



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:**

“ÍNDICE GLOBAL E INTENSIDAD DE ACOSO ESCOLAR Y SU INFLUENCIA EN EL NIVEL DE GRAVEDAD DE DAÑOS CLÍNICOS EN LOS ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE 8<sup>VO</sup> AÑO DE LA “UNIDAD EDUCATIVA JUAN MONTALVO””

Requisito previo para optar por el Título de Psicóloga Clínica.

**Autora:** Navarro Otavalo, María Fernanda

**Tutor:** Ps. Cl. Guzmán Hallo, Byron Miguel

Ambato- Ecuador

Febrero, 2015

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema: “ÍNDICE GLOBAL E INTENSIDAD DE ACOSO ESCOLAR Y SU INFLUENCIA EN EL NIVEL DE GRAVEDAD DE DAÑOS CLÍNICOS EN LOS ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE 8<sup>VO</sup> AÑO DE LA “UNIDAD EDUCATIVA JUAN MONTALVO”” de María Fernanda Navarro Otavalo, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad.

Ambato, Noviembre del 2014

EL TUTOR

.....

Ps. Cl. Guzmán Hallo, Byron Miguel

## **AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO**

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación:

“ÍNDICE GLOBAL E INTENSIDAD DE ACOSO ESCOLAR Y SU INFLUENCIA EN EL NIVEL DE GRAVEDAD DE DAÑOS CLÍNICOS EN LOS ADOLESCENTES VICTIMAS DE 8VO AÑO DE LA “UNIDAD EDUCATIVA JUAN MONTALVO””, como también los contenidos, ideas, análisis conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Noviembre del 2014

LA AUTORA

.....

Navarro Otavalo, María Fernanda

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi tesis con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de la regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando Mis derechos de autora.

Ambato, Noviembre del 2014

## **LA AUTORA**

.....

Navarro Otavalo, María Fernanda

## **APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR**

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de investigación, sobre el tema: “ÍNDICE GLOBAL E INTENSIDAD DE ACOSO ESCOLAR Y SU INFLUENCIA EN EL NIVEL DE GRAVEDAD DE DAÑOS CLÍNICOS EN LOS ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE 8<sup>VO</sup> AÑO DE LA “UNIDAD EDUCATIVA JUAN MONTALVO””, de María Fernanda Navarro Otavalo, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, Febrero del 2015

Para constancia firma

---

Presidente

---

1er vocal

---

2do vocal

**DEDICATORIA**

El presente trabajo de investigación se lo quiero dedicar a las dos personas más importantes de vida, quienes han hecho posible que hoy yo sea lo que soy, y han logrado forjar en mí una persona de bien, con deseos de trabajar en pro de la sociedad; se lo dedico a mis padres Eva Marilú Otavalo Larrea y Eduardo Segundo Navarro Plazas; además se lo dedico al estudiantado, maestros y al público lector que sepa hacer buen uso de éste informe, puesto espero que a partir de ésta iniciativa se siga investigando sobre la temática y ahondando cada vez más sobre la problemática social del acoso escolar, para de ésta manera generar conocimiento científico con la finalidad de conocer y buscar soluciones a los problemas de la sociedad actual.

## **AGRADECIMIENTO**

En primera instancia me permito agradecer a Dios y a la vida por brindarme las oportunidades para llegar a estar en éste lugar, culminando mi Carrera profesional, por otra parte un afectuoso agradecimiento a mis padres quienes me han brindado un apoyo y amor incondicional para la realización de éste trabajo de grado, han estado ahí siendo mis pilares fundamentales, colaborándome en el aspecto económico y moral; así mismo a mi hermano y abuelitos quienes jamás dejaron de confiar en mí y creyeron siempre en mis metas y objetivos; además mediante el presente escrito quiero agradecer a cada uno de mis maestros que han cursado por mi vida a lo largo de mi carrera, ellos con sus enseñanzas, han logrado llenar mi mente de conocimiento y dudas que me motivaron a cada vez investigar, aprender, actualizar mi conocimiento más y más, sobre todo a confiar en mi capacidad y habilidades, hoy sé que mis maestros han creado una profesional deseosa de trabajar en pro de la sociedad.

## ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

PORTADA.....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR .....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO .....	iii
DERECHOS DE AUTOR .....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	iv
DEDICATORIA .....	v
AGRADECIMIENTO .....	vii
ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS .....	viii
ÍNDICE DE CUADROS.....	xiii
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	xv
RESUMEN .....	xvi
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO I .....	2
EL PROBLEMA.....	2
1.1 TEMA .....	2
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	2
1.2.1 CONTEXTUALIZACIÓN .....	2
1.2.2 ANÁLISIS CRÍTICO .....	5
1.2.3 PROGNOSIS .....	7
1.2.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	7
1.2.5 PREGUNTAS DIRECTRICES .....	8

1.2.6 DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE INVESTIGACIÓN .....	8
1.3 JUSTIFICACIÓN .....	8
1.4 OBJETIVOS .....	9
1.4.1 OBJETIVO GENERAL.....	9
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	9
CAPÍTULO II.....	11
MARCO TEÓRICO.....	11
2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS .....	11
2.2 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA.....	15
2.3 FUNDAMENTACIÓN LEGAL.....	15
2.5 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA .....	21
2.5 HIPÓTESIS.....	34
2.6 SEÑALAMIENTO DE VARIABLES .....	34
CAPÍTULO III.....	36
MARCO METODOLÓGICO.....	36
3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN .....	36
3.2 MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN .....	36
3.3 TIPO DE INVESTIGACIÓN .....	37
3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	37
3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....	38
Variable independiente: .....	38
Variable dependiente: .....	40
3.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	42

3.7	PLAN DE PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN.....	43
	CAPÍTULO IV.....	45
	ANÁLISIS DE DATOS.....	45
4.1	RESULTADOS DE LAS VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS .....	45
4.2	RESULTADOS EN LA EVALUACIÓN DEL ACOSO Y VIOLENCIA ESCOLAR. DESCRIPTORES Y ANÁLISIS DE CONSISTENCIA INTERNA.....	46
4.2.1	ANÁLISIS DE CONSISTENCIA INTERNA DE LA ESCALA DE ACOSO Y VIOLENCIA ESCOLAR (AVE).....	50
4.3	ANÁLISIS DE LA MUESTRA SEGÚN LAS CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS OBTENIDAS A TRAVÉS DEL AVE .....	52
4.4	COMPROBACIÓN DE SUPUESTOS ESTADÍSTICOS Y ANÁLISIS COMPARATIVO DEL ACOSO ESCOLAR, DISTRIBUIDO POR PARALELOS.....	56
4.4.1	ANÁLISIS DE SUPUESTOS ESTADÍSTICOS .....	56
4.4.2	DIFERENCIAS DEL ACOSO ESCOLAR EN LOS PARTICIPANTES DISTRIBUIDOS POR PARALELOS.....	58
4.5	CORRELACIONES BI-VARIADAS Y ANÁLISIS DE REGRESIÓN ENTRE LOS INDICADORES DEL ÍNDICE DE ACOSO ESCOLAR.....	61
4.5.1	ANÁLISIS DE CORRELACIÓN ENTRE EL ÍNDICE DE ACOSO Y LA INTENSIDAD DE ACOSO.....	63
4.6	RESULTADOS EN LA EVALUACIÓN DEL NIVEL DE GRAVEDAD DE DAÑOS CLÍNICOS. DESCRIPTORES Y ANÁLISIS DE CONSISTENCIA INTERNA .....	64
4.6.1	ANÁLISIS DE CONSISTENCIA INTERNA DE LA ESCALA DEL NIVEL DE GRAVEDAD DE DAÑOS CLÍNICOS.....	68

4.7 ANÁLISIS DE LA MUESTRA DE CADA UNO DE LOS INDICADORES SEGÚN LAS CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS OBTENIDAS A TRAVÉS DEL AVE.....	69
4.7.1 DIFERENCIAS DEL DAÑO CLÍNICO EN LA NUESTRA DISTRIBUIDAS POR PARALELOS .....	82
4.8 CORRELACIONES BI-VARIADAS ENTRE LOS INDICADORES DEL NIVEL DE GRAVEDAD DEL DAÑO CLÍNICO.....	84
4.9 ANÁLISIS DE CORRELACIÓN ENTRE EL ACOSO ESCOLAR Y EL DAÑO CLÍNICO .....	86
VERIFICACIÓN DE LA HIPÓTESIS.....	90
CAPÍTULO V.....	91
5.1 CONCLUSIONES .....	91
5.2 RECOMENDACIONES:.....	92
CAPÍTULO VI.....	94
PROPUESTA.....	94
6.1 DATOS INFORMATIVOS.....	94
6.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA.....	94
6.3 JUSTIFICACIÓN .....	96
6.4 OBJETIVOS .....	96
6.4.1 OBJETIVO GENERAL.....	96
6.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	96
6.5 FUNDAMENTACIÓN.....	96
6.6 METODOLOGÍA. PLAN DE ACCIÓN .....	103
6.7 ADMINISTRACIÓN.....	110

6.8 PREVISIÓN DE LA EVALUACIÓN.....	111
REFEENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	112
BIBLIOGRAFÍA .....	112
ANEXOS .....	115

## ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 3.01. Descripción de indicadores básicos en torno al Acoso Escolar .....	38
Cuadro 3.02. Descripción de indicadores básicos en torno a Daños clínicos.....	40
Cuadro 4.01. Análisis sociodemográfico de la muestra evaluada .....	45
Cuadro 4.02. Análisis descriptivo de los resultados de la Escala de Acoso Escolar .....	46
Cuadro 4.03. Análisis de Consistencia interna del AVE .....	51
Cuadro 4.04. Distribución por categorías diagnósticas en el Índice Global de Acoso.....	52
Cuadro 4.05. Distribución por categorías diagnósticas en la Intensidad del Acoso del AVE.....	54
Cuadro 4.06. Diferencias del acoso escolar por paralelos .....	58
Cuadro 4.07. Correlaciones bi-variadas entre los indicadores del Índice de Acoso Escolar con el resultado global de la escala .....	61
Cuadro 4.08. Correlaciones bi-variadas entre el Acoso Escolar y el Daño clínico .....	63
Cuadro 4.09. Análisis descriptivo de los resultados del nivel de gravedad de daños clínicos .....	65
Cuadro 4.10. Análisis de Consistencia interna de la Escala de Nivel de Gravedad de Daños Clínicos .....	68
Cuadro 4.11. Distribución por categorías diagnósticas en referencia a la Ansiedad.....	70
Cuadro 4.12. Distribución por categorías diagnósticas en referencia al estrés.....	72
Cuadro 4.13. Distribución por categorías diagnósticas en referencia a la Distimia .....	73
Cuadro 4.14. Distribución por categorías diagnósticas en referencia al Autoestima .....	75
Cuadro 4.15. Distribución por categorías diagnósticas en referencia a los flashbacks .....	76
Cuadro 4.16. Distribución por categorías diagnósticas en referencia a la somatización.....	78
Cuadro 4.17. Distribución por categorías diagnósticas en referencia a la autoimagen .....	79
Cuadro 4.18. Distribución por categorías diagnósticas en referencia a la autodesprecio.....	80

Cuadro 4.19. Diferencias del acoso escolar por paralelos .....	82
Cuadro 4.20 Correlaciones bi-variadas de los indicadores del nivel del gravedad del daño clínico .....	85
Cuadro 4.21 Correlaciones independientes entre el Acoso Escolar y el Daño clínico .....	88
Cuadro 6.01. Principales antecedentes filosóficos de la terapia cognitiva .....	97
Cuadro 6.02. Tipos Principales de esquemas.....	98
Cuadro 6.03. Plan de ejecución de tratamiento.....	103
Cuadro 6.04. Plan de actividades por fechas .....	110
Cuadro 6.05. Evaluación de la Propuesta .....	111

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 2.01. ....	20
Gráfico 4.01. ....	50
Gráfico 4.02. ....	53
Gráfico 4.03. ....	55
Gráfico 4.04. ....	60
Gráfico 4.05. ....	62
Gráfico 4.06. ....	64
Gráfico 4.07. ....	67
Gráfico 4.08. ....	71
Gráfico 4.09. ....	72
Gráfico 4.10. ....	74
Gráfico 4.11. ....	76
Gráfico 4.12. ....	77
Gráfico 4.13. ....	79
Gráfico 4.14. ....	80
Gráfico 4.15. ....	81
Gráfico 4.16. ....	84
Gráfico 4.17. ....	86
Gráfico 4.18. ....	87
Gráfico 4.19. ....	88
Gráfico 4.20. ....	89

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**“ÍNDICE GLOBAL E INTENSIDAD DE ACOSO ESCOLAR Y SU INFLUENCIA EN EL NIVEL DE GRAVEDAD DE DAÑOS CLÍNICOS EN LOS ADOLESCENTES VICTIMAS DE 8<sup>vo</sup> AÑO DE LA “UNIDAD EDUCATIVA JUAN MONTALVO”**

- **Autora:** Navarro Otavalo, María Fernanda
- **Tutor:** Ps. Cl. Guzmán Hallo, Byron Miguel
- **Fecha:** Noviembre, 2014

**RESUMEN**

El presente trabajo de grado data acerca del acoso escolar tomado en cuenta desde un aspecto social, identificando las formas de acoso escolar entre adolescentes de 12- 14 años, reconociéndolo mediante escalas de maltrato físico y psicológico, englobadas en dos instancia representativas como lo es el índice global de acoso y la intensidad, brindando una visión amplia a acerca del padecimiento de ésta problemática, a partir de esto se establece los niveles de gravedad de daño clínico que poseen los adolescentes acosados, éste daño clínico es evaluado mediante la agrupación o conjunto de síntomas, Ansiedad, Estrés postraumático, Distimia, Disminución de la Autoestima, Flashbacks, Somatización, Autoimagen negativa, Autodesprecio, más no como entidades clínicas, sin embargo cabe mencionar que la investigación arrojó datos de la existencia de una cantidad de adolescentes que presentan daño clínico, sin existir acoso escolar, lo que da la idea y la apertura de que existen otras circunstancias que están dando paso a la sintomatología, ajenas a la problemática estudiada, y viceversa, adolescentes que presentan acoso escolar y ausencia de daño clínico, por lo cual me permito interpretar que existe una capacidad de tolerancia alta hacia el maltrato o por otra parte existe una percepción de acoso, más no un acoso constatado y vivido, así también se presentan adolescentes que padecen de acoso escolar y a la par presentan un sintomatología correspondiente a daño clínico, el mismo que está en relación directa en aproximadamente un 30% con el índice global y la intensidad de acoso escolar ; por lo cual se ha buscado establecer una propuesta que ayude al autoconocimiento de los adolescentes para que de ésta manera regulen y controlen sus emociones y pensamientos, por ende manejen sus conductas agresivas, además se ha buscado alternativas para fortalecer los vínculos y lasos sociales entre estudiantes, para que de ésta manera exista un ambiente confortable en donde los adolescentes puedan convivir sin la existencia de provocar o usar el maltrato.

**PALABRAS CLAVES:** ACOSO\_ESCOLAR, DAÑO\_CLÍNICO, ADOLESCENTES, SINTOMATOLOGÍA, ÍNDICE\_GLOBAL, INTENSIDAD\_ACOSO, LAZOS\_SOCIALES, CONVIVENCIA.

**TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO**

**FACULTY OF HEALTH SCIENCES**  
**CAREER OF CLINICAL PSYCHOLOGY**

**"GLOBAL INDEX AND INTENSITY OF BULLYING AND ITS INFLUENCE ON THE  
LEVEL OF DAMAGE SEVERITY OF CLINICAL IN ADOLESCENT VICTIMS THE  
8TH YEAR OF" UNIT JUAN MONTALVO "**

- **Authoress:** Navarro Otavalo, Maria Fernanda
- **Tutor:** Ps. Cl. Guzman Hallo, Byron Miguel
- **Date:** November, 2014

**SUMMARY**

The present work of degree dates back brings over of the school harassment taken in account from a social aspect, identifying the forms of school harassment between 12-14-year-old teenagers, it recognizing by means of scales of physical and psychological mistreatment, included in two instance representative since it is the global index of harassment and the intensity, offering a wide vision to sidewalk of the suffering of problematic this one, from this there are established the gravit levels of clinical hurt that the persecuted teenagers possess, this one clinical hurt is evaluated by means of the group or set of symptoms, Anxiety, posttraumatic Stress, Distimia, Decrease of the Autoesteem, Flashbacks, Somatization, negative Autoimage, I Autodespise, more not as clinical entities, nevertheless it is necessary to mention that the investigation threw information of the existence of a quantity of teenagers who present clinical hurt, without school harassment exists, which gives the idea and the opening of which there exist other circumstances that are giving step to the symptomatology, foreign to the studied problematics, and vice versa, teenagers who present school harassment and absence of clinical hurt, for which I permit to interpret that there exists a capacity of high tolerance towards the mistreatment or on the other hand a perception of harassment exists, more not a stated and lived, like that harassment also there appear teenagers who suffer from school harassment and at par they present a symptomatology corresponding to clinical hurt, the same one that is in direct relation in approximately 30 % with the global index and the intensity of school harassment; for which one has sought to establish an offer that helps to the self-knowledge of the teenagers in order that of this one way they regulate and control his emotions and thoughts, for ende handle his aggressive conducts, in addition alternatives have been looked to strengthen the links and bows social between students, In order that of this one way exists a comfortable environment where the teenagers could coexist without the existence of provoking or using the mistreatment.

**KEY WORDS:** SCHOOL\_HARASSMENT, CLINICAL\_HURT, TEENAGERS, SYMPTOMATOLOGY, GLOBAL\_INDEX, INTENSITY\_HARASSMENT, SOCIAL\_BOWS, CONVIVIALITY.

## INTRODUCCIÓN

La presente investigación, tiene como objetivo la recolección de datos acerca del acoso escolar y los posibles daños psicológicos que pueden estar causando en adolescentes de entre 12 y 14 años de edad, la problemática del acoso escolar en la actualidad ha tomado fuerza y en nuestra ciudad no existen datos a cerca de dicha problemática por ésta razón éste documento hace una recolección exhaustiva de información relevante bibliográfica, así como utiliza test validados y estandarizados que como resultado han dado datos reveladores a cerca del acoso escolar, es así que se constata que el acoso escolar influye directamente en un 30 % para que se produzca daño clínico en el estudiantado como consecuencia, y a partir de los resultados se ha buscado establecer un conjunto de herramientas para la prevención y para solucionar el asunto del acoso escolar; los resultados muestran que existen consecuencias en los adolescentes que son inherentes al acoso escolar, sin embargo las técnicas buscan atenuar dicho daño clínico.

Las herramientas que se han tomado en cuenta están basados en una terapia cognitivo conductual, encaminados al desarrollo de una adecuada convivencia escolar específicamente para adolescentes, buscando que estas técnicas sean de fácil aplicación y comprensión para los estudiantes hacia los cuales está dirigido

Es así que ésta investigación está diseñada para que el lector pueda enriquecer su conocimiento o a su vez sea utilizada con la finalidad de expandir la investigación acerca del acoso escolar

# **CAPÍTULO I**

## **EL PROBLEMA**

### **1.1 TEMA**

Índice global e intensidad de acoso escolar y su influencia en el nivel de gravedad de daños clínicos en los adolescentes víctimas de 8<sup>vo</sup> año de la “Unidad Educativa Juan Montalvo”

### **1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cuál es el índice global e intensidad de acoso escolar y su influencia en el nivel de gravedad de daños clínicos en los adolescentes víctimas de 8<sup>vo</sup> año de la Unidad Educativa Juan Montalvo?

#### **1.2.1 CONTEXTUALIZACIÓN**

A nivel internacional o mundial la creciente problemática del bullying ha puesto en alerta a varios profesionales en el área de salud y en área educativa, estudios realizados en varios países como España, Francia, Italia, Reino Unido, Inglaterra, Alemania y hasta Japón, indicando un sin número de agresiones que se han identificado tanto en edades escolares como en la etapa de la adolescencia, de acuerdo a los Profesionales en el área de la Psicología, Ortega, Monks, y Romero en 2008; nos dan a conocer en su publicación “Agresividad injustificada entre preescolares: una Revisión,” que en los diferentes países se utilizan diferentes formas de agresión por ejemplo, en sus investigaciones se denota que en Italia predomina la agresión verbal con un

42%, sobre la física con 17%, de igual forma en España la agresión verbal 50% prevalece sobre la física con 28% ; al contrario de éstos países en Inglaterra predomina la agresión física 32% está sobre la verbal con un 28%, como podemos observar todos éstos datos revelan una problemática social que como consecuencia y de acuerdo a estudios realizados por diversas instituciones de acuerdo al libro “Bullying, Opiniones Reunidas” que recoge varias investigaciones a nivel mundial; nos indica que puede volcarse en graves problemas como la depresión; y aún peor en el suicidio que es y fue uno de los indicadores que impulsaron a la investigación del Bullying. (Carozzo, 2013). Dentro del acoso escolar Piñuel y Oñate (2006) en su investigación realizada, detalla las consecuencia de daño clínico que produce las agresiones físicas, psicológicas y morales, mencionando que el 5% de los niños acosados atraviesan una depresión, con síntomas característicos del mismo como distinga, disminución del autoestima, aislamiento, pérdida de interés por las actividades, agresividad.

En países de América Latina, la violencia se ha manifestado como una gran problemática en las instituciones educativas, las investigaciones acerca de ésta situación han empezado a manifestarse desde los años noventa, formando parte de una gran preocupación por la creciente pobreza y la fragmentación social; de cuerdo a la publicación de la Universidad del Uruguay, investigación que realizaron Cajigas de Segredo, Kahan, Luzardo, Najson y Zamalvide de la Facultad de Psicología acerca de la “Escala de Agresión entre pares para adolescentes y principales resultados”, postula que la agresión dentro de las instituciones siempre ha existido sin embargo en la actualidad ésta violencia se ha agravado acrecentando sus niveles y su intensidad; por otra parte es así que en Chile la agresión física con un 32% predomina sobre la verbal con un 23%. La Organización de Naciones Unidas en un estudio en México señala que en el año 2007, el 65% de niños en edad escolar han sufrido alguna vez acoso escolar (Bolaños, 2011), lo que nos revela cifras agravantes

de violencia que deben ser estudiadas y atendidas, La problemática surge como una entidad inclusive antropológica considerando que la violencia y su detonante el bullying en países latinoamericanos; vienen como consecuencia de la conquista española y actos de sumisión, según explica y considera Julio César Carozzo Psicólogo Peruano. (Carozzo, 2013) (Segredo, Kahan, Luzardo, Najson, & Zamalvide, 2004). La revista CEPAL (2011), en uno de sus informes de investigación emitidos, menciona que existe una base de datos para los años 2001 y 2002, en los cuales se realizó un análisis de del acoso escolar entorno a los daños clínicos, lo que implicaba que en Estados Unidos alrededor del 22% de los estudiantes implicados en el acoso escolar como víctimas, sentían inseguridad, presentaban bajos logros académicos, aislamiento, agresión, pérdida de interés por la escuela, juegos, o actividades en torno al ambiente escolar (Glew y otros) 2005; es así que otra investigación aún más actual, realizada por Holt, Finkelhor y Kantor (2007), con alumnos de 5 grado de las escuelas primarias urbanas del noreste de los Estados Unidos menciona que la vinculación con el acoso provoca deterioro psicológico tanto en acosadores como acosados, lo que implica déficit en atención, bajo rendimiento, agresividad, autodesprecio, aislamiento y varios de los casos una depresión infantil, manifestada en conductas agresivas, déficit de comunicación, pérdida de interés por sí mismo y por las actividades que le rodean. (Roman & Murillo, 2011)

En Ecuador existen pocas investigaciones acerca de la temática, sin embargo puedo mencionar que la Universidad San Francisco de Quito en el año 2012 realizó una Investigación llamada “Bullying en el Ecuador” en donde incluye datos a nivel Nacional, nos indica que el Instituto de la Niñez y Adolescencia en el año 2004 conjuntamente con la defensa de Niños y niñas Internacional arrojaron datos estadísticos que muestran que el 32% de un total de 5 millones que hay en el país es maltratado o insultado algunas veces por sus pares; de los cuales el 22.6 %, son

niños entre 6 y 11 años de edad; mientras que un 20,1% están entre las edades de 15 a 17 años; además nos indica que un 33% nunca denuncia, lo que significaría que la problemática continúe de forma imparable. (Macbride, 2012)

Por otra parte puedo tomar en cuenta el informe de una estudiante de la Universidad Central acerca del bullying y su influencia en el rendimiento escolar en la cual se nos permite apreciar que de un total de 121 estudiantes el 50%, sentía temor de acudir al colegio por el maltrato que existía por parte de sus compañeros; mientras que el 75 % de éstos ha sido insultado por parte de sus compañeros, por lo cual puedo decir que las cifras de éstas investigaciones muestran que el acoso escolar o bullying se ha expandido en nuestro país alarmándonos para tomar acciones pertinentes. (Garcés, 2012); la Universidad estatal de Cuenca dentro del área de investigación, estudiantes en el año 20012, mencionan que los estudiantes que forman parte de las víctimas del acoso, se muestran agresivos con sus padres, inventan pretextos o argumentos para no asistir a la escuela, evitan participar en actividades grupales, lo que en éste caso está formando parte de un daño clínico significativo en cada estudiante, formando parte esa sintomatología de lo que corresponde a estrés postraumático, distimia, baja autoestima. (Chica Carpio, Durán Carrasco, & Chávez Pesántez, 2012)

### **1.2.2 ANÁLISIS CRÍTICO**

En la problemática del Acoso Escolar, como sus posibles causas pienso que se instauran desde sus inicios en la infancia, en donde se empieza a definir la relación con los otros y las formas de comunicación o acción ante los demás, es así que la inadecuada expresión de emociones, la falta de autoconocimiento, las inadecuadas relaciones familiares, por ejemplo la violencia intrafamiliar, la influencia de la familia en cuanto a una educación con discriminación, la instauración de

pensamientos que fomenten la poca tolerancia hacia los pares, la influencia del medio en el sujeto, son posibles causas de violencia escolar o acoso escolar; es así que Varela en su publicación “Violencia Escolar y Bullying en Chile- Whole School Approach, Para prevenir la Violencia Escolar ” menciona también que una de las posibles causas viene de carácter genético con una predisposición a la violencia, (Carozzo, 2013); de acuerdo a Bandura nos indica que la agresividad parte de influencias ambientales y que ésta se da por aprendizaje en éste caso por imitación lo cual considero yo que éste aprendizaje se va transformando en una conducta repetitiva que se instaura como una de las características de la personalidad en el individuo. (Renfrew, 2001)

El maltrato escolar se considera como agresión hacia los otros de forma reiterada, aquí existen diversas formas de practicarlo, éstas pueden ser mediante insultos, burlas, apodos, golpes, hostigamiento, exclusión social, e incluso violencia sexual, es así que por ésta razón la presente investigación busca hacer hincapié en la identificación de niveles o escalas de acoso entre los adolescentes, así como las consecuencias de ésta problemática social son la repetición de un círculo de agresividad en todas sus esferas, pudiendo llegar a un declive en las relaciones sociales, llamado así a identificar el daño clínico en los adolescentes, cabe mencionar que los individuos en los cuales se realiza la investigación son una población vulnerable, que se encuentra expuesta a padecer de diversas formas de maltrato entre pares y a caer en cualquier otro tipo de problemática social, es por esto que dicha población se beneficiará para poder establecer un mejor estilo de vida en cuanto al ambiente, desarrollo escolar y social; el acoso escolar son términos usados en la actualidad de forma reiterada, sin embargo no existe una conciencia individual ni social que permita establecer formas eficaces de resolverlo, puesto que en el país, más aún en nuestra ciudad no existe una amplia investigación de la situación, lo cual podría estar generando en el estudiantado reacciones desfavorables tales como, aislamiento, baja autoestima, depresión, ansiedad, bajo rendimiento

académico, suicidio, comportamientos que impiden el desarrollo y desempeño adecuado del adolescente, por éstas razones se busca generar cambios en la población para que puedan desenvolverse en un ambiente adecuado, fomentando un desarrollo de individual, escolar y social.

### **1.2.3 PROGNOSIS**

La presente investigación se ha puesto en marcha con la finalidad de generar aportes científicos que sean útiles para la prevención, el diagnóstico y la intervención en esta problemática social que con el pasar de los años ha aumentado su intensidad, si por algún motivo esta investigación no llegara a ejecutarse, se correría el riesgo de que se impida el planteamiento de planes estratégicos para la prevención de la violencia institucional en los adolescentes, lo cual a su vez provocaría que la agresividad en cada uno de los estudiantes a quien va dirigido la investigación, hiciera de su forma de vida la violencia en un futuro, por otra parte se les negaría la oportunidad de conocer y reconocer la problemática a la comunidad estudiantil, lo que peor aún impediría la apertura de acudir a tratamiento psicológico y de ésta manera se negaría la oportunidad de mejorar su estilo de vida, tanto para los estudiantes sí como maestros y padres de familia; de no realizarse la investigación las víctimas correrían el riesgo de agravar sus comportamientos consecuentes al maltrato, llegando inclusive a la auto agresión o al suicidio que se ha visto en otros países resultando ser consecuencias graves, razón por la cual otros países han emprendido investigaciones, los adolescentes se tornarían aún más vulnerables, hipotéticamente éstas son las consecuencias que se podrían estar generando tras la no realización de la investigación y su propuesta.

### **1.2.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuál es el índice global e intensidad de acoso escolar y su influencia en el nivel de gravedad de daños clínicos en los adolescentes víctimas de 8<sup>vo</sup> año de la Unidad Educativa Juan Montalvo en el período septiembre 2013- julio 2014?

### **1.2.5 PREGUNTAS DIRECTRICES**

¿Cuáles son los niveles del índice global e intensidad de acoso escolar?

¿Cuál es la influencia de los niveles de índice e intensidad de acoso escolar en el nivel de gravedad de los daños clínicos en los adolescente víctimas?

¿Cuáles son las técnicas o herramientas a utilizarse en base a los resultados obtenidos?

### **1.2.6 DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE INVESTIGACIÓN**

#### **Campo de conocimiento**

**Campo:** Psicología

**Área:** Psicología Social

**Aspecto:** Acoso Escolar

#### **Delimitación espacial**

Adolescentes estudiantes de 8<sup>vo</sup> año de la Unidad Educativa Juan Montalvo del cantón Ambato, provincia de Tungurahua.

#### **Delimitación temporal**

**Tiempo estimado:** Febrero - Agosto 2014 (6 meses).

## **1.3 JUSTIFICACIÓN**

El presente proyecto tiene como finalidad fundamental la investigación de ésta problemática social , que es el acoso y la violencia escolar, que en la actualidad ha cobrado gran importancia en vista de que está causando un malestar significativo a los adolescentes, es una situación que he observado de una forma muy personal, cercana y alarmante en la institución que se realiza la investigación, por otra parte los medios de comunicación como periódicos mencionan dicha problemática realzando la incomodidad de los estudiantes acosados así como la impotencia de dichos alumnos a expresar y contar su situación por temor a seguir siendo violentados por sus pares, por otra parte la carencia de información en nuestra comunidad da paso al irreconocimiento o concienciación del acoso escolar, datos estadísticos propuestos en la contextualización muestran porcentajes altos de acoso lo cual produce dudas acerca del problema y motiva a la búsqueda o identificación de acoso escolar, en los adolescentes y las consecuencias que éste produce en cuanto a la gravedad del daño clínico en las víctimas es lo que ésta investigación busca establecer, además mediante la presente se busca generar conocimiento científico, y de tal manera diseñar un plan de intervención encaminado a la búsqueda de alternativas de ésta situación; cabe mencionar que el trabajo de grado cuenta con un aporte científico bibliográfico, recurso económico y humano disponible para la ejecución del mismo.

## **1.4 OBJETIVOS**

### **1.4.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar la influencia del índice global e intensidad del acoso escolar en el nivel de gravedad de daños clínicos en los adolescentes víctimas.

### **1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Medir los niveles de índice global e intensidad de acoso escolar en los adolescentes víctimas.
- Establecer el nivel de gravedad de daños clínicos en los adolescentes víctimas.
- Establecer un conjunto de herramientas ante el acoso escolar como propuesta en base a los resultados a obtenerse.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS**

El acoso escolar más conocido como bullying en la actualidad ha tomado gran importancia, razón por la cual en nuestro país Ecuador se está tomando medidas preventivas para ésta problemática social, sin embargo la violencia entre escolares, ha coexistido con el ser humano desde hace mucho tiempo atrás es así que las primeras investigaciones que se dieron a conocer a partir de los años 70, empezando en Noruega y extendiéndose al resto de países del mundo como Japón, Gran Bretaña, Holanda, Canadá, Estados Unidos y España

Fue el del Doctor Dan Olweus (2004), Psicólogo Noruego, quien realizó dichas investigaciones y estudios sistemáticos y longitudinales a partir de los años 70 en la Isla Escandinava, en el año 1982 un periódico publica el suicidio de tres chicos entre 10 y 14 años con la probabilidad de que haya sido como consecuencia del acoso escolar es así que empieza el ministerio de Educación con las investigaciones, Olweus realizó cuatro proyectos de investigación lo cual lo ayudó y es quien define el acoso escolar de la Siguiete manera: “Un alumno es agredido o se convierte en víctima cuando está expuesto de forma repetida, y durante un tiempo, a acciones negativas que lleva acabo otro alumno o varios de ellos” (Olweus, 2004, pág. 25)

Las investigaciones de Olweus a demás lo llevaron a crear un cuestionario agresor / víctima, en donde los estudiantes contestan una serie de preguntas de forma anónima, lo aplico a nivel

Nacional en Noruega con un población 130000 alumnos de diversas zonas, eran estudiantes entre 8 y 16 años de edad, llegando a la conclusión de que la cuarta parte del estudiantado, estaba inmerso en problemas de agresión “de vez en cuando” o con mayor frecuencia, tanto como víctimas y agresores, lo que equivalía a que de cada 7 niños o adolescentes, 1 estaba envuelto en situaciones de acoso o intimidación. (Olweus, Conductas de Acoso y Amenaza entre Escolares, 2004)

Posterior a esto las investigaciones se han seguido prolongando es así que la revista Iberoamericana menciona que de acuerdo a Eron, Huesman, y Zelli, investigadores de conductas agresivas; indican que éstos patrones de agresividad aparecen desde edades muy tempranas, y generalmente son aprendidas desde el hogar, es así que Hooven y Gottman de la Universidad de Washington en el año de 1997, demostró que los padres que se relacionaban con su medio o alrededor manteniendo una relación afectiva positiva poseían hijos que socialmente eran bien adaptados, mientras que, aquellos hijos de padres con una inmadurez emocional tenían problemas al relacionarse en el medio social. Así también como una carencia en el reconocimiento de sus emociones, déficit de autocontrol, y biológicamente, un mayor número de hormonas en la sangre que se afectan al estrés y a la activación emocional. (Moreno Moreno, Vacas Días, & Roa Venegas, 2006)

Según Ortega (2010), en su libro agresividad injustificada, bullying y violencia Escolar, de acuerdo a sus investigaciones nos indica que las formas de agresión varían acorde a la edad del estudiante, es así que los agresores de preescolar hacen uso de formas directas de agresión física, verbal, y relacional, dentro de la última tenemos ejemplos como impedir que se una al grupo o iniciar un rumor no agradable para la víctima, por otra parte en sus investigaciones hace referencia a las diferencias de género en las cuales menciona que son los hombres más agresivos que las

mujeres, los primeros utilizan formas físicas de agresión, golpes, empujones, patadas y las segundas utilizan formas relacionales de agresión, como excluir a su compañera del grupo, impedir que juegue o que hable. (Ortega, 2010)

La Universidad de Murcia España en una de sus publicaciones, emite información acerca de una investigación realizada por Áviles, “Estudio de incidencia de la intimidación y el maltrato entre iguales en la educación secundaria obligatoria mediante el cuestionario CIMEI (Áviles, 1999) –Cuestionario sobre Intimidación y Maltrato Entre Iguales–”, en la cual nos da a conocer que de 974 estudiantes entre 12 y 16 años, el 11,6 % se ha visto involucrado en situaciones de maltrato sea como víctima u agresor, por otra parte menciona que las agresiones ocurren preferentemente en primera instancia dentro de la escuela, sin profesor 49%, pasillos 35%, recreo sin adultos 31%, , y en segundo lugar en los alrededores 32%, fuera de la institución 38%, en clase y con presencia de un adulto 12%. (Áviles Martínez & Monjas Cáseres, 2005)

Según Piñuel & Oñate (2009), en su investigación “La Violencia y sus manifestaciones silenciosas entre los jóvenes: estrategias preventivas”, publican en su primer estudio Nacional, Europeo, epidemiológico que el acoso escolar representa una forma de falta de respeto hacia el niño agredido y la violación a su derecho a gozar de un entorno libre sin violencia, además que el miedo es el indicador central de acoso, es decir la intimidación para causar miedo, ahora a través de medios sociales, la violencia encuentra una forma de manifestarse en el área social y salir a la luz mediante un chivo expiatorio, llegando a la conclusión de que los estudiantes agredidos, presentan consecuencias permanentes graves como depresión, ansiedad, e incluso en un 53% presentando severos cuadros de estrés postraumático infantil. (Piñuel & Oñate, 2009)

De acuerdo a la revista CEPAL, en la investigación ejecutada con estudiantes griegos de primaria (Andreou y Metallidou, 2004) se aborda la relación entre el desempeño cognitivo y el papel

asumido por el estudiante en la situación de bullying (acosador, víctima, defensor, promotor, asistente, indiferente), en donde los resultados señalan que existe relación entre la capacidad para aprender y el ser víctima de bullying, así como resultados extras muestran que las víctimas suelen presentar un bajo autoestima, además de aislarse de toda actividad en la que se incluyan jugas, trabajos en grupo o actividades deportivas, el 30% de la población menciona que siente temor, angustia al momento de asistir a su escuela. Luciano y Savage (2007) investigan la relación entre victimización de estudiantes en Canadá de 5 grado, en cuanto a las dificultades de aprendizaje, y sus consecuencias de autopercepción en escuelas inclusivas, los resultados obtenidos permitieron observar que los estudiantes con dificultades de aprendizaje, baja atención, aislamiento, timidez, baja autoestima, pensamientos negativos de sí mismo, tristeza, angustia y ansiedad fueron víctimas de hostigamiento o maltrato que sus pares sin dificultades de aprendizaje, sin mostrar diferencias significativas en cuanto al género. En el mismo estudio se demostró que además el rechazo y acoso escolar por parte del estudiantado se relacionan en lo que concierne con el manejo social del lenguaje en los estudiantes victimizados. El estudio de Skrzypiec (2008), con una población de 1.400 estudiantes de los grados 7o, 8o y 9o en escuelas primarias australianas, tuvo como finalidad realizar la exploración de la relación entre haber sido víctima de acoso escolar y el efecto en el aprendizaje, desarrollo socioemocional y mental del estudiante, dentro de los resultados se puede observar que un tercio de los estudiantes que han sufrido fuertemente acoso muestran también graves problemas de concentración y atención; así como un temor ligado a la situación denotada en aspectos como la invención de excusas para no asistir a la escuela, o la evitación de actividades escolares. Más recientemente, los resultados de un estudio sobre violencia en las escuelas desarrollado en 2002 en 13 estados de Brasil (Abramovay y Rua, 2005) muestran que un 45% de los estudiantes de primaria y secundaria mencionaron que las acciones de violencia les provocaba

dificultades para concentrarse en sus actividades académicas, la tercera parte de ellos expresan que se sienten nerviosos y cansados, mientras que otra tercera parte reconocen que estos comportamientos afectan a la motivación por ir a la escuela, es decir éstos actos hacen que por el temor a seguirlos padeciendo no quieran ir a la escuela y prefieran quedarse en casa, 27% y el 34. (Chica Carpio, Durán Carrasco, & Chávez Pesántez, 2012).

## **2.2 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA**

La presente investigación se presenta con una investigación de índole epistemológica por cuanto trata de explicar conceptos de una problemática social actual, como lo es el acoso y la violencia escolar, su frecuencia e intensidad, en una parte importante de la sociedad como lo son los adolescentes y más aún dentro de una institución como lo es el colegio, así como los posibles daños clínicos o psicológicos en la víctima derivados de éste maltrato escolar tratando de entender el problema desde perspectivas un poco más amplias, para dar solución al mismo.

## **2.3 FUNDAMENTACIÓN LEGAL**

Dentro de éste capítulo hemos de tomar en cuenta la constitución del Ecuador, a continuación se nombrará el TÍTULO II, CAPÍTULO 3, SECCIÓN 5:

Sección quinta

Niñas, niños y adolescentes

Art. 44.- El Estado, la sociedad y la familia promoverán de forma prioritaria el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, y asegurarán el ejercicio pleno de sus derechos; se atenderá al principio de su interés superior y sus derechos prevalecerán sobre los de las demás personas.

Las niñas, niños y adolescentes tendrán derecho a su desarrollo integral, entendido como proceso de crecimiento, maduración y despliegue de su intelecto y de sus capacidades, potencialidades y aspiraciones, en un entorno familiar, escolar, social y comunitario de afectividad y seguridad. Este entorno permitirá la satisfacción de sus necesidades sociales, afectivo-emocionales y culturales, con el apoyo de políticas intersectoriales nacionales y locales.

Art. 46.- El Estado adoptará, entre otras, las siguientes medidas que aseguren a las niñas, niños y adolescentes:

4. Protección y atención contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole, o contra la negligencia que provoque tales situaciones.

7. Protección frente a la influencia de programas o mensajes, difundidos a través de cualquier medio, que promuevan la violencia, o la discriminación racial o de género. Las políticas públicas de comunicación priorizarán su educación y el respeto a sus derechos de imagen, integridad y los demás específicos de su edad. Se establecerán limitaciones y sanciones para hacer efectivos estos derechos. (Constitución del Ecuador, 2008)

### **Prevención de la violencia: una prioridad de salud pública**

#### **Resolución WHA49.25**

Según la 49ª Asamblea Mundial de la Salud,

Enterada con gran preocupación del espectacular aumento de la incidencia de los traumatismos causados intencionalmente en todo el mundo a personas de todas las edades y de ambos sexos, pero especialmente a las mujeres y los niños;

Haciendo suyo el llamamiento formulado en la Declaración de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social para que se adopten y apliquen políticas y programas específicos de salud pública y servicios sociales encaminados a prevenir la violencia en la sociedad y mitigar sus efectos;

Haciendo suyas las recomendaciones formuladas en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994) y en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995) para que se aborde urgentemente el problema de la violencia contra las mujeres y muchachas y se determinen sus consecuencias para la salud;

Recordando la Declaración de las Naciones Unidas sobre la eliminación de la violencia contra la mujer;

Tomando nota del llamamiento realizado por la comunidad científica en la Declaración de Melbourne adoptada en la Tercera Conferencia Internacional sobre la Lucha contra los Traumatismos (1996) para que se intensifique la colaboración internacional a fin de velar por la seguridad de los ciudadanos del mundo entero;

Reconociendo las graves consecuencias inmediatas y futuras a largo plazo que la violencia tiene para la salud y para el desarrollo psicológico y social de los individuos, las familias, las comunidades y los países;

Reconociendo las consecuencias cada vez más importantes de la violencia en los servicios de salud en todas partes, así como su efecto perjudicial en los escasos recursos sanitarios para los países y las comunidades;

Reconociendo que los agentes de salud se encuentran con frecuencia entre los primeros que ven a las víctimas de la violencia, tienen una capacidad técnica sin igual y gozan de una posición especial en la comunidad para ayudar a las personas expuestas a ese riesgo;

Reconociendo que la OMS, como principal organismo encargado de coordinar la labor internacional de salud pública, tiene la responsabilidad de desempeñar una función de liderazgo y orientación para con los Estados Miembros en el desarrollo de programas de salud pública encaminados a prevenir la violencia ejercida tanto contra uno mismo como contra los demás,

1. DECLARA que la violencia es un importante problema de salud pública en todo el mundo;
2. INSITA a los Estados Miembros a que evalúen el problema de la violencia en sus territorios y comuniquen a la OMS la información de que dispongan sobre ese problema y su manera de afrontarlo;
3. PIDE al Director General que, en la medida en que lo permitan los recursos disponibles, emprenda actividades de salud pública para abordar el problema de la violencia, con objeto de:
  - 1) caracterizar los diferentes tipos de violencia, definir su magnitud y evaluar las causas de la violencia y sus repercusiones de salud pública, incorporando asimismo en el análisis una perspectiva basada en las diferencias entre los sexos; violencia es una cuestión sumamente delicada, y muchas personas tienen problemas para afrontarla en su vida profesional, porque suscita preguntas incómodas acerca de su vida personal.
  - 2) evaluar los tipos y la eficacia de las medidas y programas destinados a prevenir la violencia y mitigar sus efectos, prestando especial atención a las iniciativas de orientación comunitaria;
  - 3) promover actividades para resolver este problema a nivel tanto internacional como de país, inclusive medidas tendentes a:
    - a) mejorar el reconocimiento, la notificación y la gestión de las consecuencias de la violencia;
    - b) promover una mayor participación intersectorial en la prevención y la gestión de la violencia;
    - c) promover investigaciones sobre la violencia dándoles prioridad entre las investigaciones de salud pública;
    - d) preparar y difundir recomendaciones para programas de prevención de la violencia a nivel de nación, Estado y comunidad en todo el mundo;

4) asegurar la participación coordinada y activa de los programas técnicos apropiados de la OMS;

5) reforzar la colaboración de la Organización con gobiernos, autoridades locales y otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas en la planificación, la aplicación y el seguimiento de programas sobre la prevención y la mitigación de la violencia;

4. PIDE ASIMISMO al Director General que presente un informe al Consejo Ejecutivo en su 99a reunión en el que se describan los progresos realizados hasta el momento, así como un plan de acción para avanzar hacia la adopción de un enfoque científico de salud pública en materia de prevención de la violencia.

Hablar de ella supone abordar cuestiones complejas de índole moral, ideológica y cultural, de ahí la frecuente renuencia a comentar abiertamente el tema, tanto a nivel oficial como personal.

El propósito del primer Informe mundial sobre la violencia y la salud es cuestionar el secretismo, los tabúes y los sentimientos de inevitabilidad que rodean al comportamiento violento, y alentar un debate que ampliará nuestros conocimientos sobre este fenómeno enormemente complejo.

La iniciativa individual y el liderazgo son valiosísimos para superar la apatía y la resistencia, pero el requisito básico para afrontar el problema de la violencia de manera integral es que las personas trabajen juntas en asociaciones de todo tipo, y a todos los niveles, para elaborar respuestas eficaces.

Este documento recapitulativo va destinado fundamentalmente a las instancias normativas y decisorias de salud pública a nivel nacional, así como a quienes trabajan en la salud pública en el ámbito local y están más en contacto con los problemas y las necesidades de la comunidad.

Las opiniones y las conclusiones en él expuestas se basan en el Informe mundial sobre la violencia y la salud, así como en muchos estudios a los que éste se remite. (OPS, 2002)

Tomado del CÓDIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA DEL LIBRO PRIMERO LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES COMO SUJETOS DE DERECHOS DEL TITULO III DERECHOS, GARANTÍAS Y DEBERES

Capítulo IV.- Derechos de protección menciona:

Art. 50.- Derecho a la integridad personal.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a que se respete su integridad personal, física, psicológica, cultural, afectiva y sexual. No podrán ser sometidos a torturas, tratos crueles y degradantes.

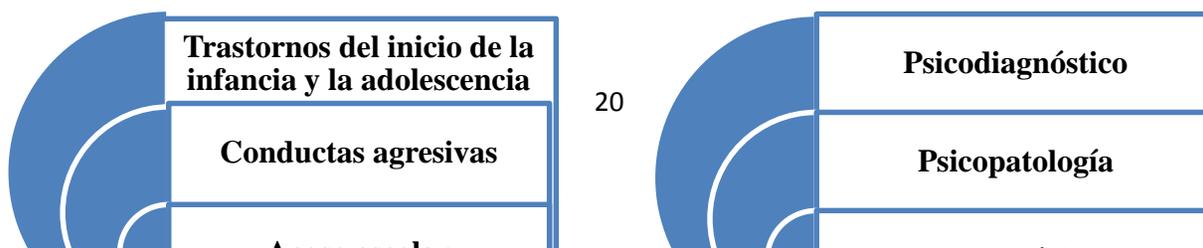
TITULO IV DE LA PROTECCIÓN CONTRA EL MALTRATO, ABUSO, EXPLOTACIÓN SEXUAL, TRÁFICO Y PERDIDA DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

Art. 75.- Prevención del maltrato institucional.- El Estado planificará y pondrá en ejecución medidas administrativas, legislativas, pedagógicas, de protección, atención, cuidado y demás que sean necesarias, en instituciones públicas y privadas, con el fin de erradicar toda forma de maltrato y abuso, y de mejorar las relaciones entre adultos y niños, niñas y adolescentes, y de éstos entre sí, especialmente en el entorno de su vida cotidiana.

Las prácticas administrativas, pedagógicas, formativas, culturales tradicionales, de protección, atención, cuidado y de cualquier otra clase que realice toda institución pública o privada, deben respetar los derechos y garantías de los niños, niñas y adolescentes, y excluir toda forma de maltrato y abuso. (Código de la Niñez y la Adolescencia, 2003)

### **CATEGORÍAS FUNDAMENTALES:**

**Gráfico 2.01. Descripción de las categorías fundamentales**





**Nota:** Categorías fundamentales con se relación de forma vertical y horizontal

## **2.5 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

### *Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia*

*Retraso mental:* Éste trastorno mental está caracterizado por una capacidad intelectual o un CI aproximado a 70 o inferior a éste, conjuntamente con limitaciones significativas en áreas como, la adaptación, cuidado de sí mismo , vida doméstica, habilidades de comunicación, habilidades sociales, habilidades interpersonales, habilidades académicas, autocontrol, trabajo, ocio, salud y seguridad. Éste se clasifica en:

- F70.9 Retraso mental leve (317):
- F71.9 Retraso mental moderado (318.0)
- F72.9 Retraso mental grave (318.1)
- F73.9 Retraso mental profundo (318.2)
- F79.9 Retraso mental de gravedad no especificada (319)

*Trastornos del aprendizaje:* Estos trastornos se caracterizan de forma principal por un rendimiento escolar o académico bajo, o menor a lo esperado acorde a su edad cronológica, escolarización y nivel de inteligencia; asociadas a un bajo autoestima, déficit en habilidades sociales y desmoralización. La subdivisión es la siguiente:

- F81.0 Trastorno de la lectura (315.00)
- F81.2 Trastorno del cálculo (315.1)

F81.8 Trastorno de la expresión escrita (315.2)

F81.9 Trastorno del aprendizaje no especificado (315.9)

*Trastornos de las habilidades motoras:* Caracterizado por una alteración significativa en el desarrollo de la coordinación motora, en relación a lo esperado a la edad cronológica; afectando de forma significativa su rendimiento académico o su vida cotidiana.

F82 Trastorno del desarrollo de la coordinación (315.4)

*Trastornos de la comunicación:* Estos trastornos se caracterizan por deficiencias en cuanto al lenguaje, produciendo malestar clínicamente significativo en las áreas del individuo. Dentro de éstos trastornos se incluyen:

F80.1 Trastorno del lenguaje expresivo (315.31)

F80.2 Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo (315.31)

F80.0 Trastorno fonológico (315.39)

F98.5 Tartamudeo (307.01)

F80.9 Trastorno de la comunicación no especificado (307.9)

*Trastornos generalizados del desarrollo:* Se caracterizan por tener afectaciones o déficit significativo en múltiples áreas del desarrollo, ya sea alteraciones de la interacción social, anomalías de la comunicación, y presencia de comportamientos, intereses y movimientos estereotipados; estos déficits son inapropiados al nivel de desarrollo esperado. Incluyen los siguientes trastornos:

F84.0 Trastorno autista (299.00)

F84.2 Trastorno de Rett (299.80)

F84.3 Trastorno desintegrativo infantil (299.10)

F84.5 Trastorno de Asperger (299.80)

F84.9 Trastorno generalizado del desarrollo no especificado (299.80)

*Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador:* Se caracteriza por síntomas manifiestos de desatención y / o impulsividad, hiperactividad; los síntomas pueden haber aparecido antes de los 7 años de edad, sin embargo varios individuos son diagnosticados luego de haber estado presente los síntomas varios años; los síntomas producen malestar significativo en el sujeto.

La sub-clasificación es la siguiente:

F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado (314.01)

F90.8 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención (314.00)

F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo (314.01)

F91.8 Trastorno disocial (312.8)

### **Trastorno disocial**

De acuerdo al DSM- IV-TR (2001), el trastorno disocial se caracteriza por los siguientes síntomas, cabe mencionar q éste trastorno se enlista dentro de los trastornos del inicio en la infancia, la niñez y la adolescencia.

#### ***Criterios diagnósticos:***

A. Comportamientos repetitivos y persistentes en los cuales violan los derechos de las demás personas y las normas establecidas por la sociedad acorde a su edad, tomando en cuenta la manifestación de tres o más criterios que se muestran a continuación durante al menos los últimos 12 meses y por lo menos de un criterio durante los últimos 6 meses:

#### ***Agresión a personas y animales***

1. A menudo fanfarronea, amenaza o intimida a otros

2. A menudo inicia peleas físicas
3. Ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas
4. Ha manifestado crueldad física con otras personas
5. Ha manifestado crueldad física con animales
6. Ha robado enfrentándose a la víctima
7. Ha forzado a alguien a una actividad sexual.

***Destrucción de la propiedad***

8. Ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves
9. Ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas (distinto a provocar incendios)

***Fraudulencia o Robo***

10. Ha violentado el hogar, la casa o el automóvil de otra persona
11. A menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones (tima a otros)
12. Ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima

***Violaciones graves de la norma***

13. A menudo permanece fuera de la casa en la noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando éste comportamiento antes de los 13 años de edad
14. Se ha escapado de casa durante la noche por lo menos dos veces, viviendo en la casa de sus padres o en un hogar sustitutivo
15. Suele hacer novillos en la escuela, iniciando ésta práctica antes de los 13 años.

B. Éste trastorno disocial provoca deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

C. Si el individuo tiene 18 años o más, no cumple criterios de trastorno antisocial de la personalidad

***Codificar en función de la edad de inicio:***

*Trastorno disocial, tipo de inicio infantil:* Inicio antes de los 10 años de edad con por lo menos una de las características de los criterios.

*Trastorno disocial, tipo de inicio adolescente:* Ausencia de cualquier característica criterio de trastorno disocial antes de los 10 años de edad.

*Trastorno disocial, de inicio no especificado:* No se sabe la edad de inicio. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2001)

F91.3 Trastorno negativista desafiante (313.81)

F91.9 Trastorno de comportamiento perturbador no especificado (312.9)

*Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o de la niñez:* Este conjunto de trastornos se caracterizan por la persistente alteración de la alimentación y la ingesta alimentaria:

F98.3 Pica (307.52)

F98.2 Trastorno por rumiación (307.59)

F98.2 Trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez (307.59)

*Trastornos de tics:* Se caracteriza por síntomas propios de los tics vocales y tics motores, éstos pueden ser simples implicando pocos músculos o sonidos simples como parpadeos, torcer el cuello, fruncir la nariz ; y pueden ser complejos implicando múltiples músculos , palabras o frases como saltar, dar pisotones, contorciones faciales, agacharse, doblar las rodillas. Dentro de éstos se encuentran los siguientes:

F95.2 Trastorno de la Tourette (307.23)

F95.1 Trastorno de tics motores o vocales crónicos (307.22)

F95.0 Trastorno de tics transitorios (307.21)

F95.9 Trastorno de tics no especificado (307.20)

*Trastornos de la eliminación:* Estos trastornos se caracterizan por la incapacidad de controlar los esfínteres, sea urinario o anal, cabe mencionar que éste debe ser descartado si existen problemas a nivel orgánico, generalmente se da luego de que el individuo ya ha controlado los esfínteres.

Incluyen los siguientes:

F98.1 Encopresis (787.6) (307.7)

F98.0 Enuresis (307.6)

*Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia:* Dentro de estos trastornos se incluyen los que anterior mente no fueron citados y están produciendo un malestar significativo, impidiendo un desarrollo adecuado:

F93.0 Ansiedad por separación (309.21)

F94.0 Mutismo selectivo (313.23)

F94.2 Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez (313.89)

F98.4 Trastorno de movimientos estereotipados (307.3)

F98.9 Trastorno de la infancia, la niñez o la adolescencia no especificado (313.9) (Asociación Americana de Psiquiatría, 2001)

### **Conductas agresivas**

Conjunto de conductas de hostigamiento, conductas de violencia psicológica, que están dejando huellas internas en la víctima de manera real y efectiva, dejando a un lado la personalidad del niño acosado y la capacidad de resistencia al daño psicológico que se le puede estar ocasionando, incluyendo la violencia física y psicológica a la par tales como: “agresiones físicas, la violencia,

el robo o deterioro a propósito de sus pertenencias, los gritos, los insultos, el reírse de él...” (Piñuel & Oñate, 2006).

Por otra parte de acuerdo al documento de “AGRESIÓN Y VIOLENCIA EN LA ESCUELA COMO FACTOR DE RIESGO DEL APRENDIZAJE ESCOLAR”, que reúne la teoría de varios autores en su contenido puedo resaltar las siguientes definiciones obtenidas de dicho documento:

Para Oteros (2006) la conducta agresiva es socialmente inaceptable ya que puede llevar a dañar física o psicológica a otra persona, la agresividad en la etapa escolar puede aplicarse a acciones agresivas (conductas), a estados de ánimo (sentimientos subjetivos), a impulsos, pensamientos e intenciones agresivas, y a las condiciones en que es probable que se adopten conductas agresivas (estimulación ambiental). (Cid H, Díaz M, Pérez, Torruella P, & Valderrama A, 2008)

Las conductas agresivas de acuerdo a Bandura, son aprendidas en primera instancia mediante la imitación, lo cual lo muestra en su estudio con el muñeco bobo, es así que se va instaurando poco a poco en el individuo hasta hacerlo parte de su estilo de vida, las conductas agresivas generadas producen un ambiente hostil en el medio escolar, como consecuencia de una falta de autocontrol, de desconocimiento del sí mismo y de formas de comunicación o expresión adecuadas de pensamientos y sentimientos, generando malestar en las víctimas y el medio en el que se desarrollan.

### **Acoso Escolar**

De acuerdo a Piñuel y Oñate (2006), describen al acoso escolar de una forma encaminada a la parte ética en la cual hacen mención como una falta de respeto hacia el compañero u otro estudiante, impidiéndole de desenvolverse en un ambiente libre de violencia, es decir privando de gozar su derecho a un entorno sin maltrato. Es así que específicamente definen el acoso escolar de la siguiente manera:

Un continuado y deliberado maltrato verbal y modal que recibe un niño por parte de otro u otros, que se comportan con él cruelmente con el objetivo de someterle, amilanarle (atemorizar enormemente), intimidarle, amenazarle u obtener algo mediante el chantaje y que atenta contra la dignidad del niño y sus derechos fundamentales. (Piñuel & Oñate, 2006, pág. 6)

Además los autores describen estas acciones del victimario como una necesidad de satisfacer el imperioso deseo de dominio, sometimiento, agresión y destrucción hacia un tercero; y que éste podría ser un patrón predominante en su desempeño en el medio social.

A menudo los acosadores se ven rodeados por un grupo de acosadores, es decir buscan relacionarse con pares que mantengan su mismo comportamiento en el área social, es así que la violencia encuentra una forma de canalizarse y regular el grupo materializándose en un mecanismo conocido como: chivo expiatorio, de allí el término mobbing, del verbo to mob, que significa; “acción de una masa que arrolla a un individuo”; preferentemente los autores usan el término mobbing escolar o acoso escolar por su tipo de agresión de naturaleza psicológica y grupal, en visto de que el término bullying se le a priorizado como un tipo de violencia e intimidación física, de acuerdo a los autores incluyen tres criterios para el diagnóstico de acoso escolar, el primero es la existencia de uno o más conductas de hostigamiento, el segundo aborda la repetición de la conducta de hostigamiento, no como ocasional, si no como algo que el niño sistemáticamente espera receptor dentro de su ambiente escolar de los que lo acosas, y el tercer criterio engloba la duración en el tiempo del acoso. (Piñuel & Oñate, 2006)

El mayor problema que coexiste con el acoso escolar es que éste se presenta en un medio en donde se pueden identificar con una amplia facilidad a las víctimas, mientras que al victimario es de mucha dificultad identificarlo, puesto que es como círculo repetitivo, él lo cual el adolescente agredido puede agredir a otros buscando que sus víctimas sean aún más vulnerables y débiles que

el mismo, por lo que el acoso y la violencia escolar se intensifican cada vez más dentro de una institución.

### **Psicodiagnóstico**

El Psicodiagnóstico corresponde a una rama de la psicología de gran importancia, el corresponde a un proceso de larga duración que incluye fases para obtener resultados, analizando los potenciales y perspectivas de desarrollo personal del paciente, además mediante el Psicodiagnóstico se puede identificar las manifestaciones individuales psíquicas, con la finalidad de que a través de los resultados se pueda generar un tratamiento adecuado para cada individuo, el cual mediante la utilización de métodos o técnicas específicas en las cuales se desarrolle las potencialidad del sujeto, para que éste puede adaptarse a su mundo exterior, mejorar su estilo de vida y exista un equilibrio biopsicosocial. Cabrera y López (2011), en su escrito una mirada histórica al Psicodiagnóstico menciona que:

“El Psicodiagnóstico es un proceso que tiene diversos objetivos y etapas. Sus objetivos fundamentales son: lograr un acercamiento al sujeto de investigación, tener una visión más dinámica del examinado, comprendiendo e integrando los elementos parciales de éste, y describir al examinado en algún aspecto específico (ejemplo: capacidad intelectual, personalidad, habilidades, etc.), o en su totalidad de acuerdo a un propósito inicial.” (Cabrera Macías & López González, 2007)

### **Psicopatología**

La psicopatología corresponde al estudio de la etiología o causas de las enfermedad mentales, indicando sus signos y síntomas, es decir la psicopatología corresponde el estudio de los trastornos mentales, o la enfermedad mental del sujeto.

### **Trastorno de entidad clínica**

Piñuel y Oñate (2006), menciona dentro de su manual ACOSO Y VIOLENCIA ESCOLAR (AVE), mencionan trastorno de entidad clínica haciendo referencia al conjunto de signos y síntomas que están produciendo malestar clínicamente significativo en el estudiante que está siendo acosado, tomando como punto de referencia el DSM- IV es así que éste manual lo define o lo pone como trastorno mental, u otros autores que se nombran a continuación como trastorno psicológico.

#### Trastorno psicológico o mental

Según Timothy J. Trull & E. Jerry Phares (2003) es muy difícil definir un trastorno de entidad clínica o trastorno mental en vista de la categorización de normal y anormal es muy controversial, así mismo un trastorno mental, es así q toman la definición emitida por el DSM- IV, en donde se conceptualiza de la siguiente manera:

Un síndrome o un patrón conductual o psicológico, significativo desde el punto de vista clínico que ocurre en un individuo y que se asocia con una aflicción presente (por ejemplo, un síntoma doloroso o discapacidad (es decir, deterioro en una o más áreas de funcionamiento importantes), o con un incremento significativo en el riesgo de sufrir muerte, dolor, discapacidad o una pérdida importante de la libertad. A demás éste síndrome o patrón no debe ser tan solo una respuesta esperable y sancionada desde el punto de vista cultural ante un acontecimiento particular, por ejemplo, la muerte de un ser querido. Cualquiera que sea su causa original, en el momento actual debe considerarse una manifestación de una disfunción conductual, psicológica o biológica en el individuo. Ni el comportamiento desviado (por ejemplo, religioso, político o sexual) ni los conflictos que hay de manera principal entre el individuo y la sociedad con trastornos mentales, a menos que la desviación o conflicto sea un síntoma de la disfunción en el individuo según se describió con anterioridad. (Trull & Phares, 2003)

De acuerdo a éstos autores puedo simplificar que el trastorno de entidad clínica se define como el conjunto de signos y síntomas, que se manifiestan de forma psicológica y biológica, en el individuo y que se encuentran afectando las esferas del individuo durante un tiempo, estableciéndose como un patrón sea conductual o psicológico, y que además están produciendo limitaciones en el individuo.

Por otra parte Barlow & Durand (2007), en su libro psicopatología definen el trastorno psicológico o conducta anormal, como una reacción inesperada ante una situación o que culturalmente no es esperada, además de incluir una disfunción psicológica la cual hace referencia a la ruptura del funcionamiento cognitivo, conductual o emocional, que se encuentran produciendo un malestar significativo o deterioro en las esferas del individuo, con esto tres criterios los autores definen un trastorno psicológico, mencionando que el malestar y el sufrimiento son una parte natural de la vida y no constituyen por sí mismos un trastorno psicológico.“ La palabra clínica dentro de trastorno de entidad clínica, constituye o representa la combinación de pensamiento, comportamientos y emociones que forman parte de un trastorno, que se pueden encontrar en una clínica, hospital centro de salud, y se encuentra relacionado a la actividades de evaluación y tratamiento. (Barlow & Durand, 2007)

### **Daño Clínico:**

Según Piñuel y Oñate (2006), de acuerdo a su manual de Acoso y Violencia escolar, describen el daño clínico, como el impacto emocional que el acoso y la violencia escolar pueden estar ocasionando en la víctima , tomando en cuenta la repetición de conductas frecuentes de mobbing durante un tiempo, conjuntamente con la falta de defensa o protección de las víctimas ante dichas conductas, éstos daños pueden aparecer luego de varios meses u años en que ha transcurrido el acoso; el daño clínico, psicológico o psíquico como lo describe el documento establece un riesgo

en la afectación para la salud o la integridad psicológica y moral del niño. No estableciendo un criterio clínico como tal, si no agrupando un conjunto de síntomas tomados del DSM-V.

Los daños psicológicos significativos están asociados a varios factores, las características individuales del sujeto así como las redes de apoyo que la víctima posea, amigos dentro de la escuela y su familia; para que el daño psicológico o clínico aparezca se ha tomado en cuenta fases, la fase de latencia en la cual se estima o es el tiempo en que tardan en aparecer o manifestarse el aprendizaje de la indefensión psicológica, de la persistencia de ésta indefensión ante las agresiones en el ambiente escolar se derivan los síntomas psicológicos y psicomáticos. Éste aprendizaje de indefensión de la víctima se ve potenciado por fenómenos característicos de la etapa de latencia como son:

- *Alteraciones emocionales:* Lo que generan alteraciones en sus relaciones escolares, familiares y sociales, desencadenando un bajo rendimiento escolar por falta de concentración, así como también aislamiento, manifestado o percibido por los otros como tímido, agresivo o raro.
- *Proyección de su frustración e indefensión:* Desencadenando agresión dentro del núcleo familiar y generando conflictos con otros compañeros o profesores.
- *Ausentismo escolar* por el temor a acudir al centro educativo
- *Retraimiento* social hacia sus padres y amigos
- *Disminución progresiva del apoyo social*, por sus comportamientos derivados del acoso.
- *Falta de apoyo*, actitud crítica y cuestionamiento a la víctima por parte de sus educadores.
- *Estigmatización*, dentro de su hogar, del lugar de residencia, grupo de amigos.

Con éste conjunto de factores va contaminando el entorno del niño, produciendo y estableciendo un conjunto de síntomas denominándose daño psicológico, mientras el problema persista y no sea atendido existe la probabilidad de confundir el daño psicológico con un trastorno

de entidad clínica, en donde se deja a un lado la base del problema y se establecen criterios del niño, como si éste tuviera problemas de adaptación, depresivos, olvidando el acoso escolar que éste ha padecido; además el diagnóstico erróneo o la desatención de la problemática permiten que la víctima se ve envuelta o se siga manteniendo en ambientes tóxicos en donde seguirá siendo víctima de acoso. (Piñuel & Oñate, 2006)

#### *Sintomatología:*

Conjunto de manifestaciones, síntomas, derivadas de situaciones, en éste caso acoso escolar que se encuentran alterando las esferas de la víctima, y se ven reflejadas en los comportamientos, sentimientos y emociones de la víctima, es así que Piñuel y Oñate (2006) señala dentro de la sintomatología de daño clínico, síntomas psicológicos y psicosomáticos enlistados mediante 44 afirmaciones para evaluar dicho daño clínico, correspondientes a las definiciones del manual DSM-IV, es así que dentro del manual de Acoso y Violencia Escolar evalúa la presencia de ocho grupos de síntomas:

- *Ansiedad*, lo cataloga en un conjunto de 10 síntomas que forman parte en los cuadros de tipo ansioso y que presentan los niños víctimas de acoso y violencia escolar, tomando en cuenta la interferencia en el desempeño escolar.
- *Estrés postraumático* tomando en cuenta el daño emocional ocasionado por el maltrato verbal, acoso psicológico, aquí los autores toman en cuenta síntomas nucleares como depresión, invasión de visualizaciones recurrentes, vivencia de terror, deterioro y embotamiento intelectual, fallos en la memoria o incapacidad para recordar, pérdida de la concentración, focalización y obsesión, aislamiento social e introversión, incapacidad o dificultades para obtener placer o experimentar alegría, insensibilidad en la afectividad, abandono escolar, insomnio, irritabilidad, hipersensibilidad a la crítica, hipervigilancia.

- *Distimia*, representado o tomado en cuenta en los adolescentes acosados como tristeza, llanto fácil, pérdida de interés por las actividades escolares, juegos, se aburren con facilidad, sensibilidad al rechazo, al fracaso, hablan de escaparse de casa, o se comportan de forma agresiva.
- *Disminución de la autoestima*, los autores evalúan éste síntoma mediante el juicio valorativo negativo de sí mismo o de sus características, lo cual le impide defender lo que no valora.
- *Flashbacks*; lo agrupa al síntomas mediante la invasión de imágenes y recuerdos de las violencias padecidas.
- *Somatización*, éste síntoma lo identifica mediante preguntas que identifican a través de la aparición de sintomatología vegetativa, como ansiedad anticipatoria antes de ir al colegio, dolor de cabeza, estómago, vómito y todas relacionadas al acoso escolar.
- *Autoimagen negativa y autodesprecio* lo identifica mediante la introyección negativa y el desprecio hacia sí mismo. (Piñuel & Oñate, 2006)

## **2.5 HIPÓTESIS**

El índice global y la intensidad de acoso escolar si influyen para que las víctimas desarrollen niveles de daño clínico.

El índice global y la intensidad de acoso escolar no influyen para que las víctimas desarrollen niveles de daño clínico.

## **2.6 SEÑALAMIENTO DE VARIABLES**

### **Variable dependiente:**

Daños clínicos

**Variable independiente:**

Índice global e intensidad de Acoso Escolar

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN**

La presente investigación posee dos enfoques cuantitativo y cualitativos, la primera en torno a la variable independiente que corresponde al índice e intensidad de acoso escolar, la cual revela datos en torno a cantidad, porcentajes de acoso, con una medición controlada, buscando establecer parámetros de totalidad o universalidad, mientras que la variable número dos, la variable dependiente corresponde al enfoque cualitativo puesto que analiza los daños clínicos manifestados en los estudiantes para posterior a esto realizar la correlación de ambas variables.

#### **3.2 MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN**

La presente investigación posee una modalidad de campo en vista de que se realiza en el lugar donde se estudia y origina la problemática; dando lugar a una vivencia real y directa con los adolescentes en los cuales se ejecuta la investigación de ésta manera recogiendo información necesaria, documentada y validada de forma científica con la finalidad de poseer una base y argumentación para proceda a la ejecución y comprobación de resultados. Además una modalidad de intervención social puesto que mediante la propuesta busca establecer un modelo viable de solución de la problemática investigada en el presente trabajo de grado.

### **3.3 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

El documento toma como tipo de investigación lo que corresponde a la Explorativa ya que emite una visión general a cerca de la problemática real estudiada, por otra parte la Descriptiva porque describe las consecuencias en torno al daño psicológico de las víctimas producido por el acoso escolar, realizando comparaciones entre las situaciones establecidas, además se toma en cuenta el tipo de Asociación de variables,, puesto que mide el nivel de relación entre las variables y los sujetos; determinando los modelos de comportamiento o manifestaciones mayoritarias; y por último tenemos de tipo Trasversal puesto que acoge a un grupo determinado de una institución en un tiempo corto de duración.

### **3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA**

#### **Población de estudio:**

- 166 estudiantes:
  - ✓ 163 hombres
  - ✓ 3 mujeres

#### **Muestra:**

- El universo de la población
- $N= n$

**Población excluyente:** Ninguna

### 3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable independiente:

**Cuadro 3.01. Descripción de indicadores básicos en torno al índice global e intensidad de Acoso Escolar**

Conceptualización	Dimensiones	Indicadores	Ítems Básicos	Técnica e instrumentos
<p><b>Acoso escolar:</b></p> <p>Se considera todo tipo de maltrato, físico, verbal, psicológico que afecta la integridad del agredido desde la niñez hasta la adolescencia. (Piñuel &amp; Oñate, 2006)</p>	<p>1. Físico</p> <p>2. Verbal</p> <p>3. Psicológico</p>	<p><b>2 índices globales:</b> índice Global de Acoso e Intensidad del Acoso</p> <p><b>- 8 indicadores del acoso y la violencia escolar:</b> Hostigamiento, Intimidación, Amenazas a la Integridad, Coacciones, Bloqueo Social, etc.</p>	<p>- ¿Me obligan hacer cosas que están mal?</p> <p>- ¿Se ríen de mi cuando me equivoco?</p> <p>- ¿Me pegan puñetazos o patada?</p> <p>-¿Me esperan a la salida para meterse conmigo?</p>	<p><b>Técnica:</b></p> <p>Psicodiagnóstico - Psicometría</p> <p><b>AVE(Acoso y Violencia escolar)</b></p> <p><b>Autor:</b> I. Piñuel y A. Oñate</p> <p>Evaluación de la violencia y el acoso psicológico y físico en el entorno escolar mediante la valoración de los factores de riesgo más</p>

		<p><b>- 4 factores globales de acoso:</b> Hostigamiento, Intimidación, Exclusión y Agresiones</p>	<p>-¿Me hacen gestos para dar miedo?</p> <p>-¿Se burlan de mi apariencia física?</p>	<p>frecuentes y los daños más significativos que habitualmente aparecen en los niños acosados.</p> <p><b>Año:</b> 2006</p> <p><b>Aplicación:</b> Individual y colectiva.</p> <p><b>Tiempo:</b> De 25 a 35 minutos aproximadamente.</p> <p><b>Edad:</b> De 7 a 18 años (de 2° de Primaria a 2° de Bachillerato).</p> <p><b>Cuestionario I : Escalas de Acoso y Violencia Escolar</b></p>
--	--	---	--	---

**Variable dependiente:**

**Cuadro 3.02. Descripción de indicadores básicos en torno a Daños clínicos**

Conceptualización	Dimensiones	Indicadores	Ítems Básicos	Técnica e instrumentos
Reacciones como consecuencia del acoso escolar que están afectando la salud o la integridad psicológica y moral del niño. (Piñuel & Oñate, 2006)	-Daño Psicológico  -Daño moral	- Ansiedad.  - Estrés postraumático  - Distimia,  - Disminución del autoestima.  - Flashbacks;	- ¿Me vienen nervios, ansiedad o angustia sin saber porque?  - ¿Tengo sueños y pesadillas horribles?  - ¿Suelo tener ganas de llorar?  - ¿Creo que nadie me aprecia?  - ¿A veces me viene recuerdos	<b>Técnica :</b> Psicodiagnóstico- Psicometría.  <b>AVE(Acoso y Violencia escolar)</b>  <b>Autor:</b> I. Piñuel y A. Oñate  Evaluación de la violencia y el acoso psicológico y físico en el entorno escolar mediante la valoración de los factores de riesgo más frecuentes y los daños más significativos que

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Somatización.</li> <li>- Autoimagen negativa</li> <li>- Auto-desprecio</li> </ul>	<p>horribles mientras estoy despierto?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Suelo estar más enfermo que los demás?</li> <li>- ¿Creo que soy muy torpe?</li> <li>- ¿Algunas veces me odio a mí mismo?</li> </ul>	<p>habitualmente aparecen en los niños acosados.</p> <p><b>Año:</b> 2006</p> <p><b>Aplicación:</b> Individual y colectiva.</p> <p><b>Tiempo:</b> De 25 a 35 minutos aproximadamente.</p> <p><b>Edad:</b> De 7 a 18 años (de 2° de Primaria a 2° de Bachillerato).</p> <p><b>Cuestionario II: Escalas Clínicas</b></p>
--	--	--	--	---

### **3.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS**

TEST:

#### **AVE (Acoso y Violencia escolar)**

**Autor:** I. Piñuel y A. Oñate

Evaluación de la violencia y el acoso psicológico y físico en el entorno escolar mediante la valoración de los factores de riesgo más frecuentes y los daños más significativos que habitualmente aparecen en los niños acosados.

**Aplicación:** Individual y colectiva.

**Tiempo:** De 25 a 35 minutos aproximadamente.

**Edad:** De 7 a 18 años (de 2º de Primaria a 2º de Bachillerato).

**Categorías:**

CLÍNICA, adaptación y conducta.

ESCOLAR, acoso escolar.

**Mediante un cuestionario de auto-informe de 94 ítems se obtienen 22 indicadores:**

**Dividido en dos cuestionarios:**

**Cuestionario I: Escalas de acoso y violencia escolar**

- **Índices globales:**
  - ✓ Índice Global de Acoso e Intensidad del Acoso
- **8 indicadores del acoso y la violencia escolar:**
  - ✓ Hostigamiento
  - ✓ Intimidación
  - ✓ Amenazas a la Integridad
  - ✓ Coacciones

- ✓ Bloqueo Social
- ✓ Exclusión Social
- ✓ Manipulación Social
- ✓ Agresiones
- **4 factores globales de acoso:**
  - ✓ Hostigamiento
  - ✓ Intimidación
  - ✓ Exclusión
  - ✓ Agresiones

#### **Cuestionario II: Escalas clínicas**

- **8 escalas clínicas** que complementan la evaluación de la situación de acoso y violencia mediante la medición y el diagnóstico de los posibles daños en la esfera emocional y afectiva.
  - ✓ Ansiedad
  - ✓ Estrés postraumático
  - ✓ Distimia
  - ✓ Disminución de la Autoestima
  - ✓ Flashbacks
  - ✓ Somatización
  - ✓ Autoimagen negativa
  - ✓ Autodesprecio

### **3.7 PLAN DE PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN**

- Aplicación del test, con sus dos cuestionarios, I escala de acoso y violencia escolar; II escala de daño clínico.
- Revisión de la información recogida, limpieza de información incompleta, contradictoria, no pertinente.
- Repetición de la recolección de información de los test no válidos, de estudiantes que entregaron de forma incompleta o llenado en forma inadecuada.
- Tabulación y cuadros de cada una de las variables, con estudio estadístico.
- Análisis de correlación y cruce de variables

**CAPÍTULO IV**  
**ANÁLISIS DE DATOS**

**4.1 RESULTADOS DE LAS VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS**

Se considerarán las variables: edad, sexo y paralelo como indicadores socio-demográficos a fin de identificar el comportamiento general de la muestra para ello se procedió a la realización de un análisis estadístico de cada una de las variables.

En el caso de las variables ordinales como son: Sexo y Paralelo la información se muestra presentando la frecuencia (*f*) que alcanzaron, junto con el porcentaje (%), como prueba de contraste de la hipótesis se utilizó la prueba Ji Cuadrado ( $X^2$ ) para identificar la existencia o no de diferencias (Ver cuadro 04.01).

<i>Cuadro 4.01. Análisis sociodemográfico de la muestra evaluada</i>			
<i>Variables</i>	<i>Estadísticos</i>		<i>Contraste</i>
	<i>Media</i>	<i>Desv. Est.</i>	
<i>Edad</i>	12,3	0.49	
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	$X^2$
<i>Sexo</i>			
<b>Femenino</b>	6	3,6%	142.8***
<b>Masculino</b>	160	96.4%	
<i>Paralelo</i>			
<b>A</b>	43	25,9%	0.41
<b>B</b>	40	24,1%	
<b>C</b>	44	26,5%	
<b>D</b>	39	23,5%	

*Nota: \* p<0,05; \*\* p<0,01; \*\*\*p<0,001*

Elaborado por : Navarro, 2015

### **Análisis:**

Con respecto a la edad, la muestra presente una media de  $M=12,3$  años, con una desviación típica de  $Dt= 0.49$ ; las edades comprendidas de las muestra oscilaron entre 11 y 14 años de edad, la edad que más se repite es 12 años. En lo que se refiere al sexo, el 3,6% de las unidades muestrales corresponden a mujeres y el 96,4% son hombres, la prueba Ji Cuadrado ( $X^2$ ) muestra  $X^2(1)= 142.8$ ;  $p<0,001$  lo que se traduce que no existe una distribución proporcional por género en la muestra; en cuanto a los paralelos no hay diferencias estadísticamente significativas.

## **4.2 RESULTADOS EN LA EVALUACIÓN DEL ACOSO Y VIOLENCIA ESCOLAR. DESCRIPTORES Y ANÁLISIS DE CONSISTENCIA INTERNA**

El análisis inicial comprende un estudio descriptivo de los principales valores obtenidos posterior a la aplicación de la evaluación con la Escala de Acoso Escolar distribuida en ocho indicadores: hostigamiento, intimidación, amenazas, coacciones, bloqueo social, exclusión social, manipulación social, agresiones y sus dos escalas de medición del acoso que son: el Índice global de acoso y la Intensidad del acoso.

Los resultados se describen a través de la representación de las medias obtenidas de cada uno de los indicadores, el error típico de la media, la desviación típica o estándar y los intervalos de confianza superior e inferior al 95%.

**Cuadro 4.02. Análisis descriptivo de los resultados de la Escala de Acoso Escolar**

<b>Indicadores</b>	<b>Media</b>		<b>Desv. típ.</b>	<b>Intervalos</b>	
	<b>Estadístico</b>	<b>Error típico</b>	<b>Estadístico</b>	<b>Inferior</b>	<b>Superior</b>
Hostigamiento	3,9398	0,24982	3,21869	3,4465	4,4330
Intimidación	0,6325	0,07752	0,99874	0,4795	0,7856
Amenazas	0,3494	0,05258	0,67750	0,2456	0,4532
Coacciones	0,6205	0,07278	0,93773	0,4768	0,7642
Bloqueo	1,3614	0,10506	1,35359	1,1540	1,5689
Exclusión	1,0422	0,11218	1,44538	0,8207	1,2637
Manipulación	2,8554	0,17010	2,19162	2,5196	3,1913
Agresiones	3,9940	0,20570	2,65032	3,5878	4,4001
Índice Global acoso	14,7952	0,80481	10,36925	13,2061	16,3842
Intensidad del acoso	1,5663	0,21641	2,78826	1,1390	1,9936

---

**Nota:**  $n = 166$ .

Elaborado por: Navarro, 2015

### **Análisis**

En el indicador de Hostigamiento, se puede evidenciar que la media obtenida a través de la muestra corresponde a  $M = 3,93$  puntos, una Desviación típica de  $Dt = 3,21$ , los intervalos de confianza al 95% muestra que la  $M$  se encuentra contenida entre el  $Li = 3,45$  y  $Ls = 4,43$  con un error típico de  $Etm = 0,25$ . El punto de corte para este indicador es de 12 puntos (50% del máximo total) y por lo tanto la media de la muestra estudiada en el indicador de hostigamiento se encuentra por debajo del mencionado punto de corte.

En el factor de Intimidación, podemos observar que la media obtenida a través de la muestra corresponde a  $M = 0,63$  puntos, con una Desviación típica de  $Dt = 0,99$ , los intervalos de confianza al 95% muestra que la  $M$  se encuentra contenida entre el  $Li = 0,48$  y  $Ls = 0,79$  con un error típico de  $Etm = 0,08$ . El punto de corte para este indicador es de 5 puntos (50% del máximo total) y por lo cual la media de la muestra estudiada en el indicador intimidación se encuentra por debajo del mencionado punto de corte.

En el indicador de Amenazas, se puede evidenciar que la media obtenida a través de la muestra corresponde a  $M = 0,35$  puntos, una Desviación típica de  $Dt = 0,68$ , los intervalos de confianza al 95% muestra que la  $M$  se encuentra contenida entre el  $Li = 0,24$  y  $Ls = 0,45$ , con un error típico de  $Etm = 0,05$ . El punto de corte para este indicador es de 4 puntos (50% del máximo total) y por lo tanto la media de la muestra estudiada en el indicador de amenazas se encuentra por debajo del mencionado punto de corte.

En el indicador de coacciones, se puede evidenciar que la media obtenida a través de la muestra corresponde a  $M = 0,62$  puntos, una Desviación típica de  $Dt = 0,94$ , los intervalos de confianza al 95% muestra que la  $M$  se encuentra contenida entre el  $Li = 0,48$  y  $Ls = 0,76$  con un error típico de

$Etm= 0,07$ . El punto de corte para este indicador es de 4 puntos (50% del máximo total) y por lo tanto la media de la muestra estudiada en el indicador de coacciones se encuentra por debajo del mencionado punto de corte.

En el factor de bloqueo, se puede evidenciar que la media obtenida a través de la muestra corresponde a  $M= 1,36$  puntos, una Desviación típica de  $Dt= 1,35$ , los intervalos de confianza al 95% muestra que la  $M$  se encuentra contenida entre el  $Li= 1,15$  y  $Ls= 1,57$  con un error típico de  $Etm= 0,10$ . El punto de corte para este indicador es de 5 puntos (50% del máximo total) y por lo tanto la media de la muestra estudiada en el indicador de hostigamiento se encuentra por debajo del mencionado punto de corte.

En el indicador de exclusión social, se puede evidenciar que la media obtenida a través de la muestra corresponde a  $M= 1,04$  puntos, una Desviación típica de  $Dt= 1,44$ , los intervalos de confianza al 95% muestra que la  $M$  se encuentra contenida entre el  $Li= 0,82$  y  $Ls= 1,26$  con un error típico de  $Etm= 0,11$ . El punto de corte para este indicador es de 5 puntos (50% del máximo total) y por lo tanto la media de la muestra estudiada en el indicador de exclusión social se encuentra por debajo del mencionado punto de corte.

En el factor de manipulación social, se puede evidenciar que la media obtenida a través de la muestra corresponde a  $M= 2,85$  puntos, una Desviación típica de  $Dt= 2,19$ , los intervalos de confianza al 95% muestra que la  $M$  se encuentra contenida entre el  $Li= 2,52$  y  $Ls= 3,19$  con un error típico de  $Etm= 0,17$ . El punto de corte para este indicador es de 7 puntos (50% del máximo total) y por lo tanto la media de la muestra estudiada en el indicador de hostigamiento se encuentra por debajo del mencionado punto de corte.

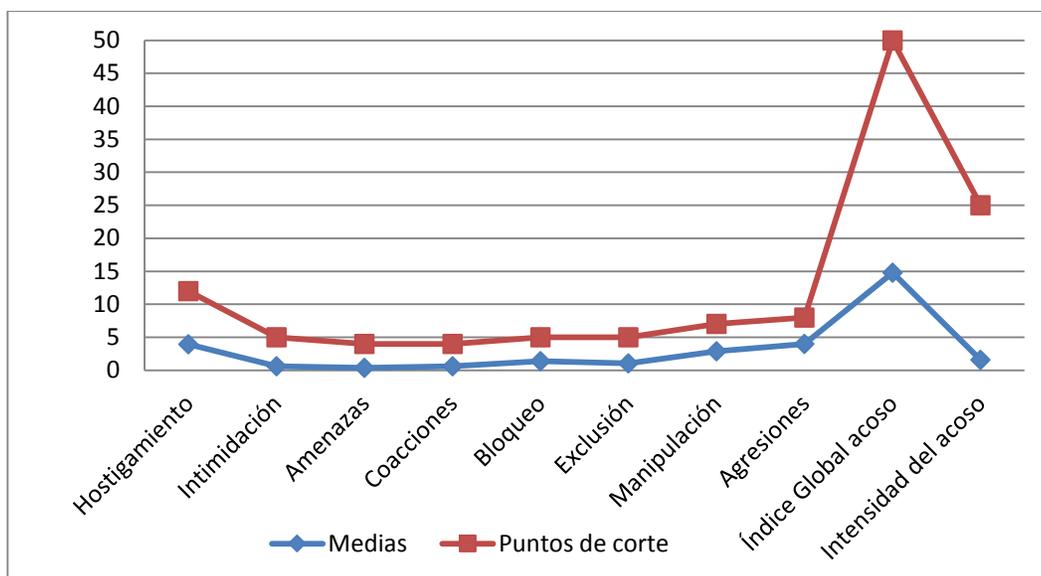
En el indicador de Agresiones, se puede evidenciar que la media obtenida a través de la muestra corresponde a  $M= 4$  puntos, una Desviación típica de  $Dt= 2,65$ , los intervalos de confianza al 95%

muestra que la  $M$  se encuentra contenida entre el  $Li= 3,59$  y  $Ls= 4,40$  con un error típico de  $Etm= 0,20$ . El punto de corte para este indicador es de 8 puntos (50% del máximo total) y por lo tanto la media de la muestra estudiada en el indicador de hostigamiento se encuentra por debajo del mencionado punto de corte.

En el indicador de Hostigamiento, se puede evidenciar que la media obtenida a través de la muestra corresponde a  $M= 3,93$  puntos, una Desviación típica de  $Dt= 3,21$ , los intervalos de confianza al 95% muestra que la  $M$  se encuentra contenida entre el  $Li= 3,45$  y  $Ls= 4,43$  con un error típico de  $Etm= 0,25$ . El punto de corte para este indicador es de 12 puntos (50% del máximo total) y por lo tanto la media de la muestra estudiada en el indicador de hostigamiento se encuentra por debajo del mencionado punto de corte.

En el Índice Global de Acoso, se puede evidenciar que la media obtenida a través de la muestra corresponde a  $M= 14,80$  puntos, una Desviación típica de  $Dt= 10,37$ , los intervalos de confianza al 95% muestra que la  $M$  se encuentra contenida entre el  $Li= 13,21$  y  $Ls= 16,38$  con un error típico de  $Etm= 0,80$ . El punto de corte para este indicador es de 50 puntos (50% del máximo total) y por lo tanto la media de la muestra estudiada en el indicador de hostigamiento se encuentra por debajo del mencionado punto de corte.

En la intensidad del acoso, se puede evidenciar que la media obtenida a través de la muestra corresponde a  $M= 1,57$  puntos, una Desviación típica de  $Dt= 2,79$ , los intervalos de confianza al 95% muestra que la  $M$  se encuentra contenida entre el  $Li= 1,14$  y  $Ls= 2$  con un error típico de  $Etm= 0,22$ . El punto de corte para este indicador es de 25 puntos (50% del máximo total) y por lo tanto la media de la muestra estudiada en el indicador de hostigamiento se encuentra por debajo del mencionado punto de corte.



**Gráfico 4.01.** Indicadores de Acoso y Violencia escolar con sus medias obtenidas y comparadas con el punto de corte.

Elaborado por: Navarro, 2014

### Interpretación:

En el gráfico se puede observar que de manera general el grupo de estudiantes que han sido evaluados no se muestra con problemas manifiestos en el análisis de resultados de la aplicación del test de Acoso y Violencia Escolar.

#### 4.2.1 ANÁLISIS DE CONSISTENCIA INTERNA DE LA ESCALA DE ACOSO Y VIOLENCIA ESCOLAR (AVE)

Para verificar el grado de confiabilidad de la consistencia interna de la Escala de Acoso y Violencia Escolar en los participantes evaluados y concluir si el instrumento utilizado y la participación de los evaluados tuvieron la capacidad de medir el constructo, que se pretende cualificar, se procedió a aplicar el coeficiente de fiabilidad Alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) y conocer así el grado de fiabilidad y consistencia interna de los factores, que componen el instrumento de evaluación (Ver cuadro 4.03).

<b>Cuadro 4.03. Análisis de Consistencia interna del AVE</b>		
<b>Indicadores</b>	<b>Items</b>	<b>Alpha</b>
		<b>Estadístico</b>
Hostigamiento	6, 9, 10, 16, 32,33, 34, 35, 36, 44, 46, 50	0.753
Intimidación	28, 40, 41, 42, 43	0.547
Amenazas	7, 39, 47, 48	0.303
Coacciones	8, 11, 12, 13	0.419
Bloqueo	1, 4, 17, 18, 31	0.445
Exclusión	5, 2, 10, 21, 22	0.631
Manipulación	3, 25, 30, 37, 38, 45, 49	0.676
Agresiones	14, 15, 16, 19, 24, 25, 27, 29	0.719
Índice Global acoso	Todos los ítems	0.912

**Nota: n = 87**

Elaborado por: Navarro, 2014

### **Análisis**

Con respecto a los criterios de validez interna del instrumento AVE, se aplicó a cada uno de los indicadores el coeficiente de fiabilidad ( $\alpha$ ), se interpreta el valor del coeficiente como de mayor fiabilidad cuando más se acerca a uno. En el indicador hostigamiento se obtuvo un resultado de  $\alpha = 0,753$ ; en el indicador intimidación  $\alpha=0,547$ ; en amenazas  $\alpha=0,303$ ; coacciones  $\alpha=0,419$ ; bloqueo  $\alpha=0,445$ ; exclusión  $\alpha=0,631$ ; manipulación  $\alpha=0,676$ ; agresiones  $\alpha=0,719$ . Finalmente el índice global de acoso muestra en su conjunto un alpha de Cronbach de  $\alpha = 0,912$ .

### **Interpretación**

Las interpretaciones de confiabilidad de los valores que se encuentran por debajo de 0.6 (intimidación, amenazas, coacciones, bloqueo social) se consideran para la descripción de un grupo como cuestionables con respecto a su confiabilidad. Por el contrario los indicadores hostigamiento, agresiones muestran un criterio de confiabilidad aceptable en la descripción del grupo evaluado y en el caso del índice global de acoso se lo interpreta como un nivel de confiabilidad muy aceptable. Lo que permite interpretar que el test aplicado, de forma segmentada por áreas o indicadores posee una confiabilidad cuestionable, mientras que de forma general es

altamente confiable, lo que conlleva a tomar en cuenta que el test debe ser aplicado e interpretado de forma unificada y en su totalidad, para obtener mejores resultados; ya que por áreas existe riesgo de una interpretación con un margen de error significativo; es por esto que en ésta ocasión se toma en cuenta la totalidad del test y los resultados, teniendo así una fiabilidad y consistencia muy buena para la validez de la investigación (Morales Vallejo, 2007, pág. 15)

### 4.3 ANÁLISIS DE LA MUESTRA SEGÚN LAS CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS OBTENIDAS A TRAVÉS DEL AVE

Para clasificar el acoso escolar se ha toma en cuenta cuatro categorías diagnósticas con puntuaciones establecidas en los baremos generales que indican los rangos de acoso en los que se encuentra la población investigada; en el cuadro 4.04 y 4.05 se puede observar los resultados obtenidos divididos en porcentajes acorde a la población estudiada entorno al Índice Global de Acoso y la Intensidad de Acoso; además se procedió a la aplicación de hipótesis nula, para observar la proporcionalidad de las categorías. A continuación se muestran las categorías con sus respectivas puntuaciones:

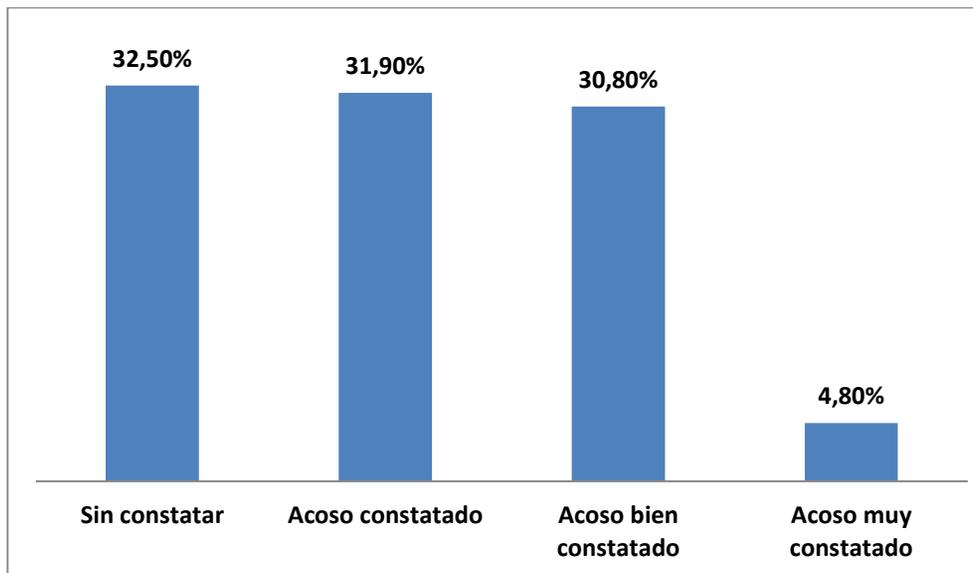
- Entre 0 a 8, puntos sin constatar (SC).
- Entre 9 a 16 puntos acoso constatado (C).
- Entre 17 a 36 puntos acoso bien constatado (CC).
- Entre 37 a 100 puntos, muy constatado (CCC).

<b>Categorías</b>	<b>N =166</b>		<b>Prueba de hipótesis nula</b>			
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>N observado</b>	<b>N esperado</b>	<b>Residual</b>	<b>X<sup>2</sup></b>
Sin constatar	54	32,5%	54	41,5	12,5	(3)36,169***
Acoso constatado	53	31,9%	53	41,5	11,5	
Acoso bien constatado	51	30,8%	51	41,5	9,5	
Acoso muy constatado	8	4,8%	8	41,5	-33,5	

**Nota:** \* p<0,05; \*\* p<0,01; \*\*\*p<0,001

## Análisis

La evaluación de las categorías diagnósticas del Índice Global de Acoso del AVE, muestran que el 32,5% de la muestra se encuentran en la categoría de SC, el 31,9% en el tipo de C, el 30,8% se encuentran en el CC y el 4,8% de la muestra en la categoría de CCC. La prueba de hipótesis nula mostró que  $X^2_{(3)} = 36,169$ ;  $p < 0,01$ , lo que quiere decir que la proporcionalidad de las categorías no son iguales y esto es estadísticamente significativo, luego se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa (la proporcionalidad de las categorías no son iguales). Resalta una diferenciación entre las categorías Acoso sin Constatar, Acoso Constatado, Acoso bien Constatado con respecto al Acoso muy constatado (Ver gráfico 4.02).



**Gráfico 4.02.** La distribución de las categorías diagnósticas en la evaluación del Índice Global de Acoso, muestra mayor proporcionalidad en las Categorías: Acoso sin Constatar, Acoso Constatado y Acoso bien constatado y además refiere diferencias significativas con la categoría Acoso muy constatado.

## Interpretación

En cuanto a la distribución de las categorías dentro del Índice Global de Acoso cabe mencionar que se mide mediante la frecuencia con que el niño señala que ocurre es así que puedo decir que el estudiantado se encuentra en un índice alto de percepción de maltrato escolar, puesto que si sumamos las categorías significativas desde acoso constatado, acoso bien constatado, y acoso muy constatado, podremos ver que sobrepasa el 50% del estudiantado investigado, lo que demuestra que la mayoría de la población se encuentra desenvolviendo en un ambiente escolar desfavorable, puesto que de acuerdo a mi punto de vista la forma de comunicación y expresión de emociones entre pares no es la adecuada, ya que resalta que se utiliza la violencia como expresión de pensamientos, sentimientos y emociones, por ende los vínculos sociales, o las relaciones sociales entre pares no son las más adecuadas; mencionando que es una población muy vulnerable a seguir cayendo en el acoso escolar y seguir agravándose hasta llegar al acoso muy constatado en cuánto éste, que equivale a la población minoritaria, aunque sus cifras se denotan bajas, es una población que manifiesta una alarmante problemática en los estudiantes quienes podrían estar padeciendo de consecuencias que les impide desarrollarse de forma adecuada, tornándolos vulnerables ante el acoso escolar.

**Cuadro 4.05. Distribución por categorías diagnósticas en la Intensidad del Acoso del AVE**

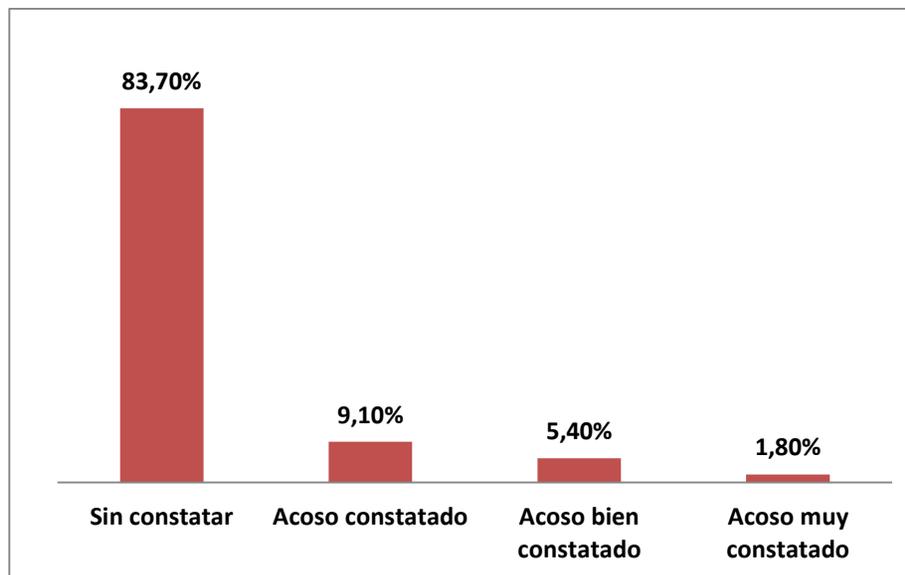
Categorías	N =166		Prueba de hipótesis nula			X <sup>2</sup>
	n	%	N observado	N esperado	Residual	
Sin constatar	139	83,7%	139	41,5	97,5	(3)307,157** *
Acoso constatado	15	9,1%	15	41,5	-26,5	
Acoso bien constatado	9	5,4%	9	41,5	-32,5	
Acoso muy constatado	3	1,8%	3	41,5	-38,5	

**Nota:** \* p<0,05; \*\* p<0,01; \*\*\*p<0,001

Elaborado por: Navarro, 2014

## Análisis

La evaluación de las categorías diagnósticas según la intensidad del acoso del AVE, mostró que el 83,7% de la muestra se encuentran en la categoría de SC, el 9,1% en el tipo de C, el 5,4% se encuentran en el CC y el 1,8% de la muestra en la categoría de CCC. La prueba de hipótesis nula mostró que  $X^2_{(3)} = 307,157$ ;  $p < 0,01$ , lo que quiere decir que la proporcionalidad de las categorías no son iguales y esto es estadísticamente significativo, luego se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa (la proporcionalidad de las categorías no son iguales). Resalta una diferenciación entre las categorías Acoso sin Constatar, Acoso Constatado, Acoso bien Constatado con respecto al Acoso muy constatado (Ver gráfico 4.02).



**Gráfico 4.03.** La distribución de las categorías diagnósticas en la evaluación de la Intensidad de Acoso, no muestra proporcionalidad

## Interpretación

Se debe considerar que en la escala de intensidad de acoso se toma en cuenta únicamente la totalidad de los valores exclusivos de la categoría ‘muchas veces’, para de ésta manera se permita establecer la intensidad con la que el niño percibe el acoso, concretando el adolescente que se encuentra más afectado, inmiscuido en un ambiente de violencia escolar con un grado de gravedad alto.

Por lo tanto en la totalidad de la escala de intensidad de acoso es menor que el índice global, ya que sirve para identificar de entre los participantes el grupo que presenta mayor vulneración que es cerca del 4% de la muestra; sin embargo aunque la puntuación se muestre baje, nos indica que éste porción de la población se torna en un blanco fácil de padecer acoso escolar de forma reiterada, se siga intensificando, y las víctimas no puedan comunicarlo a las autoridades, de ésta manera el grupo no sólo está en riesgo de ser acosado con mayor fuerza, si no que puede desarrollar daño clínico significativo que afectará su desempeño escolar, personal, social y familiar.

#### **4.4 COMPROBACIÓN DE SUPUESTOS ESTADÍSTICOS Y ANÁLISIS COMPARATIVO DEL ACOSO ESCOLAR, DISTRIBUIDO POR PARALELOS**

##### **4.4.1 ANÁLISIS DE SUPUESTOS ESTADÍSTICOS**

En esta sección de la presente investigación y como paso previo a un análisis comparativo, se procedió a conocer si en el análisis de la varianza se cumplen o no los supuestos de independencia, homogeneidad y de normalidad. Esto con el fin de poder tomar decisiones a futuro en la elección de las pruebas de hipótesis nula apropiada para el proceso de verificación del Índice Global de Acoso.

##### **a. Prueba de normalidad**

**Ho:** La distribución de las observaciones es normal.

**H1:** La distribución de las observaciones no es normal.

Para la comprobación del supuesto de normalidad se procedió a aplicar la prueba de Kolmogorov-Smirnov con la corrección de Lilliefors, ya que el número de observaciones es superior a 50 ( $n > 50$ ). Una vez aplicada la prueba, el resultado de la distribución presentó los siguientes resultados: Paralelo A:  $K-S_{(43)} = 0.150$ ;  $p > .01$ ; Paralelo B:  $K-S_{(40)} = 0.154$ ;  $p > .01$ ; Paralelo C:  $K-S_{(44)} = 0.145$ ;  $p > .01$  y Paralelo D:  $K-S_{(39)} = 0.120$ ;  $p > .05$ . Los resultados de la prueba muestran que existe diferencias significativas en la distribución de las observaciones por paralelos, por lo tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis que señala que la distribución de las observaciones no es normal.

#### **b. Prueba de homogeneidad**

Para la comprobación de la homogeneidad de la varianza se procedió a la aplicación de la prueba de Levene, con el fin de identificar si existe o no homogeneidad en la distribución de la varianza. Los resultados obtenidos mostraron que:  $Levene_{(3, 162)} = 0.750$ ;  $p > .05$ . Esto significa que existe homogeneidad de la varianza en la distribución de la muestra por paralelos.

#### **c. Prueba de independencia**

Finalmente para la comprobación de la independencia de las observaciones, se procedió a la aplicación de la prueba de Rachas, con el fin de identificar si existe o no independencia en las observaciones. Los resultados obtenidos mostraron que:  $Rachas = 13.0$ ;  $p > .05$ . Esto significa que existe independencia en las observaciones obtenidas de la muestra.

La comprobación de los supuestos estadísticos muestra que no se cumple el supuesto estadístico de normalidad, mientras que para los supuestos de homogeneidad e independencia, estos si se cumple. Por lo tanto, las conclusiones obtenidas permitirán la toma de decisiones con respecto al uso de pruebas de verificación de hipótesis nula más adecuada para el presente estudio.

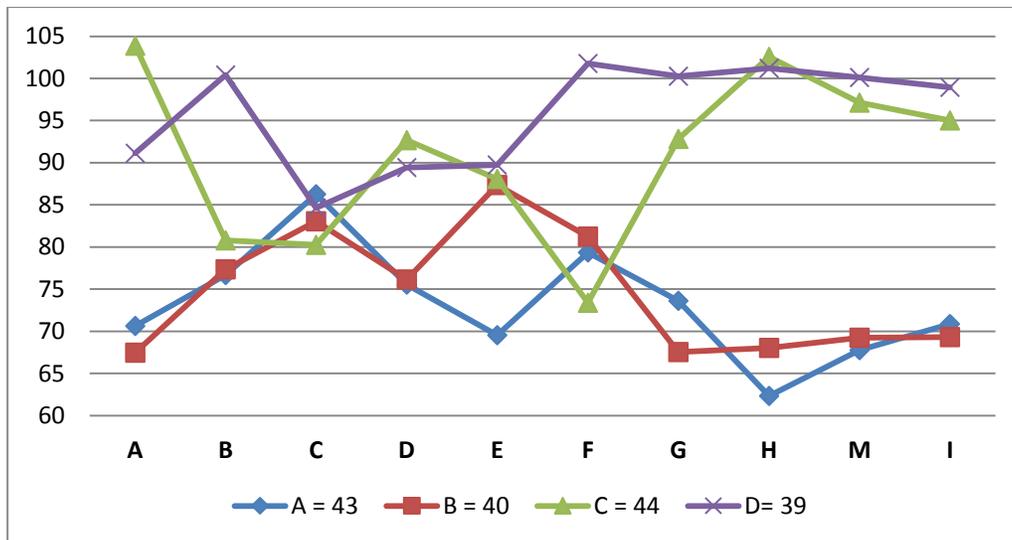
#### 4.4.2 DIFERENCIAS DEL ACOSO ESCOLAR EN LOS PARTICIPANTES DISTRIBUIDOS POR PARALELOS

El objetivo de esta sección se centró en comparar si existen diferencias o no que tienen las unidades muestrales por paralelos en la presencia de los indicadores del Acoso Escolar y entre sus indicadores. Debido a que no se comprobó el supuesto de normalidad en la distribución de la muestra se optó por un análisis del rango obtenido de cada uno de los paralelos en vez de un análisis de las respectivas medias. Para la comprobación de la hipótesis nula ( $H_0$ : no existen diferencias entre paralelos) se procedió a la aplicación de la prueba *H de Kruskal Wallis*, la que se encarga de verificar la existencia o no de diferencias significativas por medio de los rangos (Ver cuadro 4.05)

<b>Cuadro 4.06. Diferencias del acoso escolar por paralelos</b>						
Indicadores	<b>A = 43</b>	<b>B = 40</b>	<b>C = 44</b>	<b>D = 39</b>	<b><math>\chi^2</math> gl (3)</b>	
	<b>Rango Prom.</b>	<b>Rango Prom.</b>	<b>Rango Prom.</b>	<b>Rango Prom.</b>		
Hostigamiento	70,63	67,48	103,88	91,14	16,691***	C,D>A,B
Intimidación	76,66	77,36	80,77	100,41	8,562**	D,C>B,A
Amenazas	86,26	83,04	80,24	84,62	0,638	
Coacciones	75,53	76,16	92,69	89,44	5,576	
Bloqueo	69,55	87,36	88,09	89,74	5,310	
Exclusión	79,36	81,25	73,39	101,78	9,452*	D,C>B,A
Manipulación	73,60	67,55	92,82	100,26	12,885**	D,C>A,B
Agresiones	62,33	68,04	102,56	101,21	25,058***	C,D>B,A
Índice de acoso	67,77	69,23	97,13	100,12	16,357***	D,C>B,A
Intensidad de acoso	70,86	69,33	95,03	98,96	14,406**	D,C>A,B
<b>Nota: * <math>p &lt; .05</math>; ** <math>p &lt; .01</math>; *** <math>p &lt; .001</math></b>						

#### Análisis

El análisis del cuadro 4.05 muestra que en el indicador hostigamiento existen diferencias significativas entre los rangos obtenidos de los distintos paralelos  $X^2=16.691$ ;  $p < .001$ , los valores de los paralelos C y D son mayores a los valores de los paralelos A y B, es decir existe una mayor presencia de hostigamiento en los primeros. En lo que respecta al indicador intimidación  $X^2=8.562$ ;  $p < .01$ , se aprecia diferencias significativas entre los paralelos D y C con respecto a los paralelos B y A, mostrando una mayor presencia en los primeros. En lo que respecta a la exclusión social  $X^2=9.452$ ;  $p < .05$  se constata la presencia de diferencias significativas entre los paralelos D y C que son mucho mayores sus rangos que en los paralelos B y A. Por otra parte en el indicador manipulación social  $X^2=12.885$ ;  $p < .01$  se observa diferencias significativas entre los paralelos D y C en donde sus rangos son mayores que en los paralelos A y B. Respecto a la escala agresiones  $X^2=25,058$ ;  $p < .001$  se verifica la presencia de diferencias significativas entre los paralelos C y D en donde sus rangos son elevados a diferencia de los paralelos B y A. Cabe mencionar que en cuanto a Índice Global de Acoso  $X^2=16,357$ ;  $p < .001$  se puede denotar que en los paralelos D y C los rangos se encuentran por encima de los paralelos B y A con una diferencia significativa. Por último dentro de la Intensidad de Acoso  $X^2=14,406$ ;  $p < .01$ , se constata que los paralelos D y C muestran rangos altos con diferencias significativas en relación a los paralelos A y B.



**Leyenda:** A: Hostigamiento, B: Intimidación, C: Amenazas, D: Coacciones, E: Bloqueo, F: Exclusión, G: Manipulación, H: Agresiones, I: Índice de Acoso, J: Intensidad del acoso.

**Gráfico 4.04** Perfiles del Acoso y Violencia Escolar de los participantes distribuidos por paralelos de acuerdo a los diversos indicadores.

## Interpretación

En cuanto a la distribución por paralelos haciendo un análisis general y líneal (Ver Gráfico 4.04) se puede denotar claramente que los paralelos D y C se encuentran con puntuaciones elevadas en relación a los paralelos A y B, existen grandes diferencias, lo que me conlleva a pensar que en los primeros paralelos la forma de convivencia y de relación entre estudiantes está enmarcado en un conjunto de agresiones como el hostigamiento que engloba comportamientos de odio, ridiculización, burla, menosprecio, apodosos, imitación burlesca, además de desempeñarse en un ambiente de exclusión social, es decir evitar jugar o aislar a la víctima, por otra parte podemos denotar que resalta la manipulación social lo que significa que los agresores pretenden distorsionar la imagen de la víctima para de esta manera éste sea rechazado de su medio, en este caso del ambiente escolar, en cuanto a las agresiones puedo decir que éstos paralelos D y C se encuentran inmiscuidos en un sin número de agresiones físicas, robo de pertenencias, insultos gritos; todas éstas

sub-escalas se demarcan como su medio de relacionarse en rangos elevados a diferencia de los paralelos A y B.

En las escalas generales como los son El Índice Global de Acoso Escolar y la Intensidad de Acoso, se puede verificar que los paralelos D y C están desarrollándose en un ambiente de acoso muy enmarcado, probablemente estableciéndose ésta forma de convivencia en algo diario como formas de comunicación o de relación social entre pares con una mayor intensidad que en los paralelos A y B, es decir los paralelos D y C son un grupo de la población vulnerable y más afectada en lo que concierne al Acoso escolar.

#### 4.5 CORRELACIONES BI-VARIADAS Y ANÁLISIS DE REGRESIÓN ENTRE LOS INDICADORES DEL ÍNDICE DE ACOSO ESCOLAR

En esta sección se procedió a un análisis de inter-correlaciones o de correlaciones bi-variadas entre los indicadores hostigamiento, intimidación, amenazas, coacciones, bloqueo, exclusión, manipulación y agresiones, y que constituyen el Índice de Acoso Escolar para determinar los indicadores que presentan mayor correlación con la totalidad de la escala. Para ello se procedió a un análisis de inter-correlaciones a través de la prueba *r de Pearson* (Ver cuadro 0.07).

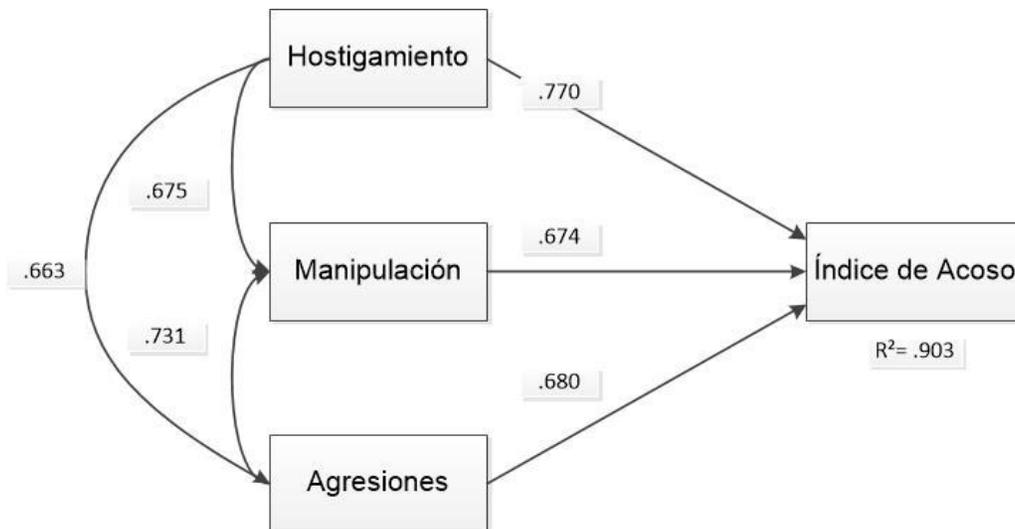
**Cuadro 4.07. Correlaciones bi-variadas entre los indicadores del Índice de Acoso Escolar con el resultado global de la escala**

Indicadores	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Hostigamiento	1								
Intimidación	,444**	1							
Amenazas	,421**	,630**	1						
Coacciones	,388**	,465**	,477**	1					
Bloqueo	,543**	,556**	,403**	,376**	1				
Exclusión	,570**	,464**	,455**	,450**	,636**	1			
Manipulación	,675**	,441**	,385**	,421**	,385**	,411**	1		
Agresiones	,663**	,423**	,329**	,470**	,408**	,370**	,731**	1	
Índice de acoso	,878**	,656**	,581**	,608**	,688**	,696**	,821**	,825**	1

**Nota:** \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

## Análisis

Los indicadores del acoso escolar que presentan mayor correlaciones, es decir que predicen mejor el acoso escolar fueron: Hostigamiento con  $r = .878$ ;  $p < .001$ , manipulación con  $r = .821$ ;  $p < .001$  y agresiones con  $r = .825$ ;  $p < .001$ . Todos los valores resultantes son mayores a 0.7, hecho que sugiere que existe una correlación alta entre los indicadores del acoso y el índice de diagnóstico general. Es decir, se evidencia que los componentes predominantes en la formulación del acoso escolar en la muestra estudiada son el hostigamiento, la manipulación y las agresiones (Gráfico 4.03).



**Gráfico 4.05.** Modelo explicativo de los indicadores que predicen mejor el acoso escolar en la muestra seleccionada.

## Análisis

El gráfico 4.05 muestra el modelo explicativo con los indicadores que predicen mejor el Índice de Acoso, las regresiones lineales individuales muestran para el hostigamiento  $R^2 = .770$ , la manipulación  $R^2 = .674$  y las Agresiones  $R^2 = .680$ . El modelo se completa al realizar una regresión lineal con los tres indicadores de mayor correlación con respecto al Índice de Acoso obteniendo

en el modelo  $R^2 = .903$  lo que quiere decir que el 90.3% de la varianza de la muestra es explicada por la influencia de los indicadores mencionados.

### Interpretación

Lo que en éste caso puedo decir que si se trabaja en la disminución de hostigamiento, manipulación social y agresiones, disminuirémos en un 90% el índice de acoso escolar, en vista de que estas tres categorías están relacionadas directamente entorno al acoso escolar.

#### 4.5.1 ANÁLISIS DE CORRELACIÓN ENTRE EL ÍNDICE DE ACOSO Y LA INTENSIDAD DE ACOSO

Ya que la Escala de Acoso y Violencia Escolar está compuesta para el diagnóstico tanto del Índice de Acoso y de la Intensidad de Acoso es oportuno identificar si entre éstos dos índices existe una asociación adecuada en la identificación del acoso y violencia escolar. Para ello se procedió a la realización de un análisis de correlación entre los mencionados indicadores a través de la prueba *r de Pearson* (Ver 4.00)

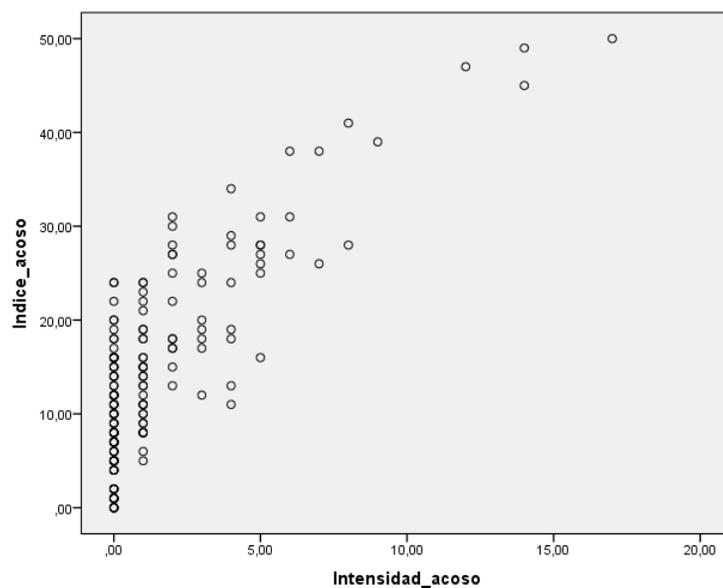
**Cuadro 4.08. Correlaciones bi-variadas entre el Acoso Escolar y el Daño clínico**

Índice de Acoso Escolar		Intensidad de Acoso		<i>r de Pearson</i>
<i>M</i>	<i>Ds</i>	<i>M</i>	<i>Ds</i>	
14,7952	10,36925	1,5663	2,78826	,806**

**Nota:** \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$ .  
*n* = 166.

### Análisis

La correlación general entre el Índice de Acoso Escolar y la Intensidad de Acoso muestran que entre el Índice de Acoso Escolar y la Intensidad de Acoso, que forman la Escala de Violencia y Acoso se encuentran co-relacionadas, dando un valor de  $r = .806$ ;  $p < .001$ , lo cual refleja que ambas escalas se encuentran asociadas, es decir predicen de manera alta a los indicadores del Acoso y Violencia Escolar (Ver gráfico 4.00).



**Gráfico 4.06.** Gráfico de dispersión entre el Índice de Acoso Escolar y la Intensidad del Acoso.

### Interpretación

El gráfico de dispersión muestra que la asociación entre el Índice de Acoso Escolar y la Intensidad del Acoso es elevada y la correlación es de carácter positiva.

## 4.6 RESULTADOS EN LA EVALUACIÓN DEL NIVEL DE GRAVEDAD DE DAÑOS CLÍNICOS. DESCRIPTORES Y ANÁLISIS DE CONSISTENCIA INTERNA

La escala del nivel de gravedad de daños clínicos muestra las reacciones de orden psicológico producidas por el efecto del acoso y violencia escolar, la misma que está compuesta por los indicadores que identifican las distintas alteraciones psicológicas como son: ansiedad, estrés post-traumático, distimia, disminución de la autoestima, flashbacks, somatización, autoimagen negativa y auto-desprecio.

Los resultados generales de la evaluación del nivel de gravedad de daños clínicos se representaron a través de la Media ( $M$ ) el error típico de la media ( $Etm$ ), la desviación estándar

(Ds) y los intervalos de la media al 95% de confianza, límite superior (Ls) y límite inferior (Li) (Ver cuadro 4.00).

**Cuadro 4.09. Análisis descriptivo de los resultados del nivel de gravedad de daños clínicos**

Indicadores	Media		Desv. típ.	Intervalos	
	Estadístico	Error típico	Estadístico	Inferior	Superior
Ansiedad	3,1747	,16766	2,16015	2,8437	3,5057
Estrés postraumático	4,7048	,24067	3,10087	4,2296	5,1800
Distimia	3,2410	,18725	2,41254	2,8712	3,6107
Disminución del Autoestima	2,1627	,14484	1,86614	1,8767	2,4486
Flashbacks	1,6265	,09721	1,25250	1,4346	1,8184
Somatización	2,5602	,15153	1,95231	2,2611	2,8594
Autoimagen negativa	1,7831	,12267	1,58055	1,5409	2,0253
Auto-desprecio	1,5482	,11919	1,53567	1,3129	1,7835

**Nota:**  $n = 166$ .

### Análisis

En el indicador de Ansiedad, se puede evidenciar que la media obtenida a través de la muestra corresponde a  $M = 3,17$  puntos, una Desviación típica de  $Dt = 2,16$ , los intervalos de confianza al 95% muestra que la  $M$  se encuentra contenida entre el  $Li = 2,84$  y  $Ls = 3,51$  con un error típico de  $Etm = 0,16$ . El punto de corte para este indicador es de 5 puntos (50% del máximo total) y por lo tanto la media de la muestra estudiada en el indicador de ansiedad se encuentra por debajo del mencionado punto de corte.

En el indicador de Estrés Postraumático, se puede observar que la media obtenida a través de la muestra corresponde a  $M = 4,70$  puntos, una Desviación típica de  $Dt = 3,10$ , los intervalos de confianza al 95% muestra que la  $M$  se encuentra contenida entre el  $Li = 4,23$  y  $Ls = 5,18$  con un error típico de  $Etm = 0,24$ . El punto de corte para este indicador es de 8 puntos (50% del máximo total) y por lo tanto la media de la muestra estudiada en el indicador de estrés postraumático se encuentra por debajo del mencionado punto de corte.

En la sub-escala Distimia, se puede mostrar que la media obtenida a través de la muestra corresponde a  $M= 3,24$  puntos, una Desviación típica de  $Dt= 2,41$ , los intervalos de confianza al 95% muestra que la  $M$  se encuentra contenida entre el  $Li= 2,87$  y  $Ls= 3,61$  con un error típico de  $Etm= 0,18$ . El punto de corte para este indicador es de 6,5 puntos (50% del máximo total) y por lo tanto la media de la muestra analizada en el indicador de distimia se encuentra por debajo del mencionado punto de corte.

En el indicador de Disminución del Autoestima, se puede comprobar que la media obtenida a través de la muestra corresponde a  $M= 2,16$  puntos, una Desviación típica de  $Dt= 1,86$ , los intervalos de confianza al 95% muestra que la  $M$  se encuentra contenida entre el  $Li= 1,87$  y  $Ls= 2,44$  con un error típico de  $Etm= 0,14$ . El punto de corte para este indicador es de 6 puntos (50% del máximo total) y por lo tanto la media de la muestra estudiada en el indicador de disminución del autoestima se encuentra por debajo de dicho punto de corte.

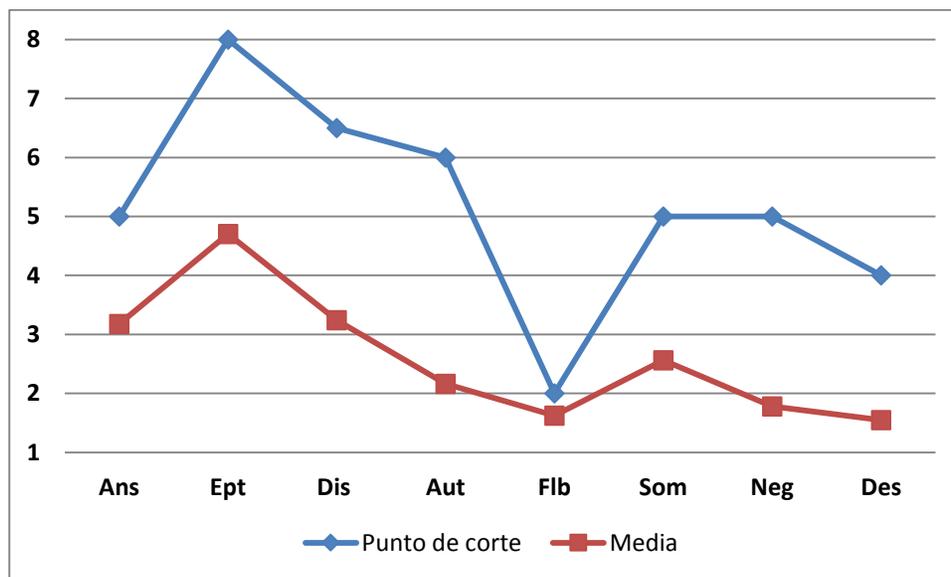
En el indicador de Flashbacks, se puede observar que la media obtenida a través de la muestra corresponde a  $M= 1,62$  puntos, una Desviación típica de  $Dt= 1,25$ , los intervalos de confianza al 95% muestra que la  $M$  se encuentra contenida entre el  $Li= 1,43$  y  $Ls= 1,81$  con un error típico de  $Etm= 0,97$ . El punto de corte para este indicador es de 2 puntos (50% del máximo total) y por lo tanto la media de la muestra estudiada en el indicador de flashbacks se encuentra por debajo del mencionado punto de corte.

En la sub-escala de Somatización, se puede evidenciar que la media obtenida a través de la muestra corresponde a  $M= 2,56$  puntos, una Desviación típica de  $Dt= 1,95$ , los intervalos de confianza al 95% muestra que la  $M$  se encuentra contenida entre el  $Li= 2,26$  y  $Ls= 2,85$  con un error típico de  $Etm= 0,15$ . El punto de corte para este indicador es de 5 puntos (50% del máximo

total) y por lo tanto la media de la muestra estudiada en el indicador de somatización se encuentra por debajo del mencionado punto de corte.

En el indicador de Autoimagen Negativa, se puede observar que la media obtenida a través de la muestra corresponde a  $M= 1,78$  puntos, una Desviación típica de  $Dt= 2.16$ , los intervalos de confianza al 95% muestra que la  $M$  se encuentra contenida entre el  $Li= 1,54$  y  $Ls= 2,02$  con un error típico de  $Etm= 0,12$ . El punto de corte para este indicador es de 5 puntos (50% del máximo total) y por lo tanto la media de la muestra estudiada en el indicador de autoimagen negativa se encuentra por debajo del mencionado punto de corte.

En la sub- escala Auto-desprecio, se puede evidenciar que la media obtenida a través de la muestra corresponde a  $M= 1,54$  puntos, una Desviación típica de  $Dt= 1,53$ , los intervalos de confianza al 95% muestra que la  $M$  se encuentra contenida entre el  $Li= 1,31$  y  $Ls= 1,78$  con un error típico de  $Etm= 0,11$ . El punto de corte para este indicador es de 4 puntos (50% del máximo total) y por lo tanto la media de la muestra estudiada en el indicador de auto-desprecio se encuentra por debajo del mencionado punto de corte.



**Gráfico 4.07.** Indicadores del nivel de daño clínico con sus medias obtenidas y comparadas con el punto de corte de los indicadores.

## Interpretación

De acuerdo a análisis lineal de los resultados, podemos observar que no se hallan diferencias estadísticamente significativas, en forma general la población no padece de daño clínico significativo.

### 4.6.1 ANÁLISIS DE CONSISTENCIA INTERNA DE LA ESCALA DEL NIVEL DE GRAVEDAD DE DAÑOS CLÍNICOS

Para verificar el grado de confiabilidad de la consistencia interna de la Escala del nivel de gravedad de daños clínicos en los participantes evaluados y concluir si el instrumento utilizado y la participación de los evaluados tuvieron la capacidad de medir el constructo (síntomas psicológicos), que se pretende cualificar, se procedió a aplicar el coeficiente de fiabilidad Alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) y conocer así el grado de fiabilidad y consistencia interna de los factores, que componen el instrumento de evaluación (Ver cuadro 4.10).

<b>Indicadores</b>	<b>Items</b>	<b>Alpha</b>
		<b>Estadístico</b>
Ansiedad	67, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 89, 93	.645
Estrés postraumático	63, 64, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 84, 88, 89, 92, 93	.732
Distinga	51, 52, 63, 65, 66, 77, 81, 82, 84, 85, 87, 88, 94	.667
Disminución del Autoestima	55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 83, 85, 86	.596
Flashbacks	68, 70, 88, 93	.569
Somatización	67, 69, 71, 72, 73, 74, 87, 89, 91, 93	.609
Autoimagen negativa	53, 54, 55, 56, 57, 59, 61, 62, 76, 79	.516
Auto-desprecio	55, 58, 60, 62, 83, 84, 85	.616
	Todos los ítems	.847

**Nota: n = 87**

## **Análisis**

Con respecto a los criterios de validez interna del instrumento AVE, se aplicó a cada uno de los indicadores el coeficiente de fiabilidad ( $\alpha$ ), se interpreta el valor del coeficiente como de mayor fiabilidad cuando más se acerca a uno. En el indicador ansiedad se obtuvo un resultado de  $\alpha=0,645$ ; en el indicador estrés postraumático  $\alpha=0,732$ ; en distimia  $\alpha=0,667$ ; disminución del autoestima  $\alpha=0,596$ ; flashbacks  $\alpha=0,569$ ; somatización  $\alpha=0,609$ ; autoimagen negativa  $\alpha=0,516$ ; autodesprecio  $\alpha=0,616$ . Finalmente la evaluación global de la gravedad del daño clínico mostró en su conjunto un alpha de Cronbach de  $\alpha=0,847$ .

## **Interpretación**

Las interpretaciones de confiabilidad de los valores que se encuentran por debajo de 0.6 (disminución del autoestima, flashbacks y autoimagen negativa) se consideran para la descripción de un grupo como cuestionables con respecto a su confiabilidad. Por el contrario los indicadores restantes muestran un criterio de confiabilidad aceptable en la descripción del grupo evaluado y en el caso de la gravedad del daño clínico se lo interpreta como un nivel de confiabilidad muy aceptable.

## **4.7 ANÁLISIS DE LA MUESTRA DE CADA UNO DE LOS INDICADORES SEGÚN LAS CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS OBTENIDAS A TRAVÉS DEL AVE**

Para clasificar el daño clínico se ha toma en cuenta cuatro categorías diagnósticas con puntuaciones establecidas en los baremos generales para cada una de las sub-escalas con resultados divididos en porcentajes de los indicadores: ansiedad, estrés postraumático, distimia, disminución del autoestima, flashbacks, somatización, autoimagen negativa y autodesprecio; las categorías son las siguientes, en cada uno de los indicadores se mostrará las puntuaciones establecidas:

- Sin constatar (SC).
- Constatado (C).
- Bien constatado (CC).
- Muy constatado (CCC).

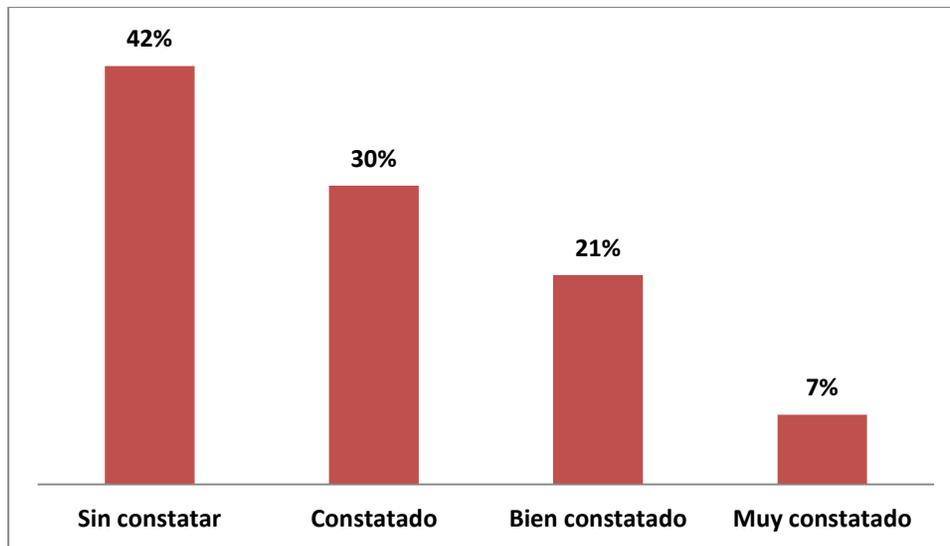
**Cuadro 4.11. Distribución por categorías diagnósticas en referencia a la Ansiedad**

<b>Categorías</b>	<b>N =166</b>		<b>Prueba de hipótesis nula</b>			
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>N observado</b>	<b>N esperado</b>	<b>Residual</b>	<b>X<sup>2</sup></b>
Sin constatar	70	42%	70	41,5	28,5	(3) 44,747
Constatado	50	30%	50	41,5	8,5	
Bien constatado	35	21%	35	41,5	-6,5	
Muy constatado	11	7%	11	41,5	-30,5	

**Nota:** \* p<0,05; \*\* p<0,01; \*\*\*p<0,001

### Análisis

La evaluación de las categorías diagnósticas del Daño Clínico en éste indicador Ansiedad del AVE, muestran que el 42% de la muestra se encuentran en la categoría de SC, el 30% en el tipo de C, el 30,8% se encuentran en el CC y el 4,8% de la muestra en la categoría de CCC. La prueba de hipótesis nula mostró que  $X^2_{(3)} = 36,169$ ;  $p < 0,01$ , lo que quiere decir que la proporcionalidad de las categorías no son iguales y esto es estadísticamente significativo, luego se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa (la proporcionalidad de las categorías no son iguales). Resalta una diferenciación entre las categorías, Constatado, Bien Constatado con respecto a sin constatar y muy constatado (Ver gráfico 4. 08).



**Gráfico 4.08.** La distribución de las categorías diagnósticas en la evaluación del nivel de gravedad de daño clínico respecto a la Ansiedad, no muestra proporcionalidad en sus indicadores.

### Interpretación

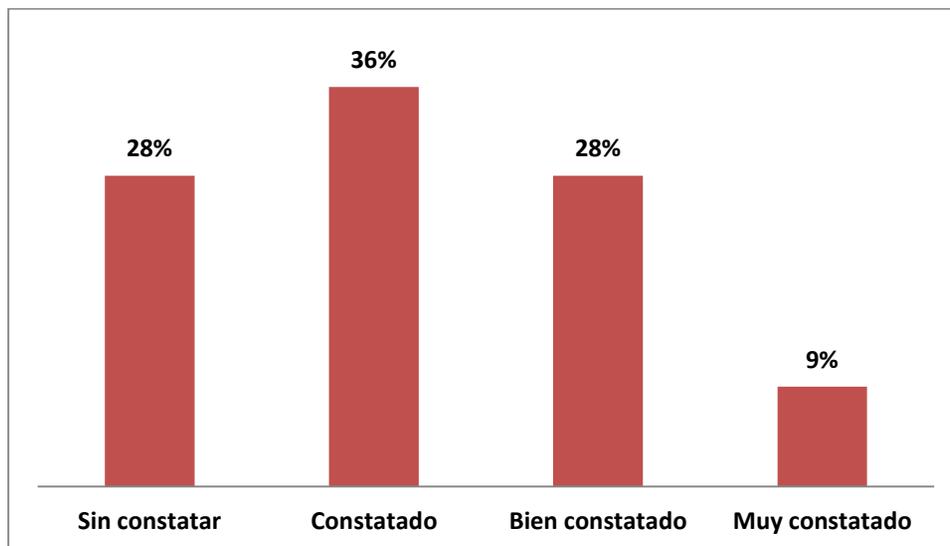
Con respecto a la sub-escala Ansiedad dentro de la escala de daño clínico, se puede verificar que el más de un 50% de la población se encuentra padeciendo de la sintomatología que engloba la ansiedad con respecto al test AVE, es así que los estudiantes muestran síntomas fisiológicos compatibles con la ansiedad, sudoración, temblor, taquicardia, conjuntamente con temores, además el estudiantado afectado denotará problemas en la atención, y concentración en cuanto a las actividades escolares, tomando en cuenta que mientras más ansiedad presente el adolescente existe más probabilidad de acoso hacia él; hay que tomar muy en cuenta que la categoría que se encuentra en muy constatado que corresponde al 7%, está en una gravedad muy leve de ansiedad, lo que lo torna un grupo aún más vulnerable al acoso, con la necesidad de intervención psicológica inmediata, en cuanto a la ansiedad sin constatar es decir sin pruebas de su existencia en un 42%, se muestra que el grupo no ha desarrollado sintomatología con una diferencia significativa.

<b>Cuadro 4.12. Distribución por categorías diagnósticas en referencia al estrés</b>						
<b>Categorías</b>	<b>N =166</b>		<b>Prueba de hipótesis nula</b>			
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>N observado</b>	<b>N esperado</b>	<b>Residual</b>	<b>X<sup>2</sup></b>
Sin constatar	46	28%	46	41,5	4,5	(3) 25,277
Constatado	59	36%	59	41,5	17,5	
Bien constatado	46	28%	46	41,5	4,5	
Muy constatado	15	9%	15	41,5	-26,5	

**Nota:** \* p<0,05; \*\* p<0,01; \*\*\*p<0,001

## Análisis

La evaluación de las categorías diagnósticas del Daño Clínico en éste indicador Estrés Postraumático del AVE, muestran que el 28% de la muestra se encuentran en la categoría de SC, el 36% en el tipo de C, el 28% se encuentran en el CC y el 9% de la muestra en la categoría de CCC. La prueba de hipótesis nula mostró que  $X^2_{(3)} = 36,169$ ;  $p < 0,01$ , lo que quiere decir que la proporcionalidad de las categorías no son iguales y esto es estadísticamente significativo, luego se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa (la proporcionalidad de las categorías no son iguales). Resalta una diferenciación entre las categorías sin Constatar, Constatado, Bien Constatado con respecto a muy constatado (Ver gráfico 4.09).



**Gráfico 4.09.** La distribución de las categorías diagnósticas en la evaluación del nivel de gravedad de daño clínico respecto al indicador Estrés postraumático, no muestran proporcionalidad

## Interpretación

En relación a la sintomatología compatible con estrés postraumático la mayor parte de la población se encuentra en constatado, que sumado las categorías bien constatado y muy constatado muestran que la tres cuartas partes de la población está atravesando por éste conjunto de síntomas que en éste caso los estudiantes evaluados están presentando sensación de peligro inminente, inquietud, nerviosismo, y un tipo de ansiedad recurrente e inespecífica con la sensación permanente de que algo terrible les va a ocurrir, desarrollando así en estudiante reacciones de frustración ante estímulos que recuerden el acoso, así también presentan hipervigilancia, y desconfianza hacia los demás. El 28% no presenta ésta sintomatología.

**Cuadro 4.13. Distribución por categorías diagnósticas en referencia a la Distimia**

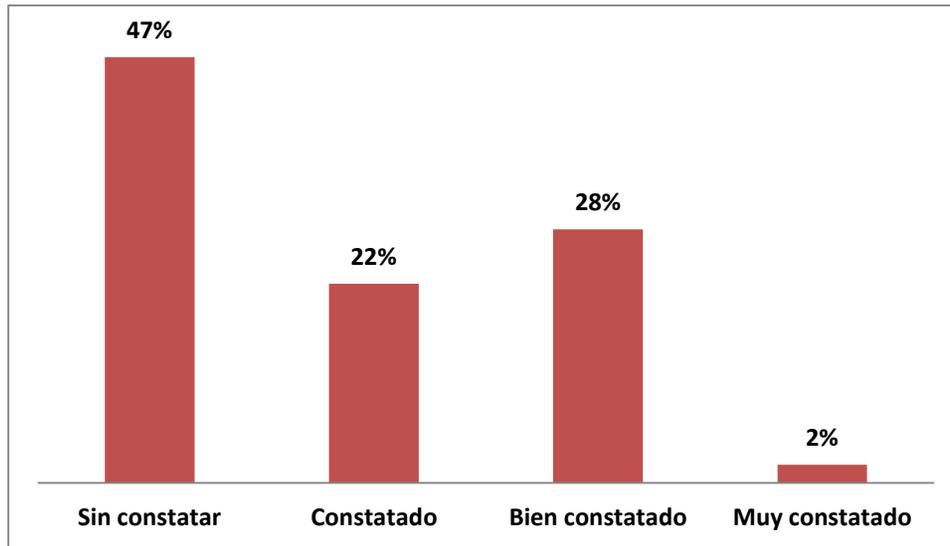
Categorías	N =166		Prueba de hipótesis nula			
	n	%	N observado	N esperado	Residual	X <sup>2</sup>
Sin constatar	78	47%	78	41,5	36,5	(3) 67,205
Acoso constatado	37	22%	37	41,5	-4,5	
Acoso bien constatado	47	28%	47	41,5	5,5	
Acoso muy constatado	4	2%	4	41,5	-37,5	

**Nota:** \* p<0,05; \*\* p<0,01; \*\*\*p<0,001

## Análisis

La evaluación de las categorías diagnósticas del Daño Clínico en el indicador Distimia del AVE, muestran que el 47% de la muestra se encuentran en la categoría de SC, el 22% en el tipo de C, el 28% se encuentran en el CC y el 2% de la muestra en la categoría de CCC. La prueba de hipótesis nula mostró que  $X^2_{(3)} = 36,169$ ;  $p < 0,01$ , lo que quiere decir que la proporcionalidad de las categorías no son iguales y esto es estadísticamente significativo, luego se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa (la proporcionalidad de las categorías no son iguales). Resalta

una diferenciación entre las categorías Constatado, Bien Constatado con respecto a sin constatar y muy constatado (Ver gráfico 4.10).



**Gráfico 4.10.** La distribución de las categorías diagnósticas en la evaluación del nivel de gravedad de daño clínico respecto al indicador Distimia, no muestran proporcionalidad dentro de sus porcentajes

### Interpretación

Dentro de éste indicador se puede evidenciar que de igual forma el 50 % de la población se encuentra atravesando por sintomatología correspondiente a la distimia es decir la población se encuentra atravesando por tristeza, llanto fácil, pérdida de interés respecto a actividades que continuamente realizaban, déficit en la comunicación, baja energía, baja concentración se manifiestan irritables y sensibles ante las críticas a diferencia del 47% de la población que no presenta evidencia dentro de ésta categoría.

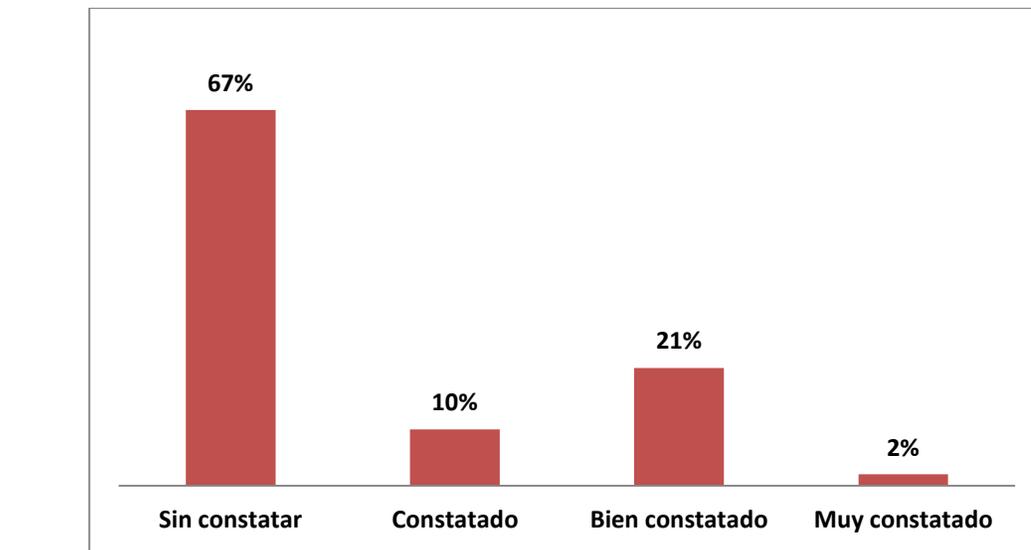
**Cuadro 4.14. Distribución por categorías diagnósticas en referencia al Autoestima**

Categorías	N =166		Prueba de hipótesis nula			
	n	%	N observado	N esperado	Residual	X <sup>2</sup>
Sin constatar	111	67%	111	41,5	69,5	(3) 167,590
Constatado	17	10%	17	41,5	-24,5	
Bien constatado	35	21%	35	41,5	-6,5	
Muy constatado	3	2%	3	41,5	-38,5	

**Nota:** \* p<0,05; \*\* p<0,01; \*\*\*p<0,001

### Análisis

La evaluación de las categorías diagnósticas del Daño Clínico en el indicador Disminución del Autoestima del AVE, muestran que el 67% de la muestra se encuentran en la categoría de SC, el 10% en el tipo de C, el 21% se encuentran en el CC y el 2% de la muestra en la categoría de CCC. La prueba de hipótesis nula mostró que  $X^2_{(3)} = 36,169$ ;  $p < 0,01$ , lo que quiere decir que la proporcionalidad de las categorías no son iguales y esto es estadísticamente significativo, luego se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa (la proporcionalidad de las categorías no son iguales). Resalta una diferenciación entre las categorías Constatado, Bien Constatado con respecto a sin constatar y muy constatado (Ver gráfico 4.11).



**Gráfico 4.11.** La distribución de las categorías diagnósticas en la evaluación del nivel de gravedad de daño clínico respecto al indicador Disminución de la autoestima, no muestran proporcionalidad

## Interpretación

En cuanto al indicador disminución de la autoestima se puede denotar que la mayor parte de la población 67% no demuestra sintomatología compatible con éste indicador, sin embargo la población restante, constatado 10%, bien constatado 21% y muy constatado 2%, si muestra éste daño clínico, manifestándose en un juicio valorativo negativo de sí mismo y de las características propias del adolescente, lo que está impidiendo defender lo que no valora, dando lugar al sentimiento de culpa e indefensión ante situaciones de acoso.

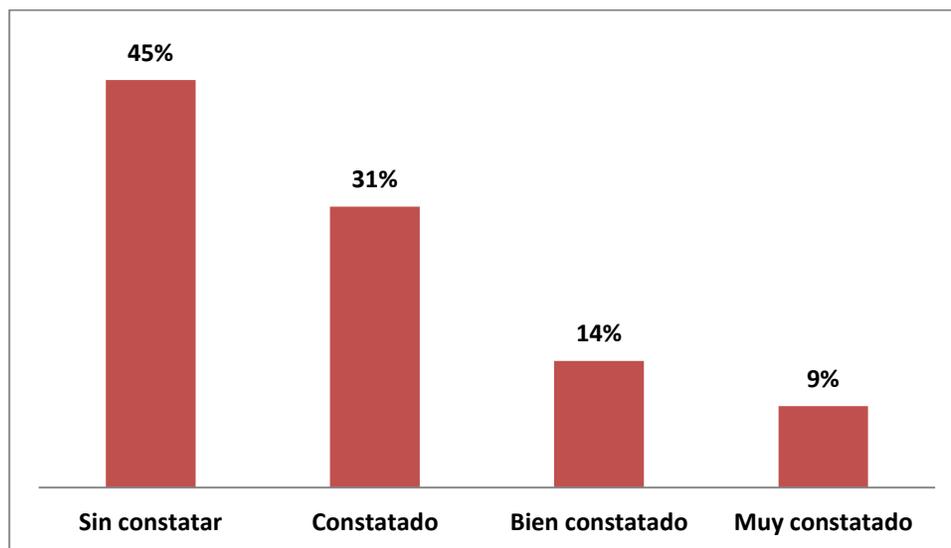
**Cuadro 4.15. Distribución por categorías diagnósticas en referencia a los flashbacks**

Categorías	N =166		Prueba de hipótesis nula			
	n	%	N observado	N esperado	Residual	X <sup>2</sup>
Sin constatar	75	45%	75	41,5	33,5	(3) 54,000
Constatado	52	31%	52	41,5	10,5	
Bien constatado	24	14%	24	41,5	-17,5	
Muy constatado	15	9%	15	41,5	-26,5	

**Nota:** \* p<0,05; \*\* p<0,01; \*\*\*p<0,001

## Análisis

La evaluación de las categorías diagnósticas del Daño Clínico en el indicador Flashbacks del AVE, muestran que el 45% de la muestra se encuentran en la categoría de SC, el 31% en el tipo de C, el 14% se encuentran en el CC y el 9% de la muestra en la categoría de CCC. La prueba de hipótesis nula mostró que  $X^2_{(3)} = 36,169$ ;  $p < 0,01$ , lo que quiere decir que la proporcionalidad de las categorías no son iguales y esto es estadísticamente significativo, luego se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa (la proporcionalidad de las categorías no son iguales). Resalta una diferenciación entre todas las categorías. (Ver gráfico 4.12).



**Gráfico 4.12.** La distribución de las categorías diagnósticas en la evaluación del nivel de gravedad de daño clínico respecto a Flashbacks , no muestra proporcionalidad en ninguna de las Categorías.

### Interpretación

En el indicador flashbacks, podemos observar que sumado las categorías en las que si se presenta éste conjunto de síntomas, constatado 31%, bien constatado 14%, muy constatado 9%, sobrepasa el 50% de la población es decir éstos individuos investigados están presentando síntomas como invasión de imágenes y recuerdos recurrentes de los constantes maltratos sufridos en la escuela, , sensaciones o recuerdos no deseados que lo hacen sufrir, acompañado de problemas con el sueño, pesadillas, y síntomas fisiológicos compatibles con ansiedad, sintomatología que estará afectando en su desempeño diario, mientras que en el 45 % de la población no se ha encontrado evidencia de éste indicador.

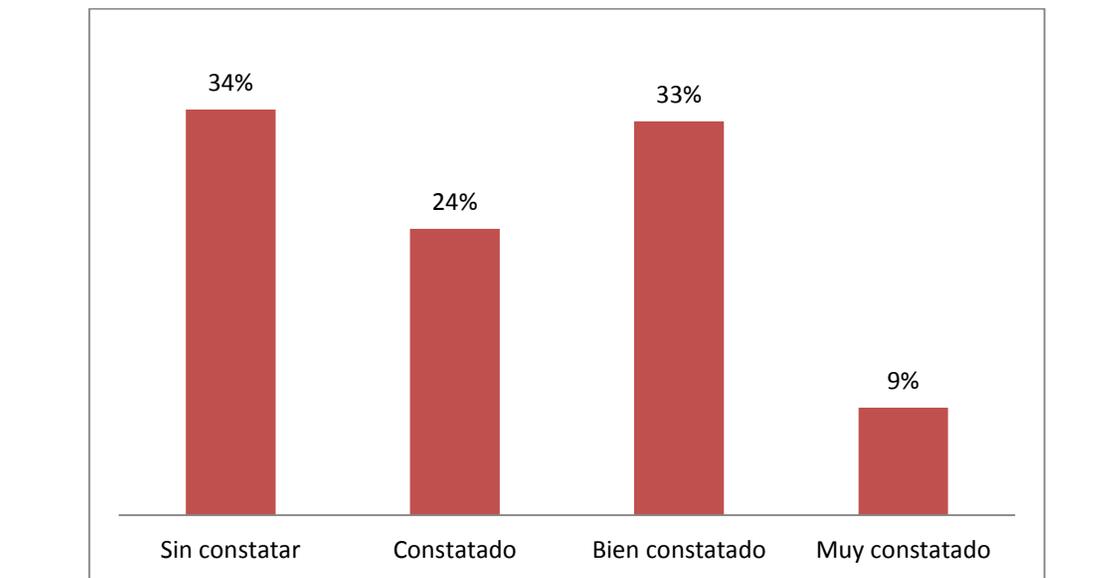
**Cuadro 4.16. Distribución por categorías diagnósticas en referencia a la somatización**

Categorías	N =166		Prueba de hipótesis nula			
	n	%	N observado	N esperado	Residual	X <sup>2</sup>
Sin constatar	56	34%	56	41,5	14,5	(3) 26,434
Constatado	40	24%	40	41,5	-1,5	
Bien constatado	55	33%	55	41,5	13,5	
Muy constatado	15	9%	15	41,5	-26,5	

**Nota:** \* p<0,05; \*\* p<0,01; \*\*\*p<0,001

### Análisis

La evaluación de las categorías diagnósticas del Daño Clínico en el indicador Somatización del AVE, muestran que el 34% de la muestra se encuentran en la categoría de SC, el 24% en el tipo de C, el 33% se encuentran en el CC y el 9% de la muestra en la categoría de CCC. La prueba de hipótesis nula mostró que  $X^2_{(3)} = 36,169$ ;  $p < 0,01$ , lo que quiere decir que la proporcionalidad de las categorías no son iguales y esto es estadísticamente significativo, luego se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa (la proporcionalidad de las categorías no son iguales). Resalta una diferenciación entre las categorías sin Constatar, Constatado, Bien Constatado con respecto a muy constatado (Ver gráfico 4.13).



**Gráfico 4.13.** La distribución de las categorías diagnósticas en la evaluación del nivel de gravedad de daño clínico respecto a somatización, no muestra proporcionalidad en ninguna de las Categorías.

## Interpretación

Con respecto al indicador de somatización se puede evidenciar que el 50% de la población investigada se encuentra en índices altos de somatización, constatado 24%, bien constatado 33%, y muy constatado 9 %, por lo que se puede aseverar que ésta población está atravesando por un conjunto de síntomas como dolores de cabeza, sensación de vómitos, mareos, e incluso los síntomas propios de ansiedad anticipatoria; mientras que el 34% de la población no presenta ningún síntoma compatible con somatización.

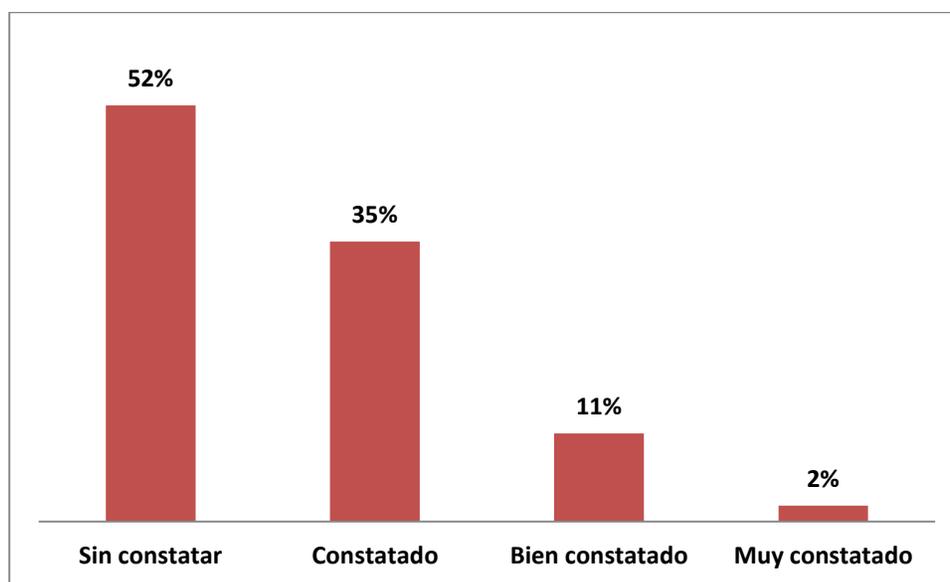
**Cuadro 4.17. Distribución por categorías diagnósticas en referencia a la autoimagen**

Categorías	N =166		Prueba de hipótesis nula			
	n	%	N observado	N esperado	Residual	X <sup>2</sup>
Sin constatar	86	52%	86	41,5	44,5	(3) 101,470
Constatado	58	35%	58	41,5	16,5	
Bien constatado	18	11%	18	41,5	-23,5	
Muy constatado	4	2%	4	41,5	-37,5	

**Nota:** \* p<0,05; \*\* p<0,01; \*\*\*p<0,001

## Análisis

La evaluación de las categorías diagnósticas del Daño Clínico en el indicador de Autoimagen negativa del AVE, muestran que el 52% de la muestra se encuentran en la categoría de SC, el 35% en el tipo de C, el 11% se encuentran en el CC y el 2% de la muestra en la categoría de CCC. La prueba de hipótesis nula mostró que  $X^2_{(3)} = 36,169$ ;  $p < 0,01$ , lo que quiere decir que la proporcionalidad de las categorías no son iguales y esto es estadísticamente significativo, luego se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa (la proporcionalidad de las categorías no son iguales). Resalta una diferenciación entre las categorías sin Constatar, Constatado, Bien Constatado con respecto a muy constatado (Ver gráfico 4.14).



**Gráfico 4.14.** La distribución de las categorías diagnósticas en la evaluación del nivel de gravedad de daño clínico respecto a autoimagen negativa, no muestra proporcionalidad en ninguna de las Categorías.

## Interpretación

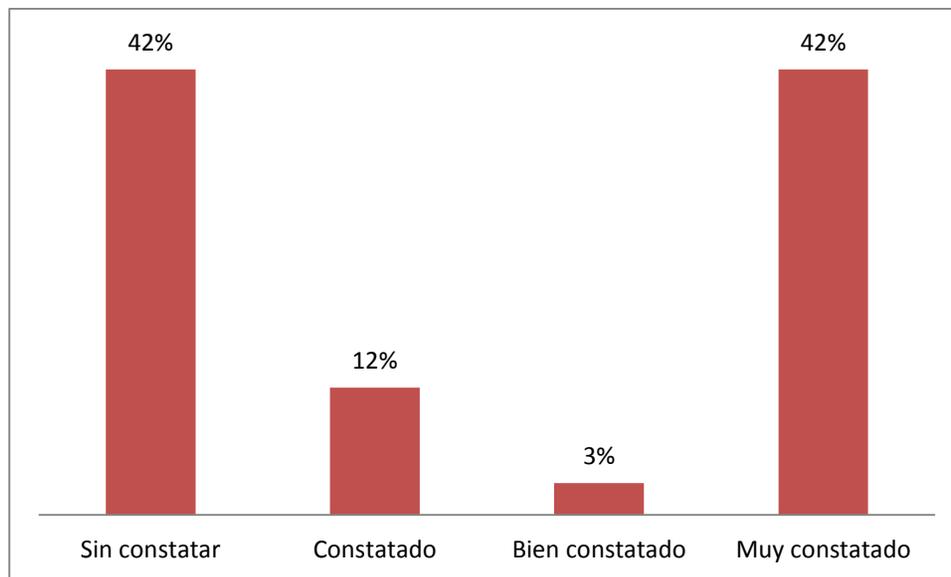
Con respecto al indicador de Autoimagen negativa, respecto a la población, menos del 50% se encuentra afectado por éste conjunto de síntomas, sin embargo ésta población de constatado 35%, bien constatado 11%, muy constatado 2% se encuentra inmerso en una percepción negativa de sí mismo, basándose en sus características, habilidades, dando lugar a la incapacidad para defenderse en éste caso ante el acoso.

<b>Cuadro 4.18. Distribución por categorías diagnósticas en referencia a la autodesprecio</b>						
<b>Categorías</b>	<b>N =166</b>		<b>Prueba de hipótesis nula</b>			
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>N observado</b>	<b>N esperado</b>	<b>Residual</b>	<b>X<sup>2</sup></b>
Sin constatar	122	42%	122	55,3	66,7	(3) 125,687
Constatado	34	12%	34	55,3	-21,3	
Bien constatado	10	3%	10	55,3	-45,3	
Muy constatado	122	42%	122	55,3	66,7	

**Nota:** \* p<0,05; \*\* p<0,01; \*\*\*p<0,001

## Análisis

La evaluación de las categorías diagnósticas del Daño Clínico en el indicador de Autodesprecio del AVE, muestran que el 42% de la muestra se encuentran en la categoría de SC, el 12% en el tipo de C, el 3% se encuentran en el CC y el 42% de la muestra en la categoría de CCC. La prueba de hipótesis nula mostró que  $X^2_{(3)} = 36,169$ ;  $p < 0,01$ , lo que quiere decir que la proporcionalidad de las categorías no son iguales y esto es estadísticamente significativo, luego se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa (la proporcionalidad de las categorías no son iguales). Resalta una diferenciación entre las categorías Sin Constatar, muy constatado con respecto a constatado y bien constatado (Ver gráfico 4.15).



**Gráfico 4.15** La distribución de las categorías diagnósticas en la evaluación del nivel de gravedad de daño clínico respecto a Autodesprecio, no muestra proporcionalidad en ninguna de las Categorías.

## Interpretación

En relación al indicador autodesprecio se puede evidenciar que un número muy elevado y alarmante que corresponde al 42% de la población se encuentra en niveles muy constatado de ésta sintomatología siendo ésta la categoría máxima para la medición de éste indicador, es decir ésta población muestra de forma extrema actitudes de odio y desprecio hacia sí mismo; mientras que el 12% constatado y el 3% bien constatado, muestran desprecio y odio hacia sí mismo de forma moderada, y por último el 42% de la población dentro de la evaluación no evidencia sintomatología alguna respecto al autodesprecio.

### 4.7.1 DIFERENCIAS DEL DAÑO CLÍNICO EN LA NUESTRA DISTRIBUIDAS POR PARALELOS

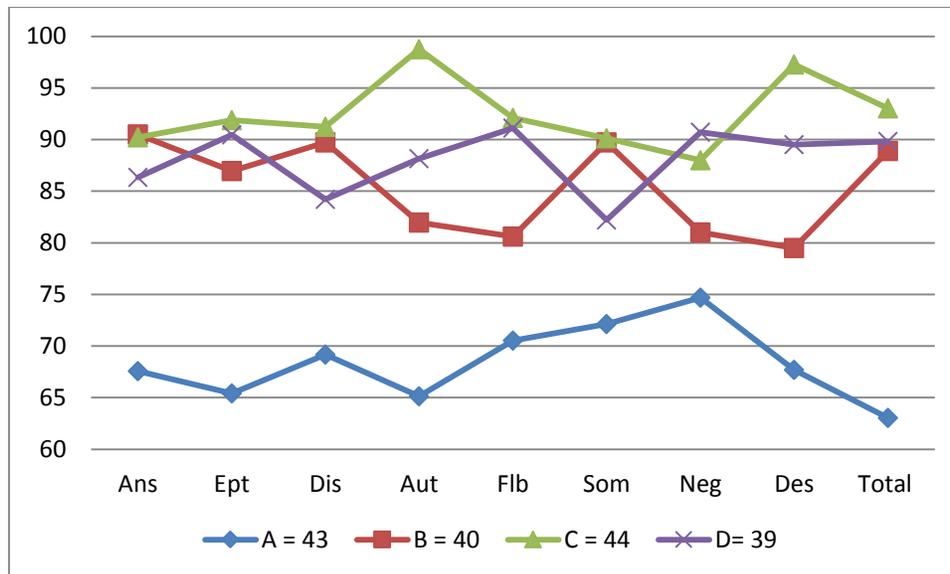
El objetivo de esta sección se centró en comparar si existen diferencias o no que tienen las unidades muestrales por paralelos en la presencia de los indicadores del daño clínico y entre sus indicadores. Debido a que no se comprobó el supuesto de normalidad en la distribución de la muestra se optó por un análisis del rango obtenido de cada uno de los paralelos en vez de un análisis de las respectivas medias. Para la comprobación de la hipótesis nula ( $H_0$ : no existen diferencias entre paralelos) se procedió a la aplicación de la prueba *H de Kruskal Wallis*, la que se encarga de verificar la existencia o no de diferencias significativas por medio de los rangos (Ver cuadro 4.19)

<b>Cuadro 4.19. Diferencias del acoso escolar por paralelos</b>						
Indicadores	A = 43	B = 40	C = 44	D = 39	$\chi^2$ gl (3)	
	Rango Prom.	Rango Prom.	Rango Prom.	Rango Prom.		
Ansiedad	67,57	90,48	90,23	86,32	6,710	
Estrés postraum.	65,41	86,94	91,88	90,47	8,546*	C,D,B> A
Distimia	69,17	89,73	91,22	84,21	5,751	
Dism. Autoestima	65,12	81,95	98,75	88,15	11,541**	C,D,B> A

Flashbacks	70,51	80,60	92,09	91,10	6,017	
Somatización	72,14	89,71	90,11	82,19	4,059	
Autoimagen neg.	74,67	81,00	88,00	90,72	2,969	
Autodesprecio	67,69	79,49	97,27	89,51	9,744*	C,D>B, A
Total daño clínico	63,03	88,89	93,01	89,81	10,722*	C,D,B> A
<b>Nota:</b> * $p < .05$ ; ** $p < .01$ ; *** $p < .001$						

## Análisis

El análisis del cuadro 4.19 muestra que en el indicador estrés postraumático existen diferencias significativas entre los rangos obtenidos de los distintos paralelos  $X^2=8.546$ ;  $p < .05$ , los valores de los paralelos C, D y B son mayores a los valores del paralelo B, es decir existe una mayor presencia de síntomas de estrés postraumático en los primeros. En lo que respecta al indicador de disminución de autoestima  $X^2=11.541$ ;  $p < .01$ , se aprecia diferencias significativas entre los paralelos C, D y B con respecto al paralelo B y mostrando una mayor presencia de síntomas en los primeros. En lo que respecta al autodesprecio  $X^2=9.744$ ;  $p < .05$  se constata la presencia de diferencias significativas entre los paralelos C y D que son mucho mayores sus rangos que en los paralelos B y A, mostrando mayor sintomatología en los primeros. Finalmente en la sumatoria total de la escala de daño clínico  $X^2=10.722$ ;  $p < .05$  los paralelos C y D tienen una mayor presencia de daño clínico que los paralelos A y B.



**Gráfico 4.16.** Diferencias del grado de daño clínico en los participantes distribuidos por paralelos.

### Interpretación

Con respecto al análisis de daño clínico en cuánto a la varianza por paralelos se puede evidenciar que los paralelos C, D y B muestran daño clínico estrés postraumático, es decir éstos paralelos evidencian sensación de peligro inminente, inquietud, nerviosismo, hipervigilia, desconfianza así como disminución de la autoestima es decir juicio valorativo de sí mismo, y autodesprecio, odio así mismo en un porcentaje elevado en comparación con el paralelo A.

En los resultados de evaluación general de daño clínico de igual forma los paralelos C, D y B, muestran un porcentaje alto de daño clínico en relación con el paralelo A.

### 4.8 CORRELACIONES BI-VARIADAS ENTRE LOS INDICADORES DEL NIVEL DE GRAVEDAD DEL DAÑO CLÍNICO.

En esta sección se procedió a un análisis de inter-correlaciones o de correlaciones bi-variadas entre los indicadores ansiedad, estrés post-traumático, distimia, disminución de la autoestima, flashbacks, somatización, autoimagen negativa, autodesprecio, y que constituyen el Total de la

gravedad del daño clínico para determinar los indicadores que presentan mayor correlación con la totalidad de la escala. Para ello se procedió a un análisis de inter-correlaciones a través de la prueba *r* de Pearson (Ver cuadro 4.20).

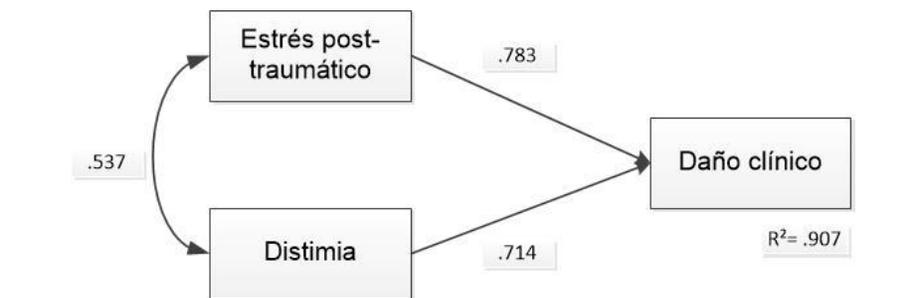
**Cuadro 4.20 Correlaciones bi-variadas de los indicadores del nivel del gravedad del daño clínico**

Indicadores	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Ansiedad	1								
Estrés postraum.	,932**	1							
Distimia	,537**	,652**	1						
Dism. Autoestima	,462**	,573**	,687**	1					
Flashbacks	,725**	,822**	,483**	,475**	1				
Somatización	,922**	,851**	,535**	,432**	,594**	1			
Autoimagen neg.	,290**	,359**	,419**	,614**	,280**	,271**	1		
Autodesprecio	,290**	,640**	,780**	,842**	,523**	,471**	,376**	1	
Total daño clínico	,791**	,885**	,845**	,791**	,722**	,749**	,624**	,779**	1

**Nota:** \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

### Análisis

Los indicadores del acoso escolar que presentan mayor correlaciones, es decir que predicen mejor el daño clínico fueron: Estrés post-traumático con  $r = .885$ ;  $p < .001$  y Distimia con  $r = .845$ ;  $p < .01$ . Todos los valores resultantes son mayores a 0.8, hecho que sugiere que existe una correlación alta entre los indicadores de daño clínico. Es decir, se evidencia que los componentes predominantes en la formulación del daño clínico en la muestra estudiada son el estrés postraumático y la distimia (Gráfico 4.17).



---

**Gráfico 4.17.** Modelo explicativo de los indicadores que predicen mejor el acoso escolar en la muestra seleccionada.

### **Interpretación**

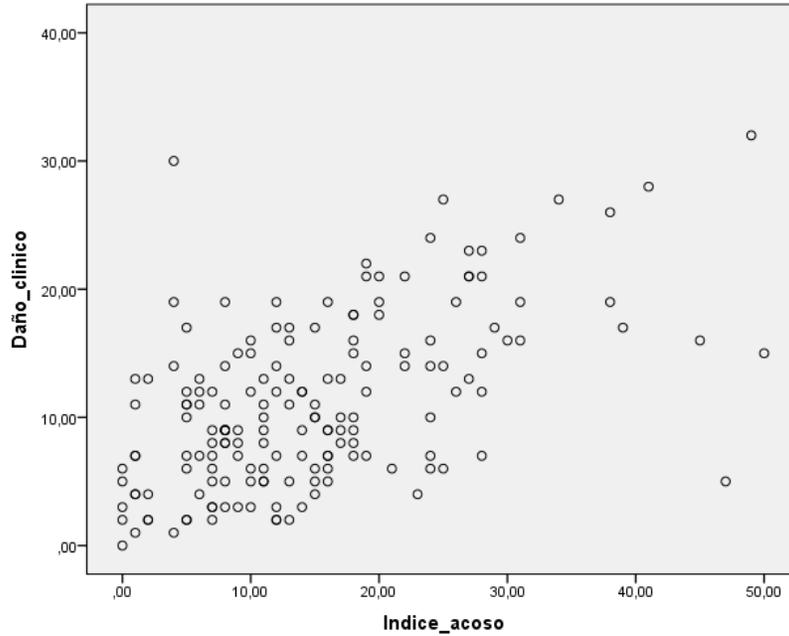
El gráfico 4.17 muestra el modelo explicativo con los indicadores que predicen mejor el daño clínico. Las regresiones lineales individuales muestran para el estrés post-traumático  $R^2 = .783$  y la distimia  $R^2 = .714$ . El modelo se completa al realizar una regresión lineal con los dos indicadores de mayor correlación con respecto al Nivel de gravedad del daño clínico obteniendo en el modelo  $R^2 = .907$  lo que quiere decir que el 90.7% de la varianza de la muestra es explicada por la influencia de los indicadores mencionados.

El estrés postraumático y la distimia están influyendo de forma directa, o son los predictores directos y precisos para la evidencia de daño clínico, éstos dos indicadores muestran de forma afianzada la existencia de daño clínico dentro de la investigación.

## **4.9 ANÁLISIS DE CORRELACIÓN ENTRE EL ACOSO ESCOLAR Y EL DAÑO CLÍNICO**

Una vez que se ha desarrollado el estudio independiente de las variables Acoso y Violencia Escolar y la gravedad del daño clínico a continuación se procedió al análisis de correlación de las mismas para determinar el grado de asociación existente entre las mismas.

Para el mencionado análisis de correlación se ha procedido a la elaboración de un gráfico de dispersión entre la variable índice de acoso y daño clínico con el fin de identificar el comportamiento que tienen los participantes con respecto a las variables en mención (Ver gráfico 4.18).

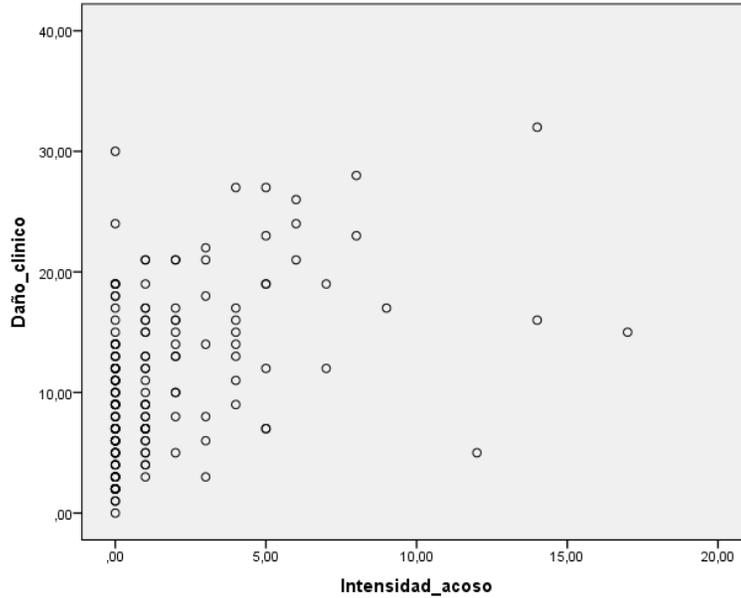


**Gráfico 4.18. Gráfico de dispersión de las unidades muestrales entre las variables Índice de Acoso (eje X) y daño clínico (Y). Además muestra una posible correlación de tipo positiva.**

### Interpretación

El gráfico mostró de acuerdo al comportamiento de las variables una posible correlación de las mismas de carácter positiva lo cual sugiere continuar con un proceso de análisis de correlación para confirmar la supuesta asociación.

Siguiendo la línea de análisis de dispersión de los participantes, a continuación se procedió a la elaboración de un gráfico de dispersión para evidenciar el comportamiento de los mismos con relación a las variables Intensidad del Acoso y Daño Clínico (Ver gráfico 4.19).



**Gráfico 4.19. Gráfico de dispersión de las unidades muestrales entre las variables *Íntensidad del Acoso* (eje X) y *daño clínico* (Y). Además muestra una posible correlación de tipo positiva.**

### Interpretación

El gráfico mostró de acuerdo al comportamiento de las variables una posible correlación de las mismas de carácter positiva lo cual sugiere continuar con un proceso de análisis de correlación para confirmar la supuesta asociación.

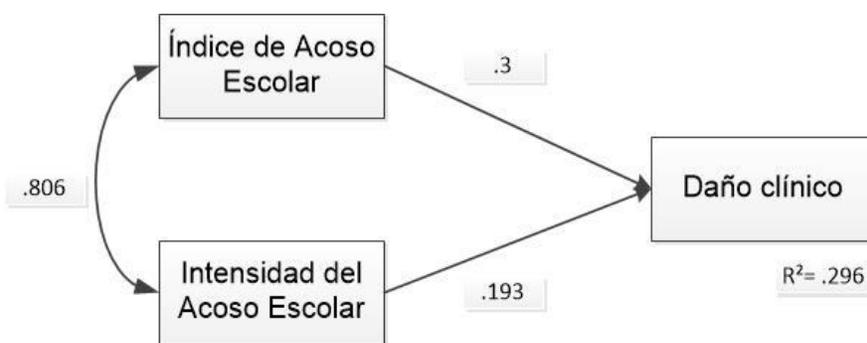
Finalmente se procedió al análisis de correlaciones a través de la aplicación del Coeficiente de correlación producto momento de Pearson ( $r$  de Pearson) en análisis independientes entre el Índice global de Acoso y la Intensidad del Acoso Escolar con el daño clínico para comprobar o no la correlación (Ver cuadro 4.21).

<b>Cuadro 4.21 Correlaciones independientes entre el Acoso Escolar y el Daño clínico</b>					
<b>Indicadores</b>	<b>Acoso Escolar</b>		<b>Daño Clínico</b>		<b>r de Pearson</b>
	<b>M</b>	<b>Ds</b>	<b>M</b>	<b>Ds</b>	
Índice global de Acoso	14,7952	10,36925	11,0964	6,62066	,548**
Intensidad de Acoso Escolar	1,5663	2,78826			,439**

**Nota:** \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$ .

## Análisis

Los resultados muestran que existe una correlación positiva entre el Índice de Acoso y el daño clínico obteniendo un resultado de  $r = .548$ ;  $p < .01$  que equivale a una correlación de tipo moderada entre las mencionadas variables. En el caso de la Intensidad de Acoso Escolar y el daño clínico dando como resultado una correlación positiva de  $r = .439$ ;  $p < .01$ . Los resultados muestran una correlación moderada entre el acoso y violencia escolar y el daño clínico en una muestra de 166 niños (Ver cuadro 4.00).



**Gráfico 4.20.** Modelo explicativo que predice la representatividad del nivel de gravedad del daño clínico predicho por la escala de acoso y violencia escolar

## Interpretación

El modelo empírico explicativo muestra que el Índice de Acoso Escolar y la intensidad del Acoso Escolar con respecto al daño clínico presentan un R cuadrado corregido de  $R^2 = .296$ , esto quiere decir de manera general que las variables explican la varianza en un 29,6% o que el daño clínico en adolescente de 8vo año de la Unidad Educativa Juan Montalvo es precedido en un 29,6% por el Acoso y Violencia Escolar, lo que da a lugar que si la población padece de 8 indicadores de daño clínico que corresponde al 100% existe la posibilidad de trabajar en la disminución del 30% que corresponde a 2.4 indicadores de daño clínico.

## **VERIFICACIÓN DE LA HIPÓTESIS**

El índice global de acoso y la intensidad de acoso escolar si influyen directamente en un 30% en el nivel de gravedad de daño clínico de acuerdo a los datos estadísticos obtenidos, para la comprobación de la hipótesis se realizó un análisis individual del índice global e intensidad de acoso escolar, a partir de ello se estableció la relación con el daño clínico obteniendo el resultado ya mencionado.

## CAPÍTULO V

### 5.1 CONCLUSIONES

- El índice global y la intensidad de acoso escolar son predictores directos con un 30% en relación al daño clínico.
- El estudiantado en su mayoría, aproximadamente más del 50% de la población presenta un índice de acoso en niveles, constatado 31,90%, bien constatado 30,80% y muy constatado 4,80%, lo que representa una vulnerabilidad a que los investigados sigan padeciendo de acoso y éste se vaya intensificando.
- Dentro de la intensidad de acoso escolar, un grupo minoritario, 9,10% constatado, 5,40 % bien constatado, 1,80% muy constatado, son el grupo más vulnerable a las constantes agresiones de acoso escolar y a la indefensión ante el mismo.
- La consistencia interna de la prueba aplicada en lo que concierne a índice global e intensidad de acoso escolar tiene mayor validez cuando es aplicada en su totalidad, puesto que de forma segmentada no son viables los resultados y puede existir un mayor rango de error.
- Los paralelos D y C muestran un mayor rango de acoso escolar en comparación con los paralelos A y B.
- Los paralelos A y B, dentro de la aplicación de las dos escalas se mostraron colaboradores, pacientes, obedientes a diferencia de los paralelos D y C, quienes se tornaron desorganizados, impacientes e inquietos.

- El hostigamiento, la manipulación social y las agresiones son los indicadores que predicen de mejor manera el índice de acoso escolar con un 90,3%.
- El índice de acoso escolar y la intensidad de acoso escolar están directamente asociados y predicen de manera alta el acoso y la violencia escolar.
- Dentro de daño clínico, los indicadores que están presentes con rangos elevados en la mayor parte de la población son estrés postraumático y distimia.
- El grado de confiabilidad de los indicadores dentro de daño clínico es aceptable, en la mayoría de sus indicadores.
- Los paralelos C, D y B, presentan un mayor rango de daño clínico en comparación con el paralelo A.
- La sintomatología correspondiente a estrés postraumático y distimia, están directamente relacionados con un 90% en la predicción de daño clínico.

## **5.2 RECOMENDACIONES:**

- Trabajar en el reconocimiento y control de las emociones (ira) empatía con los adolescentes de 9no año de la “Unidad Educativa Juan Montalvo”
- Trabajar en habilidades sociales con los adolescentes de 9no año de la “Unidad Educativa Juan Montalvo”
- Fortalecer vínculos sociales con los adolescentes de 9no año de la “Unidad Educativa Juan Montalvo”
- Incentivar a que los estudiantes comuniquen a padres y maestros la problemática del acoso
- Monitorear constantemente la existencia de acoso escolar

- Comunicar e informar a padres, maestros, estudiantes la problemática del acoso escolar y sus posibles consecuencias.
- Enviar a tratamiento psicológico a estudiantes que estén siendo acosados, y sean victimarios.

## **CAPÍTULO VI**

### **PROPUESTA**

#### **6.1 DATOS INFORMATIVOS**

- Título: Aprendiendo a convivir con mis compañeros
- Estrategia: aplicación de técnicas cognitivo- conductuales para adolescentes
- Institución ejecutora: Unidad Educativa Juan Montalvo
- Beneficiarios: Comunidad Educativa Juan Montalvo
- Ubicación: Rocafuerte y Espejo cantón Ambato provincia de Tungurahua
- Tiempo estimado para la ejecución: 8 meses
- Inicio: Noviembre Fin: Julio
- Equipo técnico responsable: María Fernanda Navarro, Ps. Educativo de la Unidad Educativa Juan Montalvo
- Costo: 250 dólares americanos

#### **6.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA**

La presente propuesta se pone en marcha en vista de que el acoso escolar, identificado en mi investigación está asociado directamente en un 30% en relación al daño clínico que presentan los estudiantes de 8 año de la Unidad Educativa Juan Montalvo, tomando en cuenta que los mayores predictores para la identificación de éste daño clínico es el conjunto de síntomas de estrés postraumático y distimia. Por otra parte cabe mencionar que existe un grupo que se torna aún más

vulnerable a ser blanco fácil de la constante de acoso escolar; la existencia de acoso escolar en mayor número en los paralelos D y C, con respecto a los paralelos A y B, así como la presencia de predictores para el acoso, es decir los indicadores que sugieren de forma directa la existencia acoso y violencia escolar; y que se han presentado reiteradamente en la investigación son hostigamiento, manipulación social y agresiones; la existencia de acoso escolar en más del 50 % de la población en sus diferentes categorías con referencia al índice global de acoso escolar dan lugar a una alarmante problemática.

Dan Olweus (2012), primer investigador de casos relaciones con el acoso escolar consecuente a sus investigaciones realiza programas de prevención de bullying, los cuales fueron aplicados a nivel de Noruega y adaptados para la población de Estado Unidos, fundamentándose en cuatro aspectos principales; cordialidad por parte de los adultos, límites firmes, aplicación de sanciones no físicas, y adultos que actúen con firmeza y positividad; luego de la aplicación evaluó los resultados obteniendo excelentes resultados en una población de 2500 estudiantes de 42 escuelas de Noruega reduciendo a 50% la problemática de acosador víctima, reducciones en comportamiento antisocial en general, tales como vandalismo, broncas con la policía, robos, embriaguez y novillos en la escuela, mejoras con respecto a diferentes aspectos del “clima social” de la clase. (Olweus, 2012)

Vallés Arániga, Antonio (2006) menciona dentro de su publicación llamada Propuestas Emocionales para la convivencia escolar propone un conjunto de técnicas encaminadas a un aprendizaje emocional, competencias cognitivas, sociales y autocontrol que los estudiantes deben practicar dentro del aula para lograr una convivencia libre de agresiones y una madures personal; por otra parte Jorge Varela propone modelos conceptuales para la intervención de la violencia

escolar, a partir de sus diversos estudios bibliográficos e investigaciones en Chile con la finalidad de prevenir el acoso escolar y promover la adecuada convivencia escolar.

### **6.3 JUSTIFICACIÓN**

La presente propuesta se pone en marcha, puesto que busca establecer técnicas encaminadas a mejorar la convivencia escolar entre estudiantes libre de violencia y agresiones, tomando en cuenta que en los resultados se denota que el acoso escolar acorde a la investigación realizada, está directamente relacionado con el daño clínico en un 30 %, a partir de esto trabajando en la prevención del acoso escolar con técnicas cognitivas- conductuales, se logrará disminuir de 8 síntomas un aproximado de 3 síntomas, además con el conjunto de técnicas se busca establecer lazos de amistad y compañerismo entre los estudiantes, logrando un desarrollo personal y escolar óptimo; con un ambiente pacífico libre de maltrato.

### **6.4 OBJETIVOS**

#### **6.4.1 OBJETIVO GENERAL**

- Prevenir el acoso escolar y el daño clínico

#### **6.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Disminuir conductas agresivas
- Mejorar habilidades sociales
- Fortalecer vínculos sociales

### **6.5 FUNDAMENTACIÓN**

#### **Terapia cognitivo - conductual**

De acuerdo a Isabel Caro en su libro “Psicoterapias Cognitivas” (2011), la psicoterapia cognitiva, se basa en un tratamiento con orígenes filosóficos y psicológicos con una diversidad de explicaciones sobre el ser humano que han ido evolucionando constantemente, tomando en cuenta los principales factores que son: cognitivos, lingüísticos, emocionales y conductuales, para entender de mejor manera se debe partir de los supuestos:

- Ser = conocer
- Los problemas se deducen como problemas de conocimiento y significado
- Los terapeutas trabajan con los supuestos, actitudes y premisas de los seres humanos, con la finalidad de encontrar un bienestar.
- Las terapias cognitivas ofrecen diversas respuestas al problema y diversos mecanismos necesarios para el cambio.

Los principales antecedentes filosóficos se traducen en el siguiente cuadro:

**Cuadro 6.01. Principales antecedentes filosóficos de la terapia cognitiva**

<b>Etoicismo (Epicteto)</b>	El hombre no se trastorna
<b>Filosofía cristiana</b>	Condena del pecado y no del pecador
<b>Filosofía oriental (Confucio, Buda, Lao- Tse)</b>	Las emociones se basan en las ideas
<b>Idealismo (Platón, Kant, Shopenhauer)</b>	Toda la realidad está basada en la ideación
<b>Fenomenología (Husserl, Heidegger)</b>	Papel de la experiencia subjetiva consciente
<b>Racionalismo (Espinosa, Descartes)</b>	Pienso, luego existo
<b>Filosofía de la ciencia (Popper, Reichenbach, Russell, Kuhn)</b>	Comprobar la validez de la hipótesis. Métodos lógico- empíricos de la ciencia
<b>Filosofía de la historia (Vico)</b>	Saber
<b>Constructivismo (Vaihinger)</b>	La mente humana sirve a una función orgánica con un propósito

**Nota:** Principales antecedentes filosóficos de la psicoterapia cognitiva a partir de Beck y cols., 1979; Ellis, 1962; Mahoney, 1991

Dentro de los principales exponentes de la psicoterapia cognitiva tenemos a:

Albert Ellis con la “Terapia racional emotivo conductual”, representando el modelo ABC, que consiste en que la letra A describe a los hechos activadores, B refiere al bloque de creencias, y C, serían las consecuencias emocionales y conductuales; posterior a esto a esto aparece de D, que

significa la disputa de las creencias irracionales y E, las nuevas alternativas a ejecutarse, además marcó las principales ideas irracionales: - es una necesidad extrema ser amado y aprobado por el mundo; - para ser valioso se debe ser competente y capaz de lograr cualquier cosa en todos los aspectos; - cierta clase de gente es malvada, vil, debe ser culpabilizada y castigada; - es tremendamente catastrófico que las cosas no vayan por el camino que nos gustaría; - la desgracia humana se caracteriza por causas externas y las personas carecen la capacidad de controlar sus penas y perturbaciones; - es más fácil evitar que afrontar responsabilidades y dificultades; - la historia de vida pasada es un determinante y lo que ocurrió alguna vez, seguirá afectándonos indefinidamente. Por otra parte integró las ideas irracionales en tres absolutismos: - estoy absolutamente obligado hacerlo bien y conseguir la aprobación del resto si no lo hago soy un inútil; - todos tienen que tratarme de forma amable y justa, de lo contrario son detestables y la tercera: las condiciones del mundo deben ser absolutamente confortables, no debe existir dolor, de lo contrario el mundo es detestable.

Albert Ellis plantea la importancia de las distorsiones cognitivas, dentro de las principales tenemos: -pensamiento de todo o nada, - saltar a conclusiones, - adivinar el porvenir, - descalificar lo positivo, - totalidad y nunca, - etiquetado y sobre generalización, perfeccionismo.

Aaron Beck, otro exponente de la psicoterapia cognitiva plantea técnicas a partir de una serie de estructuras y procesos cognitivos que se describen en el siguiente cuadro:

**Cuadro 6.02. Tipos Principales de esquemas**

Tipo	Definición
<b>Cognitivo- conceptual</b>	Seleccionan, recuperan, almacenan, e interpretan la información, por ejemplo, pensamiento automático, las creencias centrales e intermedias
<b>Afectivos</b>	Percepción de los estados de sentimientos y sus combinaciones.
<b>Fisiológicos</b>	Funciones y procesos somáticos. Ejemplo ansiedad
<b>Conductuales</b>	Respuestas y programas listos para ejecutar una conducta
<b>Motivacionales</b>	Estrategias y conductas primarias. Ejemplo apetito, sexualidad, logro, poder.

**Nota:** esquemas principales de acuerdo a Clark, Beck y Alford, 1999.

(Gabalda, 2011)

La terapia conductual de acuerdo a Lucio Balarezo en su libro “Psicoterapia”, menciona que la psicoterapia conductual está basada netamente en principios del aprendizaje, considerando al individuo como una unidad, poniendo énfasis en la modificación de las conductas observables, éste tipo de orientación promueve un alivio sintomático. (Balarezo, 1986)

Por otra parte la terapia conductual está cimentada en 5 principios fundamentales los cuales se aplican en la mayor parte de las formas de psicoterapia conductual, éstos principios fueron presentados por O’Leary y Wilson en el año de 1987, y son los siguientes:

1. Toda la conducta, normal y anormal, se adquiere y se mantiene de acuerdo con los mismos principio básicos del aprendizaje.
2. No es necesario inferir una causa o motivo subyacente para las conductas inadaptadas; las conductas son el trastorno, no son una manifestación o signo de un trastorno, o proceso de enfermedad subyacente.
3. Por lo regular no es necesario como se aprendió una conducta problema específica; el énfasis del tratamiento no debe ponerse en temas históricos, si no en los factores que en la actualidad mantiene la conducta.
4. La mayor parte de las conductas anormales son susceptibles de modificación mediante la aplicación de los principio del aprendizaje, por los cuales las conductas inadaptadas se desprenden y reemplazan con conductas aprendidas nuevas y más adaptadas.
5. Los métodos de tratamiento se especifican con precisión, son replicables y se adaptan a las necesidades, fortalezas y situación de cada cliente; el progreso del tratamiento se evalúa de manera continua, y se realiza una evaluación objetiva del resultado del tratamiento.

Éstos principios que han sido nombrados se destacan puesto que giran en torno a los conflictos y las razones que mantienen la conducta, y a partir de esto indican los puntos en los que el terapeuta debe abordar en cada plan de tratamiento con su respectiva evaluación; dentro de las principales metas de las técnicas conductuales son las de reducir o eliminar las conductas problemáticas y aumentar la frecuencia de las conductas adaptativas. (Compas & Gotlib, 2003)

Gabalda (2011), menciona que la terapia cognitiva- conductual está basada en fases:

- Identificar la cognición negativa y su papel en el mantenimiento de la conducta problemática
- Operacionalizar la conducta problema y generar un test comportamental
- Revisar el resultado del test conductual en relación a la cognición negativa original.

Para Ellis 1996, los métodos conductuales van de la mano con los cognitivos y emocionales es así que dentro de sus trabajos propone las técnicas de relevancia que son Actividades de quedarse allí, ejercicios contra la dilación, uso de recompensas y castigos, y empleo de roles; por otra parte Beck a su modelo cognitivo propone técnicas conductuales como la auto-supervisión, en donde se registran, las conductas que ejecuta durante un tiempo o en un tiempo determinado, permite trabajar la memoria, registrar acontecimientos agradables y desagradables así como la asociación de actividades y emociones. (Gabalda, 2011)

Las técnicas cognitivas conductuales que se emplearan en la ejecución de ésta propuesta, son un conjunto de herramientas básicas que sustentan dicho informe, es así que las técnicas son las siguientes:

- Automonitorización: se encarga de identificar los pensamientos, las emociones y las reacciones conductuales, fisiológicas, utilizando unidades subjetivas para la identificación del malestar que está atravesando el adolescente, dentro de éste enfoque tenemos técnicas como lo es el inventario de auto-informe, que permite identificar el evento, el sentimiento, el

pensamiento, la acción; dando paso a técnicas que permiten la búsqueda de nuevas alternativas, luego de conocer que es lo que está generando el malestar.

- Autoinstruccional: conjunto de técnicas que permiten establecer actividades, pensamientos que procuren controlar o afrontar circunstancias que están produciendo malestar en el individuo, dentro de éstas podemos nombrar la técnica propósito o sin querer, la cual permite estudiar los hechos, contradecir falsas creencias u hipótesis y a partir de esto generar o reestructurar nuevos pensamientos de índole positivo, adaptativos a la situación.
- Análisis racional: éste conjunto de técnicas pueden ayudar a establecer la idea correcta de la responsabilidad que le corresponde de acuerdo a la circunstancia, dando lugar a la generación de nuevas explicaciones y alternativas, por ejemplo la pizza de responsabilidad, en donde el adolescente asigna una lista de factores que pudieron contribuir con la situación otorgándoles una cantidad de responsabilidad a cada uno de éstas; otra es la técnica de proyección temporal, la cual permite hacer un análisis y una visión a futuro de la situación y de la misma persona, logrando establecer metas a corto y largo plazo.
- Entrenamiento en empatía: éste conjunto de técnicas da paso a que los adolescentes que son agresivos o violentos, carentes de empatía, conozcan la realidad del otro, lo entienda y generan nuevas formas de relación entre compañeros, dentro de ésta se hace un análisis de los comportamientos erráticos, ventajas, desventajas, para de ésta manera generar empatía hacia los pares, dentro de ésta técnica tenemos: roll playing, modelamiento, puesto que son actividades en las que los participantes son muy activos, y es lo que la técnica requiere.
- Resolución de problemas: técnica que facilita la búsqueda de nuevas alternativas ante situaciones que están produciendo malestar, es así que mediante el diálogo se permite identificar diversas fases que promueven nuevas alternativas de solución de conflictos;

emplea el análisis del problema, las posibles alternativas, las ventajas y desventajas (consecuencias), ejecución y las consecuencias de la ejecución

- Programación de actividades agradables: técnica de índole conductual, en la cual se identifica actividades agradables, que se pueden realizar con la finalidad de generar una ambiente agradable de convivencia, dentro de éste tenemos el horario con imágenes, en el cual se ubican imágenes de las actividades que se desean realizar en un día y hora determinados; permitiendo un paso a la independencia del adolescente. (Friedberg & McClure, 2005)

## 6.6 METODOLOGÍA. PLAN DE ACCIÓN

**Cuadro 6.03. Plan de ejecución de tratamiento**

Objetivo	Estrategia	Técnica o actividad específica	Pasos	Tiempo	Dirigido a:
Disminuir las conductas agresivas	técnica explicativa	Informar de la problemática del acoso escolar, el daño clínico y las estrategias para prevenirlo	Encuadre: establecer rapport con los estudiantes.	3 sesiones	Padres, Maestros y estudiantes
			Reunir a maestros de la institución para la explicación basada en el trabajo de grado		
			Reunir a padres de la institución para informar acerca de la investigación y medidas a tomarse		
			Reunir a los estudiantes por paralelos e informar acerca del acoso escolar y las estrategias de las cuales serán partícipes		
	Automonitorización	Inventario de autoinforme: mediante un ficha con preguntas encaminadas a la identificación del evento estresante, pensamiento, acción y resultado.	Realizar una ficha con las siguientes preguntas:	una por paralelo	estudiantes
			¿Qué evento que me produce malestar, como Ira, miedo, tristeza?		
			¿Qué pensamiento pasó por mi cabeza?		

			¿Que hice para controlarlo?		
			¿Cuál fue el resultado que obtuve?		
	Análisis Racional	Retribución: ayuda al estudiante a establecer el grado de responsabilidad sobre el evento que produjo malestar, ira, miedo, tristeza.	Dibujar una pizza	una por paralelo	estudiantes
			pensar una situación que crean que produjo malestar		
			En cada porción de pizza, escribir las personas que participaron en el evento		
			A cada persona en cada porción darle un porcentaje de responsabilidad en el evento incluyéndose el estudiante.		
	Resolución de problemas	Ficha de manejo de alternativas de solución	Realizar una ficha con las siguientes preguntas	una por paralelo/ con evaluaciones consecutivas de la ejecución de alternativas de solución	estudiantes
			¿Cuál es el problema que me preocupa?		
			¿Qué alternativas de solución tengo?		
			¿Qué ventajas y desventajas tengo de cada una de ellas?		

			¿Cuál sería la mejor opción?		
			Ejecución		
	Autoinstruccionales	Apropósito o sin querer: diseñada para reducir la reacción negativa del estudiante	Señala si las cosas de esta lista pasan a propósito o sin querer: -un compañero de clase no te saluda - tu madre te pide que arregles tu cuarto - tu profesor se equivoca de nombre cuando te llama. - tropiezan con tu pupitre al pasar sin mirar. - un compañero se ríe de ti y te insulta.	una por paralelo	estudiantes
Haz una lista con 5 formas de diferenciar si alguien hace algo a propósito o sin querer					
¿Qué es importante saber para decidir si alguien hace algo a propósito o sin querer.					
	Autoinstruccionales	Enfriar peleas: consiste en imaginar y generar frases que produzcan calma.	Dibújate a ti mismo sentado en un bloque de hielo	/ una por paralelo	estudiantes
Pinta el hielo del color bonito que sea frío					
Escribe 5 frases que puedan enfriarte					

			La próxima que estés enojado, imagínate sentado en el bloque de hielo, pensando las 5 frases que te enfrían		
	Entrenamiento en empatía	Roll Playing: permite al estudiante ponerse en situaciones propias y ajenas, para de ésta manera generar nuevas perspectivas y mejorar la relación entre pares	Realizar una mesa redonda	una por paralelo	estudiantes
			Pedir por afinidad que se escojan, víctimas, victimarios y observadores dentro del acoso escolar		
			Interpretar papeles		
			Realizar un cambio de papeles, contrarios.		
			Interpretar papeles		
			Pedir las opiniones y conclusiones del roll playing		
Objetivo	Estrategia	Técnica o actividad específica	Pasos	Tiempo	Dirigido a:
Mejorar habilidades sociales	Entrenamiento en habilidades sociales	Rellenar la jarra	Pedir que formen grupos de 10 personas y coloque una jarra vacía en medio del grupo, mientras se realizan trabajos de grupo	una por paralelo	estudiantes
			El maestro o Psicólogo que dirige la clase, observa las posturas pro sociales, o acciones positivas de los estudiantes, como ser empático, escuchar, o responder sin agresividad pone una canica en la jarra		

			El grupo que tenga un mayor número de canicas, es el ganador y escogerá una actividad lúdica que deseen que se realice		
		Rompecabezas	Los estudiantes deben formar grupos por afinidad	una por paralelo	estudiantes
			Cada grupo deberá realizar una maqueta de una casa, un jardín, un parque, una escuela		
			En mesa redonda, en medio del aula se procederá a armar una ciudad en conjunto.		
		Modelamiento	Se escogerá entre maestros y estudiantes una película de compañerismo y amistad	1 sesión	estudiantes
			La película se proyectará en conjunto		
			Los estudiantes deberán escribir los aspectos positivos de la película		
			Se procederá al análisis de los aspectos positivos		
Objetivo	Estrategia	Técnica o actividad específica	Pasos	Tiempo	Dirigido a:

Fortalecer vínculos sociales	Programación de actividades agradables	Horario con imágenes	Se les pide formar grupo por afinidad	1 sesión para realización de la actividad por paralelo, y la ejecución el tiempo que el estudiantado decida.	estudiantes	
			Cada grupo dibujará una actividad lúdica que deseen realizar en horarios de recreo y clubes			
			En pliegos de papel periódico, colgados en la pizarra se hará un horario con cada día de la semana.			
				En cada día de la semana se llegará a un acuerdo para realizar la actividad que cada grupo realizó, colocando el dibujo realizado		
	Entrenamiento en habilidades sociales	Armar un castillo	se les pide los estudiantes formen grupos	una por paralelo	estudiantes	
			Cada grupo deberá armar un castillo con papel periódico, a la final el mejor castillo será el que no se derive con el soplo del resto de grupos			
			Los grupos no podrán hablar ni escribir para comunicarse			
	Técnicas Narrativas	Armando una historia	Los estudiantes formaran una mesa redonda	una por paralelo	estudiantes	
			En una hoja de papel, cada estudiante escribirá una frase que piense, sin leer la anterior			

			Al final se procederá a la lectura de la historia		
		La carta	Cada estudiante escribirá una carta, a la persona que haya ofendido o causado daño, con una disculpa y resaltando sus aspectos positivos	una por paralelo	estudiantes

**Nota:** El tiempo dispuesto es el otorgado por la institución

## 6.7 ADMINISTRACIÓN

**Cuadro 6.04. Plan de actividades por fechas**

Actividad	Mes														Responsables
	Enero/ Viernes				Febrero/ Viernes				Marzo/ Viernes				Abril/ Viernes		
	9	16	23	30	6	13	20	27	6	13	20	27	3	10	
Técnica Explicativa	■														Psicólogo Clínico/ Psicólogo Educativo/ Docentes Encargados
Inventario de Autoinforme		■													
Retribución			■												
Ficha de manejo de alternativas				■											
A propósito o sin querer					■										
Enfriar peleas						■									
Roll Playing							■								
Rellenar la jarra								■							
Rompe cabezas									■						
Modelamiento										■					
Horario con imágenes											■				
Armar un castillo												■			
Armando una historia													■		
La carta														■	

## 6.8 PREVISIÓN DE LA EVALUACIÓN

**Cuadro 6.05. Evaluación de la Propuesta**

<b>Monitoreo y Evaluación de la propuesta</b>		<b>Fecha de evaluación</b>
<b>Aspectos a ser evaluados</b>	<b>Acoso escolar/ Daño clínico</b>	<p>Viernes 30 de enero/ Viernes 27 de Febrero/ Viernes 27 de Marzo / Viernes 17 de abril</p>
Razones que justifican la evaluación	La evaluación se encarga de darnos datos y resultados para el análisis de la eficacia de la propuesta, para identificar si el ambiente de convivencia escolar está mejorando, la evolución ayudará a saber el funcionamiento acorde o no a lo esperado	
Objetivos del plan de evaluación	Identificar los niveles de acoso escolar - identificar el daño clínico -Evaluar el nivel de convivencia escolar	
Indicadores	Acoso escolar/ Daño clínico/ relaciones sociales	
Personal encargado	Psicólogo clínico/ Psicólogo Educativo	
Proceso metodológico	Reunión con docentes para la entrevista y análisis de comportamientos de los estudiantes. - Ficha de Observación por parte del personal encargado. - Entrevistas con los estudiantes. - Aplicación del test CONVES de convivencia escolar. - Retest del AVE, evolución de acoso y violencia escolar.	
Fuentes de información	Manuales de Test, Evaluación Psicométrica (Libros), la web	
Instrumentos	Test Conves. -Test Ave. - Ficha de Observación. - Conversatorios/ Entrevistas	

## REFEENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### BIBLIOGRAFÍA

- Balarezo, L. (1986). *Psicoterapia*. Quito, Ecuador: EDIPUCE.
- Barlow, D. H., & Durand, V. M. (2007). *Psicopatología* (Tercera ed.). Madrid, España: Thomson.
- Cabrera Macías, Y., & López González, E. J. (2007). *Redalyc. Psicodiagnóstico, una mirada a su historia* (Vol. 5). Cuba: Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos.
- Carozzo, J. C. (2013). *Bullying, Opiniones Reunidas*. Lima, Perú: Impresiones & Empastes.
- Chica Carpio, M. A., Durán Carrasco, O. E., & Chávez Pesántez, R. L. (2012). *Tesis*. Cuenca: Universidad de Cuenca.
- Compas, B. E., & Gotlib, I. H. (2003). *Introducción a la Psicología Clínica: Ciencia y Práctica*. Estados Unidos: McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V.
- Ecuador, C. d. (2008).
- Friedberg, R., & McClure, J. M. (2005). *Práctica Clínica de Terapia Cognitiva con Niños y Adolescentes*. Barcelona, España: Paidós Iberica.
- Gabalda, I. C. (2011). *Hacia una práctica eficaz de las Psicoterapias Cognitivas*. Bilbao, Barcelona , España : Desclée de Brouwer, S. A.
- Morales Vallejo, P. (2007). *La Fiabilidad de los Test y las Escalas*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- Moreno Moreno, M., Vacas Días, C., & Roa Venegas, J. M. (Diciembre de 2006). Victimización escolar y clima socio-familiar. *Revista Iberoamericana de Educación*(40), 6- 15.
- Olweus, D. (2004). *Conductas de Acoso y Amenaza entre Escolares* (Segunda ed.). Madrid, España: Morata S.L.
- Olweus, D. (2004). *Conductas de Acoso y Amenaza entre Escolares* (Segunda ed.). Madrid, España: Morata S.L.
- Olweus, D. (2012). *Acoso escolar, "bullying", en las escuelas: hechos e intervenciones*. Madrid: Morata.
- Ortega, R. (2010). *Agresividad Injustificada, Bullying y Violencia Escolar*. Madrid, España: Alianza.
- Piñuel, I., & Oñate, A. (2006). *Acoso y Violencia Escolar*. Madrid, España: TEA.
- Renfrew, J. W. (2001). *La agresión y sus causas* (Primera ed.). México, México: Trillas, S.A. de C.V.

Roman, & Murillo. (2011). Revista CEPAL 104. CEPAL, 18.

Segredo, Kahan, Luzardo, Najson, & Zamalvide. (2004). *Escala de Agresión entre pares para adolescentes y principales resultados*. Uruguay: Facultad de Psicología, Universidad de Uruguay.

Trull, T. J., & Phares, E. J. (2003). *Psicología Clínica* (Sexta ed.). México, México: Thomson.

## LINKOGRAFÍA

Áviles Martínez, J. M., & Monjas Cáseres, I. (Junio de 2005). *Servicio de publicaciones de la Universidad de Murcia Anales de psicología*. Recuperado el 24 de Junio de 2014, de [http://www.um.es/analesps/v21/v21\\_1/04-2](http://www.um.es/analesps/v21/v21_1/04-2)

Piñuel, I., & Oñate, A. (2009). *Adolescenciasema*. Recuperado el 24 de Junio de 2014, de [http://www.adolescenciasema.org/ficheros/curso\\_ado\\_2009/B-La\\_violencia\\_y\\_sus\\_manifestaciones\\_en\\_jovenes.pdf](http://www.adolescenciasema.org/ficheros/curso_ado_2009/B-La_violencia_y_sus_manifestaciones_en_jovenes.pdf)

Garcés, V. I. (Octubre de 2012). *Universidad Central del Ecuador*. Recuperado el 06 de Mayo de 2014, de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/659/1/T-UCE-0010-138.pdf>

Macbride, C. (2012). *Universidad San Francisco*. Recuperado el 06 de Mayo de 2014, de <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/1774/1/106659.pdf>

OPS. (2002). *Organización Panamericana de la Salud*. Recuperado el 24 de Junio de 2014, de [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/es/summary\\_es.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf)

## CITAS BIBLIOGRÁFICAS- BASE DE DATOS UTA

PROQUEST Acosta, A. (29 de abril del 2010) *Acoso escolar: flagelo que algunos niños les cuesta la vida*. Recuperado el 25 de noviembre del 2014, de <http://search.proquest.com/docview/748835453B33A044919234FD3PQ/1?accountid=36765>

PROQUEST Caballo, V. (2011). *Acoso escolar y ansiedad social en niños*. Recuperado el 23 de diciembre del 2014 de <http://proquest.com/docview/927580536/B33A044919234FD3PQ/29?accountid=36765>

PROQUEST Garza, P. (22 de agosto de 2010) *Acoso escolar o bullying, un secreto a voces*. Recuperado el 12 de noviembre de 2014, de <http://search.proquest.com/docview/748835453B33A044919234FD3PQ/1?accountid=36765>

EBSCO HOST Picazo, J. (mayo/ junio del 2014). *El suicidio infanto juvenil*. Recuperado el 30 de enero del 2015 de <http://web.ebscohost.com/ehost/detail/?vid=4&sid=8f723d3e-fb2c-adca-ae8fi22be33c%40sessionngr114&hia=107&data=JmxhbmC9ZXMm210ZT1laG9sadXZ1#db=9h&AM=96>

EBSCO HOST Sánchez, R. (septiembre del 2014). *Prevención del Acoso Escolar*. Recuperado el 05 de diciembre del 2014 de <http://web.ebscohost.com/ehost/detail/?vid=3&sid=8f723d3e-fb2c-adca-ae8fi22be33c%40sessionngr114&hia=107=JmxhbmC9ZXMm210ZT1la69zdC1savZ17db=fua&AN=97>.

**ANEXOS**  
**TEST AVE**

**Nombre:**

**Edad:**

**Colegio**

**Fecha:**

**Instrucciones sobre la forma de contestar**

- **Utiliza lapicero (N° 2 preferentemente)**
- **Si te equivocas borra totalmente**
- **No dobles ni arrugues la hoja**
- **Rellena completamente asi:**

**Instrucciones**

Este cuestionario pretende ayudarnos a conocer cómo te relacionas con los chicos y chicas de tu edad.

Con la información que tú y otros chicos y chicas nos vais a proporcionar podremos identificar algunos de los problemas que a veces surgen entre vosotros.

La información que nos das, especialmente si es sincera, es de gran importancia para intentar buscar las soluciones adecuadas porque solo tú sabes cómo te sientes ante determinadas situaciones.

1. Este cuestionario es sobre violencia y acoso escolar. Hay violencia y acoso cuando alguien se mete con otro, le atemoriza, le ridiculiza, le insulta, le excluye, le pega, abusa de él, se ríe o se burla de él o le pone motes. Este cuestionario te pregunta si te están ocurriendo algunas de estas situaciones en tu centro.

2. Lee las preguntas con atención. No dejes ninguna sin responder.
3. Revisa todas las opciones y elige las respuestas de acuerdo a lo que te ocurre.
4. Rellena los datos marcando la opción que tú selecciones.
5. Si tienes que hacer alguna pregunta mientras rellenas el cuestionario, levanta la mano y te responderán los profesores o tutores.

Autores: I. Piñuel y A. Oñate.

Copyright © 2006 by TEA Ediciones, S.A., que se reserva todos los derechos. Prohibida la reproducción total o parcial.

Edita TEA Ediciones, S.A., Fray Bernardino de Sahagún, 24- 28036 MADRID - ESPAÑA.

A continuación aparecen situaciones de violencia y acoso que pueden ocurrirte en tu centro.

## Cuestionario I

Indica cuántas veces te ocurren estas situaciones marcando la alternativa adecuada.

- Si no te ocurren nunca, marca la alternativa Nunca.
- Si te ocurren pocas veces, marca la alternativa Pocas veces.
- Si te ocurren muchas veces, marca la alternativa Muchas veces.

<b>Pregunta</b>	<b>Nunca</b>	<b>Pocas veces</b>	<b>Muchas veces</b>
<b>1</b> No me hablan			
<b>2</b> Me ignoran, me hacen el vacío			
<b>3</b> Me ponen en ridículo ante los demás			
<b>4</b> No me dejan hablar			
<b>5</b> No me dejan jugar con ellos			
<b>6</b> Me llaman por mote			
<b>7</b> Me amenazan para que haga cosas que no quiero			
<b>8</b> Me obligan a hacer cosas que están mal			
<b>9</b> Me tienen manía			
<b>10</b> No me dejan participar, me excluyen			
<b>11</b> Me obligan a hacer cosas peligrosas para mí			
<b>12</b> Me obligan a hacer cosas que me ponen malo			
<b>13</b> Me obligan a darles mis cosas			
<b>14</b> Rompen mis cosas a propósito			
<b>15</b> Me esconden las cosas			
<b>16</b> Roban mis cosas			

**17** Dicen a otros que no estén conmigo o que no me hablen

**18** Prohíben a otros que jueguen conmigo

**19** Me insultan

**20** Hacen gestos de burla o desprecio hacia mí

**21** No me dejan que hable o me relacione con otros

c

**22** Me impiden que juegue con otros

**23** Me pegan collejas, puñetazos, patadas

**24** Me chillan o gritan

**25** Me acusan de cosas que no he dicho o hecho

**26** Me critican por todo lo que hago

**27** Se ríen de mi cuando me equivoco

**28** Me amenazan

**29** Me pegan con objetos

**30** Cambian el significado de lo que digo

**31** Se meten conmigo para hacerme llorar

**32** Me imitan para burlarse de mi

**33** Se meten conmigo por mi forma de ser

**34** Se meten conmigo por mi forma de hablar

**35** Se meten conmigo por ser diferente

**36** Se burlan de mi apariencia física

**37** Van por ahí contando mentiras acerca de mí

- 38** Procuran que les caiga mal a otros
- 39** Me amenazan con pegarme
- 40** Me esperan a la salida para meterse conmigo
- 41** Me hacen gestos para darme miedo
- 42** Me envían mensajes para amenazarme
- 43** Me zarandean o empujan para intimidarme
- 44** Se portan cruelmente conmigo
- 45** Intentan que me castiguen
- 46** Me desprecian
- 47** Me amenazan con armas
- 48** Amenazan con dañar a mi familia
- 49** Intentan perjudicarme en todo
- 50** Me odian sin razón

**DETENTE AQUI HASTA QUE EL EXAMINADOR TE LO INDIQUE.**

### **Cuestionario II**

A continuación se presentan una serie de frases que se refieren a tu forma habitual de ser, de pensar, de actuar o a tus preferencias.

Si la afirmación se corresponde con tu forma habitual de ser o de pensar o de actuar, o a tus preferencias marca la alternativa **SÍ**.

Si la afirmación no se corresponde con tu forma habitual de ser ni de pensar ni de actuar, ni a tus preferencias marca la alternativa **NO**.

Si hay preguntas que pueden ser contestadas Sí y No a la vez, debes decidirte por la que es más frecuente en tu caso.

<b>Pregunta</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>51</b> Tengo muchos amigos		
<b>52</b> Me aburre estar solo		
<b>53</b> Enseguida suelo hacer amigos		
<b>54</b> No me cuesta nada conocer gente nueva		
<b>55</b> Creo que soy un desastre como persona		
<b>56</b> Creo que soy un poco tonto		
<b>57</b> Los demás son más listos que yo		
<b>58</b> Si volviera a nacer pediría ser diferente a como soy		
<b>59</b> Poca gente quiere estar conmigo		
<b>60</b> Creo que soy malo		
<b>61</b> Creo que soy muy torpe		
<b>62</b> Creo que nadie me aprecia		

- 63** Soy muy alegre y feliz
- 64** Mi vida está llena de buenas cosas
- 65** Casi siempre duermo bien
- 66** Suelo tener ganas de llorar
- 67** A veces me da miedo al ir a dormirme
- 68** Tengo sueños y pesadillas horribles
- 69** Me suelen sudar las manos sin saber por qué
- 70** A veces tengo una sensación de peligro o miedo sin saber por qué
- 71** Al pensar en el futuro me entra angustia
- 72** Me tiemblan a menudo las manos
- 73** A veces siento náuseas o ganas de vomitar
- 74** Al venir al colegio siento miedo o angustia
- 75** Me cuesta hablar cuando estoy con otras personas
- 76** Soy una persona bastante cerrada
- 77** Me encuentro mejor solo que con la gente
- 78** Me cuesta relacionarme con la gente
- 79** Tengo muy pocos amigos
- 80** Prefiero jugar solo que con otros
- 81** A veces me encuentro sin esperanza
- 82** Alguna vez me tengo rabia a mí mismo
- 83** A veces creo que no tengo remedio
- 84** Algunas veces tengo ganas de morirme
- 85** Algunas veces me odio a mí mismo

**86** Todo el mundo me quiere

**87** Por la mañana me levanto con malestar

**88** A veces me vienen recuerdos horribles mientras estoy despierto

**89** Suelo estar intranquilo casi todo el tiempo

**90** A veces me entran enfados fuertes o ataques de rabia sin saber por qué

**91** Suelo estar más veces enfermo que los demás

**92** Me cuesta mucho concentrarme o recordar cosas

**93** Me vienen nervios, ansiedad o angustia sin saber por qué

**94** La vida en general es una porquería

**FIN DE LA PRUEBA.**

**COMPRUEBA QUE HAS CONTESTADO A TODAS LAS PREGUNTAS**