. Univ. UNAM. [serie en internet]. 2005 Noviembre

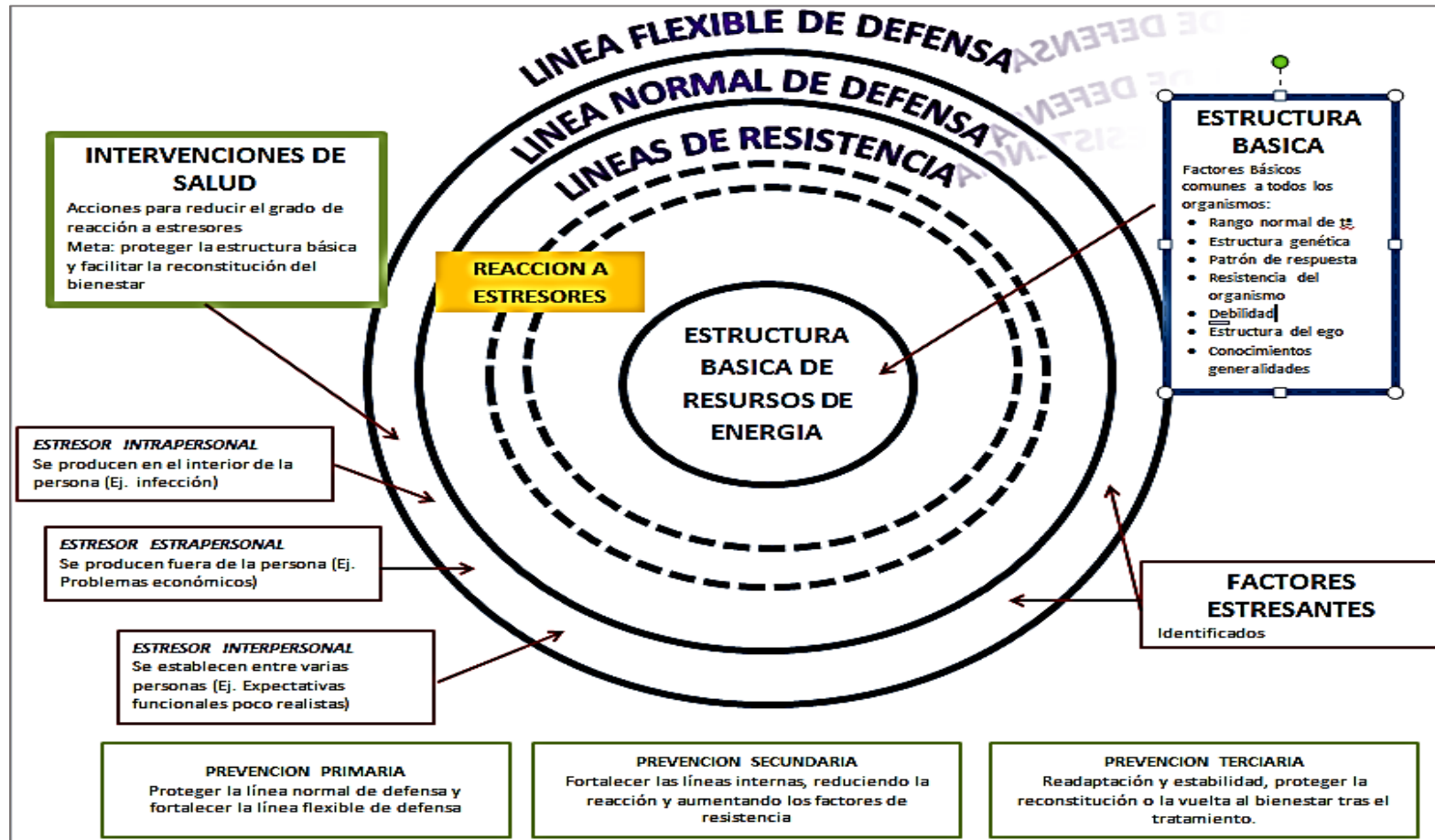
10. [2017 Mayo 21]; 6 (11): [14 paginas]. Disponible en: http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art110/nov_art110.pdf
48. Scucheuski IF. Enciclopedia de Psiquiatría. México. Editorial Grijalbo S.A.; 1960.
49. Dirección General de Promoción de la Salud, Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz, Universidad Nacional Cayetano Heredia. La depresión. Perú. Minsa Perú. 2005.
50. OMS, Clasificación Internacional de enfermedades mentales de la OMS CIE-10, Barcelona, 2006. Copyright
51. García M. La depresión. La salud mental de las personas jóvenes en España. [serien en internet]. Curso de Psiquiatría. Universidad Complutense de Madrid. Disponible en: <http://www.injuve.es/sites/default/files/RJ84-07.pdf>
52. OMS Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente: Desarrollo del Adolescente. OMS 2017. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/de v/es/
53. Ponce M. Desarrollo Normal del Adolescente. Escuela del Ministerio Publico, Republica del Perú. 2015.
54. Awuapara S., Aldivieso M. Características bio-psicosociales del Adolescente. Revista Odontolo-Pediátrica Vol 12 n°2 Julio-diciembre 2013
55. Adrián J., Rangel E. Tema 1: la Transición Adolescente y la Educación. Aprendizaje y Desarrollo de la Personalidad (SAP001)
56. Perú 21. ¿Por qué se dan los problemas de salud mental en niños y adolescentes? 2017. Disponible en: <https://peru21.pe/lima/ocho-ninos-adolescentes-sufre-problemas-salud-mental-60143>
57. Sulca R. Claves para promover salud mental en los adolescentes. RPP Noticias. 2017. Disponible en: <http://vital.rpp.pe/expertos/claves-para-promover-salud-mental-en-los-adolescentes-noticia-1001168>

58. Alfaro W. Prevalencia de Bullying en adolescentes de bachillerato del Distrito Metropolitano de Quito y su relación con la funcionalidad familiar de abril a septiembre del 2016. Enero 2017. [tesis de especialidad]. Ecuador. Editorial: Universidad Central de Ecuador. 2017.
59. Carozzo J. el bullying en la escuela. Rev. Psicología 12, 2010. Observatorio sobre la violencia y convivencia en la escuela
60. Sucasaca J., Yanqui S. Bullying en adolescentes de las instituciones educativas secundarias María Auxiliadora e Independencia, puno-2012. Puno: Universidad Nacional del Altiplano, 2013.
61. Hirpahuanca B. Bullying en las Estudiantes del Centro Rural de Formación en Alternancia Virgen de Natividad de Pacca, Provincia de Anta. Cusco. 2016. [tesis para licenciatura]. Cusco: Universidad Nacional del Altiplano., 2017.
62. Salas O. Percepción del Acoso Escolar O Bullying de los Estudiantes de las Instituciones Educativas Secundarias de la Jurisdicción del Puesto de Salud Guadalupe Juliaca 2015 [tesis para especialidad]. Arequipa: Universidad de San Agustín, 2015.
63. Vallés A. Emociones y Sentimientos en el Acoso Escolar. Rev. Dig. Perú Instituto Psicopedagógico EOS Perú. 2014.

Anexos

ANEXO N° 01

MODELO DE SISTEMAS DE NEUMANN



AUTORA: Dra Betty Neumann

ANEXO N° 02

POBLACIÓN

POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población de estudio está constituida por la totalidad de escolares de 1ro a 5to año del nivel secundario (890 estudiantes), matriculados en año académico 2017 y que asisten regularmente a la Institución Educativa.

POBLACION DE ESTUDIO

AÑO ACADÉMICO	N° SECCIONES	TOTAL DE ESTUDIANTES
PRIMERO	A,B,C,D,E,F,G = 6	188
SEGUNDO	A,B,C,D,E,F,G = 6	186
TERCERO	A,B,C,D,E,F,G = 6	184
CUARTO	A,B,C,D,E,F = 5	158
QUINTO	A,B,C,D,E,F,G = 6	176
TOTAL	29	890

ANEXO N° 03

MUESTRA

MUESTRA

La muestra elegible representativa del universo será de 270 escolares obtenidos estadísticamente mediante la fórmula para poblaciones finitas (conocidas).

$$n = \frac{Z^2 pqN}{e^2(N-1) + Z^2 pq}$$

Donde:

N	890	Población escolar de 1ero a 5to año de nivel secundario de la I.E. Enrique Paillardelle
Z	1,96	Valor Z para un nivel de significancia = 0,05
p	0,15	Proporción de escolares que tienen la característica de interés.
q	1-p= 0,85	Probabilidad de desacierto o fracaso
e	0,05	Margen de error
n	270	Tamaño de la Muestra

$$n = \frac{(1,96)^2 (0,15) (0,85) (843)}{(0,05)^2 (890-1) + (1,96)^2 (0,15) (0,85)}$$

$$n = 269,67 = 270 \text{ adolescentes}$$

**DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR METODO ESTRATIFICADO
PROBABILÍSTICO, DONDE CADA AÑO CONSTITUYE UN ESTRATO.**

$n/N = 270/890 = 0,303$

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR AÑO DE ESTUDIO

AÑO DE ESTUDIO	POBLACION	MUESTRA
PRIMERO	188x0,303	57
SEGUNDO	186x0,303	56
TERCERO	184x0,303	56
CUARTO	158x0,303	48
QUINTO	176x0,303	53
TOTAL	865x0,303	270

ANEXO N° 04

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO AUTO-TEST DE CISNEROS

1. Se construye una tabla como la adjunta, donde se coloca los puntajes por ítems y sus respectivos promedios:

N° de ítem	Expertos					Promedio
	I	II	III	IV	V	
1	5	5	5	4	5	4,80
2	4	4	5	5	4	4,40
3	4	4	5	5	5	4,60
4	5	4	5	5	4	4,60
5	5	5	5	4	5	4,80
6	5	4	5	5	5	4,80
7	5	5	5	5	5	5,00
8	4	5	5	5	4	4,60
9	4	4	5	4	5	4,40

2. Con los promedios hallados se determina la distancia de puntos múltiples (DPP), mediante la siguiente ecuación:

Donde $DPP = V(x - y_1) + (x - y_2) + \dots + (x - y_9)$

Donde x = Valor máximo de la escala concebida para cada ítem (5).

Y = promedio de cada ítem.

En el presente trabajo la DPP es **1,15**

3. Determinar la distancia máxima (D máx.) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero(0), con la ecuación.

Donde $DPP = V(y_1 - 1) + (-y_2 - 1) + \dots + (y_9 - 1)$

Y = valor máximo de la escala para cada ítem

El valor de los resultados es D máx.= **12,00**

4. Con éste último valor hallado se construye una nueva escala valorativa a partir de cero, hasta llegar a D máx. dividiéndose en intervalos iguales entre sí. Llamándose con las letras A, B, C, D, E.

Siendo:

Ay B : Adecuación total

C : Adecuación promedio

D : Escasa adecuación

E : Inadecuación

A

.....1,17.....

0 2,400

B

.....

2,401 4,800

C

.....

4,801 7,200

D

.....

7,201 9,600

E

.....

9.601 12.00

5. El punto DPP debe caer en las zonas A y B en caso contrario, la encuesta requiere reestructuración y o modificación, luego de los cuales se somete nuevamente a juicio de expertos. El valor DPP fue

1,15 cayendo en las zonas A y B lo cual significa una adecuación total del instrumento y que puede ser aplicado.

6. Calculo Mediante Excel:

**DISTANCIA DE PUNTOS MULTIPLES
EVALUACIÓN POR EXPERTOS
DETECCION DE BULLYING**

Nº	EXPERTO I	EXPERTO II	EXPERTO III	EXPERTO IV	EXPERTO V	PROMEDIO	MAYOR PTS. (MPE) - (P)	(A)^2	(C) ^2
1	5	5	5	4	5	4,80	0,20	0,04	16
2	4	4	5	5	4	4,40	0,60	0,36	16
3	4	4	5	5	5	4,60	0,40	0,16	16
4	5	4	5	5	4	4,60	0,40	0,16	16
5	5	5	5	4	5	4,80	0,20	0,04	16
6	5	4	5	5	5	4,80	0,20	0,04	16
7	5	5	5	5	5	5,00	0,00	0,00	16
8	4	5	5	5	4	4,60	0,40	0,16	16
9	4	4	5	4	5	4,40	0,60	0,36	16
TOTAL								1,32	144
								1,15	12,00
								DPP	DMAX

VALIDACIÓN DEL AUTO TEST CISNEROS

Juicio de Experto N° 01

VALIDACION DE INSTRUMENTO
AUTOTEST: DETECCION DE BULLYING
Cisneros

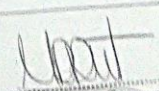
PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACION				
	1	2	3	4	5
1¿. Considera Ud. que los ítems del instrumento mide lo que se pretende medir?				X	
2¿. Considera Ud. que la cantidad de ítems registrados en ésta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?					X
3¿. Considera Ud. que los ítems contenidos en éste instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?					X
4¿. Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades éste instrumento a muestras similares obtendríamos también datos similares?					X
5¿. Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio ?				X	
6¿. Considera Ud. que todos y cada uno de los ítems contenidos en éste instrumento tienen los mismos objetivos?					X
7¿. Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no dá lugar a diversas interpretaciones?					X
8¿. Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?					X
9¿ Estima U. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetos materia de estudio				X	
10.-¿Qué aspectos habría que modificar , qué aspectos tendría que incrementar a qué aspectos habría que suprimirse?					

Validación del instrumento (Marque)

Aplicable	<input checked="" type="checkbox"/>	No aplicable	
Aplicable atendiendo a las observaciones			

Datos generales de la opinión del experto:

Nombres y Apellidos	DIANO LORENO URRUTIA ZIGARRA	DNI N°	70493302
---------------------	------------------------------	--------	----------


 Diana L. Urrutia Zegarra
 PSICÓLOGA
 C.Pa.R. 29020

VALIDACIÓN DEL AUTO TEST CISNEROS

Juicio de Experto N° 02

VALIDACION DE INSTRUMENTO
AUTOTEST: DETECCION DE BULLYING
Cisneros

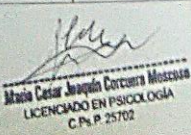
PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACION				
	1	2	3	4	5
1¿ Considera Ud. que los items del instrumento mide lo que se pretende medir?					X
2¿ Considera Ud. que la cantidad de items registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?					X
3¿ Considera Ud. que los items contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?					X
4¿ Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares obtendríamos también datos similares?					X
5¿ Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio ?					X
6¿ Considera Ud. que todos y cada uno de los items contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?					X
7¿ Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no dá lugar a diversas interpretaciones?					X
8¿ Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?					X
9¿ Estima U. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetos materia de estudio					X
10.-¿Qué aspectos habría que modificar , qué aspectos tendría que incrementar a qué aspectos habría que suprimirse?					
<i>Es recomendable no redactar demasiado items en relación aya que el encuestado puede cometer errores de interpretación</i>					

Validación del instrumento (Marque)

Aplicable	X	No aplicable	
Aplicable atendiendo a las observaciones			

Datos generales de la opinión del experto:

Nombres y Apellidos	<i>Mario César Joaquín Corcuera Messana</i>	DNI N°	<i>47402344</i>
---------------------	---	--------	-----------------



Mario César Joaquín Corcuera Messana
 LICENCIADO EN PSICOLOGIA
 C.P. P. 25702

VALIDACIÓN DEL AUTO TEST CISNEROS

Juicio de Experto N° 03

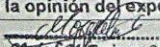
VALIDACION DE INSTRUMENTO
AUTOTEST: DETECCION DE BULLYING
Cisneros

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACION				
	1	2	3	4	5
1¿. Considera Ud. que los items del instrumento mide lo que se pretende medir?					X
2¿. Considera Ud. que la cantidad de items registrados en ésta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?				X	
3¿. Considera Ud. que los items contenidos en éste instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?				X	
4¿. Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades éste instrumento a muestras similares obtendríamos también datos similares?				X	
5¿. Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio ?					X
6¿. Considera Ud. que todos y cada uno de los items contenidos en éste instrumento tienen los mismos objetivos?				X	
7¿. Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no dá lugar a diversas interpretaciones?					X
8¿. Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?					X
9¿. Estima U. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetos materia de estudio				X	
10.-¿Qué aspectos habría que modificar , qué aspectos tendría que incrementar a qué aspectos habría que suprimirse?					

Validación del instrumento (Marque)

Aplicable	X	No aplicable	
Aplicable atendiendo a las observaciones			

Datos generales de la opinión del experto:

Nombres y Apellidos	 María M. Espinoza Ortíz LICENCIADA EN ENFERMERÍA CEP: 82173	DNI N°	72271798
---------------------	--	--------	----------

VALIDACIÓN DEL AUTO TEST CISNEROS

Juicio de Experto N° 04

VALIDACION DE INSTRUMENTO
AUTOTEST: DETECCION DE BULLYING
Cisneros

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACION				
	1	2	3	4	5
1¿ Considera Ud. que los items del instrumento mide lo que se pretende medir?					X
2¿ Considera Ud. que la cantidad de items registrados en ésta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?				X	
3¿ Considera Ud. que los items contenidos en éste instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?				X	
4¿ Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades éste instrumento a muestras similares obtendríamos también datos similares?					X
5¿ Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio ?					X
6¿ Considera Ud. que todos y cada uno de los items contenidos en éste instrumento tienen los mismos objetivos?					X
7¿ Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no dá lugar a diversas interpretaciones?					X
8¿ Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?				X	
9¿ Estima U. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetos materia de estudio				X	
10-¿ Qué aspectos habría que modificar , qué aspectos tendría que incrementar a qué aspectos habría que suprimirse? <i>A MI PARECER TODAS LAS PREGUNTAS ESTAN INDICADAS PARA MEDIR EL BULLYING.</i>					

Validación del instrumento (Marque)

Aplicable	X	No aplicable	
Aplicable atendiendo a las observaciones			

Datos generales de la opinión del experto:

Nombres y Apellidos	<i>Richard Michael Chambe Rosas</i> LICENCIADO EN ENFERMERIA C.E.P. N° 50375	DNI N°	42991576
---------------------	--	--------	----------

VALIDACIÓN DEL AUTO TEST CISNEROS

Juicio de Experto N° 05

VALIDACION DE INSTRUMENTO AUTOTEST: DETECCION DE BULLYING

Cisneros

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACION				
	1	2	3	4	5
1.¿.Considera Ud. que los items del instrumento mide lo que se pretende medir?					X
2.¿.Considera Ud. que la cantidad de items registrados en ésta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?				X	
3.¿.Considera Ud. que los items contenidos en éste instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?					X
4.¿.Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades éste instrumento a muestras similares obtendríamos también datos similares?				X	
5.¿.Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio ?					X
6.¿.Considera Ud. que todos y cada uno de los items contenidos en éste instrumento tienen los mismos objetivos?					X
7.¿.Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no dá lugar a diversas interpretaciones?					X
8.¿.Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?				X	
9.¿Estima U. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetos materia de estudio					X
10.-¿Qué aspectos habría que modificar , qué aspectos tendría que incrementar a qué aspectos habría que suprimirse?	<p>.....</p> <p style="text-align: center;"><i>Mejorar presentación</i></p> <p>.....</p> <p>.....</p>				

Validación del instrumento (Marque)

Aplicable	X	No aplicable	
Aplicable atendiendo a las observaciones			

Datos generales de la opinión del experto:

Nombres y Apellidos	ARTURO MORALES TORRES	DNI N°	47492996
---------------------	-----------------------	--------	----------

ANEXO N° 05

CALCULO DE CONFIABILIDAD: ALPHA DE CROMBACH

AUTO TEST CISNEROS

Fiabilidad Del Instrumento Auto-Test Cisneros De Acoso Escolar

Alfa de Crombach	N° de elementos
0,8	50

Fiabilidad de las Conductas Auto-test Cisneros de Acoso Escolar

ESCALA DE MEDICIÓN	N° DE ELEMENTOS	ALFA DE CRONBACH
Desprecio-Ridiculización	17	0,780
Coacción	8	0,880
Restricción-Comunicación	5	0,815
Agresiones	7	0,632
Intimidación-Amenazas	10	0,626
Exclusión-Bloqueo Social	9	0,826
Hostigamiento Verbal	12	0,815
Robos	4	0,783

El Auto test Cisneros es un instrumento que posee un índice elevado de fiabilidad, posee buena consistencia interna; son significativos por ubicarse por encima del 0,40.

Por lo tanto, el instrumento es aplicable en la presente investigación.

ANEXO N° 06

VALIDACIÓN DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

1. Se construye una tabla como la adjunta , donde se coloca los puntajes por ítems y sus respectivos promedios:

N° de ítem	Expertos					Promedio
	I	II	III	IV	V	
1	5	4	5	4	4	4,40
2	4	4	5	4	4	4,20
3	4	4	4	5	4	4,20
4	5	3	5	4	5	4,40
5	4	5	5	4	5	4,60
6	5	4	4	5	5	4,60
7	4	4	5	4	4	4,20
8	5	5	4	4	5	4,60
9	5	4	4	4	5	4,40

2. Con los promedios hallados se determina la distancia de puntos múltiples (DPP), mediante la siguiente ecuación:

Donde $DPP = V(x - y_1) + (x - y_2) + \dots + (x - y_9)$

Donde x= Valor máximo de la escala concebida para cada ítem (5).

Y = promedio de cada ítem.

En el presente trabajo la DPP es **1,87**

3. Determinar la distancia máxima (D máx.) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero(0), con la ecuación.

Donde $DPP = V (y_1 - 1) + (-y_2 - 1) + \dots + (y_9 - 1)$

Y= valor máximo de la escala para cada ítem

El valor de los resultados es D máx.= **12,00**

4. Con éste último valor hallado se construye una nueva escala valorativa a partir de cero, hasta llegar a D máx. dividiéndose en intervalos iguales entre si. Llamándose con las letras A, B, C, D, E.

Siendo:

Ay B : Adecuación total

C : Adecuación promedio

D : Escasa adecuación

E : Inadecuación

A

.....1,95.....

0 2,400

B

.....

2,401 4,800

C

.....

4,801 7,200

D

.....

7,201 9,600

E

.....

9,601 12,00

5. El punto DPP debe caer en las zonas A y B en caso contrario, la encuesta requiere reestructuración y o modificación, luego de los cuales se somete nuevamente a juicio de expertos. El valor DPP fue

1,87 cayendo en las zonas A y B lo cual significa una adecuación total del instrumento y que puede ser aplicado.

6. Calculo Mediante Excel:

**DISTANCIA DE PUNTOS MÚLTIPLES
EVALUACIÓN POR EXPERTOS
INVENTARIO DE DEPRESIÓN**

Nº	EXPERTO I	EXPERTO II	EXPERTO III	EXPERTO IV	EXPERTO V	PROMEDIO	MAYOR PTS. (MPE) - (P)	(A)^2	(C) ^2
1	5	4	5	4	4	4,40	0,60	0,36	16
2	4	4	5	4	4	4,20	0,80	0,64	16
3	4	4	4	5	4	4,20	0,80	0,64	16
4	5	3	5	4	5	4,40	0,60	0,36	16
5	4	5	5	4	5	4,60	0,40	0,16	16
6	5	4	4	5	5	4,60	0,40	0,16	16
7	4	4	5	4	4	4,20	0,80	0,64	16
8	5	5	4	4	5	4,60	0,40	0,16	16
9	5	4	4	4	5	4,40	0,60	0,36	16
TOTAL								3,48	144
								1,87	12,00
								DPP	DMAX

VALIDACIÓN DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Juicio de Experto N° 01

VALIDACION DE INSTRUMENTO
INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK (BDI-II)

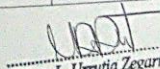
PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACION				
	1	2	3	4	5
1.¿.Considera Ud. que los items del instrumento mide lo que se pretende medir?				X	
2.¿. Considera Ud. que la cantidad de items registrados en ésta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?				X	
3.¿.Considera Ud. que los items contenidos en éste instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?					X
4.¿.Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades éste instrumento a muestras similares obtendríamos también datos similares?				X	
5.¿.Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio ?				X	
6.¿.Considera Ud. que todos y cada uno de los items contenidos en éste instrumento tienen los mismos objetivos?					X
7.¿.Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no dá lugar a diversas interpretaciones?				X	
8.¿.Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?				X	
9.¿Estima U. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetos materia de estudio				X	
10.-¿Qué aspectos habría que modificar , qué aspectos tendría que incrementar a qué aspectos habría que suprimirse?					
.....					
.....					
.....					

Validación del instrumento (Marque)

Aplicable	X	No aplicable	
Aplicable atendiendo a las observaciones			

Datos generales de la opinión del experto:

Nombres y Apellidos	DIGNO LORENZO URRUTIA ZEGURRA	DNI N°	70493302
---------------------	-------------------------------	--------	----------


 Diana L. Urrutia Zegarra
 PSICÓLOGA
 C.Ps.P. 29020

VALIDACIÓN DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Juicio de Experto N° 02

VALIDACION DE INSTRUMENTO

INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK (BDI-II)

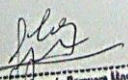
PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACION				
	1	2	3	4	5
1. Considera Ud. que los items del instrumento mide lo que se pretende medir?					X
2. Considera Ud. que la cantidad de items registrados en ésta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?					X
3. Considera Ud. que los items contenidos en éste instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?					
4. Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades éste instrumento a muestras similares obtendríamos también datos similares?					X
5. Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?					X
6. Considera Ud. que todos y cada uno de los items contenidos en éste instrumento tienen los mismos objetivos?					
7. Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no dá lugar a diversas interpretaciones?					X
8. Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?					
9. Estima U. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetos materia de estudio					
10. ¿Qué aspectos habría que modificar, qué aspectos tendría que incrementar a qué aspectos habría que suprimirse?					
<p><i>Ninguno, debido a que este instrumento ya ha sido validado en nuestro país, en más de una ocasión.</i></p>					

Validación del instrumento (Marque)

Aplicable	X	No aplicable	
Aplicable atendiendo a las observaciones			

Datos generales de la opinión del experto:

Nombres y Apellidos	<i>Mario César Joaquín Corcuera Moscoso</i>	DNI N°	47402344
---------------------	---	--------	----------


Mario César Joaquín Corcuera Moscoso
 LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
 C.Ps.P. 25702

VALIDACIÓN DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Juicio de Experto N° 03

VALIDACION DE INSTRUMENTO

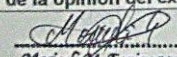
INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK (BDI-II)

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACION				
	1	2	3	4	5
1 ¿ Considera Ud. que los items del instrumento mide lo que se pretende medir?				X	
2 ¿ Considera Ud. que la cantidad de items registrados en ésta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?				X	
3 ¿ Considera Ud. que los items contenidos en éste instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?				X	
4 ¿ Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades éste instrumento a muestras similares obtendríamos también datos similares?			X		
5 ¿ Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio ?					X
6 ¿ Considera Ud. que todos y cada uno de los items contenidos en éste instrumento tienen los mismos objetivos?				X	
7 ¿ Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no dá lugar a diversas interpretaciones?				X	
8 ¿ Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?					X
9 ¿ Estima U. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetos materia de estudio				X	
10.-¿Qué aspectos habría que modificar , qué aspectos tendría que incrementar a qué aspectos habría que suprimirse?					
<p>.....</p> <p><i>2.0. precisión del instrumento</i></p> <p>.....</p> <p>.....</p>					

Validación del instrumento (Marque)

Aplicable	X	No aplicable	
Aplicable atendiendo a las observaciones			

Datos generales de la opinión del experto:

Nombres y Apellidos	 Maricela M. Espinoza Ortiz LICENCIADA EN ENFERMERIA CEP 92173	DNI N°	72271498
---------------------	--	--------	----------

VALIDACIÓN DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Juicio de Experto N° 04

VALIDACION DE INSTRUMENTO
INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK (BDI-II)

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACION				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. que los items del instrumento mide lo que se pretende medir?					X
2. ¿Considera Ud. que la cantidad de items registrados en ésta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?				X	
3. ¿Considera Ud. que los items contenidos en éste instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?				X	
4. ¿Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades éste instrumento a muestras similares obtendríamos también datos similares?					X
5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?				X	
6. ¿Considera Ud. que todos y cada uno de los items contenidos en éste instrumento tienen los mismos objetivos?					X
7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no dá lugar a diversas interpretaciones?				X	
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?					X
9. ¿Estima U. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetos materia de estudio?					X
10. ¿Qué aspectos habría que modificar, qué aspectos tendría que incrementar a qué aspectos habría que suprimirse? <i>LAS PREGUNTAS SON SUFICIENTES PARA MEDIR LA VARIABLE.</i>					

Validación del instrumento (Marque)

Aplicable	X	No aplicable	
Aplicable atendiendo a las observaciones			

Datos generales de la opinión del experto:

Nombres y Apellidos	<i>Richard Michael Chambe Rosa</i> LICENCIADO EN ENFERMERIA C.E.P. N° 50825	DNI N°	42991576
---------------------	---	--------	----------

VALIDACIÓN DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Juicio de Experto N° 05

VALIDACION DE INSTRUMENTO

INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK (BDI-II)

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACION				
	1	2	3	4	5
1.¿.Considera Ud. que los items del instrumento mide lo que se pretende medir?				X	
2.¿.Considera Ud. que la cantidad de items registrados en ésta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?				X	
3.¿.Considera Ud. que los items contenidos en éste instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?				X	
4.¿.Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades éste instrumento a muestras similares obtendríamos también datos similares?					X
5.¿.Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio ?					X
6.¿.Considera Ud. que todos y cada uno de los items contenidos en éste instrumento tienen los mismos objetivos?					X
7.¿.Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no dá lugar a diversas interpretaciones?				X	
8.¿.Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?					X
9.¿Estima U. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetos materia de estudio					X
10.-¿Qué aspectos habría que modificar , qué aspectos tendría que incrementar a qué aspectos habría que suprimirse?					

Validación del instrumento (Marque)

Aplicable	X	No aplicable	
Aplicable atendiendo a las observaciones			

Datos generales de la opinión del experto:

Nombres y Apellidos	ARIURO MONDRES TORRES	DNI N°	47494996
---------------------	-----------------------	--------	----------

ANEXO N° 07

CÁLCULO DE CONFIABILIDAD: ALPHA DE CROMBACH

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Fiabilidad Del Instrumento Inventario de Depresión de Beck-II

Alfa de Crombach	N° de elementos
0,8	21

Se puede apreciar la confiabilidad realizada mediante el cálculo de alfa de Crombach por consistencia interna del Inventario de Depresión de Beck - II en Adolescentes con 21 elementos, evidenciando que posee un Alpha de 0,893. Esto indica el grado en que covarian los ítems del test. Considerándose un nivel elevado de confiabilidad.

ANEXO N° 08

INSTRUMENTOS DE RESOLECCION DE DATOS

INSTRUMENTO: INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

RELACIÓN DEL BULLYING Y LA DEPRESIÓN EN LOS ADOLESCENTES

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-II)

INTRUCCIONES:

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la **ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY**. Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. *Asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de la elección.*

Te pedimos que conteste con la máxima sinceridad posible marcando sobre la opción que te identifique.

Le recordamos que la información obtenida de este instrumento es de carácter confidencial y será manejado única y exclusivamente por la investigación.

Datos generales:

Edad:

Grado:

Sección:

Ahora puede comenzar:

<p style="text-align: center;">TRISTEZA</p> <p>0 No me siento triste habitualmente 1 Me siento triste gran parte del tiempo 2 Me siento triste continuamente 3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo</p>	<p style="text-align: center;">PESIMISMO</p> <p>0 No estoy desanimado sobre mi futuro 1 Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes. 2 No espero que las cosas me salgan bien. 3 Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas sólo empeorarán.</p>
<p style="text-align: center;">SENTIMIENTOS DE FRACASO</p> <p>0 No me siento fracasado 1 He fracasado más de lo que debería. 2 Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso. 3 Me siento una persona totalmente fracasado.</p>	<p style="text-align: center;">PÉRDIDA DE PLACER</p> <p>0 Disfruto tanto como antes de las cosas que me gustan. 1 No disfruto de las cosas tanto como antes 2 Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba. 3 No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba.</p>
<p style="text-align: center;">SENTIMIENTOS DE CULPA</p> <p>0 No me siento especialmente culpable. 1 Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho. 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo. 3 Me siento culpable constantemente.</p>	<p style="text-align: center;">SENTIMIENTOS DE CASTIGO</p> <p>0 No siento que esté siendo castigado. 1 Siento que puedo ser castigado. 2 Espero ser castigado. 3 Siento que estoy siendo castigado.</p>
<p style="text-align: center;">INSATISFACCIÓN CON UNO MISMO</p> <p>0 Siento lo mismo que antes sobre mí mismo. 1 He perdido confianza en mí mismo. 2 Estoy decepcionado conmigo mismo. 3 No me gusta.</p>	<p style="text-align: center;">AUTO – CRÍTICAS</p> <p>0 No me critico o me culpo más que antes. 1 Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser. 2 Me critico por todos mis defectos. 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.</p>
<p style="text-align: center;">PENSAMIENTOS O DESEOS DE SUICIDIO</p> <p>0 No tengo ningún pensamiento de suicidio. 1 Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo. 2 Me gustaría suicidarme. 3 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.</p>	<p style="text-align: center;">LLANTO</p> <p>0 No lloro más de lo que solía hacerlo. 1 Lloro más de lo que solía hacerlo. 2 Lloro por cualquier cosa. 3 Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo.</p>

<p style="text-align: center;">AGITACIÓN</p> <p>0 No estoy más inquieto o tenso que de costumbre. 1 Me siento más inquieto o tenso que de costumbre. 2 Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto. 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo.</p>	<p style="text-align: center;">PÉRDIDA DE INTERÉS</p> <p>0 No he perdido el interés por otras personas o actividades. 1 Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades. 2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas. 3 Me resulta difícil interesarme en algo.</p>
<p style="text-align: center;">INDECISIÓN</p> <p>0 Tomo decisiones como siempre. 1 Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre. 2 Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre. 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.</p>	<p style="text-align: center;">INUTILIDAD</p> <p>0 No me siento inútil. 1 No me considero tan valioso y útil como solía ser. 2 Me siento inútil en comparación con otras personas. 3 Me siento completamente inútil.</p>
<p style="text-align: center;">PÉRDIDA DE ENERGÍA</p> <p>0 Tengo tanta energía como siempre 1 Tengo menos energía de la que solía tener. 2 No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas. 3 No tengo suficiente energía para hacer nada.</p>	<p style="text-align: center;">CAMBIOS EN EL PATRÓN DE SUEÑO</p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño. 1a Duermo algo más de lo habitual. 1b Duermo algo menos de lo habitual. 2a Duermo mucho más de lo habitual. 2b Duermo mucho menos de lo habitual. 3^a Duermo la mayor parte del día. 3b Me despierto 1 ó 2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.</p>
<p style="text-align: center;">IRRITABILIDAD</p> <p>0 No estoy más irritable de lo habitual. 1 Estoy más irritable de lo habitual. 2 Estoy mucho más irritable de lo habitual. 3 Estoy irritable continuamente.</p>	<p style="text-align: center;">CAMBIOS EN EL APETITO</p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito. 1a Mi apetito es algo menor de lo habitual. 1b Mi apetito es algo mayor de lo habitual. 2a Mi apetito es mucho menor que antes. 2b Mi apetito es mucho mayor que antes. 3a He perdido completamente el apetito. 3b Tengo ganas de comer continuamente.</p>

DIFICULTAD DE CONCENTRACIÓN	CANSANCIO O FATIGA
<p>0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.</p> <p>1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.</p> <p>2 Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo.</p> <p>3 No puedo concentrarme en nada.</p>	<p>0 No estoy más cansado o fatigado que de costumbre.</p> <p>1 Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.</p> <p>2 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer.</p> <p>3 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.</p>
<p>PÉRDIDA DE INTERÉS POR EL SEXO</p> <p>0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.</p> <p>1 Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar.</p> <p>2 Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.</p> <p>3 He perdido completamente el interés por el sexo.</p>	

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
RELACIÓN DEL BULLYING Y LA DEPRESIÓN EN LOS ADOLESCENTES

AUTOTEST: DETECCIÓN DE BULLYING

Cisneros

INSTRUCCIONES:

A continuación encontrarás una serie de frases acerca de situaciones que te podrían estar ocurriendo en el Colegio. Te pedimos que contestes con la máxima sinceridad posible marcando con una **X** sobre la opción que te identifique. Si te surge alguna duda mientras marcas la respuesta levanta la mano y con gusto responderemos.

La evaluación:

Le recordamos que la información obtenida de este instrumento es de carácter confidencial y será manejado única y exclusivamente por la investigadora.

Cada opción significa lo siguiente:

- Nunca = 1
- Pocas veces = 2
- Muchas veces = 3

Datos generales:

Edad: _____ Sexo : Masculino () Femenino ()

Grado: _____ Sección: _____

Señala con qué frecuencia se producen estos comportamientos en el colegio.

Mis compañeros...

N°	Situación	Nunca	Pocas Veces	Muchas Veces
01	Me hablan			
02	Me ignoran			
03	Me ponen en ridículo ante los demás			
04	Me dejan hablar			
05	Me dejan jugar con ellos			
06	Me llaman por apodos			
07	Me amenazan para que haga cosas que no			
08	Me obligan a hacer cosas que me hacen ver			
09	Me tienen atemorizado			
10	Me dejan que participe			
11	Me obligan a hacer cosas peligrosas para mi			
12	Me obligan a hacer cosas que me ponen mal			
13	Me obligan a darle mis cosas o dinero			
14	Rompen mis cosas a propósito			
15	Me esconden las cosas.			
16	Roban mis cosas.			
17	Les dicen a otros que no estén o que no			
18	Prohíben a otros que jueguen conmigo			
19	Me insultan.			
20	Hacen gestos de burla o desprecio hacia mí.			
21	Me dejan que hable o me relacione con			
22	Me impiden que salga con otros.			
23	Me pegan puñetazos, patadas			
24	Me gritan.			
25	Me acusan de cosas que no he dicho o hecho.			
26	Me critican por todo lo que hago			
27	Se ríen de mí cuando me equivoco.			
28	Me amenazan con pegarme.			

29	Me pega con objetos.			
30	Cambian el significado, Nunca}...o de lo que			
31	Se meten conmigo para hacerme llorar.			
32	Me imitan para burlarse de mí.			
33	Se meten conmigo por mi forma de ser.			
34	Se meten conmigo por mi forma de hablar.			
35	Se meten conmigo por ser diferente.			
36	Se burlan de mi apariencia física.			
37	Van contando por ahí mentiras sobre mí.			
38	Procuran que les caiga mal a otros.			
39	Me amenazan.			
40	Me esperan a la salida para meterse conmigo.			
41	Me hacen gestos para darme miedo.			
42	Me envían mensajes para amenazarme			
43	Me empujan para intimidarme.			
44	Se portan cruelmente conmigo.			
45	Intentan que me castiguen.			
46	Me desprecian.			
47	Me amenazan con armas.			
48	Amenazan con dañar mi familia.			
49	Intentan perjudicarme en todo.			
50	Me odian sin razón.			

ANEXO N° 09

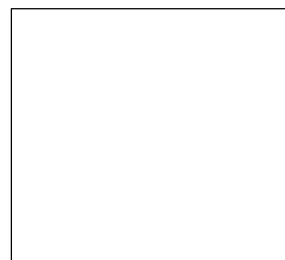
ANEXO N° 07

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada “RELACION ENTRE EL BULLYING Y LA DEPRESION EN LOS ADOLESCENTES DE LA I.E. ENRIQUE PAILLARDELLE, Tacna 2017”

Habiendo sido informado(a) del propósito de la misma, así como de los objetivos y teniendo la confianza plena de que la información que se vierte en el instrumento, será usado exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confió de que la investigación utilizara adecuadamente dicha información asegurándose la máxima confidencialidad.

FIRMA



HUELLA DIGITAL

ANEXO N° 10

AUTORIZACION PARA EJECUCIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuelas Profesionales de: Obstetricia, Enfermería, Medicina Humana, Odontología,
Farmacia y Bioquímica

RESOLUCIÓN DE FACULTAD N° 7527-2017-FACS-UNJBG
Tacna, 27 de junio del 2017

VISTO:

El Oficio N° 340-2017-ESEN/FACS, remitido el 27.06.17, la Directora de la Escuela Profesional de Enfermería, solicitando designación de Asesor para el proyecto de tesis, y autorización para ejecución presentado por la Est. Noemí Marisol Quispe Chata, y

CONSIDERANDO:

Que, la Est. Noemí Marisol Quispe Chata, de la Escuela Profesional de Enfermería, solicita se le asigne Asesor para el proyecto de tesis;

Que, mediante el Oficio N° 340-2017-ESEN/FACS, remitido el 27.06.17, la Directora de la Escuela Profesional de Enfermería, solicita se designe Asesor del Proyecto de Tesis titulado: **RELACIÓN ENTRE EL BULLYING Y LA DEPRESIÓN EN LOS ADOLESCENTES DE LA I.E. ENRIQUE PAILLARDELLE, TACNA 2017**, presentado la Est. Noemí Marisol Quispe Chata, de la Escuela Profesional de Enfermería, de la Facultad de Ciencias de la Salud, teniendo como Asesora a la Dra. Silvia Quispe Prieto;

Que, teniendo opinión favorable de su Asesora la Dra. Silvia Quispe Prieto, se procede a autorizar la ejecución del Proyecto de Tesis;

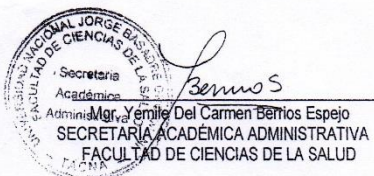
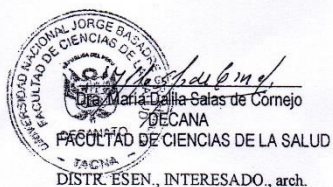
De conformidad con el Art. 70° numeral 70.2 de la Ley Universitaria N° 30220, en uso de las atribuciones conferidas a la Sra. Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud;

SE RESUELVE:

ART. 1°: Oficializar la Designación como Asesora a la Dra. Silvia Quispe Prieto, para el Proyecto de Tesis titulado: **RELACIÓN ENTRE EL BULLYING Y LA DEPRESIÓN EN LOS ADOLESCENTES DE LA I.E. ENRIQUE PAILLARDELLE, TACNA 2017**, presentado la Est. Noemí Marisol Quispe Chata, de la Escuela Profesional de Enfermería, de la Facultad de Ciencias de la Salud.

ART. 2°: Autorizar la ejecución de Proyecto de Tesis presentado por la Est. Noemí Marisol Quispe Chata, de la Escuela Profesional de Enfermería, de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Regístrese, comuníquese y archívese.



ANEXO N° 11

SOLICITUD: CARTA DE PRESENTACION

SEÑORA:

DRA. VICTORIA NORA VELA DE CORDOVA

DIRECTORA DE LA E.P. DE ENFERMERIA-FACS/UNJBG



Yo Noemí Marisol Quispe Chata con DNI 70015948, en mi condición de egresada de la E.P. de Enfermería de la FACS/UNJBG, identificada con el código N° 2012-36808, ante usted con el debido respeto me presento y expongo lo siguiente:

Que habiendo modificado y/o corregido mi proyecto de tesis: "RELACION ENTRE EL BULLYING Y LA DEPRESION EN LOS ADOLESCENTES DE LA I.E. ENRIQUE PAILLARDELLE, TACNA 2017" y al tener la resolución de la tesis, me veo en la necesidad de solicitar la carta de presentación para poder ejecutar la tesis en la I.E. Enrique Paillardelle, del cual es directora la Lic. Luz Verónica Franco León. Dicho estudio se realizará a los estudiantes de Secundaria Aplicando dos encuestas las cuales ya han sido validadas.

POR LO EXPUESTO:

Seguro de contar con vuestra amable atención y comprensión, solicito acceder a mi petición por ser de justicia.

Tacna, 17 de Julio del 2017

Atentamente

A handwritten signature in blue ink, consisting of a stylized 'N' followed by a series of loops and a final horizontal stroke.

Est. Noemí Marisol Quispe Chata
Cod. N° 2012-36808

ANEXO N° 12



Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

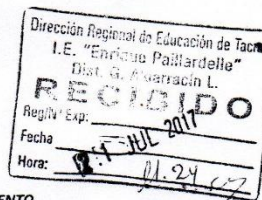


"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"

CARGO

OFICIO N° 471-2017-ESEN/FACS
Tacna, 2017 Julio 20

Señora:
Lic. Verónica Franco León
DIRECTORA DE I.E. ENRIQUE PALLARDELLE
Presente.-



ASUNTO : AUTORIZACIÓN PARA APLICACIÓN DE INSTRUMENTO

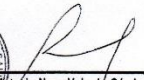
De mi consideración:

Por el presente me dirijo a Ud., con la finalidad de saludarla y, a la vez hacer de su conocimiento que la Egr. Noemí Quispe Chata, viene ejecutando su proyecto de tesis titulada : **RELACIÓN ENTRE EL BULLYING Y LA DEPRESION EN LOS ADOLESCENTES DE LA I.E. ENRIQUE PALLARDELLE TACNA -2017**, según R.F. N°7527-2017-FACS-UNJBG, por lo que solicitamos su **AUTORIZACIÓN**, para que la mencionada Tesista, pueda aplicar los instrumentos respectivos, a los estudiantes de secundaria, mediante encuestas, por lo que agradeceré se sirva brindarle las facilidades que requiera el caso.

Agradeciéndole por anticipado la atención que merezca el presente, reitero a Ud. mis saludos y estima personal.

Atentamente,




Dra. Victoria Nora Vela de Córdova
DIRECTORA E.P. ENFERMERIA

Adj: Lo indicado

ccch.

ANEXO N° 13

TABLA N° 06

CORRELACIÓN ENTRE BULLYING Y DEPRESIÓN EN LOS ADOLESCENTES

	DEPRESIÓN		
	Coefficiente de correlación Rho de Spearman	Sig.(bilateral)	N
BULLYING	0,320**	0,000	270

FUENTE: Cuestionarios aplicados a adolescentes de secundaria de la I.E. Enrique Paillardelle
ELABORADO POR: Bach. Noemí Quispe Chata- 2017

INTERPRETACIÓN DEL COEFICIENTE DE SPEARMAN

En la tabla N°06 se muestran los resultados obtenidos para determinar la relación existente entre bullying y la depresión.

- Rho de Spearman:

Existe una intensidad de asociación alta si $0,3 < \text{Rho} < 1,0$ entre la variable dependiente y la variable independiente.

- Nivel de Significancia

Si es $< 0,05$ = se rechaza la hipótesis nula H_0 a un nivel de confianza del 95% y se acepta la Hipótesis H_1

Por lo tanto, a partir de un coeficiente de correlación no paramétrica de 0,320 y un nivel de significancia de 0,000 podemos afirmar que existe una relación positiva con una intensidad de asociación alta. Es decir a mayor el nivel de Bullying, mayor será la gravedad de la depresión.

TABLA N° 07

**POBLACIÓN SEGÚN ETAPA DE LA ADOLESCENCIA Y SEXO DE LA
I.E. ENRIQUE PAILLARDELLE, TACNA 2017**

ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA SEGÚN OMS	EDADES	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
		N°	%	N°	%	N°	%
Adolescencia Temprana	10-13 años	45	16,7	46	17,0	91	33,7
Adolescencia Media	14-16 años	75	27,8	82	30,4	157	58,1
Adolescencia Tardía	17-19 años	15	5,6	7	2,6	22	8,1
	TOTAL	135	50,0	135	50,0	270	100,0

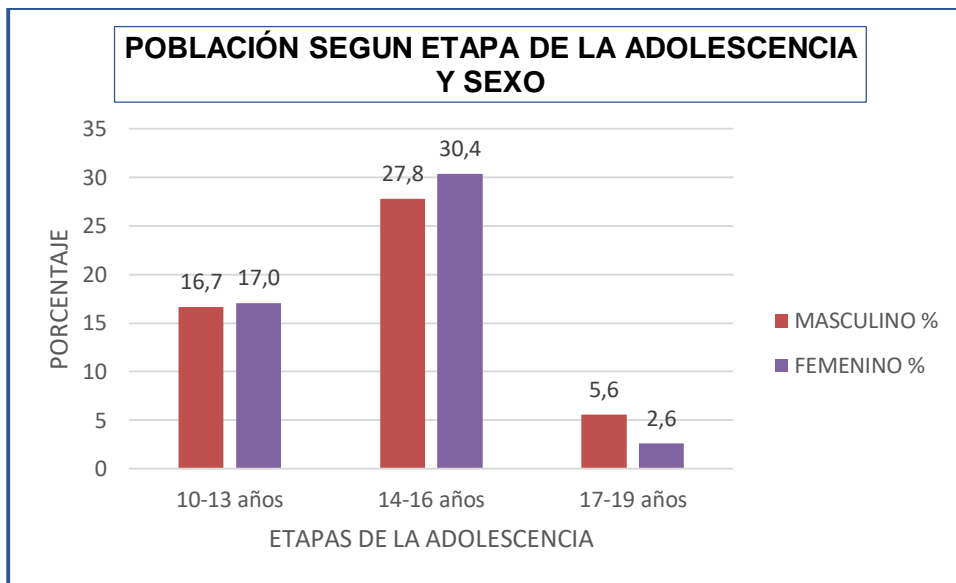
FUENTE: Cuestionario aplicado a adolescentes de secundaria de la I.E. Enrique Paillardelle
ELABORADO POR: Quispe N.

DESCRIPCIÓN:

En la presente tabla se observa que la muestra en estudio está conformada de 270 estudiantes adolescentes del nivel secundario. Cuyas edades están comprendidas entre los 12 a 17 años. Según clasificación de la OMS, se obtuvo que la mayoría de la población en estudio está constituida por adolescentes en etapa Media representado en el 58,1%, seguido de 33,7% de adolescentes en etapa temprana y en la adolescencia tardía presentes en el 8,1%. Así mismo, está conformada por 50% de estudiantes de sexo masculino y 50% de sexo femenino.

GRÁFICO N° 06

POBLACION SEGÚN ETAPA DE LA ADOLESCENCIA Y SEXO DE LA I.E. ENRIQUE PAILLARDELLE, TACNA 2017



FUENTE: Ítem Tabla N° 07

TABLA N° 08

**NIVEL DE BULLYING EN RELACIÓN AL SEXO EN LOS
 ADOLESCENTES DE LA I.E. ENRIQUE
 PAILLARDELLE, TACNA 2017**

	NIVEL DE BULLYING	MASCULINO		FEMENINO	
		N°	%	N°	%
No presentan Bullying	MUY BAJO/BAJO	1	0,7	0	0,0
	CASI BAJO	15	11,1	13	9,6
Presencia de Bullying	MEDIO	35	25,9	22	16,3
	CASI ALTO	54	40,0	57	42,2
	ALTO	27	20,0	40	29,6
	MUY ALTO	3	2,2	3	2,2
TOTAL		135	100,0	135	100,0

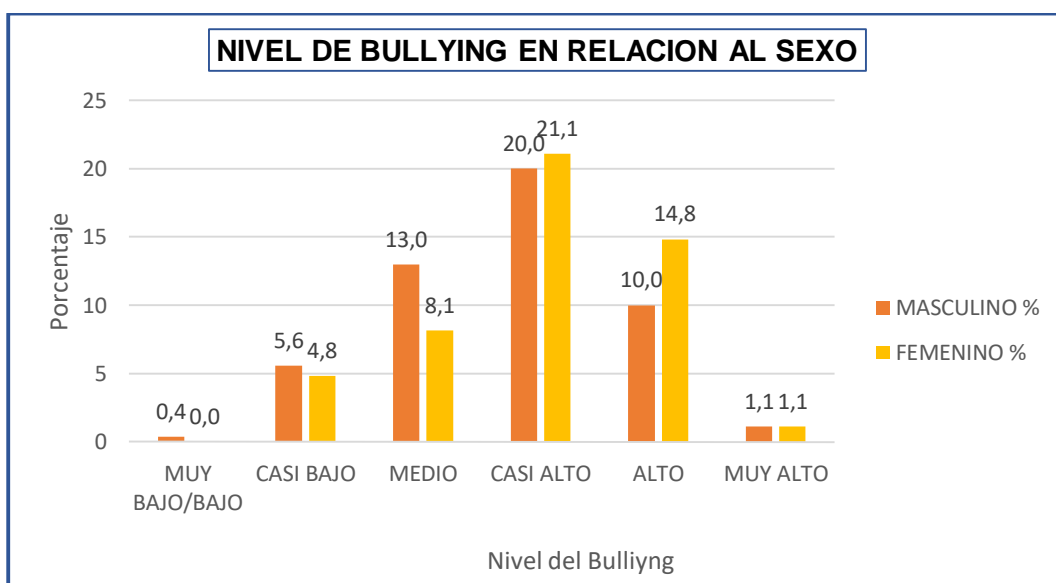
FUENTE: Cuestionario aplicado a adolescentes de secundaria de la I.E. Enrique Paillardelle

ELABORADO POR: Oñate P. y Oñate A. Modificado por Quispe N.

DESCRIPCIÓN:

En la tabla se observa que el 90,3% de los estudiantes de sexo femenino sufren de bullying en distintos niveles siendo el nivel Casi Alto con el 42,2% con mayor porcentaje; en el sexo masculino el 88,1% sufren del Bullying siendo el 40,0% de los estudiantes con nivel Casi Alto.

GRÁFICO N° 07
NIVEL DE BULLYING EN RELACIÓN AL SEXO EN LOS
ADOLESCENTES DE LA I.E. ENRIQUE
PAILLARDELLE, TACNA 2017



FUENTE: Ítem Tabla N°08

TABLA N° 09

**NIVEL DE BULLYING EN RELACIÓN CON LA ETAPA DE LA
ADOLESCENCIA DE LA I.E. ENRIQUE PAILLARDELLE,
TACNA 2017**

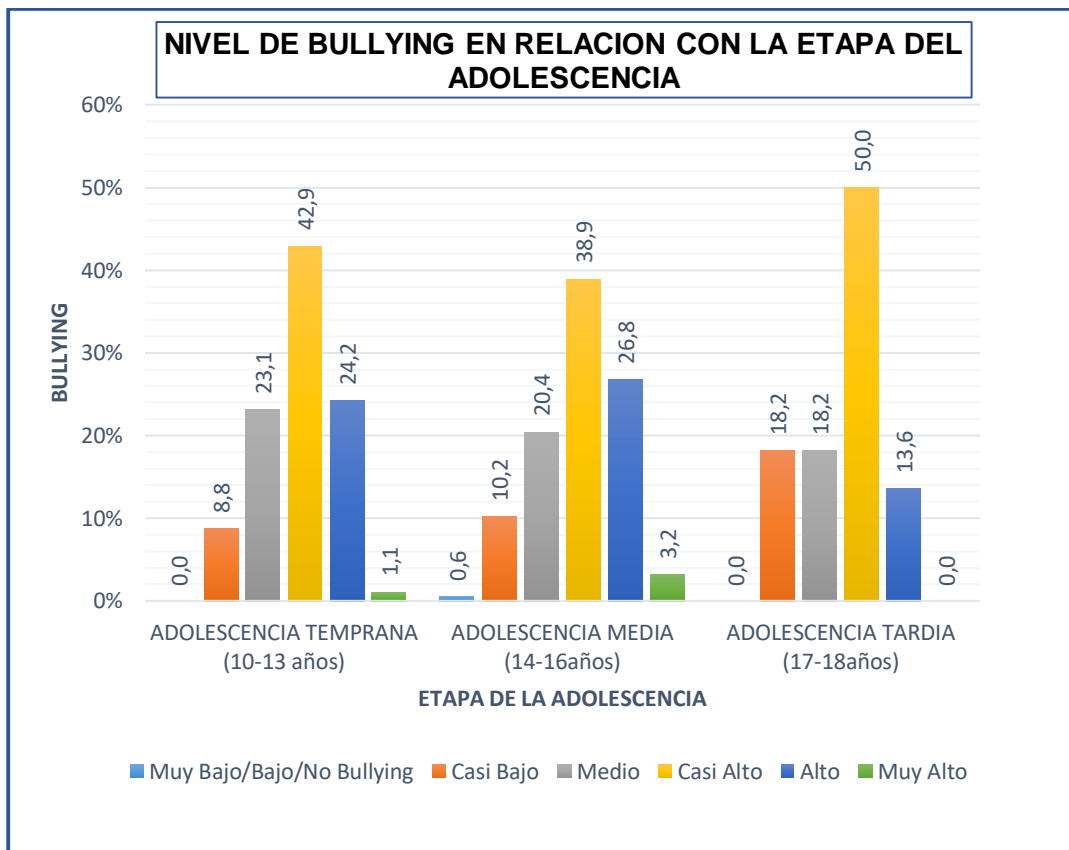
ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA	BULLYING						Total
	Muy Bajo/Bajo	Casi Bajo	Medio	Casi Alto	Alto	Muy Alto	
Adolescencia Temprana (10-13 años)	0,0	8,8	23,1	42,9	24,2	1,1	100,0
Adolescencia Media (14-16años)	0,6	10,2	20,4	38,9	26,8	3,2	100,0
Adolescencia Tardía (17-18años)	0,0	18,2	18,2	50,0	13,6	0,0	100,0
Total	0,4	10,4	21,1	41,1	24,8	2,2	100,0

FUENTE: Cuestionario aplicado a adolescentes de secundaria de la I.E. Enrique Paillardelle
ELABORADO POR: Oñate P. y Araceli Oñate A. Modificado por Quispe N.

DESCRIPCIÓN:

En la tabla se observa la incidencia del bullying según etapa de la adolescencia, por valores acumulados; en la adolescencia temprana el 68,2% presentan bullying entre casi alto, alto y muy alto, el 68,9% en los adolescentes en etapa media y el 63,6% en adolescentes en etapa tardía.

GRÁFICO N° 08
NIVEL DE BULLYING EN RELACIÓN CON LA ETAPA DE LA
ADOLESCENCIA DE LA I.E. ENRIQUE
PAILLARDELLE, TACNA 2017



FUENTE: Ítem Tabla N°09

TABLA N° 10

**NIVEL DE DEPRESIÓN SEGÚN EL SEXO DE LOS ADOLESCENTES
DE LA I.E. ENRIQUE PAILLARDELLE, TACNA 2017**

NIVEL DE DEPRESIÓN		MASCULINO		FEMENINO	
		N°	%	N°	%
Sin Depresión	MINIMA	101	74,8	86	63,7
	LEVE	20	14,8	14	10,4
Con Depresión	MODERADA	8	5,9	17	12,6
	GRAVE	6	4,4	18	13,3
TOTAL		135	100,0	135	100,0

FUENTE: Cuestionario aplicado a adolescentes de secundaria de la I.E. Enrique Paillardelle
ELABORADO POR: Beck A., Steer R. y Brown G. (1996) Adaptada al español por Sanz J. y Vásquez C.

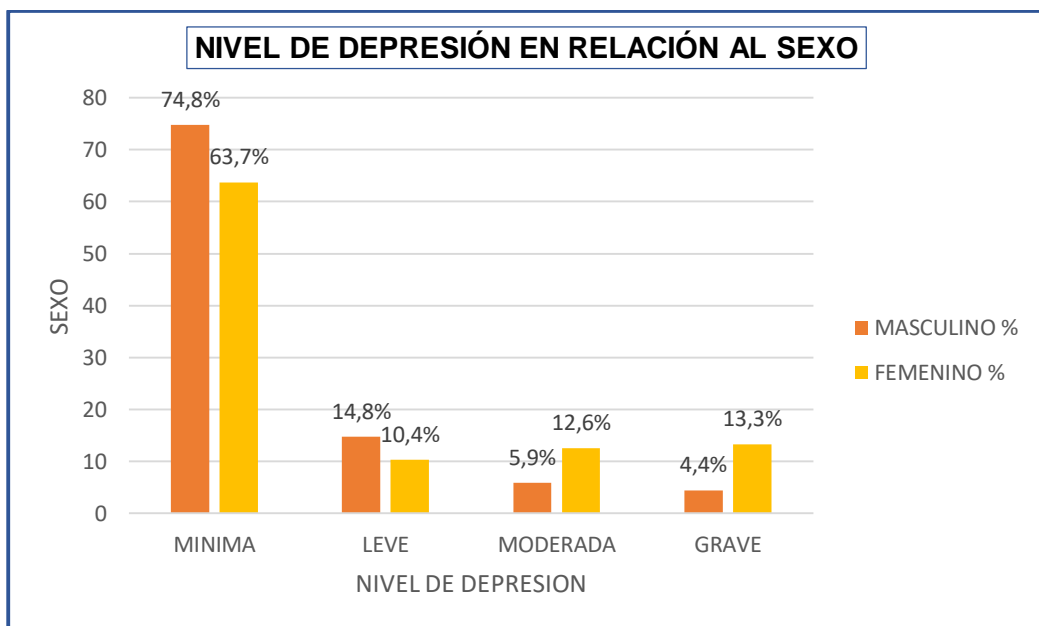
DESCRIPCIÓN:

En la Tabla se observa que del 100% de los estudiantes del sexo masculino, el 74,8% no presentan depresión, y los 25,2% restantes si presentan manifestado en distintos niveles; el 14,8% con depresión leve, el 5,9% con depresión moderada y el 4,4% con depresión grave. En cuanto al sexo femenino, el 63,7% no presentan depresión y el 36,3% si lo presentan en distintos niveles; 13,3% con depresión grave, 12,6% con depresión moderada y el 10,4% con depresión leve. Siendo el sexo femenino con más casos de depresión y las más graves.

GRÁFICO N° 09

NIVEL DE DEPRESIÓN EN RELACIÓN AL SEXO DE LOS ADOLESCENTES DE LA I.E. ENRIQUE

PAILLARDELLE, TACNA 2017



FUENTE: Ítem Tabla N°10

TABLA N° 11

**NIVEL DE DEPRESIÓN EN RELACIÓN A LA ETAPA DE LA
ADOLESCENCIA EN LOS ESTUDIANTES DE LA
I.E. ENRIQUE PAILLARDELLE, TACNA 2017**

	NIVEL DE DEPRESIÓN	Adolescencia Temprana (10-13 años)		Adolescencia Media (14-16 años)		Adolescencia Tardía (17-19 años)		TOTAL	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Sin Depresión	MINIMA	67	24,8	104	38,5	16	5,9	187	69,3
Con Depresión	LEVE	11	4,1	21	7,8	2	0,7	34	12,6
	MODERADA	10	3,7	11	4,1	4	1,5	25	9,3
	GRAVE	3	1,1	21	7,8	0	0,0	24	8,9
	TOTAL	91	33,7	157	58,1	22	8,1	270	100,0

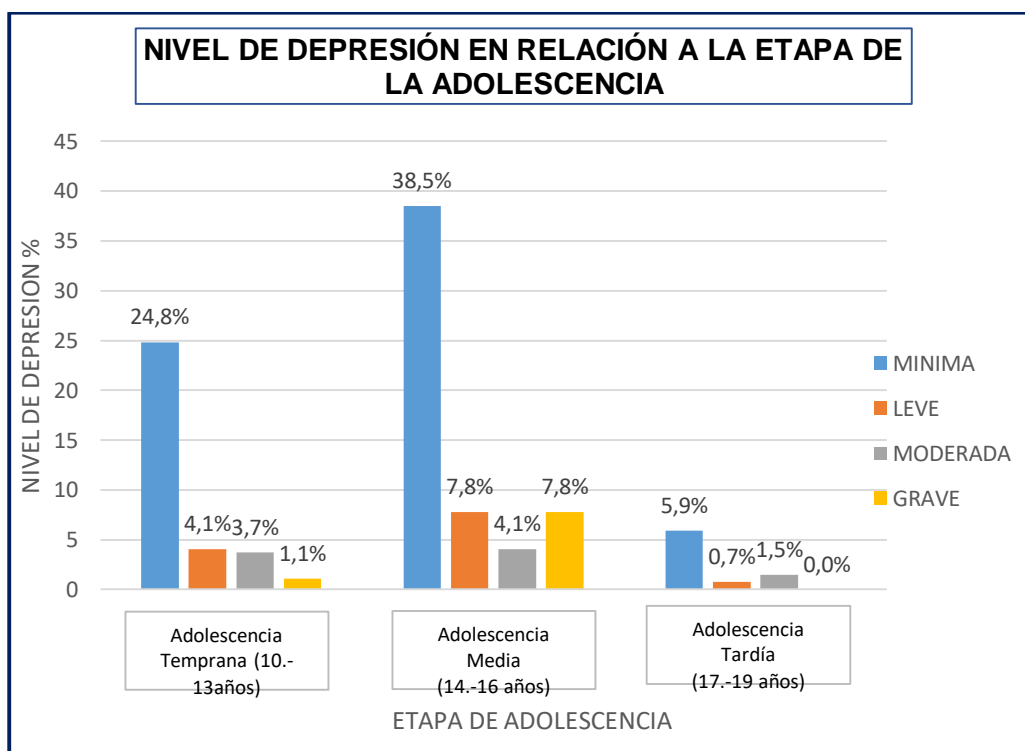
FUENTE: Cuestionario aplicado a adolescentes de secundaria de la I.E. Enrique Paillardelle
ELABORADO POR: Beck A., Steer R. y Brown G. Adaptada al español por Sanz J. y Vásquez C.

DESCRIPCIÓN:

En la tabla se observa que hay más presencia de depresión en la etapa Media de la Adolescencia siendo el 7,8% con nivel leve de depresión y con el mismo porcentaje con nivel grave. Seguido del 4,1% de los estudiantes de la adolescencia temprana con nivel de depresión leve.

GRÁFICO N° 10

NIVEL DE DEPRESIÓN EN RELACIÓN A LA ETAPA DE LA ADOLESCENCIA EN LOS ESTUDIANTES DE LA I.E. ENRIQUE PAILLARDELLE, TACNA 2017



FUENTE: Ítem Tabla N°11

ANEXO N°14

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: RELACIÓN ENTRE EL BULLYING Y LA DEPRESIÓN EN LOS ADOLESCENTES DE LA I.E. ENRIQUE PAILLARDELLE, TACNA 2017									
PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES						METODOLOGÍA
			VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	ESCALA VALORATIVA	NIVEL DE MEDICION	
¿Existe relación entre el bullying y la depresión en los adolescentes de la I.E. Enrique Paillardelle, Tacna 2017?	<p>General: Determinar la relación entre el bullying y la depresión en los Adolescentes de la I.E. Enrique Paillardelle, Tacna 2017</p> <p>Específico</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificar los niveles del bullying en los Adolescentes de la I.E. Paillardelle, Tacna 2017 Determinar los niveles de depresión en los Adolescentes de la I.E. Paillardelle, Tacna 2017 Evaluar la relación entre el Bullying y la depresión en los Adolescentes de la I.E. Paillardelle, Tacna 2017 	<p>Hi: Existe relación entre bullying y la depresión en los adolescentes de la I.E. Enrique Paillardelle, Tacna 2017</p> <p>Ho: No existe relación entre bullying y la depresión en los adolescentes de la I.E. Enrique Paillardelle, Tacna 2017</p>	Variable Independiente: El Bullying	Violencia Física	Agresiones físicas	15,19,23,24,28,29,39	Muy Bajo/Bajo/ No Bullying: 50 Casi Bajo: 51-54 Medio: 55-58 Casi Alto: 59-67 Alto: 68-88 Muy Alto: 89-150	Ordinal	<p>Método: Tiene un enfoque cuantitativo, de diseño no experimental. De tipo descriptivo, transversal y correlacional. Población y Muestra: Conformada por 890 estudiantes del nivel secundario. La muestra de 270 adolescentes, obtenida mediante el muestreo aleatorio probabilístico estratificado.</p> <p>La técnica fue la encuesta y los instrumentos fueron: el Auto-test de Cisneros y el Inventario de Depresión de Beck-II Procesamiento: Mediante el SPSS V. 25. Análisis: Por el Coeficiente Rho de Spearman Informe Final: de acuerdo al protocolo de ESEN.</p>
					Intimidación	28,29,39,40,41,42,43,47,48,49			
					Amenazas	48,49			
				Robos	13,14,15,16				
				Violencia Psicológica	Hostigamiento Verbal	3,6,17,19,20,24,25,26,27,30,37,38			
					Coacciones	7,8,11,12,13,14,47,48			
			Restricción de la Comunicación		1,2,4,5,10				
			Variable Dependiente: La Depresión	Síntomas afectivos/emocionales	Sentimientos de tristeza	1, 10	Mínima depresión/No depresión: 0-13 Depresión leve: 14-19 Depresión moderada: 20-28 Depresión grave: 29-63	Ordinal	
					Insatisfacción	3, 4, 13			
					Irritabilidad	17, 11			
				Síntomas Motivacionales	Desinterés social	12			
					Capacidad laboral	15, 20			
				Síntomas Somáticos/fisiológicas	Cambios en el patrón de sueño	16			
					Cambios en el apetito	18			
					Enfermedad	20			
				Síntomas Cognitivas	Perdida de interés por el sexo opuesto	21			
Pesimismo	2, 7, 14								
Culpabilidad	5, 6, 8								
Ideación suicida	9								
Falta de concentración	19								