

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN

FACULTAD DE MEDICINA



**ESTUDIO COMPARATIVO DEL BULLYING Y SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA
EN ESCOLARES DE DOS CENTROS EDUCATIVOS DE LA CIUDAD DE
AREQUIPA 2012**

Tesis presentada por:

JOSÉ ALEXIS TALAVERA HUAMANÍ

Para Optar el Título Profesional de

Médico Cirujano

Tutor:

**DR. JUAN MANUEL ZEVALLOS
RODRÍGUEZ**

Médico Psiquiatra

AREQUIPA – PERÚ

2012

A mis padres amados: Pepe e Hilda y hermana Milagros, a todos y todas mis amistades quienes hasta el día de hoy y por siempre, serán la base y sustento de los pasos siguientes a los que vaya a dar...

A mis abuelitos, Blaza y Adrián, allá desde el cielo, esto va por y para ustedes...

A quienes estarán conmigo el día de la sustentación, a mi tía Vilma un poderoso beso, el más fuerte de los brazos a mi tío Jesús...

Al niño que llevo dentro permanezca por siempre en mí, y al que lleva Pamela, todos te esperamos bebe...

Podría continuar, pero tomaré aire y respiraré hondo y profundo, cerraré los ojos, sonreiré por dentro y me diré:

Hakuna matata.

TABLA DE CONTENIDO

Dedicatoria.....	2
Índice.....	3
Resumen.....	4
Introducción.....	6
CAPÍTULO I:	
Fundamento teórico:	
– Bullying (acoso escolar) en la adolescencia y factores asociados.....	10
– Sintomatología depresiva y factores asociados en la adolescencia.....	19
Planteamiento del problema.....	24
Objetivos generales y específicos.....	25
CAPÍTULO II:	
Métodos	
– Diseño.....	27
– Participantes.....	27
– Instrumentos y procedimiento	
○ Cuestionario sobre intimidación y maltrato entre iguales para secundaria (CIMEI).....	28
○ Inventario de Depresión Infantil (CDI).....	28
CAPÍTULO III:	
Resultados.....	31
CAPÍTULO IV:	
Discusiones y comentarios.....	42
Conclusiones.....	51
Recomendaciones.....	53
Bibliografía.....	55
Anexos	
– Consentimiento informado.....	61
– Cuestionario sobre intimidación y maltrato entre iguales – CIMEI – (Secundaria).....	62
– Inventario de Depresión Infantil (CDI).....	66

RESUMEN

El bullying, o acoso escolar, incluye fenómenos de intimidación entre estudiantes y puede dar lugar a la presencia de depresión.

OBJETIVO: comparar el bullying y sintomatología depresiva en escolares de la ciudad de Arequipa 2012.

MÉTODOS: estudio comparativo, prospectivo de corte transversal sobre una muestra representativa de 190 estudiantes entre 11 y 15 años de dos instituciones educativas de Arequipa a quienes se les aplicó el Cuestionario Sobre Intimidación y Maltrato Entre Iguales y el Inventario de Depresión Infantil. Se utilizó el método estadístico SPSS 9.0 y la prueba Ji – cuadrado para estudiar la relación entre bullying y síntomas depresivos según las variables edad, sexo, tipo de colegio y composición familiar.

RESULTADOS: los agresores representan el 10.5% de la institución pública, y el 12.6% en la privada. Las víctimas, 9.5% de la institución pública, y el 12.6% de la institución privada. Los espectadores (agresor/víctima) 65.3% de la institución pública y, 57.9% de la privada. Se encontró diferencias significativas en los niveles de depresión entre los colegios. La depresión severa representan el 31.6% de la institución privada, y 21.1% de la pública. A los 13 años se da la mayor presencia de víctimas y a los 15 de agresores siendo los varones quienes tienen mayor tendencia a ser agresores y padecer de sintomatología depresiva. Un factor asociado a un incremento en la probabilidad de padecer de bullying o depresión se da en aquellos que viven en ausencia de uno o solo con uno de sus padres.

CONCLUSIONES:

El 10.5% de estudiantes de la institución pública participaron alguna vez de acoso escolar, y 12.6% en la institución privada.

En la medida que exista una mayor participación en el fenómeno del bullying se asocia una mayor presentación de sintomatología depresiva.

Palabra clave: bullying (acoso escolar), sintomatología depresiva, adolescencia.

ABSTRACT

Bullying includes phenomena of bullying among students and may lead to the presence of depression.

OBJECTIVE: to compare bullying and depressive symptoms in school children of the city of Arequipa 2012.

METHODS: comparative, prospective cross-section on a representative sample of 190 student between 11 and 15 years of two educational institutions to Arequipa who answered the questionnaire on bullying and bullying and the Child Depression Inventory. We used SPSS 9.0 statistical method and the Chi-square to study the relationship between bullying and depressive symptoms as the variables age, sex, type of school and house hold composition.

RESULTS: offenders represent 10.5% of the public institution, and 12.6% in private. The victims, 9.5% of the public institution, and 12.6% of the private institution. Viewers (aggressor/victim) 65.3% of the public institution, 57.9% of the private. We found significant differences in levels of depression among schools. Severe depression represents 31.6% of the private institution and 21.1% of the public. At 13, there is the increased presence of victims and offenders being 15 men who are more likely to be aggressors and suffer from depressive symptoms. One factor associated with an increased likelihood of developing depression or bullying occurs in those who live in the absence of one or only one parent.

CONCLUSIONS:

The 10.5% of students in the public institution ever participated in bullying, and 12.6% in the private institution.

To the extent that there is more involved in the phenomenon of bullying is associated with increased reporting of depressive symptoms.

Keyword: bullying (bullying), depressive symptoms, adolescence.

INTRODUCCIÓN

Es necesario partir de la definición del bullying como la situación de acoso e intimidación, en donde un alumno es agredido cuando está expuesto, de forma repetida durante un tiempo, a acciones negativas que lleva a cabo otro alumno o varios de ellos en donde el agresor abusa de un poder real o ficticio, y existe una intención de causarle daño ⁽¹⁾. Los efectos de este tipo de abuso resultan muy dañinos para todos los involucrados, tanto para los agresores y las víctimas como para los mismos espectadores del maltrato ⁽²⁾.

Los principales tipos de maltrato que podemos considerar se suelen clasificar en físico, verbal, psicológico y social. Los perfiles psicosociales de los participantes se incluyen en uno de los siguientes ámbitos: agresor/a, víctima, espectadores/as ⁽³⁾.

La escuela a pesar de ser un espacio de interacción social, es también un contexto de aprendizaje de comportamientos agresivos y violentos por parte de niños y adolescentes que en general viven en contextos familiares y sociales igualmente violentos ⁽⁴⁾.

Podemos afirmar, entonces, que el bullying es un fenómeno complejo, que por su naturaleza, conlleva consecuencias negativas para todos los actores involucrados. La víctima es quien puede tener consecuencias más nefastas que puede desembocar en fracasos y dificultades escolares, niveles altos y continuos de ansiedad, insatisfacción, fobia a ir al colegio, riesgos físicos, y en definitiva la formación de una personalidad insegura e insana para su correcto desarrollo integral como persona. También el agresor/a tiene consecuencias indeseadas en los que puede suponer un aprendizaje sobre cómo conseguir los objetos y, por tanto estar en la antesala de la conducta delictiva. Los espectadores/as no permanecen ilesos/as y más bien les supone un aprendizaje de cómo comportarse ante situaciones injustas y un refuerzo para posturas individualistas y egoístas. Se señala como consecuencia para ellos/as la desensibilización que se produce ante el sufrimiento de otros a medida que van contemplando acciones repetidas de agresión en las que no son capaces de intervenir para evitarlas ^(1, 5).

En cuanto a los factores asociados al riesgo para el rol de víctima se señalan la ausencia de uno de los progenitores como elemento sobresaliente ^(6, 7). Para algunos la presencia de algún defecto físico constituye un elemento de riesgo, al igual que factores como

la raza, el color de la piel o las creencias religiosas ⁽⁸⁾. En contraste, para el grupo de agresores un factor asociado relevante es la inclinación a querer demostrar fuerza y agresividad. Otros elementos que están más relacionados se refieren al entorno social en el que puede estar inmerso, ya sea por circunstancias familiares o económicas, o el caso de tener amigos o conocidos que pertenezcan a pandillas o grupos delictivos y, en el peor de los casos, que forme parte de alguno. Al igual que en las víctimas, aunque evidentemente con otros efectos emocionales, afectivos y conductuales, sobresale también como riesgo el hecho de vivir con sólo un progenitor, que además no logre estructurar disciplina, normas y valores. En cuanto a los menores que indistintamente son víctimas y agresores, pueden presentar simultáneamente circunstancias que son inherentes al rol de víctima y al de agresor ⁽⁹⁾.

Finalmente, entre otros factores que se han descrito asociados al acoso escolar se encuentran el sexo masculino, la edad (más frecuente entre los 10 y 14 años), factores familiares (sobrepotección de los padres) y el consumo de sustancias adictivas como el alcohol y drogas. Se ha asociado el hecho de sufrir acoso escolar con problemas psicopatológicos como depresión, ansiedad o trastornos alimentarios ⁽¹⁰⁾.

La depresión infantil es un tema de actualidad por su relativa frecuencia e impacto socio – sanitario, y constituye una amenaza potencial para la vida de las personas que la padecen. La depresión en la edad adulta está asociada con la depresión en la infancia y en la adolescencia, por lo que, en la actualidad, se da prioridad a la detección precoz de la sintomatología depresiva en la población infantil ^(11, 12). La sintomatología depresiva aparece en dos trastornos del estado de ánimo, el trastorno distímico y el trastorno depresivo mayor. Al tratarse de alteraciones del estado de ánimo, ambos trastornos se caracterizan por un cambio en el humor habitual del paciente. Este humor habitual será reemplazado por un estado de predominante tristeza, desinterés y displacer, en compañía de otros síntomas que pueden ser diversos ^(11, 13).

En el contexto escolar, el estudio de la relación entre la sintomatología depresiva y el rendimiento académico despierta un gran interés donde los problemas de depresión y de ansiedad tienen un efecto negativo y significativo sobre los resultados educativos a corto y largo plazo. Los niños con síntomas depresivos difícilmente pueden concentrarse en sus estudios y les resulta difícil obtener buenas calificaciones, aumentando este hecho su sentido

de incapacidad tanto social como académico, también es cierto que el bajo rendimiento escolar constituye un factor de riesgo para sufrir depresión ^(11, 13).

Los síntomas propios de la depresión en la infancia y adolescencia son la presencia de irritabilidad como estado de ánimo característico, la cual puede expresarse como un estado de ánimo inestable, acompañado por ofensas a los padres y pares, hipersensibilidad a la crítica y frecuente incomodidad ante la presencia de los padres y otras personas. Los síntomas comunes entre la depresión infantil, adolescente y la depresión adulta son las alteraciones en el sueño, apetito y energía, dificultades para la atención y concentración, desinterés en las actividades usualmente realizadas y la pérdida de la capacidad de disfrute ⁽¹⁴⁾.

Otros síntomas distintivos incluyen la falta de apetito y alteración del peso que lleva a que los adolescentes no alcancen el peso y la altura esperados para su edad. Igualmente, se presentan síntomas cognitivos como el disgusto por la imagen corporal y el propio desempeño, una visión pesimista del futuro, abundancia de pensamiento catastrófico y sentimientos de inferioridad ⁽¹⁵⁾.

Estos episodios depresivos se desencadenan ante la presencia de un acontecimiento en la vida del niño o adolescente que es percibido como pérdida, como puede ser la separación de los padres o la muerte de algún familiar; sin embargo, dicha evaluación puede aparecer también ante acontecimientos evaluados por el adulto sin ningún valor significativo (como puede ser ante la muerte de una mascota) ⁽¹⁶⁾.

La Organización Mundial de la Salud afirma que la depresión es hoy en día la segunda causa de enfermedad entre la población de 15 a 44 años de edad para ambos sexos y diversos estudios indican que la perspectiva evolutiva es un elemento a tener en cuenta en el estudio de la depresión ⁽¹⁷⁾.

El comienzo de los trastornos depresivos mayores suele producirse entre los 11 y los 12 años de edad, aunque el inicio de la sintomatología depresiva menos severa se observa principalmente hacia los 7 y los 8 años. En cuanto a las diferencias en función de la edad y el sexo, existe una mayor prevalencia de síntomas depresivos en niños que en niñas de edades comprendidas entre los 6 y los 12 años. No obstante, a partir de los 12 años la incidencia es mayor en las chicas ^(11, 18, 19).

Respecto a los problemas de relación, los niños que no son aceptados socialmente por sus iguales son más propensos a sufrir la soledad y a manifestar un estado de ánimo depresivo ^(11, 15). Los problemas de relación entre iguales en la infancia predicen la sintomatología depresiva en esa etapa, y también en la edad adolescente. Este déficit en las relaciones sociales conlleva la disminución de actividades placenteras, lo que a su vez refuerza el estado depresivo ^(11, 20).

Finalmente, la ideación y consumación del suicidio es más común en este periodo de la vida y el riesgo a su consumación es mayor a causa de la depresión. Por lo tanto, la depresión afecta a todas las áreas del funcionamiento humano (cognitivo, emocional, somático y comportamental), y representa un importante problema de salud en la etapa infantil, adolescente y, posteriormente, en la etapa adulta ⁽²¹⁾.

Por todo esto, la presente investigación busca profundizar en ambos fenómenos en una población escolar adolescente. El bullying tema poco estudiado en nuestra región y la depresión un fenómeno de alcances mundiales serán detallados permitiéndonos conocer más a detalle ambos fenómenos y su relación con otras variables.

CAPÍTULO I
FUNDAMENTO TEÓRICO

Bullying (acoso escolar) en la adolescencia y factores asociados

Es necesario partir de una definición del bullying y para hacerlo nada mejor que referirnos a los planteamientos de uno de sus investigadores más representativos, así podemos señalar que (Olweus 1998) ⁽¹⁾, definió el fenómeno del bullying como: “la situación de acoso e intimidación, en donde un alumno es agredido o se convierte en víctima cuando está expuesto, de forma repetida durante un tiempo, a acciones negativas que lleva a cabo otro alumno o varios de ellos”. Agregó, además, que el agresor abusa de un poder, real o ficticio, y que existe una intención de causarle daño a la víctima, así como la intención de obtener algún beneficio, sea material, social o personal ^(1, 10). En el *bullying*, a diferencia de otros tipos de violencia, no media una provocación por parte de la víctima, además de que existe un desequilibrio de poder entre los participantes. Los efectos de este tipo de abuso, también llamado maltrato entre iguales, acoso escolar o bullying (Benítez & Justicia, 2006) ⁽²⁾ resultan muy dañinos para todos los involucrados, tanto para los agresores y las víctimas como para los mismos espectadores del maltrato. Según Avilés, 2006 (Citado en Cabezas & Monge, 2007) ⁽²²⁾, la palabra «bullying» proviene del inglés «bully» que significa matón o bravucón, en este sentido, se trataría de conductas que están ligadas a la intimidación, la tiranización, el aislamiento, la amenaza y los insultos, entre otros, sobre una víctima o víctimas señaladas que ocupan ese papel.

Tradicionalmente, al hablar de situaciones violentas en los contextos escolares se han entendido hechos como peleas, robos o los destrozos sobre el material y las instalaciones de los centros. Sin embargo las situaciones violentas abarcan otros hechos que no siempre se hacen explícitos, se habla de ellos e incluso se abordan intencionalmente como situaciones de conflicto que pueden mejorar el clima social y la convivencia escolar. Esto sucede con el bullying, término inglés también utilizado para denominar a la intimidación entre iguales (Fernández, 1996) ⁽²³⁾.

La escuela es una organización social y educativa (Savater, 2000) ⁽³⁾ encargada de transmitir saber, desarrollar vocaciones y establecer actividades socialmente necesarias para la formación del ser humano. Sin embargo, a pesar de ser un espacio de interacción social, es también un contexto de aprendizaje de comportamientos agresivos y violentos por parte de niños y adolescentes que en general viven en contextos familiares y sociales igualmente

violentos. Muchas situaciones de conflicto desbordarán las capacidades de manejo del adolescente y pueden llevar a que opte por la violencia para solucionarlo. Esto propicia la instauración del fenómeno de abusos sistemáticos, que se traduce en el acoso entre los mismos estudiantes (Landázuri, 2007) ⁽²⁴⁾. De acuerdo a esto, se ha encontrado que los niños que presencian comportamientos violentos y así mismo viven en contexto de violencia, tienden a reproducir conductas agresivas en sus relaciones con sus pares, en el colegio, la familia y en el contexto social, estableciendo un círculo vicioso que ha sido denominado “ciclo de la violencia” (Chaux, 2003) ⁽²⁵⁾

Los principales tipos de maltrato que podemos considerar se suelen clasificar en ⁽⁴⁾:

– *Físico*: como empujones, patadas, puñetazos, agresiones con objetos. Este tipo de maltrato se da con más frecuencia en la primaria que en la secundaria.

– *Verbal*: muchos autores reconocen esta forma como la más habitual en sus investigaciones. Suelen tomar cuerpos en insultos y motes principalmente. También son frecuentes los menosprecios en público o el estar resaltando y haciendo patente de forma constante un defecto físico o de acción. Últimamente el teléfono móvil también se está convirtiendo en vía para este tipo de maltrato.

– *Psicológico*: son acciones encaminadas a minar la autoestima del individuo y fomentar su sensación de inseguridad y temor. El componente psicológico está en todas las formas de maltrato.

– *Social*: pretenden ubicar aisladamente al individuo respecto del grupo en un mal estatus y hacer partícipes a otros individuos, en ocasiones, de esta acción. Esto se consigue con la propia inhibición contemplativa de los miembros del grupo. Estas acciones se consideran bullying indirecto.

En los últimos años se ha agregado el bullying cibernético o Cyber – bullying que se caracteriza por el uso de Internet para emitir comentarios injuriosos, fotos desacreditadoras y alusiones pornográficas manteniendo el anonimato ⁽¹¹⁾.

Los perfiles psicosociales de los principales participantes en el bullying se determinan de acuerdo a las principales investigaciones realizadas y se diferencian en los siguientes ámbitos: ⁽⁴⁾

– *El/la agresor/a*: estudios diferentes (Olweus, 1998; Ortega, 1994), ^(1, 27) señalan como agresor principalmente al varón. Otros estudios señalan a las chicas como protagonistas de actos que utilizan más elementos psicológicos en sus intimidaciones de forma sutil y poco evidente. Niños/as o adolescentes temperamento agresivo y con deficiencias en habilidades sociales para comunicar y negociar sus deseos. Se les atribuye falta de empatía hacia el sentir de la víctima y falta de sentimiento de culpabilidad. También denotan falta de control de la ira y nivel alto de los sesgos de hostilidad que hace interprete sus relaciones con los otros como fuente de conflicto y agresión hacia su propia persona. Serían, según Olweus, violentos, autosuficientes y no mostrarían un bajo nivel de autoestima. Tendrían una gran belicosidad con los/as compañeros/as y con los adultos y una mayor tendencia hacia la violencia. Serían impulsivos/as y necesitarían imperiosamente dominar a los/as otros/as. Son por lo general del sexo masculino y tiene mayor fortaleza física. Su contacto con los padres es también inferior. Suelen carecer de fuertes lazos familiares y estar poco interesados por la escuela.

Olweus (1998), define dos perfiles de agresor/a: *el activo/a* que agrede personalmente, estableciendo relaciones directa con su víctima, y *el/la social – indirecto/a* que logra dirigir, a veces en la sombra, el comportamiento de sus seguidores a los que induce a actos de violencia y persecución de inocentes. Se identifica además otro prototipo pero no actúa en la agresión que son los agresores pasivos (seguidores o secuaces del agresor/a).

– *Víctima*: suelen ser sujetos identificados fácilmente y ser menos apreciados. El papel de víctima se reparte en porciones iguales entre ambos sexos aunque muchas investigaciones dicen que existen más chicos implicados (Defensor del Pueblo, 1999) ⁽²⁸⁾, salvo por ejemplo aquellos estudios realizados en Japón en las que las intimidaciones se dirigieron mayoritariamente a las chicas (Mombusho, 1994) ⁽²⁹⁾. Según Olweus las víctimas son menos fuertes físicamente, en especial los chicos; no son agresivos ni violentos y muestran un alto nivel de ansiedad y de inseguridad. También señala que existen ciertos signos visibles que el agresor/a elegiría para atacar a las víctimas y que separarían a las víctimas de otros estudiantes. Serían rasgos como las gafas, el color de la piel o el pelo y las dificultades en el habla, por ejemplo. Sin embargo indica que las desviaciones externas no pueden ser consideradas como causa

de la agresión ni del estatus de víctima. El/la agresor/a una vez elegida la víctima explotaría esos rasgos diferenciadores.

Se aceptan los dos prototipos: *La activa o provocativa* suele exhibir sus propios rasgos característicos, combinando un modelo de ansiedad y de reacción agresiva, lo que es utilizado por el agresor/a para excusar su propia conducta. La víctima provocativa suele actuar como agresor/a mostrándose violenta y desafiante. Suelen ser alumnos que tiene problemas de concentración y tienden a comportarse de forma tendenciosa e irritante a su alrededor. A veces suelen ser tildados/as de hiperactivos/as, y lo más habitual es que provoquen reacciones negativas en gran parte de sus compañeros/as. *La víctima pasiva* es la más común. Son sujetos inseguros, que se muestran poco y que sufren calladamente el ataque del agresor/a. su comportamiento en un signo de inseguridad y desprecio al no responder al ataque y al insulto que junto a su ansiedad y reacción sumisa se agrega la debilidad física que los/as caracteriza. Son sujetos que viven rechazados, difícilmente tiene un verdadero amigo en clase y les cuesta mucho trabajo hacerlos. Son los menos populares de la clase si nos atenemos a datos socio – métricos. Son niños/as aislados/as que tienen unas redes sociales de apoyo con compañeros/as y profesorado muy pobres, sin embargo desarrollan una mayor actitud positiva hacia su profesorado que sus agresores/as. (Olweus 1998) ⁽¹⁾.

– *Espectadores y espectadoras*: Olweus (1993) ⁽¹³⁾ ha interpretado la falta de apoyo de los/as compañeros/as hacia las víctimas como el resultado de la influencia que los/as agresores/as ejercen sobre los demás, hecho muy frecuente en estos procesos. Según el informe del Defensor del Pueblo (1999) ⁽¹¹⁾, tanto los/as adultos/as como los jóvenes se comportan de forma agresiva después de observar un acto de agresión. En el caso de maltrato entre iguales se produce un contagio social que inhibe la ayuda e incluso fomenta la participación en los actos intimidatorios por parte del resto de los compañeros que conocen el problema, aunque no hayan sido protagonistas inicialmente del mismo. En otros casos se ha demostrado que es el miedo a ser incluido/a dentro del círculo de victimización y convertirse también en blanco de agresiones lo que impide que el alumnado se sienta que debería hacer algo no lo haga.

Podemos afirmar, entonces, que el bullying es un fenómeno complejo, que por su naturaleza, conlleva consecuencias negativas para todos los actores que están involucrados.

Para la víctima es quien puede tener consecuencias más nefastas que puede desembocar en fracasos y dificultades escolares, niveles altos y continuos de ansiedad, insatisfacción, fobia a ir al colegio, riesgos físicos, y en definitiva la formación de una personalidad insegura e insana para su correcto desarrollo integral como persona. Olweus, señala que las dificultades de la víctima para salir de la situación de ataque por sus propios medios provocan en ellas efectos claramente negativos como el descenso de la autoestima, estados de ansiedad e incluso cuadros depresivos con la consiguiente imposibilidad de integración escolar y académica. Cuando se prolonga en el tiempo la victimización, pueden empezar a manifestar cuadros de neurosis, histeria y depresión. La imagen que terminan teniendo de sí mismos/as puede llegar a ser muy negativa en cuanto a su competencia académica, conductual y de apariencia física llegando incluso en algunos casos desencadenar reacciones agresivas en intentos de suicidio. También el agresor/a tiene consecuencias indeseadas en los que puede suponer un aprendizaje sobre cómo conseguir los objetos y, por tanto estar en la antesala de la conducta delictiva. Su conducta consigue un refuerzo sobre el acto agresivo y violento como algo bueno y deseable, además, constituye un método de tener un estatus en el grupo que sería una forma de reconocimiento social por parte de los demás. Los espectadores/as no permanecen ilesos/as y más bien les supone un aprendizaje de cómo comportarse ante situaciones injustas y un refuerzo para posturas individualistas y egoístas. Se señala como consecuencia para ellos/as la desensibilización que se produce ante el sufrimiento de otros a medida que van contemplando acciones repetidas de agresión en las que no son capaces de intervenir para evitarlas.

En cuanto a las investigaciones realizadas en el Perú en niños y adolescentes, Oliveros y Barrientos (2007) ⁽¹⁴⁾ encuestó a 185 alumnos, encontrándose que había sufrido *bullying* el 54,7% de ellos. El 52,7% fueron mujeres y el 47,3% varones. El 78,4% vive con ambos padres. La intimidación verbal había predominado con 38,7% de incidencia. La agresión individual había alcanzado similar porcentaje. El 84,3% de alumnos no habían defendido a sus compañeros. El tipo de agresión más frecuente fue poner apodos. Las dos terceras partes de los agredidos se lo habían comunicado a sus padres. En el 75% de los casos el maestro le llamó la atención al agresor. La reacción de los padres fue desde quejarse al colegio hasta solicitar el concurso de la policía o de un abogado, predominando el reclamo al colegio. El 77% de encuestados consideró seguro su colegio. El 6,5% manifestó haber ido al médico o al psicólogo, además, hallaron como único factor de riesgo de acoso escolar la falta de

comunicación de las agresiones, el 30% de estudiantes identificados como víctimas no comunicaron el hecho por vergüenza, miedo al ridículo y temor a ser ignorados o a ser maltratados aún más por sus compañeros. Asimismo, la seguridad en el colegio apareció como factor protector.

Por otro lado, Landázuri (2007) encontró que entre los adolescentes de un colegio privado de Lima, el 12.4% eran víctimas, el 13.6% agresores y el 1.2% víctimas/agresores, cifra hallada luego de una modificación en el cuestionario que lo convertía a la vez en un heteroinforme. Asimismo halló que el rol de víctima o agresor se asociaba a características particulares de autoestima y habilidades sociales. La baja autoestima social se asociaba y precedía, aunque en una magnitud baja, quiénes serían víctimas; de la misma forma que el alta autoestima escolar, predijo quienes serían los alumnos agresores. En cuanto a las habilidades sociales de los alumnos, se halló asociación entre las habilidades alternativas a la agresión y la poca participación en el acoso (Landázuri, 2007) ⁽⁶⁾.

En una investigación reciente en niños de primaria de Lima Este, Junín, Cusco y Ayacucho, la incidencia de acoso escolar fue de hasta 47%, encontrándose una participación similar en varones y mujeres. En cuanto a los tipos de agresión, la verbal fue la más frecuente (Oliveros, Figueroa, Mayorga, Cano, Quispe, & Barrientos, 2008) ⁽¹⁵⁾. Cabe señalar que existen serias críticas a dicha investigación que señalan que lo que se evaluó fue la violencia escolar, más no el acoso escolar, al ignorarse la frecuencia como característica fundamental para que la agresión sea considerada acoso escolar. Ese sería el motivo de la cifra tan elevada que arroja dicha investigación.

Según datos obtenidos en el estudio Health Behavior in School aged Children (HBSC) durante el curso 2005 – 2006, los porcentajes de ser víctima de acoso escolar difieren entre los distintos países participantes en el estudio, con proporciones entre el 3% y el 33% en los adolescentes de 11 a 15 años ⁽¹⁶⁾. Otro estudio más reciente realizado en 11 países europeos con niños y adolescentes de 8 a 18 años señala que la proporción de los que padecen acoso escolar es del 20,6%, y que concretamente en España esta cifra alcanza el 23,7% ⁽¹⁷⁾. Según una encuesta realizada por el Defensor del Pueblo en el año 2006 ⁽¹⁸⁾ a una muestra de alumnos de secundaria, casi un tercio de ellos era víctima de maltrato verbal, un 16%

declaraba que le escondían cosas, un 10% afirmaba sufrir exclusión social y un 4% padecer maltrato físico directo.

Dentro de los factores asociados que más se han estudiado destacan la variabilidad de los lugares en el interior del plantel educativo donde se produce la intimidación y la falta de apoyo de los compañeros no involucrados ⁽¹⁹⁾. Con respecto a los padres, se ha abordado más lo referente a sus respuestas o actitudes al enterarse del problema; los resultados son diversos pero el rango va desde la indiferencia hasta la sobreprotección ⁽²⁰⁾.

En cuanto a los factores asociados al riesgo para el rol de víctima se han documentado diversas circunstancias. (Chui – Betancur y Chambi – Grande) ⁽²⁰⁾ y (Menesini y cols.) ⁽²¹⁾ señalan la ausencia de uno de los progenitores como elemento sobresaliente ya que, desde su perspectiva, ésta no favorece el adecuado reforzamiento de la autoestima ni la adaptación interpersonal. El hecho de que los padres y los maestros reaccionen indiferentemente o hagan caso omiso a su problema, de acuerdo a la percepción de las víctimas, constituye otro factor asociado en la continuidad de este rol ⁽¹⁵⁾. Para algunos expertos la presencia de algún defecto físico constituye un elemento preponderante de riesgo, ⁽²²⁾ al igual que factores como la raza, el color de la piel o las creencias religiosas.

En contraste, para el grupo de agresores un factor asociado relevante es la inclinación a querer demostrar fuerza y agresividad. Sin embargo, se han descrito otros elementos que están más relacionados con el entorno social en el que el menor puede estar inmerso por sus circunstancias familiares o económicas, como el caso de tener amigos o conocidos que pertenezcan a pandillas o grupos delictivos o, en el peor de los casos, que el menor mismo forme parte de alguno ⁽²³⁾. También mostrar mayor gusto por programas televisivos y juegos de video violentos implica riesgo. Al igual que en las víctimas, aunque evidentemente con otros efectos emocionales, afectivos y conductuales, sobresale también como riesgo el hecho de vivir con sólo un progenitor, que además no logre estructurar disciplina, normas y valores ⁽¹⁵⁾. La percepción de los agresores, de que sus padres y sus maestros reaccionan de manera permisiva ante su conducta agresiva, constituye un incentivo para el reforzamiento de esta conducta.

En cuanto a los menores que indistintamente son víctimas y agresores, hasta el momento no se han identificado factores asociados que sean específicos para esta modalidad;

sin embargo, pueden presentar simultáneamente circunstancias que son inherentes al rol de víctima y al de agresor. En algunos estudios se han señalado la poca sociabilidad, la violencia intrafamiliar, el rechazo familiar y el vandalismo como factores asociados a este doble rol.

Finalmente, entre otros factores que se han descrito asociados al acoso escolar se encuentran el sexo masculino, la edad (más frecuente entre los 10 y 14 años), factores familiares (sobrepotección de los padres) y el consumo de sustancias adictivas como tabaco, alcohol y otras drogas de abuso ⁽³⁾. A su vez, tanto estudios transversales como longitudinales han asociado el hecho de sufrir acoso escolar con problemas psicopatológicos como depresión, ansiedad o trastornos alimentarios ⁽²⁵⁾.

Sintomatología depresiva y factores asociados en la adolescencia

La depresión infantil es un tema de actualidad por su relativa frecuencia e impacto socio-sanitario, y constituye una amenaza potencial para la vida de las personas que la padecen si no es identificada y tratada a tiempo. La depresión en la edad adulta está asociada con la depresión en la infancia y en la adolescencia, por lo que, en la actualidad, se da prioridad a la detección precoz de la sintomatología depresiva en la población infantil, según Najman et al., 2008 (Citado por Bernaras E., Jaureguizar J., Soroa M., Ibabe I., De las Cuevas C. 2013) ^(26, 27). Aparece en aquellos individuos que presentan muchos síntomas en común con los diagnósticos de depresión mayor y distimia sin llegar a cumplir con todos los criterios que propone el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV TR (APA, 2005) para su diagnóstico; también se usa el término cuando existen indicadores (como los resultados de pruebas psicológicas u observación de conducta) sin la presencia de una evaluación clínica personalizada. La presencia de la depresión a edades tempranas se ha relacionado con problemas en el ajuste psicosocial, presentando los niños con sintomatología depresiva dificultades en el ámbito familiar, escolar y en las relaciones con los compañeros (Levendosky, Okun y Parker, 1995) ^(26, 28). La sintomatología depresiva aparece en dos trastornos del estado de ánimo, el trastorno distímico y el trastorno depresivo mayor. Al tratarse de alteraciones del estado de ánimo, ambos trastornos se caracterizan por un cambio en el humor habitual del paciente. Este humor habitual será reemplazado por un estado de predominante tristeza, desinterés y displacer, en compañía de otros síntomas que pueden ser diversos (Asociación Americana de Psicología [APA], 2005) ^(29, 30). Para indagar la existencia de un episodio depresivo mayor, un síntoma debe ser de nueva presentación o haber empeorado claramente si se compara con el estado del adolescente antes del episodio. Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día durante al menos dos semanas consecutivas. En algunos adolescentes la actividad puede ser normal pero a costa de un esfuerzo muy importante ⁽²⁹⁾.

Los síntomas comunes entre la depresión infantil y adolescente y la depresión adulta son las alteraciones en el sueño, apetito y energía, las dificultades para la atención y concentración, el desinterés en las actividades usualmente realizadas y la pérdida de la capacidad de disfrute. Por ello algunos adolescentes pueden manifestar su depresión tal como ocurre en el adulto. Los síntomas propios de la depresión en la infancia y adolescencia son la

presencia de irritabilidad como estado de ánimo característico (APA, 2005) ⁽²⁹⁾, la cual puede expresarse como un estado de ánimo inestable, acompañado por ofensas a los padres y pares, hipersensibilidad a la crítica y frecuente incomodidad ante la presencia de los padres y otras personas. Otros síntomas distintivos incluyen la falta de apetito y alteración del peso que lleva a que los adolescentes no alcancen el peso y la altura esperados para su edad ⁽³⁰⁾. Igualmente, se presentan síntomas cognitivos como el disgusto por la imagen corporal y el propio desempeño, una visión pesimista del futuro, abundancia de pensamiento catastrófico y sentimientos de inferioridad.

Se sabe que muchas veces los episodios depresivos se desencadenan ante la presencia de un acontecimiento en la vida del niño o adolescente que es percibido como pérdida, como puede ser la separación de los padres o la muerte de algún familiar; sin embargo, dicha evaluación puede aparecer también ante acontecimientos evaluados por el adulto sin ningún valor significativo (como puede ser ante la muerte de una mascota). En otras ocasiones, la depresión es desencadenada por algún evento de vida estresante. Aunque no todos aquellos niños y adolescentes que lo sufren se deprimen, la probabilidad de desarrollar depresión se incrementará notablemente cuando dicho evento impacte directamente el área de vulnerabilidad del individuo. Entre los eventos estresantes comunes en la adolescencia se encuentran dificultades en la adaptación escolar, dificultades en la relación con sus compañeros, la instalación en su nuevo rol sexual, las dificultades en la búsqueda de independencia de los padres, complicaciones en la aceptación de los cambios corporales y las dudas en la elección de la profesión. Asimismo, las relaciones negativas con los padres pueden verse agudizadas en el periodo de la adolescencia y constituir un clima familiar estresante (Del Barrio, 2005) ⁽³¹⁾.

La Organización Mundial de la Salud afirma que la depresión es hoy en día la segunda causa de enfermedad entre la población de 15 a 44 años de edad para ambos sexos y diversos estudios indican que la perspectiva evolutiva es un elemento a tener en cuenta en el estudio de la depresión, además, proyecta que en el año 2020 será la segunda causa de Años de Vida Ajustada por Discapacidad (AVAD) en todas las edades y en ambos sexos. Los AVAD son la suma de los años perdidos de los pacientes debido a una muerte prematura o a la improductividad en su vida como resultado de un trastorno ⁽³²⁾.

El comienzo de los trastornos depresivos mayores suele producirse entre los 11 y los 12 años de edad, aunque el inicio de la sintomatología depresiva menos severa se observa principalmente hacia los 7 y los 8 años (Del Barrio, 2000) ^(26, 35). En cuanto a las posibles diferencias en función de la edad y el sexo, son varios los estudios que evidencian una mayor prevalencia de síntomas depresivos en niños que en niñas de edades comprendidas entre los 6 y los 12 años. No obstante, a partir de los 12 años la incidencia es mayor en las chicas ⁽²⁶⁾. En la investigación realizada por Torres (1992) ^(26, 36), el 4,7% de los participantes de entre 8 y 10 años presentaba sintomatología depresiva severa, mientras que en el caso de los escolares de entre 11 y 12 años ese porcentaje se reducía al 2,5%. Si además se atendía al sexo de los participantes, los resultados indicaban que los varones más jóvenes (8-10 años) presentaban niveles más altos de depresión (4,7%) que las niñas (3%) y que los participantes de mayor edad (11-12 años) (2,5%). En otra investigación realizada con población clínica y que contaba con niños de edades comprendidas entre los 8 y los 12 años, hallaron tres trastornos internalizantes que variaban en función del sexo: los niños presentaban una mayor prevalencia de problemas afectivos y de ansiedad, mientras que las niñas principalmente mostraban quejas somáticas, anhedonia y autoestima negativa (López Soler, Alcántara, Fernández, Castro y López – Pina, 2010) ^(26, 37).

Cabe mencionar que en el contexto escolar, el estudio de la relación entre la sintomatología depresiva y el rendimiento académico despierta un gran interés. En este sentido, la oficina regional Europea de la Organización Mundial de la Salud recientemente ha publicado un estudio sobre el impacto de la salud y de las conductas saludables en el rendimiento escolar (Suhrcke y de Paz Nieves, 2011) ^(26, 38). En ese documento se reconoce que los problemas de depresión y de ansiedad tienen un efecto negativo y significativo sobre los resultados educativos a corto y largo plazo. Los niños con síntomas depresivos difícilmente pueden concentrarse en sus estudios y les resulta difícil obtener unas buenas calificaciones, aumentando este hecho su sentido de incapacidad tanto social como académico (auto concepto académico negativo). Aunque el estado anímico de los niños puede interferir en su rendimiento académico, también es cierto que el bajo rendimiento escolar constituye un factor de riesgo para sufrir depresión, ya que el desempeño académico pobre alimenta el auto concepto negativo que el niño va forjándose como estudiante en sus años escolares.

Respecto a los problemas de relación, los niños que no son aceptados socialmente por sus iguales son más propensos a sufrir la soledad y a manifestar un estado de ánimo depresivo (Brendgen, Vitaro, Turgeon y Poulin, 2002) ^(26, 39). Cabe señalar que diversos estudios longitudinales han confirmado que las dificultades en las relaciones sociales contribuyen significativamente a la predicción de la depresión infantil. En esta misma línea, estudios longitudinales más han verificado que los problemas de relación entre iguales en la infancia predicen la sintomatología depresiva en esa etapa, y también en la edad adolescente. El modelo conductual de Lewinsohn (1974) ^(26, 40) explica que las personas deprimidas no reciben suficiente refuerzo positivo de los demás debido a que sus habilidades sociales son inadecuadas para las relaciones interpersonales. Este déficit en las relaciones sociales conlleva la disminución de actividades placenteras, lo que a su vez refuerza el estado depresivo.

Finalmente, la ideación y consumación del suicidio es más común en este periodo de la vida y el riesgo a su consumación es mayor a causa de la depresión. Los suicidios son asociados en un 90% a desórdenes mentales, particularmente la depresión (OMS, 2008) ⁽³⁴⁾.

El Perú también se encuentra afectado, al ser la depresión mayor el desorden clínico de mayor frecuencia. Así, en Lima y Callao existe una prevalencia de depresión de 19% en adultos, 14.5% en hombres y 23.3% en mujeres. En cuanto a la distimia, su prevalencia es bastante menor al tener 1.2% de esta, por sexo se distribuye las estadísticas de la siguiente manera: 0.9% en varones y 1.2% en mujeres (Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” [INSM “HD – HN”], 2002) ⁽⁴¹⁾. Sin embargo, en Lima y Callao, la depresión mayor se reporta en un 8.6% en adolescentes desde los 12 hasta los 17 años, cifra inferior a la reportada para la adultez. De igual forma, la distimia se reporta en 0.1% (INSM “HD – HN”, 2002) ⁽⁴¹⁾, dato que resalta por la baja incidencia. Una posible explicación para ello puede ser que, debido a la intensidad y duración de los síntomas, es posible que éstos pasen desapercibidos, considerándose un estado natural de la persona. Por el contrario, en cuanto a sentimientos estables, la tristeza y la irritabilidad aparecen en un 4.3% y 17% respectivamente (INSM “HD – HN”, 2002) ⁽⁴¹⁾. La presencia de ambos sentimientos son categorizados como síntomas depresivos cuando se presentan de forma estable y caracterizan el estado de ánimo (APA, 2005) ⁽³²⁾.

Por lo tanto, la depresión afecta a todas las áreas del funcionamiento humano (cognitivo, emocional, somático y comportamental), y representa un importante problema de salud en la etapa infantil, adolescente y, posteriormente, en la etapa adulta.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En dicho sentido el objetivo de la investigación es:

¿Cuál es la comparación del bullying (acoso escolar) y sintomatología depresiva que se presenta en escolares de dos instituciones educativas de la ciudad de Arequipa 2012?

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

Los objetivos que se desprenden de dicha pregunta son los siguientes:

- **O. Generales**
 - Comparar el bullying y sintomatología depresiva en escolares de dos instituciones educativas de la ciudad de Arequipa 2012

- **O. Específicos**
 - Comparar el bullying en los escolares estudiados
 - Comparar la sintomatología depresiva en los escolares estudiados
 - Comparar si existen diferencias en el tipo de participación en el bullying y sintomatología depresiva presentada según las variables edad, sexo, procedencia y composición familiar
 - Comparar la sintomatología depresiva presentada según el tipo de participación del bullying en los escolares estudiados

MÉTODOS

Diseño:

Es un estudio de investigación de campo tipo comparativo pues buscamos comparar como se presenta ambos fenómenos en una institución pública y una privada; estudio prospectivo de corte transversal, es decir, hay un momento único de recolección de datos. Investigación de campo, porque la recolección de la información se realiza a través de dos instrumentos de evaluación de acoso escolar y depresión.

Participantes:

La muestra estuvo conformado por 190 estudiantes (95 de cada institución) del primer al cuarto año de educación secundaria con 15 o menos años de edad de las Instituciones Educativas Particular Pre – Universitario Bryce del distrito de Arequipa y Nacional Francisco Javier de Luna Pizarro en el distrito de Miraflores; rango de edades comprendidos y validados en los instrumentos a utilizar.

Criterios de Inclusión:

- Estudiantes de colegios particulares y nacionales de educación secundaria
- Estudiantes de colegios particulares y nacionales de 7 a 15 años de asistencia regular.
- Interés y participación voluntaria en el estudio, capaz y en condiciones físicas y emocionales de responder al instrumento de investigación.
- Aceptar ingresar al estudio mediante consentimiento informado (ver Anexo A).

Criterios de Exclusión:

- Estudiantes en tratamiento psiquiátrico por trastornos psiquiátricos
- Mala condición e imposibilidad en la participación del estudiante durante la recolección de datos.
- Decisión del estudiante para no continuar con su participación.

Instrumentos:

Cuestionario Sobre Intimidación y Maltrato Entre Iguales (para secundaria) (CIMEI) (ver anexo B):

El cuestionario sobre intimidación y maltrato entre iguales en su versión para secundaria está compuesto por 30 ítems, se responde de forma anónima aunque da opción de identificarse al finalizar el mismo. Las preguntas están formuladas de manera que todos los alumnos puedan aportar información sobre el fenómeno sin importar el rol que tengan en el mismo. Se explora la frecuencia de participación en acoso escolar y situaciones de agresión, las formas de acoso escolar; cómo y dónde se produce; percepción desde el punto de vista de la víctima, agresor y espectadores, y propuestas de salida. Igualmente, se categoriza a los alumnos según su participación en el fenómeno y se recoge información variada de aspectos socio demográficos, relaciones interpersonales en la escuela, vida familiar, afrontamientos de la violencia e incluso lo que libremente desean compartir (Mora – Merchán, 2000) ⁽⁴²⁾

Se determinó que el instrumento es válido y que reúne los requisitos para evaluar el acoso escolar con éxito (Mora – Merchán, 2000) ⁽⁴²⁾. En la presente investigación se utilizará la versión del instrumento de Landázuri (2007) ⁽²⁴⁾.

Inventario de Depresión Infantil (CDI) (ver anexo C):

El CDI es tal vez el instrumento más utilizado y mejor aceptado por los expertos en depresión infantil pues ha demostrado un comportamiento muy sólido desde el punto de vista psicométrico y gran utilidad para los fines clínicos. Puede aplicarse tanto a población general como clínica. En el primer caso sirve para hacer un rastreo o screening y en el segundo como elemento inicial del diagnóstico. El Inventario de Depresión Infantil (CDI) es un instrumento de auto informe, compuesto por 27 ítems para determinar la sintomatología depresiva presentada en niños y adolescentes entre los 7 y 15 años de edad. Cada ítem es enunciado en tres frases que recogen distinta intensidad o frecuencia, normalidad, presentación del síntoma de forma no incapacitante y síntoma clínicamente significativo ^(43, 46).

Los análisis de validez y confiabilidad demostraron que se trata de un instrumento válido y que funciona para la población utilizada (Raffo, 1991) ⁽⁴³⁾.

Las tres versiones del CDI para la población peruana (Raffo 1991; Reátegui 2001; Ramírez 2009) ^(44, 45, 46) son muy similares. Se utilizará la versión de Ramírez por ser la de más reciente adaptación y haber obtenido resultados válidos y confiables ⁽⁴⁶⁾.

Procedimiento:

Inicialmente, se contactó a los promotores/directores de ambas instituciones educativas a quienes se les solicitó su participación en la investigación y se les explicó los objetivos e informó sobre el tiempo que tomaría la realización del mismo.

Para la aplicación de la batería de pruebas se asignó un tiempo de entre 20 - 40 minutos. La aplicación fue hecha a todos los estudiantes en un mismo momento, cada uno en su respectiva institución, previa explicación de cómo llenar cada encuesta y firma de consentimiento informado.

El *Cuestionario sobre intimidación y maltrato entre iguales (Secundaria)* aporta datos cuantitativos sobre agresores, víctimas y espectadores en forma de frecuencias. Cuanto mayor es la puntuación, también lo es la clasificación en cada uno de los perfiles mencionados. Las características socio demográficas se determinan, por la suma de puntajes de los ítems: 1, 2, 3, 4, 5 y 6. Los *agresores*, de los ítems: 16, 17, 18, 21, 22, 23, 24, 25 y 26. Las *víctimas*, de los ítems: 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 y 20. Los *espectadores* (no involucrados), los ítems: 19, 27, 28, 29 y 30.

Para la evaluación y clasificación, de los agresores, víctimas y espectadores, la puntuación obtenida, se convirtió al sistema vigesimal obteniéndose las siguientes escalas:

- **Agresores:**
 - 0 – 10 No agresor
 - 11 – 15 Potencial agresor
 - 16 – 20 Agresor

- **Víctimas:**
 - 0 – 10 No víctima
 - 11 – 15 Potencial víctima

- 16 – 20 Víctima
- **Espectador:**
 - 0 – 10 Espectador (no involucrado)
 - 11 – 20 Potencial espectador (agresor/víctima)

Los datos cuantitativos se calculan a partir de simples reglas de tres simple con las cuales encontramos la frecuencia con que se da cada uno de los ítems contestados. Por ejemplo, si contestan al cuestionario 50 alumnos, y 34 de ellos dicen que se han visto envueltos en situaciones de maltrato aplicando una regla de tres decimos: si 50 alumnos representan el 100 %, entonces 34 representan “X” y resolvemos $34 \times 100 / 50 = 68$, es decir, podemos decir que el 68 % de los alumnos se vieron envueltos en situaciones de maltrato.

El *cuestionario de depresión infantil* responde a una escala tipo Likert donde 0 indica "normalidad", 1 indica "cierta intensidad" y 2 indica la "presencia inequívoca" de un síntoma depresivo. Cuanto mayor es la puntuación, también lo es la intensidad de sintomatología depresiva. Las respuestas 1, 3, 4, 6, 9, 12, 14, 17, 19, 20, 22, 23, 26, 27 puntúan 0, 1 y 2; mientras que las restantes puntúan 2, 1 y 0. Se obtiene una puntuación general de depresión que se descompone en dos escalas: Disforia y Autoestima. Para la dimensión de Estado de ánimo Disfórico, se suman las marcas dentro de los recuadros de los siguientes ítems: 1, 2, 3, 4, 6, 10, 11, 12, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 26, 27. Para la dimensión de Ideas de Auto desprecio, se suman las marcas dentro de las figuras ovoideas de los siguientes ítems: 5, 7, 8, 9, 13, 14, 15, 23, 24, 25. Para establecer la puntuación directa de la escala total se suman las puntuaciones alcanzadas en ambas dimensiones. Una vez terminada la corrección y anotadas las puntuaciones directas, se realiza la interpretación normativa, transformándose en puntuaciones derivadas (Centiles), para elaborar el diagnóstico interpretativo.

El puntaje oscila entre 0 y 54

- Niños normales: puntajes de 6 o menos puntos. (≤ 6)
- Niños con depresión leve: de 7 a 13 puntos.
- Niños con depresión moderada: 14 – 19 puntos
- Niños con depresión severa: ≥ 20 puntos.

Se tomará como punto de corte de 19 para la forma no incapacitante y mayor o igual a 20 sintomatología clínicamente significativa.

Con todos estos, se creó una base de datos en Microsoft Office – Microsoft Excel 2010, se utilizó el método estadístico SPSS 9.0. Y la prueba estadística de Ji – cuadrado. Se realizó un análisis descriptivo de los datos, los cuales se presentan en tablas de frecuencias, se describen las observaciones en números absolutos y porcentajes.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

Tabla 1: ESTUDIANTES SEGÚN SEXO POR TIPO DE INSTITUCIÓN:

Sexo	Total		Institución Pública		Institución Privada	
	No	%	No	%	No	%
Masculino	100	52.6	48	50.5	52	54.7
Femenino	90	47.4	47	49.5	43	45.3
Total:	190	100.0	95	100.0	95	100.0

Observamos que el 52.6% de estudiantes son del sexo masculino, y el 47.4% del sexo femenino.

Tabla 2: ESTUDIANTES SEGÚN EDAD POR TIPO DE INSTITUCIÓN:

Edad (años)	Total		Institución Pública		Institución Privada	
	No	%	No	%	No	%
11	22	11.6	10	10.5	12	12.6
12	27	14.2	15	15.8	12	12.6
13	37	19.5	16	16.8	21	22.1
14	48	25.3	23	24.2	25	26.3
15	56	29.5	31	32.6	25	26.3
Total:	190	100.0	95	100.0	95	100.0

Observamos que la mayor parte de estudiantes en ambas instituciones tienen edades de 14 y 15 años.

Tabla 3: IDENTIFICACIÓN DE AGRESORES: (Preg. 16, 17, 18, 21, 22, 23, 24, 25 y 26 del cuestionario de intimidación y maltrato entre iguales):

	Total		Institución Pública		Institución Privada	
	No	%	No	%	No	%
Agresor	22	11.6	10	10.5	12	12.6
Potencialmente agresor	35	18.4	15	15.8	20	21.1
No es agresor	133	70.0	70	73.7	63	66.3
Total:	190	100.0	95	100.0	95	100.0

Ji-cuadrado: $1,3 < 5,99$ ($p > 0,05$)

Observamos que en la institución pública el 10.5% de estudiantes son agresores de bullying, en privados el 12.6%. Potencialmente agresores el 15.8% en pública y 21.1% en privada.

No se encontraron diferencias significativas, en la identificación de agresores e instituciones.

Tabla 4: IDENTIFICACIÓN DE VÍCTIMAS: (Preg. 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 y 20):

	Total		Institución Pública		Institución Privada	
	No	%	No	%	No	%
Víctima	21	11.1	9	9.5	12	12.6
Potencialmente víctima	44	23.2	19	20.0	25	26.3
No es víctima	125	65.8	67	70.5	58	61.1
Total:	190	100.0	95	100.0	95	100.0

Ji-cuadrado: $0,99 < 5,99$ ($p > 0,05$)

Vemos que en la institución pública el 9.5% de estudiantes son víctima de bullying, en privados el 12.6%. Potencialmente víctimas el 20.0% en pública y 26.3% en privada. No se encontraron diferencias significativas, en la identificación de víctimas entre instituciones.

Tabla 5: IDENTIFICACIÓN DE ESPECTADORES: (Preg.19, 27, 28, 29 y 30):

	Total		Institución Pública		Institución Privada	
	No	%	No	%	No	%
Espectador	117	61.6	62	65.3	55	57.9
Potencialmente espectador	73	38.4	33	34.7	40	42.1
Total:	190	100.0	95	100.0	95	100.0

Ji-cuadrado: $1,1 < 3,84$ ($p > 0,05$)

Se aprecia que en la institución pública el 65.3% de estudiantes son espectadores de bullying, en privada el 57.9%. Potencialmente espectadores el 34.7% en pública y 42.1% en privada. No se encontró diferencias significativas, en la identificación de espectadores entre instituciones.

Tabla 6: NIVELES DE DEPRESIÓN:

	Total		Institución Pública		Institución Privada	
	No	%	No	%	No	%
Normales	30	15.8	5	5.3	25	26.3
Depresión leve	75	39.5	45	47.4	30	31.6
Depresión moderada	35	18.4	25	26.3	10	10.5
Depresión severa	50	26.3	20	21.1	30	31.6
Total:	190	100.0	95	100.0	95	100.0

Ji-cuadrado: $24,8 > 7,82$ ($p < 0,05$)

Vemos que en la institución pública el 47.4% presento depresión leve, el 26.3% moderada. En la privada, el 31.6% presento depresión leve y también severa, respectivamente. Normales 5.3% en institución pública y 26.3% en privada. Se encontraron diferencias significativas en los niveles de depresión entre colegios.

Tabla 7: ESTUDIANTES AGRESORES SEGÚN EDAD:

Edad (años)	Total		Institución Pública		Institución Privada	
	No	%	No	%	No	%
11	0	0.0	0	0.0	0	0.0
12	1	4.5	1	10.0	0	0.0
13	2	9.1	1	10.0	1	8.3
14	4	18.2	1	10.0	3	25.0
15	15	68.2	7	70.0	8	66.7
Total:	22	100.0	10	100.0	12	100.0

Observamos que en la institución pública el 70% de agresores tienen 15 años; el 66.7% en la privada.

Tabla 8: ESTUDIANTES AGRESORES SEGÚN SEXO:

Sexo	Total		Institución Pública		Institución Privada	
	No	%	No	%	No	%
Masculino	13	59.1	6	60.0	7	58.3
Femenino	9	40.9	4	40.0	5	41.7
Total:	22	100.0	10	100.0	12	100.0

Se observa que en la institución pública el 60.0% de agresores son varones, y en la privada el 58.3%.

Tabla 9: ESTUDIANTES AGRESORES SEGÚN CON QUIEN VIVE – COMPOSICIÓN FAMILIAR:

	Total		Agresores			
	No	%	Institución Pública		Institución Privada	
			No	%	No	%
Con mi papá y mamá	5	22.7	2	9.1	3	13.6
Con mi papá y mamá y hermano(s)	7	31.8	3	13.6	4	18.2
Solo con uno de mis padres ...	4	18.2	1	4.5	3	13.6
Con uno de mis padres y hermano	4	18.2	3	13.6	1	4.5
Con otros familiares, sin mis padres	2	9.1	1	4.5	1	4.5
Total:	22	100.0	10	45.5	12	54.5

Se observa en ambas instituciones la formación de una familia típicamente constituida, 13.6% para públicos y 18.2% en privado.

Tabla 10: ESTUDIANTES VÍCTIMAS SEGÚN EDAD:

Edad (años)	Total		Institución Pública		Institución Privada	
	No	%	No	%	No	%
11	0	0.0	0	0.0	0	0.0
12	3	14.2	1	11.1	2	16.7
13	10	47.6	4	44.4	6	50.0
14	5	23.8	3	33.3	2	16.7
15	3	14.2	1	11.1	2	16.7
Total:	21	100.0	9	100.0	12	100.0

Apreciamos que en la institución pública el 44.4% de víctimas tienen 13 años; el 50.0% en la privada.

Tabla 11: ESTUDIANTES VÍCTIMAS SEGÚN SEXO:

	Total		Institución Pública		Institución Privada	
	No	%	No	%	No	%
Sexo						
Masculino	12	57.1	5	55.6	7	58.3
Femenino	9	42.9	4	44.4	5	41.7
Total:	21	100.0	9	100.0	12	100.0

Se observa que en la institución pública el 55.6% de víctimas son varones, y en la privada el 58.3% son varones.

Tabla 12: ESTUDIANTES VÍCTIMAS SEGÚN CON QUIEN VIVE – COMPOSICIÓN FAMILIAR:

	Total				Víctimas			
			Inst. Pública		Inst. Privada			
	No	%	No	%	No	%	No	%
Con mi papá y mamá	3	14.3	2	9.5	1	4.8		
Con mi papá y mamá y hermano(s)	8	38.1	3	14.3	5	23.8		
Solo con uno de mis padres ...	4	19.0	1	4.8	3	14.3		
Con uno de mis padres y hermano	4	19.0	3	14.3	1	4.8		
Con otros familiares, sin mis padres	2	9.5	1	4.8	1	4.8		
Total:	21	100.0	10	47.6	11	52.4		

Se observa en ambas instituciones la formación de una familia típicamente constituida, 14.3% para públicos y 23.8% en privado.

Tabla 13: ESTUDIANTES CON SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA SEGÚN EDAD:

Edad (años)	Total		Depresión severa			
	No	%	Institución Pública		Institución Privada	
			No	%	No	%
11	0	0	0	0	0	0
12	14	28	6	30	8	26.7
13	23	46	9	45	14	46.7
14	9	18	3	15	6	20
15	4	8	2	10	2	6.7
Total:	50	100	20	100	30	100

La depresión severa se observa mayormente a los 13 años de edad en ambas instituciones, seguido a los 12 años y menos frecuente a los 15.

Tabla 14: ESTUDIANTES CON SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA SEGÚN SEXO:

Sexo	Depresión severa			
	Total		Institución Pública	
	No	%	No	%
Masculino	42	46.7	7	7.8
Femenino	48	53.3	13	14.4
Total:	90	100	20	22.2

Observamos en la institución pública 14.4% de mujeres con depresión severa, y menos frecuente en varones con un 7.8%.

Tabla 15: ESTUDIANTES CON SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA SEGÚN SEXO:

	Depresión Severa			
	Total		Institución Privada	
Sexo	No	%	No	%
Masculino	38	45.7	14	20
Femenino	32	54.3	16	22.9
Total:	70	100	30	42.9

En la institución privada 22.9% de mujeres padecen depresión severa y menos frecuente en varones con un 20%

Tabla 16: ESTUDIANTES CON SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA SEGÚN CON QUIEN VIVEN – COMPOSICIÓN FAMILIAR:

	Total		Depresión severa			
	No	%	Inst. Pública		Inst. Privada	
	No	%	No	%	No	%
Con mi papá y mamá	5	10	3	15	2	6.7
Con mi papá y mamá y hermano(s)	20	40	9	45	11	36.7
Solo con uno de mis padres ...	4	8	1	5	3	10.0
Con uno de mis padres y hermano	18	36	5	25	13	43.3
Con otros familiares, sin mis padres	3	6	2	10	1	3.3
Total:	50	100	20	100	30	100.0

Observamos mayor presencia de depresión en estudiantes por la ausencia de uno de los padres de institución privada, y en hogares típicamente constituidos en la pública.

Tabla 17: NIVELES DE DEPRESIÓN E IDENTIFICACIÓN DE AGRESORES EN INSTITUCIÓN NACIONAL:

Nivel	Total		Agresor		Potencial agresor		No es agresor	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Normales	5	5.3	0	0.0	1	6.7	4	5.7
Depresión leve	45	47.4	1	10.0	2	13.3	42	60.0
Depresión moderada	25	26.3	3	30.0	10	66.7	12	17.1
Depresión severa	20	21.1	6	60.0	2	13.3	12	17.1
Total:	95	100.0	10	100.0	15	100.0	70	100.0

Vemos que el 60.0% de agresores, presentaron depresión severa. En estudiantes potenciales, el 66.7% moderada.

Tabla 18: NIVELES DE DEPRESIÓN E IDENTIFICACIÓN DE AGRESORES EN INSTITUCIÓN PRIVADA:

Nivel	Total		Agresor		Potencial agresor		No es agresor	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Normales	25	26.3	2	16.7	5	25.0	18	28.6
Depresión leve	30	31.6	5	41.7	3	15.0	22	34.9
Depresión moderada	10	10.5	1	8.3	4	20.0	5	7.9
Depresión severa	30	31.6	4	33.3	8	40.0	18	28.6
Total:	95	100.0	12	100.0	20	100.0	63	100.0

Observamos que el 33.3% de agresores presentaron depresión severa. En estudiantes potenciales, el 25.0% normal y 15% leve.

Tabla 19: NIVELES DE DEPRESIÓN E IDENTIFICACIÓN DE VÍCTIMAS EN INSTITUCIÓN NACIONAL:

Nivel	Total		Víctima		Potencial víctima		No es víctima	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Normales	5	5.3	0	0.0	0	0.0	5	7.5
Depresión leve	45	47.4	0	0.0	10	52.6	35	52.2
Depresión moderada	25	26.3	7	77.8	7	36.8	11	16.4
Depresión severa	20	21.1	2	22.2	2	10.5	16	23.9
Total:	95	100.0	9	100.0	19	100.0	67	100.0

Vemos que el 77.8% de víctimas, presentaron depresión moderada. En estudiantes potenciales, el 52.6% leve.

TABLA 20: NIVELES DE DEPRESIÓN E IDENTIFICACIÓN DE VÍCTIMAS EN INSTITUCIÓN PRIVADA:

Nivel	Total		Víctima		Potencial víctima		No es víctima	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Normales	25	26.3	0	0.0	9	36.0	16	27.6
Depresión leve	30	31.6	1	8.3	9	36.0	20	34.5
Depresión moderada	10	10.5	5	41.7	2	8.0	3	5.2
Depresión severa	30	31.6	6	50.0	5	20.0	19	32.8
Total:	95	100.0	12	100.0	25	100.0	58	100.0

Podemos ver que el 50.0% de víctimas presentaron depresión severa. En estudiantes potenciales, el 36.0% normal.

CAPÍTULO IV
DISCUSIONES Y COMENTARIOS

Tradicionalmente, hablar de situaciones violentas en los contextos escolares se ha interpretado como referirse a las peleas entre los alumnos, robos o el maltrato a las instalaciones. Sin embargo, las situaciones violentas también incluyen fenómenos de acoso o maltrato entre los estudiantes que dan lugar, por decir lo menos, a casos de estudiantes que se rehúsan a ir al colegio sin motivo aparente o que fingen dolencias físicas incluso la presencia de síntomas depresivos como tristeza, ira, irritabilidad que justifiquen ante sus padres la no asistencia antes de confesar que están siendo víctimas de intimidación y adolescentes susceptibles de padecer depresión en edades posteriores de la vida.

En las tablas 1 y 2 encontramos la composición de nuestra muestra. Participaron 190 estudiantes, en su mayoría del sexo masculino en número de 100, y 90 del sexo femenino cuyas edades comprenden desde los 11 hasta los 15 años de edad.

Nuestro estudio presenta la participación en el bullying de aquellos estudiantes cuyo perfil psicosocial corresponde a uno de los siguientes: **Los agresores** (Tabla 3), los encontramos en la institución privada (12.6%) sobre la pública (10.5%), todos ellos participaron en algún momento en situaciones de intimidación o maltrato, en sus diferentes formas, hacia sus compañeros. Según la edad los agresores (Tabla 7) en su mayoría tienen 15 años (70%) y, de acuerdo al sexo (Tabla 8) son los varones (60%) de la institución pública. **Las víctimas** (Tabla 4), aquellos estudiantes que padecen de situaciones de intimidación o maltrato, los encontramos en su mayoría en la institución privada (12.6%) sobre la pública (9.5%). Según la edad las víctimas (Tabla 10) en su mayoría tiene 13 años (50%) y, de acuerdo al sexo (Tabla 11) son los varones (58.3%) de la institución privada. **Los espectadores** (Tabla 5) los encontramos en su mayoría en la institución pública (65.3%), representan a todos aquellos estudiantes que ante cualquier situación de abuso, maltrato o intimidación y siendo testigos presencial de dicho fenómeno, tiene la posibilidad de ser partícipes del mismo – *riesgo a ser agresor/víctima*. Un agresor se presentará por la influencia que otros agresores ejercen sobre ellos, y así lo comentó el Defensor del Pueblo (1999) ⁽²⁸⁾ pues este comportamiento se explicaría luego de que los jóvenes son testigos u observadores de actos de agresión o, como víctima pues se ha demostrado que es el miedo a ser incluido dentro del círculo de victimización y convertirse también en blanco de agresiones lo que impide que el alumnado se sienta que debería hacer algo no lo haga.

En nuestro medio local no contamos, hasta el momento de realizar este trabajo sobre bullying, con resultados con los cuales podamos comparar las cifras de nuestro estudio.

A nivel nacional, Landázuri (2007) ⁽²⁴⁾ encontró que entre los adolescentes de un colegio privado de Lima, el 12.4% eran víctimas, el 13.6% agresores y el 1.2% víctimas/agresores. Encontramos menor frecuencia de víctimas/agresores en nuestro estudio, y similares en víctimas y agresores. El rol de víctima o agresor se asociaba a características particulares de autoestima y habilidades sociales. La baja autoestima social se asociaba y predecía, aunque en una magnitud baja, quiénes serían víctimas; de la misma forma que el alta autoestima escolar, predijo quienes serían los alumnos agresores. En cuanto a las habilidades sociales de los alumnos, se halló asociación entre las habilidades alternativas a la agresión y la poca participación en el acoso ⁽²⁴⁾. Con mucha mayor incidencia de acoso, en una investigación reciente en niños de primaria de Lima Este, Junín, Cusco y Ayacucho, la incidencia del mismo fue de hasta 47%, encontrándose una participación similar en varones y mujeres. En cuanto a los tipos de agresión, la verbal fue la más frecuente (Oliveros, Figueroa, Mayorga, Cano, Quispe, & Barrientos, 2008) ⁽¹⁵⁾. Cabe señalar que existen serias críticas a dicha investigación que señalan que lo que se evaluó fue la violencia escolar, más no el acoso escolar, al ignorarse la frecuencia como característica fundamental para que la agresión sea considerada acoso escolar. Ese sería el motivo de la cifra tan elevada que arroja dicha investigación.

A nivel internacional y entre los alumnos en un plantel escolar de México se encontró que el 20.5% constituyeron el grupo de víctimas, 13.1% el de agresores y 27.4% el de las víctimas-agresores ⁽³⁶⁾. Según datos obtenidos en el estudio Health Behavior in School aged Children (HBSC) durante el curso 2005 – 2006, los porcentajes de ser víctima de acoso escolar difieren entre los distintos países participantes en el estudio, con proporciones entre el 3% y el 33% en los adolescentes de 11 a 15 años ⁽¹⁶⁾. Otro estudio más reciente realizado en 11 países europeos con niños y adolescentes de 8 a 18 años señala que la proporción de los que padecen acoso escolar es del 20,6%, y que concretamente en España esta cifra alcanza el 23,7% ⁽¹⁷⁾. Según una encuesta realizada por el Defensor del Pueblo en el año 2006 ⁽¹⁸⁾ a una muestra de alumnos de secundaria, casi un tercio de ellos era víctima de maltrato verbal, donde un 16% declaraba que le escondían cosas, un 10% afirmaba sufrir exclusión social y un 4% padecer maltrato físico directo.

Comparamos algunas características del bullying en nuestro trabajo, con el realizado por García, et al (2010) ⁽⁴⁹⁾, en el que afirman que existen diversos factores de riesgo asociados con el bullying. Señalan que la variable sexo, edad, tipo de escuela, entre otros, deben ser considerados como factores de riesgo para el bullying. Este estudio transversal tomó una muestra de 2727 estudiantes de 66 centros escolares en Barcelona con edades entre 13 y 18 años. Aquí señala la variable sexo como un factor de riesgo junto con el grado de escolaridad. Además de esto asociaron un incremento de probabilidad de padecer de bullying, se encuentra en aquellos con estado de ánimo negativo y conducta violenta. Aquí, al igual que lo encontrado en nuestro trabajo (tabla 11), identificaron que la frecuencia de ser víctima de acoso era más alta entre los hombres que entre las mujeres y que el estado de ánimo negativo y la conducta violenta se asocian significativamente a una mayor probabilidad de padecer de acoso escolar. (10.7% de prevalencia de acoso escolar en Barcelona) (García, et al 2010) ⁽⁴⁹⁾.

Otra de las investigaciones que asocian ciertos factores que predisponen a bullying (Benítez y Justicia, 2006) ⁽²⁾, y guarda relación también con nuestro estudio, señala que más son los hombres que sufren de bullying que las mujeres (Tablas 8 y 11), y que el riesgo está más asociado a debilidad, rasgos de feminidad, dedicación académica, etc. La edad con mayor riesgo para el bullying es de los 10 a los 14 años (Benítez y Justicia, 2006) ⁽²⁾ y en nuestros resultados es a los 13 años donde encontramos a un mayor índice de víctimas, y a los 15 años los agresores de bullying. (Tablas 7 y 10).

La presencia de *sintomatología depresiva* – depresión severa - (Tabla 6) nos muestra una mayor presencia sobre estudiantes de la institución privada (31.6%) que en la pública (21.1%) pero, es la depresión leve (39.5%) la más frecuente en ambas instituciones. Se encontró además diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la asociación entre niveles de depresión y procedencia de institución educativa lo que habla de la existencia de variables en el ambiente escolar que afectan al desarrollo personal del individuo. El padecimiento de depresión leve en la mayoría de nuestros estudiantes, sea el tipo de participación que tengan en el bullying, se asocia con el medio en el que se desenvuelven y este sea más agresivo y hostil desde el comienzo de la vida, será la causa de una mayor dificultad para desarrollar herramientas del carácter que les permitan enfrentar la depresión. Al respecto un ingreso económico bajo, así como una limitada educación por parte de los padres se relaciona con un mayor nivel de depresión. Por lo tanto los programas de apoyo

familiar se han convertido en una importante forma de prevención primaria. Los estudiantes de las escuelas privadas sienten tener un mayor dominio sobre sus acciones y sobre la dirección que desean tomar. Mientras que los de las escuelas públicas sienten al ambiente demasiado cambiante lo que puede provocar angustia generada por la incertidumbre. Con referencia a lo anterior dicen que la falta de esperanza en el futuro afecta al grado de depresión de los adolescentes. La cifra elevada de depresión severa en nuestra muestra privada, se explicaría por los estudiantes que a lo mejor acostumbraban a tener muy buenas calificaciones y de pronto caen en su promedio, otros simplemente no conviven, y otros más se vuelven agresivos como forma de disfrazar esa depresión. Estos últimos mencionan cosas que tiene que ver con el clima de inseguridad, como haber perdido algún ser querido de manera violenta o porque sus familias fueron víctimas de asaltos o simplemente presenciaron un enfrentamiento, luego nos revelan que sufren violencia al interior de su hogar. Incluso no se alimentan bien y solo van a la escuela por cumplir, es decir, su actitud no demuestra ganas de salir adelante y desarrollarse ⁽⁵¹⁾.

Según lo encontrado en nuestro estudio es hacia los 12 años que aparecen los perfiles de agresores y/o víctimas (Tablas 7 y 10) y con ellos la sintomatología depresiva (Tabla 13); estos resultados concuerdan con los presentados por (Del Barrio, 2000) ^(16, 18) quien refiere que el comienzo de los trastornos depresivos mayores suele producirse entre los 11 y 12 años de edad, aunque el inicio de la sintomatología depresiva menos severa se observa principalmente hacia los 7 y 8 años.

La descripción y comparación entre los perfiles psicosociales y niveles de depresión (Tablas 17 – 22) no guarda relación en cuanto esperábamos encontrar mayor nivel de depresión en aquellos estudiantes donde hubiese mayor presencia de agresores y/o víctimas de acuerdo al tipo de institución. Mayor presencia de depresión severa en agresores (60%) de la institución nacional que en la privada (33.3%), donde fue que encontrábamos más agresores. Mayor presencia de depresión moderada y severa en víctimas (77.8% y 22.2%) de la institución pública que en la privada (41.7 y 50%), donde fue que encontrábamos más víctimas. Concluimos de esta manera que a mayor nivel de depresión más involucrado se encuentra uno en el fenómeno bullying sea como víctima o como agresor.

Ya hemos mencionado que incurrir en acoso escolar es causante de múltiples consecuencias negativas para la salud mental. Así también lo hacen saber Bernstein y Watson (1997 citado por Calvo & Ballester, 2007) ⁽⁴⁸⁾ y explican que el acoso escolar podría causar depresión en las víctimas, pues aseguran que estas llegan a internalizar los comentarios negativos de sus agresores. Eso resulta en constantes autocríticas que no les permite desarrollar su autoestima y facilita el desarrollo de una depresión en el periodo de victimización, e incluso en la adultez. Por su lado, Mora – Merchán (2006) ⁽⁴⁷⁾ explica que, dada la importancia que tiene para los adolescentes escolares las relaciones establecidas con los compañeros, las continuas experiencias negativas de rechazo y maltrato por parte de estos tienen un efecto negativo sobre su desarrollo social y socio cognitivo. El establecimiento de las relaciones con los pares y la construcción de percepción de uno mismo es un proceso bidireccional: las relaciones ayudan a construir la percepción de uno mismo y, a la vez, esa percepción negativa que se construye como consecuencia de los maltratos afecta el éxito de las relaciones interpersonales que se establecen.

En nuestra ciudad el estudio realizado por Cáceres C. Cecilia y Dávila L. Karen ⁽⁵⁰⁾, en un colegio nacional, encontraron con la aplicación del test de Zung que el 64.1% de adolescentes presentan un nivel de depresión leve, el 30% depresión moderada y 5.6%; depresión intensa; si los comparamos con nuestros resultados encontramos depresión leve en el 45% de estudiantes de la institución pública, depresión moderada en el 25% y mayor depresión severa en el 20% del total de nuestra muestra; además concluyen que existe mayor tendencia a desarrollar depresión leve, modera e intensa en los adolescentes que tienen 16 años lo que en nuestro estudio resulto el pico de depresión se da entre los 12 y 14 años. De acuerdo a esto, ambos resultados difieren en más de 10 años de diferencia entre uno y otro, tiempo en el que el fenómeno bullying y la sintomatología depresiva toma mayor auge e importancia desde sus primeras apariciones o conocimiento lo cual se ve marcado en la mayor incidencia de depresión severa y el inicio más temprano de aparición de síntomas depresivos.

En Lima y Callao existe una prevalencia de depresión de 19% en adultos, 14.5% en hombres y 23.3% en mujeres; por sexo se distribuye las estadísticas de la siguiente manera: 0.9% en varones y 1.2% en mujeres (Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” [INSM “HD – HN”], 2002) ⁽⁴¹⁾. Sin embargo, en Lima y Callao, la depresión mayor se reporta en un 8.6% en adolescentes desde los 12 hasta los 17 años, cifra

inferior a la reportada para la adultez. Una posible explicación para ello puede ser que, debido a la intensidad y duración de los síntomas, es posible que éstos pasen desapercibidos, considerándose un estado natural de la persona. Por el contrario, en cuanto a sentimientos estables, la tristeza y la irritabilidad aparecen en un 4.3% y 17% respectivamente (INSM “HD – HN”, 2002) ⁽⁴¹⁾. La presencia de ambos sentimientos son categorizados como síntomas depresivos cuando se presentan de forma estable y caracterizan el estado de ánimo (APA, 2005) ⁽¹⁷⁾.

A nivel internacional nuestros resultados concuerdan con lo que señalan Bernaras-Iturrioz, E., Jauregizar- Albonigamayor, J., Soroa-Udabe, M., Ibabe-Erostarbe, I., De las Cueva-Hevia, C. (2013) ⁽¹¹⁾ en cuanto a las posibles diferencias en función de la edad y el sexo, son varios los estudios que evidencian una mayor prevalencia de síntomas depresivos en niños que en niñas de edades comprendidas entre los 6 y los 12 años. No obstante, a partir de los 12 años la incidencia es mayor en las chicas (en nuestro estudio lo es a los 13 años y en las chicas de la institución pública – Tabla 13 y 14). La adolescencia es esencialmente una época de cambios. Es la etapa que marca el proceso de transformación del niño o niña en adulto, es un período de transición que tiene características peculiares sobre todo en las mujeres, es a partir de esta edad donde los cambios físicos o corporales, psicológicos y sexuales se hacen más evidentes y notorios en las chicas que en los chicos.

En la investigación realizada por Torres (1992) ^(11, 19), el 4,7% de los participantes de entre 8 y 10 años presentaba sintomatología depresiva severa, mientras que en el caso de los escolares de entre 11 y 12 años ese porcentaje se reducía al 2,5% (a mayor edad habría menos sintomatología depresiva y esto concuerda con nuestros resultados pues a los 15 años la depresión severa es del 8%). Si además se atendía al sexo de los participantes, los resultados indicaban que los varones más jóvenes (8-10 años) presentaban niveles más altos de depresión (4,7%) que las niñas (3%) y que los participantes de mayor edad (11-12 años) (2,5%).

Ninguna franja etaria escapa a la depresión; sin embargo, en la infancia y en la adolescencia hay unas notas diferenciales respecto a la depresión en la edad adulta. Las diferencias en la sintomatología depresiva de niños y adultos decrecen a medida que aumenta la edad de los primeros. Esto es lo que explica que por debajo de los 3 ó 4 años la depresión presente una marcada expresión propia. Del Barrio (2000, 229) ⁽¹⁸⁾ indica que las

características de la depresión infantil hay que buscarlas en el hecho mismo de ser niño, esto es, en la inmadurez biológica.

Presentamos la última variable de nuestro estudio – *composición familiar* – la que reforzaría o actuaría como medio de protección contra el bullying y el padecimiento de sintomatología depresiva (Tablas 9 y 12). El 31.8% de agresores y el 38.1% de víctimas viven en un hogar típicamente constituidos (papá, mamá y hermanos), seguidos de aquellos que viven en ausencia o solo con uno de ellos, y una menor cantidad lo hacen con otros familiares. El 40% de estudiantes con depresión severa viven con ambos padres y hermanos, el 36% lo hacen con uno de sus padres y hermanos seguidos por aquellos que viven con ambos padres sin hermanos y aquellos que viven con solo uno de ellos y menos frecuente quienes viven con otros familiares sin sus padres. La convivencia en casa de papá, mamá y hermano/a, podría resultar favorecedor, en cuanto evitan la frustración y la tristeza en ausencia de uno de ellos. Asimismo los estudiantes que señalan vivir con otros familiares, sin sus padres, presentarían mayor sintomatología depresiva, mientras que es menor cuando señalan vivir con ambos padres. En cuanto a la cultura peruana, la unión familiar que la caracteriza es considerada un factor protector (INSM “HD-HN”, 2002) ⁽⁴¹⁾ y es más frecuentemente encontrada que en la cultura de otros países, porque dicha cohesión es parte de la idiosincrasia y la cultura. Ella provee a los niños y adolescentes peruanos de una red de soporte mayor. Por otra parte, en países donde se promueve la independencia las familias tienden a presentar menor preferencia por mantener la unión.

Parece casi evidente que la participación recurrente como ocasional en conductas agresivas tendría relación con la presentación de sintomatología depresiva y, por lo tanto, con una vulnerabilidad hacia el desarrollo de un trastorno afectivo. Los pares cobran una gran importancia y la buena o mala relación con ellos será un importante factor para el desarrollo del adolescente y sus satisfacciones. Con ello en mente y al recordar dos de las características fundamentales sobre el acoso escolar, su recurrencia y estabilidad, se hace evidente que hay una relación entre la presentación de sintomatología depresiva y ser víctima de acoso escolar, pues ser víctima indica que la mala relación con los pares y su rechazo se ha agudizado y perdurará durante un tiempo que puede ser prolongado. Y, como mencionan Menesini, Modena y Tani (2009) ⁽⁴⁸⁾, la estabilidad de la conducta de acoso es un factor clave para la

asociación entre depresión y acoso escolar y al incrementarse el riesgo de padecer depresión se incrementará la sintomatología depresiva presentada.

Finalmente, todos estos resultados muestran una vez más la relación existente en factores favorables o acciones que pueden convertir volubles la etapa de la adolescencia y que los pueden convertir en potenciales acosadores o también en sentirse acosados lo que representa una vez más la inestabilidad de la adolescencia que de la decisión de participar en acciones de acoso tanto personales como grupales; marcando una vez más que las acciones son refrendadas no solo en nuestro estudio sino también en la literatura de la adolescencia, bullying y depresión, y en los estudios anteriormente señalados; cabe resaltar también por ser un país en vías de desarrollo sus acciones son propias de este tipo de sociedad y son pocos aquellos que toman como imagen a otras sociedades del primer mundo, porque si no el acoso, la intimidación y ser acosados llevaría a otras conductas más represivas e irreparables, como el suicidio, como consecuencia de padecer depresión.

CONCLUSIONES

1. Los estudiantes de nuestra muestra presentan un riesgo de haber participado alguna vez de este fenómeno “*Bullying*” como agresores y representan el 10.5% en la institución pública, y el 12.6% en la privada. Las víctimas, 9.5% de la institución pública, y el 12.6% de la institución privada. Los espectadores (agresor/víctima) 65.3% de la institución pública y, 57.9% de la privada.
2. Se encontró diferencias significativas según el riesgo de presentar niveles de depresión entre instituciones. EL riesgo de depresión leve es la más frecuente en ambas (47.4% y 31.6% en la institución pública y privada). Menos frecuente, los estudiantes de nuestra muestra están en riesgo de padecer sintomatología depresiva severa y representan el 31.6% de la institución privada, y 21.1% de la pública.
3. Encontramos el riesgo de presentar intimidación, maltrato o acoso escolar a los 13 y 15 años de edad. En ambas instituciones es el sexo masculino quien tiene mayor incidencia en ser agresores (institución pública) y víctimas (institución privada). Víctimas y agresores en su mayoría conforman hogares típicamente constituidos en ambas instituciones y, menos frecuentes los que viven con otros familiares sin sus padres.
A los 13 años se observa el pico de mayor incidencia en aquellos estudiantes con el riesgo de padecer de sintomatología depresiva y se da en mujeres con predominio de la institución privada sobre la pública. Edad que concuerda con los mayores cambios psicológicos, sexuales y físicos en esta etapa de la vida.
Aquellos que viven en ausencia de uno o solo con uno de sus padres presentan una alta incidencia de sintomatología depresiva, esto hace más vulnerables a los estudiantes a padecer de bullying y/o sintomatología depresiva.
4. En agresores y víctimas se encontró el riesgo de padecer de mayores niveles de sintomatología depresiva en comparación de aquellos que no son ni agresores ni víctimas o lo son potencialmente (espectadores).

Por último, los hallazgos de la presente investigación refuerzan la hipótesis en cuanto a la relación entre la participación en acoso escolar, como víctima o agresor, y el riesgo a padecer depresión, en la medida en la que una mayor participación en el fenómeno se asocia una mayor presentación de sintomatología depresiva.

RECOMENDACIONES

1. Motivar en los alumnos el conocimiento e identificación de las diferentes formas de maltrato, sus consecuencias y factores asociados; así como, a poder reconocer algunos de los síntomas depresivos para su temprana identificación.
2. Trabajar con los adolescentes sobre todo en aquellos que inician la adolescencia para que entiendan mejor lo que tienen y como poder vivir y disfrutarlo.
3. Motivar a los adolescentes y trabajar con ellos para hacerles notar que la etapa que están viviendo los hace susceptibles de ser víctimas de cualquier forma de maltrato y padecer en ocasiones trastornos depresivos.
4. Establecer en las instituciones vigilancia de tutorías para disminuir la participación en conductas de acoso escolar y prevenir la presencia de sintomatología depresiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Olweus, D. (1998). Conductas de acoso y amenaza entre escolares. (2da ed.). España: Ediciones Morata. Disponible en: <http://books.google.com.pe/books?id=S0wSk71uQz0C&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
2. Benítez, J. & Justicia, F. (2006). El maltrato entre iguales: descripción y análisis del fenómeno. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*, 4 (9), 151- 170. Disponible en: http://www.investigacion-psicopedagogica.org/revista/articulos/9/espanol/Art_9_114.pdf
3. Savater, F. (2000). El valor de educar (11er ed.) Bogotá: editorial Ariel. Disponible en: http://www.nuso.org/upload/articulos/2548_1.pdf
4. Avilés Martínez, J. M. (2001). La intimidación y el maltrato en los centros escolares (bullying). En *LanOsasuna*, 2, 13 – 24. Bilbao: STEE – EILAS.
5. Olweus, D. (1993). *Bullying at school: what we know and what we can do*. EEUU: Pp. 140. Oxford UK and Cambridge USA: *Blackwell*, 1993. Disponible en: <http://www.acosomoral.org/pdf/Olweus.pdf>
6. Joffre-Velázquez Víctor Manuel, García-Maldonado Gerardo, Saldívar-González Atenógenes H., Martínez-Perales Gerardo, Lin-Ochoa Dolores, Quintanar-Martínez Sandra et al. Bullying en alumnos de secundaria. Características generales y factores asociados al riesgo. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.* [revista en la Internet]. 2011 Jun [citado 2013 Mar]; 68(3): 193-202. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462011000300004&lng=es
7. Menesini E, Modena M, Tani F. Bullying and victimization in adolescence: concurrent and stable roles and psychological health symptoms. *J GenetPsychol* 2009; 170:115-133. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462011000300004
8. Amemiya I, Oliveros M, Barrientos A. Factores de riesgo de violencia escolar (bullying) severa en colegios privados de tres zonas de la sierra del Perú. *AnFacMed* 2009; 70:255-258. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v70n4/a05v70n4.pdf>

9. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Taller sobre la Violencia de los Adolescentes y las Pandillas (“Maras”) Juveniles. San Salvador, El Salvador; 1997. Disponible en: http://www.uned.es/dpto_pen/delincuencia-juv/documentos/bandas/taller_violencia-adolescentes.pdf
10. Acosoescolar.es. Definiciones de acoso escolar o bullying [Internet]. Madrid: Acosoescolar.es; 2008 [citado el 15 de agosto de 2009] Disponible en: <http://www.acosoescolar.es/wp-content/uploads/2008/01/definiciones.pdf>
11. Bernaras-Iturrioz, E., Jauregizar- Albonigamayor, J., Soroa-Udabe, M., Ibabe-Erostarbe, I., De las Cueva-Hevia, C. Evaluación de la sintomatología depresiva en el contexto escolar y variables asociadas. *Anales de Psicología, Norteamérica*, 29, ene. 2013. Disponible en: <http://revistas.um.es/analesps/article/view/137831>.
12. Screening in early childhood for risk of later mental health problems: a longitudinal study. Jake M. Najman, Michelle A. Heron, Mohammad R. Hayatbakhsh, Kaeleen Dingle, Konrad Jamrozik, William Bor, Michael J. O'Callaghan, Gail M. Williams *J Psychiatry Res.* 2008 July; 42(8): 694–700. Published online 2007 September 19. doi: 10.1016/j.jpsychires.2007.08.002. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17884094>
13. Depression and maltreatment as predictors of social competence and social problem-solving skills in school-age children. A. A. Levendosky, A. Okun, J. G. Parker *Child Abuse Negl.* 1995 October; 19(10): 1183–1195. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8556433>
14. Diagnostic Classification DSM-IV-TR. APA 2005. Mood Disorders. Depressive Disorders: Dysthymic Disorder . Versión digital disponible en: <http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/dsmiv/dsmiv6.html#2>
15. Schaffer, D. & Waslick, B. (2003) *La depresión en niños y adolescentes*. Barcelona: Psiquiatría Editores.
16. Del Barrio, M. (2005) *Trastornos depresivos*. En R. González. *Psicopatología del niño y del adolescente de Madrid*: Pirámide. Marcelli, D. (2007).
17. Asociación Americana de Psicología (2005). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4a edición revisada)*. Barcelona. disponible en: <http://www.psychiatry.org/practice/dsm/dsm-iv-tr>

18. Del Barrio, V. (2000). La depresión infantil. Factores de riesgo y posibles soluciones. Málaga: Aljibe. Anales de psicología, 2013, vol. 29, nº 1 (enero), 131-140
19. Torres, B. (1992). Depresión infantil: estudio epidemiológico en la población guipuzcoana y análisis de la transmisión intergeneracional de la patología depresiva. Bilbao: Servicio Editorial Universidad del País Vasco. Anales de psicología, 2013, vol. 29, nº 1 (enero), 131-140
20. Lewinsohn, P. M. (1974). The behavioral study and treatment of depression. En K.S. Calhoun, H.E. Adams y K.M. Mitchell (Eds.), Innovative treatment methods in psychopathology. New York: Wiley.
21. Estado de la salud en el mundo: nuevo estudio sobre la carga mundial de morbilidad. OMS 27 de octubre de 2008 - Geneva - <http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2008/np11/es/index.html>
22. Cabezas, H. & Monge, I. (2007). Maltrato entre iguales en la escuela costarricense. Revista Educación 31(1), 135-144 ISSN: 0379-7082, 2007. Disponible en: <http://www.latindex.ucr.ac.cr/edu31-1/edu-31-1-08.pdf>
23. Fernández García, I. et alt. (1996). Manifestaciones de la violencia en la escuela: el clima escolar. En educadores, revista de renovación pedagógica, 180, 35 – 54. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/35214846/La-intimidacion-y-maltrato-en-los-centros-escolares>
24. Landázuri, V. (2007). Asociación entre el rol de agresor y el rol de víctima de intimidación escolar, con la autoestima y las habilidades sociales de adolescentes de un colegio particular mixto de Lima. Revista de Psicología Herediana, 2 (2), 71-80.
25. Chau, E. (2003). Agresión reactiva, agresión instrumental y el ciclo de la violencia. Revista de estudios sociales, Bogotá. 15, 47 – 55.
26. Claudia Toro V. El temible ‘Ciberbullying’, otro tipo de acoso en línea. La república. Jueves, 07 de junio de 2012. Disponible en: <http://www.larepublica.pe/07-06-2012/el-temible-ciberbullying-otro-tipo-de-acoso-en-linea>
27. Ortega, R. (1994). Violencia interpersonal en los centros de enseñanza secundaria. Un estudio sobre el maltrato e intimidación entre compañeros. En revista de Educación, 304, 253 – 280. Zaragoza, España. Disponible en <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd51/escolares.pdf>

28. Defensor del pueblo (1999). Informe del defensor del pueblo sobre violencia escolar. Madrid. España. Disponible en: http://www.madrid.org/dat_norte/WEBDATMARCOS/supe/convivencia/ViolenciaEscolar2006.pdf
29. Monbusho (1994). The present situation of issues concerning student tutelage and measures by the Ministry of Education. Tokyo: Ministry of education
30. Oliveros, M. & Barrientos, A. (2007) Incidencia y factores de riesgo de la intimidación (bullying) en un colegio particular de Lima-Perú, 2007. Revista peruana de pediatría. septiembre/ diciembre, 60 (3)
31. Oliveros, M., Figueroa, L., Mayorga, G., Cano, B., Quispe, Y. & Barrientos, A. (2008) Violencia escolar (bullying) en colegios estatales de primaria en el Perú. Revista peruana de pediatría, octubre, 61 (4).
32. Currie C, NicGabhainn S, Godeau E, et al. Inequalities in young people's health. Health behavior in school-aged children: international report from the 2005– 2006 survey. Edinburgh; 2008. Health Policy for Children and Adolescents, No. 5.
33. Analitis F, Velderman MK, Ravens-Sieberer U, et al. Being bullied: associated factors in children and adolescents 8 to 18 years old in 11 European countries. Pediatrics. 2009; 123: 569 – 777.
34. Defensor del pueblo (1999 - 2006). Violencia escolar: el maltrato entre iguales en la educación secundaria obligatoria. Factores relacionados con el acoso escolar (bullying) en los adolescentes de Barcelona. Informes, estudios y documentos. Madrid; 2007. Disponible en: <http://www.oei.es/oeivirt/Informeviolencia.pdf>
35. Trautmann A. Maltrato entre pares o “bullying”. Una visión actual. RevChilPediatr 2008; 79:13-20. Disponible en: <http://revistas.concytec.gob.pe/pdf/rpp/v61n4/a04v61n4.pdf>
36. Joffre-Velázquez Víctor Manuel, García-Maldonado Gerardo, Saldívar-González Atenógenes H., Martínez-Perales Gerardo, Lin-Ochoa Dolores, Quintanar-Martínez Sandra et al. Bullying en alumnos de secundaria. Características generales y factores asociados al riesgo. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. [revista en la Internet]. 2011 Jun [citado 2013 Mar]; 68(3): 193-202. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462011000300004&lng=es.

37. López Soler, C., Alcántara, M., Fernández, V., Castro, M., López Pina, J. Características y prevalencia de los problemas de ansiedad, depresión y quejas somáticas en una muestra clínica infantil de 8 a 12 años, mediante el CBCL (Child Behavior Checklist). *Anales de Psicología* 26, 325-334. Norteamérica, 26, jul. 2010. Disponible en: <<http://revistas.um.es/analesps/article/view/109301>>
38. Suhrcke, M. y de Paz Nieves, C. (2011). The impact of health and health behaviours on educational outcomes in high-incomes countries: a review of the evidence. Copenhagen: WHO regional Office for Europe.
39. Brendgen, M., Vitaro, F., Turgeon, L. y Poulin, F. (2002). Assessing aggressive and depressed children's social relations with classmates and friends: A matter of perspective. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 609-624.
40. Lewinsohn, P. M. (1974). The behavioral study and treatment of depression. En K.S. Calhoun, H.E. Adams y K.M. Mitchell (Eds.), *Innovative treatment methods in psychopathology*. New York: Wiley.
41. Estudios Epidemiológicos en Salud Mental (EESM) realizados en el Perú desde el año 2002 por el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" (INSM "HD-HN"). *Anales de Salud Mental 2002 / Volumen XVIII. Año 2002* Números 1 y 2 ISSN – 1023-389X. disponible en: <http://es.scribd.com/doc/21238791/EESMLC-2002>
42. Mora – Merchán, J. (2000). El fenómeno bullying en las escuelas de Sevilla. Memoria para optar al Título de Doctor en Psicología, Departamento de Psicología Evolutiva de la Educación, Universidad de Sevilla, Sevilla, España. Disponible en: <http://fondosdigitales.us.es/tesis/tesis/575/el-fenomeno-bullying-en-las-escuelas-de-sevilla/>
43. Del Barrio, M. & Carrasco, M. (2004). *Inventario de depresión infantil. Adaptación española*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Disponible en: <http://www.buenastareas.com/materias/inventario-de-depresion-infantil/0>
44. Raffo, L. (1991). Depresión y auto concepto en niños institucionalizados y no institucionalizados. Tesis para optar por el Título de Licenciado en Psicología con mención Clínica, Facultad de Letras y Ciencias Humanas, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú. Disponible en:

- http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/411/vasquez_contreras_carlos_alexitimia_escolares.pdf?sequence=1
45. Reátegui, L. (1994). La depresión infantil: estandarización del "inventario de depresión para niños (CDI). Memoria para optar por el Título de Licenciada en Psicología Clínica, Facultad de Psicología, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú. Disponible en: http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/409/ramirez_barrantes_renato_adaptacion_inventario_depresion.pdf?sequence=1
 46. Ramírez, R. (2009). Adaptación del inventario de depresión infantil de Kovacs. Tesis para optar por el Título de Licenciado en Psicología Clínica, Facultad de Letras y Ciencias Humanas, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú. Disponible en: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/409?show=full>
 47. Mora-Merchán, J. (2006). Las estrategias de afrontamiento, ¿mediadoras de los efectos de largo plazo de las víctimas de bullying? *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 2, 15-26.
 48. Menesini, E., Modena, M. & Tani, F. (2009). Bullying and Victimization in Adolescence: Concurrent and Stable Roles and Psychological Health Symptoms. *The Journal of Genetic Psychology*, 170(2), 115–133.
 49. García, X, Pérez, A. y Nebot, N. (2010). Factores relacionados con el acoso escolar (bullying) en los adolescentes de Barcelona. *Gaceta Sanitaria*, 24(2), 103-108. Disponible en: http://intellectum.unisabana.edu.co:8080/jspui/bitstream/10818/3462/1/Clara%20natalia%20Castillo%20monroy_152713.pdf
 50. Cáceres C. Cecilia y Dávila L. Karen (2002) “Depresión y rendimiento escolar en adolescentes del colegio Romeo Luna Victoria cerro colorado Arequipa 2002”. Tesis para optar título de enfermera, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de San Agustín. Arequipa 2002.
 51. MOAD, Cecilia. Depresión en Adolescentes de Escuelas Públicas y Privadas. *Psicología Iberoamericana* [en línea] 2007, vol. 15 [citado 2013-03-14]. Disponible en Internet: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=133915928002>. ISSN 1405-0943.

ANEXO A

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Soy estudiante de la Universidad Nacional de San Agustín y estoy realizando una investigación acerca de las conductas de los alumnos en el aula, la que me permitirá conocer sus características y la asociación que tiene con algunos sentimientos como la tristeza y la cólera. Deseo contar con tu ayuda para lograr esta investigación, para lo que te pedimos firmes este documento donde se indica y luego respondas con sinceridad los cuestionarios que te serán entregados.

Tus respuestas serán totalmente confidenciales, no necesitas poner tu nombre y los resultados no se compartirán con el colegio dando nombres ni formas para que puedan identificarte. Además, los resultados no serán utilizados para ningún propósito a excepción de esta investigación.

Si es que durante la resolución de los cuestionarios tuvieras alguna duda, por favor levanta la mano y hazla saber para poder resolverlas lo más pronto posible.

Atentamente:

José Alexis Talavera Huamaní

En función a lo leído ¿deseas participar en esta investigación?

SI _____ **NO** _____

En caso de aceptar, recuerda contestar TODAS las preguntas

Muchas gracias por tu colaboración.

ANEXO - B

CUESTIONARIO SOBRE INTIMIDACIÓN Y MALTRATO ENTRE IGUALES

(SECUNDARIA)

ORTEGA, R., MORA – MERCHÁN, J. A. y MORA, J.

NOMBRE DEL CENTRO: _____ **EDAD:** _____

GRADO Y SECCIÓN: _____ **SEXO:** _____

Contesta todas las preguntas con la verdad, no hay respuestas buenas, ni malas.

Si te surge alguna pregunta mientras rellenas el cuestionario levanta la mano y te responderemos.

1. ¿Con quién vives?

- a) Con mi papá y mamá
- b) Con mi papá y mamá y hermano(s)
- c) Con mi papá y mamá, hermano(s) y abuelo(s)
- d) Con mi papá y mamá, hermano(s) y otros familiares (abuelos, tíos, primos)
- e) Solo con uno de mis padres... *Escribe si es mamá o papá*

- f) Con uno de mis padres y hermano(s)
- g) Con uno de mis padres, hermanos y abuelo(a)
- h) Con una de mis padres, su pareja o esposo(a) y otros familiares (hermanos, tíos, abuelos)
- i) Con otros familiares, sin mis padres
- j) Otros _____

2. ¿Cuántos hermanos tienes? (sin contarte a tí).

- a) No tengo hermanos
- b) 1.
- c) 2.

d) 3 o más. *Escribe el número* (.....)

3. ¿Cómo te encuentras en casa?

- a) Bien.
- b) Ni bien ni mal.
- c) Mal

4. Señala cuáles de estas situaciones suceden generalmente en tu casa (*puedes elegir más de una respuesta*).

- a) Comunicación y respeto entre todos los miembros de mi familia
- b) Paseos y/o reuniones familiares
- c) Muy poca comunicación y/o indiferencia entre los miembros de mi familia
- d) Discusiones
- e) Peleas, gritos (algunos se pegan).
- f) Otros _____

5. ¿Cómo te llevas con la mayoría de compañeros y compañeras?

- a) Bien.
- b) Ni bien ni mal.
- c) Mal

6. ¿Cuántos verdaderos amigos(as) tienes en tu grado?

- a) Ninguno.
- b) 1.
- c) Entre 2 y 5.
- d) 6 o más.

7. ¿Cuántas veces te has sentido solo o sola en el recreo porque tus amigos no han querido estar contigo?

- a) Nunca.
- b) Pocas veces.
- c) Muchas veces.

8. ¿Cómo te tratan tus profesores?

- a) Bien.
- b) Ni bien ni mal.
- c) Mal

9. ¿Cómo te va en el colegio?

- a) Bien.
- b) Ni bien ni mal.
- c) Mal

10. ¿Has sido intimidado o maltratado por alguno(s) de tus compañeros o compañeras?

- a) Nunca.
- b) Pocas veces.
- c) Muchas veces.

11. Si tus compañeros te han intimidado en alguna ocasión ¿Desde cuándo se producen estas situaciones?

- a) Nadie me ha intimidado nunca.
- b) Desde hace una semana.

- c) Desde hace un mes.
- d) Desde principios del año.
- e) Desde siempre.
- f) Ya no me intimidan

12. ¿Hay alguien más fuera del colegio que te intimide con frecuencia?

- a) No.
- b) Sí (*si quieres dinos quién*)

13. Si te han intimidado en alguna ocasión ¿por qué crees que lo hicieron? (puedes elegir más de una respuesta)

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

14. ¿En qué aula están los chicos y chicas que suelen intimidar a sus compañeros? (puedes elegir más de una respuesta)

- a) No lo sé.
- b) En la misma clase.
- c) En el mismo grado, pero en otra clase.
- d) En un grado superior.
- e) En un grado inferior.

15. ¿Quiénes son los compañeros(as) que frecuentemente intimidan a los demás?

- a) No lo sé.
- b) Un chico.
- c) Un grupo de chicos.
- d) Una chica.
- e) Un grupo de chicas.
- f) Un grupo de chicos y chicas.

16. ¿En qué lugares se suelen producir estas situaciones de intimidación o maltrato? (puedes elegir más de una respuesta).

- a) No lo sé.
- b) En el aula.
- c) En el patio.
- d) En el baño.
- e) En la calle, en las fiestas
- f) En todas partes
- g) Otros _____

17. ¿Quién suele parar las situaciones de intimidación?

- a) Nadie.
- b) Algún profesor.
- c) Algún compañero.

18. Si alguien te intimida ¿Hablas con alguien de lo que te sucede? (puedes elegir más de una respuesta).

- a) Nadie me intimida.
- b) No hablo con nadie.
- c) Con los profesores.
- d) Con mi familia.
- e) Con compañeros.
- f) Con mi mejor amigo(a)

19. ¿Serías capaz de intimidar a alguno de tus compañeros en alguna ocasión?

- a) Nunca.
- b) No lo sé.
- c) Sí, si me provocan.
- d) Sí, si mis amigos lo hacen.
- e) Sí, por jugar, por hacer una broma
- f) Otras razones _____

20. Si has intimidado a algunos de tus compañeros ¿Te ha dicho alguien algo al respecto? (puedes elegir más de una respuesta).

- a) No he intimidado a nadie.
- b) Nadie me ha dicho nada.

- c) Si, a mis profesores les ha parecido mal.
- d) Si, a mi familia le ha parecido mal.
- e) Si, a mis compañeros les ha parecido mal.
- f) Si, mis profesores me dijeron que estaba bien.
- g) Sí, mi familia me dijo que estaba bien.
- h) Si, mis compañeros me dijeron que estaba bien.

21. Si has participado en situaciones de intimidación hacia tus compañeros ¿Por qué los hiciste? (puedes elegir más de una respuesta).

- a) No he intimidado a nadie.
- b) No lo sé.
- c) Porque me provocaron.
- d) Porque son distintos en algo (raza, procedencia, economía familiar).
- e) Porque son más débiles.
- f) Por molestar.
- g) Por hacer una broma.
- h) Porque todos lo hacen
- i) Otros _____

22. ¿Cuáles son a tu parecer las DOS formas más frecuentes de intimidación o maltrato entre compañeros? (Marca solo dos opciones)

- a) Insultos.
- b) Poner apodos o dejar en ridículo, burlas.
- c) Hacer daño físico (pegar, dar patadas, empujar).
- d) Robo.
- e) Amenazas.
- f) Rechazo, aislamiento, no juntarse.
- g) Otros _____

23. ¿Con qué frecuencia se dan intimidaciones en tu colegio?

- a) Nunca.
- b) Pocas veces.
- c) Muchas veces.

24. ¿Cuántas veces TÚ has participado en intimidaciones a tus compañeros?

- a) Nunca.
- b) Pocas veces.
- c) Muchas veces.

25. ¿Qué piensas de los chicos y chicas que intimidan a otros compañeros?

- a) Nada, paso del tema.
- b) Me parece mal.
- c) Es normal que pase entre compañeros.
- d) Hacen bien, tendrán sus motivos.
- e) Otros _____

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

- a) No lo sé.
- b) Porque se meten con ellos.
- c) Porque son más fuertes.
- d) Por hacer una broma.
- e) Porque al que intimidan no reacciona, no hace nada.
- f) Por molestar
- g) Para ser más populares
- h) Por seguir al grupo
- i) Otras razones

27. ¿Qué sueles hacer cuando un compañero intimida a otro?

- a) Nada, no les hago caso, sigo con mis cosas
- b) Nada, aunque creo que debería hacer algo.
- c) Aviso a alguien que pueda parar la situación.
- d) Intento cortar la situación personalmente.

28. ¿Crees que habría que solucionar este problema?

- a) No sé.
- b) No.

- c) Sí.
- d) No se puede solucionar.

29. ¿Qué tendría que suceder para que se arreglase?

- a) No se puede arreglar.
- b) No sé.
- c) Que se haga algo. Explica a continuación que pueden hacer:

Los profesores

.....
.....
.....

Las familias

.....
.....
.....

Los compañeros

.....
.....
.....

30. si tienes algo que añadir sobre el tema que no te hayamos preguntado, puedes escribirlo a continuación

.....
.....
.....

Si quieres escribir tu nombre, éste es el momento de hacerlo.

NOMBRE:.....
.....

ANEXO - C

INVENTARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL

(C.D.I.)

Los chicos y chicas como tú tienen diferentes sentimientos e ideas que se recogen en este cuestionario. De cada grupo, señala una frase que sea **la que mejor describa** cómo te has sentido durante las **dos últimas semanas**. Una vez que termines con un grupo de frases, pasa a la siguiente.

Pon una equis (x) en el círculo que hay junto a tu respuesta.

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> De vez en cuando estoy triste. | <input type="radio"/> A veces pienso que me puedan pasar cosas malas. |
| <input type="radio"/> Muchas veces estoy triste. | <input type="radio"/> Me preocupa que pasen cosas malas. |
| <input type="radio"/> Siempre estoy triste. | <input type="radio"/> Estoy seguro de que me pasarán cosas muy malas. |
| 2. | 7. |
| <input type="radio"/> Nunca me va a salir nada bien. | <input type="radio"/> Me odio. |
| <input type="radio"/> No estoy muy seguro de si las cosas me van a salir bien. | <input type="radio"/> No me gusta como soy. |
| <input type="radio"/> Las cosas me van a salir bien. | <input type="radio"/> Me gusta como soy. |
| 3. | 8. |
| <input type="radio"/> La mayoría de las cosas las hago bien. | <input type="radio"/> Todas las cosas malas son por mi culpa. |
| <input type="radio"/> Muchas cosas las hago mal. | <input type="radio"/> Muchas cosas malas son por mi culpa. |
| <input type="radio"/> Todo lo hago mal. | <input type="radio"/> Generalmente no tengo la culpa de que pasen cosas malas. |
| 4. | 9. |
| <input type="radio"/> Muchas cosas me divierten. | <input type="radio"/> No pienso en matarme. |
| <input type="radio"/> Algunas cosas me divierten. | <input type="radio"/> Pienso en matarme pero no lo haría. |
| <input type="radio"/> Nada me divierte. | <input type="radio"/> Quiero matarme. |
| 5. | 10. |
| <input type="radio"/> Siempre soy malo o mala. | <input type="radio"/> Todos los días tengo ganas de llorar. |
| <input type="radio"/> Muchas veces soy malo o mala. | <input type="radio"/> Muchos días tengo ganas de llorar. |
| <input type="radio"/> Algunas veces soy malo o mala. | <input type="radio"/> De vez en cuando tengo ganas de llorar |
| 6. | 11. |

- Siempre me preocupan las cosas.
 Muchas veces me preocupan las cosas.
 De vez en cuando me preocupan las cosas.
- 12.
- Me gusta estar con la gente.
 Muchas veces no me gusta estar con la gente.
 Nunca me gusta estar con la gente.
- 13.
- No puedo decidirme.
 Me cuesta decidirme.
 Me decido fácilmente.
- 14.
- Soy simpático o simpática.
 Hay algunas cosas de mi apariencia que no me gustan.
 Soy feo o fea.
- 15.
- Siempre me cuesta hacer las tareas.
 Muchas veces me cuesta hacer las tareas.
 No me cuesta hacer las tareas.
- 16.
- Todas las noches me cuesta dormir.
 Muchas veces me cuesta dormir.
 Duermo muy bien.
- 17.
- De vez en cuando estoy cansado o cansada.
- Muchos días estoy cansado o cansada.
 Siempre estoy cansado o cansada.
- 18.
- La mayoría de los días no tengo ganas de comer.
 Muchos días no tengo ganas de comer.
 Como muy bien.
- 19.
- No me preocupan el dolor ni la enfermedad.
 Muchas veces me preocupan el dolor y la enfermedad.
 Siempre me preocupan el dolor y la enfermedad.
- 20.
- Nunca me siento solo o sola
 Muchas veces me siento solo o sola
 Siempre me siento solo o sola.
- 21.
- Nunca me divierto en el colegio.
 Sólo a veces me divierto en el colegio.
 Muchas veces me divierto en el colegio.
- 22.
- Tengo muchos amigos.
 Tengo algunos amigos, pero me gustaría tener más.
 No tengo amigos.
- 23.

- Mi trabajo en el colegio es bueno.
- Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes.
- Llevo muy mal los cursos que antes llevaba muy bien.

24.

- Nunca podré ser tan bueno como otros niños.
- Si quiero, puedo ser tan bueno como otros niños.
- Soy tan bueno como otros niños.

25.

- Nadie me quiere.

- No estoy seguro de que alguien me quiera.
- Estoy seguro de que alguien me quiere.

26.

- Generalmente hago lo que me dicen.
- Muchas veces no hago lo que me dicen
- Nunca hago lo que me dicen.

27.

- Me llevo bien con la gente.
- Muchas veces me peleo.
- Siempre me peleo.