

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



TESIS

**NIVEL DE DEPRESIÓN Y BULLYING EN LOS ADOLESCENTES
DEL COLEGIO ALMIRANTE MIGUEL GRAU. CHOTA.
CAJAMARCA. 2024**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA
EN ENFERMERÍA**

AUTORA:

Bach. Erika Viviana Díaz Julón

ASESORA:

MCs. María Eloísa Ticlla Rafael


Cajamarca – Perú

2024

CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

1. Investigador: **Erika Viviana Díaz Julón**
DNI: **71805955**
Escuela Profesional/Unidad UNC: **Escuela Profesional de Enfermería**
2. Asesor: **M. Cs. María Eloisa Ticlla Rafael**
Facultad/Unidad UNC: **Facultad de Ciencias de la Salud**
3. Grado académico o título profesional
 Bachiller Título profesional Segunda especialidad
 Maestro Doctor
4. Tipo de Investigación:
 Tesis Trabajo de investigación Trabajo de suficiencia profesional
 Trabajo académico
5. Título de Trabajo de Investigación:
NIVEL DE DEPRESIÓN Y BULLYING EN LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO ALMIRANTE MIGUEL GRAU. CHOTA. CAJAMARCA. 2024
6. Fecha de evaluación: **05/01/2025**
7. Software antiplagio: **TURNITIN** **URKUND (ORIGINAL) (*)**
8. Porcentaje de Informe de Similitud: **9%**
9. Código Documento: **oid: 3117:419392016**
10. Resultado de la Evaluación de Similitud:
 APROBADO **PARA LEVANTAMIENTO DE OBSERVACIONES O DESAPROBADO**

Fecha Emisión: 06/01/2025

<i>Firma y/o Sello Emisor Constancia</i>
  Dra. Martha Vicenta Abanto Villar DNI: 26673990

* En caso se realizó la evaluación hasta setiembre de 2023

COPYRIGHT© 2024 by
Erika Viviana Díaz Julón
Todos los derechos reservados

FICHA CATALOGRÁFICA

Díaz E. 2024.

NIVEL DE DEPRESIÓN Y BULLYING EN LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO ALMIRANTE MIGUEL GRAU. CHOTA. 2024

Disertación académica para optar el Título Profesional de Licenciado en Enfermería- UNC
2024.

74 páginas

Asesora:

MCs. María Eloísa Ticlla Rafael

Docente Universitaria Principal de la EAP de Enfermería

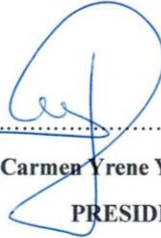
**NIVEL DE DEPRESIÓN Y BULLYING EN LOS ADOLESCENTES DEL
COLEGIO ALMIRANTE MIGUEL GRAU. CHOTA. CAJAMARCA. 2024**

AUTORA: Bach. Enf. ERIKA VIVIANA DÍAZ JULÓN

ASESORA: M. Cs. MARÍA ELOISA TICLLA RAFAEL

Tesis evaluada y aprobada para la obtención del Título profesional de Licenciada en Enfermería de la Universidad Nacional de Cajamarca, por los siguientes miembros del jurado evaluador:

JURADO EVALUADOR



.....
Dra. Carmen Yrene Yupanqui Vásquez
PRESIDENTE



.....
M. Cs. Flor Violeta Rafael Saldaña
SECRETARIA



.....
M. Cs. Aida Cistina Cerna Aldave
VOCAL



Universidad Nacional de Cajamarca

"Norte de la Universidad Peruana"

Fundada por Ley 14015 del 13 de Febrero de 1962

Facultad de Ciencias de la Salud

Av. Atahualpa 1050

Teléfono/ Fax 36-5845



MODALIDAD "A"

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO (A) EN ENFERMERÍA

En Cajamarca, siendo las 3:00pm del 3 de enero del 2025, los integrantes del Jurado Evaluador para la revisión y sustentación de la tesis, designados en Consejo de Facultad a propuesta del Departamento Académico, reunidos en el ambiente II-301 de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Cajamarca, dan inicio a la sustentación de tesis denominada:

Nivel de depresión y Bullying en los adolescentes del colegio Alejandro Maguel Grau - Chota - Cajamarca - 2024

del (a) Bachiller en Enfermería:

Erika Viviana Díaz Jaelón

Siendo las 5:00pm del mismo día, se da por finalizado el proceso de evaluación, el Jurado Evaluador da su veredicto en los siguientes términos:

Buena, con el calificativo de: 16, con lo cual el (la) Bachiller en Enfermería se encuentra A.P.T.A para la obtención del Título Profesional de:

LICENCIADO (A) EN ENFERMERÍA.

Miembros Jurado Evaluador Nombres y Apellidos		Firma
Presidente:	<u>Dra. Carme Yanez Yupaenzi Vázquez</u>	
Secretario(a):	<u>M.Cs. Flor Violeta Rafael Saldaña</u>	
Vocal:	<u>M.Cs. Lidia Festina Ferns Aldate</u>	
Accesitaria:		
Asesor (a):	<u>M.Cs. María Eloisa Tilla Rafael</u>	
Asesor (a):		

Términos de Calificación:

EXCELENTE (19-20)

MUY BUENO (17-18)

BUENO (14-16)

REGULAR (12-13)

REGULAR BAJO (11)

DESAPROBADO (10 a menos)

DEDICATORIA

A mis padres Irene Julón Barboza y Isaac Díaz Núñez, por ser la motivación de mi vida y quienes me enseñaron el honor, servicio, amor al prójimo y la disciplina de la lucha constante para mejorar cada día más y que con su ejemplo y sacrificio han hecho lo que ahora soy.

A mi esposo Milton Requejo Vásquez y mi preciada hija Briana Anthonela Requejo Díaz quienes han sido mi soporte, porque estuvieron hay en los momentos buenos y malos de mi vida brindándome su amor incondicional, apoyándome y alentándome a superarme día a día.

A toda mi familia por confiar en mí, a mis hermanos, mis suegros y a mi abuelita que desde el cielo me ilumina, gracias por ser parte de mi vida y por permitirme ser parte de su orgullo.

Erika Viviana

AGRADECIMIENTO

A Dios por ser el autor de mi vida y darme el valioso privilegio de poder entrar a esta carrera tan maravillosa que es la Enfermería, por permitirme llegar hasta este día que es muy importante para mí, por darme siempre las fuerzas para continuar en lo adverso, por guiarme en el camino correcto, darme sabiduría para poder mejorar día a día en mi vida profesional.

A mi asesora de tesis, M.Cs. María Eloísa Ticlla Rafael, por haberme brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento científico, sus orientaciones, su manera de trabajar, su paciencia y su motivación han sido fundamentales para mi formación como investigadora.

A la Universidad Nacional de Cajamarca - Escuela Académico Profesional de Enfermería filial Chota, a los docentes quienes compartieron sus conocimientos y experiencias durante toda mi formación académica. A mis compañeros de clase ya que gracias al compañerismo, amistad y apoyo moral han aportado para seguir en mi carrera como profesional.

A los adolescentes y profesores del colegio Almirante Miguel Grau por su apoyo en el desarrollo de la investigación.

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág.
Dedicatoria	iv
Agradecimiento	v
Lista de tablas	viii
Lista de anexos	ix
Resumen	x
Abstract	xi
Introducción	xii
CAPÍTULO I EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1 Delimitación y delimitación del problema	13
1.2 Formulación del problema de investigación	16
1.2. Justificación	16
1.3. Objetivos	17
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio	18
2.2. Bases teóricas	21
2.3. Bases conceptuales	22
2.4. Variables del estudio	33
2.5. Operacionalización de variables	34
CAPÍTULO III DISEÑO METODOLÓGICO	
3.1. Diseño y tipo de estudio	37
3.2. Población	37
3.3. Criterio de inclusión y exclusión	37
3.4. Unidad de análisis	37
3.5. Técnica e instrumentos de recolección de datos	39
Validez y confiabilidad del instrumento	39
3.6. Procesamiento y análisis de datos	41
3.7. Consideraciones éticas	41

CAPÍTULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
4.1. Resultados y discusión	44
CONCLUSIONES	57
SUGERENCIAS Y/O RECOMENDACIONES	58
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
ANEXOS	

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Características sociodemográficas de los adolescentes del Colegio Almirante Miguel Grau. Chota, 2024	44
Tabla 2. Nivel de depresión de los adolescentes del Colegio Almirante Miguel Grau. Chota, 2024	46
Tabla 3. Índice global de bullying en los adolescentes del Colegio Almirante Miguel Grau. Chota. 2024.	49
Tabla 4. Índice global de bullying según características sociodemográficas de los adolescentes del Colegio Almirante Miguel Grau. Chota. 2024.	52
Tabla 5. Nivel de depresión según características sociodemográficas de los adolescentes del Colegio Almirante Miguel Grau. Chota, 2024.	55

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1: Consentimiento informado	68
Anexo 2: Asentimiento informado	69
Anexo 3: Cuestionario sobre_Nivel de depresión y las manifestaciones de bullying en los adolescentes de la I.E. Miguel Grau. Chota. 2024	70
Anexo 4: Resultados de confiabilidad	74

RESUMEN

El estudio titulado: Nivel de depresión y bullying en los adolescentes del Colegio Almirante Miguel Grau. Chota. 2024. Tuvo como objetivo general: determinar y analizar el nivel de depresión y las manifestaciones de bullying en los adolescentes del Colegio Almirante Miguel Grau. Chota. 2024. Fue un estudio con abordaje cuantitativo, diseño no experimental, de tipo descriptivo y de corte transversal; la población estuvo conformada por 157 adolescentes que cumplieron con los criterios de inclusión. Para recolectar la información se usó como técnica a la encuesta. Resultados: 23,6% de los participantes se encuentra cursando el quinto año de secundaria, existen porcentajes similares entre los adolescentes del tercer y cuarto año con 19,1%, y el 15,3% cursan el segundo año; referente a la edad 58% tiene entre 13 a 15 años, 56,1% son hombres. En cuanto a la depresión 34,4% presenta síntomas depresivos y 10,8% muestra depresión mayor. De otro lado, 36,3% de los encuestados presentaron un índice global de bullying bajo, 12,7% casi alto, 10,2% alto y 4,5% muy alto. El índice global de bullying fue alto y casi alto en los adolescentes de tercer año (13,3% y 23,3%); es casi alto y alto en los participantes de 10 a 12 años y 16 a 18 años. Y casi alto y alto en las mujeres (13% y 17,4%)

Palabras clave: Bullying, depresión y adolescentes

ABSTRACT

The study titled: Level of depression and bullying in adolescents at the Almirante Miguel Grau School. Chota. 2024. Its general objective was to determine and analyze the level of depression and manifestations of bullying in adolescents at the Almirante Miguel Grau School. Chota. 2024. It was a study with a quantitative approach, non-experimental design, descriptive and cross-sectional; The population was made up of 157 adolescents who met the inclusion criteria. To collect the information, the survey was used as a technique. Results: 23.6% of the participants are in the fifth year of secondary school, there are similar percentages among adolescents in the third and fourth year with 19.1%, and 15.3% are in the second year; Regarding age, 58% are between 13 and 15 years old, 56.1% are men. Regarding depression, 34.4% present depressive symptoms and 10.8% show major depression. On the other hand, 36.3% of those surveyed had a low global bullying rate, 12.7% almost high, 10.2% high, and 4.5% very high. The overall bullying rate was high and almost high in third-year adolescents (13.3% and 23.3%); it is almost high and high in participants aged 10 to 12 years and 16 to 18 years. And almost high and high in women (13% and 17.4%)

Keywords: Bullying, depression and adolescents

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa donde se viven una serie de cambios a nivel cognitivo, físico, psicológico, emocional y social, que impactan en la manera en la que los adolescentes sienten, razonan, deciden y se relacionan con otras personas. Según la OMS, existen diversos factores que pueden alterar la salud mental de un adolescente, como un ambiente familiar nocivo, la presión y las interacciones sociales negativas con sus compañeros de clase, entre otros (1).

El bullying está reconocido como un problema psicosocial grave que conlleva a consecuencias negativas, sufrir acoso se considera un factor de riesgo para el desarrollo de problemas psicológicos y sintomatología psicopatológica tanto en la niñez, en la adolescencia como en la edad adulta. En concreto, ser víctima de acoso aumenta el riesgo de padecer dificultades académicas, ansiedad, insomnio, depresión, autolesiones e ideación suicida, psicosis, trastornos de la conducta alimentaria, etc. Entre todos los problemas la depresión y la ansiedad son las consecuencias emocionales más citadas de la victimización entre iguales. Además, cada vez hay más evidencias que sugieren que las víctimas de bullying durante la infancia pueden sufrir un deterioro importante en su bienestar a corto como a largo plazo, y que se extienden hasta una edad superior a los 20 años (2).

El objetivo del estudio fue determinar y analizar el nivel de depresión y las manifestaciones de bullying en los adolescentes del Colegio Almirante Miguel Grau. Chota. 2024.

La investigación está estructurada de la siguiente manera: El capítulo I, plantea el problema de investigación y su formulación, la justificación y los objetivos del estudio. El capítulo II, detalla el marco teórico presentando los antecedentes, bases teóricas y conceptuales y las variables del estudio. En el capítulo III, Diseño metodológico: área de estudio, tipo, y diseño de investigación, población, técnicas e instrumentos de recolección de datos; procedimiento de recopilación de datos, análisis de datos y consideraciones éticas y de rigor científico, finalmente en el capítulo IV, los resultados y discusión, donde se presentan las tablas, su interpretación, análisis y discusión, así como las conclusiones, recomendaciones y sugerencias

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Definición y delimitación del problema de investigación

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como la etapa entre los 10 a 19 años de edad (1). Sin embargo, en Perú, la norma técnica de salud del adolescente ubica esta etapa entre los 12 años hasta los 17 años 11 meses 29 días. Los rangos de edades que establecen estos límites no están totalmente definidos. El Ministerio de Salud (MINSA) del Perú define la etapa temprana entre los 10 y 13 años; la media, entre los 14 y 16 años; y la tardía entre los 17 y 19 años. Esta clasificación es similar a la establecida por la Organización Panamericana de la Salud (3)

Durante la etapa adolescente, hay diversos factores de riesgo a los que se está expuesto, como un entorno familiar y escolar inadecuado, que podría afectar su desarrollo potencial, físico y mental, pudiendo llevarlos a la búsqueda de comportamientos de riesgo o a percibir el desánimo, el desinterés, el aislamiento y la desesperanza que podría conllevar a la aparición de ideas suicidas. Es así que la Organización Panamericana de la Salud y la OMS mencionan que existen factores relacionados al aspecto social como la necesidad de ser más independientes, del reconocimiento y aceptación de sus pares, la búsqueda de su identidad sexual, tener dificultades socioeconómicas y el acceso a la tecnología; ya que este último factor junto con las normas sociales de género puede agravar la diferencia entre la realidad vivida por el adolescente y lo que quiere lograr en un futuro (4).

Entre los problemas psicológicos que pueden aparecer en esta etapa son entre otros la ansiedad y depresión, la OMS, refiere que la depresión es considerada un problema de salud pública, pues se estima que, en el año 2021, estaba, presente en alrededor de 280 millones de personas y está asociada al suicidio de quien la padece. Se conoce que durante la adolescencia existe una alta prevalencia, 1,1% de 10 a 14 años y el 2,8% de los de 15 a 19 años padecían depresión (4). De otro lado el informe del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), señala que la depresión y ansiedad está presente en un 50% de todas las alteraciones mentales en la población joven en América latina y el mundo entre las edades de 10 a 19 años (5).

También afirma que casi 16 millones de adolescentes de 10 a 19 años viven con un trastorno mental en América Latina y el Caribe (ALC). Además, estima que los países con mayor prevalencia de trastornos mentales entre adolescentes de 10 a 19 años son Brasil con 17,1%, Cuba con 16,5%, Chile 16%, Paraguay 16,5%, Ecuador 15,4%, Perú 14,9%, Ecuador 15,4%, etc. (6)

Según el MINSA, en el año 2023, la depresión infantil y juvenil fue uno de los trastornos más frecuentes, afectando aproximadamente al 10% de niños y adolescentes, este trastorno afecta las principales áreas de la vida diaria como las relaciones familiares, interpersonales, el rendimiento escolar y las funciones biológicas como el apetito y el sueño; es uno de los principales factores de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas y cometer suicidio en la población adolescente. La depresión infantil y juvenil se reconoce como una entidad clínica que se caracteriza por ser un trastorno de carácter familiar y recurrente que incide en la adaptación social y el desarrollo emocional. Los niños y adolescentes tienen mayor riesgo de sufrir otras enfermedades psicopatológicas en la vida adulta (7).

En el Departamento de Cajamarca, las cifras muestran que el año 2019, existieron 4 casos notificados de depresión, el 2020 fueron 2 casos, en el 2021 fueron 4 casos y el 2022 se presentaron 170 casos de depresión (8).

Según la información estadística presentada la depresión es frecuente en la población adolescentes, que puede desencadenarse ya sea por los cambios psicológicos y físicos propios de la edad, o ser el resultado de una agresión física, verbal o de otra índole en la institución educativa. El bullying se refiere a una constante, creciente y sistematizada forma de agresión que puede ser directa o indirecta y que incluye actos físicos, verbales o psicológicos, que son intencionales y ocurren en una relación caracterizada por una desequilibrada división de poder y que regularmente se produce en ambientes académicos y vecindarios sobre todo en la niñez y adolescencia. El bullying regularmente es motivado por la intolerancia hacia otros, basada en pertenecer o no a un grupo en particular, en función del género, raza, religión, orientación sexual, habilidades y estatus socioeconómico (9).

Al respecto la organización Global de Prevención ante el Bullying (2023), informa que, en América Latina, 30% de las agresiones se presentaron cuando las víctimas

tenían entre 13 a 14 años, de 11 a 12 años el 22%; 15 a 17 años un 21%, el porcentaje menor se presentó en niños de 5 a 6 años con 5%. El acoso escolar es más frecuente en las instituciones educativas públicas con 70,7%; de acuerdo al lugar donde ocurre la agresión 79,4% ocurre dentro de la institución, y 13% fuera; y específicamente en el salón de clases el 41,6%. El 40% de los entrevistados informó acoso cibernético, 30% acoso sexual y 40% identificó acoso por parte del profesor (10).

De otro lado, la Defensoría del Pueblo señala que la violencia escolar constituye una realidad invisible que se manifiesta a través de algunos episodios que generan la atención de la ciudadanía. No obstante, las cifras son mayores. En efecto, según el último reporte del portal SíseVe del Ministerio de Educación, en el 2023 se reportaron 1972 casos de bullying a nivel nacional mientras que, solo entre enero y febrero de este año (2024), la cifra asciende a 23 casos. Ante ello, la Defensoría del Pueblo despliega distintas acciones para informar sobre sus derechos a los estudiantes, en el 2023 se desarrollaron 176 charlas que congregaron a más de 49 000 estudiantes a nivel nacional (11).

La región Cajamarca experimenta un alto incremento de violencia escolar, según la plataforma SíseVe del Ministerio de Educación (MINEDU), hasta junio de 2022, se contabilizan 80 reportes a diferencia de los 34 registrados al cierre de 2021. Ante esta situación, existe preocupación, pues este problema debe ser atendido de manera urgente con la participación de las autoridades, docentes y padres de familia. Los 80 casos detectados hasta junio del 2023 se disgregan por violencia sexual; física; y psicológica. La mayoría de los incidentes los protagonizan estudiantes mayores de 11 años de colegios de nivel secundario; no existen estadísticas precisas en instituciones educativas primarias (12).

La depresión en los adolescentes puede ser un problema psicológico severo cuando no es identificado, tratado a tiempo y de forma adecuada; como lo mencionan los autores antes citados es un problema de salud pública, multifactorial en este grupo, sin embargo, un detonante o agravante de la depresión puede ser el acoso escolar o bullying que afecta la autoestima de la víctima, los testigos y el victimario; las agresiones entre compañeros suele agudizarse cuando no existe intervención de padres o maestros, provocando un círculo de acoso que puede involucrar más de un agresor y ser constante.

La depresión en adolescentes es un trastorno afectivo de una gran complejidad, que puede ser causado por diversos factores biológicos, psicológicos, ambientales, intrapersonales e interpersonales que se relacionan entre sí. Un solo factor no puede justificar la aparición de este trastorno afectivo o disminuir la posibilidad de que aparezca. Los individuos que han atravesado eventos importantes desfavorables son más vulnerables a padecerla. Por otro lado, respecto al bullying, se presenta cuando hay un individuo que hostiga y hay una víctima que es rechazada por un grupo social. Es una conducta caracterizada por abuso físico y psicológico deliberado y repetitivo hacia un individuo que tiene la misma edad del agresor(es) y que no posee el mismo poder o estatus para protegerse (13).

El colegio Almirante Miguel Grau es una Institución Educativa Pública de gestión directa Escolarizada su código de institución es 105568. Fue creado el 15 de mayo de 1946, se encuentra ubicado en la provincia y distrito de Chota, su dirección es de centro educativo es: Carretera Fundo Tuctuhuasi S/N. Es un colegio mixto con clases en el turno mañana (14).

No se conoce sobre denuncias de agresión escolar en esta institución educativa, sin embargo, no significa que no existan, probablemente en el momento de interrelacionarse entre compañeros/as utilizan un lenguaje soez y trato físico brusco, acciones que forman parte de su cultura y por lo tanto no se considera como acoso o agresión, pero deteriora la autoestima de la víctima, lo sume en tristeza y en extremos lo arrastra a pensamientos y acciones en contra de su seguridad y de otros.

1.2. Problema de investigación

¿Cuál es el nivel de depresión y el índice global de bullying en los adolescentes del Colegio Almirante Miguel Grau. Chota. Cajamarca. 2024?

1.3. Justificación

Los resultados del estudio son importantes para los docentes de la institución educativa en cuestión, puesto que, no existen denuncias sobre agresiones al interior del colegio, los datos pueden brindar a los directivos de la institución una fuente de información real que permita conocer el estado de las interrelaciones entre los alumnos de secundaria, para así prevenir, identificar y tratar si fuera el caso.

Los hallazgos beneficiaron a los estudiantes y padres de familia, en razón que no se han realizado estudios relacionados con el tema al interior de la institución educativa que involucren a los estudiantes de todos los grados, los alumnos pueden no reconocer la agresión como tal, de esta manera tanto la víctima, el agresor y los testigos pueden compartir sus experiencias con sus padres y/o tutores y buscar la mejor solución al problema tanto dentro como fuera del colegio.

La relevancia del estudio se basa en que no existen investigaciones publicadas sobre depresión y bullying realizadas en la institución educativa en mención, es decir, al término de la disertación pueden plantearse nuevos estudios que emerjan de las conclusiones buscando prevenir estos problemas de salud y educativo.

Por otro lado, los resultados obtenidos serán un aporte para los profesionales de enfermería ya que les permitirá elaborar un plan de prevención a través de sesiones educativas, talleres entre otros, con la determinación de aminorar el acoso escolar y depresión en los adolescentes.

1.4. Objetivos

Objetivo General

Determinar y analizar el nivel de depresión y el índice global de bullying en los adolescentes del Colegio Almirante Miguel Grau. Chota. 2024

Objetivos específicos

- Identificar las características sociodemográficas de los adolescentes del Colegio Almirante Miguel Grau. Chota. 2024.
- Identificar el nivel de depresión de los adolescentes del Colegio Almirante Miguel Grau. Chota. 2024.
- Describir el índice global de bullying en los adolescentes del Colegio Almirante Miguel Grau. Chota. 2024.
- Estudiar el índice global de bullying según las características sociodemográficas de los adolescentes del Colegio Almirante Miguel Grau. Chota. 2024.
- Describir el nivel de depresión según las características sociodemográficas de los adolescentes del Colegio Almirante Miguel Grau. Chota. 2024.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

A nivel internacional

Mancilla A, Alfaro G en la investigación Niveles de ansiedad, depresión y acoso escolar en estudiantes de secundaria. Tuxtla Gutiérrez Chiapas. México 2022, cuyo objetivo fue analizar la relación entre el nivel de ansiedad, depresión y acoso escolar en los estudiantes. Estudio cuantitativo de tipo correlacional y un diseño no experimental. Los resultados en los niveles de ansiedad, depresión y acoso indicaron que el 19% de los adolescentes presentaron pocos síntomas depresivos y 26% altos síntomas depresivos, el 4% tienen altos niveles de ansiedad y 70% manifiesta algunas conductas de victimización y 13% presentó victimización alta. Se concluye que hay existe correlación estadísticamente significativa entre las variables de estudio (15).

A nivel nacional

Hilari L. et al, en la investigación: Bullying y depresión en estudiantes de 1ero de secundaria de cuatro instituciones educativas públicas del distrito de Cusco-Cusco, 2023, cuyo objetivo fue determinar la relación entre bullying y depresión en estudiantes de 1° de secundaria de cuatro instituciones educativas públicas, investigación tipo básica, enfoque cuantitativo, nivel descriptivo, correlacional, diseño no experimental, de corte transversal. Resultados: Se halló una correlación directa positiva media entre ambas variables, en relación con las dimensiones de la variable bullying se mostró una correlación positiva media con la variable depresión, lo cual indica que a mayores niveles de bullying, se presenta también la mayor prevalencia de depresión, se observó que el 49,6% de la población presenta un alto nivel de bullying y un 69,4% presenta depresión; así mismo se halló que el género con mayor presencia de bullying es el femenino. Se concluye que existe correlación directa positiva media entre las variables bullying y depresión (16).

Aybar A, Rodríguez L, en la tesis: Bullying y depresión en adolescentes del nivel secundaria del colegio Grumete medina N1212-Ate. Lima 2023, cuyo objetivo fue determinar la relación entre bullying y la depresión en adolescentes, estudio con enfoque cuantitativo, descriptivo, correlacional, diseño no experimental y de corte

transversal, los resultados evidenciaron que el 62,3% correspondía a la edad de 12 a 15 años y predomina el género femenino con 55,5%, se observó que el 26,7% corresponde a un nivel de acoso casi alto y un 17,8% corresponde a un nivel de acoso alto. Con respecto a la depresión se obtuvo que el 47,3% tienen un nivel de depresión dentro de los límites normales y un 11% tienen un nivel de depresión intensa. La conclusión fue que no existe una relación directa entre bullying y la depresión en los adolescentes (17).

Rojas L, en su estudio: Acoso escolar y depresión en adolescentes de una institución educativa de Villa El Salvador. Lima 2022, tuvo como objetivo determinar la relación entre acoso escolar y depresión en los adolescentes de una institución educativa. Estudio de enfoque cuantitativo, diseño no experimental y de corte transversal. Los resultados obtenidos demostraron que existe una relación directa, de intensidad moderada y estadísticamente muy significativa $p < 0,01$. Se concluyó que, a mayor acoso escolar, mayor depresión (18).

Robles Y, en la tesis: Depresión y acoso escolar en adolescentes de cuatro instituciones educativas estatales de Villa El Salvador Lima. 2020, cuyo objetivo fue determinar la relación entre depresión y acoso escolar en adolescentes pertenecientes a cuatro instituciones educativas, investigación básica con enfoque cuantitativo de nivel descriptivo, correlacional, diseño no experimental y corte transversal. Los resultados indican niveles de depresión leve 25,2% y depresión moderada 51,1%, no se halló diferencias significativas según sexo. En cuanto a la correlación se halló un nivel estadísticamente significativo y moderado entre variables de estudio siendo el puntaje de $p < 0,01$. Se concluyó que a mayor nivel de acoso escolar presentado en adolescentes mayor nivel de depresión (19).

Llueña C, Zulueta T: en el estudio Depresión y acoso escolar en estudiantes de secundaria de una Institución educativa estatal de la Provincia de Chiclayo. 2023, cuyo objetivo fue determinar la relación entre el acoso escolar y depresión en adolescentes, investigación no experimental, correlacional. Los resultados obtenidos sobre el nivel de acoso escolar que sufren los estudiantes fue que el 38% presentó un nivel casi bajo de acoso escolar, 25% un nivel casi alto, 16% nivel medio y 12% un nivel bajo. En cuanto a la depresión un grupo mayoritario de 63% presentó mínima depresión, 22%

depresión leve, 12% depresión moderada. Conclusión fue que se encontró una relación significativa entre las variables con un valor de 0,10 con el estadístico Spearman (20).

Local

Se hizo la búsqueda y no se encontró estudios relacionados al tema de investigación

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Teoría cognitiva de Beck sobre la depresión

La terapia cognitiva de Beck manifiesta que la conducta de una persona está determinada por el modo en que estructura el mundo. Es decir que todo a nuestro alrededor está basado en la manera cómo nosotros mismos nos entendemos y como entendemos a los demás. Por lo tanto, no es en si la situación, sino lo que percibimos hace que influya en nuestros comportamientos y también en nuestras emociones. Así pues, este modelo se basa en las conductas, seguida de los pensamientos y las emociones, explicando que están conectadas, es decir, los pensamientos van a poder influir directamente en las emociones que se experimentan y esto influye en la conducta. Se postulan tres conceptualizaciones para explicar la depresión: triada cognitiva se refiere a la visión pesimista de un individuo sobre su persona, su futuro y el mundo, los esquemas y errores en el procesamiento de información, son fallas en el proceso de información generadas de manera inconsciente (21).

2.2.2. Teoría del Aprendizaje Social de Albert Bandura

El aprendizaje social está basado en una situación social en la que al menos participan dos personas: el modelo, que realiza una conducta determinada y el sujeto que realiza la observación de dicha conducta; esta observación determina el aprendizaje, a diferencia del aprendizaje por conocimiento, el aprendizaje social el que aprende no recibe refuerzo, sino que este recae en todo caso en el modelo; aquí el que aprende lo hace por imitación de la conducta que recibe el refuerzo.

Bandura estudia el aprendizaje a través de la observación y del autocontrol y da una importancia relevante al papel que juegan los medios y observa ejemplo como aquellos que tienen un carácter agresivo aumentan la propensión a la agresividad e incluso conducen a que las personalidades violentas de la ficción audiovisual puedan aparecer como modelos de referencia, efectos que se acentúan en etapas de

observación cognitiva social tan intensa como es la infancia y juventud de allí Bandura, acepta que los humanos adquieren destrezas y conductas de modo operante e instrumental rechazando así que nuestro aprendizaje se realice según el modelo conductista; pone de relieve como en la observación y la imitación intervienen factores cognitivos que ayudan al sujeto a decidir si lo observado se imita o no. El aprendizaje social tiene cuatro elementos: Atención, retención, reproducción y motivación (22).

2.3. Bases Conceptuales

2.3.1. Depresión

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2017) la depresión es una enfermedad mental común, caracterizada por desánimo persistente y falta de motivación o placer en actividades que alguna vez fueron agradables, se considera una de las principales causas de discapacidad en el mundo, con consecuencias potencialmente muy frecuentes y disminuyen en sobremanera la capacidad del individuo para actuar y vivir una vida plena. Es así como la prevención de la depresión es otro de los aspectos a los que da mucha importancia la OMS (23).

La depresión es un trastorno mental caracterizado fundamentalmente por humor depresivo, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas (anhedonia), cansancio o fatiga, que empobrece la calidad de vida y genera dificultades en el entorno familiar, laboral y social de quienes la sufren (24).

De acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) un episodio depresivo se caracteriza por decaimiento del ánimo, reducción de la energía y actividad, deterioro en la capacidad de disfrutar, el interés y la concentración, fatiga, incluso después de la realización de esfuerzos mínimos; alteraciones en el sueño y apetito, baja autoestima e ideas de culpa (25).

2.3.2. Criterios para el diagnóstico clínico

Las pautas diagnósticas de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades-Décima Versión de la OMS (C.I.E-10) dando énfasis a los síntomas somáticos. La sintomatología más característica de la depresión: estado de humor

depresivo, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, disminución de la vitalidad con relación al nivel de actividad y cansancio exagerado, pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad, pensamientos de culpa y de ser inútil, trastornos de sueño (insomnio o hipersomnia), trastornos del apetito (anorexia o hiperorexia), pensamientos y actos suicidas. Para el diagnóstico del episodio depresivo se requiere de una duración de dos semanas; aunque en períodos más cortos pueden ser acetados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco (24).

2.3.3. Tipos de depresión

Hay dos tipos frecuentes de depresión (26).

- a. **Depresión mayor**, se trata de síntomas de depresión que suelen durar dos semanas, la mayor parte de tiempo, son síntomas que suelen interferir con el trabajo, el sueño, el aprendizaje y la alimentación, y este se relaciona con algún antecedente familiar como problemas psicológicos.
- b. **Trastorno depresivo persistente (también llamado distimia o trastorno distímico)**, por lo general, implica síntomas leves de depresión que duran mucho tiempo, generalmente durante dos años (26).

Otros tipos de depresión incluyen los siguientes:

- c. **Trastorno afectivo estacional**, que aparece y desaparece con el cambio de las estaciones, por lo general, los síntomas empiezan a finales del otoño o a principios del invierno, y desaparece en la primavera y en el verano.
- d. **Depresión con síntomas de psicosis**, que es una forma grave de depresión en la que una persona también muestra síntomas de psicosis, como el adquirir creencias falsas y confusas (delirios), escuchar o ver cosas que otros no pueden escuchar o visualizar (alucinaciones) (26).

2.3.4. Cuadro clínico (24).

- **Tristeza patológica.** Se diferencia de la tristeza, que puede ser un estado de ánimo normal como la alegría, cuando alcanza un nivel tal que interfiere negativamente en la vida cotidiana, tanto en lo social como en lo familiar y lo sexual. Aparece sin motivos o tras un acontecimiento significativo.
- **Desgano y anhedonia.** El sujeto se torna apático, no tiene ganas de nada (ni siquiera de vivir) y nada le causa placer. Se pierde la capacidad de disfrutar de las cosas que anteriormente generaban placer.
- **Ansiedad.** Es la acompañante habitualmente del deprimido, que experimenta una extraña desazón, como un trasfondo constante. Cuando la ansiedad prima en el cuadro clínico, estamos frente a una depresión ansiosa. Por lo contrario cuando predomina la inhibición, se trata de una depresión inhibida, quienes la padecen son personas malhumoradas, irritables, agresivas.
- **Insomnio.** Al paciente le cuesta conciliar el sueño y, además, se despierta temprano y de mal talante. En algunos casos, que constituyen la minoría, puede presentarse la hipersomnia (exceso de horas de sueño) (24).
- **Alteraciones del pensamiento.** Imagina tener enfermedades de todo tipo; surgen ideas derrotistas, catastróficas, fuertes sentimientos de culpa, obsesiones. El pensamiento sigue un curso lento y monocorde., la memoria se debilita y la distracción se torna frecuente.
- **Alteraciones somáticas.** Por lo común surgen dolores crónicos o erráticos, así como constipación y sudoración nocturna. Se experimenta una persistente sensación de fatiga o cansancio.
- **Alteración del comportamiento.** El paciente tiene la sensación de vivir arrinconado, rumiando sus sinsabores. Puede estar quieto, de manos cruzadas o explotar en violentas crisis de angustia o en ataques de llanto por motivos insignificantes. Le resulta difícil tomar decisiones y disminuye su rendimiento en el estudio.

- **Modificaciones del apetito y el peso.** La mayoría de los pacientes pierde el apetito y, en consecuencia, provoca la disminución de peso.
- **Pérdida del placer.** Disminuye y tiende a desaparecer el contento en el deporte, y en los juegos y otras actividades que anteriormente eran gratificantes.
- **Culpa excesiva.** Siente con exceso la carga de una culpa inexistente, lo cual puede desembocar en delirios.
- **Pensamiento suicida.** Los pacientes presentan una preocupación exagerada por la muerte y alimenta sentimientos autodestructivos.
- **Disminución de la energía.** Se produce un cansancio injustificado, a veces con variaciones durante el día, muy a menudo más acentuado por la mañana. Las personas afectadas suelen sentirse más fatigadas por la mañana que por la tarde (24).

2.3.5. Diagnóstico

- **Criterios de diagnóstico.**
Las pautas diagnósticas de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades Décima Versión de la OMS (CIE-10) (24).
- **Síntomas del Episodio Depresivo:**
 - Humor depresivo, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas (anhedonia), disminución de la vitalidad con relación al nivel de actividad y cansancio exagerado, pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad, pensamientos de culpa y de ser inútil, trastornos de sueño (insomnio o hipersomnias), trastornos del apetito (anorexia o hiperorexia), pensamientos suicidas.
 - Para el diagnóstico del episodio depresivo se requiere de una duración de dos semanas, aunque período más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.
 - En el reconocimiento y diagnóstico de la depresión en niños y adolescentes, estos síntomas clásicos a menudo pueden confundirse con otros problemas de conducta o físicos, características como las que aparecen a continuación.

Al menos cinco de estos síntomas deben estar presentes en tanto interfieran con la vida diaria por un período de dos semanas.

- 1) Estado de ánimo irritable o malhumorado, preocupación, letras nihilistas de canciones.
- 2) Pérdida del interés en los deportes, video juegos, y en actividades con amigos.
- 3) Fracaso en el aumento de peso como normalmente se espera, anorexia o bulimia, quejas frecuentes sobre enfermedades físicas, por ejemplo, dolor de cabeza o de estómago.
- 4) Mirar la televisión horas de la noche, negación a levantarse para asistir a la escuela por la mañana.
- 5) Hablar acerca de huir de casa o realizar esfuerzos para huir
- 6) Aburrimiento persistente
- 7) Comportamiento opuesto y/o negativo
- 8) Bajo rendimiento en la escuela, frecuentes faltas
- 9) Ideas o comportamientos suicidas recurrentes (24).

2.3.6. Factores de riesgo asociados

- **Medio ambiente.** Es importante tener en cuenta las características culturales y sociales del niño o adolescente que es valorado en consulta. En algunas culturas, la tristeza puede expresarse en forma de malestar físico más que con tristeza o culpa. Los síntomas centrales del TDM son las quejas somáticas como dolor de estómago o dolor de cabeza, la irritabilidad, el aislamiento social, el enlentecimiento motor y la hipersomnia (24).
- **Estilos de vida.** La carencia de estabilidad y/o afectividad puede desencadenar la aparición de depresión en la infancia o en la adolescencia. Una familia funcional, coherente y comunicativa minimiza los factores de riesgo, mientras que las familias disfuncionales incrementan el riesgo de trastornos afectivos como la depresión.

Entre estas últimas, figuran los casos de inestabilidad y desavenidas son más proclives a las depresiones emocionales de los padres, especialmente de la madre, ya

que la depresión materna es un elemento importante en la predicción de la depresión del niño. Y también las familias desavenidas, con continuos problemas y discusiones, y en las familias separadas, aunque en este caso los niños tienden a asumir esta hueva situación al cabo de un año, si sus padres mantienen una buena relación tras la separación (24).

- **Factores hereditarios.** Existe un mayor riesgo de padecer de depresión clínica cuando hay una historia familiar de la enfermedad, lo que indica que se puede haber heredado una predisposición biológica. Este riesgo es algo mayor para las personas con trastorno bipolar. Sin embargo, no todas las personas que tienen una historia familiar tendrán la enfermedad. La depresión grave por ejemplo puede ocurrir también en personas que no tienen ninguna historia familiar de la enfermedad.

Esto sugiere que hay factores adicionales que pueden causar la depresión, ya sean factores bioquímicos, o ambientales que producen estrés, y otros factores psicosociales (24).

2.3.7. Depresión en adolescentes

La depresión es uno de los trastornos psicológicos más frecuentes en los adolescentes. La adolescencia es una etapa del desarrollo en la que se experimentan cambios físicos, psicológicos y emocionales. Esos cambios son significativos y constantes (27).

En los adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste, puede tener dificultad en describir e identificar sus emociones y sentimientos. Muchas veces no saben cómo comunicarse con palabras y reflejan sus emociones en el comportamiento. Para diagnosticar depresión en adolescentes son necesarias la presencia de estados de ánimo caracterizados por la tristeza, retraimiento o irritabilidad y al menos tres de los siguientes síntomas: falta de apetito y pérdida de peso, o aumento del apetito o ganancia de peso, falta de energía, hiperactividad o retraimiento, pérdida de interés por actividades usuales, tendencia constante a descalificarse (*soy tonto, no sirvo*), disminución de la concentración y pensamientos recurrentes de muerte y suicidio. Si estos síntomas duran por al menos dos semanas, podemos estar en presencia de una depresión infantil (24).

Como el adolescente se encuentra en un período de crecimiento y desarrollo. Es a veces difícil establecer si simplemente está creciendo y adaptándose a los nuevos cambios y dilemas producto de la edad, o si está sufriendo un episodio depresivo.

A veces el adolescente tiene un cambio de comportamiento marcado que preocupa a los padres, o el maestro señala que el niño ha cambiado o tienen conductas que llaman la atención (27).

2.3.8. Bullying

A. Definición

Es una situación social en la que uno o varios escolares toman como objeto de su actuación la agresión hacia otro compañero y lo someten, por tiempo prolongado, a agresiones físicas, burlas, hostigamiento, amenaza, aislamiento social o exclusión social, aprovechándose de su inseguridad, miedo o dificultades personales para pedir ayuda o defenderse (28).

Para ser considerado bullying debe cumplir al menos tres de los siguientes criterios:

- La víctima se siente intimidada
- La víctima se siente excluida
- La víctima percibe al agresor como más fuerte
- Las agresiones son cada vez de mayor intensidad
- Las agresiones suelen ocurrir en privado (29).

B. Tipos de bullying

- **Físico:** Se refiere a conductas agresivas directas dirigidas contra el cuerpo, estos pueden manifestarse mediante patadas, golpes, empujones, zancadillas o conductas agresivas indirectas dirigidas contra la propiedad como robar, romper, ensuciar y esconder las cosas.
- **Verbal:** Se refiere a conductas como insultos, apodos, calumnias, burlas y hablar mal de otros, este es el tipo de maltrato que mayor incidencia ha demostrado en las investigaciones.

- **Social:** Conductas mediante las cuales se aísla al individuo del grupo, se le margina, ignora, se le hace el vacío.
- **Psicológicos:** Son las formas de acoso que son más dañinos y que corroen la autoestima, crean inseguridad y miedo, no obstante, hay que considerar que todas las formas de bullying tienen un componente psicológico implícito.
- **Ciberbullying:** Consiste en el uso de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación como internet, correo electrónico, mensajería instantánea o “chat”, páginas web o blogs y el celular para practicar bullying (30).

C. Características del bullying

Existen una serie de aspectos que caracterizan al bullying:

- Incidentes críticos
- Acoso y estigmatización del niño
- Latencia y generación del daño psicológico
- Manifestaciones somáticas y psicológicas graves
- Expulsión o autoexclusión de la víctima (31).

D. Elementos presentes en el bullying

Se plantea los siguientes elementos involucrados en el acoso escolar:

- Deseo obsesivo con el propósito de ocasionar daño, dirigido contra una persona indefensa.
- El seso se traduce en una acción
- Alguien resulta afectado, la intensidad y la gravedad del daño dependen de la fragilidad e inseguridad de la persona
- El maltrato se dirige contra alguien con menor fuerza, bien sea porque existe desnivel físico o psicológico entre víctimas y victimario, ya que estos últimos actúan en grupo.
- El maltrato no tiene justificación, acción repetitiva interminable que recibe la víctima es lo que le da su naturaleza opresiva y temible.
- Se realiza con placer, el agresor/a disfruta la debilidad de la persona agredida (32).

E. Los involucrados en el acoso escolar y sus características

En el acoso escolar participan tres tipos de actores: (33).

- **El o los agresor (es):** son estudiantes que disponen de mayor poder (por su tamaño, fuerza física, status en el grupo, edad, origen, entre otros) y que son proclives a la agresión en sus relaciones con los demás. No han desarrollado la capacidad de empatía y menos aún reconocen a sus víctimas como iguales, mostrando ausencia de responsabilidad por sus conductas. Además, suelen tener la convicción de que lo que hacen está bien. Mientras esté respaldado, el acosador continuará con su comportamiento agresivo (33).
- **El o los agredidos:** habitualmente presentan características o conductas diferentes (usa anteojos, es de baja estatura, de bajo peso o mayor peso, tímido, sensible, inseguro, con pocas habilidades sociales, el más aplicado de la clase), Estas características y conductas son percibidas por el agresor o los agresores como motivos para agredirlo física o psicológicamente y excluirlo socialmente (33).
- **El o los observadores:** son testigos de la agresión sin que necesariamente sean partícipes directos. Existen cuatro tipos, teniendo en cuenta el grado y tipo de implicancia:
 - Activos: si ayudan al agresor
 - Pasivos: si refuerzan indirectamente al agresor, como, por ejemplo, dando muestras de atención, sonriendo o asintiendo.
 - Prosociales: si ayudan a la víctima
 - Observadores puros: quienes no hacen nada, pero observan la situación (33).

F. Personalidad del agresor

- Agresivo y fuerte impulsivo, son las personas que ofenden o provocan a los demás, que implica provocación o ataques y al mismo tiempo se deja llevar por la emotividad del momento.
- Poco control de la ira, es cuando ante situaciones de tensión el sujeto puede llegar a perder el control en s comportamiento pudiendo inclusive llegar a la agresión de la persona o personas.

- Autosuficiente se define como una persona que actúa con suficiencia presunción, engreimiento, se muestran fanfarrones y arrogantes, ante cualquier situación creyendo que nunca necesitan ayuda (30).

G. Personalidad de la víctima

- Personalidad insegura
- Baja autoestima
- Alto nivel de ansiedad
- Débiles
- Sumisos (30).

H. Contextos implicados en las conductas del bullying

En el desarrollo del bullying intervienen una serie de contextos que propician la continuidad y prevalencia de este problema, a continuación, se menciona a cada una de ellas (32).

a) El contexto escolar

Entre los factores presentes en la escuela que pueden propiciar la aparición de relaciones agresivas y violencia entre estudiantes destacan:

- Desigualdad y entorno social
- El tamaño y la estructura de la institución educativa
- El sistema de gestión de la disciplina
- La influencia de la dirección
- La prevención de la violencia escolar en el aula (32).

b) El contexto familiar

Entre los factores de riesgo más relevantes dentro de la funcionalidad familiar destacan:

- Los conflictos familiares en general entre padres y entre hermanos y los modos en que se manejan
- Las estrategias disciplinarias parentales deficitarias, especialmente las muy duras o maltratadoras y las inconsistentes (que son, alternativamente muy laxas o demasiado coercitivas)
- Las relaciones negativas entre progenitor e hijo, apego inseguro y culpabilización estigmatizadora (32).

I. Dimensiones del bullying

De acuerdo con Arévalo (2012) existen ocho dimensiones:

- **Desprecio/ridiculización.** Agrupa aquellas conductas de bullying que pretenden distorsionar la imagen social del adolescente y “envenenar a otros contra él. Suelen presentar una imagen distorsionada y negativa de la víctima. No importa lo que haga la víctima, todo es utilizado en su contra y sirve para inducir el rechazo de otros. Muchos de los adolescentes se suman al grupo de acoso de manera involuntaria, percibiendo que la víctima merece el acoso que recibe (34).
- **Coacción.** La víctima realiza acciones contra su voluntad. Mediante estas conductas, los agresores pretenden ejercer un dominio y un sometimiento total de su voluntad. Los que acusan son percibidos como poderosos. Con frecuencia las coacciones implican que el adolescente sea víctima de maltratos, abusos o conductas sexuales no deseadas que deben silenciar por miedo a las represalias sobre sí o sobre sus familiares (34).
- **Restricción comunicativa.** Bloquear socialmente a la víctima. Todas ellas buscan el aislamiento social y su marginación impuesta por estas conductas de bloqueo. Así mismo, las prohibiciones de jugar en un grupo, de hablar o comunicarse con otros, son indicadores que intentan quebrar la red social de apoyo del adolescente. Esta conducta busca calificar a la víctima socialmente como alguien flojo, indigno, débil, indefenso, etc. De todos los tipos de bullying, la restricción comunicativa es la más difícil de combatir porque, es una actuación muy frecuentemente invisible y que no deja huella. El propio adolescente no identifica más que el hecho de que nadie le habla, nadie quiere estar con él y/o que los demás le excluyen sistemáticamente de los juegos (34).
- **Agresión.** Consulta de agresión física y psicológica. Violência Directa, robo o deterioro de sus pertenencias, gritos o insultos (34).
- **Intimidación – amenazas.** Amedrentar, apocar o consumir emocionalmente al adolescente mediante una acción intimidatoria. Los agresores buscan inducir el

miedo en el adolescente. Sus indicadores son acciones de intimidación, amenaza, hostigamiento, acoso a la salida del centro escolar (34).

- **Exclusión – bloqueo social.** Excluir de la participación del adolescente acosado. El “tu no”. Los agresores suelen excluir socialmente al adolescente. Al ningunearlo, tratarlo como si no existiera, aislarlo, impedir su expresión, impedir su participación en juegos, se produce el vacío social en su entorno (34).

- **Hostigamiento verbal.** Acciones de hostigamiento y acoso psicológico como el desprecio, falta de respeto y desconsideración por la dignidad del adolescente, el odio, la ridiculización, la burla y la crueldad (34).

- **Robos.** Acción de apropiación de las pertenencias de la víctima, sea de forma directa o por chantaje (34).

2.4. Variables

Variable 1: Nivel de depresión

Variable 2: Índice global de bullying

2.5 Operacionalización de variables

Variable 1	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores/categorías	Rangos	Tipo de variable y nivel de medición
Nivel de depresión	La depresión es una enfermedad mental común, caracterizada por desánimo persistente y falta de motivación o placer en actividades que alguna vez fueron agradables. Es así como la prevención de la depresión es otro de los aspectos a los que da mucha importancia la OMS (23)	Se utilizó la Escala Birlson (35)	Sin síntomas depresivos Síntomas depresivos Depresión mayor	0 – 12 13 – 21 >22	Cuantitativa de intervalo

Variable 02	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Rangos	Tipo de variable
Índice Global de Bullying	Expresiones físicas, y verbales de agresión donde uno o varios escolares toman como objeto de su actuación agresiva a otro compañero y lo someten, a agresiones físicas, burlas, hostigamiento, amenaza, aislamiento social o exclusión social, aprovechándose de su inseguridad, miedo o dificultades personales para pedir ayuda o defenderse (30).	Se utilizo el Autotest de Cisneros de acoso escolar (30).	<ul style="list-style-type: none"> - Muy alto - Alto - Casi alto - Medio - Casi bajo - Bajo 	<ul style="list-style-type: none"> 89-150 68-88 59-67 55-58 51-54 0-50 	Cuantitativa intervalo

Características sociodemográficas del adolescente

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Tipo de variable y nivel de medición
Edad	Permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo (36).	Para obtener la información se aplicó la ficha de registro de datos	<ul style="list-style-type: none"> • 10 a 12 años • 13 a 15 años • 16 a 18 años 	Cuantitativa discreta
Sexo	Apunta a las características fisiológicas y sexuales con las que nacen mujeres y hombres (36).		<ul style="list-style-type: none"> • Hombre • Mujer 	Cualitativa nominal
Año de estudios	Conjunto de experiencias de aprendizaje que el alumno debe adquirir normalmente en un año educativo (36).		<ul style="list-style-type: none"> • Primero • Segundo • Tercer • Cuarto • Quinto 	Cualitativa ordinal

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Diseño y tipo de estudio

Esta investigación tiene enfoque cuantitativo, diseño no experimental, es de tipo descriptivo y de corte transversal. Es descriptivo, porque mostrará la realidad tal como se observa y es de corte transversal porque los datos se recolectarán en un momento determinado (37).

En el estudio se describió el nivel de depresión y el índice global de bullying en los adolescentes, así mismo, se buscó caracterizarlos sociodemográficamente; de otro lado la información fue obtenida en un tiempo determinado.

3.2. Población y muestra

Población: Estuvo constituida por los adolescentes del primero al quinto año de estudios inscritos en la nómina de matrícula del Colegio Almirante Miguel Grau de la ciudad de Chota matriculados en el año lectivo 2024 (38).

Adolescentes de primero a quinto año del Colegio Almirante Miguel Grau.

Año	N° de alumnos
1ero	60
2do	40
3ero	50
4to	50
5to	65
TOTAL	265

Fuente: Unidad de Gestión Educativa. Chota

a) Muestra:

Para el cálculo del tamaño de la muestra se usó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 * p * q * N}{e^2 * (N-1) + Z^2 * p * q}$$

Donde:

n= tamaño de la muestra

N= 265 adolescentes

Z= confiabilidad al 95%

p = 0.50 (proporción de adolescentes con depresión y bullying)

q = 0.50 (proporción de adolescentes sin depresión y bullying)

e = 0.05 (tolerancia de error en las mediciones).

$$n \geq \frac{265 (1,96)^2 (0,50) (0,50)}{(0,05)^2 (265 - 1) + (1,96)^2 (0,50) (0,50)}$$

$$n \geq 157$$

La elección de los participantes fue a través del sorteo para que todos tuvieran la misma oportunidad de participar en el estudio. En el estudio se realizó un muestreo probabilístico estratificado.

Año	N° de alumnos	Proporción	N° alumnos/muestra
1ero	60	23	36
2do	40	15	24
3ero	50	19	30
4to	50	19	30
5to	65	24	37
TOTAL	265	100	157

b) **Criterios de inclusión**

- Adolescentes del primero a quinto año del nivel secundario que estuvieron matriculados en el año 2024
- Adolescentes 12 a 18 años de edad
- Adolescentes que asistían regularmente a la institución educativa
- Adolescentes cuyos padres y /o tutores firmaron el consentimiento informado (Anexo 01) autorizando la participación de los menores en el estudio.

- Adolescentes que aceptaron participar en la investigación y firmaron la hoja de asentimiento informado de su participación (Anexo 02)

3.3. Unidad de análisis

La unidad de análisis fue cada uno de los adolescentes que cursaban del 1er al quinto año de secundaria matriculados en el colegio Almirante Miguel Grau de Chota en el año 2024.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

a) Técnicas

Para la recolección de la información se utilizó la encuesta que, según Canales H, consiste en obtener información de los sujetos de estudio proporcionado por ellos mismos sobre opiniones, conocimientos y actitudes o sugerencias (39).

b) Instrumento:

Contiene 3 partes: (Anexo 03)

En la primera parte se plantearon preguntas sobre datos sociodemográficos de los adolescentes: edad, sexo, año de estudios.

En la segunda parte para conocer el nivel de depresión se usó la escala Birleson, usado por Vivar R, en su estudio sobre trastornos depresivos en niños y adolescentes peruanos, que fue usada para la determinación de depresión. Encontró una confiabilidad en pacientes con depresión de 0,89 y para individuos sanos la confiabilidad de la escala fue 0,78 (40).

La escala de Birleson consta de 21 preguntas, cada una de ellas tienen tres alternativas de respuesta, siempre, algunas veces y nunca. El punto de corte tiene un puntaje de 13 donde una puntuación de:

- 0 – 12 puntos indica sin síntomas depresivos
- 13 – 21 puntos indica síntomas depresivos
- > 22 puntos indica depresión mayor:

En la tercera parte se busca conocer el índice global de bullying y se utilizó la Escala de Índice Global de Bullying de Cisneros citado por Carranza W, en esta investigación en su prueba piloto obtuvo el alfa de Cronbach de 0,9621 (41).

Está conformado por 50 ítems en forma afirmativa, con 08 dimensiones. Las modalidades de respuesta a los ítems son: pocas veces, frecuentemente y siempre. Los rangos para medir el Índice global de bullying es:

Muy alto:	89 – 150
Alto:	68 – 88
Casi alto:	59 – 67
Medio:	55 – 58
Casi bajo:	51 -54
Bajo:	0 – 50

La información fue recolectada en el mes de setiembre del 2024

3.5. Prueba Piloto

Para conocer la validez y confiabilidad del instrumento de recolección de información se realizó una prueba piloto aplicada en la I.E. Celso Carvajal Pérez a 21 adolescentes con características similares a la población en estudio.

Los resultados indican que la Escala de Depresión de Birlson obtuvo una alfa de Cronbach de 0,858 y para el Índice global de Bullying 0,961 (Anexo 4).

La mencionada prueba se hizo en julio del 2024.

3.6. Procedimiento y análisis de datos

a) Procedimiento de recolección de datos

- Se pidió por escrito el permiso al Director del colegio Almirante Miguel Grau para encuestar a los adolescentes.
- Luego se coordinó con el docente del aula para que convoque a reunión a los padres de las diferentes aulas.
- En la reunión se explicó a los padres los objetivos del estudio y cuando aceptaron y autorizaron la participación de sus hijos en el estudio firmaron el consentimiento informado (Anexo 01)
- Posteriormente en otra reunión se dio a conocer a los adolescentes sobre los objetivos y riesgo de su participación en el estudio, aquellos que aceptaron participar firmaron el asentimiento informado (Anexo 02)
- Luego se procedió a aplicar el cuestionario previamente validado (Anexo 3)

b) Procesamiento y análisis de datos

La información fue recolectada por la investigadora, codificada y digitada para su procesamiento estadístico. Posteriormente fue ingresada a una hoja de cálculo Excel y procesada utilizando el programa SPSS Versión 26.0 con el que se conoció el comportamiento de las variables de investigación.

Los resultados son presentados en cuadros estadísticos simples y de doble entrada, en forma numérica y porcentual. Para poder analizar los datos se usaron la estadística descriptiva que consistente en describir los resultados obtenidos en el estudio, contrastarlo con antecedentes y teorías; todo ello tendiente a determinar los objetivos formulados en base a los resultados obtenidos en el procesamiento de datos (37).

3.7. Consideraciones éticas

- **Autonomía:** Es un derecho del participante en la investigación, debe dar su consentimiento informado, dando especial importancia a la libertad de expresión, veracidad y confidencialidad en el manejo de los datos de manera que los encuestados se sientan seguros al momento de responder las preguntas/cuestionamientos (42).

Fue prioridad para la investigadora informar a los padres y adolescentes sobre los riesgos y beneficios de la investigación.

- **Beneficencia:** Que incluye “evitar el daño”, es decir minimizar los riesgos durante el proceso de recolección de datos y tratamiento estadístico (42). No se causó daño físico o psicológico a los participantes, se establecieron diversas estrategias, medidas de prevención y control para garantizar el bienestar de los sujetos de investigación.
- **Confidencialidad:** es importante guardar el anonimato de los participantes y los datos obtenidos serán usados únicamente para el estudio, además los instrumentos son anónimos (42).

- **Justicia:** Se tuvo en cuenta los criterios de inclusión en la selección de los adolescentes, de tal modo que todos tendrán la posibilidad de participar en el estudio (42).

3.8. Rigor científico

- **Confiabilidad:** La confiabilidad de un instrumento de medición se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo individuo u objeto produce resultados iguales (43). Para conocer la confiabilidad del instrumento se realizó una prueba piloto en una población con características similares.
- **Validez:** La validez, en términos generales, se refiere al grado en que un instrumento mide realmente la variable que pretende medir, la validez de contenido de los instrumentos se conocerá a través de la prueba piloto (43).

La validez de contenido se alcanzó a través de la prueba piloto, cuando las preguntas del instrumento de recolección de datos recojan la información requerida según los objetivos del estudio

- **Objetividad:** la objetividad se refiere al grado en que éste es o no permeable a la influencia de los sesgos y tendencias del investigador o investigadores que lo administran, califican e interpretan (43).

Las tablas estadísticas fueron analizadas tomando en cuenta el marco teórico, de tal manera que la opinión de la investigadora no ha influido en la presentación de los resultados.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Características sociodemográficas de los adolescentes del Colegio Almirante Miguel Grau. Chota, 2024.

Características Sociodemográficas	n	%
Año de estudios		
Primero	36	22,9
Segundo	24	15,3
Tercero	30	19,1
Cuarto	30	19,1
Quinto	37	23,6
Edad		
De 10 a 12	15	9,6
De 13 a 15	91	58,0
De 16 a 18	51	32,5
Sexo		
Hombre	88	56,1
Mujer	69	43,9
Total	157	100,0

La tabla 01, muestra que 23,6% de los participantes del estudio cursan el quinto año de secundaria, existen porcentajes similares entre los adolescentes del tercer y cuarto año con 19,1%, y el 15,3% cursan el segundo año; en cuanto a la edad 58% tienen entre 13 a 15 años de edad, finalmente 56,1% son hombres.

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática en el II trimestre 2024, 91,5% de la población de 12 a 16 años de edad asistió a educación secundaria. Comparado con el trimestre del año 2023, aumentó en 1,8 puntos porcentuales. Según sexo, la asistencia escolar de adolescentes hombres y mujeres se incrementó en 1,9 y 1,6 puntos porcentuales, respectivamente (44).

Los resultados son similares a los promedios nacionales, en cuanto al número de alumnos de acuerdo al año de estudios, en la actualidad los adolescentes tienen mayor acceso a terminar sus estudios secundarios aun en zonas alejadas, de tal manera que

muchos tienen la posibilidad de estudiar una carrera universitaria o técnica en la Ciudad de Chota. De igual manera, la edad de los participantes guarda concordancia con los promedios nacionales, los adolescentes inician el colegio usualmente a los 12 años, y van avanzando en edad a medida que van cursando los diferentes grados de secundaria, a menos que sean desaprobados y deban repetir el grado o abandonen los estudios por trabajo, ir a estudiar a otros lugares o falta de medios económicos de los padres a pesar de la gratuidad de la enseñanza en el Perú.

Al respecto del sexo de los adolescentes es evidente la mayor presencia de hombres, este resultado puede suponer mayor acceso de éstos al término de los estudios secundarios, aunque en los últimos años las mujeres acceden a una carrera universitaria o técnica que les permite una independencia económica, sin embargo, también existen muchos casos de embarazos en adolescentes en la zona, posiblemente esta situación obligue a las mujeres a abandonar sus estudios.

Tabla 2. Nivel de depresión de los adolescentes del Colegio Almirante Miguel Grau. Chota, 2024

Nivel de depresión	n	%
Sin síntomas depresivos	86	54,8
Con síntomas depresivos	54	34,4
Depresión mayor	17	10,8
Total	157	100,0

La tabla revela que 54,8% de los adolescentes no presentan síntomas depresivos, 34,4% muestra síntomas depresivos y 10,8% tiene depresión mayor.

Los hallazgos del estudio son diferentes a Acho G, Pisfil M, donde 51,9% de los adolescentes presentaron síntomas depresivos y 48,1% evidenció depresión mayor (45). De igual forma con Guevara I, que encontró 82,3% de los adolescentes presentó nivel de depresión severo y 16,7% con síntomas depresivos (46).

La depresión es un trastorno mental común, implica un estado de ánimo deprimido o la pérdida del placer o interés por actividades durante largos períodos de tiempo (23). Se caracteriza por ser un trastorno de carácter familiar y recurrente, que incide en la adaptación social, el desarrollo emocional y el rendimiento académico de los niños y adolescentes (7).

Los resultados muestran un porcentaje significativo de adolescentes con síntomas depresivos, se debe recordar que en esta etapa existen cambios de comportamiento, a veces puede mostrarse triste, no tiene deseo de realizar actividades y se sume en un estado de apatía, no tiene energía para hacer las cosas; a los padres y docentes les llama la atención estos cambios, pero es frecuente que lo asocien con los cambios normales de la adolescencia. Al respecto el MINSA señala que los adolescentes en el colegio suelen ponerse de mal humor, tener problemas constantes en el colegio, comportarse de manera indisciplinada o agitado y sentirse incomprendido. Como el adolescente se encuentra en un período de crecimiento y desarrollo, es a veces difícil establecer si una persona simplemente está creciendo y adaptándose a los nuevos cambios y dilemas producto de la edad o si está sufriendo un episodio depresivo (27).

Los adolescentes que acuden a la institución educativa Miguel Grau en su mayoría proceden de la zona rural, donde las familias desconocen sobre los cambios en el aspecto emocional en esta etapa y la existencia de depresión, situación referida por los tutores de aula quienes manifiestan que los padres de familia aducen que el mal humor, desinterés, tristeza de sus hijos es transitorio y que se puede superar con voluntad y que no requiere tratamiento. El Instituto Nacional de Salud Mental indica que las personas de comunidades rurales acuden a los servicios de salud, describen situaciones de sufrimiento psíquico a través de síntomas físicos como opresión en el pecho, palpitaciones, dolores de cabeza y otros (47).

Así mismo, los resultados muestran la presencia de depresión severa, que pasa desapercibida para los profesores y padres y que es asumida como normal, que experimenten episodios de tristeza transitorios, sean reactivos como resultado de situaciones adversas, y no distinguir entre estos estados y la depresión. La OPS señala que la depresión severa se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras. Se presentan varios de los indicadores y hay un gran sufrimiento, sentimientos de culpa y/o auto desvalorización de la persona. Pueden presentarse ideas u actos suicidas (48).

Cabe resaltar que el Ministerio de Salud brinda atención integral de salud en la etapa de vida adolescente a través de la provisión de un paquete de cuidados esenciales que debe realizarse por lo menos una vez al año y en tres sesiones; en la segunda sesión se realiza el tamizaje de violencia, adicciones, depresión y ansiedad que son algunos de los problemas de salud mental que se observa con frecuencia en esta etapa; no obstante, a ello, los y las adolescentes continúan siendo un grupo poblacional considerado como sano y la demanda por servicios de salud es baja comparada con otros grupos étnicos.

La adolescencia es una etapa donde se consolida la identidad y la personalidad, por lo que es un momento ideal para el fortalecimiento de la salud mental, ya que en la población adolescente se alimenta de manera importante sobre lo que acontece a su alrededor (49). La etapa de vida adolescente involucra una serie de cambios físicos, psíquicos y sociales, estos cambios sitúan a los adolescentes en un período de búsqueda de la propia identidad y de no darse en entornos saludables, predispone a una mayor vulnerabilidad de sufrir síntomas depresivos.

El proceso de desarrollo de una identidad personal lleva tiempo y es tenso, con períodos de confusión, depresión y desánimo. La emotividad los estados emocionales de los adolescentes oscilan entre la madurez considerable y las conductas infantiles. En un minuto pueden estar plétóricos y entusiastas, y al minuto siguiente, deprimidos y ensimismados. emocional (50)

Como base teórica de la depresión encontramos a Aaron T. Beck con su Modelo cognitivo refiere que el proceso de la información es la primordial alteración que conlleva a la depresión, en donde se van a activar ciertos esquemas (triada cognitiva de Beck), los cuales conforman las creencias y emociones, que han sido establecidos durante la infancia, sin embargo, se encuentran latentes y con situaciones estresantes suelen activarse (51).

Del Pardo A, et al, manifiesta que los pubescentes inician este trastorno después de una situación estresante la cual pueden ser problemas con sus pares, adaptación en su centro de estudio, dificultad para aceptar los cambios de la adolescencia y la relación con sus padres, todo ello suele agravarse y tensionarse en dicha etapa (52).

Tabla 3. Índice global de bullying en los adolescentes del Colegio Almirante Miguel Grau. Chota. 2024.

Índice global de bullying	n	%
Bajo	57	36,3
Casi bajo	42	26,8
Medio	15	9,6
Casi alto	20	12,7
Alto	16	10,2
Muy alto	7	4,5
Total	157	100,0

Como datos relevantes en la presente tabla, 36,3% de los encuestados presentaron un índice global de bullying bajo, 12,7% casi alto, 10,2% alto y 4,5% muy alto.

Los resultados difieren de Hilari L. et al, donde 49,6% de la población presenta un alto nivel de bullying (16), así como de Aybar A, Rodríguez L donde 26,7% corresponde a un nivel de acoso casi alto y un 17,8% corresponde a un nivel de acoso alto (17), y con Lluen C, Zulueta T sobre el nivel de acoso escolar que sufren los estudiantes fue que 38% presentó un nivel casi bajo de acoso escolar, 25% un nivel casi alto, 16% nivel medio y 12% un nivel bajo (20).

El Ministerio de Educación refiere con la Ley n°29719 que el bullying se genera a través de comportamientos agresivos, verbales como por ejemplo humillar, poner sobrenombres hacia un compañero que en este caso viene ser la víctima que es atacado por uno o más estudiantes. Como bien se pudo apreciar sobre todos los conceptos de bullying o acoso escolar se evidencio que de manera meticulosa y a propósito es donde el agresor mantiene a su víctima sometida a insultos, burlas, agresiones físicas, verbales y psicológicas, de esto puede llegar a que pueda causar en los alumnos a padecer de algunos trastornos psicológicos (53).

El impacto del acoso escolar en los adolescentes es un tema de gran relevancia debido a las consecuencias que puede tener en la salud mental y emocional de los jóvenes; los adolescentes que sufren acoso escolar pueden experimentar una variedad de

problemas, incluyendo ansiedad, depresión, bajo rendimiento académico; de otro lado, el acoso puede tomar muchas formas, desde la violencia física y verbal hasta el acoso cibernético, cada una con sus propias características y desafíos (54). Aunque los resultados del estudio indiquen un índice global de bullying mayormente bajo y casi bajo, se puede suponer que muchas veces la víctima de agresión no informa del acoso por temor o vergüenza, es común que los agredidos y agresores se conozcan al ser una institución educativa con una población estudiantil baja en número, por ese motivo el acoso no es denunciado o valorado debidamente por los docentes o directivos del colegio.

El acoso escolar tiene una connotación de lucha de poder entre el más débil y el más fuerte, numerosos estudios indican que previamente al inicio del acoso entre escolares tanto el agresor como la víctima provienen de hogares violentos y con limitada comunicación entre sus miembros, es decir, el adolescente aprende la conducta agresiva en casa, en este sentido la Teoría del Aprendizaje Social está basado en una situación social en la que al menos participan dos personas: el modelo, que realiza una conducta determinada y el sujeto que realiza la observación de dicha conducta; esta observación determina el aprendizaje, a diferencia del aprendizaje por conocimiento, el aprendizaje social el que aprende no recibe refuerzo, sino que este recae en todo caso en el modelo; aquí el que aprende lo hace por imitación de la conducta que recibe el refuerzo (22).

Al respecto Aldazabal J y Vivar J, agregan que los patrones familiares podrían ser empleados a modo de predictores de comportamientos violentos, ya que el clima familiar interferirá con la iniciación y progreso de comportamientos agresivos. Los niños agresivos suelen sentir cierto grado de conflicto en el entorno familiar, sobre todo en familias con integrantes agresivos, estas conductas se manifiestan en los adolescentes y niños, debido al principio de aprendizaje social y operante, que hace que las conductas antisociales se generalicen (55).

Otro aspecto a considerar es que posiblemente existe víctimas y un número mayor de espectadores del acoso que observan y callan por temor o complicidad con el o los victimarios, dejando solo y vulnerable al compañero o compañera agredido, convirtiéndose en parte de la agresión así lo refiere Acevedo J. existe el denominado “agresor pasivo”, los espectadores de las agresiones, quienes representan un tipo de agresor sutil, invisible en la mayoría de las ocasiones, pero de presencia fundamental,

en el contexto de la intimidación en los ambientes. Los espectadores se caracterizan por no permanecer libres de la influencia respecto a los hechos de intimidación, destacados por asumir posturas individualistas, egoístas y apáticas, no participan directamente, pero se divierten ante las agresiones que sufren sus compañeros, no los definen y tampoco delatan a los victimarios, se callan ante el temor de que los papeles se inviertan, y ser ellos a quien se victimice (56).

De otro lado, el índice de bullying alto y muy alto, aunque con porcentaje menor es importante ya que como se mencionaba la víctima puede callar por temor a que la agresión se haga mas continua y grave, es por ese motivo, que el personal de salud, docentes, directivos de la institución educativa y padres deben asumir un papel activo en la prevención, captación de casos y búsqueda de apoyo y tratamiento psicológico a las víctimas, espectadores y agresores, en este sentido Montenegro P, afirma que es clave para combatir el acoso escolar poder identificar y entender los factores de riesgo, como las dinámicas familiares, características individuales de los adolescentes, entorno escolar, antecedentes familiares (violencia doméstica o estilos de crianza autoritarios), así como las características individuales, como el estatus social o las habilidades sociales, que pueden influir en la vulnerabilidad de un adolescente al acoso, entender estos factores es crucial para desarrollar estrategias de prevención adaptadas a las necesidades específicas de los estudiantes (54).

Tabla 4. Índice global de bullying según características sociodemográficas de los adolescentes del Colegio Almirante Miguel Grau. Chota. 2024.

Características sociodemográficas	Índice global de bullying											Total		
	Bajo		Casi bajo				Casi alto				Muy alto		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%				
Año de estudios														
Primero	17	47,2	8	22,2	3	8,3	4	11,1	1	2,8	3	8,3	36	100,0
Segundo	10	41,7	8	33,3	1	4,2	1	4,2	1	4,2	3	12,5	24	100,0
Tercero	3	10,0	12	40,0	3	10,0	4	13,3	7	23,3	1	3,3	30	100,0
Cuarto	12	40,0	5	16,7	3	10,0	7	23,3	3	10,0	0	0,0	30	100,0
Quinto	15	40,5	9	24,3	5	13,5	4	10,8	4	10,8	0	0,0	37	100,0
Edad														
De 10 a 12	9	60,0	3	20,0	0	0,0	2	13,3	0	0,0	1	6,7	15	100,0
De 13 a 15	27	29,7	29	31,9	8	8,8	11	12,1	10	11,0	6	6,6	91	100,0
De 16 a 18	21	41,2	10	19,6	7	13,7	7	13,7	6	11,8	0	0,0	51	100,0
Sexo														
Hombre	40	45,5	18	20,5	10	11,4	11	12,5	4	4,5	5	5,7	88	100,0
Mujer	17	24,6	24	34,8	5	7,2	9	13,0	12	17,4	2	2,9	69	100,0

La tabla 4, revela que los estudiantes de segundo año presentan un índice muy alto de bullying (12,5%); aquellos que cursan el tercer año tienen una proporción significativa en el nivel alto (23,3%) y en el nivel casi alto de bullying (13,3%), los de cuarto año 23,3% tienen nivel alto de bullying, mientras que los de quinto año muestran un 10,8% en los niveles alto y muy alto. En términos de edad, los adolescentes de 10 a 12 años registran 6,7% nivel muy alto, para el grupo de 13 a 15 años se evidencia el nivel muy alto (6,6%) y 11% en el nivel alto. Para el grupo de 16 a 18 años, 11,8% se encuentra en el nivel alto. Los hombres presentan un índice de bullying muy alto del 5,7%, mientras que las mujeres alcanzan un 17,4% en el nivel alto.

Los resultados evidencian una tendencia preocupante de bullying en ciertos grupos de adolescentes, los estudiantes de tercer año y aquellos de 10 a 15 años muestran una mayor vulnerabilidad a sufrir bullying en niveles alto y muy alto. Este rango de edad coincide con la adolescencia temprana, un período de intenso desarrollo personal y búsqueda de identidad, lo cual puede hacerlos más propensos a ser blanco de bullying o

a experimentarlo con mayor intensidad. Los adolescentes de 16 a 18 años muestran porcentajes menores en los niveles de bullying, están en su último año lo cual podría reflejar una mayor madurez emocional y habilidades de afrontamiento.

El sexo también juega un rol significativo, ya que las mujeres presentan un 17,4% en el nivel muy alto de bullying, notablemente más elevado que el 5,7% observado en los hombres. Este dato puede indicar que las adolescentes experimentan el bullying de manera más intensa o que enfrentan dinámicas de acoso diferentes, posiblemente relacionadas con factores emocionales y sociales que suelen afectar en mayor medida a las mujeres en esta etapa. De otro lado, las mujeres son más susceptibles a este fenómeno de bullying, sobre todo, ante el agresor o acosador la mujer es vista como débil, además el miedo y temor no le permite contar con las herramientas suficientes para enfrentar el acoso, sin embargo, no se debe dejar de lado que los hombres también están involucrados dentro del fenómeno del bullying ya sea como víctima o victimario, por ende, en ambos géneros se puede manifestar la depresión.

Así mismo, en un análisis investigativo Romera et al, en relación con la edad en la cual empieza el bullying los resultados de su estudio afirman que el bullying inicia a partir de los 10 años, además se ha encontrado un mayor nivel de competencia social en los chicos y chicas de 12 y 13, dando como referencia que en esta edad es cuando más se realiza acoso escolar a los compañeros de aula (57). El bullying es sin duda uno de los fenómenos sociales más severos que existe a nivel escolar, así lo afirma Rodríguez, ocasiona muchos daños a la víctima, impidiéndole por completo el querer relacionarse socialmente, ya que entra en depresión, angustia, estrés, miedo y todo lo interioriza afectando sentimientos y emociones, lo que conlleva a que en muchos casos los adolescentes lleguen al suicidio (58).

Mendoza D, Macancela S, cita a Ross (2017) afirma que el bullying entre los pares tiene una gran prevalencia manifestándose cada vez más dentro del ámbito escolar en la adolescencia. Por ejemplo, lo que las víctimas demostraron es que esta situación de acoso escolar les produce ansiedad y depresión (59).

Desde el punto de vista de Bandura (22) explica el bullying a través de su teoría de aprendizaje social indica que se aprende a través de la observación e imitación de los recursos tecnológicos y experiencias vividas, y todo ello se internaliza y practica

asimilando que está bien al no recibir un castigo. Es decir, Bandura consideró que la personalidad en el aspecto social es aprendida a través de la interacción de entorno social, procesos psicológicos y el aspecto comportamental que adquiere a través del aprendizaje vicario.

Por otro lado, Falcato et al, refiere que la pubescencia es una fase de tránsito entre la niñez y la etapa adulta, la cual está caracterizada por grandes transformaciones tanto psicológicas, biológicas y sociales (62). Así mismo, Santrock (2014) refiere que la adolescencia empieza entre los 10 y 12 años y concluyen entre los 18 y 21 años. También es una etapa que se singulariza por sus transformaciones físicas, tales como el aumento de la talla, el peso y el acrecentamiento de las funciones sexuales (61).

Tabla 5. Nivel de depresión según características sociodemográficas de los adolescentes del Colegio Almirante Miguel Grau. Chota, 2024.

Características sociodemográficas	Nivel de depresión						Total	
	Sin síntomas depresivos		Con síntomas depresivos		Depresión mayor		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Año de estudios								
Primero	22	61,1	12	33,3	2	5,6	36	100,0
Segundo	10	41,7	11	45,8	3	12,5	24	100,0
Tercero	16	53,3	10	33,3	4	13,3	30	100,0
Cuarto	11	36,7	12	40,0	7	23,3	30	100,0
Quinto	27	73,0	9	24,3	1	2,7	37	100,0
Edad								
De 10 a 12	11	73,3	4	26,7	0	0,0	15	100,0
De 13 a 15	41	45,1	37	40,7	13	14,3	91	100,0
De 16 a 18	34	66,7	13	25,5	4	7,8	51	100,0
Sexo								
Hombre	62	70,5	24	27,3	2	2,3	88	100,0
Mujer	24	34,8	30	43,5	15	21,7	69	100,0

La tabla 5, revela que los adolescentes de segundo año presentan el porcentaje mayor del nivel de síntomas depresivos con 45,8%, y el más bajo aquellos de quinto año; de otro lado, 23,3% de los participantes de cuarto año indican depresión mayor y el menor los estudiantes del quinto año. Así mismo, 40,7% de los adolescentes entre 13 a 15 años evidencian síntomas depresivos y 14,7% depresión mayor, el grupo entre 10 a 12 años no revelan síntomas depresivos. Finalmente, 70,5% de los hombres permanecen sin síntomas depresivos y 27,3% de las mujeres muestran síntomas depresivos.

Sobre depresión El Ministerio de Salud, señala que para diagnosticar depresión en adolescentes es necesaria la presencia de tristeza, retraimiento o irritabilidad y al menos tres de los siguientes síntomas: falta de apetito y pérdida de peso, o aumento del apetito o ganancia de peso, falta de energía, hiperactividad o retraimiento, pérdida de interés por actividades usuales, tendencia constante a descalificarse (*soy tonto, no sirvo*), disminución de la concentración y pensamientos recurrentes de muerte y suicidio. Si estos síntomas duran por al menos dos semanas, podemos estar en presencia de una depresión infantil (24).

Los resultados muestran cifras preocupantes en los adolescentes con síntomas depresivos y depresión mayor, el acoso escolar puede ser un motivo, sin embargo, pueden existir otros factores que desencadenan este problema, la adolescencia al ser una etapa de cambios físicos, pero principalmente emocionales que muchas veces la familia desconoce cómo tratar, mostrando intolerancia e incompreensión, de otro lado, el deseo de pertenecer a un grupo es mayor cuando requiere del apoyo de amigos para lidiar con el bullying, otro aspecto importante puede ser el inicio del interés por el otro sexo es aquí cuando se presentan los desamores y rechazos provocando en él o la adolescente tristeza y otros problemas emocionales.

Al respecto la OMS, afirma que los adolescentes necesitan contar con un entorno favorable y protector en su familia, su escuela y su entorno. La salud mental puede verse afectada por diversos factores. Cuantos más sean los factores de riesgo a los que están expuestos los adolescentes, como la exposición a situaciones adversas, la presión social del entorno y la exploración de la propia identidad, mayores serán sus efectos en su salud mental (62).

En cuanto al sexo de los participantes las mujeres muestran los porcentajes más altos en síntomas depresivos y con depresión mayor, se debe considerar que los cambios fisiológicos pueden ser mas acentuados en las adolescentes con el inicio de la menarquia y los cambios físicos a veces inesperados, en este momento es importante la información y comprensión por parte de los padres, ya que es una etapa puede difícil de afrontar para la adolescente, al respecto Puicon B, afirma que desde un enfoque evolutivo, los problemas emocionales y psicológicos en las adolescentes se asocian al inicio de la vida fértil lo cual desde el punto de vista psicosocial se traduce en la sexualización y mayor estigma sobre el inicio de la menstruación, además de precipitar los eventos estresantes propios de la pubertad, evidenciándose en una mayor tasa de problemas psicológicos en la edad adulta (63).

También es importante tener en cuenta las características culturales y sociales del niño o adolescente que es valorado en consulta. En algunas culturas, la tristeza puede expresarse en forma de malestar físico más que con tristeza o culpa. Los síntomas centrales del Trastorno de depresión mayor (TDM) son las quejas somáticas como dolor de estómago o dolor de cabeza, la irritabilidad, el aislamiento social, el enlentecimiento motor y la hipersomnia (24).

CONCLUSIONES

1. Las características sociodemográficas de los adolescentes muestran que: la tercera parte de los adolescentes se encuentra cursando el quinto año de secundaria, más de la mitad tienen entre 13 a 15 años de edad y son hombres.
2. En cuanto al nivel de depresión más de la mitad de los adolescentes no presentan síntomas depresivos, la tercera parte tiene síntomas depresivos y en menor porcentaje se presenta depresión mayor.
3. En el índice global de bullying: más de la tercera parte de los encuestados presentó un nivel bajo, en menor proporción nivel casi alto, nivel alto y muy alto.
4. Con respecto al índice global de bullying y características sociodemográficas: en menor porcentaje presentaron los adolescentes del segundo año un índice muy alto de bullying, los estudiantes de tercer año cerca de un tercio presentaron nivel alto, así como los de cuarto año nivel un nivel casi alto de bullying. En términos de edad, los participantes de 10 a 12 años en menor proporción registran nivel muy alto, así como el grupo de 13 a 15 años evidenció nivel alto del bullying, seguido del grupo de 16 a 18 años, registró nivel alto. En cuanto al sexo, los hombres presentan un índice muy alto, mientras que las mujeres en menor porcentaje exhiben un nivel alto de bullying.
5. Los adolescentes de segundo año presentan el porcentaje mayor del nivel de síntomas depresivos; de otro lado, en menor porcentaje los participantes de cuarto año indican depresión mayor. Así mismo, cerca de la mitad de los adolescentes entre 13 a 15 años evidencian síntomas depresivos y en menor proporción presentan depresión mayor. Finalmente, la mayoría de los hombres permanecen sin síntomas depresivos y en menor proporción las mujeres muestran síntomas depresivos.

SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES

Al Director del Colegio Almirante Miguel Grau

- Implementar estrategias multidisciplinarias, que involucre especialistas tales como: tutores docentes, enfermeros, psicólogos y padres de familia, a fin de reforzar redes de apoyo.
- Fortalecer los protocolos de intervención planteados desde el Ministerio de Educación para detectar y abordar situaciones de bullying.
- Realizar capacitaciones a fin de concientizar a maestros, padres o apoderados sobre la importancia de prevenir e identificar signos tempranos de la depresión y así intervenir de forma adecuada.

A los profesionales de salud del establecimiento de salud

- Generar estrategias de prevención y promoción con una visión holística a la salud mental de esta población cautiva, realizando la atención integral en la etapa de vida adolescente de forma oportuna y eficaz.

A los estudiantes de enfermería

- Realizar investigaciones que permitan identificar factores que podrían vincularse con estados o niveles depresivos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Salud del Adolescente. [Citado julio 2024]. Disponible desde: https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
2. Nekane J. Asociación entre el bullying, la ansiedad y la depresión en la infancia y la adolescencia: el efecto mediador de la autoestima. Revista de Psicodidáctica 28 (2023) 26–34. [Citado noviembre de 2024]. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1136103422000302>
3. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de Adolescentes 2019. Biblioteca Virtual en Salud. MINSA. DGIESP. DVICI. EVAJ; 2019 [Citado julio 2024]. Disponible desde: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4942.pdf>
4. Organización Mundial de la Salud. OMS. Salud mental del adolescente. [Citado agosto 2024]. Disponible desde: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
5. Fondo de las Naciones Unidas. UNICEF. Modelo peruano de atención comunitaria a la salud mental. Nota de prensa 28 de abril de 2023. [Citado julio 2024]. Disponible desde: <https://www.unicef.org/peru/comunicados-prensa/estado-mundial-de-la-infanciaunicef-destaca-modelo-peruano-atencion-comunitaria-salud-mental>
6. Fondo de las Naciones Unidas. UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2021. En mi mente. Promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia. (citado julio 2024). Disponible desde: <https://www.unicef.org/es/media/108166/file/Resumen-regional-America-Latina-El-Caribe%20.pdf>
7. Ministerio de Salud. Guía técnica para el diagnóstico y tratamiento de depresión en niños y adolescentes. Resolución Directoral 033 – 2023. DG. INSN. (citado junio 2024). Disponible desde: <http://www.insn.gob.pe/sites/default/files/transparencia/normas-emitidas/2023/R.D.N%C2%B0033-2023-INSN-DG.pdf>
8. Ministerio de Salud. Vigilancia epidemiológica de Problemas priorizados de salud mental Perú 2022- hasta la SE 5-2023. (citado junio 2024). Disponible desde: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2023/SE05/mental.pdf>
9. Tapia A. Perfil sociodemográfico de los padres y el nivel de bullying de los estudiantes de la I.E 10389 – Lanchebamba – Chota, 2021. Tesis para optar el título

- de licenciada en Enfermería de la Universidad Nacional de Cajamarca. (Citado julio 2024). Disponible desde: <https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/5241/Tesis%20Anali%20Tapia%20Diaz.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
10. Organización Global de Prevención ante el Bullying. Encuesta sobre el comportamiento del Acoso Escolar, Suicidio Infantil y otros tipos de Agresiones a Estudiantes en Centros Educativos en América y España. (Citado julio 2024). Disponible desde: <https://static.tvn-2.com/tvn/public/content/file/original/2023/1218/14/estadisticas-ogpab-bullying-y-suicidio-infantil-2023-pdf.pdf>
 11. Defensoría del Pueblo. Ante cifras alarmantes de bullying defensoría del pueblo presenta estrategia de lucha contra la violencia escolar. Nota de Prensa N° 098/OCII/DP/2024. (Citado agosto 2024). Disponible desde: <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2024/03/NP-098-2024-Presentaci%C3%B3n-de-feria-contra-el-bullying-1.pdf>
 12. Ministerio de Educación (MINEDU). Síseve reportó 80 casos de violencia escolar. La República. [Internet] Cajamarca 2022 [citado julio 2024]. Disponible en: <https://larepublica.pe/sociedad/2022/06/14/cajamarca-siseve-reporto-80-casosde-violencia-escolar-hasta-junio-de-2022-lrnd/>
 13. Vinatea D. Relación entre el bullying y la depresión en adolescentes: una revisión aplicada. Tesis para optar el título profesional de licenciado en psicología de la Universidad de Lima. (citado agosto 2024). Disponible desde: https://repositorio.ulima.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12724/18237/T018_76547_248_T.pdf?sequence=2&isAllowed=y
 14. Colegio del Perú. Almirante Miguel Grau. Centro Educativo en Cajamarca. (citado junio 2024). Disponible desde: <https://colegiosdelperu.top/colegio-almirante-miguel-grau-centro-educativo-en-cajamarca/>
 15. Mancilla A, Alfaro G. Niveles de ansiedad, depresión y acoso escolar en estudiantes de secundaria. Tuxtla Gutiérrez Chiapas. 2022. Tesis para obtener el Título de Licenciado en Psicología. Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas. México. 2022. (citado junio 2024). Disponible desde: <https://repositorio.unicach.mx/handle/20.500.12753/4532?locale-attribute=en>
 16. Hilari L. et al. Bullying y depresión en estudiantes de 1ero de secundaria de cuatro instituciones educativas públicas del distrito de Cusco-Cusco, 2023. Tesis para optar el Título profesional de Licenciada en Psicología. Universidad Continental.

- (citado agosto 2024). Disponible desde: https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/14967/2/IV_FHU_50_1_TE_Hilari_Hurtado_Velasco_2024.pdf
17. Aybar A, Rodríguez L. Bulling y depresión en adolescentes del nivel secundaria del colegio Grumete medina N1212-Ate. 2023. Tesis para obtener el Título profesional de Enfermería. Universidad César Vallejo. Lima. (citado junio 2024). Disponible desde: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/126336/Aybar_RA-Rodriguez_SL-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
18. Rojas L. Acoso escolar y depresión en adolescentes de una institución educativa de Villa El Salvador. Lima 2022. Tesis para obtener el Título de Licenciada en Psicología. Universidad Autónoma del Perú. Lima 2022. [Citado junio 2024]. Disponible desde: <https://repositorio.autonoma.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13067/2036/Rojas%20Yupanqui%2C%20Leyna%20Madeley.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
19. Robles Y. Depresión y acoso escolar en adolescentes de cuatro instituciones educativas estatales de Villa El Salvador Lima. 2020. Tesis para obtener el Título de Licenciada en Psicología. Universidad Autónoma del Perú. (citado julio 2024). Disponible desde: <https://repositorio.autonoma.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13067/1740/Robles%20Jurado%2C%20Yanira%20Simeí%20Lucia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
20. Lluen C, Zulueta T. Depresión y acoso escolar en estudiantes de secundaria de una Institución educativa estatal de la Provincia de Chiclayo. 2023. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Psicología. Universidad Señor de Sipán. Lima. [citado junio 2024]. Disponible desde: <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/11457/Lluen%20Espinoza%20Cristhian%20&%20Zulueta%20Calderon%20Tatiana.pdf?sequence=12>
21. Beck A. T Rush, Shaw B & Emery, G. (2002). Terapia cognitiva de la depresión. España: Desclée De Brouwer.
22. García B. Programa Pedagógico basado en la Teoría del Aprendizaje Social de Albert Bandura para mejorar la Salud en las familias del Caserío San Pablo. Piura. 2016. Tesis para obtener el Grado Académico de Maestra en Ciencias de la educación con mención en Investigación y Docencia. Piura. 2018 Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. [citado junio 2024]. Disponible desde:

- file:///C:/Users/Acer/Downloads/Garc%C3%ADa_Pastor_Bertha_Rosa_Mar%C3%ADa.pdf
23. Organización Mundial de la Salud (OMS). Depresión. Washington. 2017. [citado junio 2024]. Disponible desde: https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/depression?gad_source=1&gclid=Cj0KCQjwiOy1BhDCARIsADGvQnBC1j_42ep5RM68O0hp8ykjcuWV52FUrn4f08N6NsWNCrhhE4h27bYaAmoMEALw_wcB
 24. Ministerio de Salud. Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de depresión en niños y adolescentes. Unidad de Atención Integral Especializada Pediátrica y Sub especialidades – Psiquiatría. Instituto Nacional de Salud del Niño. San Borja. Lima. 2020. [citado junio 2024]. Disponible desde: [file:///C:/Users/Acer/Downloads/RD%20N%C2%B0%20000189-2020-DG-INSNSB%20GPC%20Depresi%C3%B3n%202020%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Acer/Downloads/RD%20N%C2%B0%20000189-2020-DG-INSNSB%20GPC%20Depresi%C3%B3n%202020%20(1).pdf)
 25. Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”. Gua Clínica. Depresión en Niños y Adolescentes. Secretaria de Salud. Guías Clínicas del México. [citado junio 2024]. Disponible desde: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/452952/3_Depresi_n_en_Ni_os_y_Adolescentes..pdf
 26. National Institute of Mental Health. Instituto Nacional de Salud Mental. Depresión. Publicación de NIH. Núm. N° 24. 2024. [Citado junio 2024]. Disponible desde: https://www.nimh.nih.gov/sites/default/files/health/publications/espanol/depression-sp/depression_24.pdf
 27. Ministerio de Salud. La Depresión. Módulo de Atención Integral en Salud Mental. N° 6. Lima. 2005. [citado junio 2024]. Disponible desde: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2279.pdf>.
 28. Serrano A. Acoso y violencia en la escuela. Barcelona. España: Ariel. Stan, D. 2009. [citado julio 2024]. Disponible desde: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=10379>
 29. Molina, J. Bullying, la incidencia de la violencia al Interior de los cursos de octavo año básico de un colegio público y un colegio privado de la quinta región (2010). (citado julio 2024). Disponible desde: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/1630/1/T-UCE-0007-49.pdf>
 30. Piñuel I. y Col. Auto test-Cisneros. España 2005 [citado agosto 2024] Disponible desde: http://www.orientaeduc.com/descargas/g_Convivencia_Escolar/Materiales_de-Trabajo/Autotest-Cisneros-para-ladetecci%C3%B3n-del-Bullying/

31. García S. y Col. Acoso escolar en adolescentes de una institución educativa privada y una institución educativa estatal. 2014. [citado julio 2024]. Disponible desde: http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/349/1/TL_GarciadelaArenaArrascueGrecia_S_alasSaavedraWalter.pdf
32. Organización Panamericana de Salud, Estrategia regional para mejorar la Salud de Adolescentes y jóvenes, CE142/13 Rev. 2, 2008. [citado junio 2024]. Disponible desde: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=65%3A2008regionalstrategyonintegratedapproachpreventioncontrolchronicdiseases&catid=1384%3Acncdsurveillance&Itemid=40597&lang=e
33. Ministerio de Educación. Prevención y atención frente al acoso entre estudiantes. Lima. 2017. [citado junio 2024]. Disponible desde: https://peru.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/MINEDU%20guia_preveni%C3%B3n%20acoso%20estudiantes.pdf
34. Arévalo, E. (2012) Escala de Convivencia Escolar (ECE-B): Adaptación y estandarización de la AVE. Escuela de Psicología de la Universidad Privada Antenor Orrego Trujillo –Perú. [citado junio 2024]. Disponible desde: <https://es.scribd.com/document/544610986/Adaptacion-y-Estandarizacion-Del-Cuestionario-de-Acoso-y-Violencia-Escolar-AVE>
35. Marín N. Propiedades Psicométricas de la Escala de Autoevaluación de la Depresión–Revisada (EAED–R). Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica. RIDEP · N°71 · Vol. 1 · 99-118 · 2024. [citado junio 2024]. Disponible desde: <https://www.aidep.org/sites/default/files/2024-02/RIDEP71-Art8.pdf>
36. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Glosario de Términos. [citado junio 2024]. Disponible desde: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1154/glosario.pdf
37. Hernández - Sampiere R. Metodología de la investigación. Las rutas, cualitativa, Cuantitativa y mixta. 1era Edición. Editorial Mc. Graw Hill Education. México 2018.
38. Unidad de Gestión Educativa. Provincia de Chota. 2024
39. Canales H. Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud. Seria Paltex. Organización Panamericana de la Salud Washington. 2000

40. Vivar R. Validación de la Escala de Birleson modificada para trastornos depresivos en niños y adolescentes. Revista Peruana de Pediatría. Setiembre 2005. [citado junio 2024]. Disponible desde: https://www.researchgate.net/publication/375008725_Validacion_de_la_Escala_de_Birleson_modificada_para_trastornos_depresivos_en_ninos_y_adolescentes_peruanos
41. Carranza W. Bullying: manifestaciones y percepción de los estudiantes del Nivel Secundario de la I. E. Túpac Amaru II Pampacancha - Lajas 2017. Tesis para optar el grado académico de Maestro en Ciencias, de la Escuela de Post Grado de la Universidad Nacional de Cajamarca. [citado junio 2024]. Disponible desde: <https://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/2683?show=full>
42. Noroña A, Alcaraz N, Malpica P. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cuantitativa. Rev. ciencias médicas. 2012 Jun 12 (3): 263- 274. [citado agosto 2024]. Disponible desde: <http://www.scielo.org.co/pdf/qui/v12n3/v12n3a06>
43. Reyes M. La Ética En La Investigación Cuantitativa. (Internet). 12 de julio 2017. [citado agosto 2024]. Disponible desde: <http://meryanguaita.blogspot.com/>
44. Instituto Nacional de Estadística e Informática. INEI. Estado de la niñez y adolescencia. Informe Técnico: Abril – mayo – junio. [citado octubre 2024]. Disponible desde: http://meryanguaita.blogspot.com/https://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/boletin_ninez_amj2024.pdf
45. Acho G. Pisfil M. Influencia del acoso escolar en la depresión en adolescentes en una institución educativa en Lurigancho - Chosica, 2023. Tesis para obtener el Título Profesional de Licenciado en Psicología. Universidad César Vallejo. Lima 2023. [citado octubre 2024]. Disponible desde: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/124636/Acho_HGH-Pisfil_MMS-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
46. Guevara I. Acoso escolar y depresión en los adolescentes del distrito de Chancay, Lima. 2020. Tesis para obtener el Título Profesional de Licenciada en Psicología. Universidad César Vallejo. Lima 2020. [citado octubre 2024]. Disponible desde: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/48891/Guevara_MIS-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
47. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Rural 2007. Informe General. Anales de Salud Mental Vol. XXIV. Año 2008,

- Números 1 y 2. Lima Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 96-1524. [citado octubre 2024]. Disponible desde: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3664875/Estudio%20Epidemiol%C3%B3gico%20de%20Salud%20Mental%20en%20Lima%20Rural%202007.pdf.pdf>
48. Organización Panamericana de la Salud. Depresión. [citado octubre 2024]. Disponible desde: <https://www.paho.org/es/temas/depresion>
49. Ministerio de Salud. Documento Técnico. Orientaciones Técnicas para el cuidado integral de la salud mental de la población adolescente. [citado octubre 2024]. Disponible desde: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1944836/Documento%20T%C3%A9cnico%20-Orientaciones%20T%C3%A9cnicas%20para%20el%20Cuidado%20integral%20de%20la%20Salud%20Mental%20de%20la%20Poblaci%C3%B3n%20Adolescente.pdf>
50. Marlow, Dorothy. Enfermería Pediátrica 4º ed. Editorial Interamericana. México 1998
51. Roca, E. Terapia cognitiva de Beck para la depresión. 2010. [citado octubre 2024]. Disponible desde: <https://www.edesclee.com/img/cms/pdfs/9788433006264.pdf>
52. Pardo G, Sandoval A, Umbarila D. Adolescencia y depresión. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. Revista Colombiana de Psicología, núm. 13, 2004. [citado octubre 2024]. Disponible desde: <https://www.redalyc.org/pdf/804/80401303.pdf>
53. Ministerio de Educación. (2012). Decreto Supremo N° 010-2012-ED. Ley que promueve la convivencia sin violencia en las instituciones educativas. Lima: Repositorio MINEDU. [citado octubre 2024]. Disponible desde: http://www.minedu.gob.pe/files/3470_201206041509.pdf
54. Montenegro P. El impacto del acoso escolar en los adolescentes: exploración de los factores de riesgo y estrategias de prevención efectivas. Revista Científica y Académica. Vol. 4, No. 3, Julio Septiembre Año 2024. [citado octubre 2024]. Disponible desde: <https://estudiosyperspectivas.org/index.php/EstudiosyPerspectivas/article/view/411/643>

55. Aldazabal G, Vivar J. Acoso escolar en estudiantes de secundaria con alto y bajo nivel de cohesión y adaptación familiar en una institución educativa de Lima, 2024. ACTA PSICOLÓGICA PERUANA 2024, 9(1), 26-40. <http://revistas.autonoma.edu.pe/index.php/ACPP/article/view/419/359>
56. Acevedo J. El lado oculto del bullying: los espectadores. Retos del trabajo social. Comunitania: International Journal of Social Work and Social Sciences N° 19 / January 2020. [citado octubre 2024]. Disponible desde: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7244669>
57. Romera, E., Luque-González, R., García Fernández, C., & Ortega Ruiz, R. (2022). Competencia Social y el Bullying. Facultad de la Educación, 25(1). [citado octubre 2024]. Disponible desde: <https://redined.educacion.gob.es/xmlui/bitstream/handle/11162/222823/Competencia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
58. Rodríguez, A. (2017). Niveles de depresión en los estudiantes víctimas de bullying que cursan el 8vo año de la Unidad Educativa Seis de Octubre. [citado octubre 2024]. Disponible desde: <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/3936>
59. Mendoza D, Macancela S. Relación entre bullying y Depresión en adolescentes. Universidad de Azuay. Carrera de Psicología Terapéutica. Cuenca. Ecuador. 2021-2022. [citado octubre 2024]. Disponible desde: <https://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/12337/1/17864.pdf>
60. Falcato M, Muñoz N, Urquiola Y. (2017). Depresión en la adolescencia: consideraciones necesarias para su diagnóstico y tratamiento. Revista Finlay [revista en Internet]. [citado octubre 2024]. Disponible desde: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/541>
61. Sartrock, J. (2014). Psicología de la educación. (5ª ed.). University of Texas at Dallas. [citado octubre 2024]. Disponible desde: https://granatensis.ugr.es/discovery/fulldisplay?vid=34CBUA_UGR:VU1&tab=Granada&docid=alma991007982349704990&context=L&adaptor=Local%20Search%20Engine&offset=0
62. Organización Mundial de la Salud. OMS. Nota de Prensa 10 de octubre del 2024. [citado octubre 2024]. Disponible desde: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/adolescent-mental-health>
63. Puicon B. Menarquia y el desarrollo de depresión en adolescentes de una institución educativa secundaria de Chiclayo, 2024. Tesis para optar el título de médico cirujano de la Universidad Señor de Sipan. [citado octubre 2024].

Disponibile

desde:

<https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/12408/Puicon%20Mejia%2C%20Bragian%20Warner%20-%20Reshelith.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

ANEXO 01

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ con DNI_____,
padre/madre del/estudiante.....estoy
de acuerdo en participar en la investigación titulada: Nivel de depresión y las
manifestaciones de bullying en los adolescentes de la I.E. Miguel Grau. Chota. 2024.

Certifico que he sido informado/a sobre el propósito del mismo, así como de los
objetivos. Que conozco que los resultados serán usados solo para fines científicos y
que se garantizará su anonimato, por ese motivo autorizo a mi menor hija/o participe
en el mencionado estudio, por lo que firmo este consentimiento informado.

A los _____ de _____ de _____

Firma de la participante

DNI:

ANEXO 02

ASENTIMIENTO INFORMADO

Yo,con DNI.....

Luego de ser informado sobre los objetivos y fines de esta investigación accedo a participar en el estudio, para lo cual responderé con veracidad a las preguntas que se planteen en el cuestionario.

Me han asegurado que la participación en este estudio es voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de esta investigación.

Además, mi padre/madre/ tutor ha autorizado mi participación en el estudio, firmando el documento correspondiente

Fecha _____ Día/mes/año

Firma del participante

DNI:

ANEXO 03

Cuestionario sobre Nivel de depresión y las manifestaciones de bullying en los adolescentes de la I.E. Miguel Grau. Chota. 2024

PRESENTACIÓN

Estimado/a alumno/a, buenos días, mi nombre es Díaz Julón Erika Viviana; en esta oportunidad estoy realizando una investigación con el objetivo de determinar y analizar el Nivel de depresión y las manifestaciones de bullying en los adolescentes de la I.E. Miguel Grau. Chota. 2024

Hago de su conocimiento que la información que usted me diga es anónima y confidencial y que los resultados que se obtengan serán de uso exclusivo para la investigación. Agradezco anticipadamente su colaboración.

I.- Características generales: datos

1. Edad:
 - 10 a 12 años
 - 13 a 15 años
 - 16 a 18 años

2. Sexo
 - Hombre
 - Mujer

3. Año de estudios
 - Primero
 - Segundo
 - Tercer
 - Cuarto
 - Quinto

ESCALA DE BIRLESON

NOMBRE: _____

EDAD: _____ **FECHA:** _____

		SIEMPRE	AVECES	NUCA
1	Las cosas me interesan como antes			
2	Duermo muy bien			
3	Me dan ganas de llorar			
4	Me gusta salir con mis amigos			
5	Me gustaría escapar, salir corriendo			
6	Me duela la cabeza y/o la barriga			
7	Tengo ganas de hacer las cosas			
8	Disfruto de la comida			
9	Puedo defenderme por mí mismo			
10	Pienso que no vale la pena vivir			
11	Soy bueno para las cosas que hago			
12	Me molesto y me irrito por cualquier cosa			
13	Disfruto de lo que hago tanto como antes			
14	Me he vuelto distraído(a)/olvidadizo(a)			
15	Tengo sueños horribles (pesadillas)			
16	Pienso que haga lo que haga no lograré lo que deseo o que las cosas no van a cambiar			
17	Me siento muy solo(a)			
18	Puedo alegrarme fácilmente			
19	Me siento tan triste que es difícil soportarlo			
20	Me siento muy aburrido (a)			
21	Pienso en que sería mejor morirme o matarme			
TOTAL				

ESCALA INDICE GLOBAL DE BULLYING.

Estimado(a) estudiante, Señale con un aspa (X) con qué frecuencia se producen estos eventos en el colegio:

Eventos		Pocas veces	Frecuente	Siempre
1.	No me hablan	1	2	3
2.	Me ignoran, me hacen la ley del hielo.	1	2	3
3.	Me ponen en ridículo frente a los demás	1	2	3
4.	No me dejan hablar	1	2	3
5.	No me dejan jugar con ellos	1	2	3
6.	Me llaman por apodos			
7.	Me amenazan con golpearme	1	2	3
8.	Me obligan a hacer cosas que están mal	1	2	3
9.	Me tienen manía	1	2	3
10.	No me deja que participe, me excluyen	1	2	3
11.	Me obligan a hacer cosas peligrosas para mi	1	2	3
12.	Me obligan hacer cosas que me ponen mal.	1	2	3
13.	Me obligan a darles mis cosas o dinero	1	2	3
14.	Rompen mis cosas a propósito	1	2	3
15.	Me esconden las cosas	1	2	3
16.	Roban mis cosas	1	2	3
17.	Les dicen a otros que no se sienten junto a mi	1	2	3
18.	Les prohíben a otros que jueguen conmigo	1	2	3
19.	Me insultan	1	2	3
20.	Hacen gestos de burla o desprecio hacia mi	1	2	3
21.	No me dejan que hable o me relaciones con amigos	1	2	3
22.	Me impiden que juegue con otros	1	2	3
23.	Me pegan puñetazos, cachetadas, patadas	1	2	3
24.	Me gritan	1	2	3
25.	Me acusan de cosas que no he dicho o hecho	1	2	3
26.	Me critican por todo lo que hago	1	2	3
27.	Se rien de mi cuando me equivoco	1	2	3
28.	Me amenazan con pegarme	1	2	3
29.	Me pegan con objetos	1	2	3
30.	Cambian de significado de lo que digo	1	2	3

31	Se meten conmigo para hacerme llorar	1	2	3
32	Me imitan para burlarse de mi	1	2	3
33	Se meten conmigo por mi forma de ser	1	2	3
34	Se meten conmigo por mi forma de hablar	1	2	3
35	Se meten conmigo por ser diferente	1	2	3
36	Se burlan de mi apariencia física	1	2	3
37	Van contando por ahí mentiras a cerca de mi	1	2	3
38	Procuran que les caiga mal a todos	1	2	3
39	Me amenazan	1	2	3
40	Me esperan a la salida para meterse conmigo	1	2	3
41	Me hacen gestos para darme miedo	1	2	3
42	Me envían mensaje para amenazarme	1	2	3
43	Me zarandean o empujan para intimidarme	1	2	3
44	Se portan cruelmente conmigo	1	2	3
45	Intentan que me castiguen	1	2	3
46	Me desprecian	1	2	3
47	Me amenazan con armas	1	2	3
48	Amenazan con dar a mi familia	1	2	3
49	Intentan perjudicarme en todo	1	2	3
50	Me odian sin razón	1	2	3

Gracias por su participación

Rangos para medir índice global de bullying

Muy alto	89-150
Alto	68-88
Casi alto	59-67
Medio	55-58
Casi bajo	51-54
Bajo	0-50

ANEXO 4

RESULTADOS DE CONFIABILIDAD


Estadísticas de fiabilidad	
Índice global de bullying	
N de preguntas	50
Alfa de Cronbach	0,961

Estadísticas de fiabilidad	
Nivel de depresión	
N de preguntas	21
Alfa de Cronbach	0,858

ERIKA VIVIANA DÍAZ JULÓN

NIVEL DE DEPRESIÓN Y BULLYING EN LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO ALMIRANTE MIGUEL GRAU. CHOTA. CAJAMARC

 My Files

 My Files

 Universidad Nacional de Cajamarca

Detalles del documento

Identificador de la entrega

tm:oid::3117:419392016

44 Páginas

Fecha de entrega

5 ene 2025, 11:35 a.m. GMT-5

12,188 Palabras

Fecha de descarga

5 ene 2025, 12:19 p.m. GMT-5

63,824 Caracteres

Nombre de archivo

TESIS FINAL VIVIANA DÍAZ JULÓN.doc

Tamaño de archivo

293.0 KB

9% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...




Filtrado desde el informe

- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 29 palabras)

Exclusiones

- N.º de fuentes excluidas

Fuentes principales

- 6%  Fuentes de Internet
- 0%  Publicaciones
- 8%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

- 6% Fuentes de Internet
- 0% Publicaciones
- 8% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	http://roxforever37.blogspot.com/	2%
2	Trabajos entregados	Universidad Cesar Vallejo on 2017-03-10	1%
3	Internet	produccion-uc.bc.uc.edu.ve	0%
4	Internet	www.fe.ccoo.es	0%
5	Internet	en.calameo.com	0%
6	Internet	www.vanguardia.com	0%
7	Trabajos entregados	Colegio Internacional Tlalpan S.C. on 2017-04-17	0%
8	Trabajos entregados	Universidad Internacional de la Rioja on 2022-12-05	0%
9	Trabajos entregados	Universidad Tecnológica Indoamerica on 2021-06-25	0%
10	Internet	abc.gov.ar	0%
11	Internet	maltrato-pelotxos.blogspot.com	0%