



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
Facultad de Enfermería
Licenciatura en Enfermería



“BULLYING Y SU RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES”

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el título de
Licenciado en Enfermería

Presenta:

María Abigail Morales González

Dirigido por:

Lic. Oiris Yasmin Ramírez Fortanell

Lic. Oiris Yasmin Ramírez Fortanell
Presidente

Firma

Dra. Aurora Zamora Mendoza
Secretario

Firma

MCE. María Antonieta Mendoza Ayala
Vocal

Firma

Dra. Ma. Alejandra Hernández Castañón
Suplente

Firma

Dra. Ruth Magdalena Gallegos Torres
Suplente

Firma

Director de la Facultad

Centro Universitario
Querétaro, Qro.
Agosto 2014.
México

RESUMEN

En la investigación se exploraron los indicadores de bullying y depresión en escolares adolescente, tuvo como objetivo general “Determinar la relación del bullying con la depresión en los estudiantes de secundaria”. Diseño descriptivo, correlaciona, transversal. La población sujeta al estudio estuvo conformada por 286 estudiantes de secundaria. Los instrumentos utilizados fueron el Auto test de Cisneros escala diseñada para evaluar el Índice Global de Acoso, y la prueba de Zug y Conde escala de cuantificación de síntomas de depresión. Para obtener la estadística descriptiva se utilizó el paquete estadístico SPSS en su versión 20; se realizó un análisis global de la prevalencia de bullying en los estudiantes de la secundaria pública, así como un análisis por subescalas de bullying. También se analizó la presencia de depresión en los estudiantes, el índice global y los correspondientes a las subescalas del instrumento que mide Bullying, se construyeron considerando la descripción de los indicadores básicos que miden el acoso descritos por Martínez, (2011), Una vez que se obtuvo la información se analizó mediante estadística descriptiva a través de tablas de contingencia la relación entre bullying y depresión. Se aplicó la prueba no paramétrica Chi cuadrada, considerando las categorías: bajo, medio, casi alto y alto para Bullying y no depresión, depresión leve, depresión moderada y depresión grave. El análisis de correlación se efectuó considerando Spearman, porque se tienen variables dependientes ordinales, obteniéndose el grado de significancia con un valor $0.022 < 0.05$. De acuerdo al análisis que se hizo la prevalencia de Bullying en los estudiantes, se obtuvo que en promedio un 40.91% de los estudiantes muestran presencia de Bullying, observándose así mismo que el 57.69% de esta población padecen depresión moderada como porcentaje representativo, sin embargo en porcentajes más bajos se observa depresión grave y leve, así se puede aceptar la hipótesis de trabajo entonces se puede decir que si existe relación entre la prevalencia de bullying y la depresión en estudiantes de secundaria

Palabras Clave: Adolescente, bullying y depresión

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por haberme guiado por el camino del bien.

Y el profundo agradecimiento a la Universidad Autónoma de Querétaro por abrirme las puertas de tan prestigiada institución.

El agradecimiento a mis queridos maestros, ellos son quienes me han ayudado con sus sabias enseñanzas y conocimientos; gracias a ellos seré buena emprendedora en el futuro.

El agradecimiento a mi profesora guía la Lic. Oiris Yasmin Ramírez Fortanell en la elaboración de esta investigación, ya que su apoyo incondicional fue el más exitoso para la culminación de la tesis y llegar a la meta deseada para poder servir a la sociedad.

De igual manera el profundo agradecimiento a los jóvenes que participaron en esta investigación y a la secundaria que me abrió sus puertas, así como el personal de la misma que me brindó el apoyo necesario en cada momento.

DEDICATORIAS

Esta tesis está dedicada a mi familia, a quienes agradezco de todo corazón por su amor, cariño y comprensión, en todo momento.

Dedicado también a la Universidad que gracias a ella y a todos los que la integran tengo hoy en día el fruto de mi esfuerzo y dedicación para lograr el objetivo de ser un profesional preparado y capaz para seguir enfrentando los retos de la vida.

INDICE

| | | |
|-------|--|----|
| I. | INTRODUCCIÓN | 1 |
| 1.1 | Planteamiento del problema | 3 |
| 1.2 | Justificación | 6 |
| 1.3 | Objetivo General..... | 8 |
| 1.3.1 | Objetivos Específicos | 8 |
| 1.4 | Hipótesis de trabajo | 8 |
| 2.1 | Adolescencia | 9 |
| 2.1.1 | La búsqueda de ser yo:..... | 10 |
| 2.1.2 | Locus de control | 11 |
| 2.1.3 | Desarrollo moral y espiritual e identidad sexual | 11 |
| 2.1.4 | Sexualidad..... | 12 |
| 2.1.5 | Estilos de vida y autoestima..... | 14 |
| 2.1.6 | Escolarización..... | 14 |
| 2.2 | Bullying..... | 15 |
| 2.2.1 | Antecedentes | 15 |
| 2.2.2 | El fenómeno | 19 |
| 2.2.6 | Las consecuencias | 21 |
| 2.3 | Depresión | 22 |
| 2.3.1 | Tipos de depresión | 28 |
| 2.3.2 | Síntomas depresivos | 29 |
| 2.3.3 | Depresión en la adolescencia..... | 30 |
| 2.3.4 | Tratamiento derivado del diagnóstico..... | 33 |
| 2.4 | Estudios relacionados | 35 |
| III. | METODOLOGÍA | 38 |
| 3.1 | Tipo y diseño de estudio | 38 |
| 3.2 | Universo y muestra | 38 |
| | Criterios de selección | 39 |
| 3.3 | Material y métodos..... | 39 |
| 3.3.1 | Estrategias para el trabajo de campo | 39 |
| 3.3.2 | Descripción del instrumento..... | 40 |
| 3.4 | Plan de análisis de los datos | 46 |
| 3.5 | Ética del estudio | 47 |
| IV. | RESULTADOS Y DISCUSIÓN | 48 |
| 4.1 | DISCUSIÓN | 48 |

| | |
|-------------------------------------|----|
| V. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS | 62 |
| VI. BIBLIOGRAFÍA | 66 |

INDICE DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1. Prevalencia de bullying en general..... | 48 |
| Figura 2. Desprecio-ridiculización..... | 49 |
| Figura 3. Coacción..... | 50 |
| Figura 4. Restricción-comunicación..... | 50 |
| Figura 5. Agresiones..... | 51 |
| Figura 6. Intimidación-amenazas..... | 52 |
| Figura 7. Exclusión-bloqueo social..... | 53 |
| Figura 8. Hostigamiento verbal..... | 54 |
| Figura 9. Robos..... | 55 |
| Figura 10. Prevalencia de depresión general..... | 55 |
| Figura 11. Bullying relacionado con depresión..... | 57 |

I. INTRODUCCIÓN

Cuando se habla de violencia en el mundo escolar, éste suele asociarse a manifestaciones físicas tales como destrozos, peleas, robos, entre otros. Sin embargo, además de lo ya señalado, abarca muchos más actos, mensajes o situaciones violentas (Valadez, et. al., 2011), lo que se ha determinado como Bullying.

El estudio del bullying comienza a partir de los años 70's, donde se empieza a observar agresiones entre estudiantes en los planteles educativos en diferentes países. En México, Guevara en el 2000, inicia investigaciones sobre este aspecto y menciona que las escuelas no están preparadas para su manejo (Domínguez y Manzo, 2011).

El fenómeno conocido como bullying (violencia escolar) es antiguo en las escuelas, pero poco estudiado en el medio social. Es un comportamiento hostil, abuso de poder real o ficticio con la intención de causarle daño a otro (víctima), engloba agresiones directas e indirectas, tanto físicas como verbales, psicológicas y de exclusión social. La víctima está indefensa, no puede resolver por sí misma la situación y no existe una provocación previa por parte de esta (Amemiya, et. al., 2009).

Meriodo (2009) reflexiona sobre el fenómeno donde hace hincapié sobre su existencia en todos los niveles educativos y que ahora se encuentra de moda en las escuelas, en donde los jóvenes resuelven sus diferencias con peleas o agresiones, las cuales son grabadas y subidas al internet, acrecentándose otra forma de agresión que es el ciberbullying (Domínguez y Manzo, 2011).

Las conductas del maltrato pueden llegar a ser muy sutiles, suelen incluir conductas de diversa naturaleza, y tienden a originar problemas que se repiten y prolongan durante cierto tiempo. En ocasiones son muy difíciles de descubrir y

muy fáciles de reforzar; una vez que un alumno o alumna ha sido victimizado, una simple mirada intimidatoria o un simple gesto o el reprocharle alguna singularidad por parte del agresor o agresores, será suficiente para que la víctima se sienta amenazada (Valadez, et. al., 2011).

La dinámica del maltrato entre iguales como fuente de estrés tiene consecuencias en los sujetos estudiantes involucrados, lo que se traduce en un incremento de los problemas de salud, sobre todo mental. Ortega y Mora encuentran que como respuesta a la violencia escolar de todos los actores del fenómeno, se puede padecer daño físico (lesiones), muerte (suicidio) o afecciones de la salud mental (depresión, baja autoestima o secuelas postraumáticas), que en términos generales les impiden mantener buenas relaciones con sus iguales, y con frecuencia adoptan comportamientos de riesgo, como pueden ser el uso de sustancias adictivas, el ausentismo escolar, las relaciones sexuales prematuras o violentas e incluso la autolesión (Valadez, et. al., 2011).

Por su parte, el análisis de la situación de salud de la población en general, expresado como el conjunto de problemas de salud que afectan el bienestar (morbilidad) y por el porcentaje de personas que mueren (mortalidad), muestra que las y los jóvenes son el grupo poblacional con mayor riesgo depresivo (Valadez, et. al., 2011).

Por lo anterior los jóvenes son uno de los grupos etáreos que presentan mayor probabilidad de sufrir depresión, ya que en la etapa de la adolescencia se llevan a cabo procesos de cambio físicos, psicológicos, socioculturales y cognitivos, que demandan de los jóvenes el desarrollo de estrategias de afrontamiento que les permitan establecer un sentido de identidad, autonomía y éxito personal y social. Además, la adolescencia 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 (Pardo, et.al., 2009).

Es por ello que de acuerdo a lo encontrado en la investigación, se observa que los porcentajes de incidencia de bullying son altos por ello se dice que el bullying es una problemática creciente en el medio, así también se encontró una relación significativa de bullying con los síntomas de depresión; con respecto a los índices de depresión, estos son elevados y semejantes a resultados de diversos estudios realizados.

Sin duda alguna es importante tomar en cuenta ambas problemáticas y llevar a cabo iniciativas que ayuden a detener o minimizar a ambas, formar parte de un equipo multidisciplinario que ayuden a este tipo de población a llevar una mejor calidad de vida.

1.1 Planteamiento del problema

Un problema actual y creciente de salud en la comunidad escolar es la agresión, violencia observada entre los estudiantes y la depresión siendo de tal intensidad que ha provocado incidentes negativos en niños y adolescentes, como dificultad en el aprendizaje, abandono escolar y depresión, todo esto en diversos contextos culturales y sociales, por lo que se abordaran de manera independiente para su mejor entendimiento, en primer instancia se hablara sobre el bullying, finalmente se abordara a la depresión.

A nivel general, siempre que se han realizado estudios en diferentes países, que concluyen que el maltrato entre alumnos es un fenómeno que se produce en todos los centros estudiados, de manera más o menos grave y frecuente; afecta entre un 7 y un 10% de la población escolar y, al menos, un 25% de los alumnos se ha sentido amenazado en alguna ocasión (Gabaldon, 2005).

En una investigación hecha sobre la prevalencia de acoso escolar en 40 países con muestras nacionales, representativas fue de 8.6 a 45.2% en varones y 4.8 a 35.8% en mujeres. Además fueron identificados de la misma población entre

hombres y mujeres, como agresores el 10.2%, como víctimas el 12% y como víctima-agresor el 3%. Numerosos investigadores han analizado las consecuencias del bullying para la salud general de los individuos, las repercusiones en la salud mental (depresión), el suicidio y las hospitalizaciones psiquiátricas (Albores, et. al., 2011).

En Latinoamérica existen estudios en algunos países como en México y Chile, que reportan porcentajes de aparición del fenómeno de 40 y 46% (Arroyave, 2012).

Archudia, 2008 encontró que la incidencia del bullying en México era de 77%, en los estudiantes de primaria y secundaria. En 2010 la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), refiere que el bullying se presenta en la población de primaria y secundaria tanto en las escuelas públicas como privadas. Así mismo, dada la creciente ola de violencia, estos índices han incrementado, posicionando a México en el primer lugar de violencia verbal, física, psicológica y social entre alumnos de educación básica (Domínguez y Manzo, 2011).

En el periódico Diario de Querétaro, la Unidad de Servicios para la Educación Básica de Estado (USEBEQ), menciona que diversas instancias dieron a conocer cifras de casos bullying entre el 1 y 1.5% de la población escolar, pero se sabe que el problema de *bullying* está presente como un problema de salud y que es más frecuente o tienen un riesgo más próximo en los alumnos de educación secundaria, por lo cual es de suma importancia prevenir el acoso escolar ó *bullying*, ya que se sabe es un factor que determina el estado de salud de un individuo (Rodríguez, 2011).

Este aumento de violencia (bullying) ha llamado la atención hacia factores situacionales capaces de producir cambios conductuales en los y las jóvenes y en las jóvenes, e influir en las tendencias depresivas (Valadez, et.al., 2011).

De acuerdo a estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), citadas por Ministerio de Salud, la prevalencia global de los trastornos mentales a nivel mundial es de aproximadamente 851 millones de personas, incluyendo los trastornos neuróticos, afectivos, el retardo mental, la epilepsia, demencias y la esquizofrenia. Los problemas de salud mental constituyen alrededor del 15% de la carga mundial de enfermedades. Los datos del Banco Mundial (citado por Ministerio de Salud), señalan que la depresión mayor representa un importante problema de salud mental, ya que se estima que para el año 2020 será la segunda causa de carga de enfermedad en el mundo, representando el 3.4 % de la carga total de enfermedad, medida en años de vida ajustados por discapacidad, después de la enfermedad isquémica cardíaca (Pardo, et.al., 2009).

Pardo, et.al., (2009), refiere que la depresión tiende a presentarse con mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres. Por ejemplo, se ha reportado que en Estados Unidos la prevalencia del trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida corresponde al 21.3% en mujeres y 12.7% en hombres.

En México reportes revelan que 9.2% de la población general ha padecido un episodio de depresión, que una de cada cinco personas sufrirá uno antes de llegar a los 75 años y que los más jóvenes presentan tasas mayores. La depresión ha sido asociada a otras conductas como adicciones, suicidio y violencia, particularmente en jóvenes. La Encuesta Mexicana de Salud Mental en Adolescentes identificó que 7.2% de los jóvenes de la Ciudad de México, que tienen entre 12 y 17 años, sufrieron un trastorno depresivo en el último año (IC 95%=6.3-8.3), con prácticamente la mitad de los casos (54.7%) calificados como «graves» (Wagner, et.al., 2012).

Por lo anterior surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Existe relación entre bullying y depresión en los estudiantes de secundaria?

1.2 Justificación

El acoso escolar (también conocido como hostigamiento escolar, matonaje escolar o, incluso, por su término inglés bullying) es “cualquier forma de maltrato psicológico, verbal o físico producido entre escolares de forma reiterada a lo largo de un tiempo determinado”. Estadísticamente, el tipo de violencia dominante es el emocional y se da mayoritariamente en el aula y patio de los centros escolares. Los protagonistas de los casos de acoso escolar suelen ser niños y niñas en proceso de entrada en la adolescencia (Román y Sosa, 2012).

Con base al argumento anterior y de acuerdo a los resultados obtenidos en esta investigación se podrán implementar medidas mediatas e inmediatas para eliminar o minimizar la problemática existente, para esto es importante el trabajo de profesionistas de Enfermería, sobre todo a nivel de prevención y promoción de salud en secundaria que es la población baja estudio. Establecer un diagnóstico de riesgo de violencia con base a los indicadores base para elaborar propuestas de intervención precoz e integral que permitirá solucionar o detener el avance de la violencia en situaciones de complejo manejo y colaborar en la disminución de conductas antisociales que influyen negativamente en el progreso académico.

Establecer una relación más cercana con las autoridades de la institución para poder trabajar en caso de encontrar datos que sean relevantes en cuestión de bullying y depresión, así mismo tener en cuenta las posibilidades de poder implementar planes de trabajo que ayuden a la institución a crecer teniendo en cuenta la importancia de que lo primordial es el bienestar de quienes la integran, así mismo dar a conocer lo que enfermería puede trabajar en el ámbito escolar.

Es importante que el personal de salud, especialmente Enfermería, identifique mecanismos o factores de riesgo y protectores asociados a los procesos de abandono y permanencia en el sistema educacional. Diferentes estudios indican que los episodios de agresión y/o violencia en las escuelas producen en los adolescentes daños físicos y emocionales, estrés, desmotivación,

ausentismo, e incluso efectos negativos en el rendimiento escolar por estrés postraumático en los afectados (Loredo, et. al., 2008).

De igual manera reconocer el rol que el equipo de salud tiene en las diferentes etapas del desarrollo del adolescente, mediante un programa eficiente del equipo de salud, y en especial del profesional de Enfermería, que se orienta a la promoción del ambiente saludable en la comunidad escolar, y a intervenciones en los diferentes niveles de prevención del problema de agresión y violencia escolar (García, 2009).

Es responsabilidad de todas las personas que interactúan en la comunidad escolar participar en acciones que favorezcan la convivencia escolar identificando las conductas agresivas e identificando a los agresores y victimas para establecer medidas protectoras y tratamientos oportunos, estableciendo una comunicación permanente con los adolescentes, fomentando el respeto y creando ambientes agradables para el aprendizaje, educando con afecto y firmeza. Sólo con la participación de toda la comunidad escolar se puede prevenir y/o tratar este problema que afecta la salud y la educación de los adolescentes (Gómez, 2010).

Una interesante forma de trabajo factible de ser aplicada por profesionales del área de la salud, y en particular de Enfermería, es el modelo ecológico propuesto por la Organización Panamericana de la Salud, que aborda acciones a nivel individual, de las relaciones del grupo más cercano, de la comunidad y del microsistema escolar (Borges, et.al., 2009).

Implementar la promoción principalmente de modos de vida saludable entre ellos, como la práctica sistemática del deporte, una sexualidad responsable, no hábitos tóxicos, desarrollar múltiples intereses que les permite un uso adecuado de su tiempo libre, entre otros (Gómez, 2010).

1.3 Objetivo General

- Determinar la relación del bullying y depresión en los estudiantes de secundaria de una comunidad de Tolimán.

1.3.1 Objetivos Específicos

- Establecer la prevalencia del bullying en los estudiantes de secundaria.
- Identificar la prevalencia de depresión en los estudiantes de secundaria.

1.4 Hipótesis de trabajo

La prevalencia de bullying, aumenta el índice de depresión en los estudiantes de secundaria.

- Ho: No existe relación entre la prevalencia de bullying y la depresión en estudiantes de secundaria.
- Hi: Si existe relación entre la prevalencia de bullying y la depresión en estudiantes de secundaria.

II. REVISION DE LA LITERATURA

Varios autores comentan que en México, la educación secundaria es obligatoria y necesaria. Tiene una duración de tres años, siendo el nivel inmediato superior de la educación primaria (que dura 6 años). Como la educación secundaria es parte de la "educación básica" esta es impartida gratuitamente en los planteles del estado, aunque también se puede cursar en instituciones privadas. Por lo general el alumno ingresa a la secundaria entre 11 y 12 años de edad y sale entre 14 y 15 años de edad, continuando con el bachillerato.

2.1 Adolescencia

La adolescencia representa una etapa vital caracterizada por una serie de cambios intensos de orden biológico, psicológico y social, que bajo determinadas circunstancias pueden exponer a los sujetos adolescentes a estados de tensión, de crisis o de riesgo (Valadez, et.al., 2011).

Reed y Kipp (2007) comentan que la etapa de la adolescencia suele dividirse en tres etapas, cada etapa trae sus propios cambios físicos, emocionales, psicológicos y de comportamiento. El desarrollo de los niños entre 8 y 18 años no está solamente determinado por el crecimiento y los cambios biológicos que experimenta su cuerpo, sino también por su propio temperamento y personalidad, las expectativas puestas en ellos por los adultos con los que conviven, y las influencias sociales.

La Organización Mundial de la Salud define al grupo adolescente como la población comprendida entre los 10 y los 19 años de edad, y como jóvenes, el grupo comprendido entre los 15 y 24 años. Sumando ambos grupos (10 a 24 años), estos constituyen en América Latina, aproximadamente el 30 por ciento de la población: la adolescencia no es meramente un proceso biológico, sino también psicológico y social, que asume características diferentes en las múltiples y

variadas estructuras sociales y culturales en las que crecen y se desarrollan los jóvenes (Reed y Kipp, 2007).

La adolescencia es un período en el cual continúa el proceso de crecimiento y desarrollo que comenzó en el momento de la fecundación, etapa en la que la velocidad de crecimiento es muy grande (bien conocidos son los cambios corporales) y el proceso de desarrollo adquiere características muy especiales. De este proceso de desarrollo se analizan brevemente algunos aspectos que se consideran importantes y merecen ser profundizados. Uno de los aspectos básicos en el proceso de desarrollo psicosocial es la búsqueda de su identidad, o sea ser yo: qué soy ahora y qué voy a ser en el futuro (Balsa, et.al., 2011).

2.1.1 La búsqueda de ser yo:

Surge de una permanente comparación entre el pensamiento y lo que se ve afuera, desde el momento en que es una persona de relación, que no vive aislada, que pertenece a una familia, que vive en un barrio, en una sociedad, en una cultura, en un país y en un mundo. La identidad surge de las diferentes posibilidades que se pueda tener al confrontarse con autores de libros, con profesores, con los padres, vecinos, amigos, con líderes políticos, con los ídolos del cine y la televisión, con las informaciones, con los conocimientos, con el entorno geográfico, con los valores de la sociedad, etc (Domenech e Izakun, 2005).

El self o el concepto que tiene una persona de sí misma, configuran gradualmente su manera de vivir, ya que la conciencia del yo es el centro del mundo interior de la persona, es el eje de sus percepciones y sensaciones. Por tanto, el concepto de sí mismo influye de forma decisiva en el ser humano, es como si fuera un filtro por el cual fluye toda la información que la persona va tomando del medio, los sucesos de la vida, que pasan a ser parte integral de la conciencia (Balsa, et.al., 2011).

2.1.2 Locus de control

Es un constructo psicológico de gran importancia en el devenir de las conductas y acontecimientos de la vida del adolescente como producto de deseos y decisiones propias (locus de control interno) o que son sentidas como causadas o determinadas por otros en el exterior (locus de control externo). La fortaleza del locus de control interno está estrechamente vinculada a la autoestima y el auto concepto y es un factor protector fundamental. Todo lo dicho anteriormente sirve para recordar que el producto final del acontecer (ser) adolescente, conduce a su desarrollo humano como ciudadano y en relación a su salud, la elección de un estilo de vida (Balsa, et.al., 2011).

Los adolescentes que desarrollan un estilo de vida de alto riesgo (por sus conductas, u otros factores de riesgo o por carecer de factores protectores), tienen mayores probabilidades de no alcanzar un buen nivel de desarrollo humano y psicosocial, y de padecer problemas que juzgan de trascendencia negativa para ellos: deserción educativa, conflictos con la ley, abandono del hogar, violencia, drogadicciones, accidentes, suicidios, entre otros (Domenech e Izakun, 2005).

2.1.3 Desarrollo moral y espiritual e identidad sexual

Es un proceso que se inicia en la niñez y que adquiere una gran intensidad en la adolescencia, no necesariamente vinculado a la religión, sino a valores y sentimientos que reciben múltiples influencias del entorno sociocultural, familiar y educativo (Reed y Kipp, 2007).

Otro de los procesos de la adolescencia es la búsqueda de la independencia (autonomía), proceso que lleva a la persona a su dependencia del grupo familiar durante la infancia, a la separación total del mismo. Este proceso, junto al anterior (yo existiendo, independizándome), se da paralelamente al establecimiento de un marco de referencia sobre las cosas y los valores de la grupo familiar y del mundo en que vive o sea: ¿cómo pienso?, ¿cómo siento?,

¿cuáles son su valores?; el ser independiente hoy, con pasado y con futuro (Reed y Kipp, 2007).

2.1.4 Sexualidad

Sexualidad es un concepto surgido a mediados del S XVIII. Al decir de Foucault (1977) *“La sexualidad no debe entenderse como un supuesto natural que el poder trata de mantener bajo control, ni como un terreno oculto, que el conocimiento trata de develar gradualmente. Sexualidad es el nombre que se da a un concepto histórico”* (López, et.al. 2006).

El estudio de Foucault acerca de la historia de la sexualidad, ha sido fundamental para las discusiones actuales sobre el cuerpo y la sexualidad, no sólo para los científicos sociales y/o historiadores, sino a nivel del debate político y social que sostienen, entre otros, activistas defensores/as de los derechos humanos, y en particular de los derechos sexuales y los derechos reproductivos (López, et.al. 2006).

Es bien conocido que la sexualidad no se inicia en la adolescencia. De acuerdo con los psicoanalistas ya hay manifestaciones de la sexualidad en la vida intrauterina, y continúa su desarrollo en la infancia y en la edad escolar (Mc Cary, et al.2008).

Lo que acontece en la adolescencia es que aparece más marcadamente la necesidad de relacionamiento afectivo con otros adolescentes y otras personas y como consecuencia de la maduración sexual, las manifestaciones genitales de la sexualidad (genitalidad). Otro proceso que tiene continuidad en la adolescencia es el proceso educativo (Loredo, et al.2011).

Este proceso que también se inicia en épocas precoces de la vida, continúa en la infancia con la educación informal realizada por la familia y el entorno inmediato del niño, continúa en la etapa escolar, colegial y universitaria con la

educación formal entregada por el sistema educativo. De este proceso dependerá grandemente la inserción socio laboral del adolescente y el desarrollo de su proyecto de vida, dentro de las características y opciones que le brinda su entorno (Reed y Kipp, 2007).

Con respecto a todo lo que abarca este tema se debe tener en consideración que si bien el sexo de un individuo está determinado por los cromosomas sexuales, hormonas sexuales y el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, la *identidad del género* es la convicción personal y privada que tiene el individuo sobre su pertenencia al género masculino o femenino. Y a su vez el *rol o papel de género* es la expresión de masculinidad o femineidad de un individuo de acuerdo a las reglas establecidas por lo sociocultural. Por lo tanto un individuo es un todo, no un hecho o característica aparte (Moldenhauer y Ortega, 2008).

Al iniciarse la pubertad aumenta el interés por todo lo relacionado con la sexualidad y además durante la adolescencia estos buscan probar para saciar entre otras cosas sus dudas. Es aquí donde los jóvenes deben satisfacer su curiosidad y despejar sus temores siendo informados; esto debe realizarse de forma clara, precisa, sin caer en el dramatismo pero tampoco en el extremo de la solemnidad y sobre todo entender que el periodo de la adolescencia es una época de rápidos y difíciles cambios (Moldenhauer y Ortega, 2008).

El desarrollo físico es sólo una parte de este proceso, porque los adolescentes afrontan una gama de requerimientos psicosociales: independencia de los padres, consolidación de las cualidades necesarias para relacionarse con los compañeros de la misma edad, incorporación de una serie de principios éticos aplicables a la realidad práctica, fomento de las capacidades intelectuales y adquisición de una responsabilidad e individualidad básica, por nombrar algunos (Moldenhauer y Ortega, 2008).

2.1.5 Estilos de vida y autoestima

Los adolescentes con estilos de vida de bajo riesgo tienen menos probabilidades de desarrollar los problemas arriba mencionados. Por ello es necesario realizar una supervisión periódica del estado de salud y desarrollo de los y las adolescentes, siendo posible ampliar medidas preventivas eficaces que permitan detectar y corregir Psicopatologías más frecuentes a estas edades, evitando pérdida en el rendimiento escolar y secuela en la edad adulta. Las posibilidades de contribuir a la adquisición de hábitos saludables son mayores durante las primeras etapas de vida, por lo que es preciso incidir en las actividades de educación para la salud con los padres e hijos (Domecech e Izakun, 2005).

La autoestima es el reconocimiento (y el sentir) de valor como persona. Todos necesitan el reconocimiento de valor y el adolescente, en particular, necesita sentirse bien consigo mismo (incluida su imagen corporal), saberse querido y valorado por su familia y sus amigos (Andrade, 2012).

El juicio crítico es característica fundamental de los seres humanos. En la adolescencia se produce una expansión de la capacidad de analizar críticamente el mundo. El estímulo de esta capacidad permitirá al joven analizarse mejor, criticar al mundo familiar y a la cultura que le rodea, desarrollar una identidad y una personalidad más amplia y una fundamentación más sólida de sus valores, pensamientos y afectos (Domecech e Izakun, 2005).

2.1.6 Escolarización

El comienzo de la escolarización coincide con una mayor separación entre el adolescente y su familiar y con un aumento de la importancia de las relaciones con maestros y compañeros. Además de la amistad, puede persistir durante meses o años, las experiencias con un gran número de afinidades y antagonismos

superficiales contribuye en crecimiento de la competencia social del adolescente (Arroyave, 2012).

La popularidad, un componente central de la autoestima, puede adquirirse mediante el seguimiento de tendencias de moda entre adolescentes y el atractivo personal, los logros y las habilidades sociales reales. Algunos adolescentes se adaptan fácilmente y disfrutan de éxitos sociales simples; otros, que adoptan estilos individualistas o tienen diferencias visibles, pueden ser estigmatizados como “raros”. Estos adolescentes pueden ser dolorosamente conscientes de sus diferencias o sentirse confundidos por su falta de popularidad (Díaz, 2012).

Los adolescentes con déficit de las habilidades sociales llegan en ocasiones a extremos de conducta con objeto de lograr la aceptación, y ello solo para encontrarse con un nuevo fracaso. Los atributos otorgados por los compañeros, como divertido, estúpido, “malo” o miedoso, pueden quedar incorporados a la autoimagen del adolescente (Domínguez y Manzo, 2011).

En los vecindarios los peligros reales tales como el tráfico, los “abusos” o los extraños los obligan a recurrir a todo su sentido común y capacidad. Las interacciones con los compañeros sin una estrecha supervisión por parte de los adultos favorecen la resolución de conflictos o el desarrollo de la capacidad pugilística. El adolescente está expuesto a publicidad violenta. Un equilibrio entre la fantasía y una capacidad adecuada para manejar los desafíos del mundo real indican un desarrollo emocional sano (Domecech e Izakun, 2005).

2.2 Bullying

2.2.1 Antecedentes

Como condición característica de la especie, la relación entre los humanos suele desarrollarse en un ambiente de poder. La o las personas que lo tienen, suelen ejercerlo para beneficio colectivo y por ende son distinguidos entre su grupo social. Sin embargo, también existe el poder ejercido con abuso, situación

que suele ser frecuente, intencional y que va dirigido hacia uno o varios individuos, lo que da lugar a una convivencia desequilibrada e injusta (Domínguez y Manzo, 2011).

En la infancia y en la adolescencia, aunque parezca poco comprensible y probablemente hasta incierto, las relaciones de ejercicio de poder también existen: El abuso de los niños y los adolescentes sobre sus iguales, particularmente en la adolescencia temprana e intermedia, es una convivencia en la que un menor ejerce cualquier forma de maltrato (físico, psicológico y hasta sexual) sobre otro. A pesar de lo anterior, su estudio y divulgación son relativamente recientes, pues hace unas tres décadas en el norte de Europa, Olweus, en su libro *Aggression in the Schools: Bullies and Whipping Boys*, describió cómo un grupo de alumnos abusa de otros. El autor señala las acciones de la minoría de una comunidad escolar, en la que aproximadamente el 7% puede actuar como victimario y el 9% como víctima (Valadez, et.al., 2011).

Al principio de esta década, han surgido numerosos estudios sobre este fenómeno en Europa, en América y en otros lugares del mundo. El problema ha sido denominado por los investigadores como “bullying”, palabra que deriva del vocablo inglés “*bully*”, que significa como sustantivo *valentón, matón*; mientras que como verbo significa *maltratar o amedrentar* (Albores, et. al., 2011).

En Japón se describió una ola de violencia entre escolares, que fue calificada con el nombre “ijime”, cuyo significado semeja mucho pero no en forma completa al de la palabra “bully”. Lo interesante es que los autores orientales además de distinguir la presencia del fenómeno, refieren la contención que puede ejercerse sobre esta conducta mediante estrategias reguladoras y preventivas en cualquier centro escolar (Díaz, 2012).

Tradicionalmente, el maltrato contra niños y adolescentes se ha considerado como una circunstancia médico-social en la que un individuo

generalmente un adulto cercano, una institución o una sociedad, valiéndose de la superioridad, física, intelectual o ambas, abuse en forma pasiva o activa contra uno o varios menores, provocándoles un daño en uno o varios de los componentes de su salud integral. Tales acciones pueden ser ejercidas desde el momento de la concepción del individuo hasta el término de su adolescencia. El impacto social en la salud y economía es tal, que la Organización Mundial de la Salud lo considera un problema universal. La Academia Americana de Pediatría a su vez, considera que es un problema urgente que requiere la formación de profesionales capaces de enfrentarlo y prevenirlo (Laredo, et. al., 2008).

Laredo, et. al., (2008) menciona que en México, la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado (CAINM) ha estudiado durante más de veinte años el fenómeno y ha señalado que existen diferentes formas de maltrato hacia los menores de edad. Consideran tres grupos de variantes de violencia en razón de su frecuencia, del conocimiento y consideración del personal de salud:

a) Formas conocidas: Maltrato físico, negligencia, maltrato psicológico, abuso sexual y niños en situación de calle.

b) Formas poco conocidas: Destacan el síndrome de niño sacudido, el abuso fetal, el síndrome de Münchausen y el ritualismo.

c) Formas poco definidas: Expresiones infrecuentes y de conceptos poco precisos, que son formas de violencia sin atención y de agresión a los derechos de los niños: los niños en situación de guerra y el maltrato étnico.

En este amplio contexto, desde hace unas tres décadas, la comunidad escolar y médica han puesto atención en una forma de violencia que tiene algunas peculiaridades en su génesis y expresión y que ocurre generalmente en individuos que viven la etapa temprana o intermedia de su adolescencia. Se distingue como una forma de agresión crónica y recurrente ejercida por uno o varios jóvenes sobre otro u otros, lo que involucra irremediabilmente el ambiente en que se da la relación entre los actores (Díaz, 2012).

Esta manifestación de *acoso y violencia entre "iguales"* en el ambiente escolar, ha sido denominado por los noreuropeos como el "bullying" y por los orientales como "ijime"; se refiere a la violencia entre menores de edad con repercusiones biopsicosociales que merecen su análisis y descripción (Laredo, et. al., 2008).

El bullying está presente en casi cualquier lugar, no es exclusivo de algún sector de la sociedad o respecto al sexo, aunque en el perfil del agresor sí se aprecia predominancia en los varones. Tampoco existen diferencias en lo que respecta a las víctimas (Velarde y González, 2011).

El agresor acosa a la víctima cuando está solo, en los baños, en los pasillos, en el comedor, en el patio. Por esta razón los maestros muchas veces ni por enterados están. Los maestros y padres de familia a menudo optan por no hacer nada pensando que el acoso entre pares se extinguirá naturalmente. Sin embargo, la evidencia apunta a que no ocurre así (Arroyave, 2012).

Estudios longitudinales muestran que el acoso permanece por muchos años y que los roles se mantienen: un niño que es víctima a los siete años mostrara el mismo estatus 8 años después. Además los efectos sobre la salud mental permanecen después de 10 y 15 años, ya que 28% de víctimas y agresores mantienen la psicopatología (Albores, et. al., 2011).

La presencia de acoso escolar también es un indicador de disfunción familiar. Según Bauer, 97% de los casos de niños acosadores fueron víctimas de maltrato familiar y sus madres reportaron violencia de sus parejas hacia ellas hasta el 50% de los casos. Además varios estudios identifican el acoso como un factor de riesgo para el suicidio y el uso y abuso de sustancias a corto y largo plazo (Albores, et. al., 2011).

Sin embargo el acoso escolar no se trata de un simple empujón o comentario, se trata de una situación que si no se detiene a tiempo puede provocar severos daños emocionales a la víctima. Esta práctica que se vuelve frecuente en los niveles de primarias, secundarias y preparatorias públicas o privadas de México, en otras partes del mundo se está adaptando a la tecnología dando como resultado el cyber bullying, es decir, el acoso a través de Internet específicamente en páginas web, blogs o correos electrónicos (Albores, et. al., 2011).

2.2.2 El fenómeno

Smith y Sharp, son de los primeros autores en proponer un concepto general de lo que es el “bullying”: relación cotidiana entre varias personas en la que se ejerce “un abuso sistemático del poder”, sin especificar el sitio en el que se desarrolla el fenómeno. Esta propuesta hace extensiva la conducta de acoso a cualquier ambiente de convivencia cotidiana entre un grupo de personas; que puede observarse en áreas laborales, recreativas, militares y escolares (Loredo, et. al., 2008).

En este último contexto y particularmente en chicos que viven su adolescencia (secundaria y preparatoria), este tipo de violencia se ha estudiado en forma más intencionada y se ha logrado establecer algunos de los elementos que le caracterizan:

1) Conducta sistemática y recurrente. En este concepto debe entenderse el ejercicio de una acción constante, recurrente y en ocasiones concertada, de parte de uno o varios individuos en contra de otro u otros.

2) Abuso de poder. En esencia define el desequilibrio en el uso del poder, generalmente en razón de una aceptación de la víctima, quien se sujeta a la agresión del “buller”.

La conducta reiterada en el ejercicio desequilibrado y malintencionado del poder que caracteriza al acoso escolar, conlleva a identificar tres actores que son necesarios en su desarrollo:

1) El acosador (“bully”). El que ejerce la violencia generalmente sobre un igual. Durante el proceso puede involucrar a otros pares, quienes participan de forma activa o pasiva en la conducta. Se estima que del 7 al 9% de los individuos de una comunidad escolar desarrolla este tipo de acciones.

2) La víctima. Es un individuo de la misma comunidad, quien por diversas condiciones suele mostrar inferioridad física, psicológica o social. Un estigma físico, un nivel de autoestima bajo o la incapacidad de adaptación al contexto, suelen ser algunas de las condiciones que hacen débil y susceptible a un individuo. Se estima que hasta el 9% de los integrantes de una comunidad escolar, es víctima de esta forma de violencia. Al hablar de víctima, se incluye a todos los pares que aún como observadores, son influidos por un agresor para favorecer o alentar este tipo de maltrato sobre sus iguales.

3) Los víctimas-perpetradores. Así puede denominarse a quienes siendo víctimas de esta forma de violencia, evolucionan hacia una actitud y papel de agresores. Se considera que del 3 hasta el 6% de las víctimas suele convertirse en agresor (Loredo, et. al., 2008).

Velarde y González, (2011) comentan que el comportamiento de un agresor y la víctima es:

- Quienes ejercen el bullying lo hace para imponer su poder sobre el otro logrando con ello tenerlo bajo su completo dominio a lo largo de meses e incluso años.
- El niño o varios de ellos, comúnmente en grupo, constantemente tienen actitudes agresivas y amenazantes sin motivo alguno contra otro u otros niños.
- Es o son provocativos, cualquier cosa es para ellos motivo de burlas.

- Su forma de resolver conflictos es por medio de la agresión.
- No es nada empático, es decir no se pone en el lugar del otro.

En tanto el comportamiento de la víctima es:

- Son comúnmente niños tímidos y poco sociables. Ante un acoso constante, lógicamente se sienten angustiados, tensos y con mucho miedo a tal grado que en algunos casos puede llevarlo a consecuencias devastadoras.
- El niño o adolescente se muestra agresivo con sus padres o maestros.
- Comienzan a poner pretextos y diversos argumentos para no asistir a clases, ni participar en actividades de la escuela.
- Se presenta un bajo rendimiento escolar.
- La víctima comienza a perder bienes materiales sin justificación alguna, o piden más dinero para cubrir chantajes del agresor.
- En los casos más severos presentan moretones o agresiones evidentes en la cara y el cuerpo.

2.2.6 Las consecuencias

Independientemente de las formas como son atormentadas las víctimas, los resultados tienen impacto en cualquiera de las áreas de su salud. Incluso las consecuencias van más allá de lo esperado, pues no sólo las víctimas sino también los observadores y el propio agresor terminan siendo dañados por el fenómeno (Arroyave, 2012).

Al respecto, se ha observado que entre las características que distinguen a *todos* los actores del fenómeno hay una historia común:

1) Exposición crónica a patrones de convivencia violentos:

Tanto el agresor como la víctima, viven en ambientes de hostilidad familiar, escolar, incluso en el área de recreación y deporte.

2) La diversidad de expresión está determinada por las características propias del individuo y de los ambientes (personas y sitios) en los que se desenvuelve.

3) Al final, todos los involucrados, víctimas y agresores, tienen mayor riesgo de sufrir síntomas depresivos e ideación suicida, pasando por trastornos del sueño,

enuresis, dolor abdominal, cefalea, malestar general, ansiedad, baja autoestima, sensación de rechazo social, aislamiento, marginación y en general una auto-percepción de minusvalía, física, social y hasta económica (Laredo, et. al., 2008).

Asimismo Arroyave (2012) deduce que los efectos negativos no son exclusivos del individuo y de su familia. Suelen extenderse hasta otros ambientes y contextos aún sin ser parte del fenómeno. Estas consecuencias en el ámbito escolar, suelen producir mayores índices de trastornos afectivos y de conducta en los estudiantes y en su entorno:

- a) Escolares. Ansiedad, ausentismo, menor rendimiento académico, abandono escolar, generación de agresores y de víctimas-agresores.
- b) Ambiente escolar. Inseguridad, desintegración, insalubridad, violencia y circunstancias que favorecen la réplica del fenómeno.

Los agresores pueden convertirse posteriormente en delincuentes, la persona se siente frustrada porque se le dificulta la convivencia con los demás niños, cree que ningún esfuerzo que realice vale la pena para crear relaciones positivas con sus compañeros (Velarde, et.al., 2011).

Las consecuencias en la víctima son una evidente baja autoestima, actitudes pasivas, pérdida de interés por los estudios lo que puede llevar a una situación de fracaso escolar, trastornos emocionales, problemas psicosomáticos, depresión, ansiedad, pensamientos suicidas, lamentablemente algunos chicos, para no tener que soportar más esa situación se quitan la vida, o bien mueren a causa de los daños causados por los victimarios. A escala mundial México se ubica en niveles de violencia escolar semejantes a países como Irak o Afganistán. A escala nacional los estados de Chihuahua, Jalisco y Sinaloa llevan la delantera en casos de violencia y acoso escolar (Velarde, et.al., 2011).

2.3 Depresión

Al hablar de depresión, ésta se refiere al punto más bajo de las fluctuaciones del estado de ánimo normal, de la vida emocional de todos los días.

En el punto de encuentro entre el lenguaje común y el compartido por los psiquiatras, la depresión es vista como un estado de infelicidad, tristeza o dolor emocional, que se presenta como *reacción* a una situación o evento displacentero, el cual es habitualmente considerado como la causa de tal respuesta emocional. De igual forma, algunos profesionales de la salud mental la identifican como un *rasgo* de personalidad, definido como un estado continuo y relativamente estable de incapacidad para obtener placer (Pardo, et.al., 2011).

La depresión también ha sido conceptualizada como una *enfermedad* o conjunto de síntomas, que se acompañan de una clara base genética y etiológica, una patología física y un pronóstico particular o respuesta específica a tratamientos. La depresión es tomada entonces como un *síndrome*, un estado patológico de humor bajo o triste que hace referencia a un conjunto de síntomas que implican un criterio estadístico de normalidad, y por lo tanto, favorecen el establecimiento de diferencias estadísticas cuantitativas y cualitativas en el análisis de la respuesta (Murphy, 2011).

En todas estas definiciones y modos de ver la depresión, ésta se entiende como un conglomerado de posibles respuestas comportamentales, fisiológicas y cognitivas, las cuales se estiman normales o anormales en función de variables como la intensidad, la duración, el número de síntomas presentes, la edad, la incapacidad generada y los factores contextuales que puedan estar afectando el estado de ánimo de las personas, entre otros (Wagner, 2011).

Diferentes estudios dicen que la depresión mayor, la distimia y el trastorno bipolar, con alternancia de manía y depresión, son los tres tipos principales de trastornos afectivos observados en el adolescente (Andrade, 2012).

La depresión mayor se caracteriza por disforia y pérdida evidente del interés y el disfrute por actividades habituales, pero también cursa con una significativa alteración ponderal secundaria a disminución o aumento de la ingestión de alimentos, con insomnio o hipersomnias, agitación o lenificación psicomotriz, fatiga o pérdida de energía casi a diario, sentimientos de inutilidad y

de culpa excesiva, menor capacidad para pensar y concentrarse e ideas recurrentes de muerte. Además, el subtipo melancólico de la depresión también comprende anhedonía marcada y mayores sentimientos de depresión por la mañana con despertar precoz. El trastorno distímico es un síndrome menos grave pero más prolongado dura al menos un año, se cursa con poco apetito, problemas de sueño, pérdida de energía y autoestima y sentimientos de desesperación. El trastorno bipolar se refiere tanto a la manía como a la depresión o bien a los episodios de manía aislados (Domecech e Izakun, 2005).

Domecech e Izakun (2005), mencionan que el adolescente incapaz de encontrar unos modelos adecuados, puede conocer por primera vez la sensación del fracaso y reaccionar con ansiedad y hostilidad al ambiente escolar o ante determinadas personas. Este comportamiento, por medio del cual el niño intenta tener una consideración que aparentemente es incapaz de obtener de otra manera, puede llegar a ser antisocial.

Las adolescentes son sumamente sensibles a cualquier comentario desagradable o irónico sobre los cambios que sufre el cuerpo. Debe hacerseles sentir que todos estos cambios son parte de un proceso natural y normal, dándoles la información que pidan al respecto o que consideren necesaria. Las mujeres adolescentes son más sensatas que los varones, son variables a su comportamiento, a ratos se conducen como personas adultas y esperan que se les trate como tales, sin embargo, otras veces actúan como niñas pequeñas que reclaman la misma atención que los padres dan a los hermanos menores (Domecech e Izakun, 2005).

Los autores antes citados también comentan que todas sus dudas y preguntas deben ser contestadas en forma clara y sencilla. La niña continua identificándose con la madre, al igual que el varón lo hace con el padre, por eso es necesario que las relaciones entre los padres e hijos sean buenas, con el fin de que los niños tengan frente a la vida una actitud positiva y no llena de temores,

tabúes y supersticiones, como sucedía en otras épocas. Incluso es importante que los padres cuiden de no comunicar sus temores a sus hijos, de tal forma que ni creen en ellos actitudes negativas sino sentimientos de confianza.

En cambio los adolescentes en esta etapa aprenden muchas cosas sobre el mundo exterior y desarrollan una conciencia o sentido de responsabilidad sobre temas que a ellos les parecen importantes. Son años en los que aprenden a ser tolerantes con los demás y se les prepara para cumplir las reglas sociales. La independencia del niño con respecto a los padres se manifiesta a medida que adquieren un sentimiento de individualidad y en su deseo por ser tratado como personas y no como objetos (Domecech e Izakun, 2005).

El deseo de realizar grandes hazañas ocupa su mente cuando no está haciendo trabajos escolares u hogareños. Puede irritar a los padres por su deseo de independencia y presentar un problema de disciplina. El adulto debe intentar entender estos cambios y ser amistoso y objetivo al darle órdenes. Durante esta etapa escolar se producen cambios en el desarrollo que son variables de acuerdo con la edad y se manifiestan en una secuencia determinada, que es mantener sea conocida por los padres y por aquellos que intervienen en la educación y atención de los niños para no cometer errores, que en ocasiones resultan más perjudiciales que la misma conducta del niño (Reed y Kipp, 2007).

Los adolescentes en esta etapa consagran muchas horas en sus deberes escolares y al trato de sus compañeros o amigos, en esta época de su vida sienten la necesidad de dominar sus reacciones violentas y su instinto agresivo, lo que justifica a sus sueños de aventuras audaces y de combates violentos. Esto explica porque las historietas ilustradas le son tan necesarias (Reed y Kipp, 2007).

El crecimiento y desarrollo emocionales dependen de la capacidad del niño para establecer lazos afectivos fuertes a su familia. Las relaciones que mantengan con los padres les permitirán que tengan una adecuada capacidad para el cariño y

el afecto, la habilidad para dominar los estados de ansiedad originados por frustraciones y la facilidad de reprimir los impulsos agresivos. El niño debe percibir el interés de sus padres para poder incrementar la seguridad y confianza con sus propias capacidades (Balsa, et.al., 2011).

El proceso formativo de la personalidad en la etapa escolar, es necesario que reciba afecto, comprensión, seguridad y disciplina, además de ser estimulado por el éxito y la aceptación social (Reed y Kipp, 2007).

Tanto la depresión que se caracteriza por la tristeza y quizá por una disminución de la actividad como la manía que es un estado de exaltación o de exuberancia aparecen sobre la categoría de trastornos emocionales (Sarason y Sarason, 1990).

Sarason y Sarason (1990), comentan que la conducta depresiva sin ningún episodio maniático se divide en tres grupos: si es grave se le clasifica como un trastorno depresivo importante; si no es muy grave o incapacitante, como un trastorno distímico (también conocido con el antiguo nombre de neurosis depresiva). Si la depresión ocurre a consecuencia de un evento inidentificable de la vida y se espera que desaparezca cuando esto pase, se le clasifica como trastorno de adaptación con estado de ánimo deprimido.

Por tanto la depresión es el problema de salud mental más común en EUA. Incide en todas las edades, pero los porcentajes son más elevados entre 25 y 42 años. Por desgracia, el grupo con mayor incidencia es el de los adolescentes. En la actualidad, la edad promedio en que se inicia es entre 25 y 30 años de edad, aunque la tendencia a futuro será, incluso, a edad más temprana. La depresión grave afecta tres veces más a personas que viven en la ciudad, que a quienes viven en ambientes rurales. En un momento dado, casi 20 millones de estadounidenses sufren de algún episodio depresivo (Yapko, 2006).

La depresión es un estímulo ambiguo que puede tener diversas causas. Es difícil, si no imposible, establecer una relación causa-efecto simple en un lenguaje común. Incluso, aunque sea evidente, no es tan sencillo estar seguro de la causa (Yapko, 2006).

Existe un cuerpo completo de textos científicos que indican que la depresión tiene origen en tres áreas generales biología, psicología y sociología. En cada área hay bastantes variables, cada una desempeña un papel importante, por lo que debe ser considerada por separado (Yapko, 2006).

- Componente biológico de la depresión

Una de las interrogantes en el campo de la conducta humana es: ¿Cuánta de nuestra experiencia es regida por la naturaleza humana (biología) y cuánta por nuestras vivencias (crianza)? La controversia naturaleza-crianza, como es conocida es importante porque implica un tema más profundo. ¿Cuánto de nuestra vida podemos cambiar si su vida esta predeterminada biológicamente? Nuestra herencia genética y bioquímica desempeña un papel relevante en todas nuestras experiencias un tomando en cuenta la influencia cultural y familiar, podemos decir que ¡estamos biológicamente predispuestos a ser sensibles a nuestro entorno! Al reflexionar acerca de la depresión, sin embargo, debemos determinar la naturaleza y el grado de influencia de las variables biológicas específicas.

- El componente sociológico de la depresión

Todas las influencias culturales significativas conducen a elevar el grado de depresión tanto como otros factores. Se consideran algunos cambios de la sociedad. Una de las consecuencias de reconocer la influencia sociológica en la depresión es que no puede considerarla como un problema individual. Por el contrario, tendemos a pensar que la influencia de la sociedad durante la vida es lo que forma nuestras opiniones. La cultura ayuda a definir lo que significa ser hombre o mujer, y también influye en los puntos de vista en general, incluyendo el

amor, la familia, el tiempo, el dinero, el estrato social, la política, el arte, la religión, moda, el gobierno, la educación, la profesión y todo cuanto se pueda pensar.

La sociedad nos moldea desde el instante en que nacemos, casi siempre de manera tan profundamente arraigada que es parte de nuestro inconsciente.

- El componente psicológico de la depresión

Es el nivel psicológico individual donde finalmente se lleva a cabo la batalla con la depresión mediante diversos modelos: psicodinámico, cognitivo, conductual e interpersonal.

2.3.1 Tipos de depresión

Según Lemus (2005), la depresión se clasifica tomando en cuenta los factores que la originan:

La depresión endógena u orgánica que, como su nombre lo indica, tiene como origen un desorden fisiológico.

Hay distintos tipos de depresión endógena:

- Depresión mayor: se origina por una disfunción bioquímica del cerebro y contiene un elemento genético, es hereditaria. Cuando se explora el árbol genealógico de la persona es común encontrar una larga historia de depresión y suicidio. Se presenta en forma de episodios de depresión, como crisis, alternados de períodos de aparente normalidad.
- Distimia o depresión crónica: La persona está todo el tiempo deprimida aunque no tan severamente como en los episodios de depresión mayor. Cuando una persona ha tenido este estado depresivo por dos años o más se le diagnostica como distímica o depresiva crónica.
- Depresión bipolar, también conocida como neurosis maniaco-depresiva: Es una forma cíclica en donde el paciente tiene períodos de euforia e hiperactividad cuando está en estado de manía seguidos de períodos de profunda depresión.

- Depresión tóxica: tiene un origen externo como el uso o abuso de ciertos fármacos, abuso de alcohol o secuela de enfermedades virales como la hepatitis.
- Depresión post parto: esta puede aparecer el tercer o cuarto día después del parto y durar de un día a una semana; desaparece sin necesidad de tratamiento, pero los síntomas aparecen desde el primer día del alumbramiento y existe una predisposición hereditaria o padecimientos afectivos previos, es necesario tener un tratamiento de inmediato.

Depresión psicógena:

A diferencia de la depresión orgánica, tiene su origen en conflictos psicológicos, carencias de infancia, eventos traumáticos, etc.

- Reactiva: Surge a partir de una causa que es evidente, como la pérdida de un ser querido o de algo considerado valioso -trabajo, casa, ciudad-, etc. La depresión que se vive en el proceso de duelo es de tipo reactivo. Se presenta con menos síntomas físicos que la de origen orgánico. Comúnmente no hay pérdida considerable de memoria, ni malestares gastrointestinales, o dolores de cabeza. A veces se le clasifica como psicógena -aunque su origen no es interno- para no incluirla en los tipos orgánicos.
- La depresión de origen psicológico se deriva de experiencias tempranas en la vida de la persona como son las pérdidas, el abandono, padres emocionalmente distantes, atmósfera hogareña hostil o francamente agresiva, abuso sexual y/o emocional.

2.3.2 Síntomas depresivos

Murphy (2011), menciona los siguientes síntomas depresivos en adolescentes:

- Trastorno de sueño

Se trata habitualmente de insomnio, pero en el individuo joven puede existir a veces hipersomnias. 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 las 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 antes. La concentración se hace difícil y le resulta muy difícil decidir.

- Pérdida de interés

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

- Preocupación de la muerte: es un síntoma de mal augurio.

2.3.3 Depresión en la adolescencia

Según la clasificación diagnóstica del *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-IV-TR, American Psychiatric Association, 2000), los criterios de un trastorno depresivo son muy parecidos en niños, adolescentes y adultos. Las diferencias que se encuentran se deben a la intensidad de los síntomas y las consecuencias del trastorno. Algunos síntomas, como las quejas somáticas, la irritabilidad y el aislamiento social, son especialmente habituales en los niños, mientras que el enlentecimiento psicomotor, la hipersomnia y las ideas delirantes son más frecuentes durante la adolescencia. En los adolescentes los episodios depresivos mayores suelen ir asociados a trastornos disociales, por

déficit de atención, de ansiedad, relacionados con sustancias, y de la conducta alimentaria (Méndez, Olivares & Ros, 2001).

En cuanto a las manifestaciones clínicas de los trastornos depresivos en la adolescencia, en ocasiones se destacan algunos síntomas que aparecen desde la infancia y se recrudecen después de la pubertad. El síntoma característico de la depresión es el cambio notable en el estado de ánimo, que puede ser encubierto por irritabilidad o por problemas de conducta. En los cuadros depresivos de los escolares mayores y los adolescentes menores hay cambios graduales. Los escolares mayores tienden a somatizar más sus quejas, a presentar mayor agitación psicomotora y, en ocasiones, alucinaciones (Bernad, 2009).

La apariencia depresiva en estas edades no es el único criterio a tener en cuenta, es necesario atender los reportes de los adolescentes acerca de una mayor incidencia de síntomas de desesperanza y falta de capacidad para disfrutar lo que hacen. Además, es necesario fijarse otras referencias como la necesidad de dormir más, cambios en el peso corporal, presencia de ideas acerca de la muerte e ideación suicida (Bernad, 2009).

En los adolescentes mayores, es muy frecuente que se presenten somatizaciones en los casos en que existe un síndrome depresivo, como es el caso de los episodios de bulimia y anorexia, síntomas de gastritis, tendencia a la hipertensión arterial o propensión al cansancio muscular, la fatiga mental, incapacidad de concentrarse y realizar ejercicios de memoria. En algunos de estos casos, y desde 1960, se habla del concepto de “depresión enmascarada” (Wagner, 2011).

La depresión en la adolescencia puede presentarse como un problema transitorio y común, o como una enfermedad peligrosa que puede generar conductas autodestructivas. Según Dallal y Castillo (2008), la depresión ha sido asociada a la adolescencia porque en esta etapa del desarrollo suelen darse, con

frecuencia, molestias relacionadas con el estado de ánimo. Adicionalmente, durante esta etapa vital suceden al tiempo varios cambios en la personalidad que hacen difícil determinar la normalidad de este trastorno. Según los autores, “se considera que el adolescente está enfermo cuando el proceso de su desarrollo biopsicosocial se altera y esto se manifiesta en conductas anormales, síntomas y alteración en sus funciones mentales”

Se ha encontrado mayor reporte de síntomas depresivos en las mujeres que en los hombres desde el comienzo de la adolescencia. Este resultado se puede explicar por diversos factores. Por una parte el hecho de que la pubertad tienda a ser más temprana en las mujeres puede exponerlas, en mayor grado que a los hombres, a enfrentar nuevos desafíos adaptativos y cambios en las normas y expectativas sociales antes que estén psicológicamente preparadas para ello (Parés, et.al., 2010).

Por otra parte, también el mayor ánimo depresivo de las mujeres adolescentes puede estar asociado con la intensificación de la socialización diferencial de roles sexuales que tiene lugar en esta etapa, llevándolas a experimentar mayor preocupación por la apariencia corporal y mayor insatisfacción con la figura o el atractivo físico. Esta combinación de transiciones biológicas y sociales, junto con su mayor vulnerabilidad emocional, puede producir en las mujeres adolescentes mayores problemas de identificación, autoestima y autoeficacia, los cuales se acrecientan en esta etapa y serían factores desencadenantes de los síntomas depresivos (Parés, et.al., 2010).

La aceptación del grupo de pertenencia y la buena opinión por parte de los compañeros representan un factor esencial en la vida del adolescente. Desde este punto de vista, la necesidad de pertenencia a un grupo, la falta de oportunidades o el rechazo pueden constituir una experiencia frustrante para el joven. En conclusión, el grupo de pares brinda la posibilidad de tomar decisiones junto a sus compañeros, de tener poder y seguridad, proporciona prestigio y libertad,

constituyéndose en un importante “modelo de referencia,” en el cual existen emociones, ideas, ambiciones y expectativas que discrepan con los valores de los adultos relacionados con el adolescente (Cárdenas, 2009).

Así también Cárdenas, 2009 nos dice que un factor que no ha sido estudiado tan frecuentemente en la depresión adolescente lo constituyen las relaciones con pares y más específicamente, la soledad. Sin embargo, se ha encontrado que la soledad es un factor que se presenta en mayor medida en adolescentes deprimidos.

Existen cualidades en los jóvenes que representan vulnerabilidad individual para el desarrollo de dificultades emocionales, las cuales corresponden a dificultades para hacer nuevos amigos, frecuentes discusiones hacia pares, rechazo a compartir con otros, discusiones frecuentes o agresividad con amigos o pares, soledad y aislamiento interpersonal, falta de amigos cercanos y pobres relaciones con amigos y pares (Pardo, et. al., 2009).

2.3.4 Tratamiento derivado del diagnóstico

Las investigaciones indican que la mayoría de quienes se deprimen, y podrían beneficiarse con una terapia, nunca buscaran la ayuda profesional que necesitan. Pese a que una consulta profesional tiene gran valor, solo uno de cuatro individuos con depresión irá con un profesional de salud mental.

Existen, al menos, para esa falta de consulta. La primera es que quienes se encuentran clínicamente deprimidos no saben que lo están. Por el contrario suelen pensar que lo que tienen es un malestar físico, que les resta energía y felicidad, por lo que consultan a un médico, que detecta algunos síntomas clásicos (Yapko, 2006).

Yapko (2006), El grupo de expertos consultantes de AHCPH concluye que tanto la psicoterapia como la farmacoterapia resultan efectivos para tratar la

depresión. Se recomienda el uso de medicamentos como primera elección, cuando están presentes las condiciones siguientes:

- La depresión del individuo es severa.
- El individuo ha sufrido previamente, al menos, dos episodios depresivos.
- En su familia existe una historia de depresión.
- El individuo prefiere el medicamento como única ayuda (rehúsa la psicoterapia).

La psicoterapia es tanto un arte como una ciencia. De manera que la destreza del médico es definitiva. Los expertos concluyeron que la terapia:

- Debe de ser un proceso activo.
- Debe de ser limitada (no indefinida).
- Debe enfocarse en resolver los problemas actuales (no rebuscar en el pasado).
- Debe tener como meta atenuar los síntomas (más que en asumir que los síntomas desaparecen si algún problema abstracto de la personalidad es resuelto).

La psicoterapia debe de ser la primera opción, según los expertos cuando:

- La depresión es de leve a moderada (como es en la mayoría) aunque también puede ser utilizada para tratar casos severos.
- La depresión no incluye psicosis o impedimentos severos para juzgar la realidad objetivamente.
- La depresión no es en extremo crónica (larga duración) o muy recurrete.
- El individuo pide específicamente la psicoterapia, como la forma que desea ser tratado.

Modelos de tratamiento recomendados en la psicoterapia de la depresión:

- Terapia interpersonal: identificar y corregir el déficit de las habilidades sociales.
- Terapia cognitiva: identificar y corregir errores en el pensamiento (distorsiones cognitivas).

- Terapia conductual: reducir conductas dañinas o poco asertivas, mientras se aprende y se incrementa el uso de conductas gratificantes.

2.4 Estudios relacionados

El bullying actualmente es una realidad en las instituciones educativas, al que no se le ha prestado la atención necesaria. Este fenómeno ha sido asociado con la depresión e ideación suicida. El objetivo del presente estudio es examinar la relación entre los agentes del bullying (víctimas y agresores) y los niveles de depresión en adolescentes. La población estuvo constituida por 315 estudiantes de ambos sexo, con edades comprendidas entre 14 y 16 años. Los resultados obtenidos confirmaron que existe asociación entre la victimización e intimidación y el incremento del riesgo de sufrir depresión e ideación suicida; además de que las víctimas presentan mayores niveles de depresión que los agresores y que la ideación suicida está presente tanto en víctimas como en agresores. La violencia se manifiesta de diferentes formas y en ámbitos diversos, son numerosos los estudios que abordan e intentan comprender sus causas y sus expresiones (Torres, 2009).

En las últimas décadas a nivel mundial ha llamado la atención de medios y profesionales, numerosos eventos violentos ocurridos dentro y fuera de las instituciones educativas protagonizadas por estudiantes (Barrientos, 2007). De acuerdo con las investigaciones, los adolescentes que han sido víctimas de acoso escolar comúnmente presentan problemas de sueño, disminución de la autoestima, aislamiento social, depresión y dolores de cabeza o abdominales. Por otra parte, el intimidador, sin duda tiene algunas características particulares, y su conducta se asocia con otras antisociales, síntomas de depresión y déficit de atención e hiperactividad (Arellano, 2008).

Así mismo el anterior autor señala que la intimidación a largo plazo produce altos niveles de ansiedad, angustia, hiperactividad e incluso cuadros depresivos, este último relacionado estrechamente con conductas suicidas, por tal motivo

estos últimos casos son de interés de medios de comunicación masivos. Además mientras la víctima reprima la ira y la frustración que le causan tales agravios, mayor serán las secuelas y las conductas autodestructivas.

La dinámica Bullying puede definirse en forma global como un comportamiento que conlleva un ataque o un daño causado intencionalmente, el cual puede ser físico o psicológico, que se da en sucesivas ocasiones (no una sola vez), del más fuerte al más débil, en el cual se observa un desequilibrio de poder (Nicolaidis y cols, 2002).

La agresividad en los y las adolescentes es un problema que afecta los vínculos y redes sociales, la convivencia normal de las familias, los grupos de pares y la actividad escolar, llegando a propiciar en agredidos y agresores conductas de riesgo para la salud física y mental. En Colombia, aunque apenas el tema comienza a ser analizado, ya existen algunos datos; según la encuesta realizada en el segundo periodo del 2005, el 28% de los estudiantes dijo haber sido víctima de bullying en los meses anteriores a la prueba, el 21% confesó haberlo ejercido y el 51% haber sido testigo (Martíña, 2007). De acuerdo con lo expuesto, es necesario sensibilizar y concientizar a la sociedad a la comunidad educativa, teniendo en cuenta que “la violencia es algo inherente al ser humano”.

Se ha encontrado una asociación significativa entre ser víctima de acoso escolar y tener un estado de ánimo negativo, pues la víctima suele presentar problemas de sueño, baja autoestima y depresión, además de sentirse cansados, nerviosos, desplazados y tener dificultades para dormir. Los estudios han probado que las niñas presentan más síntomas depresivos y mayor ideación suicida. En consonancia con estos resultados, las niñas tienen una mala percepción de sí mismas (Pares, et.al. 2008).

Se sabe que el autoestima es uno de los principales factores que protegen de las enfermedades mentales en la infancia. Estos datos coinciden con estudios

epidemiológicos que muestran cómo a medida que los niños y niñas entran en la adolescencia, la prevalencia de trastorno de las emociones se hace más patente a favor de las niñas. Si se entiende el “bullying” como una forma de trastorno de la conducta, el trabajo confirma estudios previos, donde los adolescentes varones presentan más trastornos de este tipo (Pares, et.al. 2008).

Pares, et.al. (2008) menciona que no solo los adolescentes que son víctimas de bullying sino los que intimidan presentan más síntomas depresivos. Hay que destacar que en el grupo de víctimas existe un mayor deseo de muerte, lo que habría que tener en cuenta a la hora de valorar clínicamente el riesgo de suicidio. Los resultados apoyan la necesidad de una política antibullying en los colegios, que deberían involucrar tanto a padres, madres, profesores, trabajadores del colegio y psiquiatras. Así como la necesidad de preguntar de manera rutinaria en las valoraciones de niños y niñas por las conductas de bullying.

Por otro lado en la investigación realizada por Rodríguez y Ramírez (2012) en Bogotá mencionan: este trabajo se acerca a una discusión sobre dinámicas individuales y colectivas del matoneo escolar y sus consecuencias explorando tres temas: características de los actores del Bullying (agresor, víctima y testigo), consecuencias sobre la vida emocional, y mecanismos de atribución para explicarlo. Primero, se estableció que el agresor, generalmente movido por el deseo de ganar estatus social, generalmente, justifica la agresión al pensar que la víctima obtiene su merecido. Su papel dentro de la dinámica afecta sus relaciones y la probabilidad de que vuelva a matonear a otros en el futuro.

Las víctimas son estudiantes que están constantemente expuestos a maltrato o acciones violentas por parte de los otros pares. Pueden desarrollar trastornos de depresión, ansiedad y baja autoestima entre otras cosas. A veces justifican la agresión que reciben en su “mal comportamiento”, y otras aguantan la agresión con la esperanza de que el agresor reciba su castigo. Los testigos son

aquellos que presencian el acto. Pueden sufrir de altos niveles de estrés o ansiedad (Ramírez y Rodríguez 2012).

En algunos casos los demás compañeros no hace nada para defender a la víctima por miedo a ser agredidos, porque les parece una agresión justa o porque les es indiferente. Las victimas generalmente se ven afectadas física y psicológicamente por el bullying, y pueden desarrollar trastornos depresivos y de ansiedad. Hay dificultades en el encontrar información sobre los testigos, ya que ellos anteriormente no eran tomados en cuenta, porque no se pensaba que tuvieran influencia en el bullying, pero hoy en día se ha demostrado su participación en el mantenimiento de esta dinámica (Ramírez y Rodríguez 2012).

III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño de estudio

Se utilizo un método descriptivo correlacional, que nos permite estudiar las relaciones existentes entre acoso escolar (Bullying) y depresión. Así mismo se trata de un estudio transversal realizado en un único momento.

3.2 Universo y muestra

La población sujeta a estudio estuvo conformada por 286 estudiantes de secundaria de una comunidad del municipio de Tolimán, Qro.

El muestreo fue no probabilístico al incluirse el 100% de la población. Del total de la muestra, 163 son hombres y 123 mujeres, siendo la población masculina superior con un 57%, a la femenina con un 43%.

Las edades están comprendidas entre los 12 y 18 años, siendo en promedio los alumnos de 13 años con un 33.9%, seguido de los de 14 y 15 años con un 29.7% y 18.9%.

De acuerdo al grado escolar que cursan el primer grado representa un 35% de esta población, mientras que el 2° y 3er grado, representan el 31.8% y 33.2%.

Criterios de selección

Población de adolescentes estudiantes de secundaria:

| Criterios de inclusión | Criterios de exclusión | Criterios de eliminación |
|---|---|---|
| Estudiantes de secundaria que deseen participar en la investigación. (Que cuenten con autorización de padre o tutor). | <ul style="list-style-type: none"> Estudiantes de secundaria que no estén inscritos en esta institución. | Estudiantes: <ul style="list-style-type: none"> Que no deseen participar. Que no se hayan presentado el día que se levantan los datos. Que no tienen permiso de sus padres para participar en la investigación. Encuestas que estén mal llenadas o incompletas. |

3.3 Material y métodos

3.3.1 Estrategias para el trabajo de campo

La investigación se sometió a revisión y evaluación ante el comité de investigación de Pregrado, posteriormente con el Comité de Bioética, una vez que se aprobó se iniciaron los trámites por escrito para pedir autorización tanto de la institución seleccionada, como de los padres de familia y/o tutores de los alumnos sujetos a estudio.

Se realizó una prueba piloto en la secundaria general “Felipe Carrillo Puerto” ubicada en Carrillo en el Municipio de Querétaro. Posteriormente se coordinó con las autoridades de la institución para destinar el día de la aplicación de los instrumentos, para no interferir de manera abrupta con sus actividades ya

planeadas y destinadas por parte de la misma. Al concluirse los trámites administrativos se procedió a la aplicación de los instrumentos.

Para la aplicación de los instrumentos se solicitó el apoyo de los profesores para mantener el orden mientras se contestan los mismos.

3.3.2 Descripción del instrumento

Son dos los instrumentos empleados en esta investigación. Por un lado el Auto-test Cisneros (Piñuel y Oñate, 2005), y por otro la auto escala de depresión de Zung y Conde (desarrollada por Zung en 1965). El primer instrumento de medición se retomo de acuerdo a otra investigación realizada por Martínez, 2011, este cuestionario responden a las preguntas sobre acoso en sus diferentes escalas, desde la perspectiva de víctimas.

El Auto-test Cisneros de acoso escolar.

El Auto-test Cisneros es un cuestionario elaborado por Iñaki 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, con un índice de fiabilidad (Alpha de Crombach de 0,914).

Se trata de un cuestionario que evalúa el Índice Global de Acoso a través de las puntuaciones obtenidas en los 50 ítems que configuran la escala y hace un perfil sobre las modalidades más frecuentes, desglosándose en nueve subescalas. Las modalidades de respuesta son “nunca”, “pocas veces” y “muchas veces” que adoptan los valores 1, 2, 3, correspondiendo el valor 1 con nunca, 2 con pocas veces, y tres muchas veces. Este cuestionario está dirigido a la población escolar de primaria y secundaria (enseñanza obligatoria). No consta el modo de aplicación del cuestionario (denominado auto-test) y si hubo alguna adaptación para los más pequeños. En las características del cuestionario, no se contempla hacer una definición previa del maltrato.

Descripción de las subescalas.

- **Escala de Desprecio –Ridiculización**

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

- **Escala de Coacción**

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

- **Escala de Restricción- Comunicación**

Agrupar las acciones de acoso escolar que pretenden bloquear socialmente al niño. Así las prohibiciones de jugar en un grupo, de hablar o comunicarse con otros, o de que nadie hable o se relacione con él, son indicadores que señalan un intento de quebrar la red social de apoyos del niño. Ítems 1, 2, 4, 5, 10.

- **Escala de Agresiones**

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

- **Escala de Intimidación-Amenazas**

Agrupación de 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 y acoso a la salida de clase. O incluso puede manifestarse en amenazas contra la familia de la víctima. Ítems 28, 29, 39, 40, 41, 42, 43, 47, 48, 49.

- **Escala de Exclusión-Bloqueo Social**

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

- **Escala de Hostigamiento Verbal**

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

- **Escala de Robos**

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

En la investigación realizada con la población antes mencionada se encontró la siguiente fiabilidad, encontrando un alfa de Cronbach de 0.924.

El índice global y los correspondientes a las sub-escalas del instrumento que mide Bullying, se construyeron considerando la descripción de los indicadores básicos que miden el acoso descritos por Martínez, (2011), de acuerdo a la siguiente Tabla.

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

La fórmula que se consideró y se aplicó en el SPSS v. 20, para analizar el índice global de Bullying, es la siguiente:

$$\frac{SUM((Variables\ separadas\ por\ comas) - Valor\ mínimo\ del\ instrumento)}{(Valor\ máximo - Valor\ mínimo\ del\ instrumento)} * 100$$

Se analizaron las tablas y gráficos desde la óptica Global de todo el instrumento, y desde el punto de vista por cada subescala.

Auto escala de depresión de Zung y Conde

Descripción:

La Escala Autoaplicada de Depresión de Zung (Self-Rating Depression Scale, SDS), desarrollada por Zung en 1965, es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton, ya que al igual que ella da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo.

Es una escala autoaplicada formada por 20 ítems relacionados con la depresión, formulados la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 ítems para cada grupo, completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores.

El paciente cuantifica no la intensidad sino solamente la frecuencia de los síntomas, utilizando una escala de Likert de 4 puntos, desde 1 (raramente o nunca) hasta 4 (casi todo el tiempo o siempre). El marco temporal no está claramente establecido, y así en unas versiones se le pide al paciente que evalúe la frecuencia de los síntomas de modo indeterminado o con una expresión tal como “recientemente”¹, en otras se hace referencia a “su situación actual”², o a la semana previa³.

Interpretación:

La escala de Likert de cada ítem puntúa de 1 a 4 para los de sentido negativo, o de 4 a 1 para los de sentido positivo; el rango de puntuación es de 20 – 80 puntos. El resultado puede presentarse como el sumatorio de estas puntuaciones, o como puntuación normalizada (suma de las puntuaciones de cada ítem expresada como porcentaje de la máxima puntuación posible), oscilando en este caso el rango de valores entre 20 y 100.

Conde y cols (1970), proponen los siguientes puntos de corte:

- No depresión < 35 (< 28 puntos)
- Depresión leve 36-51 (28-41 puntos)
- Depresión moderada 52-67 (42-53 puntos)
- Depresión grave > 68 (> 53 puntos)

Se ha cuestionado su validez de contenido, por el escaso peso que en la puntuación total tienen los síntomas psicológicos indicativos de alteración del estado de ánimo, y por la especificidad y el elevado peso relativo de los ítems de contenido somático. Se ha señalado también su escasa sensibilidad al cambio en relación al tratamiento instaurado, así como su inadecuación para valorar cuadros depresivos cuando la intensidad de los síntomas es alta, ya que sólo tiene en cuenta la frecuencia y no la intensidad de los mismos. El elevado peso que tienen los síntomas somáticos en su puntuación total puede disminuir su capacidad discriminante en pacientes con enfermedad física. Tampoco valora adecuadamente algunos síntomas presentes en depresiones atípicas, como la hiperfagia o la hipersomnía.

La existencia de un doble sistema de puntuación, que se refleja en la bibliografía de forma indistinta y, sobre todo, la falta de estandarización de los puntos de corte dificulta la comparabilidad de resultados y limita su utilidad tanto en la tipificación de intensidad / gravedad, como para la detección de casos.

Fiabilidad:

Los índices de fiabilidad son buenos (índices de 0,70-0,80 en la fiabilidad dos mitades, índice α de Cronbach entre 0,79 y 0,92).

Validez:

Los índices de correlación con otras escalas (escala de depresión de Hamilton, inventario de depresión de Beck) y con el juicio clínico global oscilan entre 0.50 y 0.80. Informa sobre la presencia y severidad de la sintomatología depresiva, y es sensible a los cambios en el estado clínico. La puntuación total no se correlaciona

significativamente con edad, sexo, estado civil, nivel educacional, económico ni inteligencia.

Si bien esta escala no fue diseñada para cribaje, si muestra unos aceptables índices de sensibilidad (85 %) y especificidad (75%) cuando se aplica para detección de casos en población clínica o en población general, y ha sido ampliamente utilizada con esta finalidad.

De acuerdo a la investigación realizada, y a los resultados obtenidos se puede observar el alfa de conbach y la fiabilidad del instrumento de 0.652.

3.4 Plan de análisis de los datos

Una vez que se obtuvo la información se analizó mediante estadística descriptiva a través de tablas de contingencia la relación entre bullying y depresión. Se aplicó la prueba no paramétrica Chi cuadrada, considerando las categorías: bajo, medio, casi alto y alto para Bullying y no depresión, depresión leve, depresión moderada y depresión grave. El análisis de correlación se efectuó considerando Spearman dado que se tienen variables dependientes ordinales.

3.5 Ética del estudio

Para la presente investigación se consultó el Reglamento de la Ley General de Salud (1984) en su título V, capítulo único, en materia de investigación para la salud. En su título segundo, capítulo I, artículos 13, 14, 16, 17, 18, 20, 21, 22; capítulo V, artículo 57. De acuerdo con el título 2, capítulo I, artículo 13 que refiere que para el ser humano que sea sujeto de una investigación deben prevalecer criterios de respeto que aseguren su dignidad y amparen su bienestar.

Artículo 14 y artículo 20 referentes a la autonomía en la colaboración que dice que se debe contar con el consentimiento informado por escrito para participar en una investigación y de consentimiento para la observación.

Artículo 16 mantenimiento de la privacidad del individuo. De ahí que la confidencialidad y el anonimato serán mantenidos durante todo el estudio, usando códigos numéricos o pseudónimos.

Artículo 17 menciona los riesgos o beneficios individuales o colectivos, obligando al investigador a garantizar la prevención de daños. La presente investigación fue planeada sin causar daños, puesto que las técnicas a emplear (cuestionario factores culturales) no provocan cambios o modificaciones físicas, psicológicas y sociales en los estudiantes participantes.

Artículo 18 menciona que el sujeto tiene la libertad de retirarse del estudio en cualquier etapa de la investigación, por lo que se les mencionará a los participantes dicha libertad.

Artículos 21 y 22 determinan que para el consentimiento informado, los sujetos del estudio deben recibir una explicación clara y completa sobre los objetivos y propósitos de la investigación, y también de los procedimientos, técnicas que serán utilizadas, así como los riesgos y beneficios esperados, garantizando la aclaración de dudas durante el proceso de investigación.

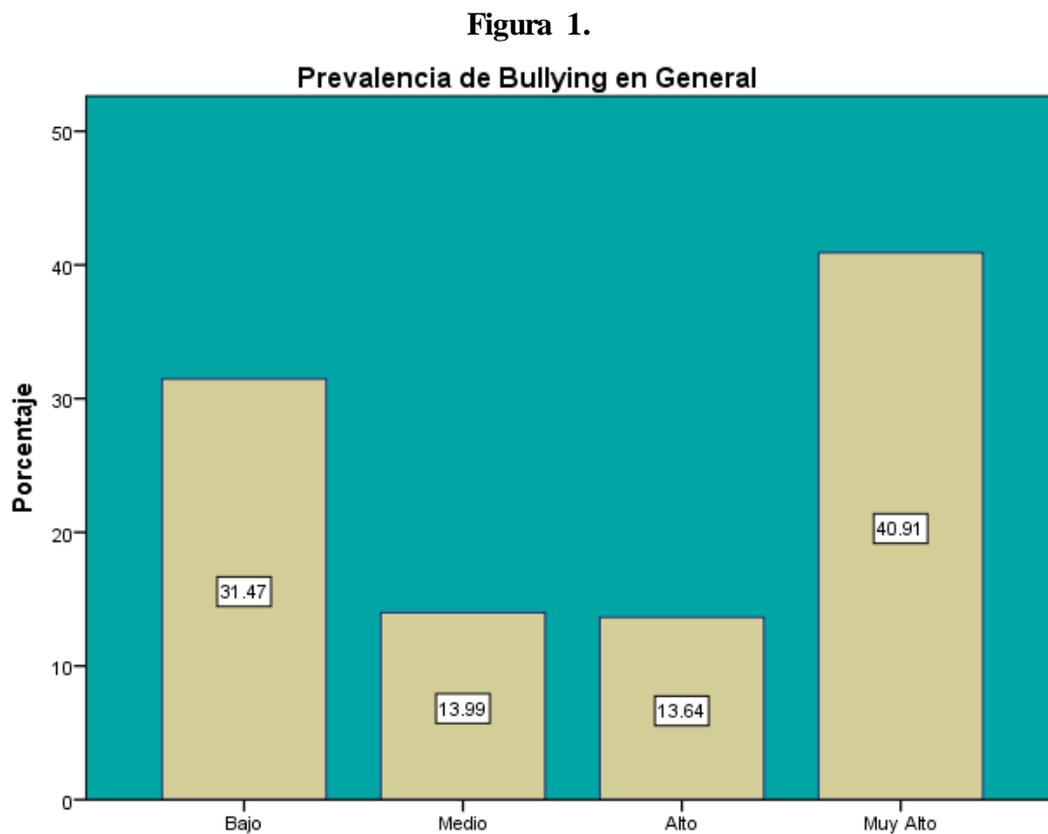
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS

A continuación se describen los resultados de la investigación realizada, de acuerdo a lo que se obtuvo por las escalas Cisneros, Zung y Conde.

- **Prevalencia de Bullying en general en los estudiantes de secundaria.**

De acuerdo a los indicadores básicos que miden el acoso descritos por Martínez, (2011), en la Figura 1 el 31.47% de los estudiantes de secundaria muestran baja presencia de Bullying, mientras que el 40.91% lo presenta muy alto (figura 1).



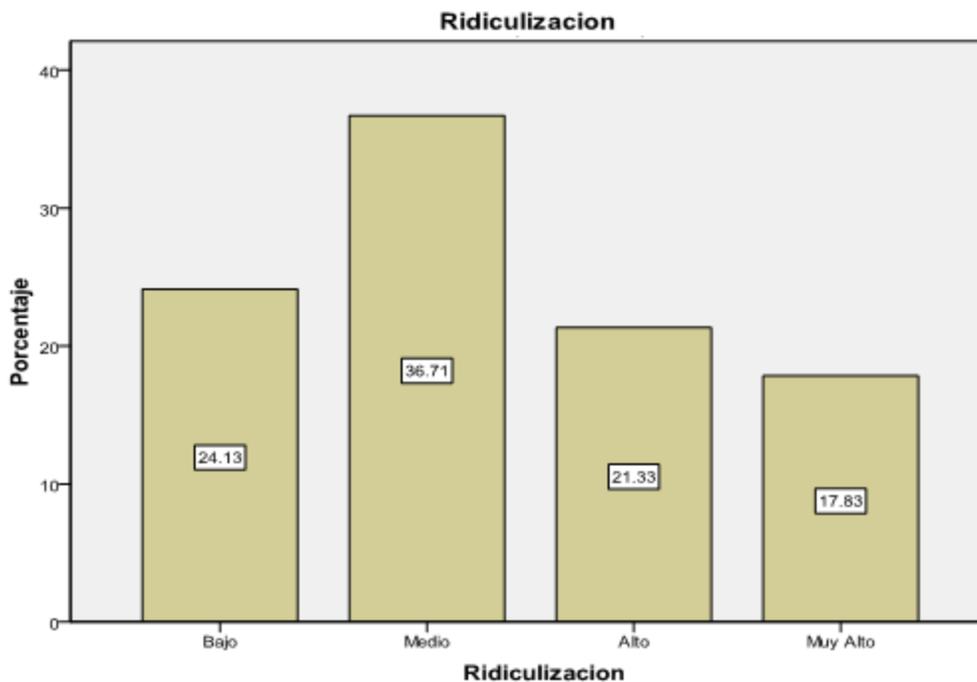
Fuente de datos obtenidos de auto test Cisneros 2013.

- **Análisis por Subescala de Bullying**

Desprecio-Ridiculización.

En la siguiente figura se encuentra la subescala desprecio-ridiculización, en la cual se pudo observar que el 17.83% de los estudiantes presenta una prevalencia de bullying muy alta, mientras que el 21.33% es alta, seguido de la presencia de bullying medio y bajo con un 36.71% y 24.13% (Figura 2).

Figura 2.

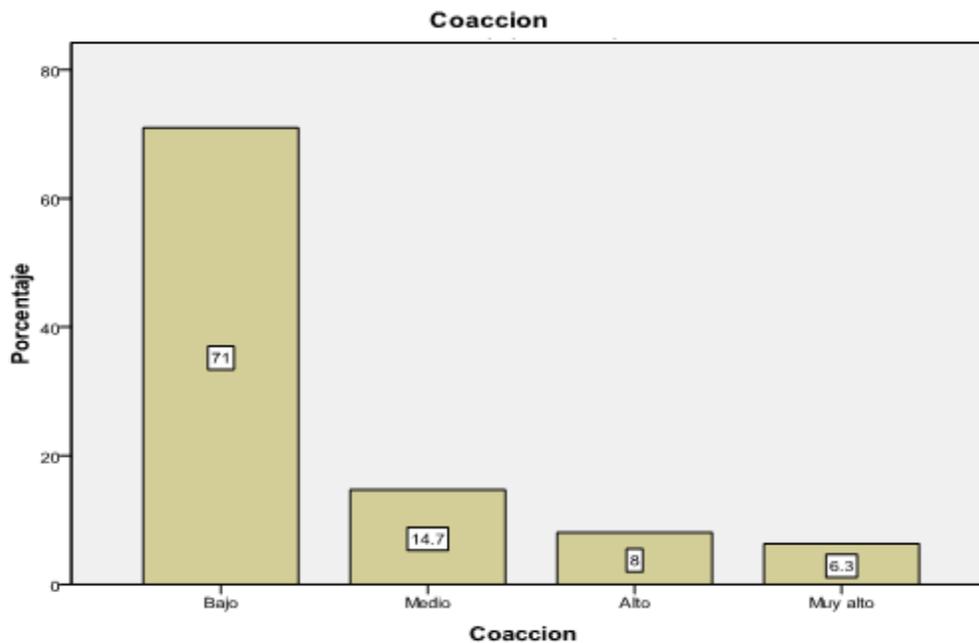


Fuente de datos obtenidos de auto test Cisneros 2013.

Coacción

La subescala de coacción arrojo los siguientes resultados que de manera significativa nos muestra la siguiente figura, en ésta subescala el bullying esta presente en porcentajes bajos, siendo mas representado con un 71% estudiantes que presentan bullying bajo (figura 3).

Figura 3.

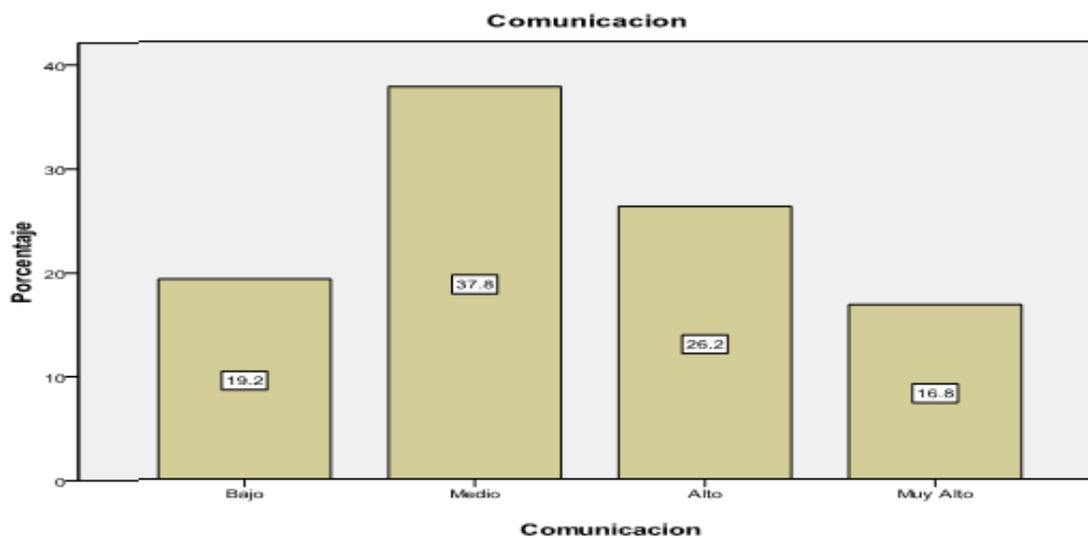


Fuente de datos obtenidos de auto test Cisneros 2013.

Restricción-comunicación

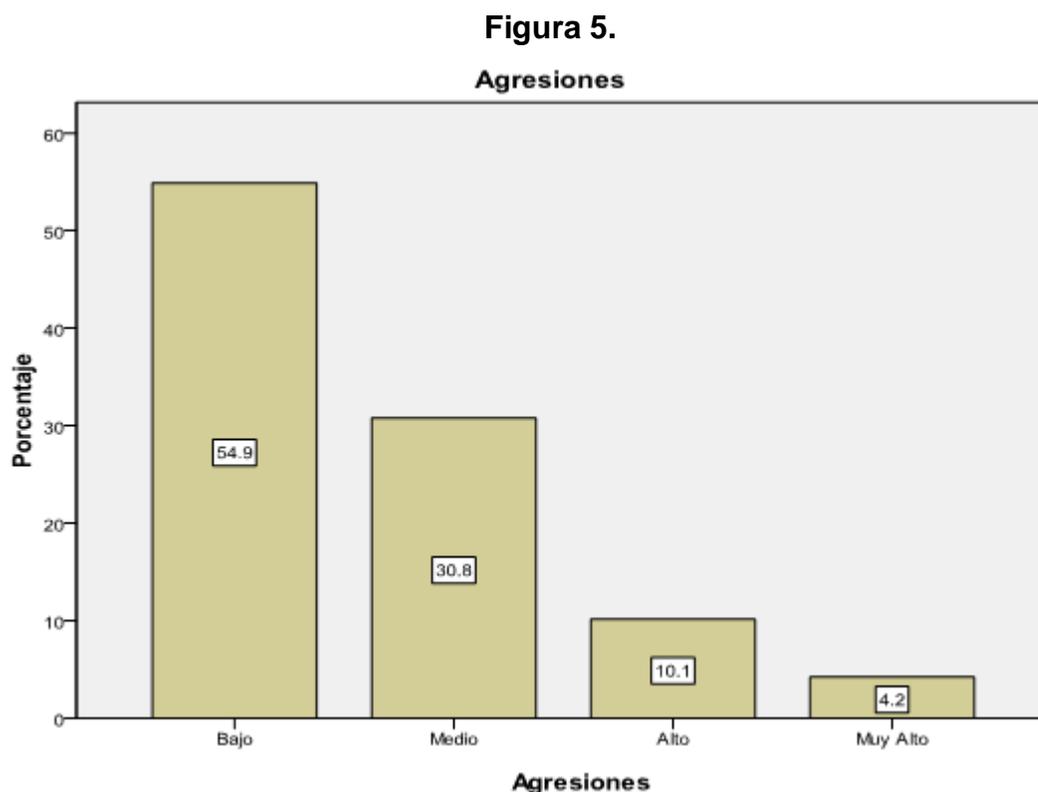
Dentro de la subescala de restricción-comunicación la siguiente figura muestra que los estudiantes encuestados en un 37.8% sufren bullying medio, seguido de la presencia de bullying al y muy alto con porcentajes de 26.2% y 16.8% (figura 4).

Figura 4.



Agresiones

La siguiente figura muestra los resultados obtenidos de acuerdo a la subescala agresiones que se encuentra dentro de la escala de bullying, en ella se observo que los estudiantes encuestados refieren porcentajes bajos en cuanto a la presencia de bullying, sin embargo se observa que los porcentajes de bullying medio y bajo son significativos en un 30.8% y 54.9% (figura 5).

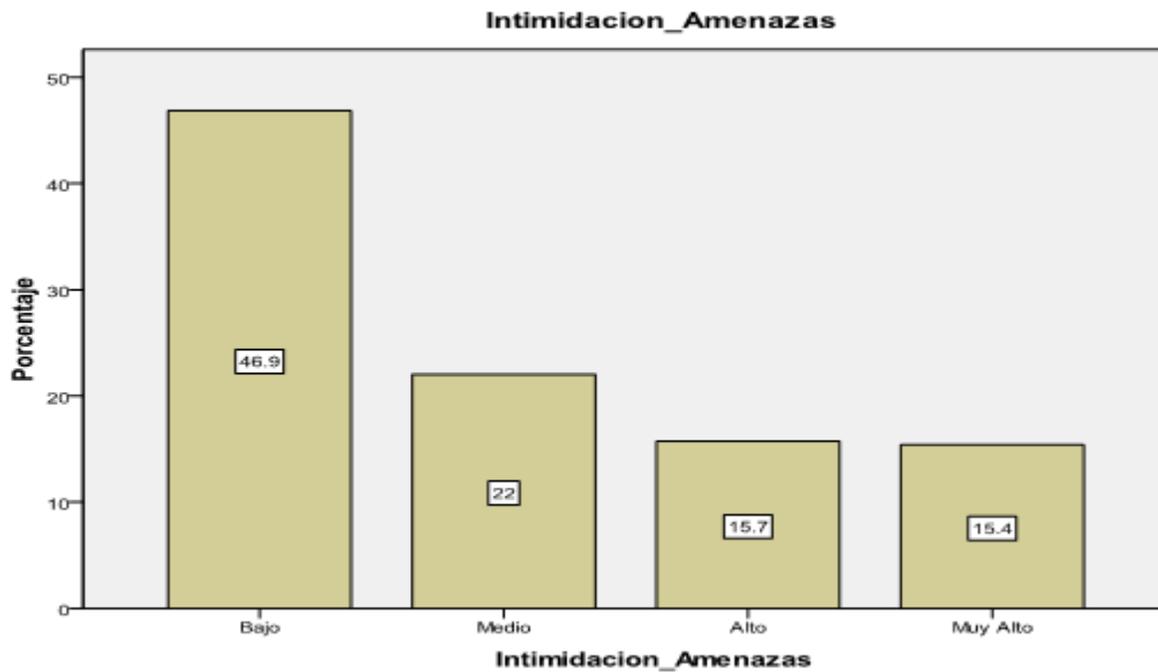


Fuente de datos obtenidos de auto test Cisneros 2013.

Intimidación-amenazas

Se encontró que en la subescala intimidación-amenazas que mide la prevalencia de bullying, en un porcentaje similar de un 15.7% y 15.4% existe bullying alto y muy alto, mientras que en un 22% y 46.9% se encuentra la presencia de bullying medio y bajo, como lo muestra la siguiente figura (figura 6).

Figura 6.

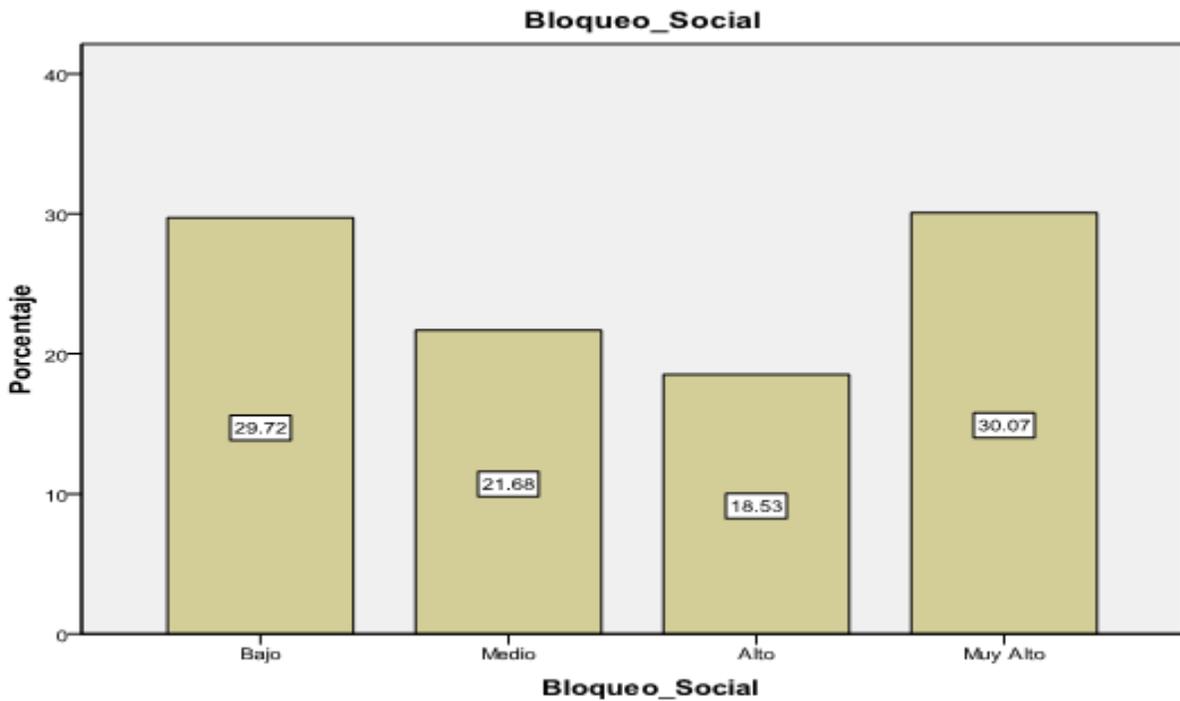


Fuente de datos obtenidos de auto test Cisneros 2013.

Exclusión-bloqueo social

En la subescala de exclusión-bloqueo social se encontró que de los estudiantes encuestados el 30.7% de ellos presentan una prevalencia de bullying muy alto, se puede decir que es una de las subescalas en las que los estudiantes presentan ser mas victimizados de acuerdo a este porcentaje, también se observo que existe prevalencia significativa de bullying medio y alto con porcentajes de 21.68% y 18.53% (figura 7).

Figura 7.

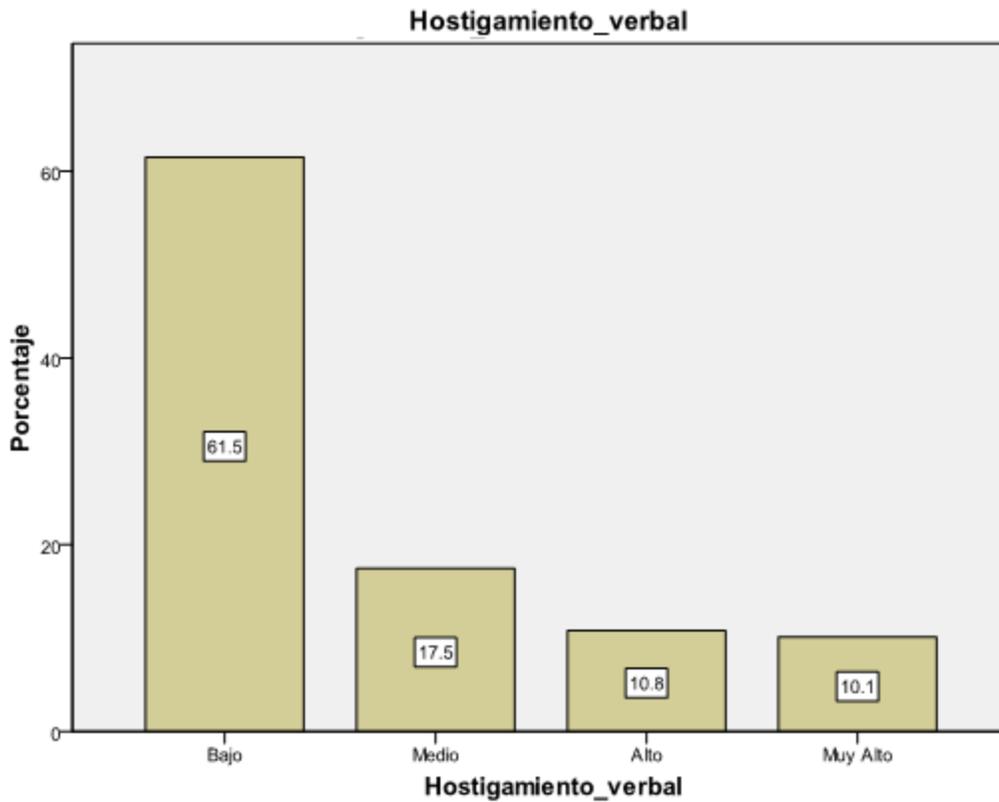


Fuente de datos obtenidos de auto test Cisneros 2013.

Hostigamiento Verbal

Los siguientes porcentajes corresponde a los resultados obtenidos dentro de la subescala hostigamiento verbal donde se observo que entre el 10% de los sujetos presentan bullying alto y muy alto, siendo de mayor prevalencia la presencia de bullying bajo y medio con un 61.5% y 17.5% como lo muestra la siguiente figura (figura 8).

Figura 8.

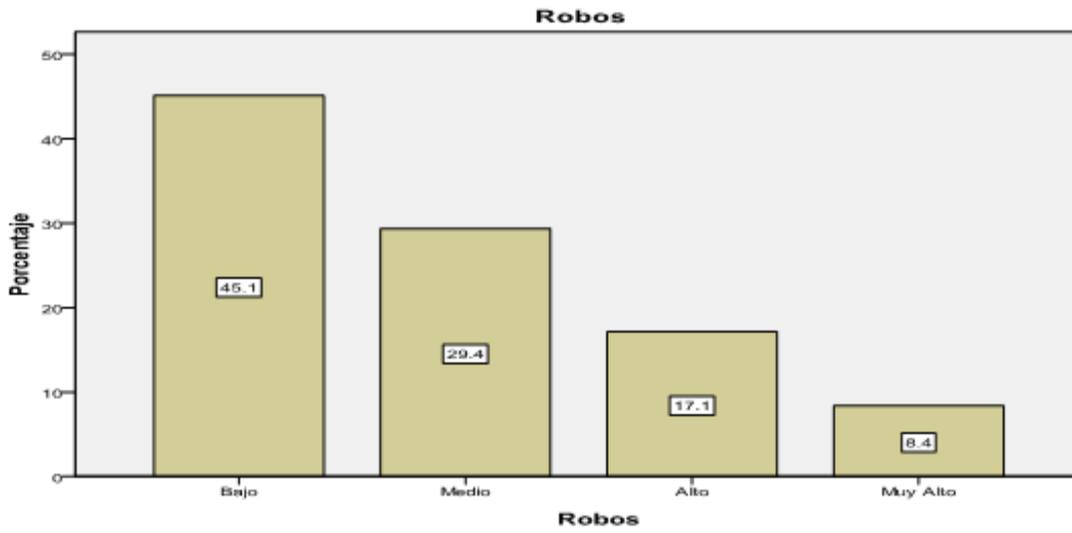


Fuente de datos obtenidos de auto test Cisneros 2013.

Robos

En la siguiente figura se observan los resultados obtenidos en la subescala de robos, los estuديات encuestados presentaron en un 45.1% bullying bajo, mientras que bullying medio y alto un 29.45% y 17.1%, quedando en un porcentaje bajo la presencia de bullying muy alto con un 8.4% (figura 9).

Figura 9.

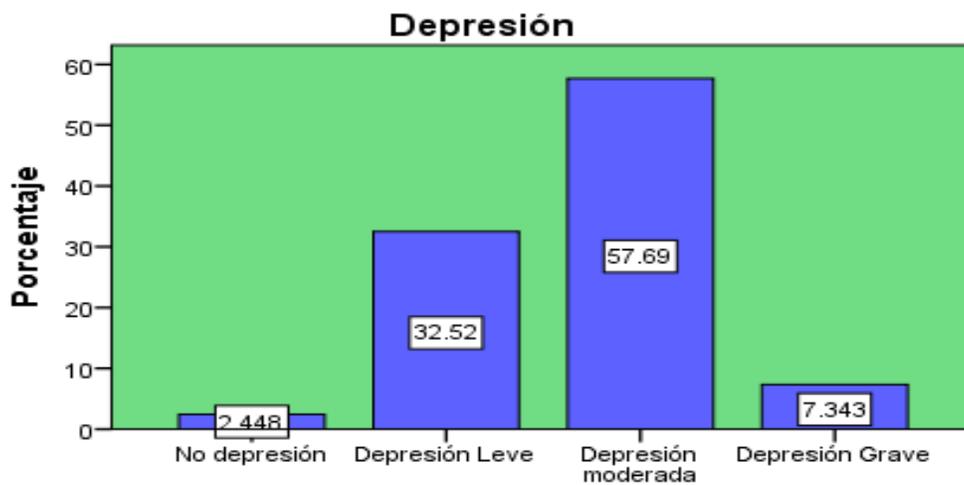


Fuente de datos obtenidos de auto test Cisneros 2013.

- **Prevalencia de Depresión en General, en los estudiantes de secundaria.**

Como se podrá observar en la figura, el 7.34% de los estudiantes de secundaria padecen de depresión grave, mientras que el 57.69% la padecen moderadamente, así como el 32.53% presentan depresión leve (figura 10).

Figura 10.



Fuente: Datos obtenidos de la Prueba de Zung y Conde 2013.

- **Análisis de correlación Spearman.**

Se llevo a cabo la correlación Spearman porque las variables son ordinales. El planteamiento de la prueba de hipótesis correspondiente es el siguiente:

Ho: No existe relación entre la prevalencia de bullying y la depresión en estudiantes de secundaria.

Hi: Si existe relación entre la prevalencia de bullying y la depresión en estudiantes de secundaria.

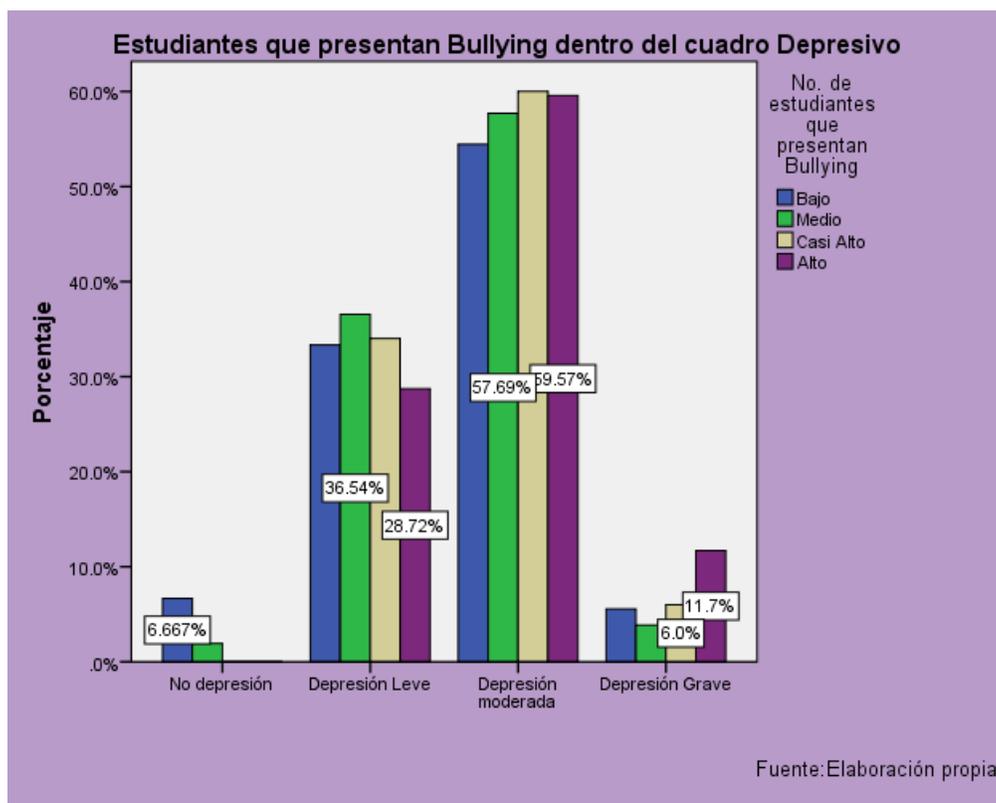
El grado de significancia (Sig.) es de 0.022, el cual equivale al valor de p (probabilidad de rechazar Ho), el cuál es menor a $\alpha = 0.05 = 5\%$. Por lo tanto se acepta la Hipótesis alterna Hi

Hi: Si existe relación entre la prevalencia de bullying y la depresión en estudiantes de secundaria

Por lo tanto se concluye que si hay correlación entre bullying y depresión.

En la siguiente figura se pueden observar los porcentajes mas representativos en cuanto a las relación de Bullying con depresión, sobresaliendo el porcentaje de estudiantes que presentan bullying alto tienen depresión moderada en un 59.57%, también dentro de bullying casi alto los estudiantes muestran depresión moderada con un 57.69%. Por otro lado se observa que hay estudiantes que presentan bullying casi alto y alto con depresión grave, que sumado nos arroja un 16.7% de la población y que es de gran significancia (figura 11).

Figura 11. Bullying relacionado con depresión



Fuente: Datos obtenidos de la Prueba de Zung y Conde 2013.

4.2 DISCUSIÓN

Independientemente del tipo de sistema educacional, el ambiente escolar tiene un gran impacto en la vida de los sujetos jóvenes, debido a la cantidad de tiempo que los alumnos y las alumnas pasan en las escuelas, así como por el tipo de interacciones sociales que presentan (Valadez, et. al., 2011).

De acuerdo a los resultados obtenidos de la presente investigación, se encontró una prevalencia de Bullying general y por subescalas, en los estudiantes, obteniendo en promedio, que alrededor 40.91%, muestran presencia de Bullying. Considerando los porcentajes se dice que el bullying es un problema en la adolescencia basado en género ya que los adolescentes en su estilo de vida están acostumbrados a pegarse brutalmente como juego; situación que los lleva a

vivir un grave problema como lo menciona Espinoza et. al., (2010) refiere significativamente mayor violencia física, verbal y sexual, lo cual coincide con el señalamiento de que la violencia escolar se ejerce pronominalmente hacia la mujer en casi todas las sociedades.

Como se había mencionado anteriormente en la presente investigación los porcentajes de prevalencia de acoso escolar son representativas y semejante a los resultados obtenidos en esta, ya que se puede observar que los porcentajes que arrojan diferentes países oscilan entre el 8.6 a 45.2% en varones y 4.8 a 35.8% en mujeres, así como en México y Chile, que reportan porcentajes de aparición del fenómeno de 40 y 46% (Arroyave, 2012).

En Colombia Chau (2002), expone resultados reveladores acerca de la incidencia de violencia física entre estudiantes de Bogotá en condiciones socio-económicas difíciles. En promedio, aproximadamente uno de cada tres estudiantes tiene una pelea física cada semana, frecuencia que es mucho más alta que la encontrada en aquellos otros estudios similares realizados con niños/as adolescentes de clase media de los Estados Unidos.

La prevalencia actual de bullying encontrada en el presente estudio es en un nivel muy alto y en relación a otros estudios realizados en poblaciones semejantes. Es interesante citar el trabajo de Ortega (2008) en cuanto a los adolescentes escolarizados de entre 12 y 14 años destaca un elevado número de estudiantes en Nicaragua implicados en el rol de agresor-victimizado en comparación de los países desarrollados; los resultados del estudio muestran que las conductas más frecuentes según los observadores fueron: insultar a una compañera, seguida de ignorar a una compañera, conductas que responde al tipo de agresión verbal y social respectivamente. Así la conducta de hablar mal y en general las conductas de tipo verbal son más comunes entre las adolescentes que entre los adolescentes.

En el estudio de Ortega (2008), también menciona que de los adolescentes y las adolescentes estudiadas, el 50% de los adolescentes revelaron conductas físicas agresivas, frente a un 22% de las adolescentes. Si bien el porcentaje de frecuencia de conductas agresivas manifestadas es muy baja, cabe destacar que en los porcentajes establecidos por los jóvenes que corresponden a hacer víctimas y agresoras, la diferencia entre estas posiciones no es significativa lo que podría mostrar una muy baja pero homogénea inclinación a agredir y ser agredido.

Ortega (2008) dice que esta es una dinámica de agresión completa en la cual el joven es víctima y también agresor, pasando de un escenario a otro en la dinámica bulliing. En algunas ocasiones hay chicos y/o chicas que sienten que son tratados muy mal por algunos compañeros. Estos chicos/as puede que reciban burlas, amenazas u otra forma de agresión repetida por otra persona o por un grupo. A menudo se sienten mal por eso y no lo dicen, pero lo sufren. Esto provoca que exista un mal ambiente en el colegio, ya sea en clase, en el recreo o en otros espacios.

Por otro lado la presencia de depresión que se obtuvo en la investigación fue, depresión de moderada en un 57.69%, seguido de derpesion leve y grave en un 32.52% y 7.3% que en comparación y de acuerdo a La Encuesta Mexicana de Salud Mental en Adolescentes identificó que 7.2% de los jóvenes de la Ciudad de México, que tienen entre 12 y 17 años, sufrieron un trastorno depresivo en el último año (IC 95%=6.3-8.3), con prácticamente la mitad de los casos (54.7%) calificados como graves (Wagner. F et. al. 2012).

En acuerdo con una muestra representativa de depresión en estadounidenses, encontraron una prevalencia de 4,9% Vicente y cols. Por otro lado en seis ciudades chilenas documentaron una prevalencia actual de trastorno depresivo de 3,4% Vorcaro y cols. En una pequeña ciudad brasileña, hallaron una prevalencia de 8,2%. Por último en una comunidad de Italia se encontró el 10,8% (Rueda. M. et. al. 2008).

Wagner. F et. al. (2012), comenta que los jóvenes son uno de los grupos etáreos que presenta mayor probabilidad de sufrir depresión, porque en la etapa de la adolescencia se llevan a cabo procesos de cambio físico, psicológico, sociocultural y cognitivo, que demandan de los jóvenes el desarrollo de estrategias de afrontamiento que les permitan establecer un sentido de identidad, autonomía y éxito personal y social. Además, la adolescencia 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.

Se ha encontrado que individuos con historias de depresión en la adolescencia presentan un alto porcentaje de continuidad del trastorno depresivo mayor en la edad adulta (Lewinsohn, Rohde, Seeley, Klein & Gotlib, 2000). Por lo anterior Cantoral, G. et. al. (2012) menciona que la depresión es tomada entonces como un *síndrome*, un estado patológico de humor bajo o triste que hace referencia a un conjunto de síntomas que implican un criterio estadístico de normalidad.

Otro estudio realizado en Bogotá, Colombia obtuvo que de acuerdo a 232 estudiantes sujetos a estudio, el 45.3% presentan síntomas depresivos; sin duda es muy importante identificar los síntomas depresivos en adolescente estudiantes, aún cuando los síntomas estén por debajo del umbral de la importancia clínica, es decir, que no son suficientes para el diagnóstico de un trastorno depresivo específico. Adicionalmente se ha documentado que los adolescentes deprimidos tienen a largo plazo mayor riesgo de dificultades persistentes en relaciones interpersonales (Cogollo y Campo, 2009).

De acuerdo con Veytia, M, et. al. (2012), los resultados que se obtuvieron de la presencia de síntomas de depresión mediante el punto de corte que se calculó con la media más una desviación estándar=28, de modo que se detectaron

357 estudiantes con sintomatología depresiva (15.6%), que es un resultado similar a los obtenidos en otro estudio, donde se evaluó con la CES-D22 a 57403 adolescentes estudiantes mexicanos, en que la presencia de sujetos con síntomas de depresión fue de 14.7%; así se dice la depresión como un trastorno del estado de ánimo en el que predomina el humor disfórico, con presencia de síntomas físicos, afectivos y emocionales como insomnio, falta de concentración, irritabilidad y pérdida de interés o insatisfacción en todas o en casi todas las actividades.

Numerosos estudios han relacionado el bullying con síntomas relacionales y emocionales, no sólo en los niños que sufren el maltrato, sino también en el acosador (en este caso se asocia con diagnóstico de conducta disocial, síntomas de depresión, síndrome de déficit de atención e hiperactividad y niños superdotados). También hay estudios que demuestran una relación estrecha entre los trastornos mentales en la edad adulta y haber sufrido diferentes tipos de victimización durante la etapa infantil o adolescente. Además, algunas víctimas crecen en la convicción de que la agresividad es el mejor camino para conseguir lo que quieren, así que el haber sido víctima en la infancia propicia que al ser adulto victimice a otros (Rodríguez. R. et.al. 2009).

En referencia los resultados que se obtuvieron en el trabajo de investigación se encontró que si hay dependencia de depresión con respecto al bullying, presentando bullying alto y depresión moderada en un 59.57%, así también dentro de bullying casi alto los estudiantes muestran depresión moderada con un 57.69%. Por otro lado también se observa que hay estudiantes que presentan bullying casi alto y alto y depresión grave que sumado nos arroja un 16.7% de la población.

Se puede considerar razonable que las víctimas presenten mayores niveles de depresión que los agresores ya que se ven sometidos constantemente al rechazo y la burla de sus pares reforzando su baja autoestima, convirtiéndose esto en un círculo vicioso difícil de revertir (Román y Sosa 2012).

En general, en la mayoría de estudios se relaciona la victimización con mayor incidencia de sintomatología de carácter ansioso y depresivo, con una autoestima más baja y mayor deseo de muerte. La sintomatología afectiva suele ser más frecuente en las niñas que en los niños. Cuando la victimización se prolonga, pueden empezar a manifestar síntomas clínicos que se pueden encuadrar en cuadros de neurosis, histeria y depresión (Rodríguez. R. et.al. 2009).

V. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

De acuerdo a los datos presentes obtenidos en la investigación podemos decir que sin duda alguna el bullying o acoso escolar, es un tipo de agresión que ha estado presente en escuelas tradicionales mexicanas, propiciando la relación entre agresor y víctima como una conducta sistemática, construida a partir de episodios repetidos de violencia dirigida hacia un compañero o un grupo de ellos en particular, con el objetivo de provocar daño, características que lo distinguen de la violencia escolar.

No podemos precisar, si este fenómeno está en aumento o está disminuyendo. Sin embargo los resultados hallados en esta investigación nos permiten afirmar que los porcentajes de alumnos víctimas del bullying alto y semejante a estudios ya realizados en diferentes países y en México.

Aunque el *bullying* ha estado presente en las escuelas, en todos los niveles, llegando a ser gravemente dañinas para quienes las sufren generalmente en silencio y soledad, y de las cuales difícilmente logran salir por sus propios medios, hasta ahora empieza a ser reconocido por la comunidad científica y educativa en México; algo que la comunidad internacional tiene más de treinta años investigando.

Los resultados obtenidos en la investigación sobre la existencia de bullying o acoso escolar así como de depresión y su relación de los mismos, son similares a los encontrados en la literatura revisada, nos muestran diferentes factores de

riego en cada generación de conductas por parte de los alumnos. En este sentido, los datos hallados en esta investigación, evidencian que depresión de moderada en un 57.69%, seguido de depresión leve y grave en un 32.52% y 7.3%.

De forma representativa el porcentaje de bullying es alto casi la mitad e la población lo sufre, se ve la existencia del mismo en esta población, así como en las distintas subescalas también esta presente.

Hasta el momento se sabe que la causa de este padecimiento es multifactorial, es decir, que diversos factores incrementan la probabilidad de desarrollar la depresión, debemos considerar que muchos de estos menores son víctimas de acoso escolar, llegan a los centros de estudio ya con una carga de situaciones estresantes como son la disfuncionalidad y violencia intrafamiliar. Y en contraste con los índices de depresión encontrados en el estudio que son alarmantes, no podemos aceptar nuestra hipótesis “La prevalencia de bullying, aumenta el índice de depresión en los estudiantes de secundaria”, que si es un factor que puede influir en la actitud y desarrollo de cada individuo pero no es un predominante total.

Ambos fenómenos son un grave problema de salud pública, que tiene que resolverse desde un enfoque holístico y multidisciplinar, y sin lugar a duda de acuerdo a lo obtenido en este estudio ambas problemáticas están presentes y con base a lo anterior se hacen una serie de sugerencias que ayudaran desde la perspectiva de la investigadora de este proyecto a eliminar o en su defecto minimizar la problemática observada.

- ✓ Programar talleres en los que se aborde la temática del bullying y depresión, donde se les enseñe cómo detectar signos de alarma, tales como: dificultad para conciliar el sueño, dolor en el estómago, pecho, cabeza, náuseas y vómito, llanto constante, además de sensibilizar a los padres de familia en la que se establezca que la comunicación con los

adolescentes es primordial, para que estos no resuelvan los problemas solos y mucho menos incitados por la violencia.

- ✓ Es importante organizar grupos de ayuda de pares (alumnos), padres de familia y docentes, capacitarlos para la supervisión de los alumnos dentro y fuera de los salones, en los patios, baños, comedores, etc. Cada grupo se rotara de manera que todos participen.
- ✓ Establecer claramente las reglas de la escuela y las acciones que se tomarán en caso de ejercer conductas inapropiadas como el bullying y la depresión. Dar recordatorios mensuales del reglamento, a través de un boletín informativo que estará a cargo de autoridades, docentes y alumnos en el que además se aborden temas actuales que llevan a los alumnos a tomar conductas erróneas.
- ✓ Actuar rápido, directa y contundentemente en el caso de que se presente alguna sospecha de acoso escolar, refiriéndolos a las instancias correspondientes.
- ✓ Crear un buzón de quejas y sugerencias en donde los alumnos, padres de familia y docentes den a conocer la situación que los aqueja, por lo que la escuela debe estar abierta a la problemática para dar una pronta solución.
- ✓ Pedir ayuda de la secretaria de salud para que el personal de Enfermería de cursos y/o conferencias para padres, maestros y autoridades, donde se puedan tratar temas como el bullying y depresión. Aprovechando las reunión para firmas de boletas de calificaciones, estos cursos no tendrán una duración mayor a 15 minutos.
- ✓ Apoyarse en alumnos vigilantes, para identificar casos de acoso.
- ✓ Solicitar el apoyo de una profesional de Enfermería para que aplique 3 veces al año la escala de depresión y poder atender a los alumnos que tengan signos depresivos.
- ✓ Promocionar la importancia de la presencia de un profesional de enfermería en el ámbito escolar, en donde no solo se fomente el cuidado y bienestar de la salud, sino que de manera preventiva y promocional eduque al alumno a llevar a cabo un mejor estilo de vida.

- ✓ Realizar diagnósticos situacionales con la finalidad de mejorar y solucionar o minimizar problemas crecientes, en este caso ambos fenómenos presentes.
- ✓ Crear hábitos en los alumnos que ayuden a mejorar las relaciones interpersonales de acuerdo a su edad y estilo de vida.
- ✓ Fomentar la convivencia por medios juegos, charlas; creando diferentes grupos o equipos de salud familiar y dentro de ellos el profesional de enfermería, tenga la posibilidad de establecer estrategias de acción frente a los niños y familias en situación de riesgo de violencia.
- ✓ Brindar capacitación y asesoría especializada a los docentes para que puedan ser los elementos claves en la erradicación de ambos fenómenos.

VI. BIBLIOGRAFÍA

Albores, L., JM. Saucedo, S. Ruiz, E. Roque. 2011. El acoso escolar (bullyin) y su asociación con trastornos psiquiátricos en una muestra de escolares en México. Salud Pública. México. 53:220-227.

Amemiya, I., M. Oliveros, A. Barrietos. 2009. Factores de riesgo de vivencia escolar (bullying) severa en colegios privados de tres zonas de la sierra de Perú. Salud pública. Perú. 70(4):255-258.

Andrade, J. 2012. Aspectos psicológicos del comportamiento suicida en adolescentes. Revista electrónica de Psicología Iztacala. Vol.15 (2).

Arellano, N. 2008. Violencia entre pares escolares (Bullying) y su abordaje a través de la medición escolar y los sistemas de convivencia. Revista Informa de Investigación Educativa. pp.: 22(2) 211-230.

Arroyave, P. 2012. Factores de vulnerabilidad y riesgos asociados al bullying. Revista CES Psicológica. Colombia. 5(1):118-125.

Balsa, A. R. Naranjo, Y. Rodríguez. 2011. Caracterización del autoconcepto de adolescentes con intento suicida de área de salud manicaragua. Ciencias sociales.

Bernad, C. 2009. Psicopatología del adolescente. Santiago de Chile: Mediterráneo. 357-365.

Barrietos, N.2007. Diversas formas de evidenciar violencia estudiantil. Revista electrónica de humanidades, educación y comunicación social REDHECS. Pp.: 3(7)69-85.

Cantoral. G., MV. Mendez. A. Nazar. 2012. Depresión en adolescentes, un análisis desde la perspectiva de género. Salud pública. México. 35:37-43.

Cárdenas, S. 2009. La depresión juvenil. Rev. Porque nos interesa su futuro la esperanza para la familia. Num. En catalogo 0104.

Cerezo, F. (2002). Variables de personalidad asociadas en la dinámica bullying (agresores víctimas) en niños y niñas. Anales de psicología. PP: 37-43.

Chaux, E. 2002. Buscando pistas para medir la violencia urbana en Colombia: conflictos y agresión entre niño(as) y adolescentes de Bogotá. Revista de estudios sociales, 12.

Cogollo. Z., A. Compo. 2009. Asociación entre sistemas depresivos con importancia clínica y rendimiento académico en estudiante. Rev. Colombiana. 5(1):33-39.

Dallal, E., & Castillo, J. (2008). Depresión en la adolescencia. E. En Dulanto (Ed.), *El adolescente* (pp. 1300-1331). México: Mc Graw Hill.

Díaz, Y. 2012. Bullying, acoso escolar, elementos de identificación, perfil psicológico y consecuencias en alumnos de educación básica y media. Revista de Psicología. 16:10.

Díaz, F., M. Prados, M. Ruiz. 2008. Relación entre las conductas de intimidación, depresión e ideación suicida en adolescentes. Resultados preliminares. Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente. 4(1); 10-19

Domínguez, F. y M. Manzo. 2011. Las manifestaciones del bullying en adolescentes. Uricha, Revista Psicológica (nueva época). México. 8(17):13-33.

Domenech, E., & Izakum, B. (2005). Actualizaciones en psicología y psicopatología de la adolescencia. (Ed). Servei. Ciencia y técnica. 29-psicologia. Barcelona.

Durán S, Castillo M y Vio del R F. 2009. Diferencias en la calidad de vida de estudiantes universitarios de diferente año de ingreso del Campus Antumapu. Rev Chil Nutr Col. 36, No 3: 200-209.

Espinoza, F. 2010. Violencia domestica y riesgo de conducta suicida en universitarios adolescentes. Pp.: 34-43

Gabaldon, S. 2005. El fenómeno Bullying. Institutito Borja de Bioética. Sobre la violencia en las aulas. Barcelona. 7-8.

García, J. Quintanilla, R. Sánchez, L. Morfin, T. Cruz. 2011. Consenso cultural sobre el intento suicida en adolescentes. Revista colombiana. 2(2):167.179.

Gómez G. 2010. Factores de Riesgo en tres grupos de edad: Prepúberes, púberes y adolescentes. Rev. Mexicana de Psicología Col. 18 No. 3:313-324.

Hernández, R., C. Fernández. P. Baptista. 1997. Metodología de la Investigación. Pp. Cuarto capítulo. México. Editorial MCGRAW-HILL

López, A., D. Amarin, L. Benedet, E. Carril, L. Celiberti, C. Guida, V. Ramos, A. Vitale. 2006. Adolescente y sexualidad. Sexualidad y género. Facultad de psicología, Universidad de la republica. Salud reproductiva. Uruguay. 3(1).

Loredo, A., A. Perea, G. López. 2008. Bullying: acoso escolar. La violencia entre iguales. Problemática real en adolescentes. Salud pública. México. 29(4):210-214.

Martiña, R.2007. (Bullying), en la comunicación de los padres, Buenos Aires, Editorial troquel.pp.: 1-6.

Méndez, F., Olivares J., & Ros, M. (2001). Características clínicas y tratamiento de la depresión en la infancia y adolescencia. En V. Caballo, & M. A. Simón (Comps.), *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente* (pp. 139-185). Madrid: Pirámide.

Moldenhauer, N., MT. Ortega. 2008. Adolescencia y sexualidad. Diplomado de salud publica fam. México. P. 112.

Moral, M. y C. Sirvent. 2011. Desordenes afectivos, crisis de ansiedad e ideación suicida en adolescentes. *Rev. Médica. España.* 11(1):35-56.

Moya, J. 2008. La conducta suicida en adolescentes sus implicaciones en el ámbito de la justicia juvenil. *Conducta suicida. Salud pública. Barcelona.*1: 29-36.

Murphy, G. 2011. Suicidio e intento suicida. *Revista Psicológica. México.* 11-116.

Organización Mundial de la Salud (OMS). 2011. Prevención del suicidio. Trastornos mentales y cerebrales departamento de salud mental y toxicomanías. Ginebra. 1-14.

Ortega, R. 2008. Bullying en los países pobres. Prevalencia y coexistencia con otras formas de violencia. *PP.:* 39-50

Pardo. G., A. Sandoval, D. Umbarilla. 2009. Adolescencia y depresión. *Rev. Colombiana psicológica. Colombia.* 13:13-28.

Pares. A., D. Brindis, L. Ángeles, X. Sanabria. 2008. Factores psicosociales de riesgo de depresión mayor en la adolescencia. *Salud pública. México. Vol. 1.* 55:72.

Reed, S.D., Kipp, K. (2007). *Psicología del desarrollo; infancia y adolescencia.* México D.F, Thomson.

Rivera, N., R. Gallegos. 2009. síntomas de depresión en una secundaria de Querétaro. Facultad de enfermería UAQ.

Roman, J. A.D. Sosa. 2012. Relación entre los agentes involucrados en el bullying (víctimas y agresores) y los niveles de depresión e ideación suicida en adolescentes del Edo Lara. Venezuela, Barquisimeto.

Rodríguez. R., A. Seoane. J.I. Pedreira. 2009. Niños contra niños: bullying como trastorno emergente. *An Pediatr (Barc)*. 64(2):162-6

Rodríguez, A. L.F. Ramírez. 2012. Consecuencias del matoneo escolar. La importancia de creer que el mundo es justo. Programa de psicología escuela de medicina y ciencias de la salud universidad del rosario. Bogotá, Colombia.

Rueda. M., LA. Diaz, GE. Rueda. 2008. Prevalencia del trastorno depresivo mayor y factores asociados: en estudio poblacional en Bucaramaga (Colombia). *Rev. Colombiana*. Vol. 37, No. 2.

Sarason, I., B. Sarason. 1990. Psicología anormal, los problemas de la conducta desadaptada. Ed. Trillas México. 3era edición. Pág. 269-301.

Trautmann , A. 2008. Maltrato entre pares "bullying". *Revista chilena*, 2008. Pp.: 18-22.

Torres, C. 2009. Estudios sobre violencia escolar, una aproximación a la violencia de género. *Tipica. Boletín electrónico de salud escolar*. pp.: 5-11.

Valadez, I., R. Amezcua, N. González, R. Montes, V. Vargas. 2011. Maltrato entre iguales e intento suicida en sujetos adolescentes escolarizados. *Revista latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. 2(9):786-796.

Velarde, C., M. González. 2011. Los adolescentes que sufren acoso escolar tienen más ideas suicidas. Salud pública. Barcelona. 7:59.

Veyta. M., Ni. González. A. López. P. Andrade. H. Oudhof. Depresión en adolescentes: el papel de los sucesos vitales estresantes. Salud mental. México.9:43.

www.oem.com.mx/diariodequeretaro/notas/n2183766.htm

Yapko, M. 2006. Para romper los patrones de la depresión. No tienes por qué sufrir para vivir. Ed. Pax México. 1era edición. Pág. 1-273.

Wagner, F., C. González, S. Sanchez, C. García, J. Gallo. 2012. Enfocando la depresión como problema de salud publica en México. Salud Mental. México. 35:

ANEXOS

Operacionalización de variables

Objetivo General: Determinar la relación del bullying con la depresión en los estudiantes de la secundaria general Tollimani 1532 del municipio de Tollimán, Querétaro.

| VARIABLE | DEFINICION DE CONCEPTO | DEFINICION OPERACIONAL | DIMENCIONES | INDICADORES | ESCALA DE MEDICION |
|--|---|---|---|---|--------------------|
| Variable independiente e BULLYING | El acoso escolar llamado bullying, en ingles se refiere al uso repetido y deliberado de agresiones, psicológicas o físicas para lastimar y dominar a otro niño sin que hayan sido precedidas de provocación y en el conocimiento de que la victima carece de posibilidades de defenderse (Albores, 2011). | Agresiones físicas, psicológicas que lastiman a otra persona. | 1.Me insultan 2. Me ponen en ridículo ante los demás, 3. Me pegan puñetazos o patadas | Nunca (1) Pocas veces (2) Muchas veces (3) | Ordinal |

| VARIABLE | DEFINICION DE CONCEPTO | DEFINICION OPERACIONAL | DIMENCIONES | INDICADORES | ESCALA DE MEDICION |
|--|--|---|--|--|--|
| Variable dependiente: DEPRESION | Es vista como un estado de infelicidad, tristeza o dolor emocional, que se presenta como <i>reacción</i> a una situación o evento displacentero, el cual es habitualment e considerado como la causa de tal respuesta emocional (Pardo, et.al., 2011). | Trastorno de tipo somático, que afecta las diferentes esferas de comportamiento y salud de una persona. | 1.me siento triste y deprimido, 2.Frecuentement e tengo ganas de llorar y a veces lloro, 3. Me siento más irritable que habitualmente. | Muy pocas veces o no me ocurre Algunas veces Muchas veces Siempre me ocurre | Likert Ítem puntúa de 1 a 4 para los de sentido negativo y de 4 a 1 para los de sentido positivo. |



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Licenciatura en Enfermería



BULLYING Y SU RELACION CON LA DEPRESION EN ADOLESCENTES

Nuestros nombres son: Morales González María Abigail, Rivera Gudiño Kenia Guadalupe y Ma. Del Rocío Bocanegra Baltazar, somos estudiantes de Licenciatura en Enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro y estamos realizando el proyecto de investigación en la secundaria General Tollimani 1532, del municipio de Tolimán, Qro. que tiene como Objetivo:

“Determinar la relación del bullying con la depresión en los adolescentes”

La participación que solicitamos a ustedes será para contestar dos instrumentos de preguntas cortas, por lo que necesitan de 20 a 30 minutos para responderlo. Cabe mencionar que en toda la Investigación respetaremos sus derechos y así como todos los datos que se obtengan se manejarán de forma confidencial y solamente por las investigadoras.

En caso de que se desee retirar, lo podrá hacer. Y sobre todo usted decide si quiere o no participar para contestar los instrumentos de forma libre y voluntaria. De antemano agradecemos todo el apoyo y la información que proporcione para la investigación.

Nombre y firma de aceptación



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Licenciatura en Enfermería



BULLYING Y SU RELACION CON LA DEPRESION EN ADOLESCENTES

Nuestros nombres son: Morales González María Abigail, Rivera Gudiño Kenia Guadalupe y Ma. Del Rocío Bocanegra Baltazar, somos estudiantes de Licenciatura en Enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro y estamos realizando el proyecto de investigación en la secundaria General Tollimani 1532, del municipio de tolimán, Qro.

“Determinar la relación del bullying con la depresión en adolescentes.

La participación que solicitamos a ustedes Padre de familia o Tutor es la autorización de su hijo/a_____ para contestar dos instrumentos de preguntas cortas, por lo que necesitan de 20 a 30 minutos para responderlo.

Cabe mencionar que en toda la Investigación respetaremos sus derechos y así como todos los datos que se obtengan se manejan de forma confidencial y solamente por las investigadoras.

En caso de que se desee retirar, lo podrá hacer. Y sobre todo usted decide si quiere o no participar para contestar los instrumentos de forma libre y voluntaria.

De antemano agradecemos todo el apoyo y la información que proporcione para la investigación.

Nombre y firma de autorización



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA



BULLYING Y SU RELACIÓN CON LA DEPRESION EN ADOLESCENTES

Objetivo: Determinar la relación del bullying con la depresión en los estudiantes de la secundaria General Tollimani 1532, del municipio de tolimán, Qro.

Indicaciones: lea las preguntas determinadamente, revisa las opciones y marca con una X la respuesta que prefieras. Si te surge alguna duda mientras marcas la respuesta levanta la mano y con gusto responderemos.

Edad: _____ Sexo: _____

Grado: _____ Grupo: _____

Autotest Cisneros

| SEÑALA CON QUE FRECUENCIA SE PRODUCEN ESTOS COMPORTAMIENTOS EN EL COLEGIO | Nunca (1) | Pocas veces (2) | Muchas Veces (3) |
|---|--------------|--------------------|------------------------|
| 1. No me hablan | 1 | 2 | 3 |
| 2. Me ignoran | 1 | 2 | 3 |
| 3. Me ponen en ridículo ante los demás | 1 | 2 | 3 |
| 4. No me dejan hablar | 1 | 2 | 3 |
| 5. No me dejan jugar con ellos | 1 | 2 | 3 |
| 6. Me llaman por apodos | 1 | 2 | 3 |
| 7. Me amenazan para que haga cosas que no quiero | 1 | 2 | 3 |
| 8. Me obligan a hacer cosas que me hacen ver mal | 1 | 2 | 3 |
| 9. Me tienen atemorizado | 1 | 2 | 3 |
| 10. No me dejan que participe, me excluyen | 1 | 2 | 3 |
| 11. Me obligan a hacer cosas peligrosas para mí | 1 | 2 | 3 |
| 12. Me obligan a hacer cosas que me ponen mal | 1 | 2 | 3 |
| 13. Me obligan a darles mis cosas o dinero | 1 | 2 | 3 |
| 14. Rompen mis cosas a propósito | 1 | 2 | 3 |
| 15. Me esconden las cosas | 1 | 2 | 3 |

| | | | |
|--|---|---|---|
| 16. Roban mis cosas | 1 | 2 | 3 |
| 17. Les dicen a otros que no estén o que no hablen conmigo | 1 | 2 | 3 |
| 18. Me insultan | 1 | 2 | 3 |
| 19. Hacen gestos de burla o desprecio hacia mí | 1 | 2 | 3 |
| 20. No me dejan que hable o me relacione con otros | 1 | 2 | 3 |
| 21. Me impiden que salga con otros | 1 | 2 | 3 |
| 22. Me pegan puñetazos, patadas | 1 | 2 | 3 |
| 23. Me gritan | 1 | 2 | 3 |
| 24. Me acusan de cosas que no he dicho o hecho | 1 | 2 | 3 |
| 25. Me critican por todo lo que hago | 1 | 2 | 3 |
| 26. Se ríen de mí cuando me equivoco | 1 | 2 | 3 |
| 27. Me amenazan con pegarme | 1 | 2 | 3 |
| 28. Me pegan con objetos | 1 | 2 | 3 |
| 29. Cambian el significado de lo que digo | 1 | 2 | 3 |
| 30. Se meten conmigo para hacerme llorar | 1 | 2 | 3 |
| 31. Me imitan para burlarse de mi | 1 | 2 | 3 |
| 32. Se meten conmigo por mi forma de ser | 1 | 2 | 3 |
| 33. Se meten conmigo por mi forma de hablar | 1 | 2 | 3 |
| 34. Se meten conmigo por ser diferente | 1 | 2 | 3 |
| 35. Se burlan de mi apariencia física | 1 | 2 | 3 |
| 36. Van contando por ahí mentiras acerca de mi | 1 | 2 | 3 |
| 37. Procuran que les caiga mal a otros | 1 | 2 | 3 |
| 38. Me amenazan | 1 | 2 | 3 |
| 39. Me esperan a la salida para meterse conmigo | 1 | 2 | 3 |
| 40. Me hacen gestos para darme miedo | 1 | 2 | 3 |
| 41. Me envían mensajes para amenazarme | 1 | 2 | 3 |
| 42. Me empujan para intimidarme | 1 | 2 | 3 |
| 43. Se portan cruelmente conmigo | 1 | 2 | 3 |
| 44. Intentan que me castiguen | 1 | 2 | 3 |
| 45. Me desprecian | 1 | 2 | 3 |
| 46. Me amenazan con armas | 1 | 2 | 3 |
| 47. Amenazan con dañar a mi familia | 1 | 2 | 3 |
| 48. Intentan perjudicarme en todo | 1 | 2 | 3 |
| 49. Me odian sin razón | 1 | 2 | 3 |



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
 FACULTAD DE ENFERMERÍA
 LICENCIATURA EN ENFERMERÍA



BULLYING Y SU RELACIÓN CON LA DEPRESION EN ADOLESCENTES

Objetivo: Determinar la relación del bullying con la depresión en los estudiantes de la secundaria General Tollimani 1532, del municipio de tolimán, Qro.

PREUBA DE ZUNG Y CONDE

Nombre: _____ Edad: _____
 Sexo: _____

Instrucciones:

Debajo aparecen diversas situaciones que le ocurren a las personas. Lea cada una y responda con qué frecuencia esto le ocurre a usted.

Observe que a la derecha aparecen cuatro columnas encabezadas con la frecuencia en que estas situaciones pueden ocurrir. “Muy pocas veces o no me ocurre”; “Algunas veces”; “Muchas veces” o “siempre me ocurre”.

Para señalar su respuesta debe encerrar en un círculo el número que aparece en la misma fila de la situación que está analizando y debajo de la alternativa que usted escoja. Es decir, esta situación me ocurre a mí:

- Muy pocas veces o no me ocurre
- Algunas veces
- Muchas veces
- Siempre me ocurre

Ahora puede comenzar

| | Ausente Muy débil Muy pocas veces o no | Débil Mediano Algunas veces | Moderado Intenso Muchas veces | Muy intenso Siempre |
|--|---|--|--|------------------------------------|
| 1. Me siento triste y deprimido. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Por las mañanas me siento mejor que por las tardes. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. frecuentemente tengo ganas de llorar o a veces lloro. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Me cuesta mucho trabajo dormir o duermo mal por las | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| noches. | | | | |
| 5. Tengo hambre como antes. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6. Todavía me siento atraído por el sexo opuesto (te siguen gustando los niños y/o las niñas). | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7. Creo que estoy adelgazando. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Estoy estreñado. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Siento que mi corazón late muy fuerte. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Me canso por cualquier cosa. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Mi cabeza está despejada como siempre. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 12. Hago las cosas con la misma facilidad que antes. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 13. Me siento agitado e intranquilo, no puedo estar quieto. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Tengo confianza o esperanza en el futuro. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 15. Me siento mas irritable que habitualmente. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Encuentro fácil tomar decisiones. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 17. Me creo útil y necesario a la gente. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 18. Encuentro agradable vivir. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 19. Sería mejor que muriera para los demás. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Me gustan las mismas cosas que habitualmente me agradaban. | 4 | 3 | 2 | 1 |

“De antemano agradecemos su participación, le recordamos que la información obtenida de este instrumento es de carácter confidencial y será manejado única y exclusivamente por las investigadoras”.